

Bollettino Epidemiologico

Anno 2012



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

Direttore Generale
Dott. Francesco MORABITO

Direttore Sanitario
Dott. Paolo TOFANINI

Direttore Amministrativo
Dott. Gianfranco CASSISSA

Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott. Attilio CLERICO

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

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

Il presente volume è consultabile sui seguenti siti internet:

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

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

EPID ASLCN2 / 8/2013

Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2012

VOL. XIV, 2013

Autori:

Rosa	BADAGLIACCA ⁽¹⁾	Annelisa	GUASTI ⁽¹²⁾
Milena	BAUDINO ⁽²⁾	Elio	LAUDANI ⁽¹³⁾
Gabriella	BOARINO ⁽²⁾	Michele	LO BELLO ⁽¹⁴⁾
Ettore	BOLOGNA ⁽⁴⁾	Pietro	MAIMONE ⁽⁵⁾
Maria Gabriella	BROCIERO ⁽²⁾	Laura	MARINARO ⁽¹²⁾
Federico	CASTIGLIONE ⁽³⁾	Marina	MASENTA ⁽¹⁵⁾
Attilio	CLERICO ⁽⁶⁾	Luca	MONCHIERO ⁽¹⁶⁾
Sabrina	CONTINI ⁽²⁾	Lorenzo	ORIONE ⁽¹⁷⁾
Pietro	CORINO ⁽⁷⁾	Monica	RIMONDOT ⁽¹⁷⁾
Patrizia	CORRADINI ⁽⁸⁾	Gianpaolo	SACCHETTO ⁽¹⁸⁾
Franca	DACOMO ⁽¹⁾	Andrea	SAGLIETTI ⁽¹⁹⁾
Paolo	DE GIULI ⁽⁹⁾	Daniele	SAGLIETTI ⁽¹⁾
Natalia	DOGLIANI ⁽⁹⁾	Anna	SANTORO ⁽⁷⁾
Maria Cristina	FRIGERI ⁽¹⁰⁾	Gianluca	TOSELLI ⁽¹⁵⁾
Anna	GHISA ⁽⁷⁾	Mauro	ZARRI ⁽⁵⁾
Franco	GIOVANETTI ⁽¹¹⁾	Giuseppina	ZORNIOTTI ⁽¹²⁾

- (1) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Psicologia
- (2) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Infermieristico T.R.P.O.
- (3) A.S.L. CN2 – S.C. Oncologia Medica
- (4) Servizio Medico Fondazione Ferrero - Alba
- (5) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- (6) A.S.L. CN2 – Direzione Dipartimento di Prevenzione
- (7) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- (8) A.S.L. CN2 – Direzione Dipartimento delle Cure primarie e dei Servizi Territoriali
- (9) A.S.L. CN2 – S.O.C. Anatomia e Istologia Patologica
- (10) A.S.L. CN2 – S.C. Direzione Medica di Presidio
- (11) A.S.L. CN2 – S.O.C. S.I.S.P. – S.O.S. Vaccinazioni e Profilassi Malattie Infettive
- (12) A.S.L. CN2 – Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Epidemiologia
- (13) A.S.L. CN2 – S.O.C. Distretto II Bra
- (14) A.S.L. CN2 – S.C. Radiodiagnostica
- (15) A.S.L. CN2 – Dipartimento di Prevenzione – S.O.S. Medicina dello Sport
- (16) A.S.L. CN2 – S.O.C. Distretto I Alba
- (17) Dipartimento Screening n.7 – S.C. Unità valutazione e organizzazione Screening
- (18) A.S.L. CN2 – S.O.C. Chirurgia Generale - Senologia
- (19) A.S.L. CN2 – S.O.C. Controllo di Gestione

PRESENTAZIONE

I sistemi informativi sanitari esistenti e le sorveglianze attive nella nostra A.S.L. (PASSI, OKkio alla Salute, PASSI D'Argento, etc...) forniscono diverse informazioni e dati sanitari con regolarità e tempestività, la cui elaborazione statistico-epidemiologica consente di analizzare lo stato di salute della nostra popolazione e di rilevare i bisogni sanitari emergenti.

L'integrazione delle diverse informazioni, provenienti dal registro di mortalità, dalle notifiche delle malattie infettive, dagli archivi vaccinali, dai data base relativi agli infortuni in ambito lavorativo, dai data base dei programmi di screening etc..., permette di costruire immagini descrittive della nostra popolazione, di delineare l'andamento dei principali fenomeni sanitari e di pervenire ad una conoscenza più vicina e reale degli stessi.

Mettiamo quindi a disposizione, ormai da quattordici anni, dei Soggetti istituzionali e sociali interessati e dell'opinione pubblica, il Bollettino Epidemiologico come strumento utile al processo di identificazione delle necessità di salute e di definizione delle priorità, al fine di gestire e pianificare l'organizzazione dei servizi sanitari, in maniera sempre più aderente ai bisogni dei cittadini.

La Direzione ringrazia tutti gli operatori del Territorio e dell'Ospedale che da anni contribuiscono alla redazione del Bollettino Epidemiologico ed in particolare la Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra che ha reso possibile la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Francesco MORABITO

INDICE

La dinamica demografica	5
La mortalità generale e per cause nell'A.S.L. CN2	24
Malattie infettive	49
Studio di coorte su pensionati seguiti dal servizio medico della "Fondazione Ferrero"	58
Diritto alla cura e Diritto al prendersi cura: la continuità assistenziale...tra mito e realtà	66
Attività annuale dello screening mammografico nell'A.S.L. CN2: un Programma efficace di prevenzione si confronta con il dibattito in atto nel mondo scientifico	76
Oncologia 2013: un bilancio	78
Gli infortuni sul lavoro nel territorio dell'A.S.L. CN2. Andamento generale e focus sul comparto sanità	80
Analisi della popolazione in età sportiva dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra nell'anno 2012	84
Infermieri e collaborazione nella sorveglianza sanitaria degli assistiti - Dati di contesto	89
L'ambulatorio di psicologia clinica adulti. Uno spazio dedicato alla domanda di aiuto psicologico: prevenzione e trattamento del disagio psicologico, promozione e mantenimento della salute	92
APPENDICE	
OKkio alla SALUTE – Risultati dell'indagine 2012 A.S.L. CN2	I-XLIII

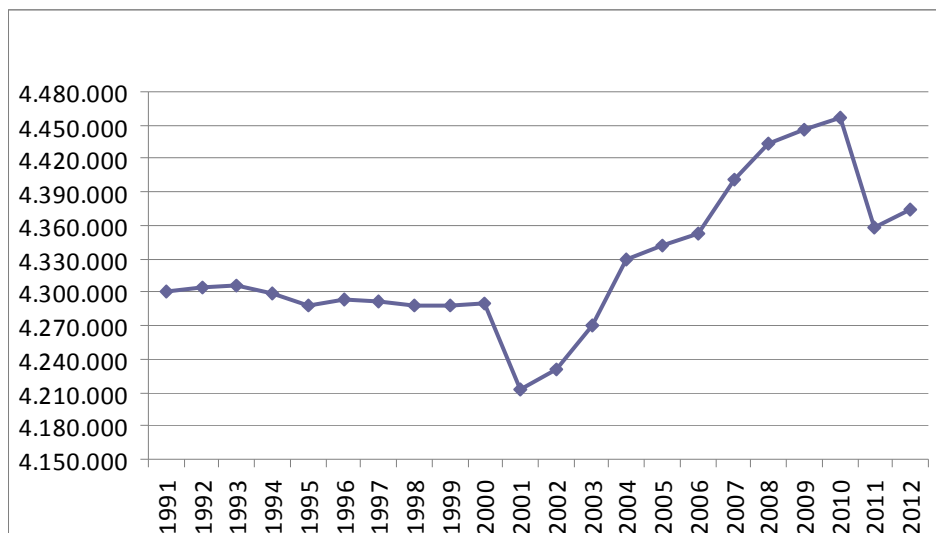
La dinamica demografica

Laura Marinaro, Giuseppina Zorghiotti

La Regione

La regione Piemonte al 31 dicembre 2012 conta 4.374.052 abitanti, ossia 16.389 residenti in più rispetto all'anno precedente con un incremento pari al 3,7‰. La diminuzione della popolazione rilevata nel 2011 è probabilmente conseguenza delle operazioni censuarie che hanno ridotto la popolazione legale del Piemonte complessiva di origine italiana e straniera di quasi 100.000 unità (Graf. A).

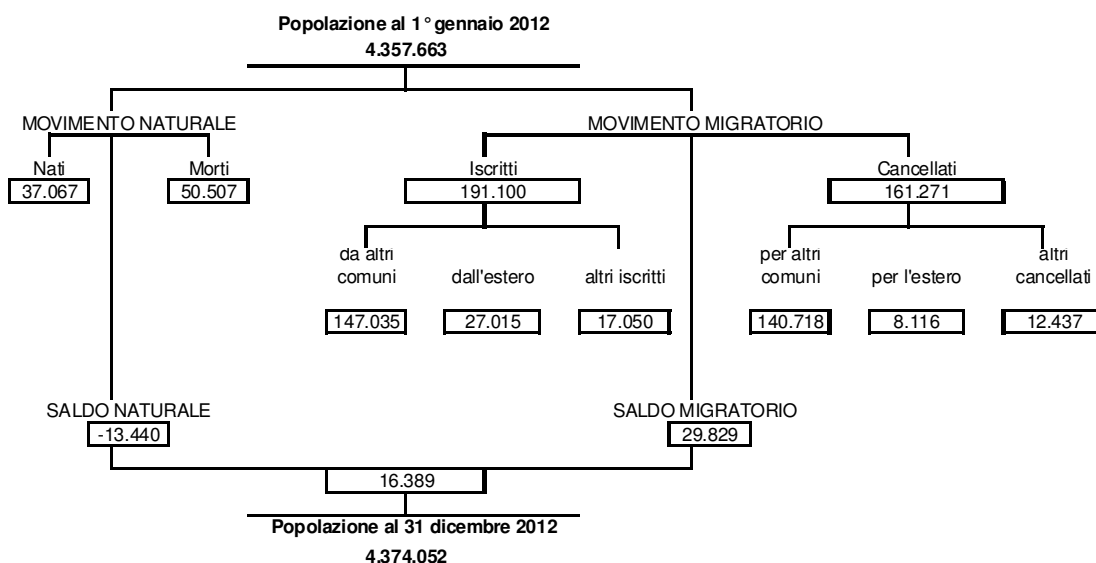
Graf. A - Popolazione piemontese dal 1991 al 2012



Fonte: Istat (1)

La dinamica demografica piemontese nel 2012 vede un saldo naturale negativo, con i decessi che superano le nascite di 13.440 unità; mentre il saldo migratorio è positivo (29.829) (Fig. A).

Fig. A – Dinamica demografica in Piemonte nel 2012 (1)



La dinamica naturale della popolazione piemontese è connotata negativamente a partire dalla seconda metà degli anni settanta. Dal 2007 assistiamo a una tendenziale accentuazione dei valori negativi del saldo naturale, per effetto prima di un aumento dei decessi e dal 2009 anche per una diminuzione delle nascite (2).

Infatti dopo un picco nel 2008 pari al 9,0‰, il tasso di natalità, che rapporta il numero di nati alla popolazione totale, è sceso nel 2012 attestandosi a 8,5 nati ogni 1000 abitanti (1). Tale diminuzione corrisponde in valori assoluti a 2.484 unità in meno rispetto al 2008, ossia da 39.551 nascite nel 2008 a 37.067 nel 2012 (Tab. A).

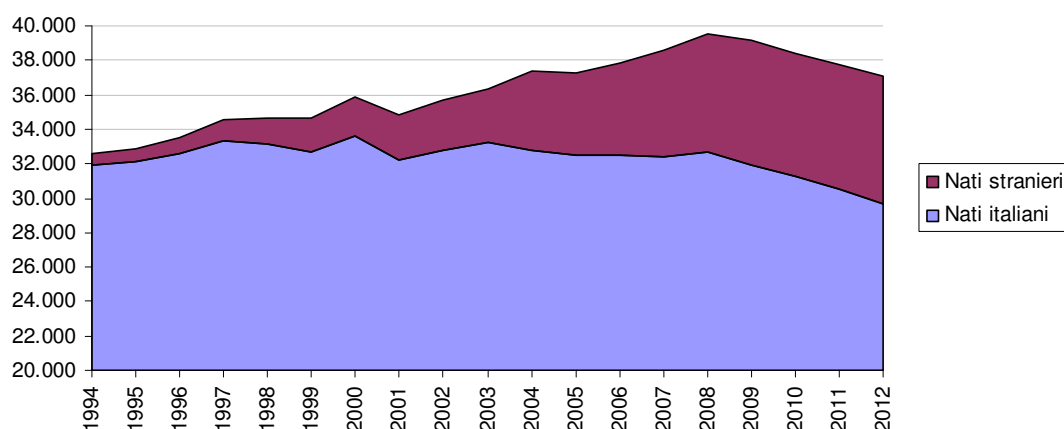
Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1991-2012)

Anni	Nati	Morti	Saldo naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Popolazione totale
1991	32.782	48.742	-15.960	7,6	11,3	4.299.912
1992	33.752	48.820	-15.068	7,8	11,3	4.303.830
1993	33.016	49.178	-16.162	7,7	11,4	4.306.565
1994	32.580	49.344	-16.764	7,6	11,5	4.297.989
1995	32.841	50.095	-17.254	7,6	11,7	4.288.866
1996	33.514	48.635	-15.121	7,8	11,3	4.294.127
1997	34.586	49.365	-14.779	8,1	11,5	4.291.441
1998	34.658	49.784	-15.126	8,1	11,6	4.288.051
1999	34.639	50.255	-15.616	8,1	11,7	4.287.465
2000	35.874	48.527	-12.653	8,4	11,3	4.289.731
2001	34.857	46.840	-11.983	8,2	11	4.213.294
2002	35.716	48.288	-12.572	8,5	11,4	4.231.334
2003	36.370	50.625	-14.255	8,6	11,9	4.270.215
2004	37.413	46.251	-8.838	8,7	10,8	4.330.172
2005	37.251	48.253	-11.002	8,6	11,1	4.341.733
2006	37.851	47.400	-9.549	8,7	10,9	4.352.828
2007	38.565	47.474	-8.909	8,8	10,8	4.401.266
2008	39.551	49.310	-9.759	9	11,2	4.432.571
2009	39.123	49.767	-10.644	8,8	11,2	4.446.230
2010	38.385	48.785	-10.400	8,6	11	4.457.335
2011	37.759	49.061	-11.302	8,6	11,1	4.357.663
2012	37.067	50.507	-13.440	8,5	11,6	4.374.052

Fonte: Istat (1)

Questo risultato è frutto in particolare del trend negativo dei nati da genitori di origine italiana (32.713 nel 2008 contro 29.717 nel 2012). Se osserviamo invece la quota di nascite straniere su quella complessiva notiamo un aumento nel 2012 rispetto al 2008 (17,3% nel 2008 vs. 19,8% nel 2012) (Graf. B; Tab. B).

Graf. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1994-2012 (3)



Tab. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1994-2012 (3)

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
1994	31.969	611	32.580
1995	32.140	701	32.841
1996	32.579	935	33.514
1997	33.361	1225	34.586
1998	33.142	1516	34.658
1999	32.720	1919	34.639
2000	33.598	2276	35.874
2001	32.203	2654	34.857
2002	32.781	2935	35.716
2003	33.253	3117	36.370
2004	32.805	4608	37.413
2005	32.463	4788	37.251
2006	32.507	5344	37.851
2007	32.383	6182	38.565
2008	32.713	6838	39.551
2009	31.900	7223	39.123
2010	31.269	7116	38.385
2011	30.477	7282	37.759
2012	29.717	7350	37.067

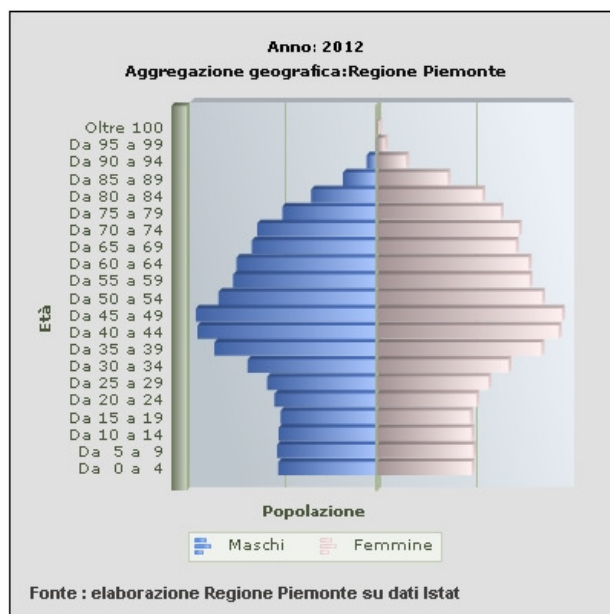
Nel corso del 2012 il saldo dei movimenti con le altre regioni italiane si presenta in netta crescita, passando da 2.492 unità nel 2011 a 6.317. Esso ha origine da un'intensa mobilità in entrata ed uscita dai comuni (circa 290mila spostamenti) che nel 2012 appare in ulteriore crescita rispetto agli ultimi anni e soprattutto raggiungere livelli mai registrati negli ultimi trent'anni (2). Diverso è il caso dei movimenti con l'estero dove a fronte di circa 27mila ingressi si registrano circa 8mila uscite ed il saldo che ne deriva risulta in diminuzione per il quinto anno consecutivo. Il saldo migratorio complessivo (comprensivo dei movimenti anagrafici di adeguamento delle anagrafi alla popolazione effettivamente dimorante sul territorio comunale) dà luogo a un incremento di 29.829 unità (Tab. C).

Tab. C – Movimenti e saldi migratori con l'interno e l'estero e incremento migratorio totale (1999-2012) (1)

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

La Fig. B mostra la distribuzione della popolazione piemontese per sesso ed età al 31.12.2012.

Fig. B – Piramide di età della popolazione in Piemonte (31.12.2012) (4)



L'indice di invecchiamento (ossia la popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti) per il Piemonte nel 2012 si attesta intorno a 23,8%, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14enni x 100, è di 183,4.

Allo stesso tempo la speranza di vita nel ventennio 1991 - 2010 è cresciuta di 6 anni per gli uomini e di 4 per le donne raggiungendo nel 2010 rispettivamente 79,7 e 84,5 anni. (Tab. D) (4).

Tab. D – Indici di invecchiamento, vecchiaia e speranza di vita a 0 anni (1991-2010) (1,4)

Anni	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Speranza di vita a 0 anni	
			Maschi	Femmine
1991	Dato non disponibile	138,4	73,6	80,2
1992	17,8	144,1	74,3	81,2
1993	18,2	149,4	74,2	80,8
1994	18,6	154,6	74,5	80,8
1995	19,1	159,0	74,4	81,1
1996	19,4	163,3	75,1	81,7
1997	19,8	166,5	75,4	81,8
1998	20,1	168,9	75,6	81,8
1999	20,4	170,2	76,0	81,9
2000	20,7	172,5	76,7	82,6
2001	21,3	175,8	76,9	82,7
2002	21,7	177,5	77,1	82,9
2003	21,9	178,3	77,1	82,6
2004	22,2	179,7	78,1	83,8
2005	22,4	180,7	78,2	83,6
2006	22,7	181,3	78,5	83,9
2007	22,7	180,1	78,8	84,2
2008	22,7	178,7	79,0	84,0
2009	22,8	178,4	79,2	84,1
2010	22,9	177,7	79,7	84,5
2011	23,5	181,0	Dato non disponibile	Dato non disponibile
2012	23,8	183,4	Dato non disponibile	Dato non disponibile

Nel 2012 in tutte le AA.SS.LL. piemontesi l'arrivo di nuovi residenti compensa la dinamica naturale negativa con incrementi significativi di popolazione tranne che per le AA.SS.LL. di BI, VC e VCO dove si registra un saldo generale negativo (rispettivamente -371, -331 e -1) (Tab. E).

Tab. E – Movimenti anagrafici e popolazione nelle A.S.L. piemontesi (2012) (1)

ASL	nati	morti	Saldo naturale	iscritti totali	cancellati totali	Saldo migratorio	Saldo generale	Popolazione al 31.12.2012
ASL AL	3.270	6.412	-3.142	19.281	15.774	3.507	365	439.708
ASL AT	1.740	2.708	-968	8.619	7.128	1.491	523	205.554
ASL BI	1.236	2.232	-996	7.591	6.966	625	-371	172.811
ASL CN1	3.833	4.909	-1.076	18.244	15.518	2.726	1.650	418.719
ASL CN2	1.502	1.870	-368	8.316	6.600	1.716	1.348	170.520
ASL NO	3.078	3.663	-585	14.514	12.083	2.431	1.846	345.245
ASL TO1-2	7.859	9.792	-1.933	34.058	29.346	4.712	2.779	872.091
ASL TO3	4.800	5.992	-1.192	28.311	23.039	5.272	4.080	581.487
ASL TO4	4.333	5.714	-1.381	24.766	21.050	3.716	2.335	516.458
ASL TO5	2.777	2.929	-152	14.432	12.114	2.318	2.166	307.166
ASL VC	1.372	2.219	-847	6.218	5.702	516	-331	173.618
ASL VCO	1.267	2.067	-800	6.750	5.951	799	-1	170.675
Totale Piemonte	37.067	50.507	-13.440	191.100	161.271	29.829	16.389	4.374.052

A.S.L. CN2 Alba-Bra

La *popolazione residente* nel territorio dell'A.S.L. CN2 risulta essere al 31 dicembre 2012 di 170.520 abitanti, pari al 3,9% della popolazione residente nella Regione Piemonte, con un incremento del 7,9‰ rispetto all'anno precedente.

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

- Il **Distretto 1 di Alba** costituito da 65 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2012, di 105.246 abitanti;
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2012, di 65.274 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 30.925 e 29.298, cui seguono Cherasco (8.802), Sommariva del Bosco (6.346), Canale (5.678) (Tab. 1) (4).

Tab. 1 – Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2012 (4).

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Alba	14.587	16.338	30.925	54,9	562,9
Albaretto della Torre	133	128	261	5,3	49,2
Arguello	101	100	201	4,7	42,6
Baldissero d'Alba	559	530	1.089	14,7	74,2
Barbaresco	343	332	675	7,5	89,9
Barolo	330	383	713	5,8	123,4
Benevello	246	230	476	5,2	91,4
Bergolo	31	37	68	3,3	20,7
Borgomale	195	197	392	8,9	44,2
Bosia	87	94	181	5,4	33,3
Bossolasco	330	352	682	14,3	47,6
Bra*	14.100	15.198	29.298	59,5	492,5
Camo	105	99	204	3,7	55,0
Canale	2.801	2.877	5.678	18,3	311,0

Castagnito	1.047	1.053	2.100	6,7	313,9
Castelletto Uzzone	192	165	357	14,6	24,4
Castellinaldo	457	454	911	8,0	114,2
Castiglione Falletto	357	335	692	4,6	149,1
Castiglione Tinella	440	452	892	11,9	75,1
Castino	254	247	501	15,8	31,6
Ceresole Alba*	1.079	1.012	2.091	36,9	56,7
Cerretto Langhe	239	218	457	9,8	46,4
Cherasco*	4.324	4.478	8.802	80,7	109,1
Cissone	46	39	85	5,9	14,4
Corneliano d'Alba	1.010	1.071	2.081	10,0	207,3
Cortemilia	1.163	1.218	2.381	24,2	98,3
Cossano Belbo	500	499	999	21,1	47,3
Cravanzana	202	217	419	7,9	53,4
Diano d'Alba	1.798	1.760	3.558	17,7	201,0
Feisoglio	167	166	333	7,6	43,9
Gorzegno	150	153	303	13,8	21,9
Govone	1.061	1.135	2.196	19,1	115,0
Grinzane Cavour	982	1.038	2.020	4,0	506,3
Guarene	1.706	1.778	3.484	13,1	265,3
La Morra*	1.388	1.363	2.751	24,0	114,5
Lequio Berria	263	235	498	11,8	42,4
Levice	130	116	246	16,5	14,9
Magliano Alfieri	1.001	1.048	2.049	9,3	220,3
Mango	662	679	1.341	20,3	66,0
Monchiero	302	279	581	5,1	113,5
Monforte d'Alba	1.029	1.052	2.081	25,5	81,7
Montà	2.294	2.451	4.745	26,4	180,1
Montaldo Roero	436	430	866	12,2	71,0
Montelupo Albese	259	280	539	6,5	82,8
Monteu Roero	819	823	1.642	24,1	68,1
Monticello d'Alba	1.111	1.160	2.271	10,7	212,8
Narzole*	1.736	1.755	3.491	26,0	134,2
Neive	1.647	1.758	3.405	21,2	160,5
Neviglie	205	209	414	8,0	51,6
Niella Belbo	193	195	388	18,0	21,5
Novello	514	510	1.024	11,5	89,3
Perletto	159	144	303	10,2	29,6
Pezzolo Valle Uzzone	176	182	358	26,9	13,3
Piobesi d'Alba	633	635	1.268	4,1	312,3
Pocapaglia*	1.653	1.683	3.336	16,7	199,4
Priocca	979	1.048	2.027	8,8	230,3
Rocchetta Belbo	96	84	180	4,4	40,6
Roddi	767	785	1.552	9,6	162,5
Roddino	199	180	379	10,5	36,0
Rodello	490	491	981	8,7	112,5
San Benedetto Belbo	96	95	191	4,7	40,4
San Giorgio Scarampi	68	69	137	5,6	24,6
Sanfrè*	1.465	1.520	2.985	15,8	189,5
Santa Vittoria d'Alba*	1.367	1.391	2.758	9,9	278,9
Santo Stefano Belbo	1.989	2.085	4.074	23,7	172,0
Santo Stefano Roero	667	731	1.398	13,2	105,9
Serralunga d'Alba	286	258	544	8,5	63,9

Serravalle Langhe	178	150	328	8,7	37,8
Sinio	267	242	509	8,7	58,4
Sommariva del Bosco*	3.113	3.233	6.346	35,0	181,2
Sommariva Perno*	1.375	1.472	2.847	17,2	165,7
Torre Bormida	104	106	210	7,6	27,5
Treiso	418	413	831	9,3	89,3
Trezzo Tinella	166	168	334	10,8	31,0
Verduno*	283	286	569	7,3	77,7
Veza d'Alba	1.141	1.097	2.238	14,1	159,3
TOTALE A.S.L.	83.246	87.274	170.520	1122,1	152,0

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

La densità della popolazione residente nell'A.S.L. CN2 nell'anno 2012 è di 152 abitanti per chilometro quadrato. Quella del 2003 è di 143,9. Quella del Piemonte nel 2012 è di 172,3 (Tab. 2) (5).

Tab. 2 – Densità della popolazione – Anno 2012

	Popolazione al 31.12.2012	Area kmq	Densità della popolazione residente
A.S.L. CN2	170.520	1.122,1	152,0
Distretto 1 Alba	105.246	793,1	132,7
Distretto 2 Bra	65.274	329	198,4
Provincia Cuneo	589.102	6.894,0	85,5
Regione Piemonte	4.374.052	25.388,4	172,3

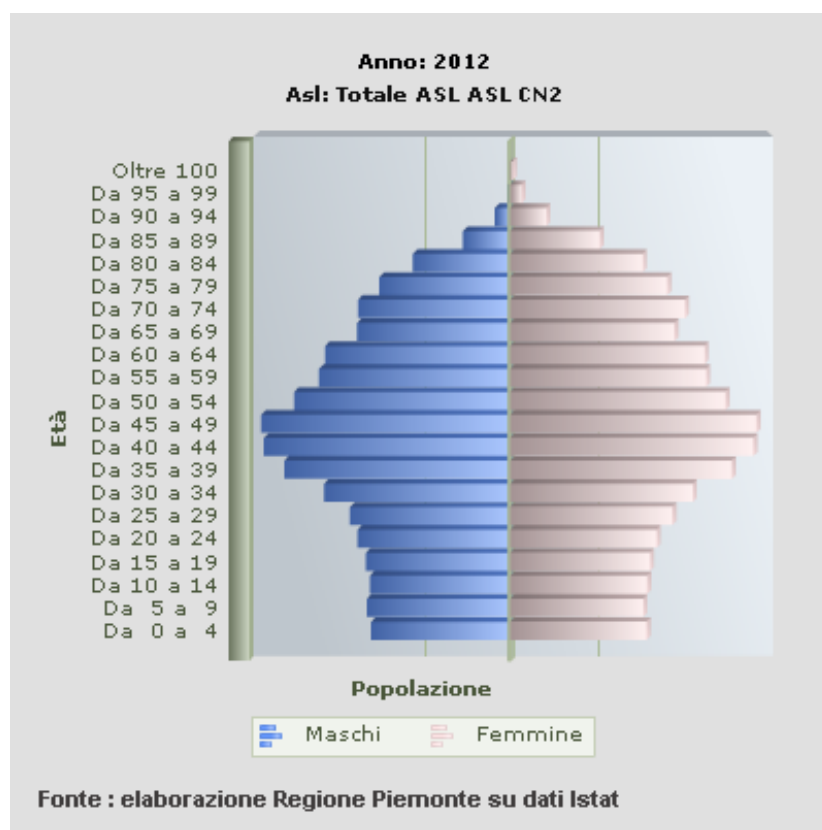
La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,2% contro il 48,8%). In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero di uomini decresce; a novanta anni ed oltre le donne rappresentano il 72,9% della popolazione (Tab. 3) (4).

Tab. 3 - Popolazione residente A.S.L. CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2012 (4)

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
Da 0 a 4	3.888	50,5	3.814	49,5	7.702
Da 5 a 9	4.008	51,8	3.722	48,2	7.730
Da 10 a 14	3.921	50,6	3.825	49,4	7.746
Da 15 a 19	4.039	50,8	3.905	49,2	7.944
Da 20 a 24	4.269	51,1	4.091	48,9	8.360
Da 25 a 29	4.475	49,7	4.531	50,3	9.006
Da 30 a 34	5.204	50,5	5.106	49,5	10.310
Da 35 a 39	6.317	50,5	6.193	49,5	12.510
Da 40 a 44	6.881	50,3	6.800	49,7	13.681
Da 45 a 49	6.956	50,3	6.885	49,7	13.841
Da 50 a 54	6.039	50,1	6.021	49,9	12.060
Da 55 a 59	5.341	49,4	5.478	50,6	10.819
Da 60 a 64	5.172	48,8	5.433	51,2	10.605
Da 65 a 69	4.280	48,2	4.594	51,8	8.874
Da 70 a 74	4.251	46,5	4.891	53,5	9.142
Da 75 a 79	3.655	45,4	4.388	54,6	8.043
Da 80 a 84	2.717	42,3	3.708	57,7	6.425
Da 85 a 89	1.315	34,5	2.499	65,5	3.814
Da 90 a 94	426	29,7	1.007	70,3	1.433
Da 95 a 99	80	20,3	314	79,7	394
Oltre 100	12	14,8	69	85,2	81
Totale	83.246	48,8	87.274	51,2	170.520

La struttura della popolazione residente, per sesso e classi quinquennali di età, è rappresentata graficamente dalla "piramide dell'età" (Graf. 1).

Graf. 1 – Popolazione per età e sesso nell'A.S.L. CN2 – Anno 2012 (4)



La *speranza di vita* alla nascita, a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2010 a 79,6, 45,5 e 18,3 anni per gli uomini e a 84,7, 50,5 e 22 anni per le donne con un incremento del numero medio di anni da vivere alla nascita di 1,7 e 1,8 anni rispettivamente per gli uomini e per le donne rispetto al periodo 2003. Rispetto al Piemonte, la speranza di vita alla nascita nel 2010 risulta inferiore di 0,04 per gli uomini e superiore di 0,15 per le donne (4).

Tab. 4 – Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2003-2010) (4)

	Speranza di vita a 0 anni		Speranza di vita a 35 anni		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2003	77,9	82,9	43,9	48,6	17,0	20,4
2004	78,4	83,9	44,4	49,5	17,6	21,6
2005	78,2	84,2	45,2	49,5	18,0	21,3
2006	78,2	84,5	44,4	49,8	17,4	21,8
2007	79,6	84,6	45,4	49,9	17,8	21,6
2008	79,4	84,0	45,3	49,5	18,0	21,0
2009	79,4	84,6	45,4	50,0	18,1	21,6
2010	79,6	84,7	45,5	50,5	18,3	22,0

L'*età media* della popolazione nell'anno 2012 è di 44,3 anni con un incremento di 1 anno rispetto al 2003. In Piemonte nel 2012 l'età media si attesta a 45,3 anni (4).

Gli *stranieri residenti* al 31.12.2012 nell'A.S.L. CN2 sono 19.051, pari al 11,2% del totale dei residenti con un incremento del 57,2% rispetto all'anno 2003. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2012 sono 384.996, pari al 8,8% del totale dei residenti (Tab. 5) (1).

Tab. 5 - Stranieri per 100 residenti – Anno 2012

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

Il *numero medio di componenti della famiglia* nell'A.S.L. CN2 nel 2012 è pari a 2,3, valore più elevato rispetto al dato regionale (Tab. 6) (3).

Tab. 6 - N. medio di componenti della famiglia - Anno 2012 (3)

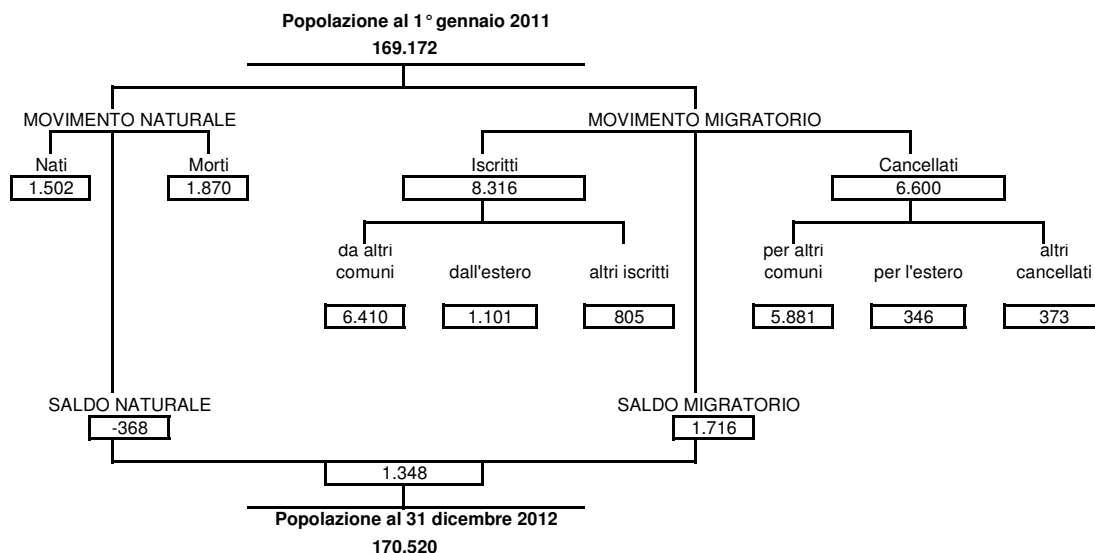
A.S.L. CN2	2,3
Distretto 1 Alba	2,3
Distretto 2 Bra	2,4
Provincia Cuneo	2,3
Regione Piemonte	2,0

La *quota di famiglie unipersonali* nel 2001, calcolata in occasione del 14° Censimento generale, ultimo dato ad oggi disponibile, della popolazione e delle abitazioni, è pari a 27,4%. Quella della Regione Piemonte è del 29,8% (5).

Andamento demografico

Anche per il 2012 nell'A.S.L. CN2, il *saldo naturale* è negativo con i decessi che superano le nascite di 368 unità, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il *saldo migratorio* (iscritti – cancellati) è positivo (1.716) (Fig. 1, Tab. 7, Graf. 3).

Fig.1 – Dinamica demografica nell'A.S.L. CN2 nel 2012 (Fonte ISTAT) (1)



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

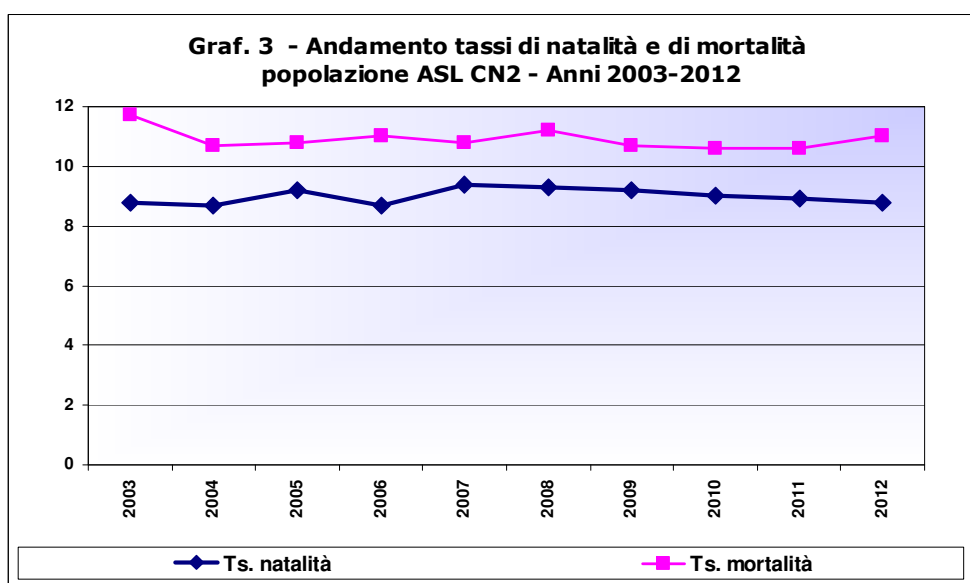
- il totale della popolazione è aumentato complessivamente nel decennio 2003 – 2012 di 9.056 unità, con una diminuzione registrata nel 2011, conforme al dato regionale, conseguente alle operazioni censuarie (Graf. 2);



- dal 2003 al 2012 il numero assoluto dei nati è aumentato complessivamente; mentre il tasso di natalità è progressivamente diminuito dal 2007 al 2012 (Tab. 7 e 8, Graf. 3);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni con incrementi registrati nel 2006, 2008 e 2012; nel 2012 il numero assoluto dei decessi (1.870) è aumentato rispetto al 2011 (Tab. 7);

Tab. 7 - Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione A.S.L. CN2 A.S.L. CN2 - Anni 2003-2012 (1)

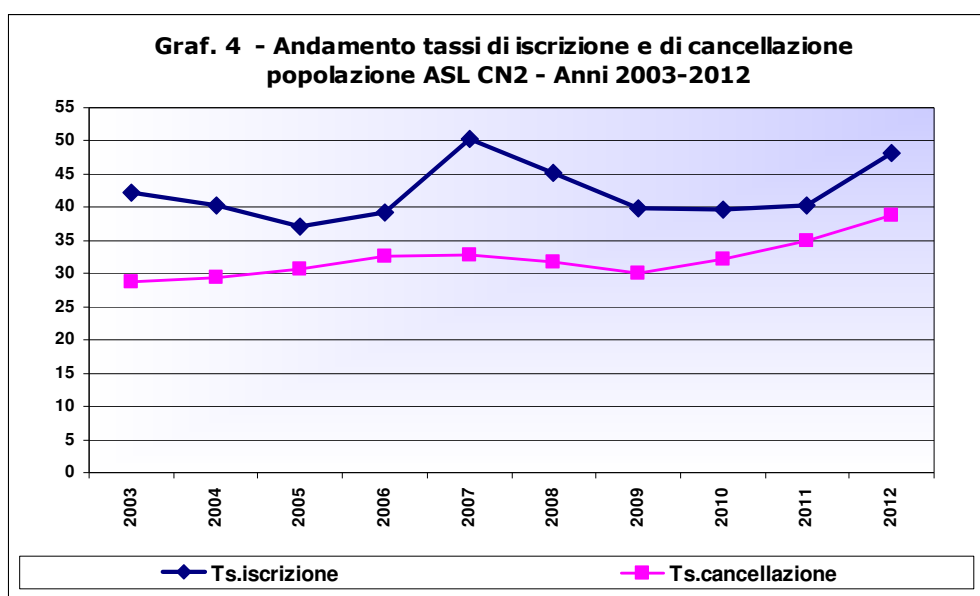
	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
2003	161.464	1.407	1.881	-474	6.785	4.634	2.151
2004	162.894	1.416	1.743	-327	6.538	4.781	1.757
2005	163.695	1.500	1.761	-261	6.060	4.998	1.062
2006	164.400	1.428	1.803	-375	6.424	5.344	1.080
2007	167.079	1.563	1.782	-219	8.352	5.454	2.898
2008	169.039	1.566	1.879	-313	7.606	5.333	2.273
2009	170.448	1.563	1.820	-257	6.802	5.136	1.666
2010	171.457	1.535	1.825	-290	6.809	5.510	1.299
2011	169.172	1.515	1.807	-292	6.801	5.917	884
2012	170.520	1.502	1.870	-368	8.316	6.600	1.716



- nel 2012 i tassi strutturali della popolazione relativamente alla mortalità e ai flussi migratori hanno subito un incremento rispetto al 2011. (Tab. 8, Graf. 3 e 4) (1).

Tab. 8 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'A.S.L. CN2 - Anni 2003-2012 (1)

	Ts. natalità	Ts. mortalità	Ts. iscrizione	Ts. cancellazione
2003	8,8	11,7	42,2	28,8
2004	8,7	10,7	40,3	29,5
2005	9,2	10,8	37,1	30,6
2006	8,7	11,0	39,2	32,6
2007	9,4	10,8	50,4	32,9
2008	9,3	11,2	45,3	31,7
2009	9,2	10,7	39,9	30,1
2010	9,0	10,6	39,7	32,1
2011	8,9	10,6	40,2	35,0
2012	8,8	11,0	48,2	38,7



Natalità

Nel 2012, l'indice di natalità dell'A.S.L. CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000, è di 8,8, lievemente superiore al dato Regionale (8,5) ed inferiore al dato provinciale cuneese (9,1) (Tab. 9).

Tab. 9 – Indice di natalità – Anno 2012 (4)

	Indice di natalità
A.S.L. CN2	8,8
Distretto 1 Alba	8,3
Distretto 2 Bra	9,7
Provincia Cuneo	9,1
Regione Piemonte	8,5

Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'A.S.L., si conferma che il Distretto 2 di Bra ha una natalità più elevata rispetto al Distretto 1 di Alba ma anche rispetto alla Provincia di Cuneo e all'intera Regione.

La Tab. 10 mostra i tassi di natalità calcolati nel 2012 per i 76 Comuni del territorio A.S.L. CN2.

Tab. 10 - Tasso di natalità per 1000 dei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2012 (4)

Comuni	Tasso di natalità
Alba	8,4
Albaretto della Torre	11,5
Arguello	9,9
Baldissero d'Alba	10,1
Barbaresco	11,9
Barolo	5,6
Benevello	14,9
Bergolo	15,0
Borgomale	10,2
Bosia	-
Bossolasco	5,9
Bra*	9,1
Camo	-
Canale	10,8
Castagnito	9,5
Castelletto Uzzone	5,5
Castellinaldo	5,6
Castiglione Falletto	8,6
Castiglione Tinella	13,6
Castino	6,0
Ceresole Alba*	4,8
Cerretto Langhe	6,6
Cherasco*	10,5
Cissone	11,9
Corneliano d'Alba	9,3
Cortemilia	5,9
Cossano Belbo	4,0
Cravanzana	4,8
Diano d'Alba	8,8
Feisoglio	-
Gorzegno	-
Govone	7,8
Grinzane Cavour	6,6
Guarene	9,0
La Morra*	8,1
Lequio Berria	6,1
Levice	8,2
Magliano Alfieri	10,8
Mango	8,2
Monchiero	8,8
Monforte d'Alba	10,7
Montà	9,8
Montaldo Roero	6,9
Montelupo Albese	18,7
Monteu Roero	7,3
Monticello d'Alba	8,9
Narzole*	10,5
Neive	6,5
Neviglie	7,1
Niella Belbo	-

Novello	10,7
Perletto	9,9
Pezzolo Valle Uzzone	5,6
Piobesi d'Alba	12,7
Pocapaglia*	11,4
Priocca	7,4
Rocchetta Belbo	-
Roddi	11,0
Roddino	5,3
Rodello	6,0
San Benedetto Belbo	-
San Giorgio Scarampi	7,6
Sanfrè*	10,2
Santa Vittoria d'Alba*	13,5
Santo Stefano Belbo	7,1
Santo Stefano Roero	7,2
Serralunga d'Alba	9,4
Serravalle Langhe	9,2
Sinio	9,8
Sommariva del Bosco*	9,7
Sommariva Perno*	10,6
Torre Bormida	-
Treiso	7,3
Trezzo Tinella	-
Verduno*	12,3
Veza d'Alba	5,0

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 49 anni) nell'anno 2012 è di 20,5. Quello del 2003 è di 19,5 e quello del Piemonte nel 2012 è di 20,2 (4). 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 (5).

Mortalità

Il *tasso grezzo di mortalità* della popolazione A.S.L. CN2 (numero morti/popolazione totale) nel 2012 è di 11 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è aumentato (Tab. 7).

Il tasso grezzo di mortalità per entrambi i Distretti 1 di Alba e 2 di Bra è inferiore al dato della Regione (Tab. 11).

Tab. 11 - Indice di mortalità - Anno 2012 (4)

	Indice di mortalità
A.S.L. CN2	11,0
Distretto 1 Alba	11,5
Distretto 2 Bra	10,3
Provincia Cuneo	11,5
Regione Piemonte	11,6

La Tab. 12 mostra i tassi di mortalità calcolati nel 2012 per i 76 Comuni del territorio A.S.L. CN2.

Tab. 12 - Tasso di mortalità per 1000 dei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2012 (4)

Comuni	Tasso di mortalità
Alba	10,4
Albaretto della Torre	11,5
Arguello	5,0
Baldissero d'Alba	12,0
Barbaresco	14,8
Barolo	15,5
Benevello	6,4
Bergolo	15,0
Borgomale	10,2
Bosia	16,8
Bossolasco	16,2
Bra*	10,1
Camo	9,9
Canale	11,3
Castagnito	4,7
Castelletto Uzzone	27,7
Castellinaldo	14,4
Castiglione Falletto	7,2
Castiglione Tinella	12,5
Castino	14,0
Ceresole Alba*	16,2
Cerretto Langhe	22,0
Cherasco*	8,5
Cissone	11,9
Corneliano d'Alba	11,7
Cortemilia	13,4
Cossano Belbo	11,9
Cravanzana	24,0
Diano d'Alba	7,1
Feisoglio	23,8
Gorzegno	42,0
Govone	13,4
Grinzane Cavour	7,1
Guarene	9,0
La Morra*	12,8
Lequio Berria	12,1
Levice	8,2
Magliano Alfieri	11,3
Mango	9,7
Monchiero	12,4
Monforte d'Alba	10,7
Montà	12,1
Montaldo Roero	14,9
Montelupo Albese	9,4
Monteu Roero	17,0
Monticello d'Alba	10,3
Narzole*	11,1
Neive	13,4
Neviglie	19,1
Niella Belbo	20,3

Novello	6,8
Perletto	19,7
Pezzolo Valle Uzzone	11,3
Piobesi d'Alba	11,1
Pocapaglia*	11,4
Priocca	17,4
Rocchetta Belbo	11,1
Roddi	3,9
Roddino	10,6
Rodello	12,1
San Benedetto Belbo	-
San Giorgio Scarampi	-
Sanfrè*	6,8
Santa Vittoria d'Alba*	6,9
Santo Stefano Belbo	12,3
Santo Stefano Roero	15,0
Serralunga d'Alba	11,3
Serravalle Langhe	27,6
Sinio	3,9
Sommariva del Bosco*	11,9
Sommariva Perno*	11,7
Torre Bormida	28,4
Treiso	7,3
Trezzo Tinella	17,8
Verduno*	8,8
Veza d'Alba	15,3

Il *tasso standardizzato di mortalità* per età dell'A.S.L. CN2, calcolato col metodo diretto utilizzando come standard la popolazione europea, è nel 2009 (ultimo anno disponibile sulla Banca dati Intranet RUPARPIEMONTE - MADEsmart) di 485,1 per 100.000. Quello del 2003 è di 581,8 e quello della Regione Piemonte nel 2009 è di 598,9 (IC 95% 494,1 – 503,8) (Tab. 13) (9).

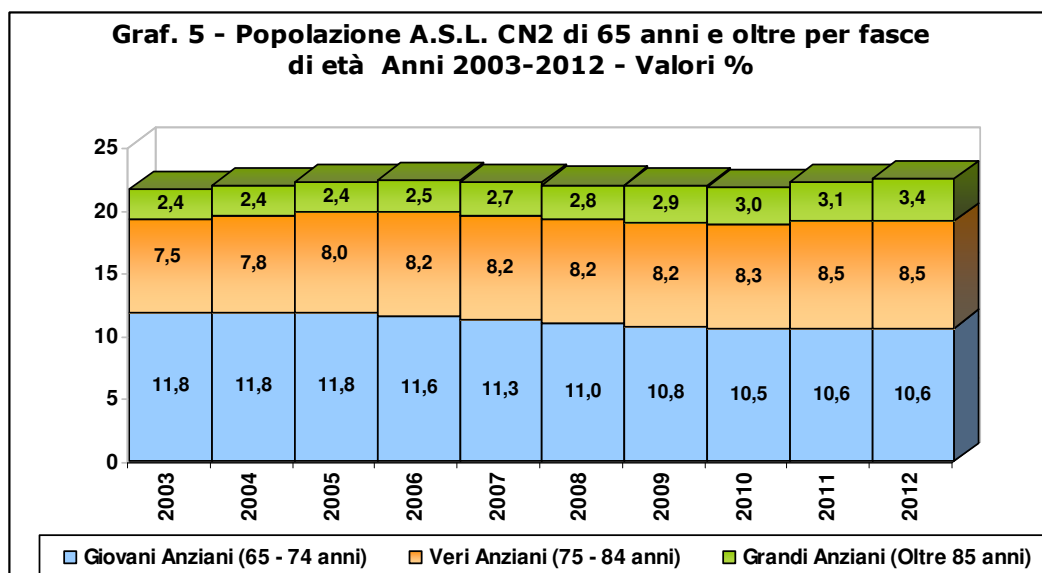
Tab. 13 - Tasso standardizzato di mortalità nell'A.S.L. CN2 – Anni 2003-2009 (9)

	Tasso standardizzato morti pop. eu.	Limite inf. i.c. TS morti pop. eu.	Limite sup. i.c. TS morti pop. eu.
2003	581,8	554,1	610,9
2004	532,9	506,3	560,9
2005	530,6	504,1	558,5
2006	522,8	496,9	550,1
2007	491,3	467,0	516,9
2008	509,0	486,4	535,0
2009	485,1	461,0	510,5

Gli anziani

Nell'A.S.L. CN2 al 31 dicembre 2012, si stimano 38.206 ultrasessantacinquenni ossia il 22,4% della popolazione totale (43,8% maschi; 56,2% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,6%.

Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'A.S.L. CN2, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti "giovani-vecchi" di età compresa tra 65 e 74 anni, i "veri vecchi" da 75 a 84 anni, e i "grandi vecchi" di 85 anni e oltre, emerge che i "giovani-vecchi" sono 10,6%, quelli di età compresa tra i 75 – 84 anni 8,5% e gli ultraottantacinquenni 3,4% (Graf. 5) (4).



Ulteriori indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione possono essere desunte dallo studio di taluni indicatori demografici cosiddetti "strutturali" quali "l'indice di vecchiaia" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 0 - 14 anni, "l'indice di invecchiamento" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti, "l'indice di dipendenza o carico sociale" = popolazione in età 0 - 14 anni + popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 15 - 64 anni, "l'indice di struttura" = popolazione in età 40 - 64 anni x 100 abitanti in età 15 - 39 anni (5).

Nel 2012 nell'A.S.L. CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 164,8, mentre quello piemontese è di 183,4. Nel 2003 l'indice di vecchiaia per l'A.S.L. CN2 è di 162 (Tab. 14) (4).

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 2012 è di 22,4 (4). Esso riflette il peso relativo della popolazione anziana (Tab. 14).

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

L'indice di dipendenza o carico sociale nell'A.S.L. CN2 è di 56,2 nel 2012, nel 2003 è pari a 53,8. Quello del Piemonte nel 2012 è di 58,2 (4). Esso mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive (Tab. 14).

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 (5).

L'indice di struttura nell'anno 2012 è di 126,8, nel 2003 102,1; quello del Piemonte nel 2012 è di 136,4 (4).

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 (5).

Tab. 14 – Indici di vecchiaia, di invecchiamento, di dipendenza e di struttura – A.S.L. CN2 anni 2003-2012 (1)

	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza	Indice di struttura
2003	162	21,6	53,8	102,1
2004	163,4	21,9	54,7	104,5
2005	164,7	22,2	55,4	107,1
2006	165,6	22,3	55,8	110,4
2007	164,1	22,1	55,3	112,3
2008	161,4	21,9	55,1	115,4
2009	160,3	21,8	55	119,2
2010	160	21,8	54,7	122,2
2011	162,3	22,2	55,8	125
2012	164,8	22,4	56,2	126,8

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

Tab. 15 - Indici di vecchiaia, invecchiamento, carico sociale e di struttura nei 76 comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2012

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Alba	189,7	23,9	57,5	133,0
Albaretto della Torre	180,6	24,9	63,1	142,4
Arguello	171,4	23,9	60,8	184,1
Baldissero d'Alba	156,9	22,0	56,5	129,0
Barbaresco	149,5	23,3	63,4	122,0
Barolo	186,4	23,0	54,7	123,8
Benevello	201,8	23,7	55,1	141,7
Bergolo	466,7	41,2	100,0	126,7
Borgomale	166,7	24,2	63,3	182,4
Bosia	385,7	29,8	60,2	162,8
Bossolasco	269,9	28,9	65,5	142,4
Bra*	160,1	22,0	55,6	124,5
Camo	231,8	25,0	55,7	178,7
Canale	150,7	21,7	56,4	115,1
Castagnito	91,4	15,8	49,3	109,4
Castelletto Uzzone	273,0	28,3	63,0	128,1
Castellinaldo	184,3	24,5	60,7	126,8
Castiglione Falletto	116,4	18,5	52,4	142,8
Castiglione Tinella	272,6	31,2	74,2	138,1
Castino	290,0	28,9	63,7	178,2
Ceresole Alba*	164,8	22,1	55,2	127,2
Cerretto Langhe	266,7	26,3	56,5	156,1
Cherasco*	120,8	18,9	52,8	117,4
Cissone	254,6	32,9	84,8	170,6
Corneliano d'Alba	168,0	22,9	57,7	130,8
Cortemilia	293,3	29,3	64,8	133,8
Cossano Belbo	270,2	28,1	62,7	152,7
Cravanzana	248,9	27,9	64,3	138,3
Diano d'Alba	146,1	19,9	50,3	130,5
Feisoglio	761,1	41,1	87,1	182,5

Gorzegno	531,6	33,3	65,6	181,5
Govone	202,4	23,2	53,1	129,1
Grinzane Cavour	151,7	19,9	49,3	114,8
Guarene	122,7	18,7	51,5	125,8
La Morra*	160,5	21,1	52,2	122,4
Lequio Berria	322,9	31,1	68,8	181,0
Levice	386,4	34,6	77,0	157,4
Magliano Alfieri	132,1	20,7	57,1	114,5
Mango	226,8	28,4	69,3	126,9
Monchiero	134,1	21,0	57,9	109,1
Monforte d'Alba	185,5	25,8	65,7	119,2
Montà	138,3	21,2	57,4	116,1
Montaldo Roero	316,1	31,8	71,8	147,1
Montelupo Albese	166,2	22,8	57,6	125,0
Monteu Roero	214,0	25,2	58,5	124,7
Monticello d'Alba	118,3	18,0	49,6	112,6
Narzole*	126,2	21,0	60,4	107,3
Neive	150,6	21,6	56,1	117,6
Neviglie	235,4	27,3	63,6	116,2
Niella Belbo	470,4	32,7	65,8	192,5
Novello	135,2	21,4	59,3	138,2
Perletto	273,5	30,7	72,2	175,0
Pezzolo Valle Uzzone	363,6	33,5	74,6	159,5
Piobesi d'Alba	111,3	16,3	44,9	107,4
Pocapaglia*	108,0	17,4	50,3	121,7
Priocca	170,8	21,9	53,2	123,5
Rocchetta Belbo	282,4	26,7	56,5	139,6
Roddi	97,4	16,8	51,7	154,5
Roddino	280,5	30,3	70,0	197,3
Rodello	198,4	24,9	59,8	133,5
San Benedetto Belbo	400,0	35,6	80,2	165,0
San Giorgio Scarampi	363,6	29,2	59,3	145,7
Sanfrè*	138,3	19,5	50,5	122,4
Santa Vittoria d'Alba*	129,7	18,9	50,1	117,1
Santo Stefano Belbo	206,5	24,3	56,5	128,9
Santo Stefano Roero	182,4	25,2	63,9	124,5
Serralunga d'Alba	119,8	17,8	48,6	119,2
Serravalle Langhe	369,2	29,3	59,2	178,4
Sinio	176,6	22,2	53,3	135,5
Sommariva del Bosco*	136,2	20,1	53,5	128,0
Sommariva Perno*	177,0	23,3	57,2	140,5
Torre Bormida	538,5	33,3	65,4	164,6
Treiso	163,5	22,6	57,4	138,9
Trezzo Tinella	234,2	28,7	69,5	162,7
Verduno*	201,6	22,3	50,1	159,6
Veza d'Alba	182,9	23,9	58,8	124,7

Il cruscotto della "vivacità demografica"(5)

La Tab. 16 riassume l'andamento dei principali indicatori demografici dell'A.S.L. CN2 nel decennio 2003-2012 e il loro scostamento (in positivo o in negativo), nell'anno 2012, dai dati regionali.

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

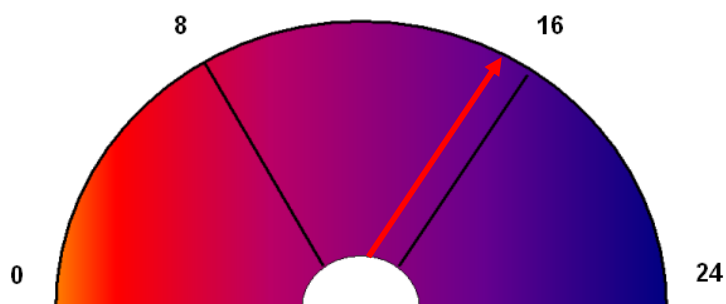
Indicatore	Variazione temporale	Vivacità temporale	Variazione territoriale	Vivacità territoriale
Popolazione residente	Aumenta	😊		
Densità di popolazione	Aumenta	😊	Più bassa	😞
Saldo naturale	Aumenta	😊		
Saldo migratorio	Diminuisce	😞		
Tasso di natalità	Stabile	😊		
Tasso standardizzato di mortalità*	Diminuisce	😊	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**	Aumenta	😊	Stabile	😊
Età media	Aumenta	😞	Più basso	😊
Indice di carico di figli per donna in età feconda	Aumenta	😞	Più alto	😞
Indice di dipendenza	Aumenta	😞	Più basso	😊
Indice di struttura	Aumenta	😞	Più basso	😊

*Il periodo di riferimento per il confronto temporale è: anni 2003-2009

°Anno di riferimento 2001 (ultimo censimento della popolazione e delle abitazioni).

**Il confronto temporale è effettuato tra i dati 2003-2010.

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) <http://www.demos.piemonte.it>
- (2) Ricercatori IRES Piemonte: "Relazione annuale sulla situazione economica, sociale e territoriale del Piemonte. Anno 2012". <http://www.ires.piemonte.it>
- (3) <http://demo.istat.it>
- (4) Intranet RuparPiemonte: PiSTA – Piemonte Statistica. <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
- (5) DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute: "Modello demografico". <http://www.dors.it>
- (6) Intranet RuparPiemonte: MADEsmart – Motore Analisi Demografica ed Epidemiologica. <http://www.ruparpiemonte.it/madesmart/>

La mortalità generale e per cause nell'A.S.L. CN2

Laura Marinaro, Annelisa Guasti

Premessa

I dati di mortalità rappresentano uno dei principali strumenti di monitoraggio dello stato di salute della popolazione e, insieme alla morbosità, un indicatore utile per la definizione dei bisogni sanitari di una comunità. Le statistiche di mortalità forniscono un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria (1). Attualmente, nel nostro Paese, il flusso di raccolta dei dati di mortalità (2) prevede che una copia della Scheda di morte ISTAT, compilata dal curante o medico necroscopo per ogni caso di decesso di un proprio assistito, venga inviata tramite il Comune di decesso, all'ASL di riferimento e da questa alla rispettiva ASL di residenza. Nel settembre 1992, l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte ha elaborato un documento finalizzato ad organizzare presso ogni AA.SS.LL. piemontese il Registro delle cause di morte; nell'aprile 2004 con apposita Circolare regionale sono stati attivati nuovi flussi informativi specifici in materia.

Questo articolo contiene alcuni dati epidemiologici descrittivi relativi alla mortalità generale e per le principali cause di morte disaggregati per ASL CN2 e per i Distretti Alba e Bra.

Materiali e metodi

I dati di mortalità generale e per le principali cause di morte relativi all'ASL CN2 e ai Distretti Alba e Bra sono desunti da RUPAR Piemonte PiSta - PIEMONTE STATISTICA e B.D.D.E (3) che contiene le elaborazioni della Regione Piemonte sui dati di mortalità ISTAT.

La mortalità desumibile da RUPAR Piemonte PiSta è codificata secondo la Classificazione Internazionale ICDX rispetto alla causa di morte iniziale, cioè la causa che avvierebbe quel concatenamento morboso che porta un soggetto al decesso. Per ciascuna causa di morte riportata nel presente documento, i risultati vengono espressi in termini di dati assoluti (n. osservati) ed in termini di indicatori di mortalità (Tasso grezzo; TS - tasso standardizzato per 100.000 abitanti; SMR - Rapporto standardizzato di mortalità con i relativi intervalli di confidenza al 95%). Il Tasso grezzo stima il rapporto tra il numero di morti e la popolazione totale; questo indicatore, non essendo standardizzato per età e sesso, non è adatto a confronti tra zone diverse per struttura di popolazione. Il Tasso standardizzato di mortalità invece tiene conto del tipo di popolazione e permette quindi di confrontare popolazioni con diverse composizioni di età.

Il Rapporto standardizzato di mortalità SMR, ossia il rapporto tra il numero di morti osservati ed il numero di morti attesi nella popolazione se su questa agissero i tassi di mortalità specifici per età di una popolazione assunta come riferimento (nel nostro caso la popolazione di riferimento è quella regionale), consente invece di evidenziare eventuali eccessi o difetti di mortalità per cause di morte al netto delle eventuali differenze di età. Gli intervalli di confidenza al 95% degli SMR esprimono l'ambito di valori entro cui si colloca il vero valore di SMR, in termini più semplici l'intervallo stimato includerebbe il vero valore di SMR con una probabilità del 95% (4).

I dati a seguire riportati si riferiscono al 2010, al momento degli ultimi disponibili.

MORTALITA' GENERALE

In Piemonte, annualmente muoiono circa 48.000 persone; a partire dagli anni '90 la mortalità si è ridotta in entrambi i sessi; il rischio morte non si distribuisce omogeneamente nel territorio piemontese (5) (Fig.1-2).

Nel 2010, in Piemonte il numero di decessi osservati è di 48.219, di cui 23.209 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 607,37 per 100.000 abitanti, e 25.010 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 375,25 per 100.000 abitanti.

Fig. 1 – Mortalità generale Tassi standardizzati x 100.000 ab. – Anno 2010 Maschi

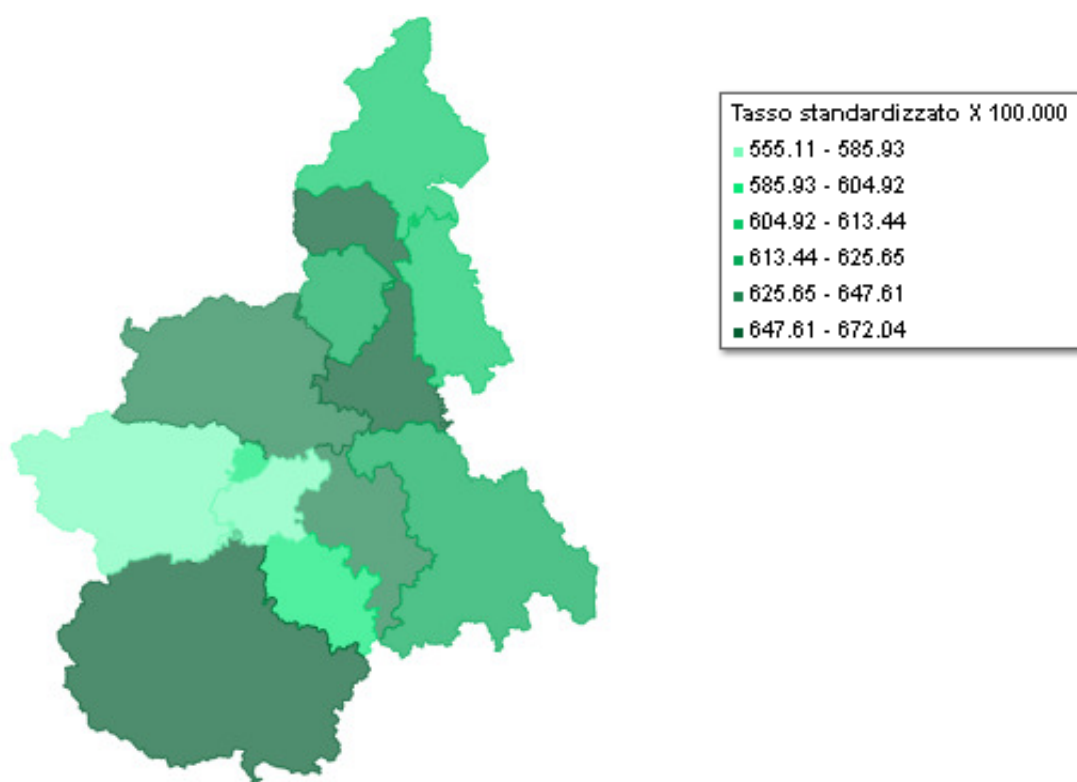
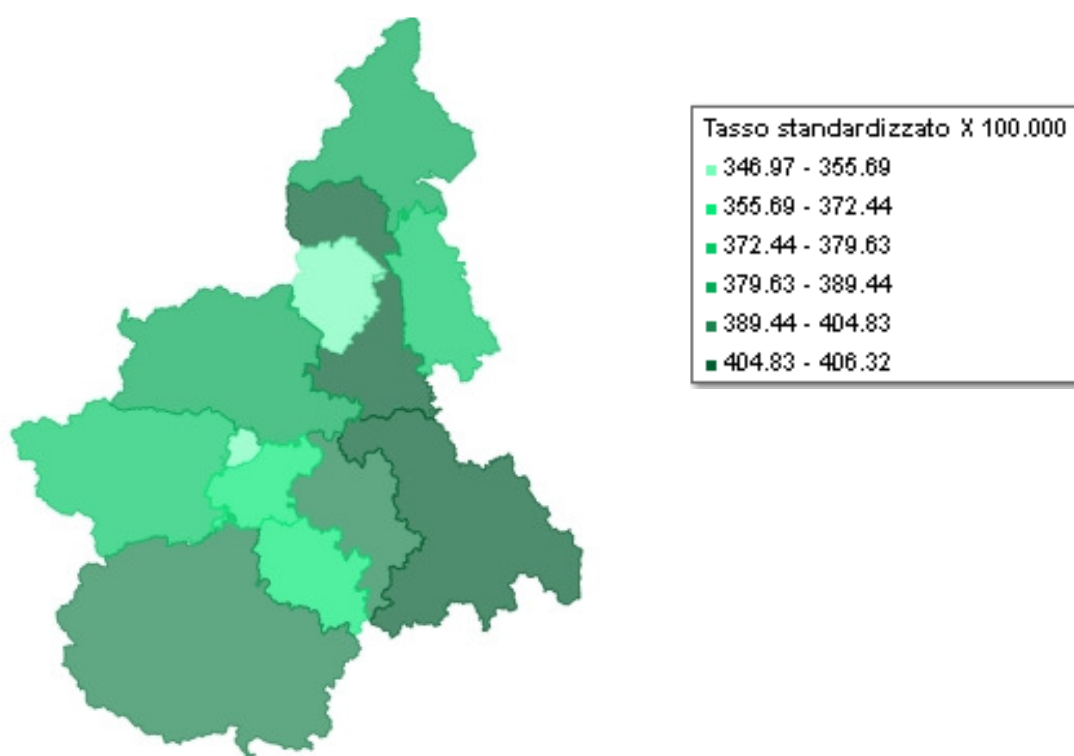


Fig. 2 – Mortalità generale Tassi standardizzati x 100.000 ab. – Anno 2010 Femmine



Mortalità generale ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Nel 2010, nel territorio dell'ASL CN2 il numero di decessi osservati è di 1.825, di cui 913 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 603,45 per 100.000 abitanti, e 912 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 365,01 per 100.000 abitanti (Tab.1). La mortalità generale si rivela in lieve eccesso per le femmine (SMR 100,42 IcI 93,99 IcS 107,17) rispetto al dato regionale, eccesso che non risulta statisticamente significativo.

Tab. 1 - Mortalità generale ASL CN2 – Anno 2010

Causa di morte	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Mortalità generale - M	913	1087,79	603,45	99,92	93,53	106,63

Causa di morte	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Mortalità generale - F	912	1041,99	365,01	100,42	93,99	107,17

Nel 2010, per quanto riguarda i Distretti dell'ASL CN2 si registra un lieve eccesso di mortalità non statisticamente significativo nel Distretto di Alba relativamente alla popolazione femminile (SMR 100,28 – IcI 92,33 IcS 108,73) e nel Distretto di Bra per entrambi i sessi (Maschi – SMR 105,16 - IcI 94,03 IcS 117,25; Femmine – SMR 100,68 - IcI 89,96 IcS 112,32) (Tab.2).

Tab. 2- Mortalità generale Distretti Alba e Bra – Anno 2010

	Distretti	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
ALBA	Maschi	587	1.135,29	590,94	97,22	89,5	105,43
	Femmine	590	1.092,65	367,31	100,28	92,33	108,73

	Distretti	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
BRA	Maschi	326	1.011,57	631,53	105,16	94,03	117,25
	Femmine	322	960,39	361,61	100,68	89,96	112,32

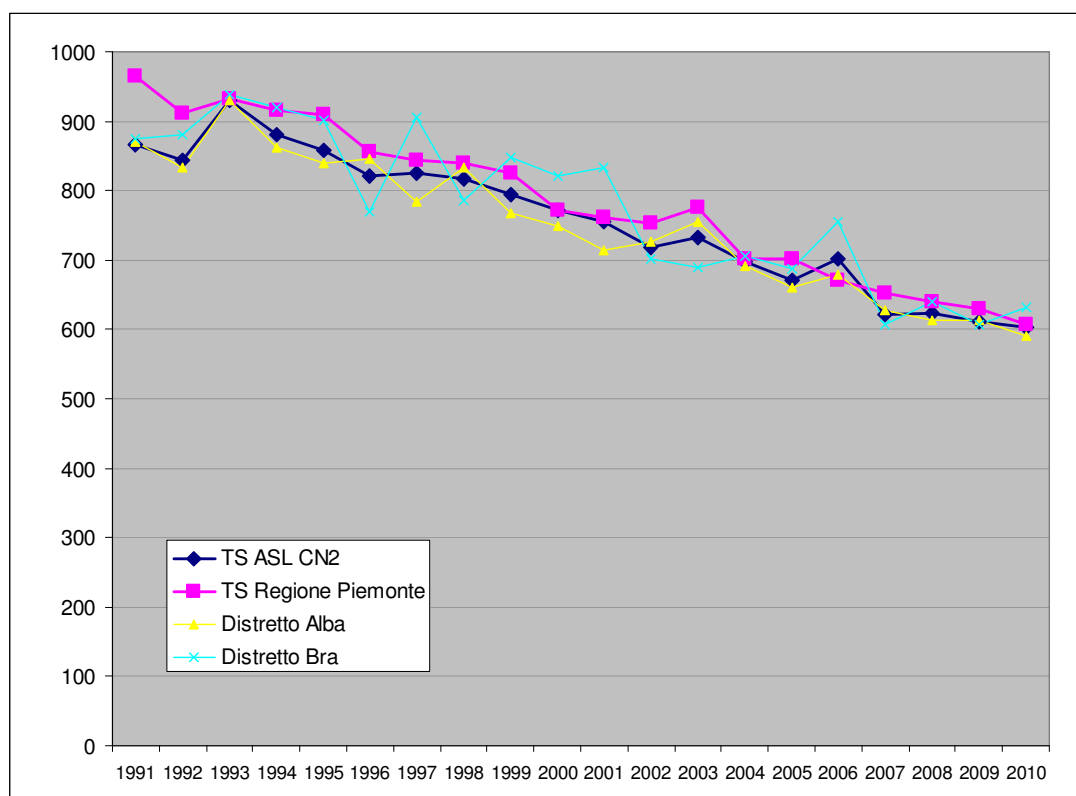
La mortalità generale, dal 1991 al 2010, si è ridotta sia in Piemonte che nell'ASL CN2 per la popolazione maschile: i tassi standardizzati di mortalità registrati per i maschi del nostro territorio risultano inferiori a quelli regionali, ad eccezione degli anni 2000 e 2006. Per il Distretto di Alba il tasso standardizzato è passato da un valore di 870,27 nel 1991 a 590,94 nel 2010; per il Distretto di Bra il tasso standardizzato è passato da un valore di 874,85 nel 1991 a 631,53 nel 2010 (Tab.3; Graf.1).

Tab. 3 - Mortalità generale – Tassi standardizzati per 100.000 ab.
Anni 1991-2010 Maschi

	ASL CN2	Regione Piemonte	Distretto Alba	Distretto Bra
1991	867,06	965,06	870,27	874,85
1992	843,85	910,72	833,82	880,06
1993	930,72	932,86	929,73	937,91
1994	881,48	914,84	862,63	919,27
1995	857,7	910,1	839,19	901,66
1996	821,5	855,24	844,79	770,43
1997	824,14	843,67	783,9	905,41
1998	816,59	839,38	833,95	786,83
1999	794,74	825,61	767,66	848,46
2000	771,59	770,75	749,85	820,86

2001	754,12	762,27	715,01	833,12
2002	717,54	752,41	725,74	700,87
2003	732,04	776,09	755,14	688,35
2004	696,69	700,71	692	705,88
2005	670,15	701,26	660,16	687,28
2006	701,51	670,78	680,04	755,06
2007	620,94	652,17	628,5	607,23
2008	622,8	640,18	612,49	639,84
2009	610,41	629,83	612,18	606,28
2010	603,45	607,37	590,94	631,53

Graf. 1 - Andamento mortalità generale ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Maschi

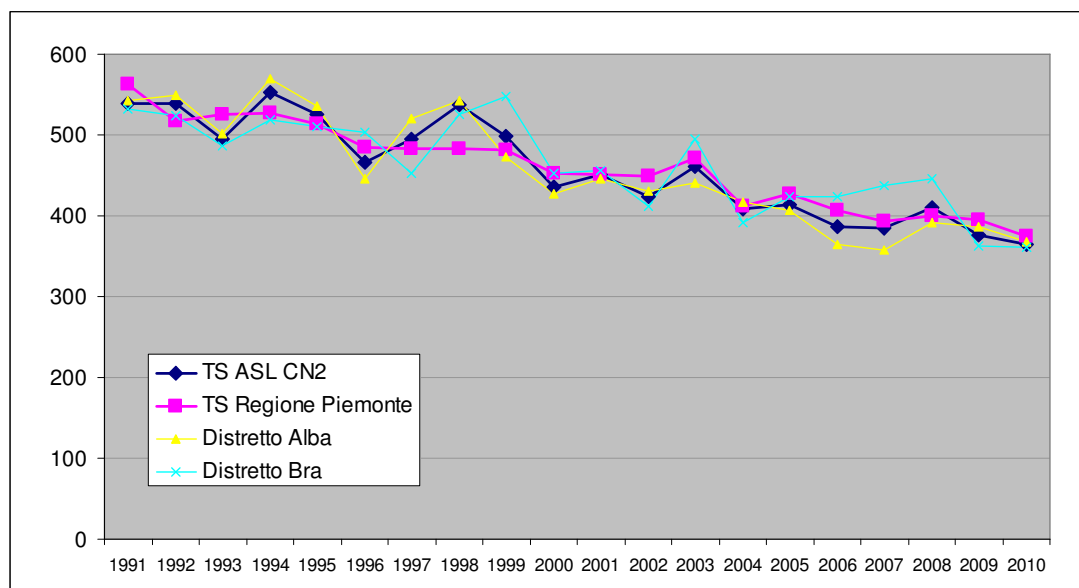


La mortalità generale, dal 1991 al 2010, si è ridotta anche per le femmine in Piemonte, nell'ASL CN2 e nei Distretti di Alba e Bra. In particolare dal 2000 al 2010 il tasso standardizzato di mortalità rilevato per l'ASL CN2 risulta inferiore al dato regionale ad eccezione del 2008 (Tab.4; Graf.2).

Tab. 4 - Mortalità generale – Tassi standardizzati per 100.000 ab.
Anni 1991-2010 Femmine

	ASL CN2	Regione Piemonte	Distretto Alba	Distretto Bra
1991	538,18	562,16	541,83	531,82
1992	538,48	516,74	548,93	523,49
1993	495,12	526,01	502,35	486,06
1994	553,17	527,86	569,52	518,22
1995	526,21	513,71	535,10	510,78
1996	465,59	483,98	446,16	503,19
1997	495,76	483,19	520,14	452,27
1998	536,56	483,79	541,65	525,43
1999	499,12	482,05	473,25	547,86
2000	435,94	452,55	427,30	452,11
2001	450,26	450,77	445,94	455,69
2002	423,23	448,49	430,04	412,15
2003	460,51	470,49	440,39	494,87
2004	408,41	411,33	417,51	391,51
2005	413,75	426,60	406,24	424,49
2006	385,90	406,66	363,85	423,78
2007	385,53	392,59	356,95	437,11
2008	410,95	400,30	392,13	445,37
2009	376,94	394,81	385,71	362,91
2010	365,01	375,25	367,31	361,61

Graf. 2 - Andamento mortalità generale ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Femmine

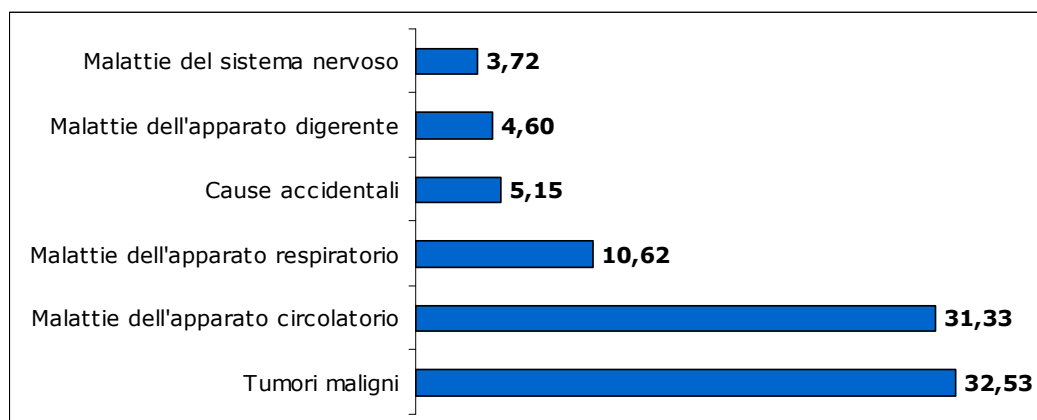


MORTALITA' PER CAUSE ASL CN2, DISTRETTI ALBA E BRA – Anno 2010

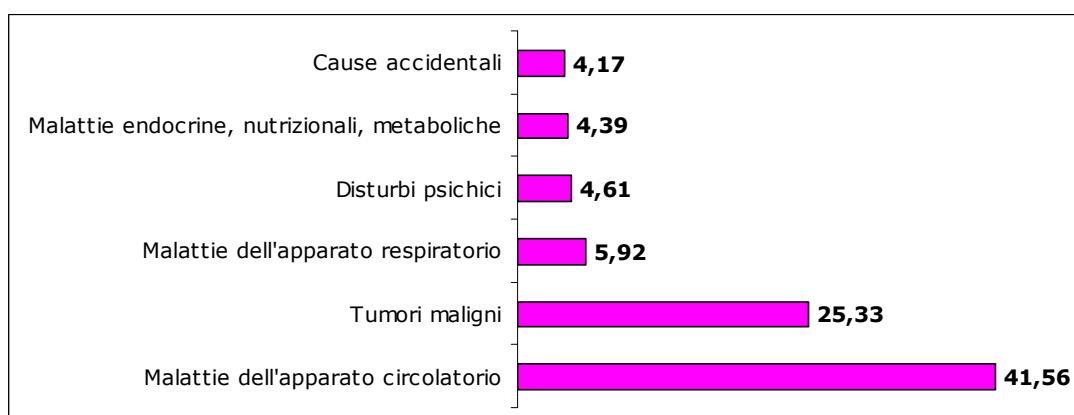
Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio (Tab.5-6).

I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 63,86% delle morti tra i maschi ed il 66,89% tra le femmine (Graf.3-4).

Graf. 3 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Maschi Anno 2010



Graf. 4 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Femmine Anno 2010



Tab. 5 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2010 Maschi

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Tumori maligni	297	353,86	201,79	95,73	85,13	107,29
Malattie dell'apparato circolatorio	286	340,75	177,85	93,13	82,63	104,6
Malattie dell'apparato respiratorio	97	115,57	55,3	127,91	103,68	156,1
Cause accidentali	47	56	41,3	114,59	84,13	152,46
Malattie dell'apparato digerente	42	50,04	27,99	110,7	79,72	149,72
Malattie del sistema nervoso	34	40,51	22,11	108,69	75,2	151,98
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	27	32,17	17,38	95,73	63,02	139,38
Malattie infettive	21	25,02	11,84	109,93	67,95	168,18
Disturbi psichici	18	21,45	11,04	96,74	57,24	153,03
Malattie dell'apparato genito-urinario	13	15,49	7,98	100,87	53,58	172,66
Tumori benigni, in situ, incerti	10	11,91	6,95	80,58	38,51	148,34
Malformazioni congenite e cause perinatali	6	7,15	11,72	189,98	69,21	414,03
Stati morbosi e maldefiniti	5	5,96	3,8	59,87	19,24	139,9
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	4	4,77	2,91	131,47	35,26	337,06
Malattie osteomuscolari e del connettivo	4	4,77	2,69	129,1	34,62	330,99
Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	2,38	0,8	133,62	14,92	483,28

Tab. 6 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2010 Femmine

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	379	433,02	127,71	100,17	90,32	110,8
Tumori maligni	231	263,92	127,08	105,41	92,23	119,95
Malattie dell'apparato respiratorio	54	61,7	16,91	94,61	71,03	123,51
Disturbi psichici	42	47,99	12,8	114,99	82,81	155,52
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	40	45,7	13,88	109,95	78,48	149,81
Cause accidentali	38	43,42	17,79	130,55	92,3	179,3
Malattie del sistema nervoso	36	41,13	13,36	92,31	64,6	127,88
Malattie dell'apparato digerente	26	29,71	9,55	72,88	47,55	106,87
Malattie dell'apparato genito-urinario	21	23,99	7,49	159,12	98,36	243,43
Stati morbosi e maldefiniti	17	19,42	4,89	91,08	52,97	145,96
Malattie infettive	10	11,43	3,25	54,09	25,85	99,59
Malattie osteomuscolari e del	6	6,86	2,44	82,5	30,06	179,8
Tumori benigni, in situ, incerti	5	5,71	4,11	51,06	16,41	119,31
Malformazioni congenite e cause perinatali	3	3,43	2,65	120,7	24,16	353,21
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	2	2,29	0,54	47,73	5,33	172,63
Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	2,29	0,56	70,69	7,89	255,65

1. Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio

Nel 2010, in Piemonte il numero di decessi osservati per malattie dell'apparato cardiocircolatorio è di 18.115, di cui 7.706 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 191,54 per 100.000 abitanti, e 10.409 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 128,46 per 100.000 abitanti.

Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio rappresentano nella ASL CN2, in conformità con i dati regionali, la prima causa di morte per le femmine (41,56%) e la seconda causa di morte per la popolazione maschile (31,33%) (Graf.3-4). Nel 2010, la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio nell'ASL CN2 è per i maschi in difetto rispetto alla mortalità regionale (SMR 93,13 IcI 82,63 IcS 104,6), difetto che non raggiunge la significatività statistica. La mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio si conferma in difetto rispetto al dato regionale anche nella popolazione maschile dei Distretti di Alba e Bra (Tab.7).

Nella popolazione femminile, l'analisi della mortalità per malattie cardiovascolari evidenzia un lieve eccesso di mortalità rispetto al dato regionale e statisticamente non significativo nell'ASL CN2 (SMR 100,17 IcI 90,32 IcS 110,8) e nel Distretto di Alba (SMR 101,02 IcI 88,84 IcS 114,41) (Tab.7).

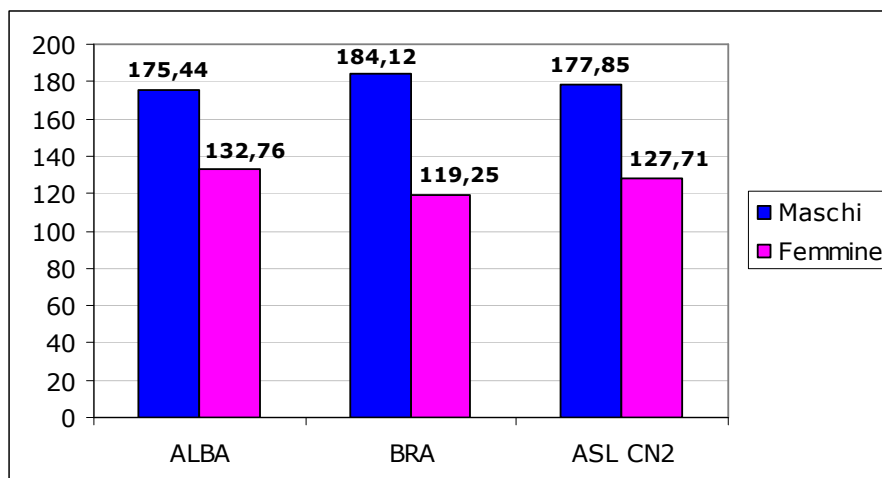
Tab. 7 - Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio.
ASL CN2, Distretti Alba e Bra - Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	185	357,8	175,44	90,16	77,61	104,16
Maschi	Distretto BRA	101	313,4	184,12	99,11	80,69	120,48
Maschi	ASL CN2	286	340,75	177,85	93,13	82,63	104,6

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	249	461,14	132,76	101,02	88,84	114,41
Femmine	Distretto BRA	130	387,74	119,25	98,57	82,32	117,08
Femmine	ASL CN2	379	433,02	127,71	100,17	90,32	110,8

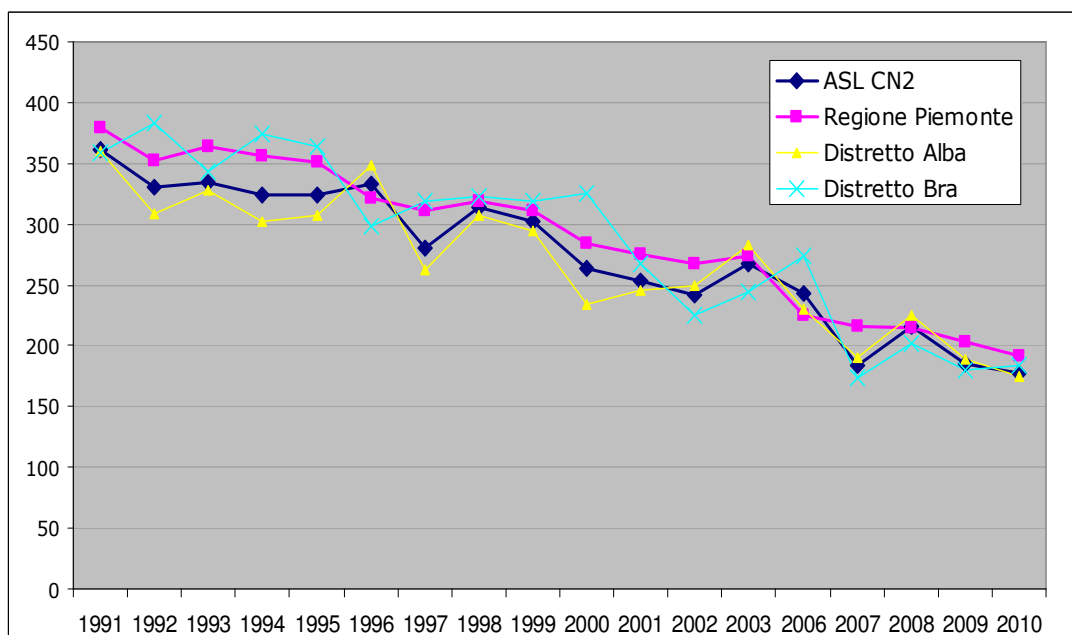
Nel 2010 il tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato circolatorio più elevato si registra per i maschi nel distretto di Bra (TS 184,12), per le femmine nel Distretto di Alba (TS 132,76) (Graf.5).

Graf. 5 - Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio
ASL CN2, Distretti Alba e Bra Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010



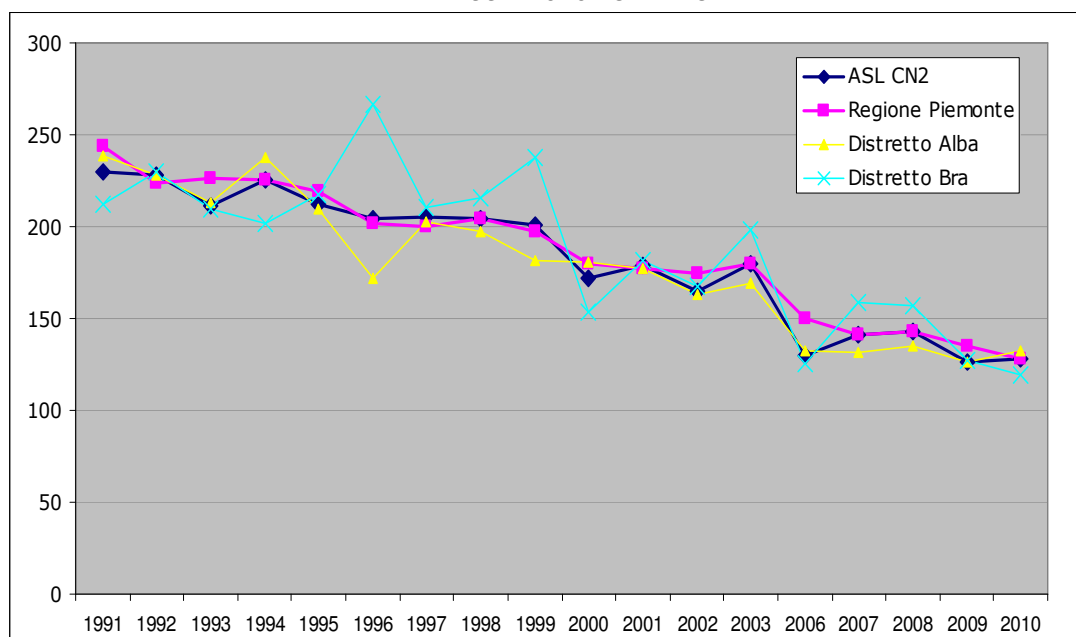
L'andamento temporale (1991-2010)¹ della mortalità per malattie cardiovascolari sia per la popolazione maschile che femminile è nell'ASL CN2 in diminuzione in conformità con i dati regionali (Graf.6-7).

Graf. 6 - Andamento mortalità per malattie dell'app. cardiocircolatorio
ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte Tassi standardizzati x 100.000 abitanti
Anni 1991-2010 Maschi



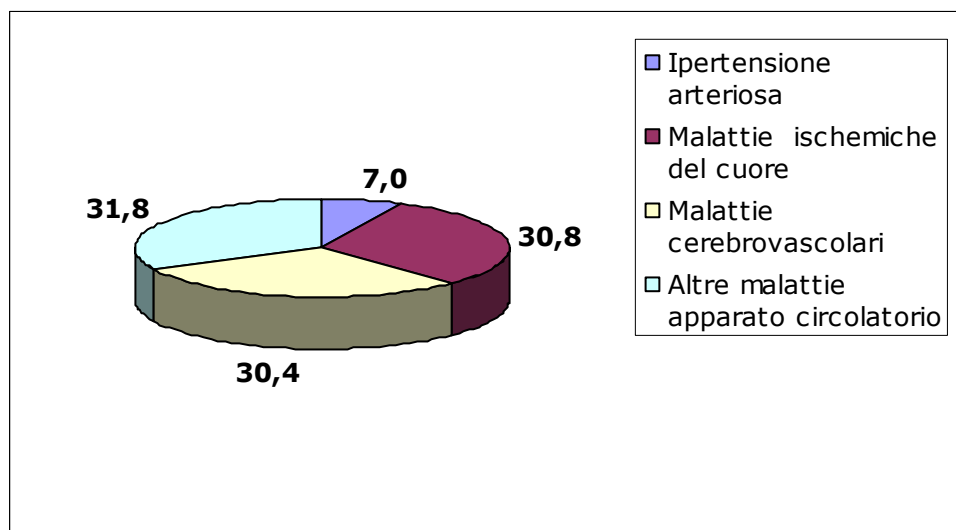
¹ Fonte dei dati: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat. Per gli anni 2004 e 2005 è disponibile solo il totale dei decessi e non le cause

Graf. 7 - Andamento mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte Tassi standardizzati x 100.000 abitanti Anni 1991-2010 Femmine

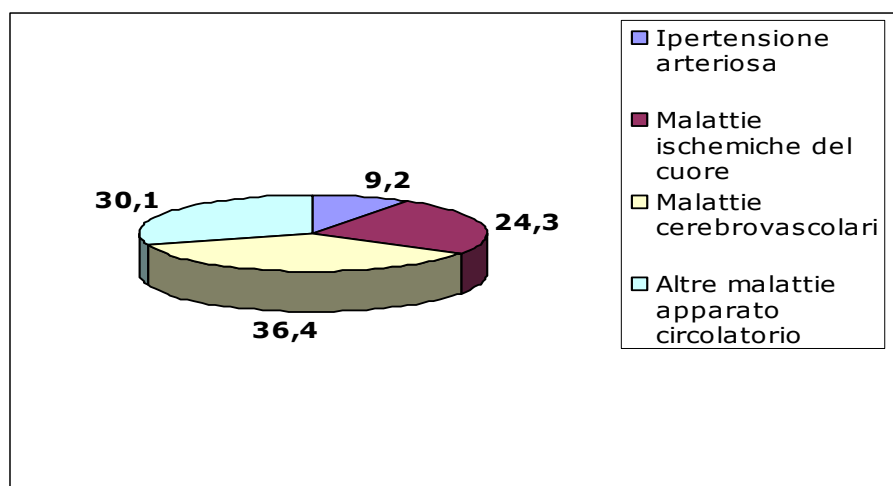


Nell'ASL CN2, nel 2010, per la popolazione maschile, nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le cause di morte più frequenti risultano "Malattie ischemiche del cuore" (30,8%), seguite dalle "Malattie cerebrovascolari" (30,4%) e dall'"Ipertensione arteriosa" (7%); nelle femmine invece la mortalità per "Malattie cerebrovascolari" (36,4%) prevale di gran lunga sulle "Malattie ischemiche del cuore" (24,3%) (Graf.8-9).

Graf. 8 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2 Anno 2010 Maschi



Graf. 9 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2
Anno 2010 Femmine



Tab. 8 - Mortalità per principali malattie dell'apparato cardiocircolatorio
ASL CN2, Distretti Alba e Bra - Anno 2010 Maschi

Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Ipertensione arteriosa						
ALBA	11	21,27	10,02	55,05	27,4	98,61
BRA	9	27,93	16,18	92,23	42,01	175,28
ASL CN2	20	23,83	12,11	67,25	41,02	103,95
Malattie ischemiche del cuore						
ALBA	60	116,04	59,52	88,24	67,29	113,64
BRA	28	86,88	52,73	80,13	53,19	115,89
ASL CN2	88	104,85	56,79	85,49	68,53	105,37
Malattie cerebrovascolari						
ALBA	51	98,64	43,5	86,02	64,01	113,17
BRA	36	111,71	61,95	124,48	87,11	172,45
ASL CN2	87	103,66	49,71	98,63	78,96	121,71

Tab. 9 - Mortalità per principali malattie dell'apparato cardiocircolatorio
ASL CN2, Distretti Alba e Bra - Anno 2010 Femmine

Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Ipertensione arteriosa						
ALBA	21	38,89	10,43	64,85	40,09	99,21
BRA	14	41,76	11,47	81,15	44,27	136,29
ASL CN2	35	39,99	10,77	70,52	49,07	98,13
Malattie ischemiche del cuore						
ALBA	63	116,67	38,28	119,69	91,92	153,21
BRA	29	86,49	27,19	102,3	68,44	147,03
ASL CN2	92	105,11	34,1	113,6	91,54	139,38
Malattie cerebrovascolari						
ALBA	87	161,12	47	101,35	81,14	125,07
BRA	51	152,11	46,18	111,14	82,7	146,21
ASL CN2	138	157,67	46,6	104,76	87,98	123,81

Inoltre, la mortalità conseguente all'ipertensione risulta in difetto rispetto alla mortalità regionale sia nella popolazione maschile che femminile dell'ASL CN2 e di entrambi i distretti: tale difetto è statisticamente significativo per il Distretto di Alba in entrambi i sessi, nel complesso per l'ASL CN2 limitatamente alla popolazione femminile (Tab. 8-9). Per quanto riguarda la mortalità per malattie ischemiche del cuore, risulta, nei maschi, in difetto rispetto al dato piemontese sia nell'ASL CN2 che in entrambi i distretti, mentre nelle femmine in eccesso: i dati non raggiungono la significatività statistica. La mortalità per malattie cerebrovascolari, invece, è in eccesso (non significativo) rispetto al dato regionale in entrambi i sessi per il Distretto di Bra, per la popolazione femminile dell'ASL CN2 e del Distretto di Alba (Tab. 8-9).

2. Mortalità per tumori maligni

Nel 2010, in Piemonte, il numero di decessi osservati per malattie neoplastiche maligne è di 14.106, di cui 8.037 maschi con un tasso standardizzato di mortalità di 215,93 x 100.000 abitanti, e 6.069 femmine con un tasso standardizzato di mortalità di 122,06 x 100.000 abitanti. I tumori maligni rappresentano nell'ASL CN2, in conformità con i dati regionali, la prima causa di morte per i maschi (32,53%) e la seconda causa di morte per la popolazione femminile (25,33%) (Graf.3-4). Nel 2010, la mortalità per tumori maligni nell'ASL CN2, nel Distretto di Alba e Distretto di Bra, per la popolazione maschile, si registra in difetto rispetto alla mortalità regionale (rispettivamente con SMR 95,73 con IcI 85,13 IcS 107,29; SMR 97,08 con IcI 83,94 IcS 111,69; SMR 93,22 con IcI 75,9 IcS 113,32), seppur non statisticamente significativo (Tab.10).

Invece nella popolazione femminile dell'ASL CN2 e di entrambi i distretti, la mortalità per patologie neoplastiche è in eccesso, eccesso anche in questo caso non statisticamente significativo (Tab.10).

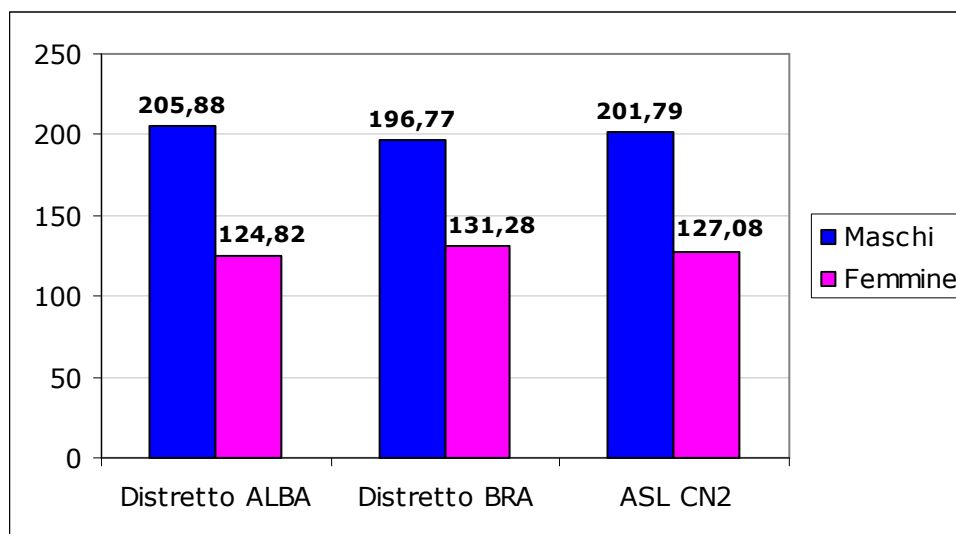
Tab. 10 - Mortalità per tumori maligni ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	196	379,07	205,88	97,08	83,94	111,69
Maschi	Distretto BRA	101	313,4	196,77	93,22	75,9	113,32
Maschi	ASL CN2	297	353,86	201,79	95,73	85,13	107,29

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	144	266,68	124,82	102,53	86,44	120,75
Femmine	Distretto BRA	87	259,48	131,28	110,56	88,51	136,43
Femmine	ASL CN2	231	263,92	127,08	105,41	92,23	119,95

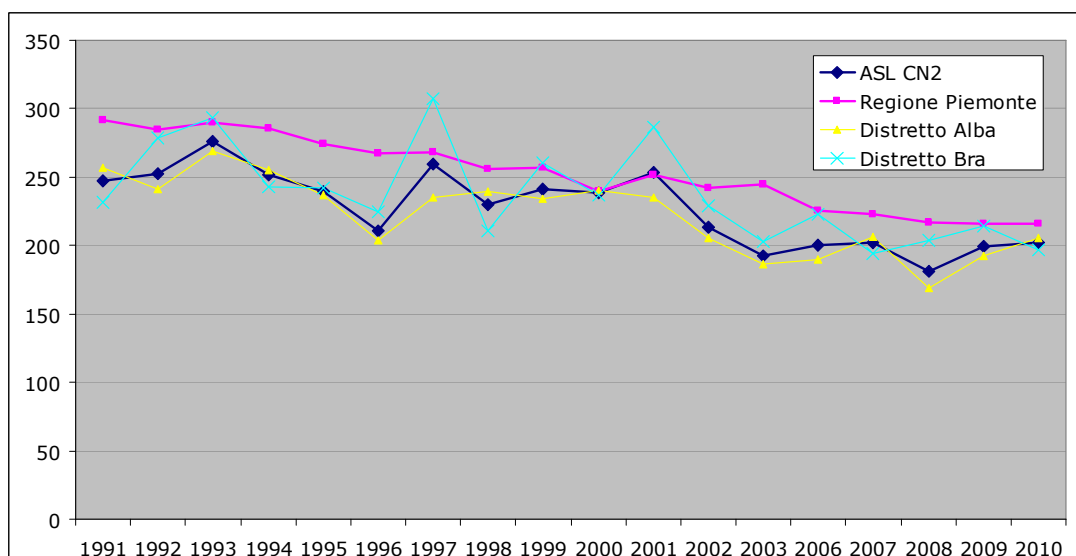
L'analisi dei Tassi standardizzati di mortalità per tumori maligni evidenzia per il 2010 il valore più elevato nel distretto di Alba relativamente alla popolazione maschile (TS 205,88) e nel Distretto di Bra relativamente alla popolazione femminile (TS 131,28) (Graf.10).

Graf. 10 - Mortalità per tumori maligni ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010

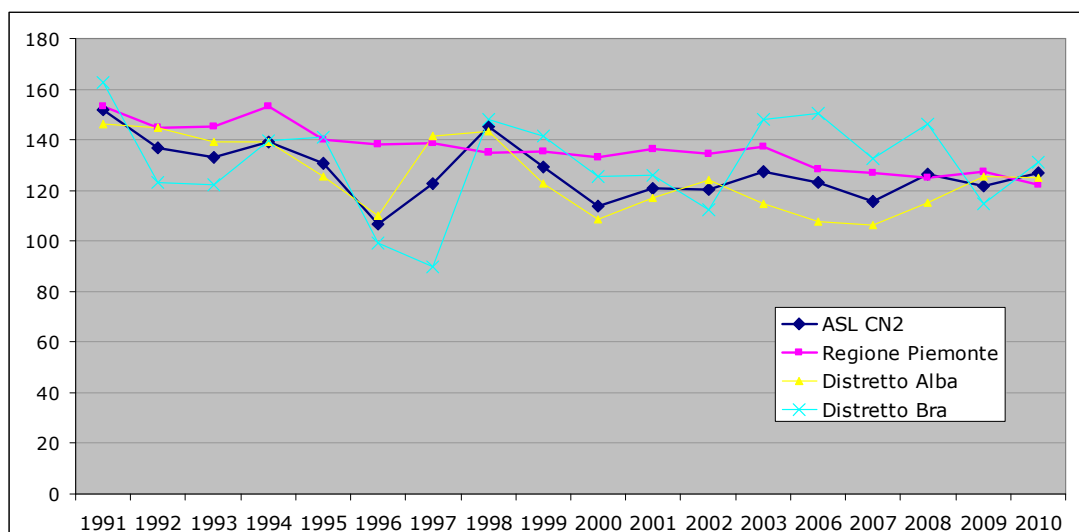


L'andamento temporale (1991-2010) della mortalità per tumori nell'ASL CN2, per la popolazione maschile, è in continua diminuzione (TS 246,97 nel 1991- TS 201,79 nel 2010) in conformità con i dati regionali; i valori dei Tassi standardizzati dell'ASL CN2 peraltro risultano inferiori rispetto alla Regione, ad eccezione del 2001 (Graf.11). Per le femmine si registra nell'ASL CN2 una riduzione dei Tassi Standardizzati dal 1991 (TS 151,58) al 2010 (TS 127,08) seppur con ampie oscillazioni (Graf.12).

Graf. 11 - Andamento mortalità per tumori maligni ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Maschi

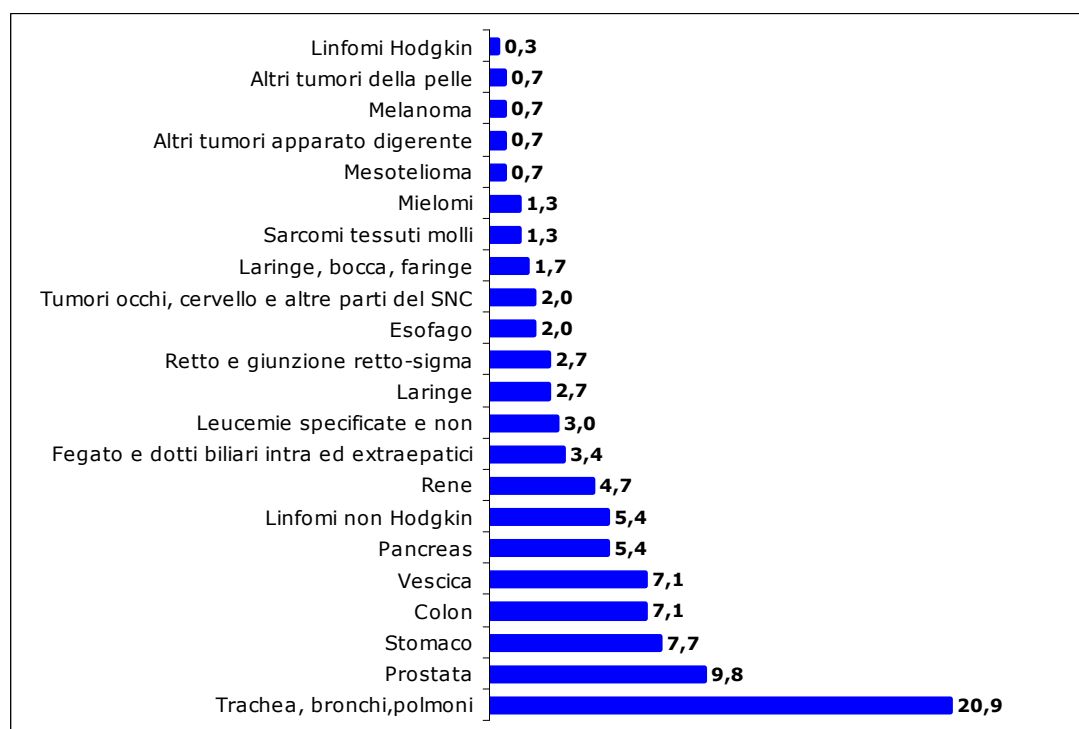


Graf. 12 - Andamento mortalità per tumori maligni ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Femmine

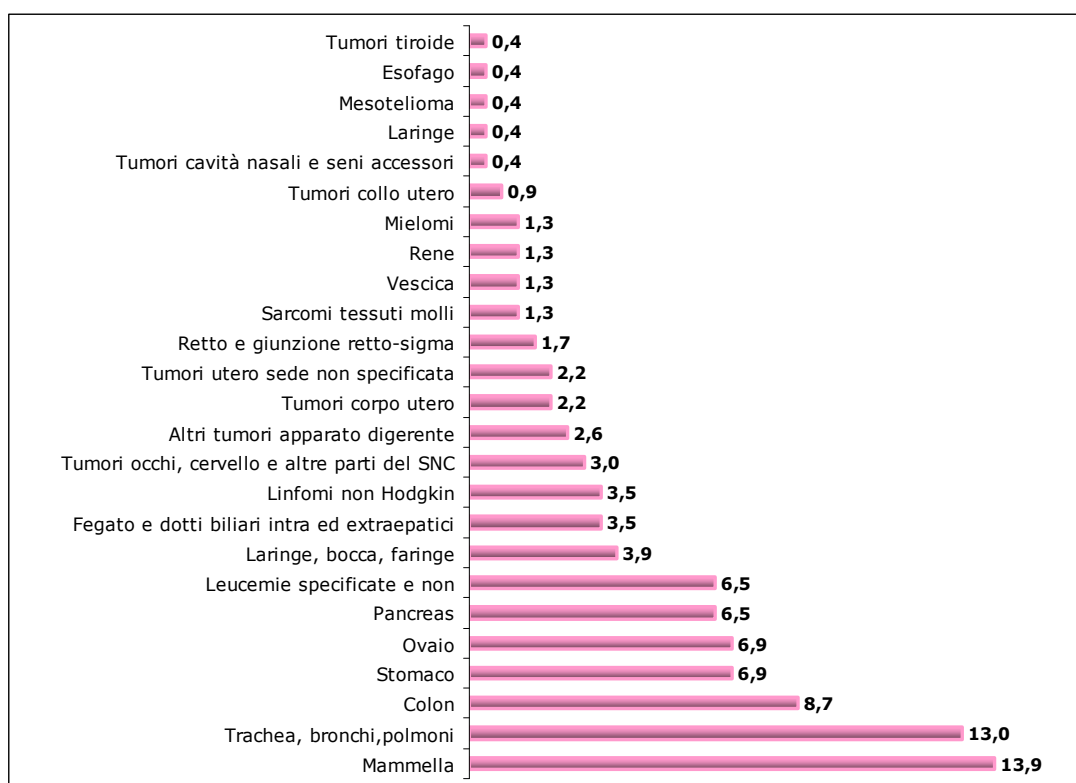


Nei maschi il tumore più frequente interessa le sedi "Trachea-bronchi-polmone" (20,9%), seguito dal tumore "Prostata" (9,8%) (Graf.13; Tab.11). Nelle femmine è la "Mammella" la sede maggiormente colpita da tumore (13,9%), seguita da "Trachea-bronchi-polmoni" (13%) (Graf.14; Tab.12)

Graf. 13 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2010 Maschi



Graf. 14 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2010 Femmine



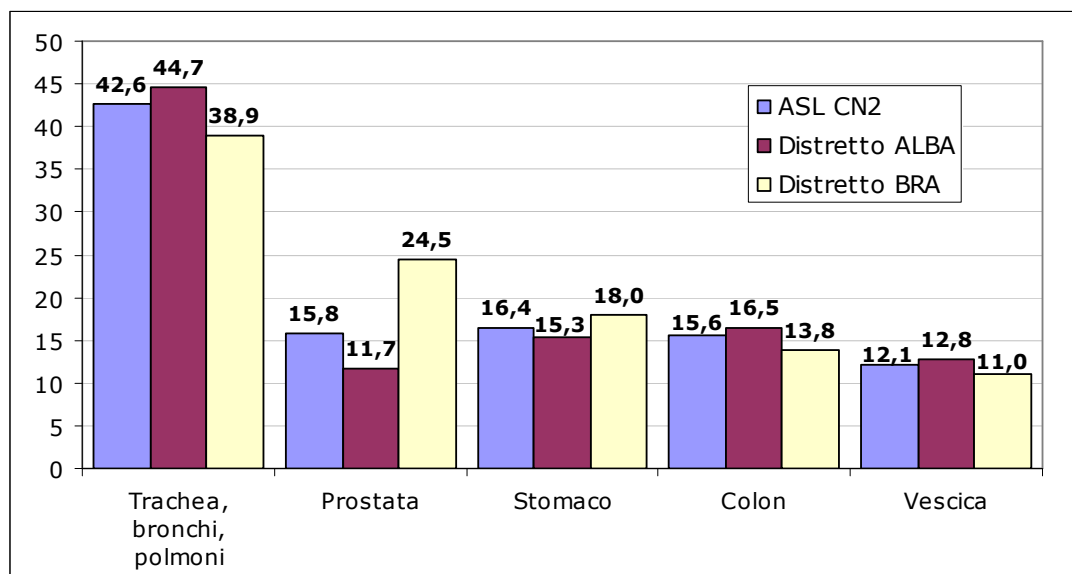
Tab. 11 - Mortalità per sede tumori maligni ASL CN2 – Anno 2010 Maschi

Sede tumore	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Trachea, bronchi, polmoni	62	73,87	42,55	74,3	56,93	95,29
Prostata	29	34,55	15,77	113,39	75,86	162,96
Stomaco	23	27,4	16,41	144,49	91,48	216,98
Colon	21	25,02	15,64	82,94	51,27	126,89
Vescica	21	25,02	12,05	137,75	85,15	210,74
Pancreas	16	19,06	12,26	97,53	55,64	158,52
Linfomi non Hodgkin	16	19,06	10,12	171,9	98,07	279,4
Rene	14	16,68	10,01	144,98	79,09	243,48
Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	10	11,91	6,91	46,82	22,38	86,2
Leucemie specificate e non	9	10,72	7,17	85,2	38,81	161,91
Laringe	8	9,53	5,33	200,35	86,11	395,23
Retto e giunzione retto-sigma	8	9,53	5,7	90,33	38,82	178,19
Esofago	6	7,15	5,07	113,1	41,2	246,48
Tumori occhi, cervello e altre parti del SNC	6	7,15	5,11	90,62	33,02	197,5
Laringe, bocca, faringe	5	5,96	3,73	68,23	21,93	159,44
Sarcomi tessuti molli	4	4,77	2,57	230,63	61,85	591,29
Mielomi	4	4,77	2,52	82,16	22,04	210,65
Mesotelioma	2	2,38	1,9	43,43	4,85	157,07
Altri tumori apparato digerente	2	2,38	1,03	41,98	4,69	151,83
Melanoma	2	2,38	0,94	65,07	7,26	235,32
Altri tumori della pelle	2	2,38	1,83	143,53	16,02	519,1
Linfomi Hodgkin	1	1,19	0,54	182,79	2,35	1.019,04

Nel 2010 gli SMR calcolati per ciascuna sede di neoplasia, nella popolazione maschile, sono privi di significatività statistica ad eccezione del tumore "Trachea-bronchi-polmoni" e del tumore "Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici" per i quali si registra peraltro un difetto di mortalità rispetto al dato regionale (Tab.11).

L'analisi dei Tassi standardizzati di mortalità per sedi tumori maligni evidenzia per il 2010, relativamente alla popolazione maschile, il valore più elevato nel distretto di Alba per il tumore "Trachea-bronchi-polmoni" (TS 44,7), per il tumore "Colon" (TS 16,5), per il tumore "Vescica" (TS 12,8), nel distretto di Bra per il tumore "Prostata" (TS 24,5) e per il tumore "Stomaco" (TS 18,0) (Graf.15).

Graf. 15 - Mortalità per principali sedi tumori maligni ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010 Maschi



Tab. 12 - Mortalità per sede tumori maligni ASL CN2 – Anno 2010 Femmine

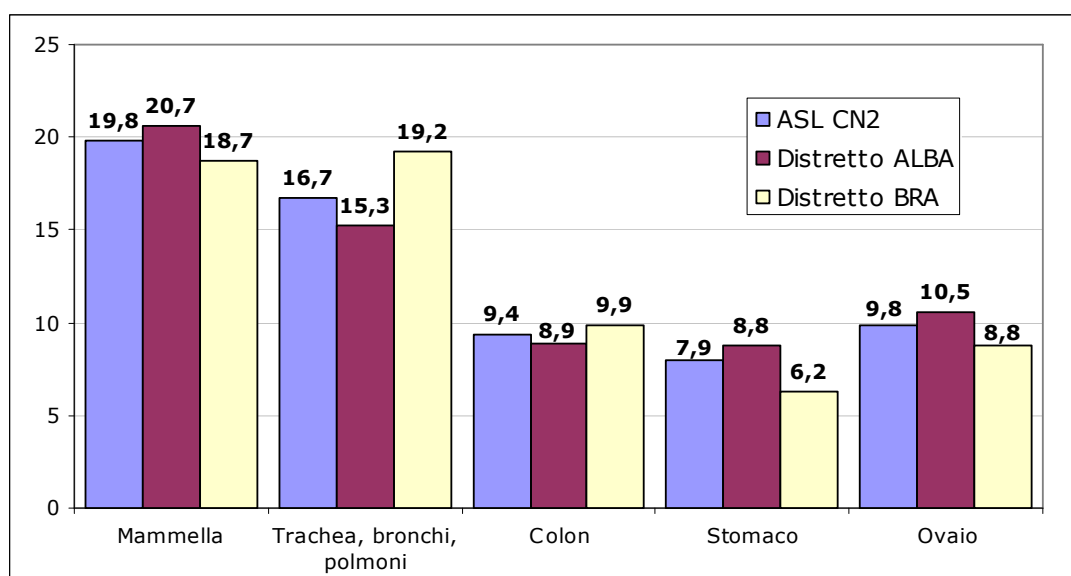
Sede tumore	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Mammella	32	36,56	19,83	84,71	57,88	119,66
Trachea, bronchi, polmoni	30	34,28	16,74	124,51	83,92	177,87
Colon	20	22,85	9,36	96,2	58,68	148,7
Stomaco	16	18,28	7,92	156,21	89,12	253,9
Ovaio	16	18,28	9,84	145,47	82,99	236,44
Pancreas	15	17,14	8,64	98,21	54,86	162,13
Leucemie specificate e non	15	17,14	7,22	180,23	100,67	297,53
Laringe, bocca, faringe	9	10,28	6,04	273,4	124,54	519,58
Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici	8	9,14	3,95	51,81	22,26	102,2
Linfomi non Hodgkin	8	9,14	4,61	113,13	48,62	223,18
Tumori occhi, cervello e altre parti del SNC	7	8	3,98	123,56	49,4	254,88
Altri tumori apparato digerente	6	6,86	2,03	138,4	50,42	301,63
Tumori corpo utero	5	5,71	3,47	183,48	58,97	428,73
Tumori utero sede non specificata	5	5,71	2,75	102,9	33,07	240,45
Retto e giunzione retto-sigma	4	4,57	1,47	72,39	19,42	185,61
Sarcomi tessuti molli	3	3,43	2,08	191,1	38,26	559,22
Vescica	3	3,43	1,01	80,76	16,17	236,33
Rene	3	3,43	2,22	86,19	17,25	252,22
Mielomi	3	3,43	1	67,58	13,53	197,76

Tumori collo utero	2	2,29	0,88	136,59	15,25	494,02
Tumori cavità nasali e seni accessori	1	1,14	0,9	463,21	5,95	2.582,42
Laringe	1	1,14	0,29	174,93	2,25	975,26
Mesotelioma	1	1,14	0,45	36,25	0,47	202,11
Esofago	1	1,14	0,27	65,06	0,84	362,69
Tumori tiroide	1	1,14	0,29	99,64	1,28	555,51

Nel 2010 gli SMR calcolati per ciascuna sede di neoplasia, nella popolazione femminile, sono privi di significatività statistica ad eccezione delle "Leucemie specificate e non" e del tumore "Laringe, bocca, faringe", neoplasie per i quali si registra peraltro un eccesso di mortalità rispetto al dato regionale (Tab.12).

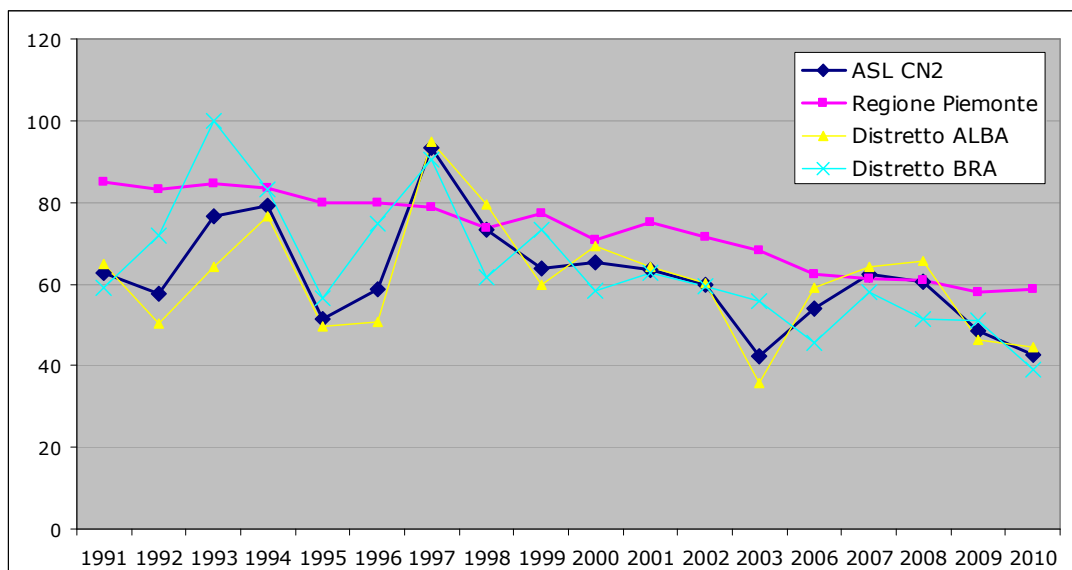
L'analisi dei Tassi standardizzati di mortalità per sedi tumori maligni evidenzia per il 2010, relativamente alla popolazione femminile, il valore più elevato nel distretto di Alba per il tumore "Mammella" (TS 20,7), per il tumore "Stomaco" (TS 8,8), per il tumore "Ovaio" (TS 10,5), nel distretto di Bra per il tumore "Trachea-bronchi-polmoni" (TS 19,2) e per il tumore "Colon" (TS 9,9) (Graf.16).

Graf. 16 - Mortalità per principali sedi tumori maligni ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010 Femmine

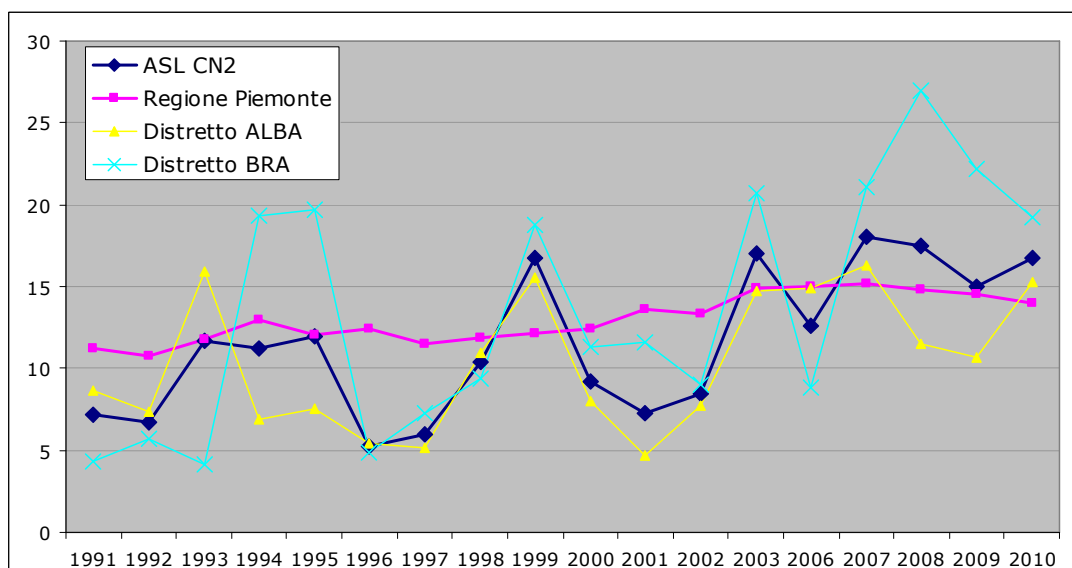


L'andamento temporale (1991-2010) della mortalità per tumore "Trachea-bronchi-polmone" nell'ASL CN2, per la popolazione maschile, è in continua diminuzione (TS 62,6 nel 1991- TS 42,55 nel 2010) in conformità con i dati regionali (TS 85,09 nel 1991; TS 58,55 nel 2010); i valori dei Tassi standardizzati dell'ASL CN2 peraltro risultano inferiori rispetto alla Regione, ad eccezione del 1997 e del 2007 (Graf.17). Mentre per le femmine si registra nell'ASL CN2 un incremento dei Tassi Standardizzati dal 1991 (TS 7,18) al 2010 (TS 16,74) così come a livello di entrambi i Distretti e a livello regionale (Graf. 18).

Graf. 17 - Andamento mortalità per tumore Trachea-bronchi-polmone
ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Maschi

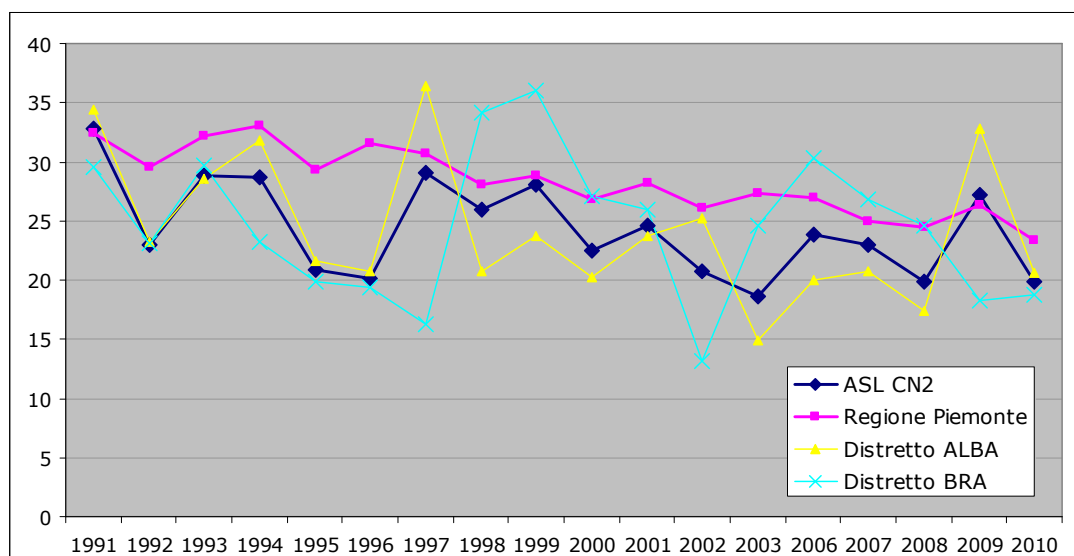


Graf. 18 - Andamento mortalità per per tumore Trachea-bronchi-polmone
ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Femmine



L'andamento temporale (1991-2010) della mortalità per tumore "Mammella" nell'ASL CN2, per la popolazione femminile, è in continua diminuzione (TS 32,8 nel 1991- TS 19,83 nel 2010) in conformità con i dati regionali (TS 32,41 nel 1991; TS 23,38 nel 2010); i valori dei Tassi standardizzati dell'ASL CN2 peraltro risultano inferiori rispetto alla Regione, ad eccezione degli anni 1991 e 2009. Anche per quanto riguarda i Distretti di Alba e Bra i tassi standardizzati risultano in diminuzione dal 1991 al 2010 seppur con ampie oscillazioni (Graf.19).

Graf. 19 - Andamento mortalità per tumore Mammella
ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Femmine



3. Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2010, in Piemonte, il numero di decessi osservati è di 3.450 per malattie dell'apparato respiratorio, di cui 1.884 maschi con un tasso standardizzato di mortalità di 44,42 x 100.000 abitanti, e 1.566 femmine con un tasso standardizzato di mortalità di 20,01 x 100.000 abitanti. Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano nell'ASL CN2, in conformità con i dati regionali, la terza causa di morte in entrambi i sessi (maschi 10,62%; femmine 5,92%) (Graf.3-4).

Nel 2010, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2 risulta per la popolazione maschile (SMR 127,91 con IcI 103,68 IcS 156,1) in eccesso rispetto alla mortalità regionale, eccesso statisticamente significativo. Inoltre l'analisi della mortalità per le patologie respiratorie evidenzia anche un eccesso di mortalità rispetto al dato regionale e statisticamente significativo nel distretto di Bra (sempre per i maschi). Si segnala altresì un eccesso di mortalità per tali patologie nel distretto di Alba (per i maschi) non significativo. Per quanto riguarda la popolazione femminile invece si registra un difetto di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2 e in entrambi i distretti rispetto al dato regionale, che non raggiunge la significatività statistica (Tab.13).

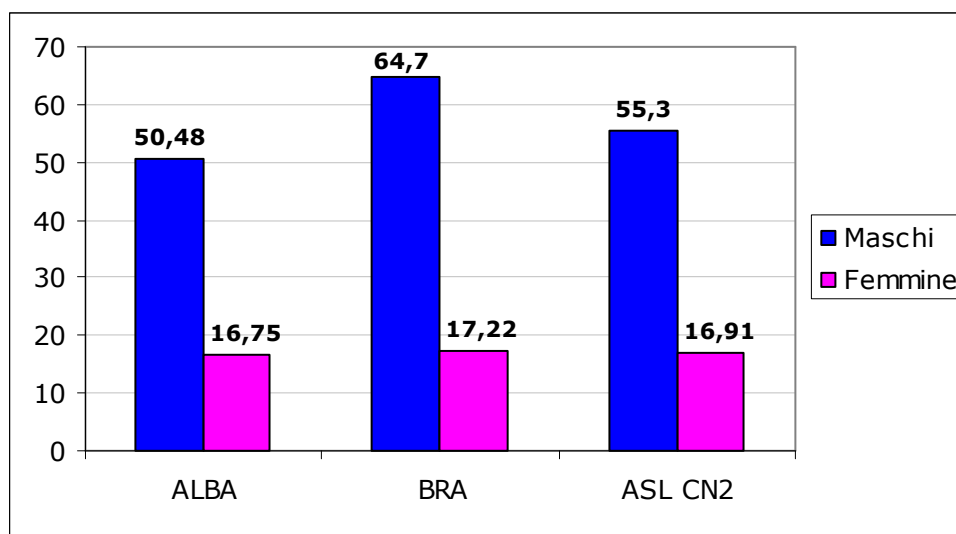
Tab. 13 - Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	60	116,04	50,48	117,37	89,51	151,15
Maschi	Distretto BRA	37	114,81	64,7	149,73	105,33	206,51
Maschi	ASL CN2	97	115,57	55,3	127,91	103,68	156,1

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	35	64,82	16,75	94,3	65,62	131,23
Femmine	Distretto BRA	19	56,67	17,22	95,19	57,22	148,77
Femmine	ASL CN2	54	61,7	16,91	94,61	71,03	123,51

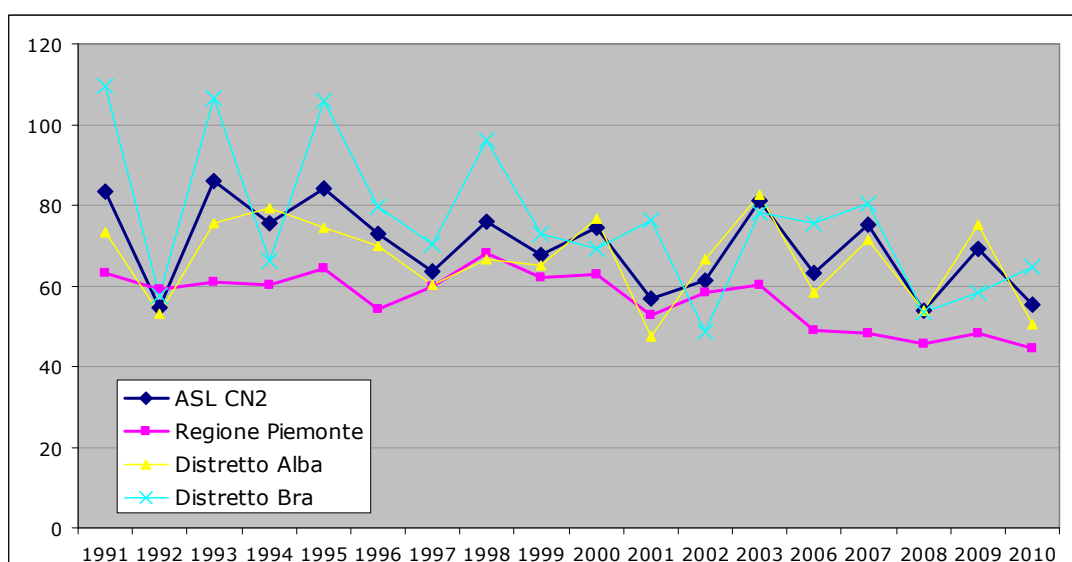
Nel 2010 il tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio più elevato si registra nel distretto di Bra per entrambi i sessi (Graf.20).

Graf. 20 - Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010

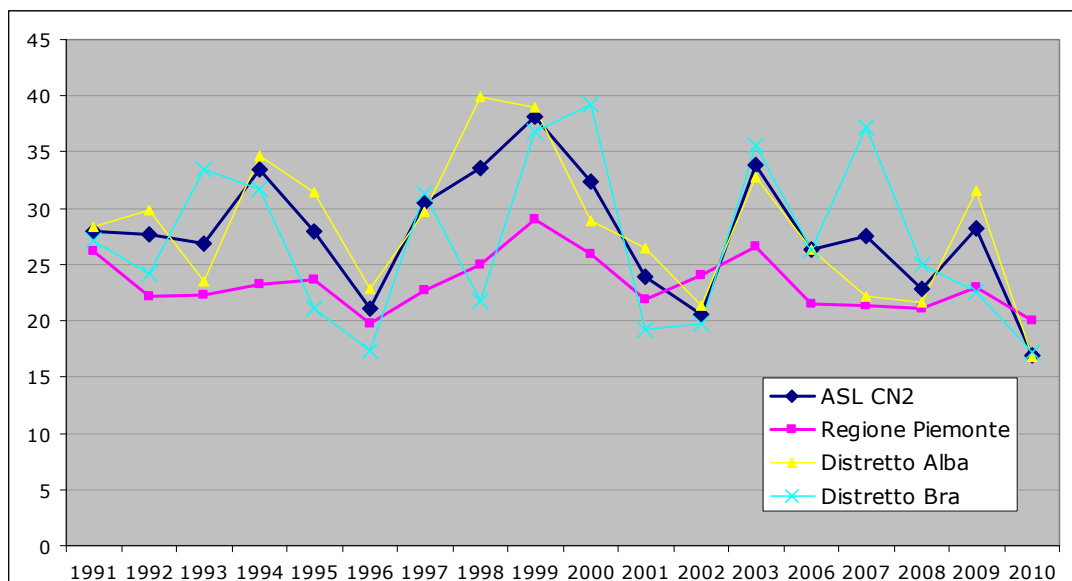


L'andamento temporale (1991-2010) della mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2, per la popolazione maschile, risulta in diminuzione (TS 83,4 nel 1991- TS 55,3 nel 2010) in conformità con i dati regionali (TS 63,22 nel 1991; TS 44,42 nel 2010); i valori dei tassi standardizzati dell'ASL CN2 peraltro risultano più elevati rispetto alla Regione, ad eccezione degli anni 1992 e 2010. Anche per quanto riguarda i Distretti di Alba e Bra i tassi standardizzati sono in diminuzione dal 1991 al 2010 seppur con ampie oscillazioni. Per la popolazione femminile si registra una riduzione dei tassi standardizzati di mortalità per tali patologie dal 1991 al 2010 nell'ASL CN2 e in entrambi i distretti oltre che a livello regionale; i valori dei Tassi standardizzati dell'ASL CN2 inoltre risultano costantemente più elevati rispetto alla Regione, ad eccezione del 2010 (Graf.21-22).

Graf. 21 - Andamento mortalità per malattie dell'apparato respiratorio
ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Maschi



Graf. 22 - Andamento mortalità per malattie dell'apparato respiratorio
ASL CN2, Distretti Alba e Bra, Regione Piemonte
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anni 1991-2010 Femmine



4. Mortalità per altre cause

Nel territorio dell'ASL CN2 i **disturbi psichici** sono causa nel 2010 del 2% dei decessi tra gli uomini e del 4,6% tra le femmine. Nella nostra ASL e in entrambi i Distretti si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per disturbi psichici relativamente alla popolazione femminile, eccesso che è statisticamente non significativo (Tab.14).

Tab. 14 - Mortalità per disturbi psichici ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	12	23,21	10,53	95,5	49,22	166,99
Maschi	Distretto BRA	6	18,62	11,95	99,34	36,19	216,49
Maschi	ASL CN2	18	21,45	11,04	96,74	57,24	153,03

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	26	48,15	11,92	109,1	71,18	159,97
Femmine	Distretto BRA	16	47,72	14,36	126,05	71,91	204,88
Femmine	ASL CN2	42	47,99	12,8	114,99	82,81	155,52

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie dell'apparato digerente** sono causa nel 2010 del 4,6% dei decessi tra gli uomini e del 2,9% tra le femmine. Nella nostra ASL e in entrambi i Distretti si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per malattie dell'apparato digerente relativamente alla popolazione maschile, eccesso che è statisticamente non significativo (Tab.15).

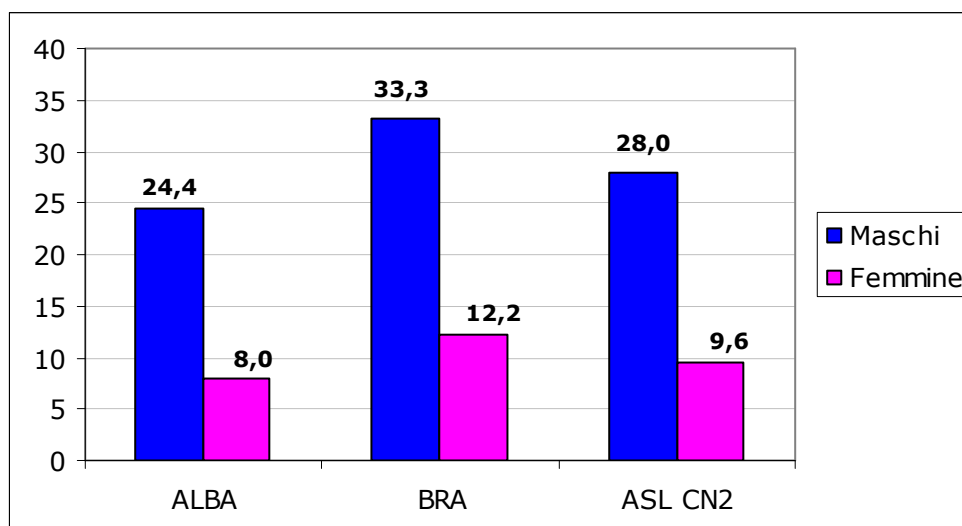
Tab. 15 - Mortalità per malattie dell'apparato digerente ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	26	50,29	24,43	104,5	68,18	153,23
Maschi	Distretto BRA	16	49,65	33,28	122,5	69,89	199,11
Maschi	ASL CN2	42	50,04	27,99	110,7	79,72	149,72

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	15	27,78	8,01	64,92	36,26	107,18
Femmine	Distretto BRA	11	32,81	12,23	87,52	43,56	156,76
Femmine	ASL CN2	26	29,71	9,55	72,88	47,55	106,87

Nel 2010 il tasso standardizzato di mortalità per malattie dell'apparato digerente più elevato si registra nel distretto di Bra per entrambi i sessi (Graf.23).

Graf. 23 - Mortalità per malattie dell'apparato digerente ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010



Nel territorio dell'ASL CN2 le [malattie dell'apparato genito-urinario](#) sono causa nel 2010 del 1,4% dei decessi tra gli uomini e del 2,3% tra le femmine. Si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per malattie dell'apparato genito-urinario, statisticamente non significativo, per entrambi i sessi a livello aziendale nel suo complesso e nel Distretto di Bra, nella popolazione femminile nell'ambito del Distretto di Alba (Tab.16).

Tab. 16 - Mortalità per malattie dell'apparato genito-urinario ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	6	11,6	5,31	68,42	24,93	149,12
Maschi	Distretto BRA	7	21,72	13,78	169,93	67,94	350,55
Maschi	ASL CN2	13	15,49	7,98	100,87	53,58	172,66

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	15	27,78	7,77	174,87	97,68	288,7
Femmine	Distretto BRA	6	17,9	6,94	129,88	47,32	283,04
Femmine	ASL CN2	21	23,99	7,49	159,12	98,36	243,43

5. Mortalità per cause accidentali

Nel territorio dell'ASL CN2 le cause accidentali sono responsabili nel 2010 del 5,15% dei decessi tra gli uomini e del 4,17% tra le femmine. In entrambi i sessi nella nostra ASL e in entrambi i Distretti si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per cause accidentali (maschi SMR 114,59 con IcI 84,13 IcS 152,46; femmine SMR 130,55 con IcI 92,3 IcS 179,3), eccesso che è statisticamente non significativo (Tab.17).

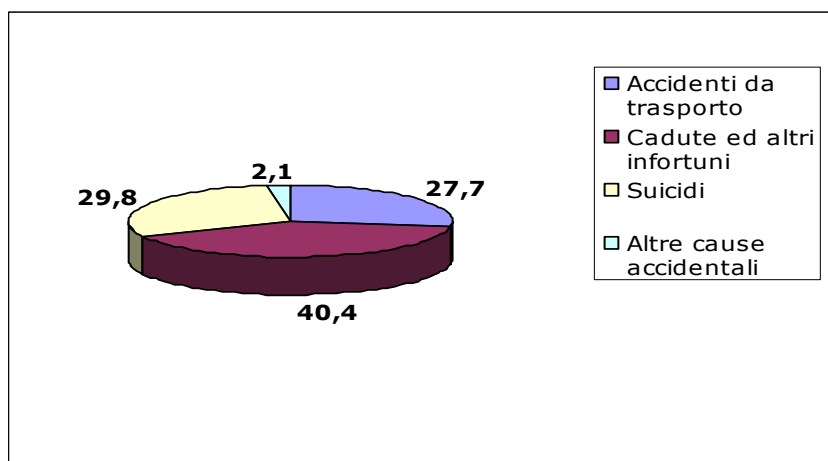
Tab. 17 - Mortalità per cause accidentali ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	30	58,02	41,18	114,08	76,89	162,97
Maschi	Distretto BRA	17	52,75	41,87	115,48	67,16	185,06
Maschi	ASL CN2	47	56	41,3	114,59	84,13	152,46

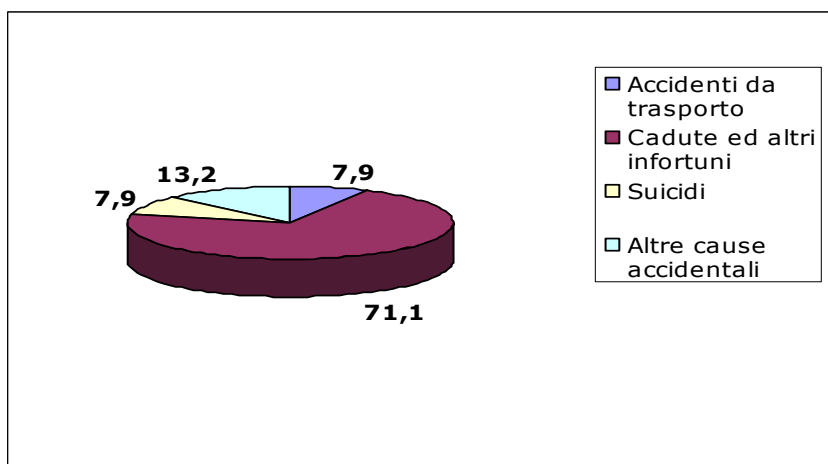
Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	25	46,3	17,7	133,46	86,26	197,16
Femmine	Distretto BRA	13	38,77	17,78	125,29	66,55	214,46
Femmine	ASL CN2	38	43,42	17,79	130,55	92,3	179,3

La mortalità per cause accidentali più frequente nell'ASL CN2 è conseguente alle "Cadute ed altri infortuni" rispettivamente per il 40,4% nei maschi e per il 71,1% nelle femmine (Graf.24-25).

Graf. 24 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2010 Maschi



Graf. 25 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2010 Femmine



Nell'ambito della mortalità conseguente a traumatismi, gli incidenti stradali sono responsabili del 27,7% dei decessi negli uomini e del 7,9% nelle donne (Graf.24-25).

Tab. 18 - Mortalità per le principali cause accidentali ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Anno 2010 Maschi

Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Accidenti da trasporto						
ALBA	7	13,54	12,12	117,54	46,99	242,48
BRA	6	18,62	18,70	166,31	60,59	362,45
ASL CN2	13	15,49	14,68	135,94	72,21	232,69
Cadute ed altri infortuni						
ALBA	15	29,01	17,65	125,4	70,05	207,02
BRA	4	12,41	7,91	64,06	17,18	164,25
ASL CN2	19	22,64	13,90	104,36	62,74	163,11
Suicidi						
ALBA	7	13,54	10,50	101,41	40,54	209,20
BRA	7	21,72	15,26	172,47	68,95	355,79
ASL CN2	14	16,68	12,09	127,72	69,68	214,50

Tab. 19 - Mortalità per le principali cause accidentali ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Anno 2010 Femmine

Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Accidenti da trasporto						
ALBA	1	1,85	3,01	48,58	0,62	270,84
BRA	2	5,97	7,25	159,86	17,85	578,15
ASL CN2	3	3,43	4,77	90,65	18,15	265,26
Cadute ed altri infortuni						
ALBA	16	29,63	7	130,53	74,47	212,16
BRA	11	32,81	10,53	166,79	83,02	298,75
ASL CN2	27	30,85	8,21	143,21	94,27	208,52
Suicidi						
ALBA	3	5,56	4,5	140,13	28,05	410,06
BRA	0	-	-	-	-	-
ASL CN2	3	3,43	2,77	87,68	17,55	256,59

Per la popolazione maschile, è evidente un eccesso di mortalità conseguente agli "accidenti da trasporto" non significativo a livello di ASL CN2 e di entrambi i Distretti; per le femmine si rileva un eccesso rispetto al dato regionale nel Distretto di Bra (Tab.18-19). Per quanto riguarda le "cadute ed altri infortuni" si registra un eccesso di mortalità in entrambi i sessi a livello di ASL CN2 e del Distretto di Alba non valido statisticamente; si rileva un difetto di mortalità non significativo rispetto al dato regionale nella popolazione maschile del Distretto di Bra (Tab.18-19).

Tra le morti per cause accidentali i "suicidi" sono responsabili del 29,8% dei decessi nei maschi e del 7,9% dei decessi nelle femmine: si registra una mortalità in eccesso senza significatività statistica per entrambi i sessi nel Distretto di Alba, per la popolazione maschile nel Distretto di Bra e nell'ASL CN2 (Tab.18-19).

6. Mortalità per malattie fumo correlate

Nel territorio dell'ASL CN2 le malattie fumo correlate sono responsabili nel 2010 di 168 decessi tra gli uomini e 78 tra le femmine. In entrambi i sessi, nella nostra ASL e nei distretti di Alba e Bra, si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per malattie fumo correlate (maschi SMR 100,85 con IcI 86,13 IcS 117,37; femmine SMR 113,15 con IcI 89,37 IcS 141,32), eccesso che non è statisticamente significativo (Tab.20).

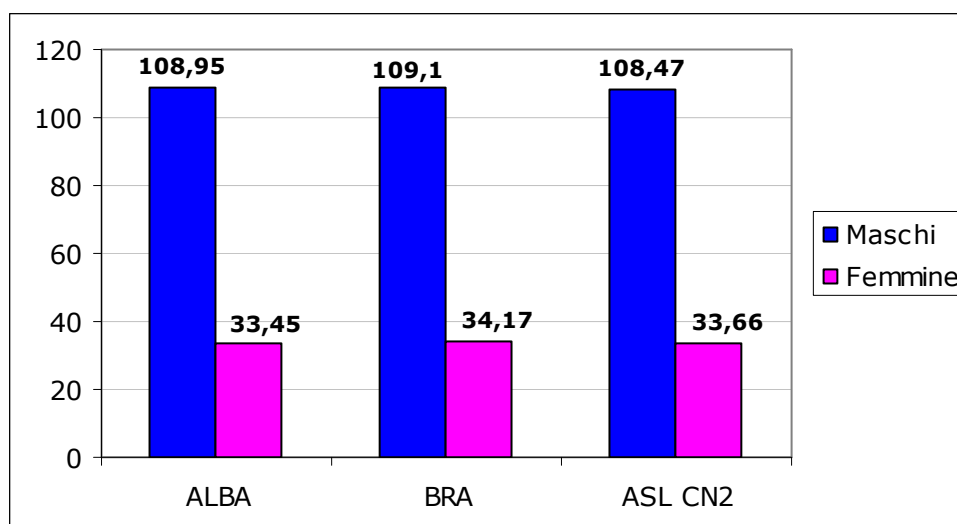
Tab. 20 - Mortalità per malattie fumo correlate ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	110	212,02	108,95	100,39	82,45	121,09
Maschi	Distretto BRA	58	179,59	109,1	101,73	77,18	131,62
Maschi	ASL CN2	168	199,57	108,47	100,85	86,13	117,37

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	49	91,4	33,45	111	82,16	146,68
Femmine	Distretto BRA	28	84,91	34,17	117,09	78,01	168,84
Femmine	ASL CN2	78	88,92	33,66	113,15	89,37	141,32

Nel 2010 il TS di mortalità per malattie fumo correlate più elevato si registra nel distretto di Bra sia per i maschi che per le femmine (Graf.26).

Graf. 26 - Mortalità per malattie fumo correlate ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010



7. Mortalità per malattie alcol correlate

Nel territorio dell'ASL CN2 le malattie alcol correlate sono responsabili nel 2010 di 34 decessi tra gli uomini e 11 tra le femmine. In entrambi i sessi nella nostra ASL si evidenzia un difetto di mortalità, rispetto al dato regionale, per malattie alcol correlate (maschi SMR 92,47 con IcI 63,92 IcS 129,39; femmine SMR 78,15 con IcI 39,35 IcS 138,9), non statisticamente significativo (Tab.21).

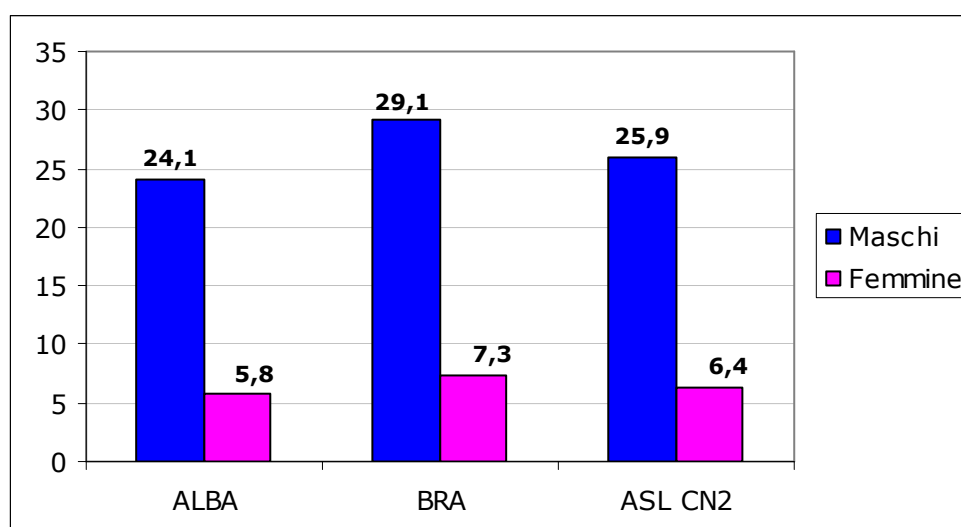
Tab. 21 - Mortalità per malattie alcol correlate ASL CN2, Distretti Alba e Bra – Anno 2010

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	Distretto ALBA	21	40,4	24,06	88,08	54,37	134,9
Maschi	Distretto BRA	13	40,25	29,12	100,53	53,36	172,18
Maschi	ASL CN2	34	40,34	25,94	92,47	63,92	129,39

Sesso	Zona geografica	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Femmine	Distretto ALBA	7	12,67	5,83	73,59	29,03	153,02
Femmine	Distretto BRA	4	13,33	7,26	86,36	25,45	211,19
Femmine	ASL CN2	11	12,92	6,4	78,15	39,35	138,9

Nel 2010 il TS di mortalità per malattie alcol correlate più elevato si registra nel distretto di Bra sia per i maschi che per le femmine (Graf.27).

Graf. 27 - Mortalità per malattie alcol correlate ASL CN2, Distretti Alba e Bra
Tassi standardizzati x 100.000 abitanti – Anno 2010



BIBLIOGRAFIA

1. www.iss.it/site/mortalita
2. DPR 285/90 Regolamento di Polizia Mortuaria
3. <http://www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/130-pista--piemonte-statistica-e-bdde.html>
4. C. Signorelli: Elementi di metodologia epidemiologica. Società editrice Universo. Roma, 1995.
5. G.Costa, R.Gnavi: Lo stato di salute della popolazione in Piemonte. Parte prima. Misure e problemi per la Salute e la Sanità. Regione Piemonte, maggio 2006.

Malattie infettive

Franco Giovanetti

La presente relazione ha come obiettivo la descrizione delle caratteristiche epidemiologiche fondamentali di talune malattie infettive nel territorio dell'A.S.L. CN2 durante il 2012. La fonte dei dati è rappresentata dalle segnalazioni effettuate ai sensi del DM 15.12.1990 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive).

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

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

1. Malattie di classe I

Nel corso del 2012 è stato segnalato un caso di tetano in un paziente di 79 anni, il cui stato vaccinale è risultato incerto. Alcuni giorni prima dell'esordio clinico il paziente si era ferito lavorando nell'orto.

2. Malattie di classe II

2.1 Pertosse

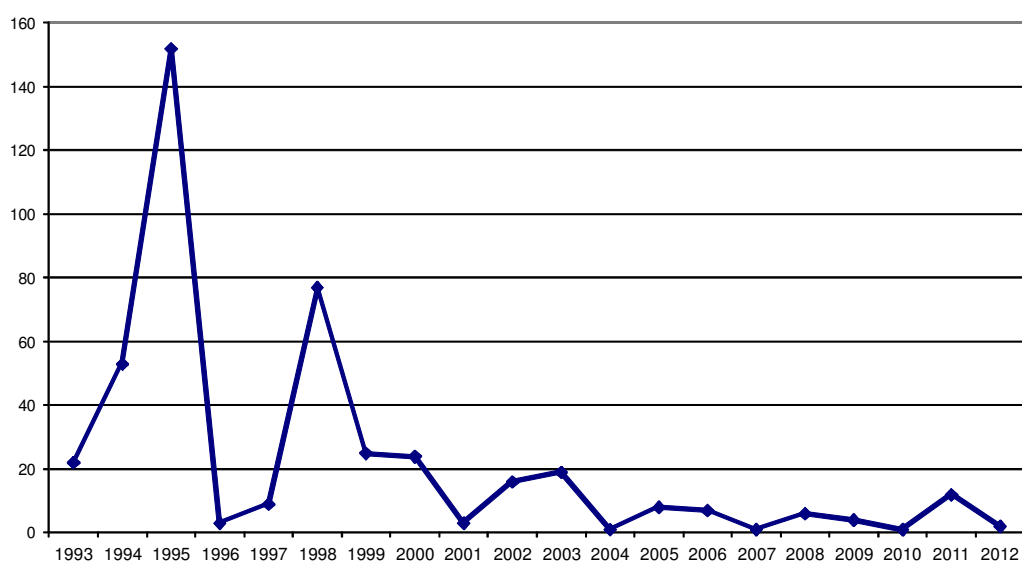
Numero di casi segnalati nel 2012: 2

Tasso d'incidenza: 1.2/100.000.

Età e stato vaccinale: entrambi dodicenni vaccinati (ciclo di base e richiamo a 5 anni).

Andamento nel periodo 1993 – 2012

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



2.2 Morbillo

Segnalazioni anno 2012

Numero di casi segnalati nel 2012: 7 (tutti confermati sierologicamente o come casi epidemiologicamente correlati con un caso confermato in laboratorio).

Tasso d'incidenza: 3.5/100.000

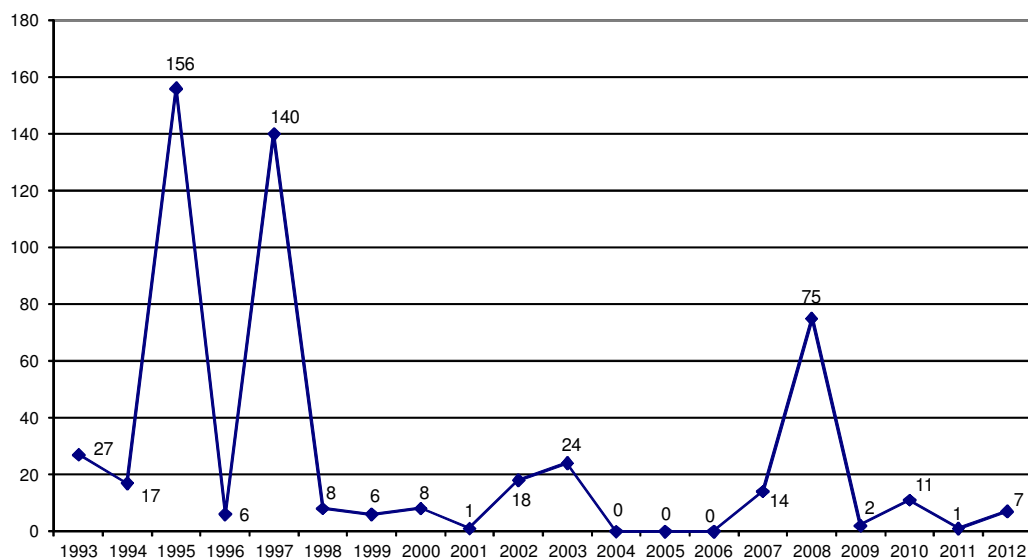
Età: 4 soggetti adulti (età media 30 anni) e 3 bambini (età 4, 7, 10 anni).

Stato vaccinale: tutti non vaccinati. Due bambini, a loro volta contatti di un caso, hanno effettuato senza successo la profilassi post-esposizione.

Complicanze: un caso di polmonite morbillosa, con ricovero ospedaliero.

Andamento nel periodo 1993 – 2012

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



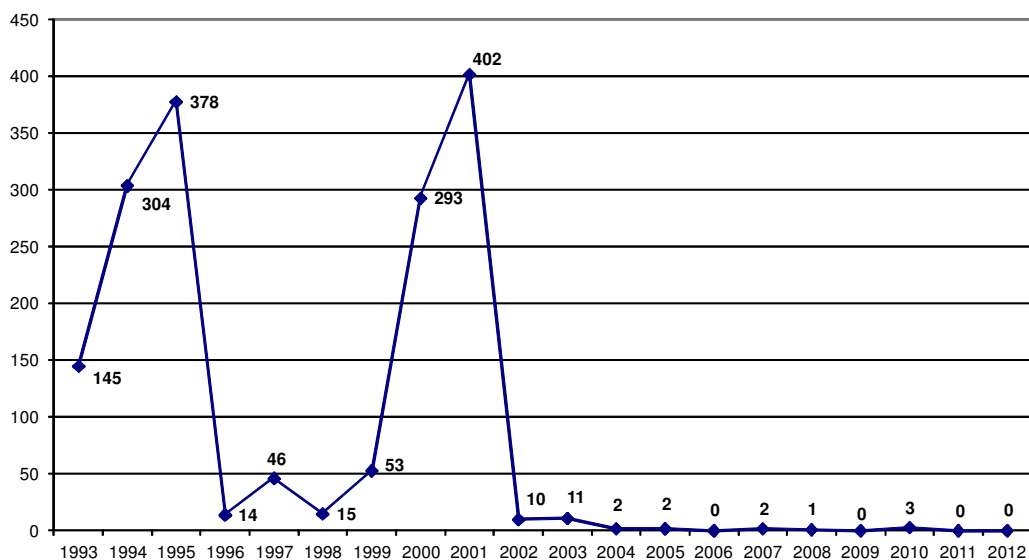
2.3 Parotite epidemica

Segnalazioni anno 2012

Tra i casi di sospetta parotite segnalati nel 2012, tutti sottoposti alla ricerca sierologica di IgM e IgG, nessuno risulta confermato in laboratorio.

Andamento nel periodo 1993 – 2012

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



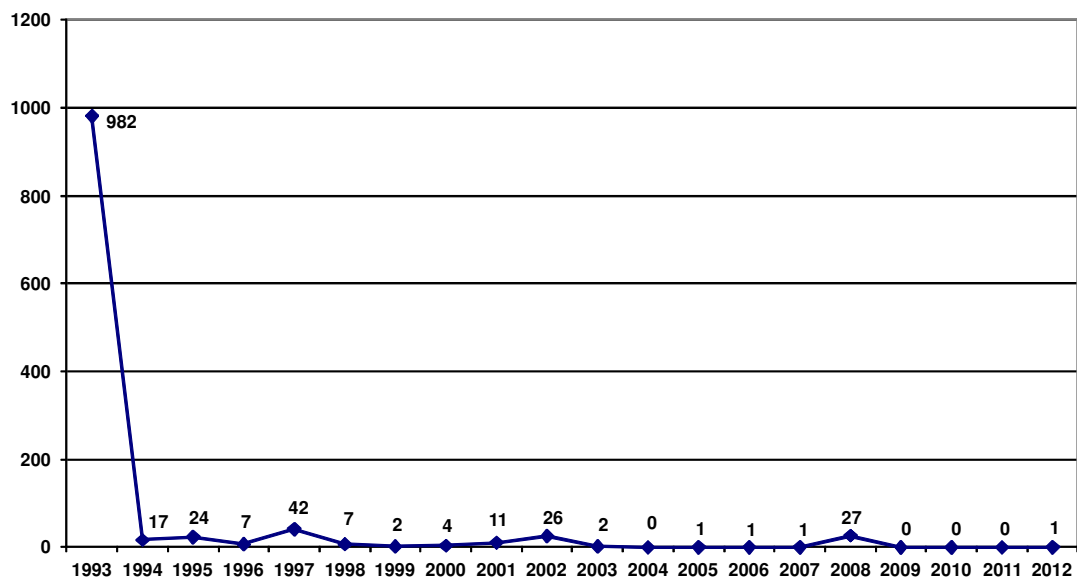
2.4 Rosolia

Segnalazioni anno 2012

Numero di casi segnalati nel 2012: 1 (sesso femminile, età 23 anni, non vaccinata contro la rosolia; diagnosi confermata sierologicamente).

[Andamento nel periodo 1993 – 2012](#)

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



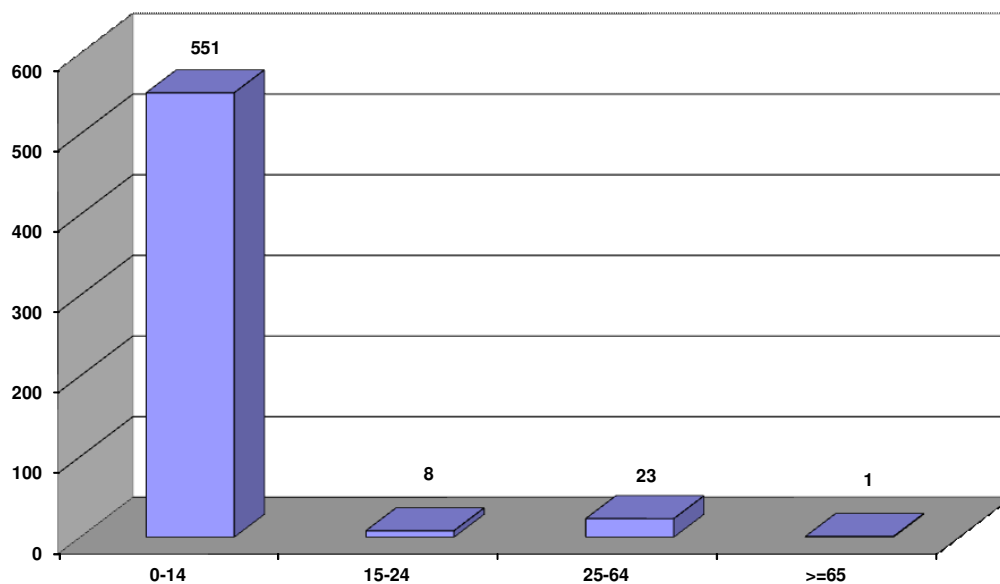
2.5 Varicella

[Segnalazioni anno 2012](#)

Numero di casi segnalati nel 2012: 583

Tasso d'incidenza: 342/100.000.

Fig. 5. ASL CN2. Distribuzione dei casi segnalati di varicella per fascia d'età



3. Altre malattie notificate

Malattia	Numero casi segnalati
SALMONELLOSI	33
EPATITE VIRALE A	2
EPATITE VIRALE B	1
INFEZIONE GONOCOCCICA	4
INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	47
SHIGELLOSI	1
INFEZIONI INTESTINALI DA ALTRI ORGANISMI	4
LEGIONELLOSI	2
SCARLATTINA	167
SIFILIDE RECENTE CON SINTOMI	4
MENINGOENCEFALITE VIRALE	5

Malattie invasive batteriche

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

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

ETA'	QUADRO CLINICO	DIAGNOSI LAB.	MATERIALE DIAGNOSI	AGENTE ETIOLOGICO
82	POLMONITE	COLTURA	SANGUE	Pneumococco
83	SEPSI e POLMONITE	COLTURA	SANGUE	Pneumococco sierotipo 4
68	MENINGITE	COLTURA	LIQUOR	<i>S. agalactiae</i>
47	SEPSI	COLTURA	SANGUE	Pneumococco
72	SEPSI POLMONITE	COLTURA	SANGUE	Pneumococco
91	SEPSI POLMONITE	COLTURA	SANGUE	Pneumococco sierotipo 19A
59	SEPSI	COLTURA	SANGUE	Pneumococco sierotipo 20
62	SEPSI	COLTURA	SANGUE	Pneumococco

I sierotipi 4 e 19A di *S. pneumoniae* sono contenuti nell'attuale vaccino coniugato 13-valente.

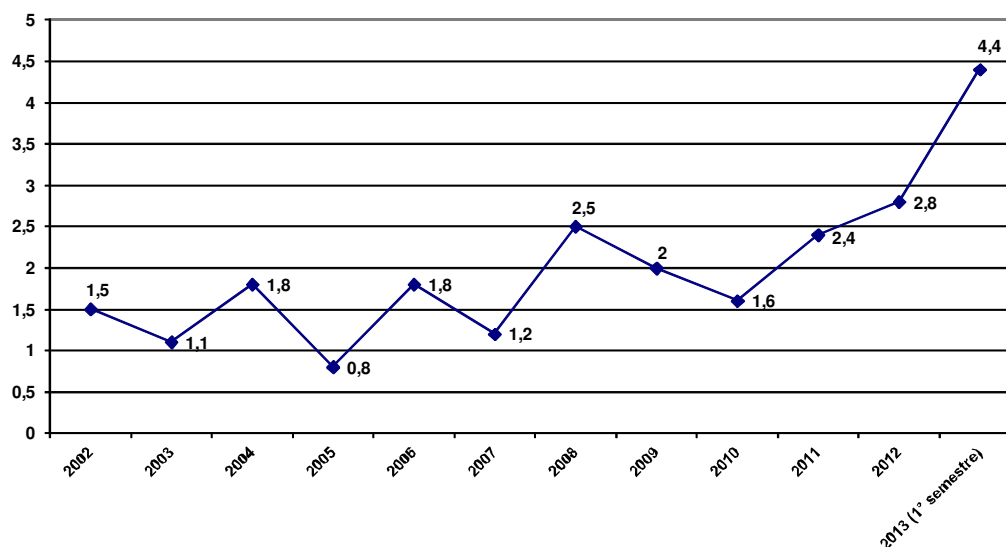
4. Coperture vaccinali a 24 mesi di età e percentuale dei casi di rifiuto vaccinale

Nella tabella seguente sono riportate le **coperture vaccinali rilevate a 24 mesi di età** nel corso del 2012 tra i bambini residenti nell'ASL CN2, confrontate con il dato di copertura complessivo della Regione Piemonte. Si tratta quindi dei nati nel 2010.

	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR	Pneumo cocco	Meningo cocco C
ASL CN2	97	97.4	97	96.7	95.2	93.5	90
Regione Piemonte	96.5	96.5	96.1	96.3	91.8	89.6	86.3

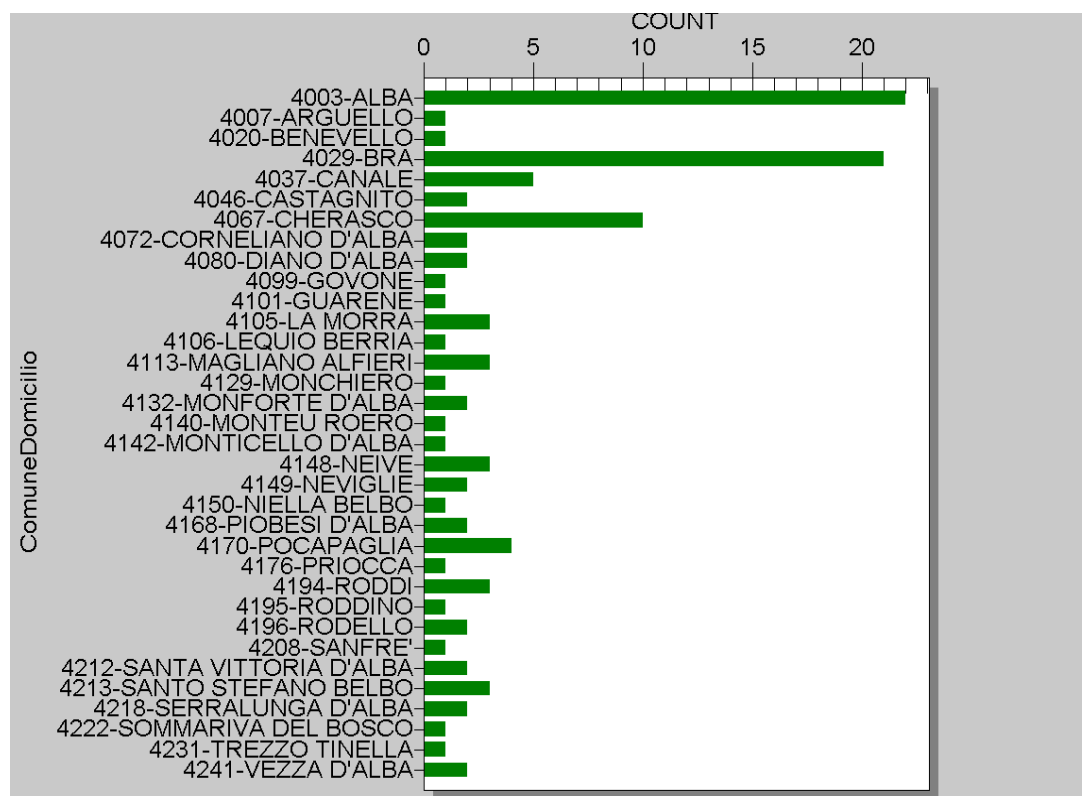
Il grafico che segue (riferito alle coorti di nascita dal 2002 al 2010) riporta la percentuale dei bambini residenti nel territorio dell'ASL CN2 non vaccinati a causa del rifiuto dei genitori, ossia i casi in cui è stato negato il consenso per tutte le vaccinazioni di routine attraverso la firma della dichiarazione di rifiuto informato. I dati sino al 2010 sono stati rilevati a 24 mesi d'età, mentre quelli relativi al 2011, 2012 e al primo semestre 2013 sono da ritenere provvisori, giacché sono stati rilevati prima dei 24 mesi. Inoltre occorre tener conto che potrebbero essere formalizzati ulteriori rifiuti riguardanti casi attualmente in sospeso.

Fig. 6. ASL CN2. Tasso % di rifiuto vaccinale totale per coorte di nascita



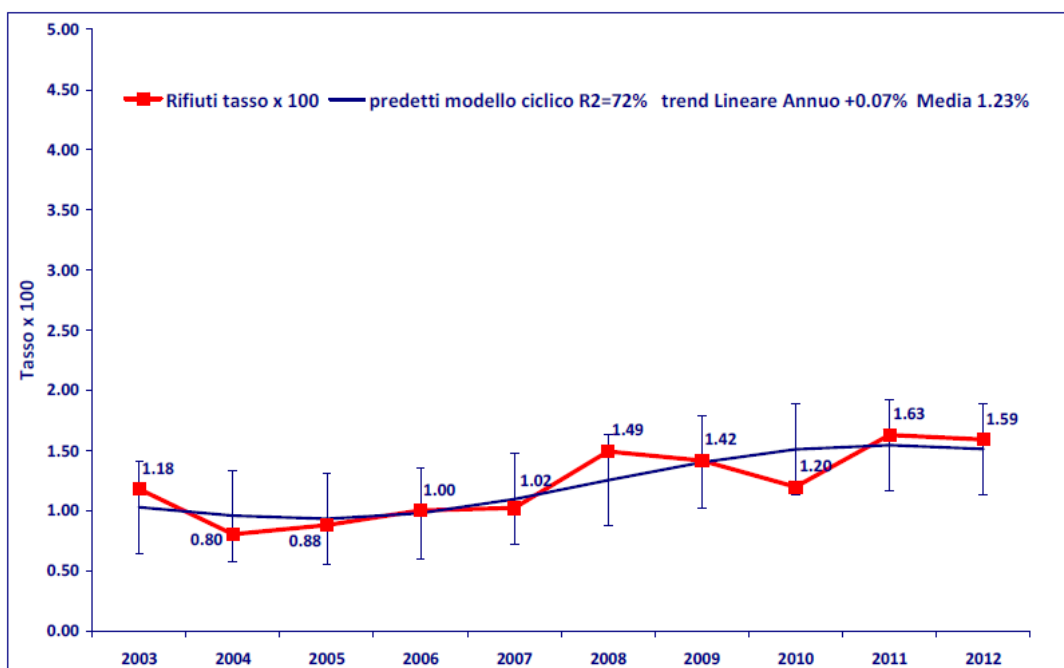
Il grafico che segue riporta il numero dei casi di rifiuto totale delle vaccinazioni pediatriche nei nati negli anni 2011, 2012 e nel primo semestre 2013, suddivisi per Comune di residenza (dati non definitivi).

Fig. 7. Numero casi di rifiuto totale delle vaccinazioni pediatriche nei nati negli anni 2011, 2012 e nel primo semestre 2013, per Comune di residenza.



Per un necessario confronto, riportiamo un grafico che illustra l'andamento dei rifiuti vaccinali a 24 mesi d'età nella Regione Piemonte (Fonte: SEREMI).

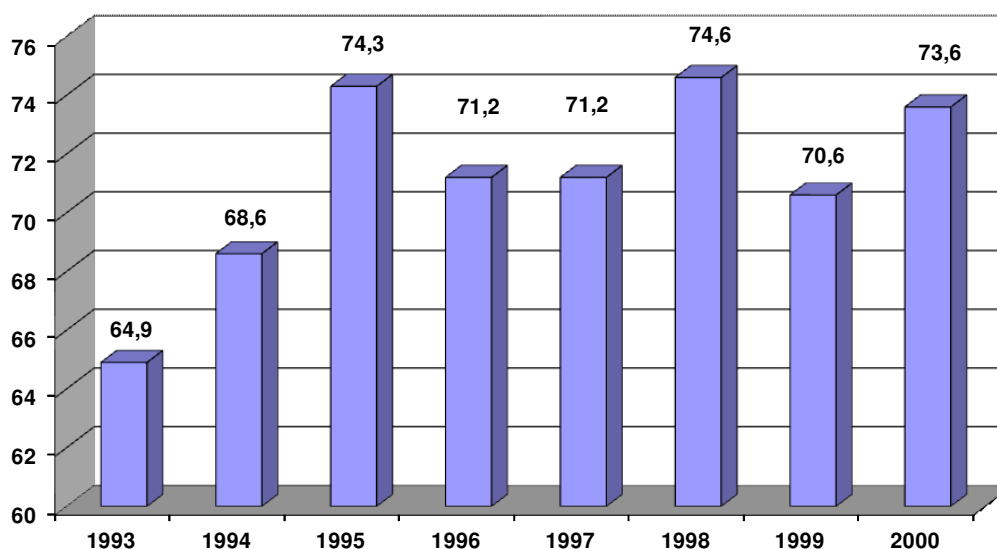
Fig. 8. Andamento dei rifiuti vaccinali a 24 mesi d'età nella Regione Piemonte (Fonte: SEREMI).



Le barre verticali rappresentano la banda di fluttuazione casuale dei dati ammessa dal modello utilizzato. Vi sono due possibilità: a) il valore percentuale osservato si trova al di sotto della banda di oscillazione: in tal caso la percentuale di rifiuti vaccinali è più bassa di quanto non sia atteso dal modello; b) il valore è al di sopra: la percentuale di rifiuti è superiore a quella prevista dal modello. L'ampiezza totale della banda di oscillazione è pari a circa 0,8%.

5. Coperture vaccinali contro il Papillomavirus

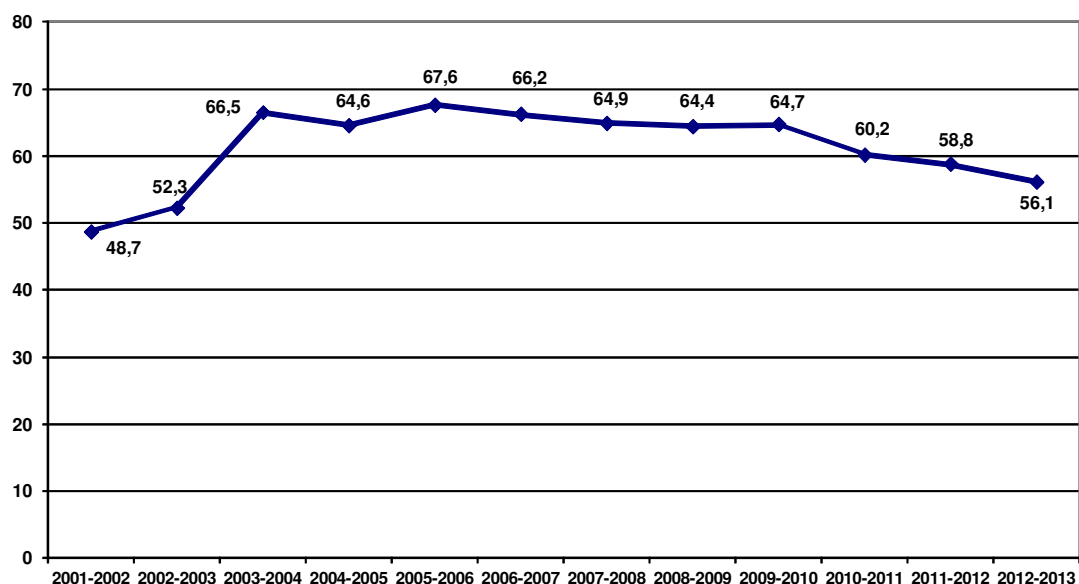
Fig. 9. ASL CN2. Vaccinazione HPV: copertura vaccinale (3^a dose) nelle coorti di nascita 1993 - 2000



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

La copertura vaccinale contro l'influenza nella popolazione anziana, dopo una fase di stabilità durata 7 anni (dal 2003 al 2009) mostra - a partire dal 2010 - un progressivo calo, coerente con la perdita di fiducia verso il programma vaccinale, a sua volta generata dalle ben note polemiche intorno alla campagna vaccinale 2009/2010 contro il virus pandemico influenzale A/H1N1pdm.

Fig. 10. ASL CN2. Copertura vaccinale influenzale nella popolazione di età ≥ 65 anni



7. Commento: perché il trend dei rifiuti vaccinali è in aumento?

A partire dal 2011 è possibile scorgere nella popolazione pediatrica dell'ASL CN2 un incremento tendenziale del rifiuto di tutte le vaccinazioni. Il dato più preoccupante, ancorché incompleto, riguarda i bambini nati nel primo trimestre del 2013, come si evince dalla Fig. 6. Sebbene la presente edizione del Bollettino epidemiologico riguardi i dati del 2012, ho voluto ugualmente inserire questa anticipazione, giacché una generale presa di coscienza in merito al fenomeno del rifiuto vaccinale mi sembra più che mai opportuna. Il fenomeno non è limitato alla nostra realtà locale, ma è presente in molte parti d'Italia e d'Europa.

Perché alcuni genitori rifiutano tutte le vaccinazioni che vengono proposte per il loro bambino? Per rispondere, occorre mettere in evidenza alcuni cambiamenti occorsi in questi ultimi anni.

- A. L'avvento del Web 2.0: con questo termine si intende l'insieme di tutte quelle applicazioni online che permettono un elevato livello di interazione tra il sito web e l'utente (blog, forum, chat, wiki, le piattaforme di condivisione YouTube, i social network come Facebook, Twitter e altri). Chiunque può contribuire ai contenuti: gli utenti possono coinvolgere altri utenti, fornire informazioni, raccontare storie vissute in prima persona. Nell'ambito dei temi relativi alla salute, è possibile la condivisione di storie cliniche, esiti dei trattamenti medici, esperienze di eventi avversi.
- B. Una trasformazione della tendenza culturale predominante: dal pensiero moderno a quello post-moderno [1]. Mentre il pensiero moderno si identifica in ideali quali razionalità, oggettività e progresso (che, chiaramente, sono concetti di derivazione illuministica), il post-moderno rifiuta di identificare la Ragione con la ragione tecnico-scientifica. Nella concezione post-moderna, la conoscenza non deriva dal metodo scientifico, ha una natura anarchica e policentrica, è pervasa dal relativismo e non riconosce l'autorità degli esperti. Chiunque è un esperto, è sufficiente che raccolga informazioni e dati dalla rete (la c.d. "Google University"), e non deve neppure

dimostrare la fondatezza delle proprie tesi, in quanto un tratto distintivo del pensiero post-moderno è il relativismo: tutte le tesi hanno diritto di cittadinanza, anche quelle non fondate su evidenze scientifiche.

- C. Come conseguenza dei due punti precedenti, la voce di opinioni marginali e screditate viene amplificata dalla rete, ed è possibile il proselitismo su posizioni eterodosse.
- D. Le opinioni eterodosse e prive di fondamento scientifico possono sembrare interessanti e autorevoli. Digitando "vaccinazioni" su Google, tra i primi 10 risultati forniti dal motore di ricerca si trova invariabilmente un certo numero di siti antivaccinali. Un risultato analogo si ottiene attraverso You Tube. Di conseguenza i genitori che cercano nella rete informazioni per decidere se vaccinare o no il loro bambino, possono essere pesantemente influenzati dalla propaganda antivaccinale.
- E. Alle cause testé citate, comuni a gran parte dei Paesi occidentali, si aggiunge un'anomalia peculiare dell'Italia. Da un lato in Italia la cultura scientifica della popolazione è carente, mentre le problematiche relative alla salute crescono in complessità. Dall'altro vi è discordanza tra settori dello Stato: da un lato le istituzioni sanitarie (Ministero, ISS e Regioni) promuovono le vaccinazioni, dall'altro vi sono tribunali della Repubblica che producono sentenze scientificamente infondate su presunti danni da vaccino. Una recente sentenza del Tribunale di Rimini ha riconosciuto il nesso di causalità tra la somministrazione del vaccino trivalente morbillo, parotite e rosolia (MPR) e la successiva insorgenza di autismo in un bambino, condannando il Ministero della Salute a corrispondere l'indennizzo previsto dalla legge per i danni irreversibili da vaccino.
- Questa notizia ha avuto un'immediata risonanza nei media ed è tuttora presente in modo massivo nei siti internet e tra i social network. Tutto ciò è accaduto nonostante il fatto che l'ipotesi MPR-autismo, nata da uno studio rivelatosi fraudolento [2], non abbia alcun fondamento scientifico e sia stata smentita da numerosi autorevoli studi [3-19].

Bibliografia

- [1] Kata A. postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine* 2010;28:1709-1716.
- [2] Godlee F. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ* 2011;342:c7452
- [3] Peltola H, Patja A, Leinikki P, et al. No evidence for measles, mumps, and rubella vaccine associated inflammatory bowel disease or autism in a 14-year prospective study. *Lancet* 1998;35:1327-8.
- [4] Patja A, Davidkin I, Kurki T, et al. Serious adverse events after measles-mumps-rubella vaccination during a fourteen-year prospective followup. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:1127-34.
- [5] Makela A, Nuorti JP, Peltola H. Neurologic disorders after measles-mumps-rubella vaccination. *Pediatrics* 2002;110:957-63.
- [6] Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N Engl J Med* 2002; 347:1477-82.
- [7] DeWilde S, Carey IM, Richards N, et al. Do children who become autistic consult more often after MMR vaccination? *Br J Gen Pract* 2001;51:226-7.
- [8] DeStefano F, Bhasin TK, Thompson WW, et al. Age at first measles-mumps-rubella vaccination in children with autism and school matched control subjects: a population-based study in metropolitan Atlanta. *Pediatrics* 2004;113:259-66.
- [9] Uno Y, Uchiyama T, Kurosawa M, et al. The combined measles, mumps, and rubella vaccines and the total number of vaccines are not associated with development of autism spectrum disorder: The first case-control study in Asia. *Vaccine* 2012 Apr 20. [Epub ahead of print] <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.01.093>.
- [10] Taylor B, Miller E, Farrington CP, et al. Autism and measles, mumps and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *Lancet* 1999;353:2026-9.

- [11] Farrington CP, Miller E, Taylor B. MMR and autism: further evidence against a causal association. *Vaccine* 2001;19:3632-5.
- [12] Kaye JA, del Mar Melero-Montes M, Jick H. Mumps, measles, and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: a time trend analysis. *BMJ* 2001;322:460-3.
- [13] Dales L, Hammer SJ, Smith NJ. Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California. *JAMA* 200;285:1183-5.
- [14] Fombonne E, Chakrabarti S. No evidence for a new variant of measles-mumps-rubella-induced autism. *Pediatrics* 2001;108:e58.
- [15] Taylor B, Miller E, Lingam R, et al. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ* 2002;324:393-6.
- [16] Honda H, Shimizu Y, Rutter M. No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:572-9.
- [17] Fombonne E, Zakarian R, Bennett A, et al. Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics* 2006;118:e139-50.
- [18] Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di Pietrantonj C. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2: CD004407. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub3.
- [19] IOM (Institute of Medicine). *Adverse effects of vaccines: Evidence and causality*. Washington, DC: The National Academies Press, 2012.

Studio di coorte su pensionati seguiti dal servizio medico della "Fondazione Ferrero"

Laudani Elio, Saglietti Andrea, Bologna Ettore, Monchiero Luca, Marinaro Laura

Introduzione

Molte aziende italiane offrono ai dipendenti alcuni servizi sanitari integrativi.

Si tratta perlopiù di servizi finalizzati alla diagnosi precoce di malattie croniche.

In generale questi servizi garantiscono e facilitano l'accesso a mezzi diagnostici moderni, con elevata capacità di svelare patologie in fase pre-sintomatica.

Non è noto quale risultato finale sulla salute comportino queste pratiche.

Un impatto positivo potrebbe generarsi da tempestive cure di condizioni patologiche scoperte in anticipo, a condizione che il loro trattamento precoce induca un netto vantaggio rispetto al trattamento differito.

Da queste considerazioni di carattere generale, nasce l'esigenza di generare ipotesi per la valutazione dell'offerta di servizi medici integrativi per i lavoratori.

Materiali e metodi

La Fondazione Ferrero, offre ai pensionati con più di 25 anni di servizio presso la Ferrero spa, un servizio sanitario integrativo, che indicheremo, d'ora in poi con l'acronimo SM (Servizio Medico).

Il "pacchetto di servizi" che è offerto ai pensionati è costituito da:

- visite mediche periodiche;
- programmi di attività fisica personalizzati con la supervisione di laureati in Scienze Motorie;
- possibilità di partecipare ad attività creative (come laboratori di pittura, ceramica, falegnameria);
- partecipazione a gruppi di volontariato e solidarietà, attività culturali (conferenze mediche, spettacoli, concerti).

La coorte del SM Tipo e obiettivi dello studio

La coorte oggetto di questo studio è costituita da persone che hanno aderito volontariamente allo SM e che sono viventi alla data del 01-01-2010.

Lo studio è di tipo osservazionale prospettico.

Lo scopo principale dell'indagine è la risposta al quesito se persone aderenti a servizi medici integrativi presentano vantaggi sanitari rispetto alla popolazione generale (comparatore).

Si indagano, a tal fine, alcuni eventi sanitari, e in particolare come outcome primario la mortalità generale, in relazione ad una definita esposizione (appartenenza alla coorte soggetta a sorveglianza sanitaria).

La relazione tra esposizione e indicatore di salute è controllata per potenziali confondenti quali l'età e il genere.

Il confondimento dovuto alla diversa distribuzione di età dei soggetti della coorte rispetto alla popolazione generale è controllato in fase di analisi dei dati con la tecnica statistica dell'analisi stratificata.

Il confondimento dovuto al genere (maschi e femmine) è controllato in fase di analisi con la restrizione delle misure di outcome nei due sottoinsiemi. Si conduce dunque un'analisi separata degli outcome principali e secondari sia per la popolazione maschile che per quella femminile della coorte.

L'esposizione è definita dall'appartenenza alla coorte con i seguenti criteri di eleggibilità:

- essere viventi alla data del 01-01-2010
- essere iscritti al SM alla data del 01-01-2010
- avere più di 50 anni
- avere rilasciato un consenso informato al trattamento dei dati personali.

Alcuni eventi sanitari, e tra questi in primo luogo la mortalità generale, sono conteggiati e confrontati con gli eventi attesi.

Questi ultimi sono calcolati sulla base dei tassi età specifici della popolazione dell'ASLCN2 in un periodo temporale compatibile per il confronto.

Quindi il gruppo di controllo è costituito dalla popolazione dell'ASLCN2 nella fascia di età confrontabile 50-89 anni.

La misura del outcome principale, la mortalità, è strutturata come eventi/persone-tempo. Sono outcome secondari i ricoveri ospedalieri totali e per gruppi di cause (malattie cardiovascolari, tumori maligni, malattie respiratorie).

I dati relativi ai ricoveri ospedalieri sono tratti dal flusso Schede Dimissioni Ospedaliere (SDO) e si considera come evento la prima causa di ricovero codificata con la IX revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-IX).

Altri outcome secondari sono i consumi di servizi diagnostici: accessi in Pronto Soccorso, visite specialistiche, indagini diagnostiche di laboratorio e radiografiche (diagnostica per immagini). Le indagini di laboratorio e radiografiche sono contate come numero di esami e sono tratte dai flussi correnti della ASL CN2.

Il periodo di osservazione per la mortalità generale si estende dal 1/1/2010 al 31/8/2013.

Il periodo di osservazione per i ricoveri, gli accessi in pronto Soccorso e il consumo di servizi diagnostici si estende dal 1/1/2010 al 30/6/2013.

Tutti gli indicatori hanno la struttura "eventi/persone-anno".

Per i dati di mortalità si utilizza la standardizzazione indiretta con la costruzione del Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) e per questo indicatore si assume che gli eventi (morti osservati) si adattino a una distribuzione di Poisson con media pari ai casi osservati nel periodo in studio (morti osservati).

I tassi di ricovero sono analizzati con la costruzione di Rapporti tra tassi (Rate Ratio, indicato con RR) crudi e aggiustati con il metodo di Mantel e Hentzel, RR (MH), per un set di matrici 2 x 2 con dati di incidenza (analisi stratificata in quattro strati di età: 50-59; 60-69; 70-79; 80-89).

Si utilizza il calcolatore statistico dell'applicativo Epi Info versione 7 per la quantificazione dei rapporti tra tassi aggiustati (RRMH) e dei rispettivi intervalli di confidenza al 95%.

Potenza statistica dello studio.

La coorte è composta da 507 persone, di cui 204 (59,7%) maschi e 303 (40,3%) femmine.

Sulla base del tasso di mortalità generale nella popolazione dell'ASL tra 50 e 89 anni (2,5 decessi per 100 abitanti -anno) la numerosità del campione è in grado di svelare, per un errore alfa del 5% e una potenza (1-errore Beta) dell'80%, un rischio relativo o un SMR uguale o superiore a 1,80 per l'outcome principale (mortalità per tutte le cause).

Risultati

Tabelle di popolazione

La tabella seguente descrive la composizione per età della coorte al momento dell'arruolamento e gli anni persona (PY) nel periodo di osservazione.

TABELLA 1. COORTE al 31-08-2013.

CLASSI ETA'	PERSONE al tempo t ₀	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 31-08-2013
50-59	35	128
60-69	226	826
70-79	205	747
80-89	41	145
TOTALE	507	1.847

TABELLA 2. COORTE al 30-06-2013.

CLASSI ETA'	PERSONE al tempo t ₀	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 30-06-2013
50-59	35	122
60-69	226	788
70-79	205	712
80-89	41	139
TOTALE	507	1.761

La quantità di persone tempo della popolazione generale (popolazione di controllo) è illustrata nelle tabelle 3 e 4.

TABELLA 3. POPOLAZIONE GENERALE ASLCN2.

CLASSI ETA'	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 30-06-2013
50-59	78.036
60-69	67.445
70-79	61.659
80-89	34.027

TABELLA 4. POPOLAZIONE GENERALE ASLCN2.

CLASSI ETA'	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 31-08-2013
50-59	81.603
60-69	70.528
70-79	64.478
80-89	35.582

Tabelle di outcome

Le tabelle seguenti illustrano nel periodo di osservazione l'outcome primario dello studio: la mortalità generale.

TABELLA 5. MORTALITA' GENERALE DAL 1-1-2010 AL 31-8-2013.

CLASSI ETA'	MORTI OSSERVATI	MORTI ATTESI
50-59	0	0,47
60-69	2	6,21
70-79	4	16,96
80-89	4	12,16

TOTALE OSSERVATI	TOTALE ATTESI	SMR	IC 95% SMR
10	35,8	0,27	0,13-0,51

Le tabelle successive mostrano gli indicatori relativi ai ricoveri ospedalieri occorsi nel periodo dal 01-01-2010 al 30-06-2013 (42 mesi di osservazione).

TABELLA 6. RICOVERI OSPEDALIERI nella coorte dal 1-1-2010 al 30-06-2013.

Ricoveri	n
TUTTE CAUSE	370
TUMORI (ICD IX 140-208)	33
CARDIOVASCOLARI (ICD IX 390-459)	45
RESPIRATORIE (ICD IX 460-519)	5

TABELLA 7. RR RICOVERI OSPEDALIERI dal 1-1-2010 al 30-06-2013.

Ricoveri	RR(MH)	IC 95% RR(MH)
TUTTE CAUSE	0,88	0,80-0,96
TUMORI	0,82	0,51-1,01
CARDIOVASCOLARI	0,58	0,43-0,77
RESPIRATORIE	0,20	0,08-0,49

Gli accessi al pronto Soccorso e il consumo di servizi specialistici sono illustrati nelle tabelle che seguono.

TABELLA 8. ACCESSI in PRONTO SOCCORSO e RICORSO a SERVIZI DIAGNOSTICI dal 1-1-2010 al 30-06-2013.

Tipo Servizio	n
PRONTO SOCCORSO	335
DIAGNOSTICA IMMAGINI	2.418
LABORATORIO	32.268
VISITE	6.907

TABELLA 9. RR ACCESSI in PRONTO SOCCORSO e RICORSO a SERVIZI DIAGNOSTICI dal 1-1-2010 al 30-06-2013.

Tipo Servizio	RR(MH)	IC 95% RR(MH)
PRONTO SOCCORSO	0,85	0,77-0,93
DIAGNOSTICA IMMAGINI	1,15	1,12-1,18
LABORATORIO	1,00	0,97-1,07
VISITE	1,01	1,00-1,02

Analisi per genere: maschi e femmine

Tabelle di popolazione. Maschi.

TABELLA 10. COORTE al 31-08-2013 MASCHI.

CLASSI ETA'	PERSONE al tempo t ₀	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 31-08-2013
50-59	19	70
60-69	80	293
70-79	86	313
80-89	19	68
TOTALE	204	

TABELLA 11. COORTE al 30-06-2013 MASCHI.

CLASSI ETA'	PERSONE al tempo t ₀	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 30-06-2013
50-59	19	67
60-69	80	280
70-79	86	299
80-89	19	65
TOTALE	204	

TABELLA 12. POPOLAZIONE GENERALE ASLCN2. MASCHI.

CLASSI ETA'	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 30-06-2013
50-59	39.105
60-69	32.672
70-79	28.504
80-89	12.915

TABELLA 13. POPOLAZIONE GENERALE ASLCN2. MASCHI.

CLASSI ETA'	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 31-08-2013
50-59	40.893
60-69	34.166
70-79	29.807
80-89	13.505

Tabelle di outcome. Maschi.

TABELLA 14. MORTALITA' GENERALE MASCHI DAL 1-1-2010 AL 31-8-2013.

CLASSI ETA'	MORTI OSSERVATI	MORTI ATTESI
50-59	0	0,37
60-69	0	3,26
70-79	1	9,56
80-89	2	7,05

TOTALE OSSERVATI	TOTALE ATTESI	SMR	IC 95% SMR
3	20,2	0,14	0,03-0,43

TABELLA 15. RICOVERI OSPEDALIERI nella coorte dal 1-1-2010 al 30-06-2013. MASCHI.

Ricoveri	n
TUTTE CAUSE	162
TUMORI (ICD IX 140-208)	16
CARDIOVASCOLARI (ICD IX 390-459)	24
RESPIRATORIE (ICD IX 460-519)	4

TABELLA 16. RR RICOVERI dal 1-1-2010 al 30-06-2013. MASCHI.

Ricoveri	RR(MH)	IC 95% RR(MH)
TUTTE CAUSE	0,82	0,72-0,95
TUMORI	0,65	0,40-1,05
CARDIOVASCOLARI	0,58	0,39-0,86
RESPIRATORIE	0,29	0,11-0,76

TABELLA 17. ACCESSI in PRONTO SOCCORSO e RICORSO a SERVIZI DIAGNOSTICI dal 1-1-2010 al 30-06-2013. MASCHI.

Tipo Servizio	n
PRONTO SOCCORSO	140
DIAGNOSTICA IMMAGINI	801
LABORATORIO	12.953
VISITE	2.486

TABELLA 18. RR ACCESSI in PRONTO SOCCORSO e RICORSO a SERVIZI DIAGNOSTICI dal 1-1-2010 al 30-06-2013. MASCHI.

Tipo Servizio	RR(MH)	IC 95% RR(MH)
PRONTO SOCCORSO	0,80	0,69-0,93
DIAGNOSTICA IMMAGINI	1,04	0,99-1,09
LABORATORIO	1,00	0,99-1,01
VISITE	0,97	0,95-0,99

Tabelle di popolazione. Femmine.

TABELLA 19. COORTE al 31-08-2013 FEMMINE.

CLASSI ETA'	PERSONE al tempo t ₀	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 31-08-2013
50-59	16	58
60-69	146	533
70-79	119	434
80-89	22	77
TOTALE	303	

TABELLA 20. COORTE al 30-06-2013 FEMMINE.

CLASSI ETA'	PERSONE al tempo t0	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 30-06-2013
50-59	16	55
60-69	146	508
70-79	119	413
80-89	22	74
TOTALE	303	

TABELLA 21. POPOLAZIONE GENERALE ASLCN2. FEMMINE.

CLASSI ETA'	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 30-06-2013
50-59	38.931
60-69	34.773
70-79	33.155
80-89	21.112

TABELLA 22. POPOLAZIONE GENERALE ASLCN2. FEMMINE.

CLASSI ETA'	PERSONE ANNO (PY) DAL 1-1-2010 AL 31-08-2013
50-59	40.710
60-69	36.362
70-79	34.671
80-89	22.077

Tabelle di outcome. Femmine.

TABELLA 23. MORTALITA' GENERALE FEMMINE DAL 1-1-2010 AL 31-8-2013.

CLASSI ETA'	MORTI OSSERVATI	MORTI ATTESI
50-59	0	0,14
60-69	2	1,21
70-79	3	4,98
80-89	2	4,85

TOTALE OSSERVATI	TOTALE ATTESI	SMR	IC 95% SMR
7	11,2	0,62	0,25-1,28

TABELLA 24. FEMMINE RICOVERI OSPEDALIERI nella coorte dal 1-1-2010 al 30-06-2013.

Ricoveri	n
TUTTE CAUSE	208
TUMORI (ICD IX 140-208)	17
CARDIOVASCOLARI (ICD IX 390-459)	21
RESPIRATORIE (ICD IX 460-519)	1

TABELLA 25. FEMMINE RR RICOVERI dal 1-1-2010 al 30-06-2013.

Ricoveri	RR(MH)	IC 95% RR(MH)
TUTTE CAUSE	0,96	0,85-1,09
TUMORI	0,88	0,55-1,41
CARDIOVASCOLARI	0,59	0,39-0,91
RESPIRATORIE	0,10	0,01-0,71

TABELLA 26. ACCESSI in PRONTO SOCCORSO e RICORSO a SERVIZI DIAGNOSTICI dal 1-1-2010 al 30-06-2013. FEMMINE.

Tipo Servizio	n
PRONTO SOCCORSO	195
DIAGNOSTICA IMMAGINI	1617
LABORATORIO	19.315
VISITE	4.421

TABELLA 27. FEMMINE. RR ACCESSI in PRONTO SOCCORSO e RICORSO a SERVIZI DIAGNOSTICI dal 1-1-2010 al 30-06-2013.

Tipo Servizio	RR(MH)	IC 95% RR(MH)
PRONTO SOCCORSO	0,89	0,79-1,02
DIAGNOSTICA IMMAGINI	1,07	1,04-1,11
LABORATORIO	1,00	0,95-1,07
VISITE	1,02	1,00-1,03

Discussione

Si potrebbe aprire la discussione sui risultati di questo studio dicendo che, in termini estremamente sintetici, l'essere seguiti da un servizio medico integrativo è associato a buoni indicatori di salute.

Gli indicatori sanitari, che risultano da un'osservazione temporale superiore ai tre anni e mezzo, sono infatti a favore della coorte, rispetto al comparatore rappresentato dalla popolazione generale.

Non solo la mortalità generale presenta uno scarto notevole rispetto al valore atteso (10 morti osservati in 44 mesi contro circa 36 attesi), ma anche l'andamento dei ricoveri sembra migliore per la coorte.

In particolare, alcune misure di associazione (rapporti tra tassi e rapporto osservati su attesi) raggiungono la significatività statistica.

Forti effetti protettivi sono riferibili ai ricoveri totali, ai ricoveri per cause cardiovascolari e soprattutto ai ricoveri per malattie respiratorie. Queste ultime tuttavia sono in numero ancora insufficiente per garantire una buona potenza statistica.

Anche il tasso di accesso in Pronto Soccorso è risultato lievemente inferiore a quello della popolazione generale.

Il consumo di servizi specialistici sembra essere, per contro, lievemente superiore nella coorte.

Questo fenomeno potrebbe essere spiegato dalla più stretta sorveglianza sanitaria cui è sottoposta la coorte. È evidente che una maggiore attenzione sanitaria, quale si può avere con le visite mediche periodiche previste nel programma del SM, tende a indurre una quota di accertamenti sanitari aggiuntivi.

Controllando l'effetto di confondimento della relazione di occorrenza per genere, gli effetti misurati si amplificano per i maschi.

Si osserva dalle tabelle 14 e 16 che nel sottoinsieme maschi tutti gli indicatori mostrano un effetto di protezione significativo per l'adesione alla coorte.

L'outcome primario per i maschi è nettamente favorevole e presenta una forte significatività statistica che invece si perde nel sottoinsieme femmine. Si confrontino rispettivamente le tabelle 14 e 23.

Anche per molti outcome secondari nel sottoinsieme maschi gli effetti protettivi sono più marcati che nelle femmine. Complessivamente si nota un minor consumo di servizi sanitari ad eccezione della diagnostica per immagini e del laboratorio che superano di poco l'unità sia nei maschi che nelle femmine.

Si osservano invece RR di poco superiori all'unità e con significatività statistica presente per la diagnostica per immagini, per le indagini del laboratorio analisi e per le visite specialistiche nelle femmine: tabella 27.

La ridotta mortalità, i ridotti ricoveri ospedalieri e il ridotto accesso ai servizi di Pronto Soccorso nella coorte non significano tuttavia che il SM sia la causa di questi fenomeni.

Uno studio di coorte non utilizza una metodologia sperimentale ma osservazionale. La metodologia osservazionale non è pienamente adatta a valutare i servizi, perché non distribuisce casualmente gli individui nelle diverse categorie del determinante studiato, ma osserva insieme già definiti.

Ne discende che lo scarto rispetto alla popolazione generale potrebbe essere dovuto, almeno in parte, a distorsioni da selezione che turbano la comparabilità delle due popolazioni, la coorte e la popolazione dell'ASL.

Tali distorsioni comprendono oltre al noto "effetto lavoratore sano", altri potenziali fenomeni di selezione spontanea della popolazione in studio, che potrebbero renderla non comparabile con la popolazione generale dell'ASL.

È possibile che agisca una tendenza per la quale i pensionati con qualche problema di salute abbiano scelto, più di altri, di aderire al SM, per avere un accesso facilitato ai servizi sanitari.

Ma con maggiore intensità potrebbe prevalere una forza opposta a quella testé descritta, tale da condurre i pensionati malati a non aderire al SM, soprattutto in ragione della difficoltà di svolgere il previsto programma di attività fisica.

Infine un'ulteriore possibilità di bias, potrebbe derivare dalla maggior probabilità di adesione al SM da parte di chi è più attento a stili di vita sani: meno fumo, meno alcol, dieta salutare.

In conclusione, i risultati di questo studio permettono solo di "generare un'ipotesi" che, riferita all'impatto del SM, potrebbe assumere valore di "plausibilità" da verificare con altre prove di efficacia.

Da questo studio, in altri termini, si può solo supporre l'efficacia del SM.

Tale supposizione potrà essere validata solo con indagini successive e diverse da questa. Con indagini a disegno di tipo "trial clinico" che assegnino casualmente gli individui ai diversi gruppi di intervento.

Diritto alla cura e Diritto al prendersi cura: la continuità assistenziale...tra mito e realtà

Patrizia Corradini

Una buona Sanità è una Sanità che sa analizzare problemi complessi e trovare soluzioni adeguate, che sa dare risposte, le migliori risposte.

La storia degli ospedali racconta di disponibilità, accoglienza, solidarietà, di medici ed infermieri premurosi ed attenti alle necessità ed alla dignità delle persone.

La storia della medicina del territorio racconta del desiderio di dare la giusta continuità all'assistenza ospedaliera senza la velleità o la pretesa di sostituirsi a questa, cosa ovviamente impossibile.

Si tratta di dare "valore aggiunto" al "prendersi cura", si tratta di continuare con coerenza ed efficacia il percorso clinico assistenziale. La tendenza è stata nel tempo quella di spostare l'assistenza verso il territorio e "riqualificare" l'attività ospedaliera.

Che l'ospedale sia stato impoverito è purtroppo sotto gli occhi di tutti, ma che il territorio sia proporzionalmente cresciuto nella sua capacità di risposta ai bisogni di salute è assai difficile da sostenere, nonostante questo fosse l'obiettivo dichiarato dai piani sanitari nazionali e regionali degli ultimi decenni!

L'erosione del Servizio Sanitario nella sua lenta progressione sta mettendo a dura prova anche i valori etico professionali degli operatori aumentando la diffidenza e la sfiducia del cittadino verso la Sanità Pubblica.

Si è infatti passati da una sanità ospedalocentrica ad una sanità distribuita potenzialmente e capillarmente su tutto il territorio, che dovrebbe essere in grado di rispondere ai grandi cambiamenti demografici ed epidemiologici.

Il fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione, inoltre, ha messo i servizi di fronte ad una domanda esponenzialmente in crescita, sempre più differenziata ed articolata. Lo stretto rapporto esistente tra l'invecchiamento e la perdita di salute, da una parte, e la comparsa di non autosufficienza e spesso solitudine dall'altra, rende spesso difficile, se non impossibile, la distinzione tra bisogni sociali e bisogni sanitari, inducendo domande di assistenza talvolta inappropriate. La situazione socio-sanitaria ed epidemiologica rende di fatto indispensabile riconsiderare l'assistenza sanitaria ed in particolare le "cure primarie" in un'ottica, che punta sull'assistenza integrata ospedale-territorio, al fine di orientare sempre più il sistema verso quella che viene oggi definita "Continuità delle Cure".

La nostra Regione, con l'approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2015, ha, tra l'altro, delineato, fra gli obiettivi di intervento, la proposta di un nuovo modello organizzativo integrato di cure flessibili, che dovrebbe essere in grado di dare risposte adeguate ai bisogni clinico - riabilitativo - assistenziali della popolazione. Con la D.G.R. 27-3628 del 28 marzo 2012 sono state in particolare individuate una serie di azioni finalizzate alla promozione della continuità assistenziale e dell'integrazione ospedale-territorio, con l'obiettivo di ottimizzare l'assistenza erogata nell'ambito della "catena di cura".

Uno degli aspetti più qualificanti per la continuità assistenziale è proprio ovviamente la **presenza attiva e costante dei medici e dei pediatri di famiglia** che sono i protagonisti di qualsiasi cambiamento in questa direzione e che dovrebbero svolgere un ruolo prioritario, anche e soprattutto nella programmazione e gestione dei servizi territoriali, cosa che nella nostra A.S.L. abbiamo sempre cercato di attuare.

Sul nostro territorio, nell'anno 2012, hanno operato 116 medici di famiglia, 15 pediatri di libera scelta e 34 **medici di continuità assistenziale (ex guardia medica)** impegnati su sei sedi territoriali.

La maggior parte dei medici di famiglia ha scelto di lavorare in forma associata, 28 in associazione, 37 in rete e 27 in medicina di gruppo, modalità che può favorire, oltre al paziente, anche il medico che può così trovare confronto ed anche forse conforto in particolare per quanto riguarda quella burocrazia sempre più opprimente ed incalzante che avrebbe dovuto regolare e semplificare l'attività, ma sta rischiando di contribuire al crollo del sistema. Non dobbiamo tuttavia dimenticare che, in realtà come la nostra, dove la popolazione è particolarmente sparsa in numerosi comuni con poche migliaia di abitanti, per lo più anziani, la presenza di un ambulatorio medico, se pur singolo, rimane comunque un importante punto di riferimento.

Si parla ormai da decenni della presa in carico dei pazienti "fragili", della necessità di percorsi assistenziali concordati e condivisi, dell'integrazione tra ospedale e territorio. In un contesto di profonda crisi economica, quale quello che oggi stiamo vivendo, tutto ciò, per quanto si sia riusciti a realizzarlo, non è più sufficiente. Vanno allargati ancora di più gli orizzonti e va ripensato il modello assistenziale nel suo complesso, considerando non

solo la domanda di salute, ma il “bisogno” in termini complessivi. E, per far questo, occorre operare sempre più in sinergia anche con i Servizi Socio Assistenziali, che, nella nostra A.S.L., sono addirittura entrati come parte attiva all’interno stesso dell’organizzazione sanitaria.

E’ stata così particolarmente snellita anche tutta l’attività relativa all’assistenza in convenzione agli adulti ed anziani non autosufficienti ed ai disabili. Spesso le difficoltà delle persone anziane o comunque più deboli sono legate, in modo particolare, alla mancanza di riferimenti relazionali e solitudine, che talvolta possono essere risolti con l’aiuto e la sensibilità della comunità in cui sono inseriti. In altre situazioni, diventa invece indispensabile individuare soluzioni di tipo residenziale o semi-residenziale per rispondere al meglio alle esigenze della persona assistita.

L’integrazione socio – sanitaria, ovvero il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale finalizzato al superamento di risposte settoriali e spesso incomplete, rappresenta uno strumento che consente di rispondere con appropriatezza ai molteplici bisogni espressi in situazione di complessità.

Anche nel corso dell’anno 2012, si è collaborato con le Commissioni di Valutazione (Unità di Valutazione Geriatrica ed Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità) e con tutte le Strutture accreditate del territorio per offrire le migliori risposte possibili in tali ambiti.

Si riportano di seguito schematicamente gli aggiornamenti relativi alla situazione degli inserimenti al 31 dicembre 2012:

Assistenza residenziale anziani ed adulti non autosufficienti al 31/12/2012

DISTRETTO DI ALBA	TIPOLOGIA	POSTI LETTO ACCREDITATI 2012	TOTALE OSPITI IN CONVENZIONE
ALBA COTTOLENGO	Media Intensità	17	16
ALBA FERRERO	Media Intensità	20	12
ALBA OTTOLENGHI	Alta Intensità	60	12
ALBA OTTOLENGHI	Media Intensità	36	45
CANALE	Alta Intensità	20	0
CANALE	Media Intensità	20	11
CASTIGLIONE TINELLA	Media Intensità	40	22
CERRETTO	Media Intensità	60	42
CORNELIANO	Media Intensità	40	14
CORTEMILIA S.Pantaleo	Media Intensità	20	5
CORTEMILIA Santo Spirito	Media Intensità	14	11
CORTEMILIA Sampò	Media Intensità	51	13
GOVONE	Media Intensità	24	6
MAGLIANO ALFIERI Soggiorno Alfieri	Media Intensità	19	10
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena	Media Intensità	41	17
MONFORTE	Media Intensità	20	16
MONTA' Cà Nostra	Media Intensità	20	7
MONTA' Divina Misericordia	Media Intensità	60	12
MONTICELLO	Media Intensità	44	16
NEIVE	Media Intensità	40	12
PRIOCCA	Alta Intensità	20	10
PRIOCCA	Media Intensità	42	8
RODELLO	Media Intensità	10	4
S.STEFANO BELBO	Alta Intensità	60	3

S.STEFANO BELBO	Media Intensità	0	4
S.STEFANO ROERO	Alta Intensità	10	0
S.STEFANO ROERO	Media Intensità	60	4
VEZZA D'ALBA	Media Intensità	40	12
EXTRA ASL (pazienti albesi)			6
tot. di distretto	ALBA	914	360

DISTRETTO DI BRA	Tipologia	Posti Letto Accreditati 2012	TOT. OSPITI CONVENZ.
BRA COTTOLENGO	Media Intensità	40	24
BRA FRANCONI	Alta Intensità	40	10
BRA FRANCONI	Media Intensità	20	7
BRA GLICINI	Alta Intensità	20	5
BRA GLICINI	Media Intensità	60	37
BRA MONTEPULCIANO	Media Intensità	20	16
CERESOLE D'ALBA	Media Intensità	40	12
CHERASCO	Alta Intensità	20	14
CHERASCO	Media Intensità	52	24
LA MORRA	Media Intensità	20	12
NARZOLE	Media Intensità	20	16
POCAPAGLIA	Media Intensità	26	20
SANFRE'	Media Intensità	30	23
SOMMARIVA BOSCO	Media Intensità	58	23
SOMMARIVA PERNO	Alta Intensità	44	12
SOMMARIVA PERNO	Media Intensità	44	17
EXTRA ASL (pazienti braidesi)			8
tot. di distretto	BRA	562	280

TOTALI POSTI LETTO	Alta Intensità	296	68
TOTALI POSTI LETTO	Media Intensità	1180	572

NARZOLE Papa Giov.XXIII (ex O.P.)	Comunità fam.	1	1
-----------------------------------	----------------------	----------	----------

TOTALE GENERALE		1477	641
popolazione >65 dato B.D.D.E. 2010 - ASL CN2 ALBA BRA.			37.328
percentuale inserimenti % al 31.12.2012			1,72

Nella tabella seguente viene riportata la situazione al 31 dicembre e la media degli inserimenti negli anni:

ANNO	POPOLAZIONE ANZIANA	MEDIA ANNUA (da Piano Attività)	% SU POPOLAZ. ANZIANA	INSERITI AL 31 DICEMBRE	% SU POPOLAZ. ANZIANA
2006	36.123	514	1,42	532	1,47
2007	36.578	561	1,53	581	1,59
2008	36.761	607	1,65	715	1,94
2009	36.854	721	1,96	870	2,36
2010	37.116	741	2,00	661	1,78
2011	37.741	717	1,90	799	2,12
2012	37.328	700	1,88	641	1,72

Emerge chiaramente come l'andamento degli inserimenti si stia modificando in linea con la tendenza generale di modulare l'attività compatibilmente alle risorse disponibili.

In questi anni, si è comunque lavorato anche per potenziare e qualificare l'assistenza in Cure Domiciliari, diversificando la tipologia di risposta a seconda dei bisogni, così come previsto dalle indicazioni regionali, ed inoltre, nella nostra A.S.L., è stato introdotto un modello innovativo di assistenza territoriale, i cosiddetti "letti di prossimità", tramite i quali si è riusciti ad offrire risposte assistenziali alternative in numerose situazioni particolari.

Per quanto riguarda l'**assistenza rivolta ai disabili**, ci si è impegnati, in collaborazione con gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, in ulteriori azioni di razionalizzazione ed omogeneizzazione, con l'obiettivo di ampliare, per quanto possibile, il numero di risposte assistenziali, nonostante i vincoli imposti dalle sempre più pesanti difficoltà finanziarie. La collaborazione di più soggetti può variare continuamente la sua forma, che risulta anche dalla sensibilità che ogni realtà dimostra nel coinvolgere i vari sistemi relazionali, ma deve convergere sul fine da perseguire insieme, pur mantenendo la propria autonomia organizzativa e gestionale.

Si riporta, nel prospetto che segue, l'attività relativa alla residenzialità ed alla semiresidenzialità per adulti e minori disabili:

Assistenza residenziale disabili al 31/12/2012			
Denominazione struttura	Fascia	Numero giornate di assistenza	Media annuale inseriti
CASA AMICA - Piobesi	A	1.004	2,74
ELSA - Canelli	A	470	1,28
FERRERO - Alba	A	7.304	19,96
IL MELOGRANO - Vesime	A	3.600	9,84
PICCOLA CASA D.P. COTTOLENGO - Alba	A	8.418	23,00
RESIDENZA SAN GIOVANNI - Niella Belbo	A	1.098	3,00
LA ROCCA - Bra	B	1.562	4,27
PEPENERO - Alba	B	1.098	3,00
SOTTOSOPRA - Alba	B	1.098	3,00
TETTI BLU - Alba	B	1.291	3,53
ABRATE -Alba	C	2.984	8,15
AGAPE S.S.- Racconigi	C	366	1,00
AURORA - Pollenzo	C	2.283	6,24
CASA M. ROSA - Alba	C	2.231	6,10
GAIOLE - RICCA D'ALBA	C	1.461	3,99
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	3.294	9,00
LE NUVOLE - Neive	C	1.830	5,00

SAN FRANCESCO - Fossano	C	366	1,00
SAN ROCCO - Vignolo	C	366	1,00
VILLA OTTAVIA - Castiglione Falletto	C	366	1,00
TOTALE		42.490	116,09

Assistenza semiresidenziale disabili al 31/12/2012			
Denominazione struttura	Fascia	Numero giornate di assistenza	Media annuale inseriti
AGHAV - Bra	A	4.420	19,22
BONAFOUS - Cortemilia	A	1.787	7,60
COCCIO E TELA- Alba	A	4.305	18,24
IL GIRASOLE - Narzole	A	4.062	17,66
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	2.020	8,60
IL RAMO SANTA CHIARA - Fossano	A	241	0,97
INSIEME - Alba	A	4583	19,50
L'IPPOCASTANO - Neive	A	2.277	9,69
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	3.201	13,80
PRINCIPE RANOCCHIO - Canale	A	1.167	5,75
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	2.058	8,91
PUZZLE - Torino	A	52	0,20
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	3.108	13,20
TOTALE		32.114	143,34
Assistenza residenziale disabili (minori) al 31/12/2012			
Denominazione struttura	Fascia	Numero giornate di assistenza	Media annuale inseriti
GIANBURRASCA - Scagnello	A	732	2,01
RSA PICCOLO COTTOLENGO DON ORIONE -Tortona	A	264	0,72
LIBERI TUTTI-ACQUI/IN/CONTRO - Acqui Terme	CRP	144	0,39
SANTA MARIA DELLA GIOIA - Mondovì	B	366	1,00
TOTALE		1.506	4,13

Assistenza semiresidenziale disabili (minori) al 31/12/2012			
Denominazione struttura	Fascia	Numero giornate di assistenza	Media annuale inseriti
IL GIRASOLE - Narzole	A	105	0,46
TOTALE		105	0,46

L'aumento della durata media della vita ed il progressivo invecchiamento della popolazione ha inevitabilmente portato all'aumento delle patologie cronico - degenerative ed invalidanti, per le quali il modello di assistenza ospedaliera sempre più proiettato verso l'acuzie risulta ovviamente inadeguato.

Il baricentro assistenziale viene pertanto spostato sul territorio, con la necessità di interventi sempre più mirati ed anche complessi al domicilio della persona assistita.

Negli ultimi anni, **l'assistenza domiciliare**, nella realtà ricca ed articolata delle cure primarie, è stata al centro di vivaci dibattiti; risulta sempre e comunque indispensabile una forte sinergia tra ospedale e territorio, al fine di dare concretezza a quella "presa in carico globale e continuità assistenziale", che prevede un approccio multidisciplinare e multidimensionale organizzato in ambito intra ed extra ospedaliero.

Si sono ormai individuati precisi indicatori per misurare l'efficienza delle cure domiciliari, la percentuale di risposta al bisogno, i costi di gestione ed anche l'efficacia del servizio ed il grado di soddisfazione.

Il medico di famiglia, al quale è affidata la responsabilità clinica del paziente, svolge, anche in questo contesto, un ruolo centrale e prioritario ed è sempre più importante

l'interazione/integrazione tra le competenze specialistiche e quelle di base.

Una criticità ancora purtroppo presente è l'atteggiamento, anche e talvolta soprattutto del personale medico, nei confronti del controllo del dolore e della relativa relazione d'aiuto, nei confronti del paziente innanzitutto, ma anche dei suoi familiari.

La **Famiglia della persona assistita** è indispensabile per la corretta gestione dell'assistenza a casa e rappresenta sempre di più una risorsa fondamentale per la realizzazione degli obiettivi di cura.

Da alcuni anni, la nostra A.S.L. utilizza un apposito programma informatico per la raccolta omogenea dei dati di attività, che rappresenta anche un valido supporto informativo oltre che gestionale.

Si riporta di seguito il prospetto dell'attività (numero pazienti seguiti), che ben evidenzia l'evoluzione dell'assistenza domiciliare negli anni:

A.D.I. = Assistenza Domiciliare Integrata

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

S.I.D. = Servizio Infermieristico Domiciliare

A.D.P. = Assistenza Domiciliare Programmata

L.A. = Lungo Assistenza

Mentre, a livello nazionale, secondo l'annuario statistico del S.S.N., l'84,1% delle persone assistite a domicilio risulta di età maggiore o uguale a 65 anni, nella nostra A.S.L. la percentuale di persone assistite al domicilio di età maggiore o uguale a 65 anni sul totale degli assistiti in Cure Domiciliari, risulta essere dell'89,56%.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica a domicilio, una presenza determinante è rappresentata dalla collaborazione con la S.O.C. R.R.F.: i pazienti vengono sottoposti, su richiesta del medico di famiglia, ad una visita fisiatrica a domicilio per una valutazione globale in rapporto all'ambiente di vita, per poter individuare anche, laddove necessario e possibile, un ausilio utile per riprendere alcune funzioni perse, per ridurre il carico assistenziale e per favorire l'attività di relazione. L'ambiente familiare è infatti maggiormente stimolante per la serenità del paziente finalizzata al raggiungimento degli obiettivi. La restituzione della persona al proprio domicilio e al proprio ambiente di vita deve quindi rappresentare l'obiettivo principale del percorso riabilitativo.

Nell'anno 2012, gli accessi del Fisiatra al domicilio sono stati 404. Le patologie maggiormente rappresentate sono state essenzialmente quelle a carattere neurologico (74%).

Nell'ambito di tutta la **medicina specialistica** pare ancora frequente la tendenza a programmare i servizi più sull'offerta che sui reali bisogni. Lo dimostra, in parte, anche la troppa e poco critica attenzione con la quale si affronta l'argomento "liste d'attesa". Il governo della domanda dovrebbe innanzitutto partire dalla corretta informazione ed educazione all'uso appropriato delle risorse.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A.D.I.	556	642	923	984	998	946	1075	1254	1469	1643	1485	1198
A.D.I. + C.P.	179	144	202	222	220	186	164	210	222	241	201	206
S.I.D.	419	651	673	706	720	693	993	880	913	931	861	713
A.D.P.	/	/	1015	1011	1008	1299	1332	1548	1439	1414	1836	2310
L.A.	/	/	/	/	113	121	154	230	334	375	//	//
TOTALE	1154	1437	2813	2923	3059	3245	3719	4122	4377	4604	4393	4427

Per quanto riguarda ancora l'**attività specialistica convenzionata interna** è sicuramente fondamentale prevedere una trasformazione non solo organizzativa del settore, che dovrebbe anche considerare anche la necessità di adeguati strumenti tecnologici, informativi ed informatici, ma, soprattutto dovrà inevitabilmente prendere

coscienza delle reali difficoltà economiche e dei vincoli legati alla necessità di garantire l'equilibrio di bilancio in generale.

Diventa pertanto sempre più indispensabile lavorare sull'appropriatezza e superare rigidi schemi di categoria.

Si riportano, nella tabella seguente, alcuni dati di attività relativi alla medicina specialistica convenzionata interna sul nostro territorio, utili ad una riflessione sull'argomento:

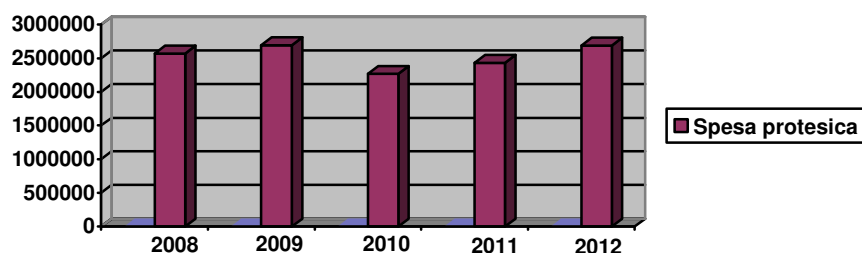
BRANCA	ORE 2011	PRESTAZIONI 2011	% PREST / ORE	ORE 2012	PRESTAZIONI 2012	% PREST / ORE
Totale ALLERGOLOGIA	512	1361	2,66	502	1592	3,17
Totale CARDIOLOGIA	3061	4566	1,49	3074	4436	1,44
Totale DERMATOLOGIA	2818	8740	3,10	2231	8324	3,73
Totale MEDICINA SPORTIVA	1352	1938	1,43	1358	2275	1,68
Totale NEUROLOGIA	1131	1412	1,25	770	1073	1,39
Totale OCULISTICA	3490	11816	3,39	3303	10784	3,26
Totale ODONTOSTOMATOL.	5945	8855	1,49	5821	8908	1,53
Totale OSTETR. e GINECOL.	2634	6300	2,39	2626	7705	2,93
Totale OTORINOLARINGOIAT.	1688	6706	3,97	1562	6406	4,10
Totale SCIENZA ALIMENTAZ.	208	278	1,34	208	372	1,79
Totale UROLOGIA	1092	3181	2,91	1092	3309	3,03

E' indubbio che l'approccio allo stato di malattia varia anche a seconda della definizione della patologia stessa. Un approccio troppo preventivo può avere alcuni effetti favorevoli, ad esempio la diagnosi accurata di patologie gravi ad uno stadio in cui sono ancora curabili. Tuttavia, sempre più frequentemente, tale ampliamento si configura come diagnosi in una persona sana di una malattia non evolutiva, che non sarà mai sintomatica, né causa di mortalità precoce. L'eccesso di diagnosi può rischiare di etichettare come malate persone sane e può quindi danneggiarle, esponendole ad ulteriori test diagnostici, visite e trattamenti inappropriati ed aumentando ansia e stress e concorrendo allo spreco di preziose risorse che potrebbero essere meglio utilizzate. Quindi, prima di ampliare le definizioni di malattia ed abbassare le soglie diagnostiche per espandere il numero di malati occorrono valutazioni approfondite, serie ed oneste.

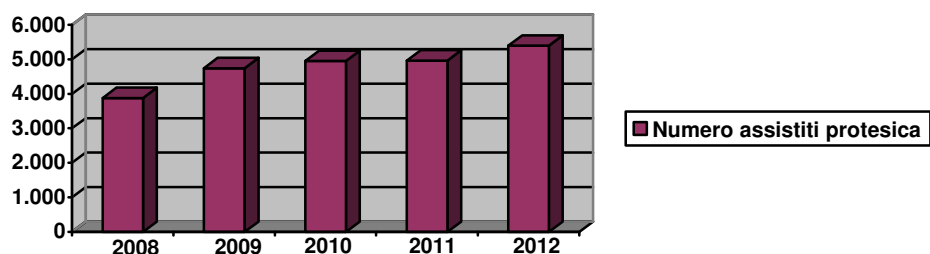
Anche per questo è indispensabile lavorare sempre di più con criteri di appropriatezza. Queste riflessioni si pongono anche nel campo dell'assistenza protesica, settore nel quale da tempo stiamo cercando di rendere le risposte sempre più coerenti ai reali bisogni.

Una delle prime iniziative intraprese in tal senso è la collaborazione su procedure condivise di prescrizione di protesi ed ausili finalizzati all'erogazione di presidi necessari e con presupposti clinici verificati, anche in relazione alla spesa, che ha registrato, nel tempo, un notevole incremento, sia per l'aumento dei pazienti assistiti sul territorio e sia per le importanti innovazioni tecnologiche offerte in questo settore, come emerge dalle tabelle di seguito riportate:

	2008	2009	2010	2011	2012
Spesa protesica	2.572.000,00	2.693.305,00	2.269.531,68	2.432.595,18	2.690.852,30

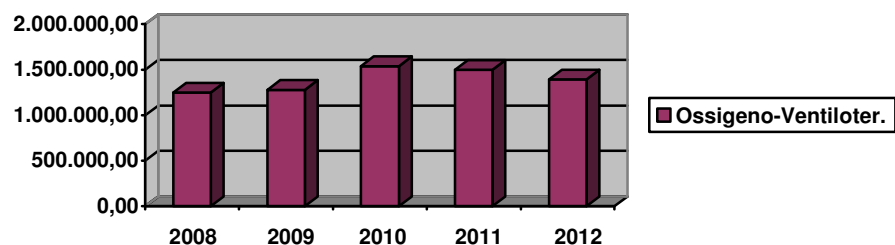


	2008	2009	2010	2011	2012
Numero assistiti protesica	3.883	4.744	4.952	4.968	5397

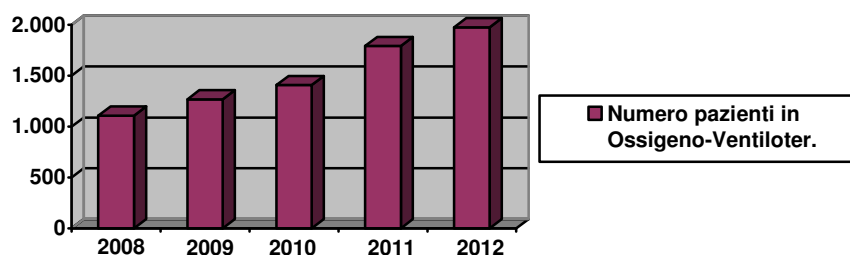


Per quanto riguarda l'ossigeno/ventilo terapia, si è registrata, anche nell'anno 2012, una lieve diminuzione della spesa, riportata nelle tabelle che seguono, pur con un maggior numero di pazienti in trattamento, grazie alle condizioni economiche più vantaggiose previste nell'ultimo appalto, che garantisce comunque una buona qualità del servizio:

	2008	2009	2010	2011	2012
Ossigeno-Ventiloter.	1.250.000,00	1.278.266,65	1.538.266,55	1.497.653,5	1.391.456,08



	2008	2009	2010	2011	2012
Numero pazienti in Ossigeno-Ventiloter.	1.108	1.269	1.408	1.791	1975



Dal luglio del 2009, è stato attivato, nella nostra A.S.L. anche il **Centro I.S.I. (Informazione Salute Immigrati)**, che opera su due sedi, Alba e Bra e può contare, oltre che sulla ovvia presenza di figure sanitarie, anche sui mediatori linguistico-culturali, che intervengono come "facilitatori" non solo del dialogo fra persone e culture, ma anche nella predisposizione e proposta degli eventuali percorsi di diagnosi e terapia. Nel 2012, le prestazioni fornite dal Centro sono state particolarmente variegate, così come la provenienza e la tipologia di richiesta, come si rileva dai dati sotto riportati:

PRESTAZIONI CENTRO I.S.I.	TOTALE
STP (Stranieri temporaneamente presenti): passaggi	523
ENI (Europei non iscrivibili): passaggi	200
Uomini	273
Donne	383
Prescrizione farmaci	209
Counselling	263
Richiesta e Controllo Esami ematochimici	193
Richiesta Visite Specialistiche	158
Consultorio	32

PROVENIENZA ASSISTITI CENTRO I.S.I.	
Romania	159
Albania	156
Marocco	104
Macedonia	63
Nigeria	35
Repubblica Dominicana	17
Bulgaria	17
Senegal	16
Mali	15
Altri*	66

* Argentina, Brasile, Bosnia Erzegovina, Cina, Costa d'Avorio, Croazia, Etiopia, Egitto, Gabon, Gambia, Guinea, Libano, Lituania, Mauritania, Somalia, Tunisia, Serbia e Montenegro.

In attuazione di quanto previsto dal Decreto Legislativo 230/1999, la Legge Finanziaria 2008 (art. 2, commi 283 e 284), ha confermato il definitivo trasferimento (da attuarsi mediante l'emanazione di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri per la definizione delle modalità e dei criteri) dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie afferenti alla sanità penitenziaria. Con il D.P.C.M. 1 aprile 2008 sono state così trasferite al Servizio Sanitario Nazionale, e quindi alle Regioni ed alle ASL anche tutte le competenze della medicina generale e specialistica. La **Sanità Penitenziaria** all'interno della la Casa Circondariale di Alba costituisce quindi attualmente un altro ambito di competenza della nostra A.S.L..

Sempre nell'ambito della tutela, in particolare riferita alla donna, alla coppia, alla famiglia ed al bambino, è fondamentale sottolineare il ruolo del **Consultorio**, con competenze che si sono nel tempo ampliate, in particolare per quanto riguarda l'accoglienza, le attività di prevenzione ed educazione alla salute, il "Programma Prevenzione Serena" svolto direttamente dalle Ostetriche del Consultorio (per quanto riguarda lo screening del

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

Si riportano, di seguito, alcuni dati di attività relativi all'anno 2012:

PRESTAZIONI	I° SEMESTRE 2012	II° SEMESTRE 2012	TOTALE
PRESTAZIONI CONSULTORIALI ALBA	6.833	6.595	13.428
PRESTAZIONI CONSULTORIALI BRA	4.686	4.675	9.361
VISITE PSICOLOGICHE	808	661	1469
TOTALE	12.327	11.931	24.258

L'obiettivo di **sostenibilità del sistema sanitario** è stato uno dei fattori promotori del cambiamento di tendenza, che si è tradotto in una diversa distribuzione delle risorse disponibili.

Quella che inizialmente era soltanto un'ipotesi teorica e potenziale si è col tempo trasformata in una modalità assistenziale diversa, che dovrebbe coniugare qualità, umanità, efficienza, appropriatezza e continuità del percorso di cura. E' stata rivista l'organizzazione, come previsto dalle indicazioni nazionali e regionali, considerando che la presa in carico globale sanitaria ed assistenziale del paziente impone l'elaborazione di modelli gestionali flessibili ed integrati in grado di realizzare una rete assistenziale territoriale coerente con la necessità di garantire un appropriato governo clinico.

La formula "meno ospedale più territorio" non ha però dato e non darà i risultati enunciati.

I Piani di rientro dettagliati nella parte del rientro economico sono comunque poco incisivi dal punto di vista delle politiche sanitarie e non paiono indicare reali e concrete modalità di valutazione delle cure e di riorganizzazione delle reti assistenziali. Sono pertanto sostanzialmente ed inevitabilmente destinati a tagliare la spesa in modo quasi sempre indistinto. Si è per troppi anni, ad esempio, confusa la chiusura dei piccoli ospedali con la riorganizzazione delle reti ospedaliere, cosa alquanto diversa e forse molto più importante.

Piuttosto che di nuove leggi, il Servizio sanitario ha forse bisogno di utilizzare le informazioni presenti e di riorganizzare la programmazione con un monitoraggio costante del sistema e della sua capacità effettiva di rispondere alla domanda di salute monitorando inappropriately e sperperi e rivedendo la qualità e la tipologia di offerta. La soluzione potrebbe davvero essere l'eliminazione dei tagli lineari e la riorganizzazione del lavoro con una sempre maggiore integrazione delle competenze ed eliminazione dei doppi e della burocrazia inutile.

Non perdiamo le speranze: le difficoltà operative ed i vincoli del contesto nel quale ci troviamo ad agire possono rappresentare un'occasione rigenerativa ed educativa tale da rimettere in discussione il nostro "modus operandi" al fine di trovare, ognuno per quanto di competenza e secondo le proprie possibilità, le potenziali e migliori risposte al bisogno sempre più evidente e dichiarato. E' giusto, soprattutto nel momento attuale, ragionare in termini clinici - economici - efficientisti, ma non dobbiamo dimenticare gli aspetti di carattere relazionale, etico e professionale per poter essere comunque in grado di accompagnare ed affiancare il cittadino nel percorso per lui più appropriato, garantendo l'equità e l'uniformità di accesso alle prestazioni.

Se è vero che il diritto/dovere alla salute deve essere di tutti e per tutti, è altrettanto vero che il clima economico può essere l'occasione per ripensare alla sanità nel suo significato originario e più autentico, ovvero può essere occasione di "accoglienza", che vede la persona al centro col cuore e con la mente, oltre che col corpo.

Solidarietà ed empatia sono immediatamente praticabili non solo nei confronti della persona assistita, ma anche fra gli stessi operatori, che rischiano spesso di farsi travolgere dal clima di pessimismo e scontento generale. Per usare le parole di Madre Elvira "...E' tempo di abbracci e di sorrisi più che di parole..." oppure le parole di Roberto Vecchioni "...sei come un giacimento di sorrisi..."

Per "tutelare" il nostro Sistema Sanitario, quindi, per quanto possibile serve anche l'impegno concreto di tutti per ritrovare il "gusto" della condivisione, della collaborazione e del ...sorriso.

**Attività annuale dello screening mammografico nell'A.S.L. CN2:
un Programma efficace di prevenzione si confronta
con il dibattito in atto nel mondo scientifico**

**Lorenzo Orione, Monica Rimondot, Laura Marinaro, Maria Cristina Frigeri, Michele Lo Bello,
Paolo De Giuli, Natalia Dogliani, Gianpaolo Sacchetto, Attilio Clerico**

Lo screening dell'adenocarcinoma della mammella si rivolge a donne asintomatiche, proponendo l'esecuzione di un test mammografico annuale tra 45 e 49 anni e biennale tra 50 e 69, con possibilità di estensione a 75 anni su richiesta. La mammografia, che è eseguita in due proiezioni, viene letta da due distinti senologi esperti, al fine di esaltare la capacità ricognitiva rispetto alle caratteristiche di immagine di microcalcificazioni, distorsioni parenchimali, noduli e quant'altro possa deporre per la presenza di un sospetto diagnostico. In caso di positività, la donna viene avviata ad un approfondimento di secondo livello, che potrà consistere in un ingrandimento mirato, in un'ecografia, in un'indagine stereotassica ed eventualmente nell'esecuzione di prelievi citologici e biotici; solo a questo punto sarà possibile stabilire se l'assistita può essere rinviata ad un normale round di screening, sottoposta a follow up o inviata alla chirurgia.

Nel corso dell'anno 2012, nell'A.S.L. CN2 sono stati effettuati 10.037 primi inviti a donne incluse nel round biennale, con una copertura annuale del 95.3%. Nel complesso, gli inviti sono stati 12.995; in quest'ambito vi sono stati 2.390 inviti a donne incluse nel round annuale, 318 richiami dopo esclusione temporanea e 225 richiami anticipati; si sono inoltre avute 25 adesioni spontanee. Circa l'adesione su invito nel round biennale, abbiamo avuto 5.527 esecuzioni di mammografia all'interno di 7.914 mammografie di screening complessive; 1.984 di queste ultime rientravano nell'ambito delle donne più giovani, 188 sono stati richiami dopo esclusione temporanea e 192 richiami anticipati.

Nella coorte delle donne dell'A.S.L. CN2, sono state registrate 858 esclusioni temporanee e 402 casi risultavano quali mammografie recenti o lettere inesitate.

Sono stati effettuati, nell'anno considerato, 396 inviti ad approfondimenti di secondo livello.

L'adesione al test mammografico è risultata pari al 57.4% e, ove si consideri anche le adesioni spontanee, al 57.5%.

I dati espressi depongono per il rilevante impegno profuso da parte dell'A.S.L. CN2 in ambito mammografico di screening. Ciò ha delle ricadute importanti, oltre che sul piano etico anche su quello organizzativo; negli ultimi anni, infatti, sempre più accessi alla chirurgia dell'adenocarcinoma della mammella hanno una provenienza di screening e, di converso, diminuiscono quelli clinici, caratterizzati da attese prognostiche decisamente meno vantaggiose.

È tuttavia altrettanto vero che una certa quota delle diagnosi e dei trattamenti del cancro della mammella rientrano nelle categorie delle sovradiagnosi e del sovratrattamento, cioè di quei casi di diagnosi e conseguente trattamento di lesioni che non sarebbero mai state identificate nella vita della donna se questa non si fosse sottoposta al test di screening. Più frequentemente, in questi casi siamo davanti a carcinomi duttali in situ i quali, in una certa percentuale, potrebbero non evolvere nel corso della restante attesa di vita dell'assistita. Ciò è dovuto ad un fenomeno distorsivo noto come lenght bias, a causa del quale lo screening identifica preferenzialmente neoplasie a crescita lenta.

Inoltre esiste il problema che solo una piccola parte delle donne avviate ad approfondimento di secondo livello viene, a seguito di questo, inviata a chirurgia. Ciò deriva dal fatto che il valore predittivo positivo del test mammografico non è molto elevato, anche in relazione alla contenuta prevalenza dell'adenocarcinoma asintomatico nella popolazione eleggibile, pur caratterizzata da rischio età-dipendente più elevato. Di fatto, la specificità della mammografia non è assoluta, come del resto avviene in qualsiasi altro ambito della medicina.

Entrambe le problematiche, tanto più quella legata alla sovradiagnosi, impattano negativamente sulla dimensione psicofisica della paziente; ciò induce alla necessità di ottenere quantificazioni intorno al fenomeno, da porre in relazione con gli effetti benefici dello screening, costituiti dall'impatto sulla mortalità specifica in ragione della diversa distribuzione delle caratteristiche prognostiche dei cancri screen-detected confrontati a quelli symptom-detected.

A tal fine, nel corso del 2012 sono stati pubblicati due lavori scientifici di grande interesse: il primo, realizzato da parte dell'Euroscreen Working Group, sul Journal of

Medical Screening ed il secondo, coordinato dal Department of Epidemiology and Public Health di Londra, su The Lancet.

È possibile rappresentare attraverso una semplice descrizione narrativa le conclusioni del primo lavoro: se si immaginano dapprima 1.000 donne cinquantenni che vengono seguite per trent'anni in una situazione di assenza di screening, saranno attese 67 diagnosi di adenocarcinoma mammario e 30 decessi per tale causa. Se le stesse donne fossero state tutte sottoposte a screening biennale fino a 69 anni e successivo monitoraggio dell'incidenza e della mortalità fino a 79 anni (cioè nello stesso range di età della precedente ipotesi) sarebbero attese 21-23 morti per tale causa, 7-9 in meno che in assenza di screening; inoltre, le esperienze cliniche europee hanno dimostrato che la sovradiagnosi pesa in media per il 6.5% dell'incidenza in assenza di screening, per cui avremmo da attenderci $(67) \cdot (0.65) = 4$ casi di sovradiagnosi; quindi le diagnosi di adenocarcinoma mammario risulterebbero 71. Inoltre, nei vent'anni di screening, nella coorte dovremmo considerare 170 false positività gestite con procedure non invasive e 30 con procedure invasive.

Circa il secondo approccio, l'abbattimento della mortalità rilevato sulla base dell'analisi di una serie di RCT è stato del 20%, mentre la sovradiagnosi è stata stimata tra l'11% ed il 19%, con un rapporto di 1 vita salvata ogni 3 casi di sovradiagnosi, un risultato meno favorevole rispetto a quello prodotto dall'Euroscreen Working Group.

Resta quindi prioritario fornire la più completa informazione alle assistite che si sottopongono allo screening mammografico, tanto riguardo ai vantaggi che alla pur piccola possibilità di sovradiagnosi.

I risultati di queste ricerche consentono di sottolineare il grande pregio del lavoro che da anni porta avanti l'A.S.L. CN2 in ambito di screening mammografico. Nell'incertezza che può derivare nella popolazione dalla diffusione di notizie parziali, se non distorte, circa la vantaggiosità dello screening del cancro della mammella, tutti gli operatori di screening devono poter contare sulla disponibilità di indicazioni importanti, specie in una realtà come quella di Alba-Bra, dove lo screening è considerato una priorità di sanità pubblica proprio alla luce delle evidenze scientifiche che ne stanno alla base.

Oncologia 2013: un bilancio

Federico Castiglione

L'annuale gradito appuntamento con il bollettino aziendale ci stimola sempre a fare un bilancio della nostra attività. Con il passare degli anni il lavoro di oncologia clinica si è consolidato nei due presidi ospedalieri aziendali. Quest'anno ci proponiamo pertanto non di analizzare dei dati, che sarebbero forse poco significativi, ma di fare alcune considerazioni sociologiche sull'immagine dell'Oncologia presso l'opinione pubblica, secondo la nostra esperienza pratica. Tra l'altro nel 2013 ricorrono i 50 anni dal lancio di un importante farmaco oncologico, la daunomicina, di produzione italiana: i primi capitoli dell'oncologia medica moderna infatti sono stati scritti a più mani proprio da oncologi statunitensi ed italiani.

Esordirei dicendo che l'immagine comune dell'oncologia sembra caratterizzata da una sorta di ambigua contraddizione tra due sentimenti opposti: da una parte lo *scetticismo*, che analizzeremo, connesso a vissuti negativi verso questa patologia, e dall'altra la *fiducia*, a volte incondizionata, nell'evoluzione scientifica del settore.

In molti, anche tra operatori del mondo sanitario, albergano ragioni di scetticismo verso questa disciplina. Innanzitutto perché il cancro rimane una malattia mortale ancora in tanti casi, anzi la mortalità sembra crescere mano a mano che si riduce la mortalità per altre malattie.

A ciò si aggiunge la componente tabù che si accompagna a questa parola, che induce ad un desiderio di fuggire e non approfondire, in un atteggiamento di fatalismo e rassegnazione.

Conseguenza diretta di questi sentimenti negativi è un giudizio negativo anche sui costi da sostenere nel nostro settore: molti considerano uno spreco allocare risorse su una patologia talvolta incurabile, in cui ricerca ed assistenza sembrano dare risultati troppo modesti. Anche ammessa la necessità di una spending-review, rimane per alcuni la convinzione che il costo dell'oncologia sia troppo elevato: di solito non ci si impegna neanche in un dettagliato confronto con i costi delle altre discipline.

Tali elementi (delusione, tabù, costi) configurano l'atteggiamento globale di scetticismo, come l'abbiamo definito inizialmente.

Tale scetticismo entra in contrasto con l'atteggiamento opposto, che definirei di fiducia incondizionata, che alberga in altri o che matura, a volte drammaticamente, quando si incontra da vicino la malattia.

L'oncologia indiscutibilmente è cresciuta in questi anni più di tante altre discipline e questo è logico, sia per la gravità della patologia che per l'impegno che alimenta la ricerca clinica.

Stiamo passando da una chemioterapia indiscriminatamente tossica per cellule sane e malate a terapie sempre più mirate su bersagli intracellulari specifici del tumore: bersagli completamente sconosciuti solo vent'anni fa. Vorremmo citare esempi che mostrano come sia cambiato il destino di centinaia di migliaia di pazienti che hanno potuto usufruire di queste terapie: pensiamo qui ad una nostra paziente con un tumore del polmone avanzato, felicemente viva ed in buona salute a distanza di 5 anni dalla diagnosi, proprio per merito della sua terapia mirata (in questo caso, l'erlotinib).

Chiaramente le terapie mirate, in quanto tali, non sono adatte a popolazioni di pazienti ma a gruppi selezionati di pazienti con caratteristiche specifiche. L'auspicio è che ci siano sempre più caratteristiche biologiche identificabili e che queste possano essere bersaglio di altrettante terapie specifiche. Non a caso i maggiori istituti scientifici e le maggiori aziende farmaceutiche cominciano a dotarsi di divisioni dedicate alle terapie personalizzate.

Ma pensiamo anche all'integrazione dei trattamenti antitumorali con altre terapie che affrontano la sofferenza del paziente oncologico. È impensabile oggi non offrire al paziente un sostegno psicologico nell'elaborazione della diagnosi neoplastica, una diagnosi che quasi sempre minaccia la vita o quanto meno le nostre sicurezze. Per non parlare dei familiari che sono chiamati spesso a sostenere il peso della diagnosi, dando per scontata la loro reale capacità di elaborare e sorreggere il paziente. Oggi un supporto alla famiglia, sia psicologico che sociale, è sempre più diffuso compatibilmente con le risorse disponibili.

Questi progressi inducono in tante persone un atteggiamento di fiducia. Ad esso appartiene un sentimento di speranza, anche incondizionata, nella ricerca o in terapie innovative non collaudate.

C'è un esempio paradigmatico: negli ultimi anni si è modificata una delle condizioni più frequenti nella malattia neoplastica. Mentre prima noi oncologi dovevamo "convincere" il paziente a sottoporsi alle terapie oncologiche, quando queste erano vantaggiose per lui, oggi si ha difficoltà a dissuadere paziente e familiari da trattamenti citostatici poco utili, perché la malattia non lo richiede o perché non ci sono ragionevoli possibilità di risposta.

In altre parole la richiesta di terapie oncologiche a volte è superiore alle reali possibilità di cura delle stesse perché sentimenti incondizionati di fiducia prendono il posto dello scetticismo. Ciò sia per effetto di istinti difensivi che per percezioni troppo ottimistiche dello sviluppo tecnologico, magari alimentate dalla stessa pubblicità sanitaria.

Un ottimismo sovradimensionato soprattutto consente al paziente, al familiare ed agli operatori di allontanare la consapevolezza della diagnosi (ed eventualmente l'elaborazione della morte). E questa affermazione non comporta un giudizio di valore perché sappiamo quanto sia drammatica l'elaborazione della diagnosi neoplastica, che andrebbe sempre supportata da professionalità specifiche quali lo psicologo e, nei casi più avanzati, il medico palliativista.

L'impressione conclusiva è che l'oncologia sia una disciplina relativamente giovane rispetto alle altre e che molti capitoli vadano ancora scritti, sia in termini di ricerca scientifica che di approccio socioculturale. La rapidità dell'evoluzione scientifica e sociale non aiuta un processo di standardizzazione degli approcci perché ogni standard di cura viene rapidamente superato nel giro di pochi anni. Purtroppo però l'evoluzione scientifica non è mai così rapida quanto noi tutti vorremmo, per sconfiggere definitivamente questa malattia.

Gli infortuni sul lavoro nel territorio dell'A.S.L. CN2.

Andamento generale e focus sul comparto sanità

Pietro Corino, Anna Ghisa, Anna Santoro

Come ogni anno, i dati provenienti dai flussi informativi INAIL – ISPESL – REGIONI sugli eventi (infortuni e malattie professionali) gestiti dall'Ente Assicurativo, consentono di effettuare alcune analisi.

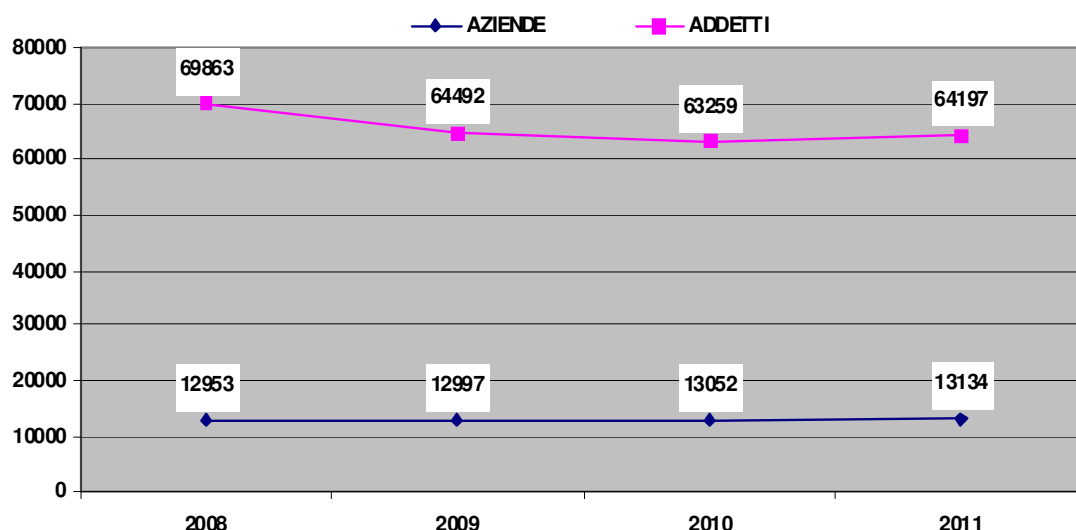
Anche per il 2011, ultimo anno disponibile, i numeri degli eventi infortunistici confermano a livello Nazionale un trend in riduzione costante ma con alcune peculiarità locali che il presente lavoro prova ad analizzare.

L'analisi che segue è relativa agli ultimi quattro anni disponibili (2008-2011). Si precisa peraltro che il 2008 risulta essere l'ultimo anno con un andamento occupazionale positivo ancora non condizionato dalla evidente crisi in atto.

Si segnala inoltre che, per l'analisi del fenomeno "infortuni sul lavoro", sono stati utilizzati i dati di tutti gli accadimenti denunciati e non solo gli eventi già definiti dall'Ente assicurativo.

La struttura produttiva

Grafico 1 - Aziende ed Addetti del territorio dell'A.S.L. CN2



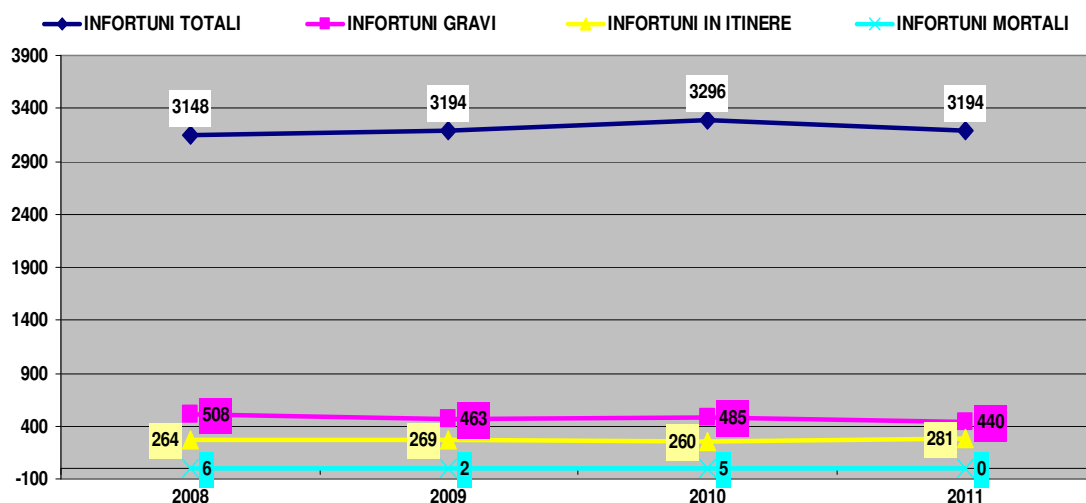
Per quanto concerne la struttura produttiva, il periodo analizzato presenta un andamento di sostanziale stabilità (+ 0,4% all'anno) del numero di aziende del territorio.

Riguardo al dato occupazionale, il forte calo rilevato nel 2009 e, seppur meno significativamente protrattosi nel 2010, pare essersi stabilizzato con addirittura un lieve incremento (+ 1,5%) degli addetti nel 2011.

Entrambi i dati evidenziano una sostanziale solidità economica del territorio della A.S.L. CN2, particolarmente significativa se correlata all'andamento Nazionale.

Gli infortuni sul lavoro

Grafico 2 - Infortuni denunciati ed eventi in Itinere



Relativamente agli infortuni, l'anno 2011 registra una diminuzione di 102 eventi (- 3%) rispetto a quelli occorsi nell'anno 2010 e questo dato evidenzia quantomeno un'inversione di tendenza rispetto alla crescita, seppur minima, degli anni precedenti.

Il dato è particolarmente positivo se correlato agli occupati che nello stesso periodo di riferimento sono lievemente cresciuti (+ 1,5%).

La diminuzione degli eventi riallinea finalmente l'andamento infortunistico della nostra A.S.L. a quello nazionale, stabilmente in calo.

L'andamento positivo dell'ultimo anno disponibile risulta particolarmente evidente nell'analisi degli eventi gravi (sono tali quelli con esiti permanenti o durata superiore ai 40 giorni) che sono diminuiti del 10%.

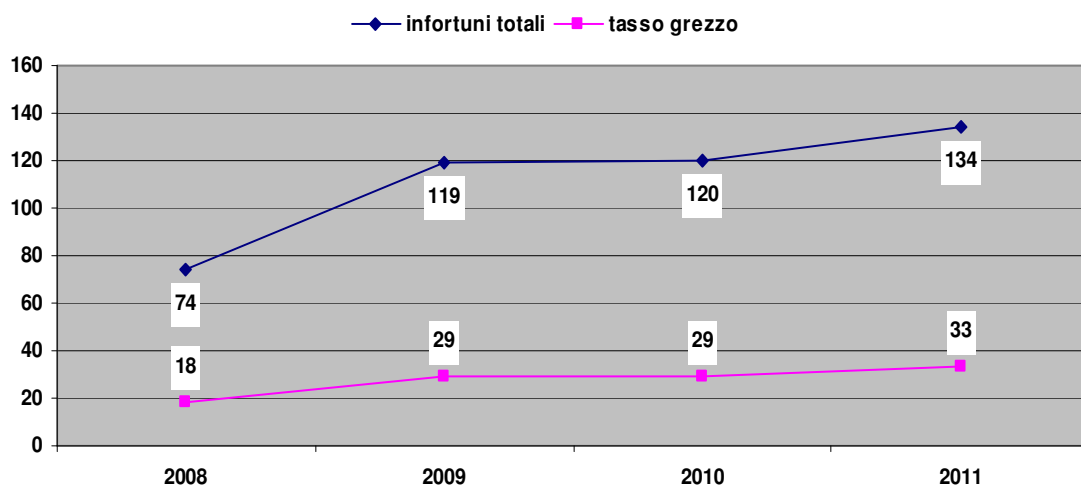
Gli eventi in itinere, e cioè gli incidenti occorsi nel tragitto casa-lavoro, sono numericamente stabili mentre per gli eventi mortali l'Inail non ha riconosciuto positivamente alcun infortunio per l'anno 2011.

Focus sul comparto sanità

Nel 2011 il comparto sanità del nostro territorio conta 280 aziende per un numero complessivo di 4.000 addetti.

La distribuzione occupazionale è molto disomogenea preso atto che l' A.S.L. CN2 occupa oltre il 40% degli addetti.

Grafico 3 - Infortuni totali e tasso grezzo di riferimento del comparto sanità

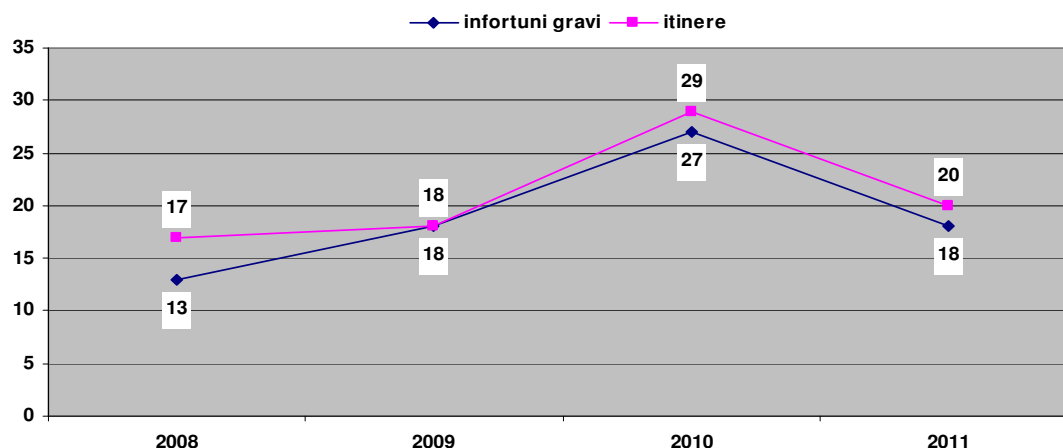


Una prima analisi generale (grafico 3) sul totale degli accadimenti infortunistici e sul tasso grezzo del comparto, evidenzia un trend in controtendenza rispetto al positivo andamento generale.

Gli infortuni sono in continua crescita e questo dato risulta particolarmente significativo qualora lo si correli al negativo andamento occupazionale del comparto nell'ultimo anno.

Il tasso grezzo e cioè il rapporto tra numerosità degli accadimenti infortunistici e la popolazione lavorativa, che può indicare un possibile indice di rischio del settore, è in costante crescita negli ultimi 4 anni.

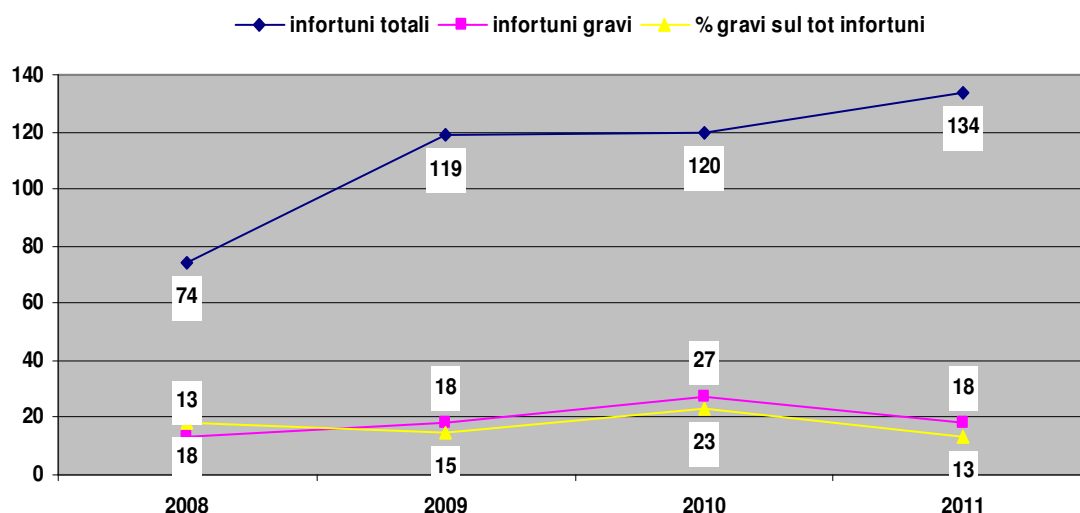
Grafico 4 – infortuni gravi ed eventi in itinere del comparto sanità



Passando all'analisi puntuale degli eventi (grafico 4) per quanto riguarda gli infortuni in itinere, questi, tolto il picco dell'anno 2010, sono sostanzialmente stabili.

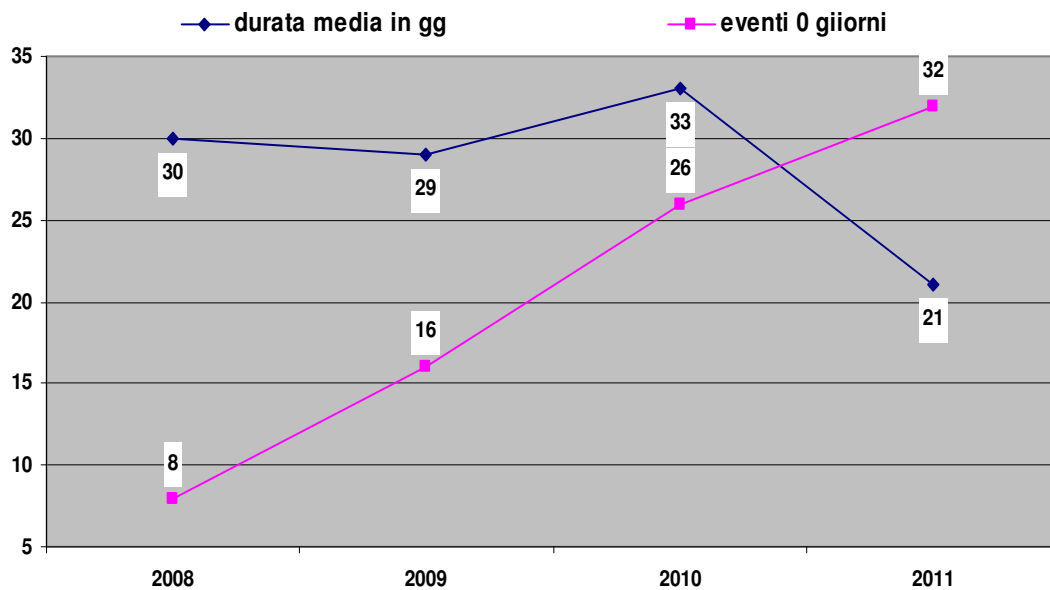
Un primo esame del grafico sembrerebbe evidenziare una forte coerenza tra l'andamento degli infortuni in itinere e quelli gravi ma un'analisi più approfondita evidenzia che solo il 25% dei primi presenta prognosi significative.

Grafico 5 – Infortuni totali e gravi del comparto sanità



Per quanto riguarda gli infortuni gravi (grafico 5) questi, nell'ultimo anno di analisi, mostrano un calo sia in termini assoluti sia in percentuale rispetto al totale degli eventi occorsi.

Grafico 6 – Durata media infortuni ed eventi a gg. 0



Alla crescita degli infortuni del comparto si contrappone la riduzione (grafico 5) della durata media degli eventi intesa come numero medio di giornate perse: al riguardo si ritiene che il fatto possa essere direttamente correlato all'aumento delle denunce con prognosi a 0 giorni (incidenti ove il danno occorso non condiziona la prosecuzione dell'attività lavorativa es. puntura di ago...).

Conclusioni

Il ritardo biennale con cui, fino ad oggi, sono resi disponibili i dati contenuti nei flussi informativi INAIL – ISPESL – REGIONI, sembra consentire un'analisi più facile e puntuale in relazione alla sopravvenuta conoscenza di situazioni più recenti che, seppur non in dettaglio, offrono conforto ad ipotesi che si vogliano formulare in materia di andamento degli infortuni sul lavoro.

Uno sguardo generale sui dati conferma la sostanziale stabilità economica ed occupazionale del nostro territorio pur in un momento di forte crisi generale.

Relativamente agli infortuni, seppur con qualche distinguo, il dato numerico è sostanzialmente stabile con riscontri particolarmente positivi sugli eventi gravi e sulla durata media degli eventi.

Se in alcuni comparti (metalmeccanica, edilizia) è evidente la riduzione del numero degli eventi anche se correlata al calo degli addetti, lo stesso non si può dire per il comparto sanità.

Qui al contrario, pur in presenza di una contrazione degli addetti, si assiste ad una crescita del numero totale delle denunce.

Alcune possibili motivazioni, almeno limitatamente alla parte pubblica del comparto, possono essere ricercate nel maggior carico di lavoro dei singoli addetti legato alla diminuzione del personale, nell'invecchiamento medio dei lavoratori del comparto dovuto all'aumento dell'età pensionabile ed al blocco del turn-over, nella accresciuta sensibilità degli operatori nel denunciare alcune tipologie di eventi (infortuni a gg. 0).

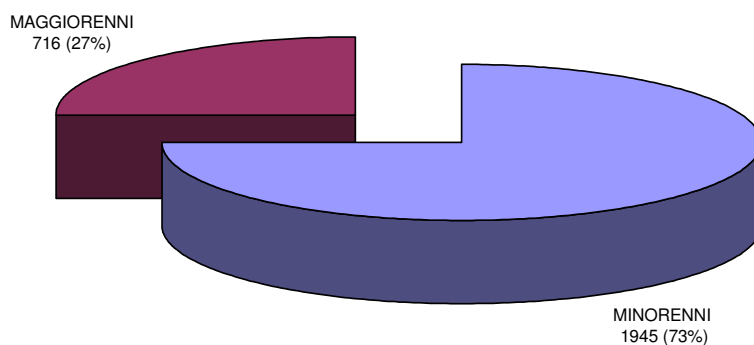
Ciononostante, se da un lato gli eventi infortunistici sono complessivamente aumentati, si è comunque fortemente ridotta la gravità degli stessi e questo sembra indicare una positiva gestione dei rischi presenti in ambito sanitario.

Analisi della popolazione in età sportiva dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra nell'anno 2012

Gianluca Toselli, Marina Masenta

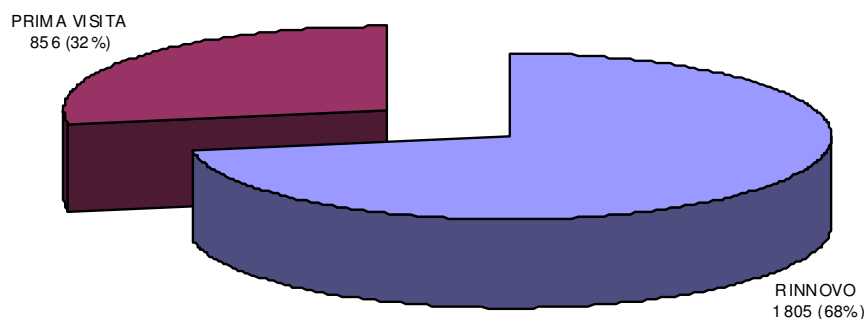
La S.O.S. di Medicina dello Sport dell'ASL CN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2012 un numero totale di 2249 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Graf. 1 – Visite agonistiche Anno 2012

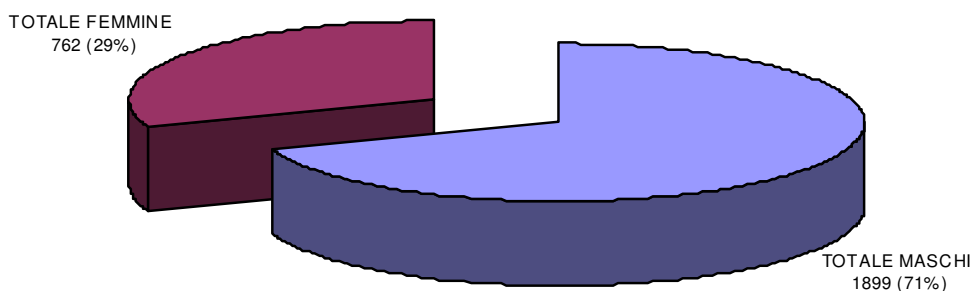


Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrato nei Grafici 3 e 4.

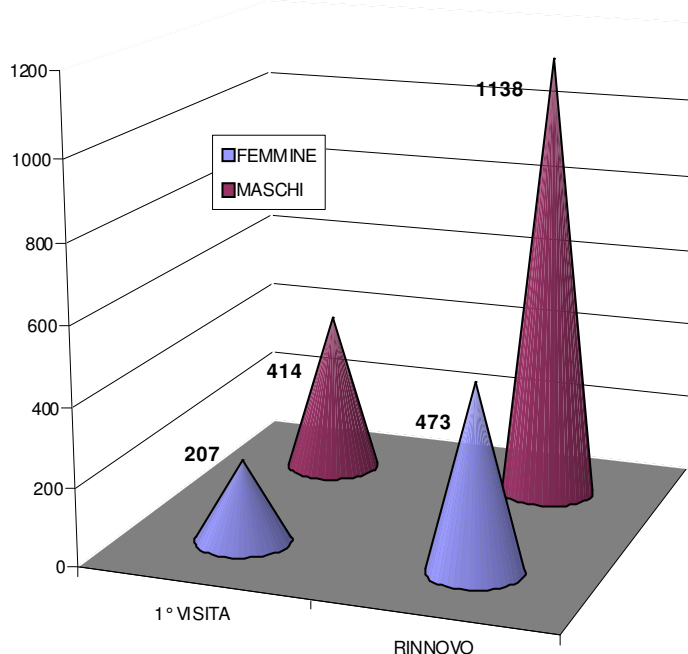
Graf. 2 – Prime visite agonistiche e rinnovi annuali



Graf. 3 – Atleti suddivisi per sesso

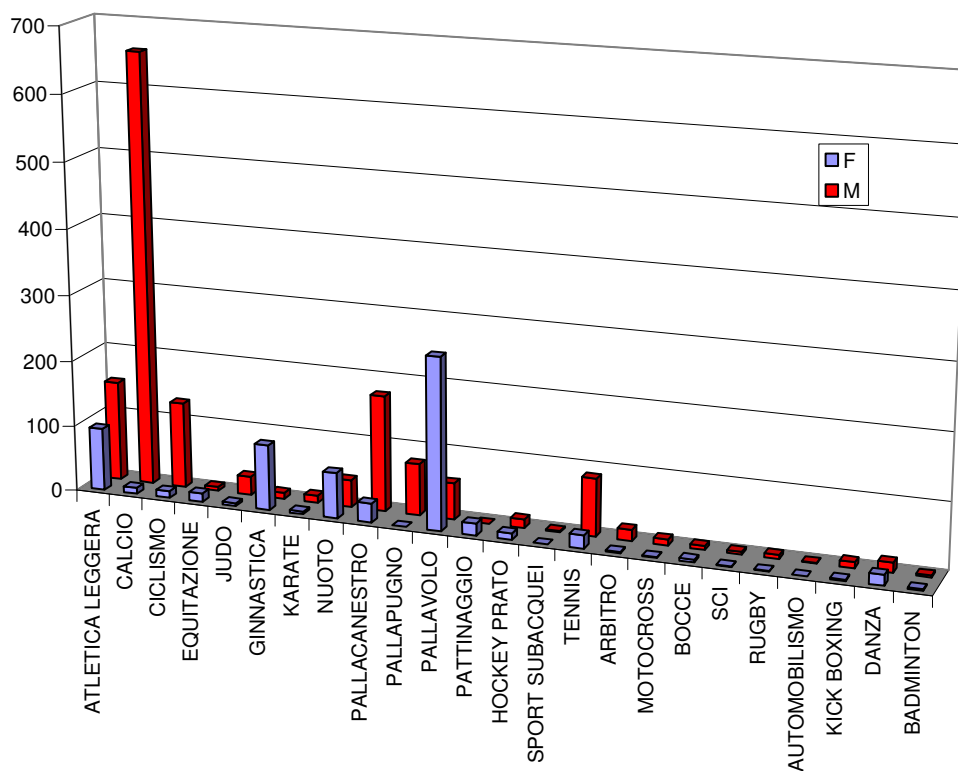


Graf. 4 – Prime visite e rinnovi Anno 2012



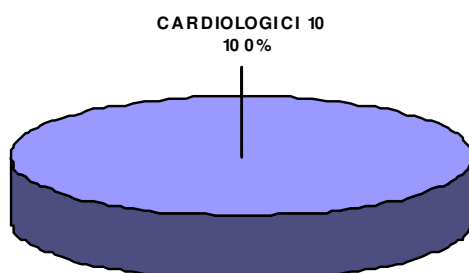
Nel grafico 5 è rappresentata la suddivisione tra maschi e femmine in base allo sport praticato.

Graf. 5 – Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportiva Anno 2012



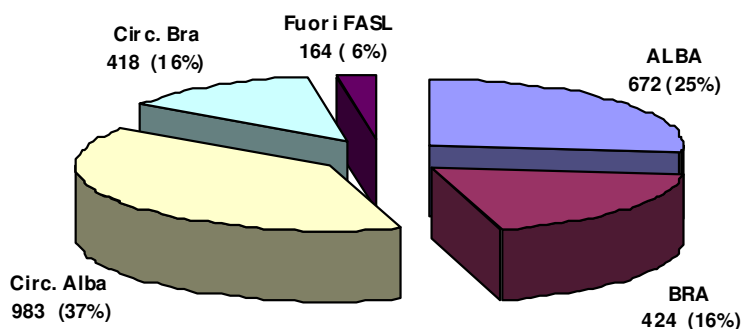
Nel Grafico 6 è rappresentata la tipologia di accertamenti diagnostici specialistici richiesti per il rilascio dell'idoneità agonistica.

Graf. 6 – Accertamenti diagnostici Anno 2012



Nel grafico 7 è indicata la suddivisione degli atleti in base al luogo di residenza.

Graf. 7 – Luoghi di residenza atleti Anno 2012



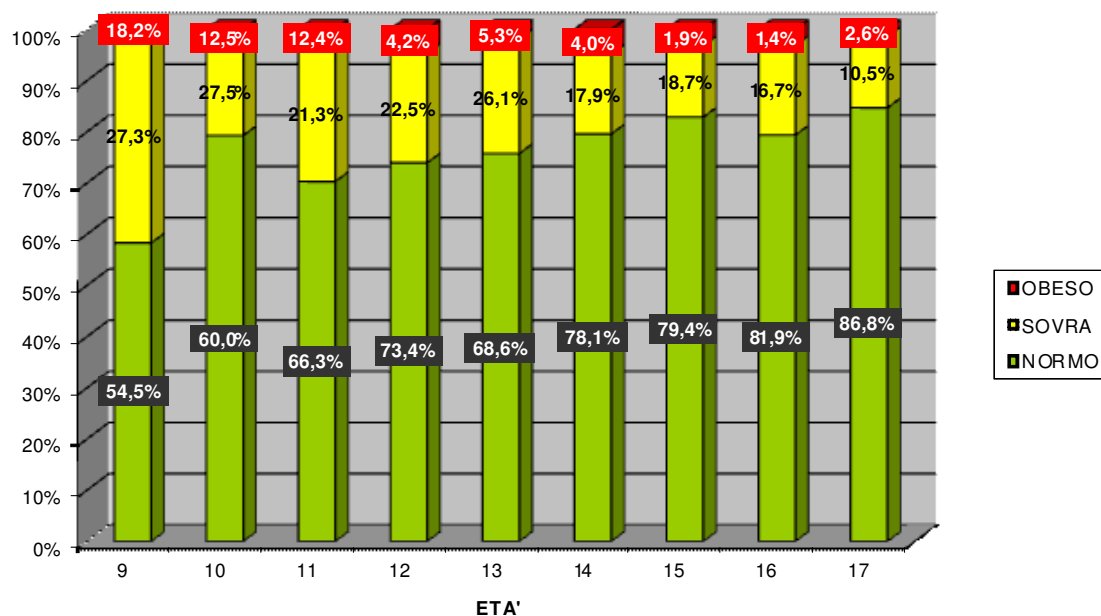
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening dello stato di nutrizione della popolazione.

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.

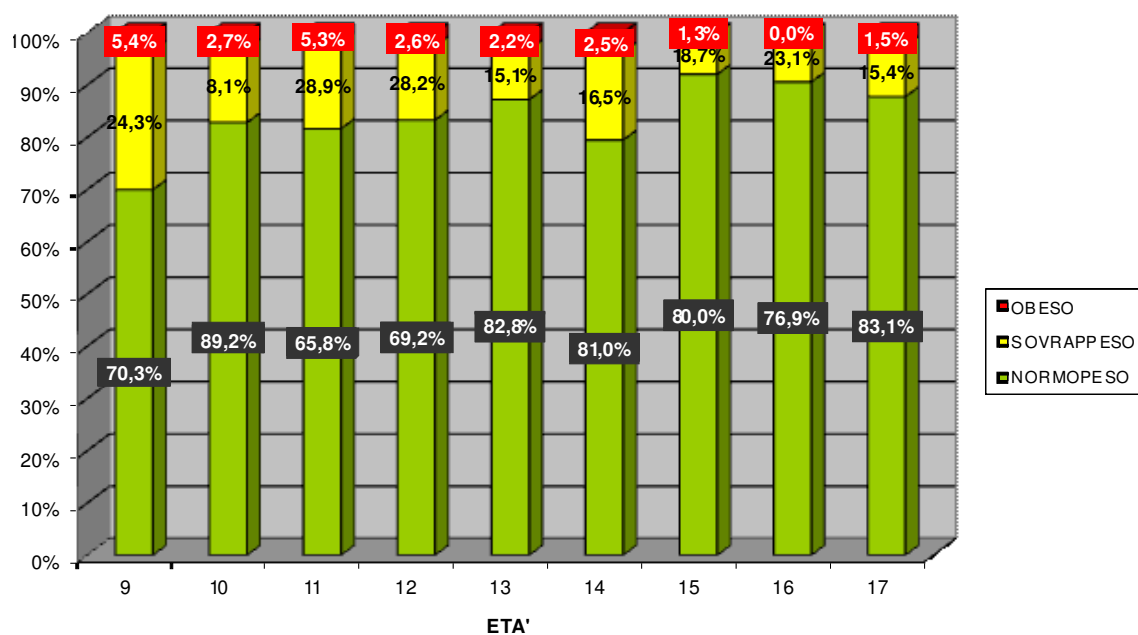
Nei grafici 8 e 9 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per età e sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2012.

Nel grafico 10 sono invece riportate le percentuali di soggetti maggiorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2012.

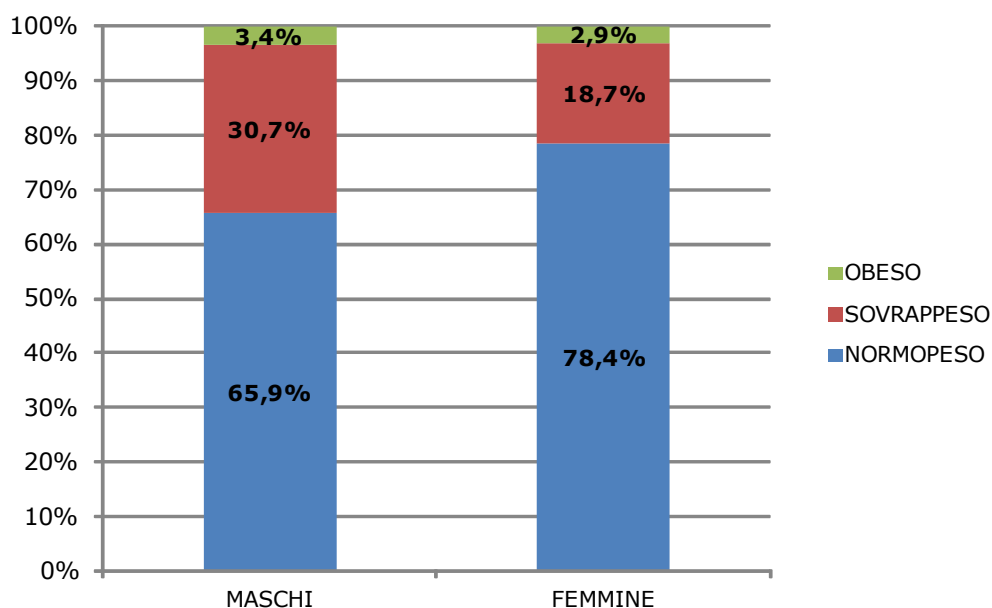
Graf. 8 - % di soggetti MASCHI normopeso/sovrappeso/obeso tra la popolazione di 9-17 anni



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



Graf. 10 - % di soggetti maggiorenni (maschi e femmine) normopeso/sovrappeso/obeso



Conclusioni

I dati ottenuti consentono di effettuare talune considerazioni:

- il maggior numero di praticanti l'attività sportiva appartiene al sesso maschile (71% del totale);
- il calcio e la pallavolo risultano gli sport più praticati rispettivamente dai soggetti di sesso maschile e femminile;
- gli accertamenti specialistici che sono stati richiesti nel corso della visita medico-sportiva per dirimere dubbi diagnostici riguardano totalmente l'ambito cardiologico in quanto il riscontro di anomalie quali deficit dell'acuità visiva o lievi 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 ed in particolare nei soggetti di sesso maschile. Tale riscontro è presente anche tra i soggetti maggiorenni laddove si rileva un aumento dei soggetti in stato di sovrappeso.

Infermieri e collaborazione nella sorveglianza sanitaria degli assistiti - Dati di contesto

Maria Gabriella Brociero, Milena Baudino, Sabrina Contini, Gabriella Boarino



Nel luglio 2013 l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha pubblicato il suo Rapporto sui sistemi sanitari dei Paesi membri. Tale rapporto descrive che l'ITALIA, nel 2011, è ancora sotto la media per la spesa sanitaria sia procapite, sia in rapporto al Pil. Il documento rileva che la spesa sanitaria totale ha infatti rappresentato il 9,2% del PIL rispetto all'11,9% dei Paesi Bassi, all'11,6% della Francia e all'11,3% della Germania. Anche per quanto riguarda la spesa procapite il nostro stato si colloca sotto la media Ocse come pure per i posti letto si è sotto la media Ocse: 3,4 per mille abitanti contro 4,8. Un numero al quale si è arrivati progressivamente, nota il Rapporto, che è coinciso con la riduzione della durata media dei ricoveri e dell'aumento degli interventi chirurgici in regime ambulatoriale o in giornata.

Per le tecnologie, negli ultimi anni il nostro Paese ha invece fatto rapidi progressi, almeno dal punto di vista quantitativo. Per esempio, si hanno 27,3 risonanze magnetiche per milione di abitanti, più del doppio delle 13,3 che è la media Ocse; analogamente le TAC sono 32,1 per milione di abitanti, ben sopra la media Ocse, che si ferma a 23,2.

Come la maggior parte dei Paesi Ocse, negli ultimi decenni, l'Italia ha visto aumentare notevolmente anche la speranza di vita di oltre due anni in più della media (circa 82 anni) inferiore solo a quella di Giappone e Svizzera.

Rapporti Infermieri¹/Popolazione

Il Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica (S.I.T.R.P.O.) dell'ASL CN2, al fine di monitorare l'andamento della distribuzione delle risorse professionali nel territorio nazionale/regionale e di perseguire efficacia ed efficienza organizzativa ha rilevato i seguenti dati: nel 2011 l'Italia aveva 6,3 Infermieri ‰ abitanti, al di sotto della media Ocse che è pari a 8,7 Infermieri ‰ abitanti; sempre secondo l'Ocse il dato minimo auspicato sarebbe il 6,9 ‰. Il numero dei Medici, nello stesso periodo, era di 4,1 ‰ abitanti contro i 3,2 della media Ocse. Il deficit di offerta infermieristica ha determinato un'inefficiente allocazione di queste risorse².

Analizzando e contestualizzando poi i dati del nostro territorio, ha evidenziato che:

- i dipendenti Infermieri dell'ASL CN2 risultano essere n. 545 in ruolo + n. 18 a tempo determinato per un totale di n. **563** (dati Servizio del Personale al 30/09/2013); i dipendenti Infermieri delle strutture residenziali del territorio risultano essere, con numero approssimativo, circa n. **60** con un conseguente numero totale generale di n. **623** Infermieri operanti nel territorio (sono esclusi dal conteggio le dotazioni organiche degli Infermieri delle Cliniche San Michele di Bra e Città di Bra);
- la popolazione residente nell'ASL CN2 al 31/12/2012, secondo l'Osservatorio Demografico Territoriale del Piemonte, è pari a n. **170.520**. Da questo si estrapola inoltre il dato della popolazione dai 65 anni in su pari a n. **38.206** corrispondente al 22,4% del totale.

Il Rapporto Infermieri/Popolazione afferente all'ASLCN2 è dunque pari a
3,65 ‰ abitanti
rispetto all'auspicato 6,9 ‰ dell'Ocse

Considerando poi:

- i bisogni emergenti nella collettività legati all'aumento delle persone cosiddette "fragili", degli anziani frequentemente affetti da pluripatologie e delle persone con affezioni cronico degenerative che, anche se in discreto equilibrio di salute, richiedono informazione, accompagnamento, continuità assistenziale, servizi e luoghi di cura e di assistenza di prossimità territoriale e domiciliari
- il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione, di strutture intermedie anche di carattere residenziale, di luoghi "socio sanitari" di prossimità in cui trovare una piccola equipe multiprofessionale di base composta da medico di medicina generale, infermiere di comunità, farmacista di comunità, fisioterapista ecc., in grado di fornire immediate e fattive risposte, avvalendosi

¹ Infermiere: Professionista Sanitario con Laurea di primo livello

² Oecd Health Data 2013

anche della rete sociale e parentale dell'assistito soprattutto se si vogliono garantire i Livelli Essenziali di Assistenza

- o la trasformazione dell'Ospedale in luogo dell'intensività clinico/assistenziale, della presa in carico della persona con grave acuzie e dei processi di cura ed assistenza che richiedono competenze specialistiche di tutti i membri dell'equipe multiprofessionale verso la logica delle piattaforme di servizio di assistenza in cui i degenti sono aggregati per omogeneità di bisogno, per livello di complessità assistenziale e per intensità di cura piuttosto che per frammentate specializzazioni disciplinari cliniche
- o la centralità dei bisogni dell'assistito, l'agire con appropriatezza, efficacia e razionalità organizzativa contenendo i costi e utilizzando la migliore tecnologia

si arriva facilmente a sostenere la necessità di una significativa ed urgente ridefinizione dei paradigmi assistenziali ed organizzativi. Il cambiamento di tali paradigmi, che in alcune aree del Paese è già iniziato e che deve essere sostenuto e disseminato, richiede un forte investimento culturale e il coinvolgimento dei professionisti e dei cittadini, entrambi fortemente orientati al mantenimento di un Servizio sanitario nazionale universale, solidale ed equo.

Le indagini effettuate negli scorsi anni, anche nella nostra ASL, con il sistema di sorveglianza Passi d'argento ha chiaramente portato alla descrizione dei fenomeni connessi alla salute e alla qualità della vita degli ultra 64enni fornendo un quadro completo sui loro bisogni e sulla qualità degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali. Vi è una forte relazione tra la rilevazione del grado di autonomia/dipendenza degli assistiti nello svolgimento delle loro attività di base (A.D.L.) e/o più complesse (I.A.D.L.) della vita quotidiana e la necessità di assistenza infermieristica poiché, in caso di scarsa autonomia/dipendenza della persona, è proprio l'Infermiere il responsabile, per legge³, dell'assistenza generale infermieristica, che, lo stesso, svolge poi in prima persona o con il supporto degli Operatori Socio Sanitari. Parole chiave dell'infermieristica sono la *valutazione* dei livelli di autonomia/dipendenza della persona, la *sorveglianza*, il *sostegno* e/o *l'aiuto*, *l'educazione*, attività tutte documentate nelle schede infermieristiche ospedaliere e territoriali.

Ed il tema centrale dell'articolo per questo Bollettino Epidemiologico è proprio l'attività di *sorveglianza infermieristica*. Il concetto più familiare di sorveglianza è relativo al monitoraggio degli indicatori di carattere epidemiologico, appunto, come ad esempio gli *screening* della pressione arteriosa o dei livelli glicemici nel sangue, ma esiste un altro significato di sorveglianza infermieristica, al quale fanno riferimento autorevoli autori⁴. Dougherty (1999) definisce questo tipo di sorveglianza come "l'applicazione di processi cognitivi e comportamentali nella raccolta sistematica di informazioni utilizzata per esprimere giudizi e previsioni sullo stato di salute di una persona", e ancora, nella famosa *Classificazione degli interventi infermieristici (Nursing Interventions Classification, NIC)*, adottata in via sperimentale in alcune strutture operative di questa ASL attraverso l'utilizzo di una Cartella Infermieristica Informatizzata, la sorveglianza è definita come "la continua e finalizzata acquisizione, interpretazione e sintesi dei dati dei pazienti per la presa di decisioni assistenziali".

In particolare sono cinque gli elementi costitutivi della sorveglianza infermieristica:

- ✓ *osservazione e accertamento continui*;
- ✓ *riconoscimento* inteso come abilità degli infermieri di riconoscere le condizioni dei pazienti che deviano da un *range* di normalità. L'abilità di riconoscere e di "leggere la situazione" richiede conoscenze professionali, competenza (*expertise*) ed esperienza. L'abilità (*skill*) è facilitata dalla capacità dell'infermiere di ricordare esperienze precedenti o situazioni analoghe e di rispondere ad esse (Benner & Tanner, 1987);
- ✓ *interpretazione*: dopo aver osservato e riconosciuto un'alterazione, l'infermiere interpreta e sintetizza questa informazione nel contesto dell'assistito e della situazione, contando molto sul pensiero critico e sul giudizio clinico;
- ✓ *processo di presa di decisioni*: dopo aver raccolto e interpretato i dati sulla persona, l'infermiere decide se continuare il monitoraggio o se agire in base agli indicatori di un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente e/o secondo procedure condivise e validate a livello interdisciplinare e multiprofessionale.

³ D.M. 739/1994 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo **profilo professionale dell'infermiere**

⁴ Orlandi C. Cos'è e come si può misurare la sorveglianza infermieristica? Alcuni spunti dal dibattito internazionale sull'argomento

Molti studi internazionali hanno dimostrato che attraverso un competente espletamento delle attività infermieristiche succitate, insieme ad un'adeguata dotazione organica e di risorse, a specifiche caratteristiche organizzative e un buon clima nell'ambiente di lavoro, si ottengono migliori ed appropriati esiti clinici nelle persone assistite. Si segnala però che, nell'ambito di un'indagine conoscitiva italiana del 2013, sulla "tutela del diritto alla salute e la garanzia dell'accesso alle cure", è stata rappresentata la suddivisione degli Infermieri operativi in Italia per genere e per fasce d'età⁵:

Tab. 1 Fonte Albo IPASVI 2013

Infermieri per fasce d'età	F	M	Totale	% sul totale
54 e meno	271.708	74.529	346.237	84,0%
55-60	31.458	11.027	42.485	10,3%
61-65	9.787	4.172	13.959	3,4%
66 e oltre	7.356	2.036	9.392	2,3%
Totale	320.309	91.764	412.073	

Come si può rilevare dalla Tab. 1, nei prossimi anni almeno il 10% del personale infermieristico raggiungerà l'età pensionabile e questo, senza nuovi provvedimenti risolutivi, peggiorerà gli esiti dell'attuale acritico blocco del turn over con ricadute negative sulla salute della popolazione e contribuirà al costante declino del Servizio sanitario Nazionale.

Secondo il parere della Federazione Nazionale dei Collegi⁶ IPASVI sarà dunque necessario:

- riempire i vuoti derivati dal blocco del turn over o dai tagli sul personale sanitario in generale e infermieristico in particolare;
- prepararsi a sostituire gli oltre 20.000 infermieri che nel giro di pochi anni usciranno dal sistema;
- riorganizzare i servizi assistenziali ospedalieri anche ridefinendo ruoli e responsabilità diverse per gli infermieri, superando la concezione vetero-ideologica della esclusiva centralità delle attività di diagnosi e terapia a scapito delle attività e dei processi assistenziali e riabilitativi;
- implementare i servizi territoriali e, soprattutto, l'assistenza domiciliare infermieristica e integrata (qualità assistenziale e contenimento dei costi derivanti dall'inappropriatezza di numerosi ricoveri ospedalieri);
- muoversi nella logica della medicina d'iniziativa anche attivando, in maniera omogenea in campo nazionale, punti di presenza infermieristica sul territorio e l'infermiere di comunità, dando corpo a interventi di natura preventiva, informativa e di accompagnamento ad azioni di auto cura e mantenimento della maggiore autonomia possibile⁷.

Si sottolinea infine l'importanza della migliore utilizzazione dell'ormai comunemente e oggettivamente riconosciuto "*up grading*" formativo degli infermieri, valorizzandone le competenze e dando corso all'evoluzione delle stesse verso specifiche aree assistenziali (medica, chirurgica, dell'emergenza/urgenza, della salute mentale, della pediatria, dell'assistenza territoriale, della prevenzione) con contenuti fortemente coerenti con le necessità demografiche, epidemiologiche e di estensività ed intensività assistenziale.

⁵ Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. (Infermieri-Assistenti Sanitari-Infermieri Pediatrici) ROMA

⁶ Dai Collegi agli Ordini, il prossimo passaggio nel Disegno di Legge "Lorenzin" 27/07/2013

⁷ Audizione della federazione Nazionale IP.AS.VI. a V Commissione "Bilancio, Tesoro e programmazione economica" e XII Commissione "Affari Sociali" della Camera dei deputati della Repubblica, 27 giugno 2013

L'ambulatorio di psicologia clinica adulti.
Uno spazio dedicato alla domanda di aiuto psicologico:
prevenzione e trattamento del disagio psicologico, promozione e
mantenimento della salute

Franca Dacomo, Rosa Badagliacca, Daniele Saglietti

Quando, nell'ottobre 1999, venne istituito il Servizio di Psicologia ci si pose come obiettivo primario la razionalizzazione delle risorse psicologiche sia con la salvaguardia degli standard delle prestazioni precedentemente erogate nei servizi storici sia con l'avvio di nuove attività di specifica competenza.

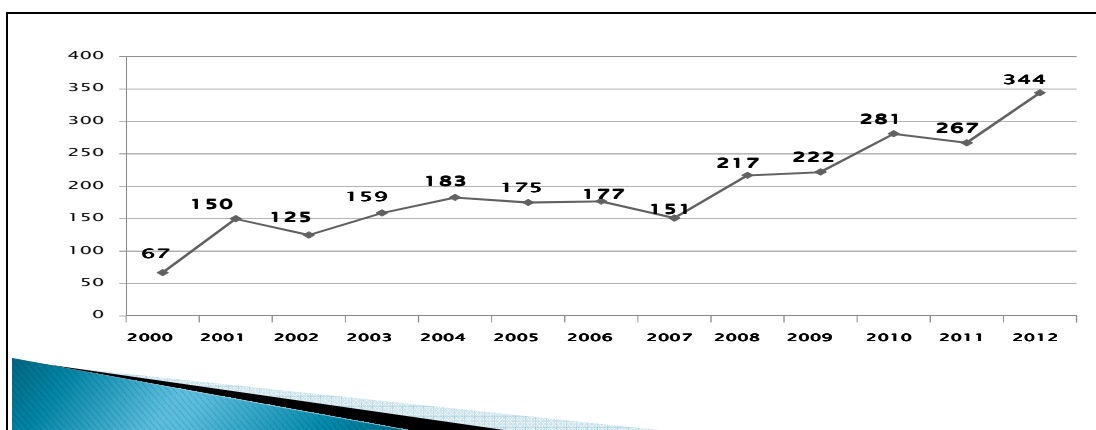
Per gli psicologi che operavano nell'area adulta ed in particolare nel Dipartimento di Salute Mentale e nel Consultorio Familiare emergeva la necessità di un nuovo spazio che consentisse di recepire la domanda che nasce dal disagio psicologico, non esclusivamente connotato in senso psicopatologico: pensavamo che questo servizio avrebbe potuto essere un riferimento per quegli utenti esenti da una patologia strutturata o da sintomatologia grave, ma sofferenti per un disagio correlato alle fasi di cambiamento di vita, a difficoltà affettivo relazionali o ad accadimenti imprevisti e sfavorevoli.

Ipotizzavamo inoltre che un accesso diretto senza l'obbligo dell'impegnativa medica avrebbe facilitato, in determinate situazioni, la richiesta; pur mantenendo la prescrizione di medici di base e degli altri specialisti, puntavamo a salvaguardare ed evidenziare l'auto invio da parte dei "cittadini utenti".

Abbiamo ritenuto che fosse questo un "valore aggiunto" che avrebbe favorito l'instaurarsi di una relazione di fiducia ed incentivato il coinvolgimento della persona nel percorso di cura: requisiti fondamentali per favorire un processo di empowerment. "Empowerment" nel duplice significato di processo verso la consapevolezza e lo sviluppo delle potenzialità e di raggiungimento di migliore qualità della vita, benessere e salute emozionale: dimensioni che la relazione terapeutica favorisce attraverso l'esperienza di sé e delle proprie risorse.

L'Ambulatorio di Psicologia Clinica Adulti divenne quindi operativo nel giugno 2000 e si collocò all'interno delle attività di prevenzione e di cura riferiti al ciclo di vita degli individui del Servizio di Psicologia dell' A.S.L.CN2, mostrando un trend di costante aumento degli accessi negli anni successivi.

Graf. 1 – Accessi Ambulatorio Psicologia Adulti dal 2000 al 2012



L'ambulatorio di Psicologia Adulti oggi si connota come un servizio ad accesso diretto, mirato alla prevenzione ed al trattamento del disagio psicologico, alla promozione e al mantenimento della salute.

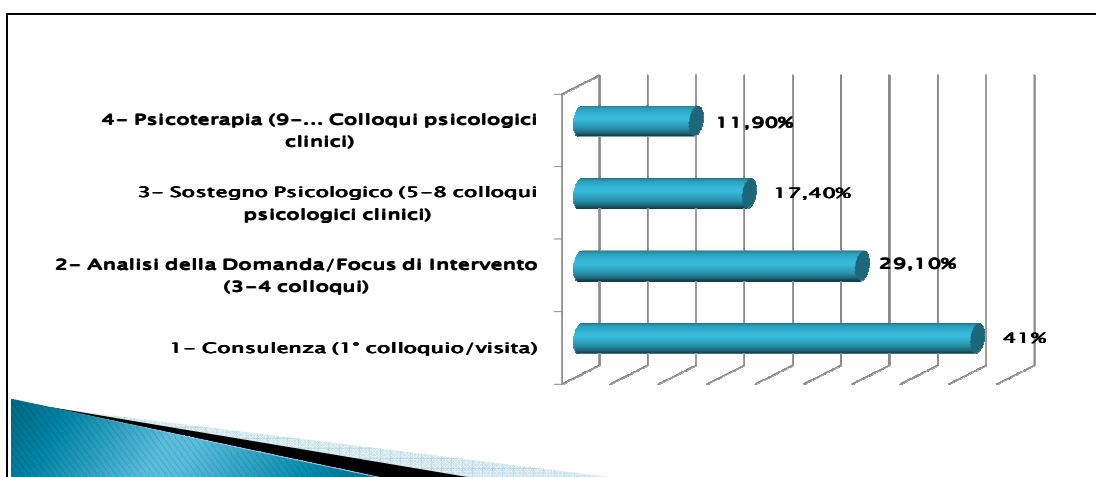
La persona può trovare uno spazio clinico di accoglienza e di ascolto qualificato dei suoi bisogni affettivi, cognitivi e relazionali con l'obiettivo di conoscere, sviluppare e migliorare le potenzialità e le risorse personali.

Scopo ultimo è quello di garantire al cittadino utente la risposta più appropriata ed efficace ai suoi bisogni psicologici.

Gli interventi si caratterizzano per un percorso sviluppato sul breve periodo che comprende attività professionali di:

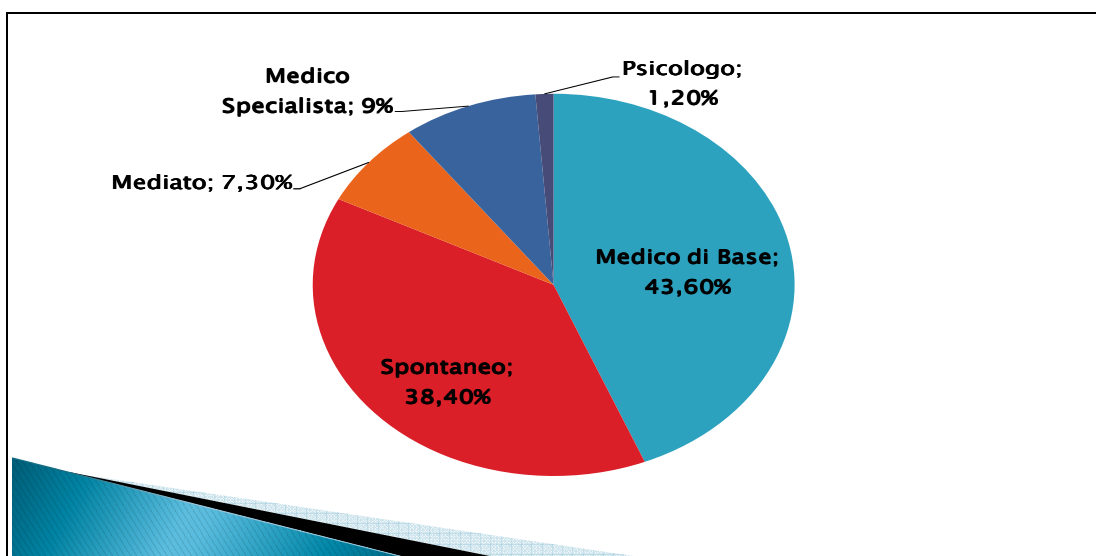
- counseling, psicodiagnosi e colloqui orientativi di analisi della domanda, a cadenza settimanale e/o quindicinale della durata di 50/60 minuti circa, generalmente fissati in 4 o 5 complessivi. Gli obiettivi sono l'analisi delle problematiche, della domanda portata dall'utente e l'individuazione di un possibile percorso di cura, anche integrato con un altro specialista medico;
- psicoterapia breve, con colloqui a cadenza settimanale e/o quindicinale;
- rilevazione epidemiologica del disagio psicologico: nel rispetto della privacy e dell'anonimato del soggetto vengono raccolti ed analizzati i dati che consentono una lettura del disagio e la predisposizione di attività preventive.

Graf. 2 – Tipologia di intervento (N 344; anno 2012)



L'Ambulatorio è operativo sulle due sedi di Alba e Bra; per accedervi è necessaria la prenotazione al Centro Unico di Prenotazioni con pagamento del ticket, ma non è indispensabile l'impegnativa del medico curante: la scelta metodologica ed operativa è stata quella di mantenere entrambe le modalità di accesso (con impegnativa o senza) e di valutarne di anno in anno la distribuzione e la rilevanza. Dai dati emerge che il 45% degli accessi è spontaneo mentre il resto degli utenti è inviato dai medici di base (43,6%) o da medici specialisti (9%). Il dato indica che vi è stato, da parte dei medici di medicina generale, un costante utilizzo del nostro ambulatorio nel corso degli anni ed una buona competenza nel discernere le problematiche psicologiche da quelle psichiatriche.

Graf. 3 – Modalità di Accesso (N 344; anno 2012)



Gli psicologi coinvolti direttamente nel progetto erano inizialmente cinque; attualmente fanno parte del gruppo dieci operatori con approcci teorico metodologici diversi che, oltre alla gestione diretta dell'ambulatorio, partecipano alle riunioni periodiche ed effettuano la rilevazione annuale dei dati. Il tempo settimanale dedicato al lavoro di front-office è in media di 5 ore settimanali per operatore. Il lavoro di back-office (riunioni periodiche, discussione casi e raccolta dati), è considerato parte integrante ed indispensabile del progetto ed è quantificato in una media di 5 ore mensili.

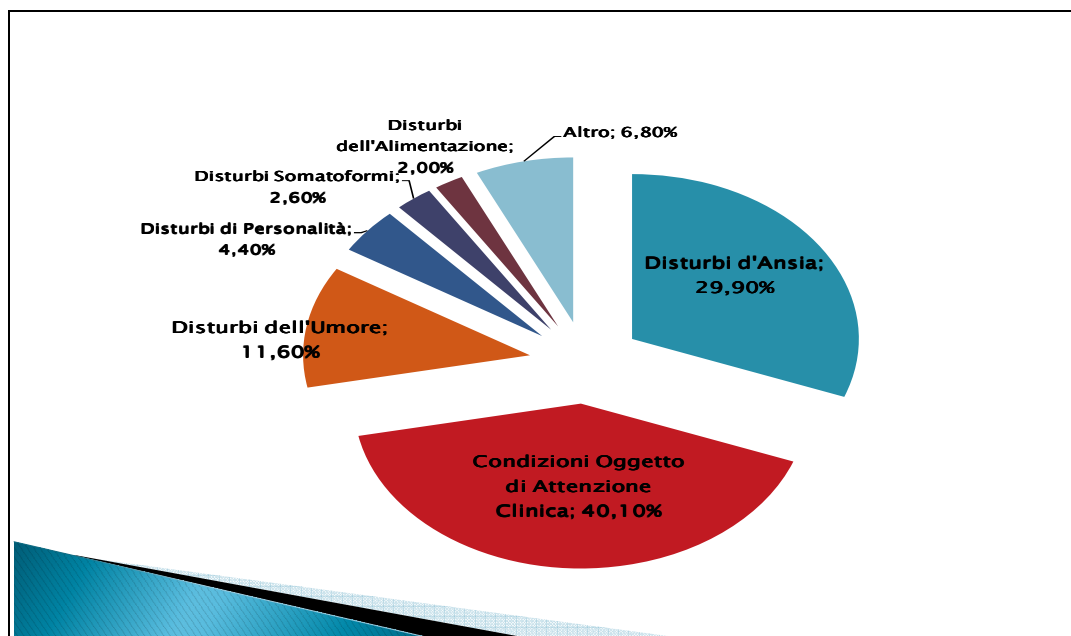
L'attività di analisi dei dati raccolti ha facilitato la costituzione del gruppo di lavoro, consentendo di individuare i parametri sui quali confrontarsi, le problematiche da tenere in considerazione e le modalità di intervento da attuare pur nel rispetto dei diversi riferimenti teorici; è emersa la necessità di riflessione sull'agire e la consapevolezza dell'utilità del confronto non per omologarsi ad una teoria ed una tecnica, ma per costruire un modello operativo condiviso al quale poter fare riferimento in modo flessibile e creativo.

Il gruppo di lavoro ha sentito poi la necessità di elaborare una cartella clinica comune che consentisse sia una rilevazione più agevole e condivisa dei dati significativi, sia l'individuazione del percorso operativo funzionale ai bisogni dell'utenza e agli scopi del servizio: la cartella, in utilizzo dal 2003, prende in considerazione informazioni di carattere anagrafico e clinico, dati per l'analisi della domanda, per il processo diagnostico e per il risultato conseguito.

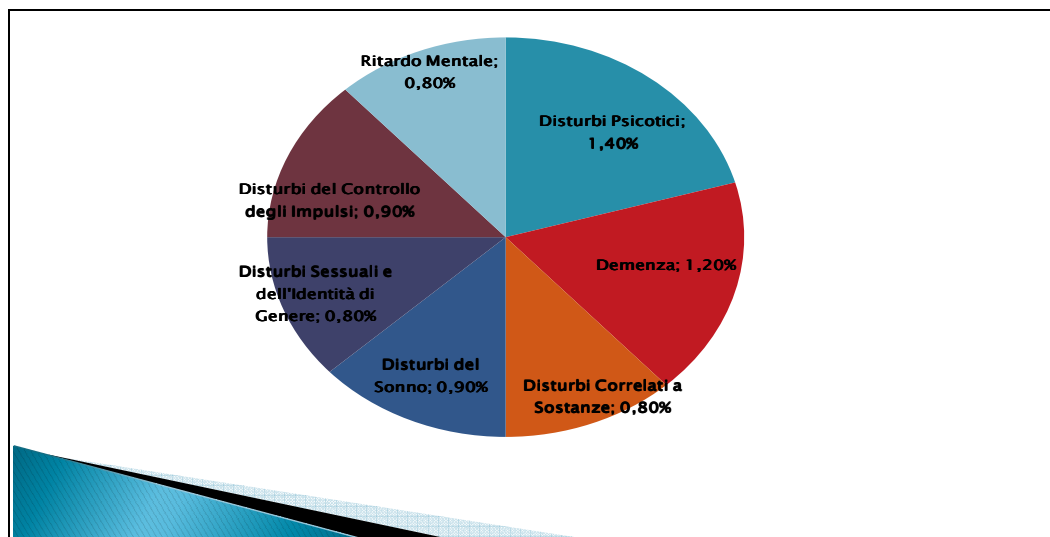
L'individuare, attraverso il lavoro sulla cartella clinica, un processo comune di intervento rappresenta un indubbio vantaggio sia per il lavoro clinico dei singoli professionisti impegnati nell'ambulatorio che per i pazienti che hanno potuto avvalersi di interventi qualificati ed orientati al prendersi cura della sofferenza e delle sue innumerevoli manifestazioni tenendo conto delle attese, delle possibilità e delle risorse.

Dal 2008 il Servizio di Psicologia per uniformarsi e immettere in rete la stessa struttura di dati, ha adottato una comune cartella clinica informatizzata nella quale sono state incluse le classi di informazioni elaborate dal gruppo dell'Ambulatorio di Psicologia Adulti negli anni precedenti.

Graf. 4 – Diagnosi Clinica (DSM-IVR); (N 344; anno 2012)



Graf. 5 – Diagnosi Clinica (DSM-IVR): Altro 6.80%; (N 344; anno 2012)



Il 6.80% indicato nel precedente grafico con "Altro", si riferisce alla presenza di una minore presenza percentuale delle seguenti categorie diagnostiche: Disturbi Psicotici (1.40%), Demenza (1.20%), Disturbi correlati a sostanze (0.80%), Disturbi del Sonno (0.90%), Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere (0.80%), Disturbo del Controllo degli impulsi (0.90%), Ritardo Mentale (0.80%).

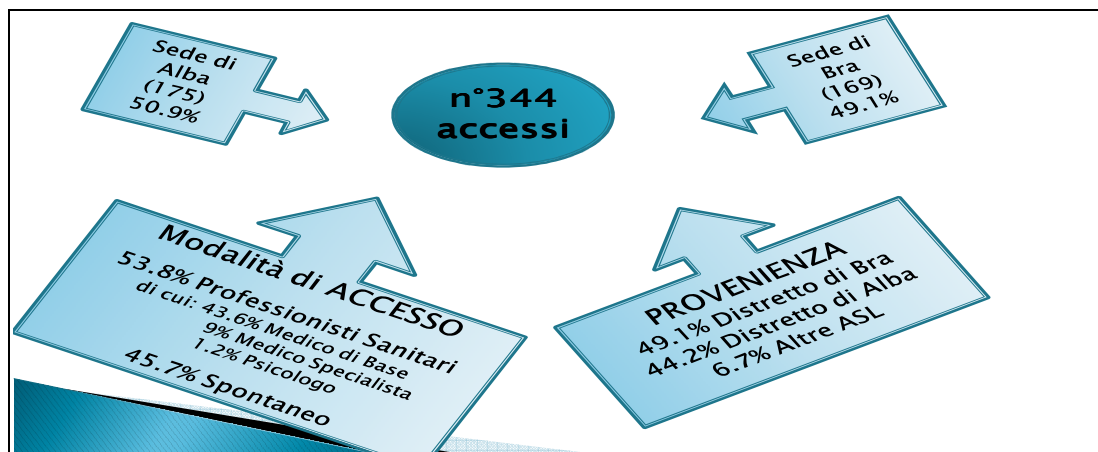
Gli utenti che si sono rivolti all'Ambulatorio hanno espresso prevalentemente problemi relazionali, problemi lavorativi, situazioni di sofferenza che accompagnano le esperienze di abbandono, separazioni, lutti, perdite, malattie, definite dal DSM IVR (Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali) "Condizioni Oggetto di Attenzione Clinica" (circa il 40%). Seguono i Disturbi d'Ansia e i Disturbi dell'Umore.

Nello sviluppo dell'esperienza ambulatoriale si sono poi evidenziate aree che, se pur connotate da disagio e sofferenza, richiedevano interventi più specifici: area critica, disturbi neuro-psicologici, sessuologia e valutazioni per invalidità e per rinnovi idoneità: per questi si sono individuati, all'interno del servizio di psicologia, ambulatori specifici di trattamento.

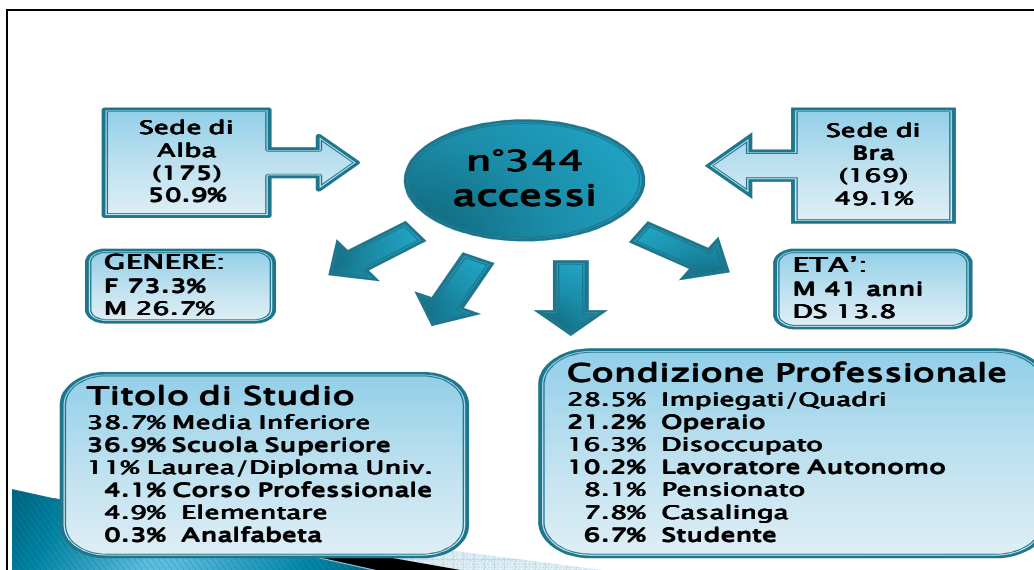
Al fine di rispondere alle esigenze della persona, si sono costruite sinergie con le diverse e numerose competenze sanitarie nella prevenzione, cura, riabilitazione dei pazienti. Per queste situazioni l'ambulatorio ha rappresentato un'area intermedia con funzione di accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, facilitando consapevolezza da parte del paziente di un bisogno di cura mediante l'invio a terapie multi professionali ed integrate specifiche.

Si sono inoltre avviate negli anni nuove forme di collaborazione che nel tempo hanno perfezionato la pertinenza d'invio e che hanno gradualmente creato una rete territoriale di riferimento composta da medici di base, medici specialisti e operatori socio-sanitari.

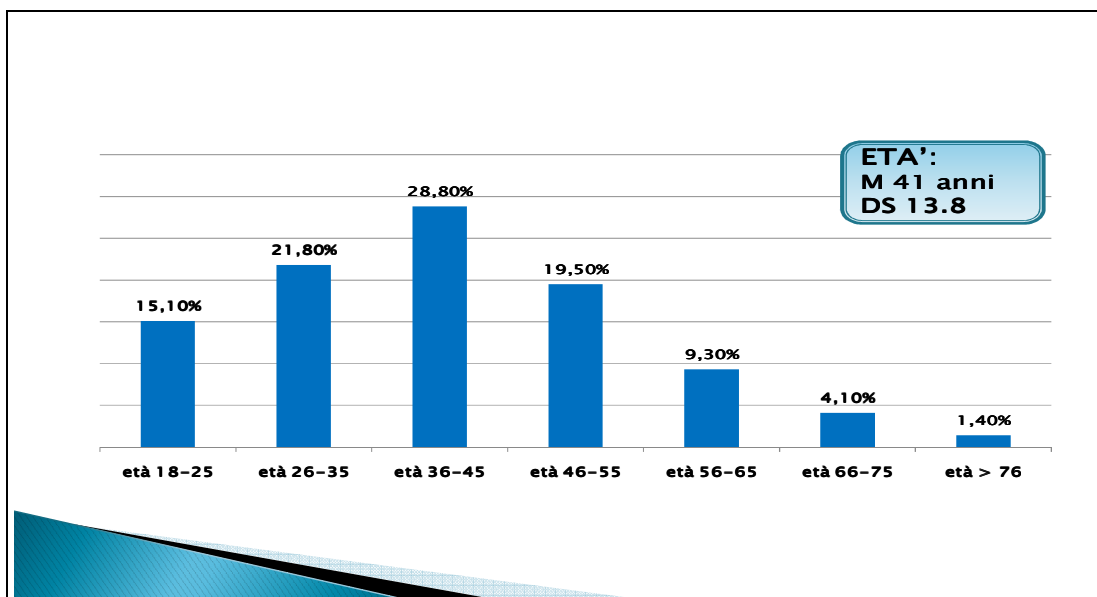
Graf. 6 – Caratteristiche Campione Ambulatorio Psicologia Adulti (N 344; anno 2012)



Graf. 7 – Caratteristiche Campione Ambulatorio Psicologia Adulti (N 344; anno 2012)



Graf. 8 – Età – Ambulatorio Psicologia Adulti (N 344; anno 2012)



L'ambulatorio si è dimostrato capace di rispondere ad un campione di popolazione molto eterogeneo e rappresentativo di svariate forme di disagio.

Non sfuggono difatti nel flusso di dati del nostro osservatorio ambulatoriale i grandi cambiamenti sociali in corso: l'incremento di domanda psicologica dei ceti sociali medio-alti (diplomati, laureati), l'aumento della casistica di persone disoccupate, conseguente all'impoverimento economico in corso, le difficoltà legate all'integrazione di modelli socioculturali diversi (richieste da parte di donne extracomunitarie che entrano in crisi con i modelli di subalternità femminile dei loro paesi d'origine), oltre a patologie e fenomeni sociali che si stanno imponendo anche su scala nazionale per la loro crescita improvvisa (stalking, violenza) e che innescano un incremento di domanda; così come sono diventati rilevanti gli interventi psicologici correlati all'aumento del peso ponderale nella popolazione e all'incremento di risoluzione attraverso la chirurgia bariatrica.

Un dato ormai di letteratura evidenzia che il 24% dei pazienti che si recano dai medici di medicina generale hanno disturbi legati alla salute mentale, il 10,4% soffrono di depressione e il 7,9% di ansia. Per questa ragione sono importanti progetti di integrazione tra il lavoro dei medici di medicina generale e quello degli psicologi. Le sperimentazioni, avviate in questa direzione, danno indicazioni significative su come il

sostegno al disagio psicologico migliori la qualità della vita dei pazienti e contribuisca ad un risparmio sino al 17% sulle prescrizioni di farmaci. L'intervento precoce ed integrato consente la non cronicizzazione del disturbo ed il risparmio sulla spesa sanitaria (farmaci, prestazioni, servizi assistenziali), su quella previdenziale (indennità di malattia) e su quella sociale.

Punti di forza

Dall'esperienza condotta e dai dati raccolti sono emersi come punti di forza dell'Ambulatorio:

- **l'accesso diretto:** l'utenza può accedere per un primo colloquio all'Ambulatorio di Psicologia Clinica Adulti con la prenotazione presso il Centro Unico Prenotazioni, anche in assenza dell'impegnativa del medico curante.
- **uno spazio dedicato** al disagio psicologico che non trova risposte adeguate nei servizi specialistici: l'affluenza e la tipologia di utenza hanno confermato la validità dell'iniziativa. I trattamenti di natura psicologica e psicoterapica sono validi strumenti per l'intervento nelle condizioni non ancora configurabili come malattia, ma che tuttavia, costituiscono quadri pre-morbosi di natura emotivo-affettiva. Un intervento in tale ambito riduce il rischio che un disagio psicologico si tramuti, se inascoltato, in malattia psichica o somatica vera e propria.
- **il setting** sviluppato sul breve periodo, che ha consentito interventi brevi e mirati su focus per aiutare le persone ad affrontare problemi e crisi specifiche: questo consente di ottimizzare le risorse fornendo l'intervento efficace nei casi per cui è indicato. Il crescente interesse per i trattamenti brevi in psicoterapia nasce dalla coincidenza di alcuni fattori: dal considerevole aumento della domanda di interventi psicologici alla necessità di controllare i costi di tali interventi, soprattutto in riferimento alla progressiva diffusione "pubblica" di essi.
- **un gruppo di lavoro** formato da professionisti (psicologi psicoterapeuti strutturati con il supporto di psicologi specializzandi in psicoterapia) che appartengono alla stessa categoria professionale ma con indirizzi teorici e metodologici diversi e che condivide la necessità di una formazione permanente per costruire, a partire dalla riflessione sull'esperienza, un modello condiviso al quale fare riferimento: ciò ha favorito un confronto costruttivo (le riunioni periodiche si sono rivelate proficue sia per migliorare gli aspetti organizzativi che per condividere momenti di intervizione su casi clinici) e la formulazione di un percorso di cura personalizzato e mirato alle necessità del paziente. Dal 2012 si è avviata una formazione continua accreditata ECM con lo scopo di sostenere gli operatori nella riflessione e nella valutazione dell'agire professionale in relazione alle situazioni delle quali ci si occupa (contesto organizzativo, buone prassi, strumenti professionali ...).
- **la rispondenza**, rivelatasi costante nel corso degli anni, tra gli obiettivi individuati e gli interventi offerti evidenziata anche dalla puntuale intercettazione di nuove forme di disagio psicologico. I dati raccolti si prestano a ulteriori approfondimenti e correlazioni epidemiologiche che forniscono istantanee dei mutamenti sociali in corso.

Concludiamo sottolineando che l'attività della Psicologia Clinica - Area Adulti dell'ASLCN2, è finalizzata all'erogazione di prestazioni che rispondono alla progressiva crescita di richieste da parte dei cittadini utenti, sia di ascolto e sostegno psicologico sia di trattamenti psicoterapeutici brevi, ponendo quindi attenzione ai bisogni specifici della persona. Perseguendo obiettivi organizzativi quali l'efficacia degli interventi, l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, nonché l'equità e l'accessibilità alle prestazioni sanitarie di cui necessita l'utente.

Concretizzando, inoltre, gli intendimenti del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 nel quale viene precisato "... i servizi di psicologia siano orientati secondo criteri di razionalizzazione e di integrazione adottando un approccio che contenga stimoli evolutivi idonei a dotarsi di organizzazioni e di strumenti in grado di rispondere alle attuali esigenze di assistenza psicologica."

Condividendo e cercando di attuare l'orientamento della O.M.S. verso il "care near to patient".

L'attività ambulatoriale si realizza grazie al contributo di:

Psicologi psicoterapeuti dipendenti ASL CN2 Alba-Bra

Dott.ssa Dacomo Franca sedi Alba-Bra, Referente
Dott.ssa Canavese Monica sede di Bra
Dott.ssa Favaretto Paola sede di Alba
Dott. Germano Livio sede di Alba
Dott.ssa Zampieri Enrica sede di Bra

Psicologi psicoterapeuti convenzionati:

Dott.ssa Bessone Cristina sede di Alba
Dott.ssa Croce Donatella sede di Alba
Dott.ssa Nervo Azzurra sede di Bra

Con la fattiva collaborazione di:

Dott. Cordero Massimo psicologo psicoterapeuta volontario
Dott.ssa Mascagni Raffaella psicologo psicoterapeuta volontario
Dott.ssa Badagliacca Rosa psicologo specializzando in psicoterapia
Dott.ssa Benso Monica psicologo specializzando in psicoterapia
Dott. Canavese Andrea psicologo specializzando in psicoterapia
Dott. Perucca Maurizio psicologo specializzando in psicoterapia

Sedi Ambulatori:

Poliambulatorio Ospedaliero di Alba

Via Armando Diaz, 10
12051 Alba CN, Italia

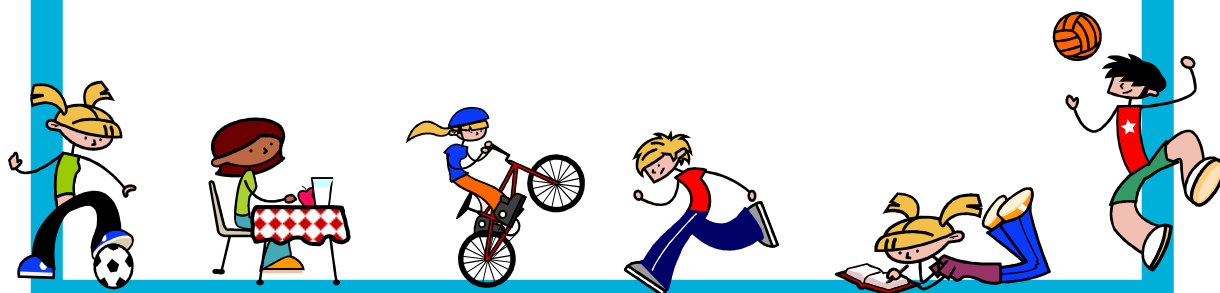
Poliambulatorio di Bra

Via Goito, 1
12042 Bra CN, Italia

APPENDICE



OKkio alla SALUTE
Risultati dell'indagine 2012
ASL CN2



A cura di:

Mauro Zarri, Pietro Maimone

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2012**- a livello nazionale:**

Angela Spinelli, Anna Lamberti, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Sonia Rubimarcia (Gruppo di coordinamento nazionale - CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità)

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Barbara De Mei, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Anna Lamberti, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Paola Nardone, Giuseppe Perri, Anna Rita Silvestri, Angela Spinelli, Lorenzo Spizzichino, Alessandro Vienna (Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE 2012)

-a livello regionale:

Gianfranco Corgiat, Giorgio Sapino, Marcello Caputo (referente), Paolo Ferrari, Silvia Cardetti, Monica Bonifetto, Angela Costa . Maria Angela Donna (referente alla salute USR), Stefano Suraniti (Dirigente USR)

- a livello provinciale:

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

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

Asl CN2 Mauro Zarri (referente), Alessia Chiarotto (dietista)

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

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

Copia del volume può essere richiesta a:

ASL CN2 – Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN)

e-mail: sian.alba@aslc2.it

Il documento è disponibile anche sul sito web dell'ASL CN2 all'indirizzo:

www.aslc2.it

Siti internet di riferimento per lo studio:

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

OKkio alla SALUTE nel 2012 è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (Progetto "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE").

INDICE

Prefazione

Introduzione

Metodologia

Descrizione della popolazione

Lo stato ponderale dei bambini

Le abitudini alimentari dei bambini

L'uso del tempo dei bambini: l'attività fisica

L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie

La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e
sull'attività fisica dei bambini

L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana
alimentazione e dell'attività fisica

Conclusioni generali

Materiali bibliografici

Prefazione

OKKio alla Salute è il sistema di sorveglianza nutrizionale nato nel 2007 dalla collaborazione fra Ministero della Salute, Regioni e Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, con lo scopo di raccogliere dati sullo stato nutrizionale e sui comportamenti e gli stili di vita dei bambini della fascia d'età 6-11 anni, che possono influenzare lo stato di salute.

In Italia in questi ultimi decenni si è assistito ad un progressivo aumento della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione in generale e purtroppo anche nell'età evolutiva.

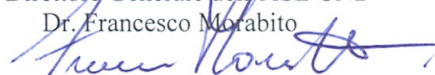
L'eccesso di peso acquisito in età giovanile viene spesso mantenuto anche in età adulta, rappresentando un fattore di rischio per numerose patologie cronico degenerative, con conseguenze importanti a livello sanitario, sociale ed economico.

Fattori questi che si aggravano per le implicanze negative che l'obesità esercita sulla popolazione in esame, creando dei veri e propri "circoli viziosi": la non accettazione della propria immagine corporea con il decadimento del livello di autostima, può interferire sulla vita fisica, psicologica e relazionale del soggetto spingendolo all'autoemarginazione ed a comportamenti sedentari.

La raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari, i comportamenti e gli stili di vita dei bambini costituisce pertanto un momento essenziale per la comprensione del fenomeno ed il suo monitoraggio nel tempo oltre ad essere utile per una più mirata ed efficace pianificazione degli interventi preventivi sia a livello nazionale che locale.

Questo terzo Report locale, frutto della rilevazione di dati effettuati nel 2012, segue la pubblicazione dei Report regionali e nazionale.

Il Direttore Generale dell'ASL CN2
Dr. Francesco Morabito



INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

In particolare, nel 2012 hanno partecipato 2.622 classi, 46.483 bambini e 48.668 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane, inclusa la Lombardia che per la prima volta ha aderito alla sorveglianza con tutte le Asl.

La frequenza di sovrappeso e obesità nei bambini osservata a livello nazionale in quest'ultima rilevazione, seppure in leggera diminuzione rispetto a quanto rilevato nelle precedenti raccolte, conferma livelli preoccupanti di eccesso ponderale: il 22,2% dei bambini è in sovrappeso e il 10,6% obeso, con percentuali più alte nelle regioni del centro e del sud. Si conferma, anche, la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari scorrette che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti; infatti, il 9% dei bambini salta la prima colazione e il 31% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 65% fa una merenda di metà mattina abbondante, mentre il 22% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 44% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate. Anche i valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari, pur mostrando un miglioramento rispetto al passato, permangono elevati: il 18% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 17% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44% ha la TV in camera, il 36% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli.

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 2.355 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 73% delle scuole possiede una mensa; il 50% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt ecc.); il 34% delle classi svolge meno di due ore di attività motoria a settimana. Inoltre, solo 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli una sana alimentazione e 1 su 4 in quelle riguardanti l'attività motoria. OKkio alla SALUTE ha permesso di disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute. Inoltre, nel tempo ha dimostrato di avere caratteristiche di semplicità, affidabilità e flessibilità ed è, quindi, un valido strumento per supportare gli operatori di sanità pubblica nell'identificare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi e nel definire le modalità per prevenirli e contrastarli.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2012.

METODOLOGIA

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

La sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni basilari, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute. In tal senso, la sorveglianza non è adatta ad un'analisi approfondita delle cause del sovrappeso e dell'obesità (che possono essere oggetto di specifici studi epidemiologici), e non permette lo *screening* e l'avvio al trattamento dei bambini in condizioni di sovrappeso o obesità (cosa invece possibile con una attività di screening condotta sull'intera popolazione).

Popolazione in studio

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

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

In Italia la popolazione di tutte le classi primarie, cui si potranno ragionevolmente estendere molti dei risultati ottenuti, è di circa 3 milioni.

Modalità di campionamento

Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo". In questo modo possono essere estratte le classi ("grappoli" o "*cluster*") dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici su base regionale o di ASL. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi è proporzionale al numero degli alunni iscritti (metodo della *probability proportional to size*).

I vantaggi pratici di questo tipo di campionamento sono la possibilità di concentrare il lavoro delle equipe su un numero limitato di classi (il metodo classico "casuale semplice" richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL) e la possibilità di fare a meno di una lista nominativa degli alunni, in genere non disponibile (vengono arruolati nell'indagine tutti gli alunni appartenenti alle classi campionate).

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

Strumenti e procedure di raccolta dati

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE.

Dopo la conclusione della prima raccolta dati e dello studio di approfondimento "ZOOM8" condotto dall'INRAN, che ha evidenziato la necessità di apportare alcune integrazioni ai testi, è stata elaborata l'ultima versione dei questionari di OKkio alla SALUTE utilizzata nel 2010 e nel 2012.

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

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia Seca872™ e Seca874™ con precisione di 50 grammi e stadiometro Seca214™ e Seca217™ con precisione di 1 millimetro. In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei bambini con rifiuto.

Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri, misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force

(IOTF). In particolare, nell'analisi dei dati sono stati considerati come sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta e, per la prima volta nel 2012, è stato possibile calcolare la quota di bambini severamente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole et al., 2012)

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività fisica, i comportamenti sedentari (videogiochi e televisione) e gli alimenti consumati. Inoltre, è stata indagata nei genitori la percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria dei propri figli. In questa ultima versione dei questionari è stata infine realizzata una piccola sezione in cui i genitori del bambino potevano autoriferire il proprio peso e la propria altezza, al fine di calcolare il loro IMC, la nazionalità e il titolo di studio.

Alcuni dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti.

Particolare attenzione è stata riservata alle attività di educazione motoria e sportiva curricolare, alla gestione delle mense, alla presenza di distributori automatici di alimenti, alla realizzazione di programmi di educazione alimentare. È stato poi richiesto un giudizio ai dirigenti scolastici sull'ambiente urbano che circonda la scuola e la qualità dei servizi presenti e usufruibili dagli alunni.

La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'iniziativa.

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

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra aprile e maggio 2012, mentre per la regione Lombardia, che ha aderito in un secondo momento, tra settembre e ottobre dello stesso anno.

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

Analisi dei dati

Trattandosi di uno studio trasversale che si prefigge di misurare delle prevalenze puntuali, l'analisi dei dati è consistita principalmente nella misura di percentuali (prevalenze) delle più importanti variabili selezionate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che saranno soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o ASL), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate sono o non sono statisticamente significative ed è riportato il confronto con il dato del 2008-9 e del 2010. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare assunzioni e conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole.

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

DESCRIZIONE DELLA POPOLAZIONE

La raccolta dati ha richiesto la partecipazione attiva delle scuole, delle classi, dei bambini e dei loro genitori. Di seguito sono riportati i tassi di risposta e le descrizioni delle varie componenti della popolazione coinvolta.

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

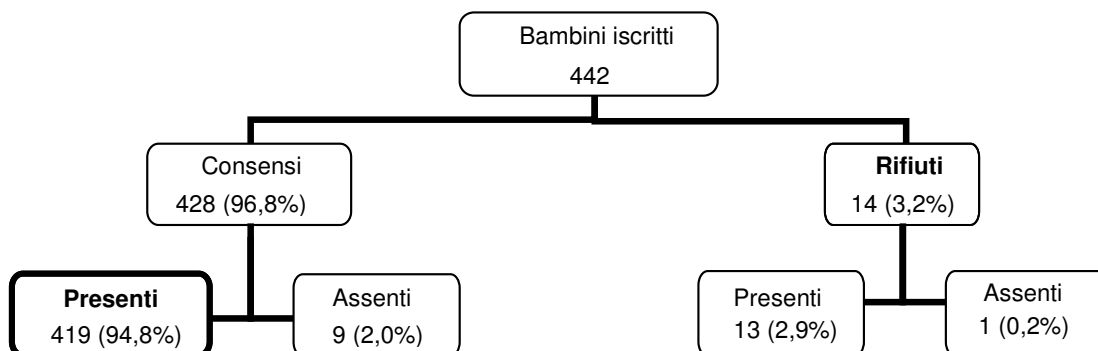
Nel 2012 nella ASL CN2 ALBA - BRA hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole ed il 100% delle classi sulle 20 scuole e sulle 24 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza ASL CN2 ALBA - BRA OKkio 2012 (N=24 classi)			
Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con diversa densità di popolazione.	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)	-	-
	Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	-	-
Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.			

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La misura della "risposta" delle famiglie, ovvero la percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine, è un importante indicatore di processo. Una percentuale molto alta, oltre a garantire la rappresentatività del campione, dimostra l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa non solo di un alto numero di rifiuti ma anche di assenti, maggiore di quanto ci si attenderebbe in una normale giornata di scuola (5-10%), potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini sovrappeso/obesi. In questo caso, il campione di bambini delle classi selezionate potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo dell'insieme di tutte le classi della ASL, 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 poco più del 3% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli; questo valore, simile al dato nazionale (3%), sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 9 bambini pari al 2% del totale di quelli iscritti; generalmente la percentuale di assenti è del 5-10%. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva e convinta partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati quindi 419 ovvero il 94,8% degli iscritti negli elenchi

delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.

- Hanno risposto al questionario dei genitori 424 delle famiglie dei 442 bambini iscritti (96%). Il numero di bambini misurati è più basso perché alcuni erano assenti il giorno dell'indagine o perché i genitori hanno riempito il questionario ma hanno negato la partecipazione del figlio.

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?

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

- La proporzione di maschi e di femmine nel nostro campione è simile.
- Al momento della rilevazione, la grande maggioranza dei bambini che ha partecipato allo studio aveva fra 8 e 9 anni, con una media di 8 anni e 10 mesi di vita.

Età e sesso dei bambini			
ASL CN2 ALBA – BRA OKkio 2012			
Caratteristiche	n	%	
Età in anni			
≤ 7	-	-	
8	234	55,8	
9	179	42,7	
≥ 10	6	1,43	
Sesso			
Maschi	216	51,6	
Femmine	203	48,4	

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%), meno frequentemente dal padre (13.5%) o da altra persona (0.5%). 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.

- Il 49% delle madri che hanno risposto al questionario ha un titolo di scuola media superiore, il 15% è laureata.
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono circa il 40% e quelli con la laurea poco meno del 12%.
- Il 18% delle madri e il 13% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 45% delle madri lavorano a tempo pieno.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre					
ASL CN2 ALBA – BRA OKkio 2012					
Caratteristiche	Madre		Padre		
	n	%	n	%	
Grado di istruzione					
Nessuna, elementare, media	148	35,9	191	48,6	
Diploma superiore	202	49,0	156	39,7	
Laurea	62	15,0	46	11,7	
Nazionalità					
Italiana	334	81,7	346	86,9	
Straniera	75	18,3	52	13,1	
Lavoro*					
Tempo pieno	158	44,5	-	-	
Part time	106	29,9	-	-	
Nessuno	91	25,6	-	-	

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

LO STATO PONDERALE DEI BAMBINI

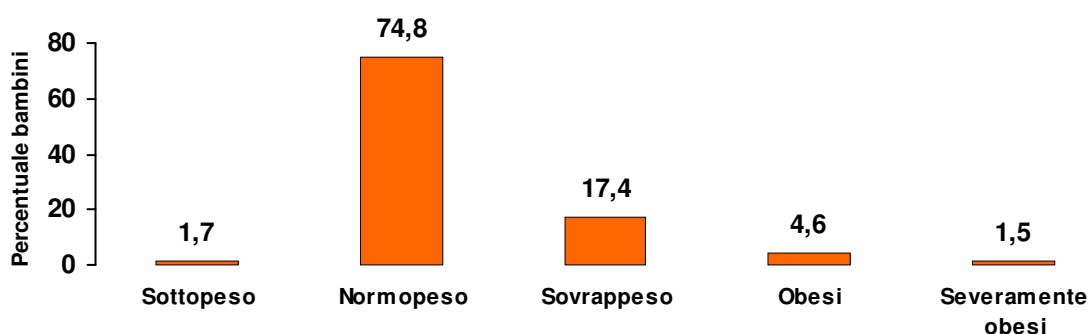
L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

È utile sottolineare che la presente indagine, sia per motivi metodologici che etici, non è e non va considerata come un intervento di screening e, pertanto, i suoi risultati non vanno utilizzati per la diagnosi e l'assunzione di misure sanitarie nel singolo individuo.

Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri. Per la determinazione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso, sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. Aggregando i dati di un campione rappresentativo di bambini di una particolare area geografica, la misura periodica dell'IMC permette di monitorare nel tempo l'andamento del sovrappeso/obesità e dell'efficacia degli interventi di promozione della salute nonché di effettuare confronti tra popolazioni e aree diverse.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni (%)



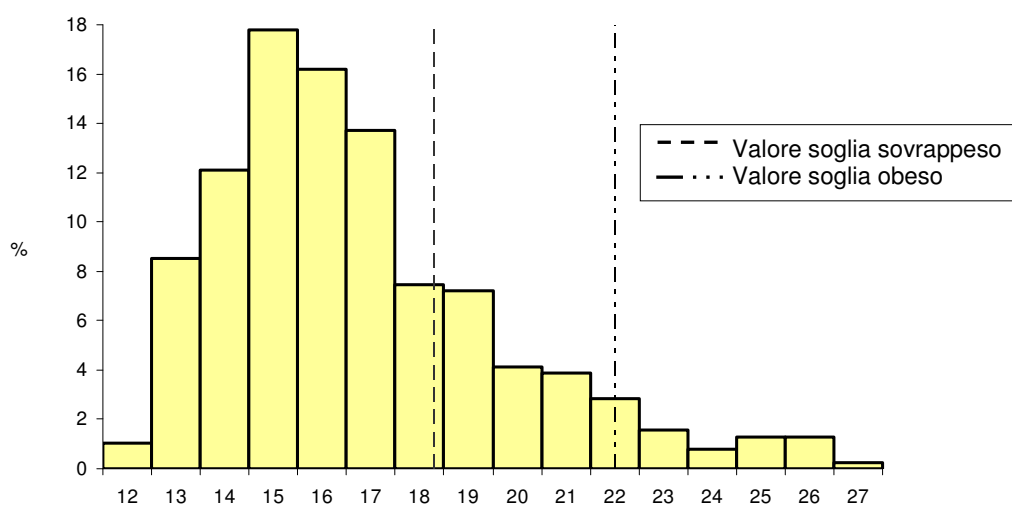
- Tra i bambini della nostra ASL l'1,5% (IC95% 0,79%-2,66%) risulta in condizioni di obesità severa, il 4,6% risulta obeso (IC95% 2,98%-7,05%), il 17,4% sovrappeso (IC95% 15,1%-20,0%), il 74,8% normopeso (IC95% 70,7%-78,5%) e l'1,7% sottopeso (IC95% 0,8%-3,57%).
- Complessivamente il 24% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sovrappeso (17,4%), obeso (4,6%) e severamente obeso (1,5%).
- Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nell'ASL CN2 sarebbe di oltre 2.100, di cui oltre 500 obesi (dato calcolato sulla base della popolazione (6-11 anni) presente nel territorio della ASL al 31/12/2011).

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

La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della nostra ASL nel 2012 è pari a 16,5 ed è spostata verso destra, cioè presenta valori più alti, rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8). L'intervallo interquartile, misura di dispersione, è risultato pari a 3,5. A parità di età della rilevazione, le curve che mostrano valori di mediana più alti di quelle di riferimento e un'asimmetria con una coda più pronunciata sulla destra sono da riferire a una popolazione sostanzialmente affetta da sovrappeso e obesità.

La figura di seguito riportata illustra l'andamento delle distribuzioni dell'indice di massa corporea nei bambini per il 2012.

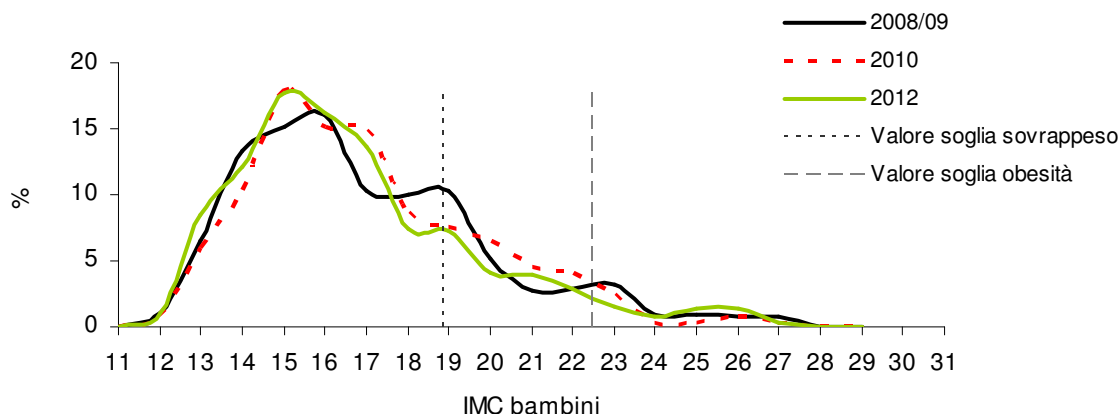
Distribuzione dell'IMC dei nostri bambini



indice di massa corporea (kg/m^2) dei bambini – OKkio alla SALUTE 2012

Confrontando la curva di distribuzione dell'IMC dei bambini del 2012 con quelle del 2010 e del 2008/09 si rileva che la mediana del 2012 risulta inferiore rispetto ai valori delle indagini precedenti e nell'intervallo del sovrappeso e dell'obesità la curva risulta più bassa rispetto a quella del 2010; ritorna più alta delle precedenti verso i valori estremi (sottopeso e obesità severa).

IMC	2008/9	2010	2012
Mediana	16,79	17,00	16,51



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

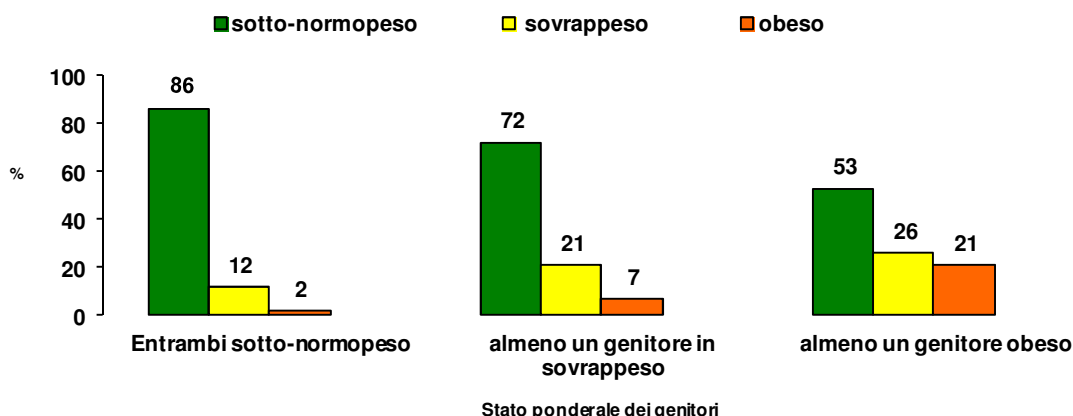
In alcuni studi, il sesso del bambino, la zona geografica di abitazione, il livello di scolarità e lo stato ponderale dei genitori sono associati alla situazione di sovrappeso o obesità del bambino.

- Nella ASL CN2, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono maggiori tra i bambini di 8 anni rispetto a quelli di 9 anni*.
- Non vi sono differenze di prevalenza dell'eccesso di peso tra maschi e femmine e tra bambini che frequentano scuole poste in centri a diversa densità abitativa.
- Il rischio di obesità del bambino diminuisce al crescere del grado di istruzione della madre ma non in modo significativo: dal 9% per titolo di scuola elementare o media, al 6% per diploma di scuola superiore, al 2% per la laurea.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%)			
ASL CN2 Alba – Bra OKkio 2012			
Caratteristiche	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
Età*			
8 anni	72,2	20,1	7,7
9 anni	82,1	14,0	3,9
Sesso			
maschi	75,6	17,4	7,0
femmine	77,5	17,5	5,0
Zona abitativa			
<10.000 abitanti	77,2	16,0	6,8
10.000-50.000	75,5	19,6	4,9
Istruzione della madre			
Nessuna, elementare, media	75,0	15,7	9,3
Superiore	75,9	18,5	5,6
Laurea	84,5	13,8	1,7

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

Stato ponderale nei bambini rispetto a quello dei genitori



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

- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra ASL, il 19% delle madri è in sovrappeso e il 4% è obesa; i padri, invece, sono il 45% sovrappeso e il 6% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 21% dei bambini risulta in sovrappeso e il 7% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 26% dei bambini è in sovrappeso e il 21% obeso.

Per un confronto

	Valore assunto usando mediana di riferimento*	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	84%	73%	74%	77%	72%	67,2%
[§] Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi**	16%	27%	26%	23%	28%	32,8%
Prevalenza di bambini sovrappeso	11%	19%	19%	17%	20%	22,2%
[§] Prevalenza di bambini obesi**	5%	8%	7%	6%	8%	10,6%
Mediana di IMC	15,8	16,8	17,0	16,5	17,0	17,4

* Per ottenere un valore di riferimento con cui confrontare la prevalenza di sovrappeso e obesità della popolazione in studio, sono stati calcolati i valori che la popolazione nazionale avrebbe se la mediana dell'IMC fosse pari a quella della popolazione di riferimento utilizzata da Cole et al per calcolare le soglie di sovrappeso e obesità.

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

Conclusioni

Rispetto al 2008 e al 2010, in questa terza rilevazione si è riscontrata una riduzione del tasso di prevalenza di bambini sovrappeso ed obesi anche se non ancora statisticamente significativa. Permane, pertanto, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile. Tuttavia, il confronto con i valori di riferimento internazionali evidenzia la dimensione importante del fenomeno: il valore mediano di IMC della nostra ASL, anche se inferiore ai valori mediani regionali e nazionali, è ancora superiore alla mediana di riferimento.

I risultati del presente rapporto, confermano la necessità di mantenere elevato il livello di attenzione 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. Di conseguenza, in presenza di una così alta prevalenza del fenomeno ed in assenza di interventi efficaci e tempestivi, le malattie cardio-vascolari aumenteranno sensibilmente nei prossimi anni, interessando sempre più frequentemente la fascia di età dei giovani adulti, con ovvi e prevedibili effetti sia sullo stato di salute dei cittadini che sulle risorse necessarie per affrontare tali complicanze.

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

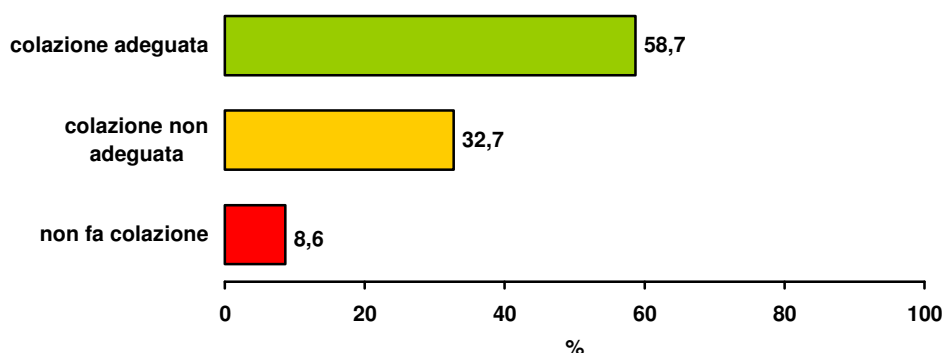
LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI

Una dieta ad alto tenore di grassi e ad elevato contenuto calorico è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale.

I nostri bambini fanno una prima colazione adeguata?

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)

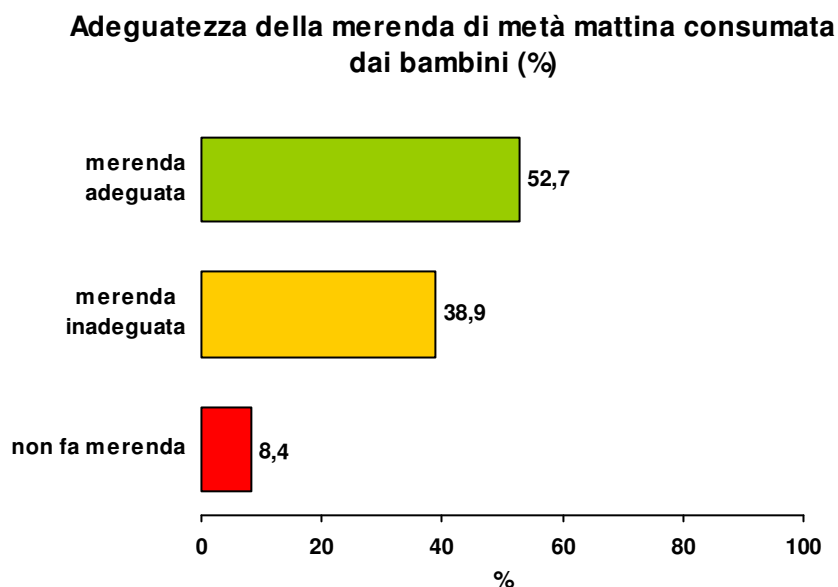


- Nella nostra ASL il 59% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 9% non fa colazione e il 33% la fa qualitativamente non adeguata, senza differenze fra maschi e femmine.
- La prevalenza del non fare colazione o farla inadeguata è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso, elementare o media (52%), rispetto ai bambini con madri che hanno un diploma di scuola superiore (37%) o la laurea (28%)*.

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

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

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

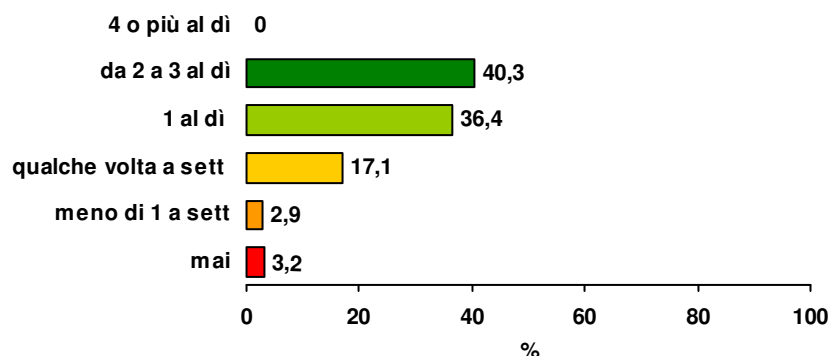


- Nel 58% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina
- Poco più della metà dei bambini (53%) consuma una merenda adeguata a metà mattina
- Il 39% la fa inadeguata e l'8% non la fa per niente.
- Non sono emerse differenze significative per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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

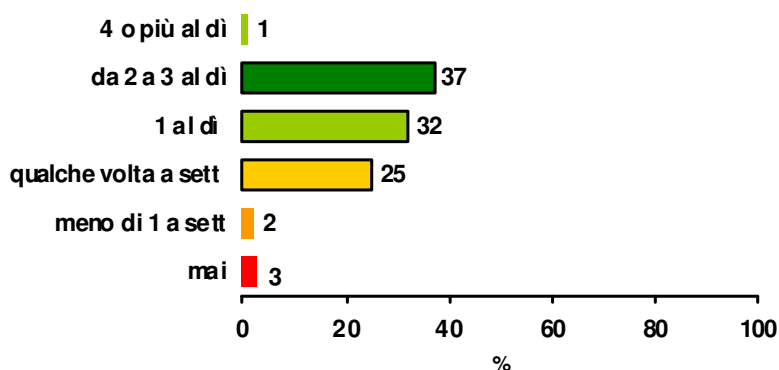
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), nel 2010 e nel 2012 il consumo di frutta e verdura è stato richiesto con due domande distinte, una per la frutta e una per la verdura.

Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che solo il 40% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 al giorno; il 36% una sola porzione al giorno.
- Il 23% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Non sono emerse differenze di consumo fra maschi e femmine e per livello di istruzione della madre.

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



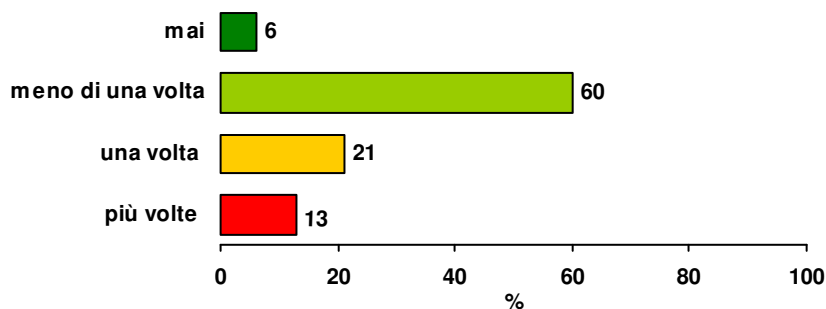
- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 37% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 32% una sola porzione al giorno.
- Il 30% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Il consumo di verdura, almeno una volta al giorno, da parte del bambino è correlato al grado di scolarità della madre: aumenta dal 62% per titolo di scuola elementare o media, al 76% per diploma di scuola superiore e al 73% per la laurea*.

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

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

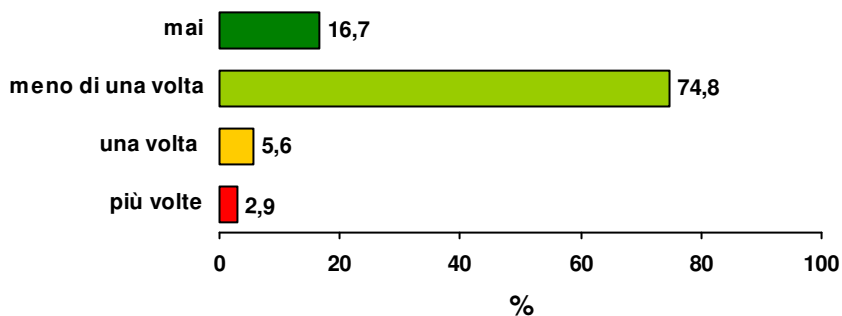
Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), il consumo di bevande zuccherate e bevande gassate nel 2010 e nel 2012 è stato indagato con due domande distinte, una per le bevande zuccherate e una per le bevande gassate.

Consumo di bevande zuccherate al giorno (%)



- Nella nostra ASL il 66% dei bambini non consuma o consuma meno di una volta al giorno delle **bevande zuccherate**.
- Il 21% dei bambini assume bevande zuccherate una volta e il 13% più volte al giorno.
- Non si sono evidenziate differenze significative fra maschi e femmine e per grado di istruzione della madre.

Consumo di bevande gassate al giorno (%)



- Nella nostra ASL il 91% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande gassate**.
- Il 6% dei bambini assume bevande gassate una volta e il 3% più volte al giorno.
- Mentre non vi sono differenze fra maschi e femmine, la prevalenza di consumo di bibite gassate almeno una volta al giorno diminuisce all'aumentare della scolarità della madre, dal 13% per titolo di scuola elementare o media, all'8% per diploma di scuola superiore, al 2% per la laurea*.

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

Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderabile per i bambini	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
§ hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	100%	93%	88%	91%	93%	91%
§ hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	100%	55%	56%	59%	63%	60,4%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	100%	5%	11%	53%	38%	30,5%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere	100%	3%	12%	11%	11%	7,4%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	0%	42%	46%	36%	41%	44,2%

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

Conclusioni

E' dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità. Nell'ASL CN2 con la terza raccolta dei dati si rileva, rispetto all'indagine 2008-09 e 2010, l'aumento della percentuale dei bambini che assumono una merenda adeguata a metà mattina e la riduzione di quelli che assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno; gli altri indici confermano invece la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: L'ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane.

Quanti bambini fisicamente non attivi?

La creazione delle condizioni che permettono ai bambini di essere attivi fisicamente dipende innanzitutto dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e quindi da una buona collaborazione fra la scuola e la famiglia. Nel nostro studio, il bambino è considerato non attivo se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'inattività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

- Nel nostro studio il 10% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 35% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Non si rilevano differenze significative fra maschi e femmine o per zona geografica di abitazione.

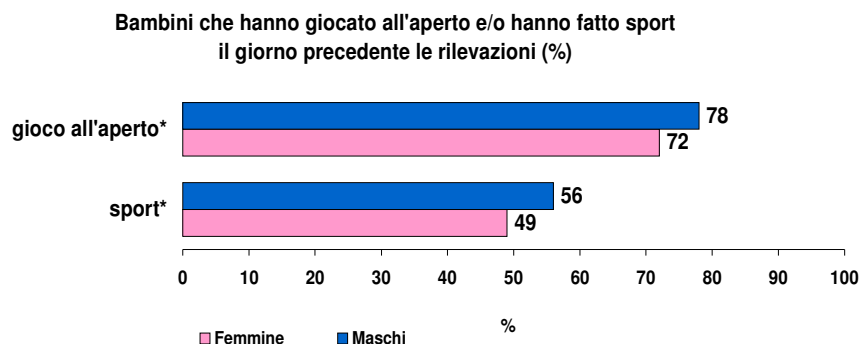
Bambini fisicamente non attivi* (%) ASL CN2 - Alba - Bra OKkio 2012	
Caratteristiche	Non Attivi[#]
Sesso	
maschi	9
femmine	10
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	11
10.000-50.000	7
>50.000	--
metropolitana/perimetropolitana	--

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

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

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

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

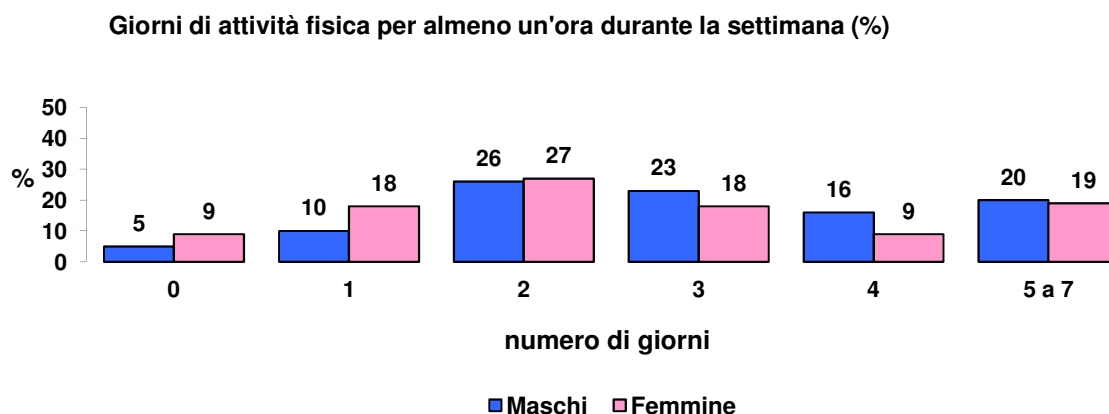


*differenza non statisticamente significativa

- Il 75% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Il 53% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto e fanno sport più 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 può ricorrere all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico.



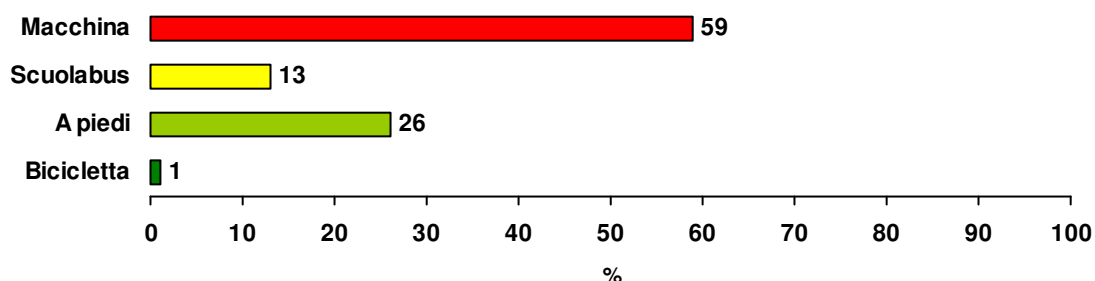
- Secondo i loro genitori, nella nostra ASL, il 27% dei bambini pratica un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 13% per 1 giorno, il 7% neanche un giorno; solo il 20% da 5 a 7 giorni.
- I maschi praticano l'attività fisica raccomandata per più giorni la settimana rispetto alle femmine*

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

Come si recano a scuola i bambini?

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

Modalità di raggiungimento della scuola (%)



- Il 27% dei bambini, la mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta; invece, il 72% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze rilevanti fra i sessi, ma la percentuale di bambini che vanno a scuola a piedi o in bicicletta è maggiore fra quelli che vivono in aree geografiche con 10.000-50.000 abitanti (43%) rispetto a quelli che vivono in zone con meno di 10.000 abitanti (17%)*.

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

Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderato per i bambini	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
[§] Bambini definiti fisicamente non attivi**	0%	25%	13%	10%	14%	17,4%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	61%	74%	75%	74%	67,2%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	35%	43%	53%	46%	46,2%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	13%	18%	20%	18%	16,1%

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

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL fanno ancora poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 10 risulta fisicamente inattivo; sono le femmine che fanno meno attività fisica rispetto ai maschi. Solo 1 bambino su 5 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

Rispetto al 2008 e al 2010 si rileva, tuttavia, una significativa riduzione della percentuale dei bambini definiti fisicamente non attivi ed un positivo andamento degli indicatori che misurano il livello di attività fisica svolto dai bambini: si è ancora lontani dai valori di riferimento desiderati.

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

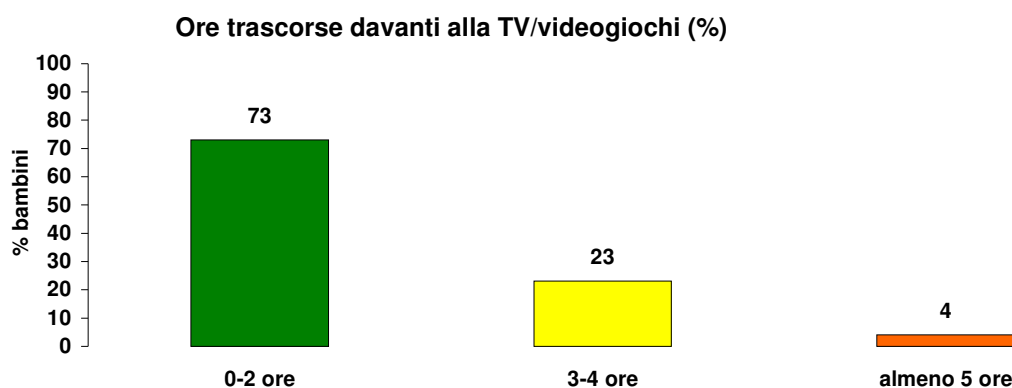
L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE

La crescente disponibilità di televisori e videogiochi, insieme con i profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il momento della televisione si associa spesso all'assunzione di cibi fuori pasto che può contribuire al sovrappeso/obesità del bambino. Evidenze scientifiche mostrano che la diminuzione del tempo di esposizione alla televisione da parte dei bambini è associata ad una riduzione del rischio di sovrappeso e dell'obesità a causa prevalentemente del mancato introito di calorie legati ai cibi assunti durante tali momenti.

Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi?

Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione complessivo alla televisione/ videogiochi per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane, mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi-computer in un normale giorno di scuola, secondo quanto dichiarato dai genitori. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo trascorso dai bambini nelle diverse attività.



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 73% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 23% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 4% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi è simile tra maschi e femmine (28% rispetto a 25%), ma risulta correlata significativamente con il livello di istruzione della madre: la frequenza aumenta dal 12% per le mamme laureate al 21% per quelle con diploma di scuola superiore, sino al 42% per le mamme con scolarità più bassa.*.
- Complessivamente il 28% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera rispetto a quelli che non l'hanno (21% rispetto a 9%)*.
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorso guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi, le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (13%); > 2 ore videogiochi (1%).

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

Complessivamente, quanto spesso i bambini guardano la televisione o giocano con i videogiochi durante il giorno?

La televisione e i videogiochi rappresentano una parte importante dell'uso del tempo e delle attività sedentarie nella quotidianità dei bambini. Generalmente si ritiene che vi sia un rapporto fra le attività sedentarie e la tendenza verso il sovrappeso/obesità, per cui si raccomanda di controllare e limitare, quando necessario, la quantità di tempo che i bambini trascorrono davanti alla televisione o ai videogiochi.

- Nella nostra ASL il 41% dei bambini ha guardato la TV la mattina prima di andare a scuola.
- Il 64% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi il pomeriggio del giorno precedente e il 72% la sera.
- Solo il 12% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 24% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 38% in due periodi e il 26% si è dedicato alla TV o ai videogiochi durante la mattina il pomeriggio e la sera.
- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi è simile tra i maschi e femmine (il 27% rispetto al 24%), ma diminuisce all'aumentare del livello di istruzione della madre: dal 30% per titolo di scuola elementare o media, al 24% per diploma di scuola superiore, al 15% per la laurea*.

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

Per un confronto

	Valore desiderabile per i bambini	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	0%	36%	27%	27%	29%	35,6%
Bambini con televisore in camera	0%	33%	32%	28%	39%	44,0%

Conclusioni

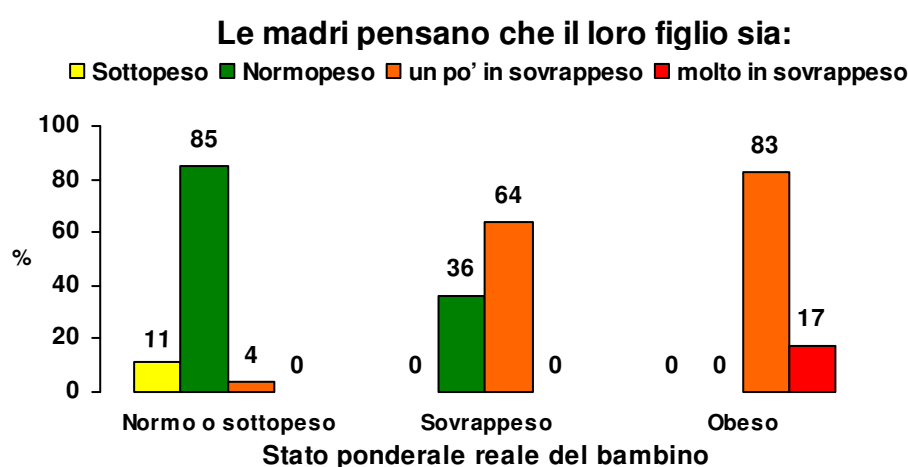
Nella nostra ASL sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi. Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi, in particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con i coetanei. Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che circa 3 bambini su 10 dispongono di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che poco più di 7 bambini su 10 di fatto ottemperino alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi). Rispetto alle indagini del 2008 e del 2010 non si evidenziano sostanziali differenze se non una modesta riduzione della percentuale di bambini che hanno il televisore in camera.

LA PERCEZIONE DELLE MADRI SULLA SITUAZIONE NUTRIZIONALE E SULL'ATTIVITÀ FISICA DEI BAMBINI

Un primo passo verso il cambiamento è costituito dall'acquisizione della coscienza di un problema. In realtà, la cognizione che comportamenti alimentari inadeguati e stili di vita sedentari siano causa del sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge la mancanza di consapevolezza da parte dei genitori dello stato di sovrappeso/obesità del proprio figlio e del fatto che il bambino mangi troppo o si muova poco. Di fronte a tale situazione, la probabilità di riuscita di misure preventive risulta limitata.

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

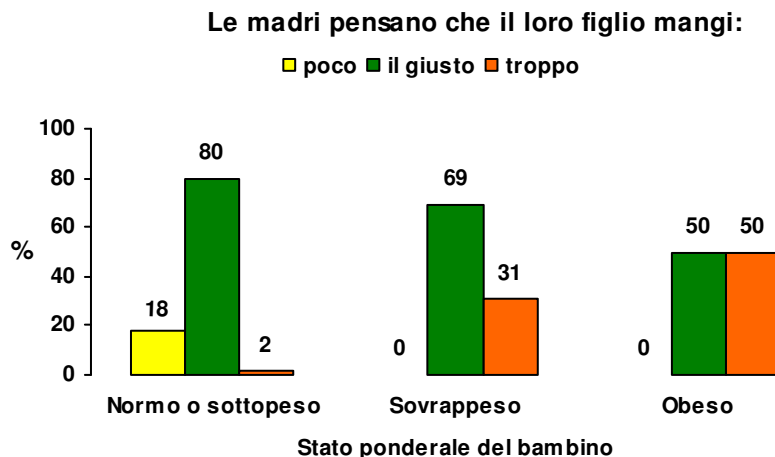
Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.



- Nella nostra ASL ben il 36% delle madri di bambini sovrappeso ritiene che il proprio bambino sia normopeso e l'83% delle madri di bambini obesi ritiene il proprio bambino solo un po' sovrappeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino.
- Nei bambini in sovrappeso, l'accuratezza della percezione non è correlata al grado di istruzione della madre: il 57% delle madri con laurea sottostima l'eccesso di peso dei loro bambini; il dato regionale evidenzia, invece, che l'accuratezza della percezione migliora all'aumentare del livello di scolarità della madre.

Qual è la percezione della madre rispetto alla quantità di cibo assunta dal proprio figlio?

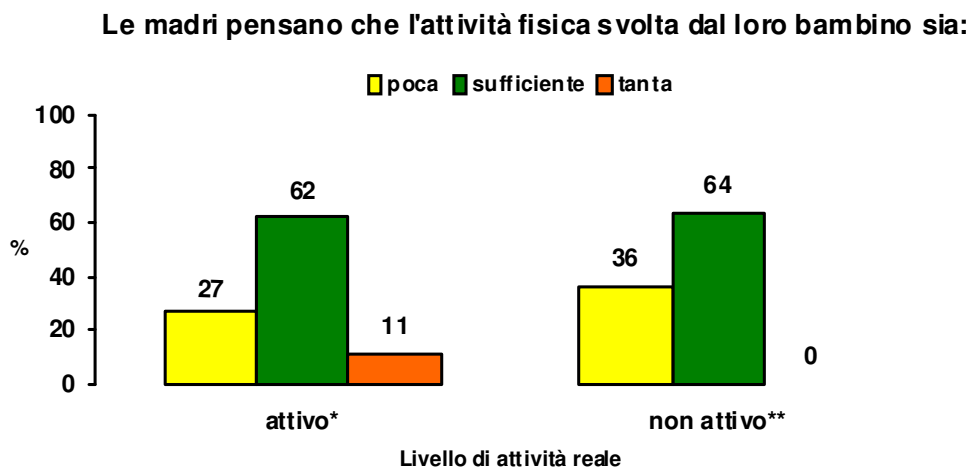
La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può anche influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.



- Solo il 31% delle madri di bambini sovrappeso e il 50% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, non si sono osservate differenze significative per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.

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

Sebbene molti genitori incoraggino i loro figli ad impegnarsi in attività fisica e nello sport organizzato, alcuni possono non essere a conoscenza delle raccomandazioni che i bambini facciano almeno un'ora di attività fisica ogni giorno. Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in realtà non si impegna in nessuno sport o gioco all'aperto e non ha partecipato a un'attività motoria scolastica nel giorno precedente, ha quasi certamente una percezione sbagliata del livello di attività fisica del proprio figlio.



* - attivo: nelle ultime 24 ore, ha fatto sport, ha giocato all'aperto o ha partecipato all'attività motoria a scuola

** - non attivo: nelle ultime 24 ore, non ha fatto nessuno dei tre (sport, giocato all'aperto, partecipato all'attività motoria a scuola)

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 64% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica; non si sono rilevate differenze significative per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Per un confronto

Madri che percepiscono...	Valore desiderabile	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	100%	61%	51%	64%	56%	51,3%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	100%	97%	90%	100%	92%	87,8%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	da ridurre	67%	72%	69%	67%	70,8%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	da aumentare	43%	31%	36%	39%	39,6%

* Adeguato = un po' in sovrappeso/molto in sovrappeso

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

Conclusioni

Nella nostra ASL è molto diffusa nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità (circa 3 madri su 10) una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio, che non coincide con la misura rilevata. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione che le madri hanno del livello di attività fisica dei propri figli: poco più di 1 genitore su 3 ha una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Rispetto al 2008 e al 2010 si rileva il dato, positivo, della corretta percezione dello stato di obesità dei propri figli da parte del 100% delle madri; aumenta, anche se non in modo significativo, la percentuale delle madri che percepiscono in modo adeguato i figli in sovrappeso.

L'AMBIENTE SCOLASTICO E IL SUO RUOLO NELLA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA

E' dimostrato che la scuola può giocare un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato ponderale dei bambini, sia creando condizioni favorevoli per una corretta alimentazione e per lo svolgimento dell'attività motoria strutturata, che promuovendo, attraverso l'educazione, abitudini alimentari adeguate.

La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione dello stato ponderale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che determinino un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

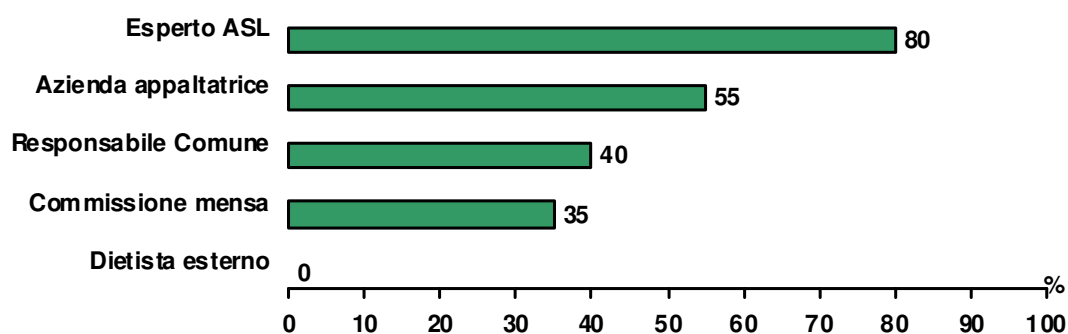
La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

Quando gestite secondo criteri nutrizionali basati sulle evidenze scientifiche e se frequentate dalla maggior parte degli alunni, le mense possono avere una ricaduta diretta nell'offrire ai bambini dei pasti qualitativamente e quantitativamente equilibrati che favoriscono un'alimentazione adeguata e contribuiscono alla prevenzione del sovrappeso/obesità.

- Nella nostra ASL il 100% delle scuole campionate, ha una mensa scolastica funzionante.
- Nelle scuole dotate di una mensa, il 25% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente dal 77% dei bambini.

Predisposizione del menù scolastico (%)



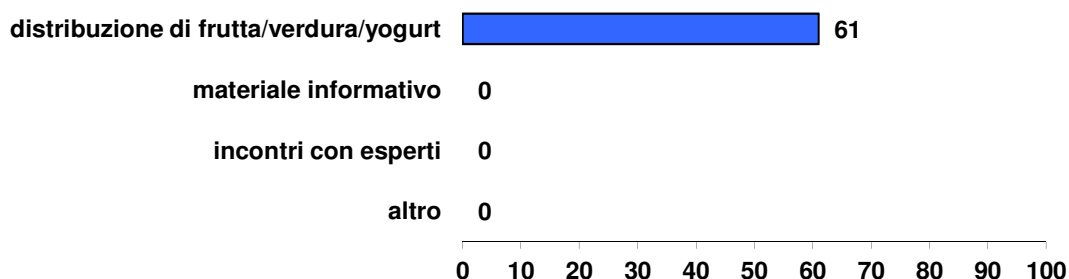
- La definizione del menù scolastico è stabilita nell'80% dei casi da un esperto dell'ASL, meno frequentemente dall'azienda appaltatrice, dal responsabile comunale o dalla commissione mensa.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici il 79% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

È prevista la distribuzione di alimenti all'interno della scuola?

Negli ultimi anni sempre più scuole hanno avviato distribuzioni di alimenti allo scopo di integrare e migliorare l'alimentazione degli alunni. In alcune di queste esperienze viene associato anche l'obiettivo dimostrativo ed educativo degli alunni.

- Nella nostra ASL, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 50%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua in tutte a metà mattina (100%) e nel 20% di esse anche a metà pomeriggio.
- Durante l'anno scolastico il 61% 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 (%)



- In questo anno scolastico il 61% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Nessuna **classe** ha ricevuto materiale informativo, ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola o a ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani.

Sono segnalati dei distributori automatici?

Lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei bimbi può essere favorito dalla presenza nelle scuole di distributori automatici di merendine o bevande zuccherate di libero accesso agli alunni.

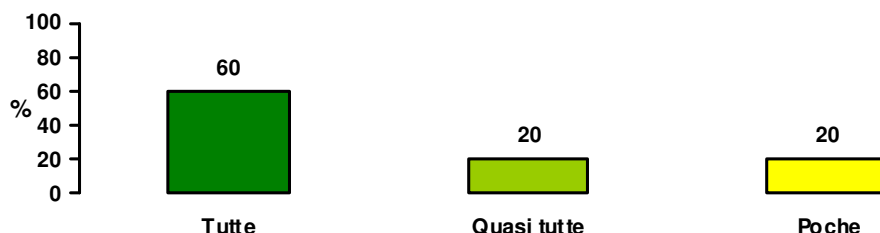
- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 30% delle scuole; il 5% è accessibile sia agli adulti che ai bambini.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 67% mette a disposizione succhi di frutta, nessuno frutta fresca, o yogurt.
- Nell'83% dei distributori automatici sono presenti acqua e bevande calde, nel 50% bibite zuccherate, merendine e snack.

La partecipazione della scuola all'attività motoria dei bambini

Quante scuole riescono a far fare le 2 ore di attività motoria raccomandate ai propri alunni e quali sono gli ostacoli osservati?

Tradizionalmente il curriculum scolastico raccomanda 2 ore settimanali di attività motoria per i bambini delle scuole elementari. Attualmente è obbligatoria una sola ora a settimana e non sempre l'attività motoria è svolta in accordo con quanto suggerito nel curriculum.

Scuole in rapporto alla quantità di classi che fanno le 2 ore di attività motoria curricolare (%)



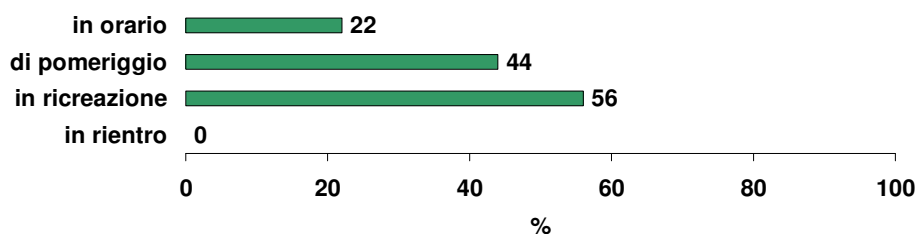
- La maggioranza delle scuole (60%), dichiara che tutte le classi svolgono normalmente le 2 ore di attività motoria curricolare, il 20% che quasi tutte le classi la fanno, mentre il restante 20% delle scuole riferisce che poche classi riescono a svolgerle.
- Le ragioni principalmente addotte a spiegazione del mancato svolgimento dell'attività motoria curricolare includono la struttura dell'orario scolastico (88%), insufficienza della palestra (38%), mancanza della palestra (12%) e scelta del docente (13%).

Le scuole offrono opportunità di praticare attività motoria oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica?

L'opportunità offerta dalla scuola ai propri alunni di fare attività motoria extra-curricolare potrebbe avere un effetto benefico, oltre che sulla salute dei bambini, anche sulla loro abitudine a privilegiare l'attività motoria.

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria, oltre le 2 ore raccomandate, sono il 45%.

Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)



- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante la ricreazione (56%), nel pomeriggio (44%) e in orario scolastico (22%).

- Queste attività si svolgono più frequentemente in giardino e in piscina (entrambi 56%), in palestra, in altra struttura sportiva e nel corridoio (entrambi 33%), in aula nell'11%.

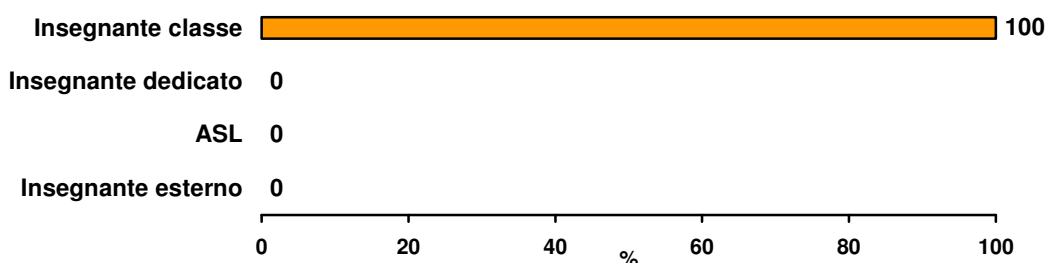
Il miglioramento delle attività curriculari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

Quante scuole prevedono nel loro curriculum la formazione sui temi della nutrizione?

In molte scuole del Paese sono in atto iniziative di miglioramento del curriculum formativo scolastico a favore della sana alimentazione dei bambini

- L'attività curriculare nutrizionale è prevista dal 60% delle scuole campionate nella nostra ASL.
- In tali scuole, la figura professionale coinvolta è l'insegnante di classe.

Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)

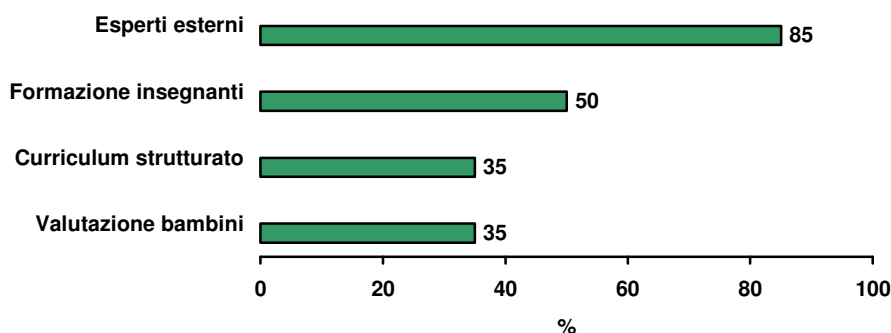


Quante scuole prevedono il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria?

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha avviato iniziative per il miglioramento della qualità dell'attività motoria svolta nelle scuole primarie; è interessante capire in che misura la scuola è riuscita a recepire tale iniziativa.

- Nel nostro campione, il 100% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.

Iniziative delle scuole a favore dell'attività fisica (%)



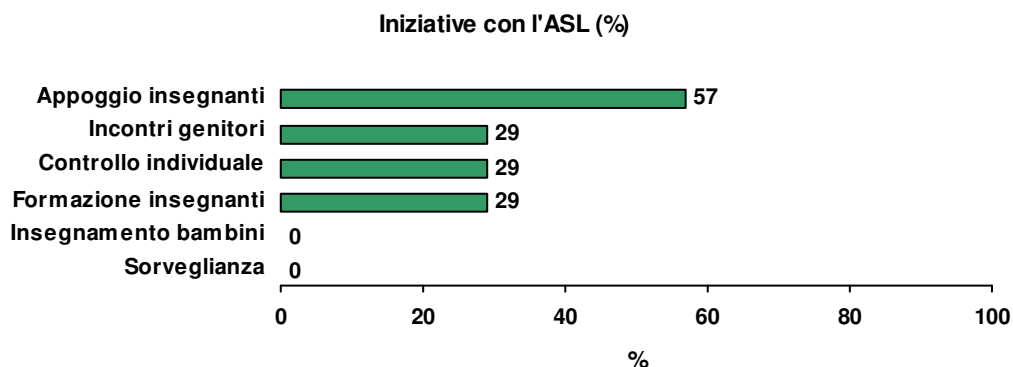
- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno (85%); nel 50% dei casi le iniziative comprendono la formazione degli insegnanti; meno frequentemente è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini e lo sviluppo di un curriculum strutturato (35%).

Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

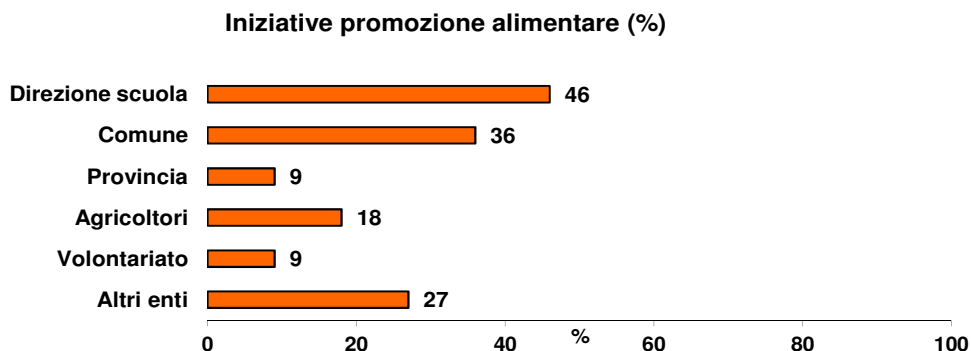
Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di stili di vita salutarizzati realizzate in collaborazione con Enti o Associazioni?

Nella scuola sono in atto numerose iniziative finalizzate a promuovere sane abitudini alimentari e attività motoria in collaborazione con enti, istituzioni e ASL.

- I Servizi Sanitari dell'ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione nutrizionale nel 35% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 5% delle scuole.



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso l'appoggio tecnico agli insegnanti, la loro formazione, gli incontri con i genitori e il controllo della crescita individuale dei bambini.



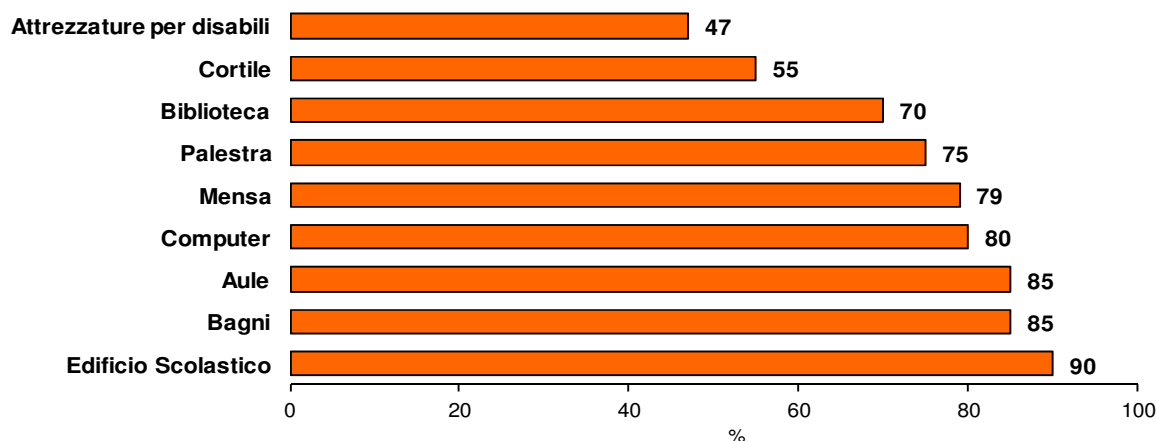
- Oltre la ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la Direzione scolastica/insegnanti, il Comune, le Associazioni di agricoltori/allevatori, la Provincia e le Associazioni di volontariato.

Risorse a disposizione della scuola

Nella scuola o nelle sue vicinanze sono presenti strutture utilizzabili dagli alunni?

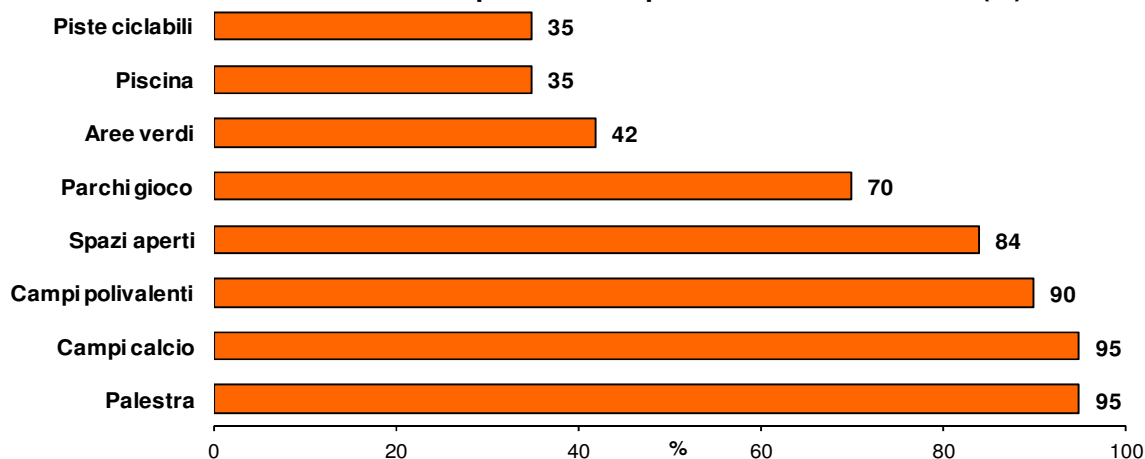
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, oltre il 70% delle scuole possiede edifici, aule, servizi igienici, mense, palestre, biblioteche e computer adeguati.
- Sono più basse le percentuali di adeguatezza delle attrezzature per disabili e dei cortili.

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 campi da calcio (95%), campi polivalenti (90%), spazi aperti (84%) e parchi gioco (70%).
- Risultano meno frequenti le aree verdi (42%), la piscina e le piste ciclabili (35%).

Coinvolgimento delle famiglie

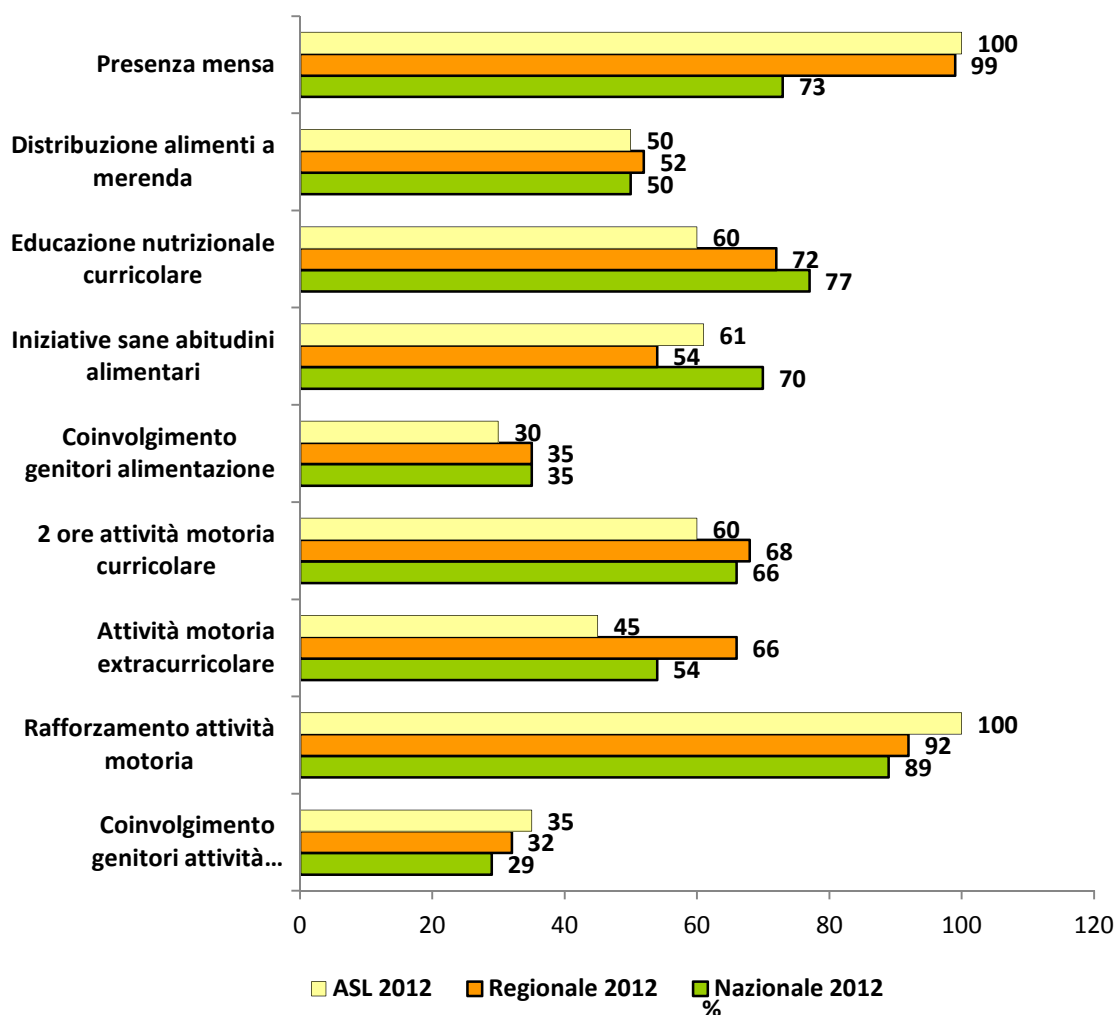
In quante scuole si constata un coinvolgimento attivo dei genitori nelle iniziative di promozione di stili di vita sani?

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini, vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 30% delle scuole campionate nello studio e quelle rivolte alla promozione dell'attività motoria nel 35%.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali e nazionali del 2012. 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.

Il "barometro": pochi indicatori per una sintesi a colpo d'occhio dei progressi nella scuola



Conclusioni

La letteratura indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano cioè diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno la sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie. Rispetto ai valori regionali e nazionali si evidenzia una più bassa percentuale di scuole che prevedono l'educazione nutrizionale curricolare (60%) e che partecipano ad iniziative di promozione del consumo di alimenti sani (61%), oltre ad un minore coinvolgimento attivo dei genitori nell'alimentazione (30%). Più basso anche il dato sulle scuole che riescono a far svolgere a tutte le classi le 2 ore di attività motoria curricolare (60%) o che prevedono attività motorie extracurricolari (45%).

CONCLUSIONI GENERALI

OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative in tempi brevi e a costi limitati. Ha creato inoltre un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e della salute.

È importante che la cooperazione avviata tra salute e scuola perduri nel tempo così da assicurare la continuazione negli anni del sistema di sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno in studio. Per gli sviluppi futuri, è anche essenziale la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE con gli altri "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, "policy makers", ecc) per pianificare delle azioni mirate di promozione 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.

È essenziale quindi programmare azioni di sanità pubblica in modo coordinato e condiviso tra enti, istituzioni e realtà locali per cercare di promuovere il consumo giornaliero di frutta e verdura così come la pratica dell'attività fisica tra i bambini. A questo proposito, la scuola potrebbe contribuire in modo determinante distribuendo una merenda bilanciata a metà mattina e facendo svolgere le due ore di attività motoria suggerite dal curriculum scolastico a tutti gli alunni e implementando i programmi didattici. Ugualmente importante è rendere l'ambiente urbano "a misura di bambino" aumentando i parchi pubblici, le aree pedonali e le piste ciclabili così da incentivare il movimento all'aria aperta.

Un primo passo per la promozione di sani stili di vita è stato avviato a partire dal 2009-2010. Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione alcuni materiali di comunicazione e informazione rivolti a specifici target: bambini, genitori, insegnanti e scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE. Lo scopo di tale iniziativa è duplice: far conoscere le dimensioni del fenomeno obesità tra le nuove generazioni e fornire suggerimenti per scelte di stili di vita salutari.

Sono stati elaborati e distribuiti anche dei poster per gli ambulatori pediatrici realizzati in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria e con la Federazione Italiana dei Medici Pediatri. Tutti i materiali sono stati elaborati nell'ambito di OKkio alla SALUTE in collaborazione con il progetto "PinC - Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute", coordinato sempre dal CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità

(http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinC.asp).

I risultati della terza raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra ASL prevalenze di sovrappeso ed obesità che, seppur inferiori rispetto alla media regionale e nazionale ed in leggero miglioramento rispetto a quelle delle indagini precedenti, sono ancora superiori ai valori ideali di riferimento. Ancora sfavorevoli risultano i dati relativi ad abitudini alimentari e stili di vita che favoriscono l'incremento di peso dei bambini (colazione e merenda inadeguate, scarso consumo di frutta e verdura, assunzione di bevande zuccherate e gasate, sedentarietà, insufficiente attività fisica).

Per cercare di migliorare la situazione si suggeriscono alcune raccomandazioni dirette ai diversi gruppi di interesse:

Operatori sanitari

Le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità giustificano da parte degli operatori sanitari un'attenzione costante e regolare nei prossimi anni che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell'interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse e nella proposta/attivazione di interventi integrati tra le figure professionali appartenenti a istituzioni diverse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute.

In particolare la collaborazione tra mondo della scuola e della salute potrà essere rafforzata attraverso interventi di educazione sanitaria focalizzati sui fattori di rischio modificabili, quali la diffusione della conoscenza sulle caratteristiche della colazione e merende adeguate, il tempo eccessivo passato in attività sedentarie o alla televisione, che non dovrebbe superare le 2 ore al giorno.

Inoltre, considerata la scarsa percezione dei genitori dello stato ponderale dei propri figli, gli interventi sanitari 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

Gli studi mostrano in maniera incontrovertibile un ruolo chiave della scuola per affrontare efficacemente il problema della promozione della salute e dell'attività fisica dei bambini. Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini, già oggi oggetto di intervento da parte di alcune scuole.

Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi, da una parte sulla valorizzazione del ruolo attivo del bambino, della sua responsabilità personale e sul potenziamento delle *life skills*, dall'altra, sull'acquisizione di conoscenze e del rapporto fra nutrizione e salute individuale, sulla preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.

Seppure implichi maggiori difficoltà, all'interno della scuola deve essere incoraggiata la distribuzione di almeno un pasto bilanciato al giorno che costituisce per il bambino una duplice opportunità: nutrirsi meglio e imparare a gustare il cibo mangiando anche nuovi alimenti.

In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini alimentari più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che migliora la performance e diminuisce il rischio di fare merende eccessive a metà mattina. A tal proposito i materiali di comunicazione, realizzati attraverso la collaborazione tra mondo della scuola e della salute, possono offrire agli insegnanti spunti e indicazioni per coinvolgere attivamente i bambini

(<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=278>).

La scuola può anche ridurre la distribuzione di bevande zuccherate e incentivare il consumo di frutta e yogurt.

Sul fronte dell'attività fisica, è necessario che le scuole assicurino le 2 ore di attività motoria suggerite dal curriculum scolastico e che cerchino di favorire le raccomandazioni internazionali di un'ora al giorno di attività fisica per i bambini.

Genitori

I genitori dovrebbero essere coinvolti attivamente nelle attività di promozione di sani stili di vita.

L'obiettivo è sia favorire l'acquisizione di conoscenze sui fattori di rischio che possono ostacolare la crescita armonica del proprio figlio, come un'eccessiva sedentarietà, la troppa televisione, la poca attività fisica o alcune abitudini alimentari scorrette (non fare la colazione, mangiare poca frutta e verdura, eccedere con le calorie durante la merenda di metà mattina), sia favorire lo sviluppo di processi motivazionali e di consapevolezza che, modificando la percezione, possano facilitare l'identificazione del reale stato ponderale del proprio figlio.

I genitori dovrebbero, inoltre, riconoscere e sostenere la scuola, in quanto "luogo" privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino e collaborare, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani e l'educazione alimentare. La condivisione, tra insegnanti e genitori, delle attività realizzate in classe può contribuire a sostenere "in famiglia" le iniziative avviate a scuola, aiutando i bambini a mantenere uno stile di vita equilibrato nell'arco dell'intera giornata.

Infine, laddove possibile, i genitori dovrebbero incoraggiare il proprio bambino a raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta, per tutto o una parte del tragitto.

Leaders, decisori locali e collettività

Le iniziative promosse dagli operatori sanitari, dalla scuola e dalle famiglie possono essere realizzate con successo solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica nella popolazione. Per questo la partecipazione e la collaborazione dei diversi Ministeri, di Istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, nonché dell'intera società, rappresenta una condizione fondamentale affinché la possibilità di scelte di vita salutari non sia confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, ma piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva.

MATERIALI BIBLIOGRAFICI

• **Politica e strategia di salute**

- ◇ Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.
- ◇ Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *Lancet* 2011; 378:815-25.
- ◇ Hall KD, Sacks G, Chandramohan D, Chow CC, Wang YC, Gortmaker SL, Swinburn BA. Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight. *Lancet* 2011; 378: 826–37.
- ◇ Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011; 378:838-47.
- ◇ Focusing on obesity through a health equity lens <http://www.equitychannel.net/uploads/REPORT%20-%20Focusing%20on%20Obesity%20through%20a%20Health%20Equity%20Lens%20-%20Edition%202.pdf>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Terry T.-K. Huang et al., Transforming research strategies for understanding and preventing obesity. *JAMA* 2008;300:1811-3.
- ◇ James WP. The epidemiology of obesity: the size of the problem. *J Intern Med*. 2008;263:336-52.
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio*. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell'Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. WHO; Geneva 2007. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Caballero B. The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol Rev*. 2007;29:1-5.
- ◇ Ministero della Salute, 2007 “Guadagnare salute”: Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva: WHO; 2000.
- ◇ Sito internet: International Obesity Task Force: <http://www.ietf.org/> ultima consultazione 09/08/2010.

• **Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità**

- ◇ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, Starc G, Rutter H, Sjöberg A, Petrauskiene A, O'Dwyer U, Petrova S, Farrugia Sant'angelo V, Wauters M, Yngve A, Rubana IM, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes*. 2012.

- ◇ Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14)
- ◇ Binkin N, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Perra A, Spinelli A. A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. *Obes Rev.* 2010 Jan;11(1):2-10.
- ◇ Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli A (Ed.). Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/42).
- ◇ Singh GK. et al. Changes in state-specific childhood obesity and overweight prevalence in the United States from 2003 to 2007. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:598-607.
- ◇ Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/31). <http://www.iss.it/binary/publ/cont/0931.pdf>. ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ CNESPS, ISS <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp> ultima consultazione 09/08/2010
- ◇ Cinthia L. Ogden et al. The Epidemiology of Obesity. *Gastroenterology* 2007;132:2087-2102.
- ◇ Maffei C. et al. Prevalence of overweight and obesity in 2- to 6-year-old Italian children. *Obesity*; 2006;14:765-9.
- ◇ Gargiulo L, Gianicolo S, Brescianini S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. ISTAT. Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno "*Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*", Roma, 10-11 settembre 2005. Roma, 2004. p. 25-44.
- ◇ Vignolo M. et al. Overweight and obesity in a group of Italian children and adolescents: prevalence estimates using different reference standards. *Ital J Pediatr* 2004; 30:53-57.
- ◇ Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. *Eur J Pediatr* 2000;159 Suppl 1:S14-34.
- ◇ Must A. et al. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23 Suppl 2:S2-11.
- ◇ Parsons TJ. et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23 Suppl 8:S1-107.

• **Metodo di studio**

- ◇ Sullivan K KW, Chen M, Frerichs R. CSAMPLE: analyzing data from complex surveys samples. *Epi Info*, version 6, User's guide. 2007. p. 157-81.
- ◇ Borgers N. et al. Childrens as respondents in survey research: cognitive development and response quality. *Bulletin de Méthodologie Sociologique* 2000;66:60-75.
- ◇ Bennett S. et al. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Stat Q.* 1991;44:98-106.
- ◇ Sito Epicentro per OKkio alla Salute: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp>

- **IMC: curve di riferimento e studi pregressi**

- ◇ 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 and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2011; 6: 325-331.
- ◇ Cole TJ. Et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007 28;335:194.
- ◇ Mercedes de Onis et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660-667.
- ◇ Cacciari E. et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20y) *European J Clin Nutr* 2002;56:171-180.
- ◇ Cole TJ. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-1243.
- ◇ Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr* 1998; 132: 191-193.

- **Fattori di rischio modificabili**

- ◇ Veerman JL. et al. By how much would limiting TV food advertising reduce childhood obesity? *Eur J Public Health* 2009;19: 365-9.
- ◇ Steffen LM. et al. Overweight in children and adolescents associated with TV viewing and parental weight: Project HeartBeat! *Am J Prev Med* 2009;37:S50-5.
- ◇ Day RS. et al. Nutrient intake, physical activity, and CVD risk factors in children: Project HeartBeat! *Am J Prev Med* 2009;37:25-33.
- ◇ Kipping RR. et al. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ* 2008; 15:337:a1824.
- ◇ Roblin L. Childhood obesity: food, nutrient, and eating-habit trends and influences. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32:635-45.
- ◇ Lumeng JC. et al. Shorter sleep duration is associated with increased risk for being overweight at ages 9 to 12 years. *Pediatrics* 2007; 120:1020-9.
- ◇ Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioural determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop. *Obesity* 2006;14:929-66.
- ◇ James J. et al. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 22;328:1237.
- ◇ Phillips SM. Et al. Energy-dense snack food intake in adolescence: longitudinal relationship to weight and fatness. *Obes Res* 2004;12:461-72.
- ◇ Berkey CS. Et al. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:1258-66.
- ◇ Bradley RH., Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol* 2002;53:371-99.
- ◇ MaryHackie and Bowles CL. Maternal Perception of Their Overweight Children, *Public Health Nursing* 2007;24:538-546.

- **Interventi e linee guida per l'azione**

- ◇ Luckner H, Moss JR, Gericke CA. Effectiveness of interventions to promote healthy weight in general populations of children and adults: a meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2012;22(4):491-7.
- ◇ Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD001871.
- ◇ Lavelle HV, Mackay DF, Pell JP. Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to reduce body mass index. *J Public Health (Oxf)*. 2012;34(3):360-9.
- ◇ Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes Rev* 2009;10:110-41.
- ◇ Khambalia AZ, Dickinson S, Hardy LL, Gill T, Baur LA. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obes Rev*. 2012;13(3):214-33.
- ◇ Dobbins M. et al. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18 (Review), *The Cochrane Library* 2009.
- ◇ Beets MW. et al. After-school program impact on physical activity and fitness: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2009;36:527-37.
- ◇ Condon EM. et al. School meals: types of foods offered to and consumed by children at lunch and breakfast. *J Am Diet Assoc* 2009;109:S67-78.
- ◇ Gonzalez W. et al. Restricting snacks in U.S. elementary schools is associated with higher frequency of fruit and vegetable consumption. *J Nutr* 2009;139:142-4.
- ◇ Summerbell CD. et al. Interventions for preventing obesity in children (Review), *The Cochrane Library* 2008, Issue 2.
- ◇ De Sa J, Lock K. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. *Eur J Public Health*. 2008;18:558-68.
- ◇ Kipping RR. et al. Obesity in children. Part 2: Prevention and management. *BMJ* 2008;337: 1848.
- ◇ Nutrition-Friendly Schools Initiative (NFSI), WHO, http://www.who.int/nutrition/topics/nut_school_aged/en/index.html. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Epstein LH. et al. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:239-45.
- ◇ Poobalan A. et al. Prevention of Childhood Obesity: A Review of Systematic Reviews. *NHS Health Scotland* 2008.
- ◇ DeMattia L. et al. Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obes Rev* 2007;8:69-81.
- ◇ Brown T. et al. Prevention of obesity: a review of interventions. *Obes Rev* 2007; 8:127-130.
- ◇ Doak CM. et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev* 2006;7:111-36.
- ◇ Reilly JJ. Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgrad Med J* 2006;82:429-37.

- ◇ Reducing Children's TV Time to Reduce the Risk of Childhood Overweight: The Children's Media Use Study, 2007. http://www.cdc.gov/obesity/downloads/TV_Time_Highligts.pdf. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Position of the American Dietetic Association: Individual-, Family-, School-, and Community-Based Interventions for Pediatric Overweight. J Am Diet Assoc 2006;106:925-45. [http://adajournal.org/article/S0002-8223\(06\)00301-4/abstract](http://adajournal.org/article/S0002-8223(06)00301-4/abstract). Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Flynn MA. et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev 2006;7:7-66.
- ◇ The School Health Index (SHI): Training Manual: A Self-Assessment and Planning Guide <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI/training/index.htm>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being, Information Series on School Health Document 10, WHO <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=85&codcch=3821>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ CDC, Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People. 1997 / 46(RR-6);1-36. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046823.htm>. Ultima consultazione 09/08/2010.
- ◇ WHO European Action plan for food and nutrition policy 2007-2012. <http://www.crrps.org/allegati/143/file/WHO%20-%20European%20Action%20plan%20on%20food%20and%20nutrition%20policy%202007-2012.pdf>. Ultima consultazione 09/08/2010.

Stampato – dicembre 2013

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Epidemiologia

Responsabile Dott.ssa Laura MARINARO

Ass. Sanitaria Giovanna GIACHINO

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Tec. Prev. Dr. Alfredo RUATA

Collaboratore Amm.vo Dr.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

Assistente Amm.vo Dr.ssa Annelisa GUASTI

TELEFONI / INDIRIZZI

S.S.D. Epidemiologia

Fax

E-mail

Via Vida, 10 – 12051 ALBA

0173-316622

0173-316636

epid.alba@aslcn2.it

Il futuro è oggi

Non potevamo più aspettare



L'organizzazione non-profit **Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra Onlus**, vista l'urgenza di dotare gli Ospedali di Alba e Bra di attrezzature diagnostiche moderne in grado di migliorare il lavoro dei nostri operatori sanitari e soprattutto di tutelare la salute della nostra comunità, ha preso **la decisione giusta**.

GRAZIE AI PRIMI 900 DONATORI HA ORDINATO

alla Philips una **TAC** all'avanguardia (Mod. Ingenuity 128 strati – la prima del genere in Piemonte) per l'ospedale **San Lazzaro di Alba** e un **ECOGRAFO** di nuova generazione (Mod. EPIQ – il primo in Italia) per l'ospedale **Santo Spirito di Bra**, DA DONARE ALL'ASL CN2.

**TALI ATTREZZATURE
VERRANNO INAUGURATE VENERDÌ
14 FEBBRAIO 2014, SAN VALENTINO.
FACCIAMOCI UN REGALO DI CUORE**



**ORA ABBIAMO 90 GIORNI
PER RACCOGLIERE I FONDI NECESSARI
PER RISPETTARE GLI IMPEGNI PRESI.**

**INVESTI IN ECCELLENZA,
CONTRIBUISCI ANCHE TU CON UNA
DONAZIONE.**



PUOI DONARE CON UN BONIFICO BANCARIO intestato a Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra Onlus, specificando come causale **PROGETTO ATTREZZATURE OSPEDALI DI ALBA E BRA** e indicando i tuoi dati anagrafici (nome, cognome, indirizzo e codice fiscale).

BANCA REGIONALE EUROPEA IBAN IT51 0 06906 22500 000000018522
BANCA D'ALBA IBAN IT84 C 08530 22506 000520109210
CASSA DI RISPARMIO DI BRA IBAN IT12 D 06095 46040 000010135114
BCC DI CHERASCO IBAN IT15 M 08487 46200 000010108495
CONTO CORRENTE POSTALE 3670174

DONARE È RISPARMIARE SULLE TASSE

Le donazioni effettuate utilizzando i conti correnti indicati sono **deducibili o detraibili dalla dichiarazione dei redditi**.



piazza Rossetti 7/a, 12051 Alba (CN) - tel. 0173 366 219

mail: info@fondazioneospedalealbabra.it

www.fondazioneospedalealbabra.it