

DIREZIONE INTEGRATA DELLA PREVENZIONE
S.S.D. Epidemiologia

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

Bollettino Epidemiologico

Anno 2010



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

Commissario
Dott. Giovanni MONCHIERO

Direttore Sanitario
Dott. Francesco MORABITO

Direttore Amministrativo
Dott. Gianni BONELLI

**Direttore del Dipartimento e della Direzione Integrata
della Prevenzione**
Dott. Attilio CLERICO

A cura del
Dott. Franco GIOVANETTI
Dipartimento di Prevenzione

Redazione grafica
Dott.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

Il presente volume è consultabile sui seguenti siti internet:

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

Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2010

VOL. XII, 2011

Autori:

Vito APICELLA ⁽¹⁷⁾	Luigi Genesio ICARDI ⁽⁴⁾
Maria Margherita AVATANEO ⁽⁵⁾	Giuseppina INTRAVALIA ⁽¹⁵⁾
Giovanni ASTEGGIANO ⁽⁸⁾	Elio LAUDANI ⁽⁷⁾
Eugenia BALDI ⁽¹⁵⁾	Elena LORA ⁽¹⁴⁾
Lara BOLLA ⁽⁶⁾	Letizia MARTINENGO ⁽²¹⁾
Marino BONELLI ⁽¹⁷⁾	Marina MASENTA ⁽¹⁾
Luigi CALOSSO ⁽¹⁸⁾	Silvia MOGLIA ⁽⁹⁾
Giovanni CHIAVAZZA ⁽¹⁹⁾	Luca MONCHIERO ⁽⁶⁾
Pietro CORINO ⁽¹⁴⁾	Francesca MONTRUCCHIO ⁽⁹⁾
Patrizia CORRADINI ⁽³⁾	Marina PATRINI ⁽⁹⁾
Laura CURLETTI ⁽¹⁾	Maurizio PIUMATTI ⁽¹⁷⁾
Giulio DE GIOVANNINI ⁽¹⁶⁾	Andrea SAGLIETTI ⁽¹⁰⁾
Marco DE GIOVANNINI ⁽¹¹⁾	Daniele SAGLIETTI ⁽¹⁵⁾
Norma DE PICCOLI ⁽²¹⁾	Anna SANTORO ⁽¹⁴⁾
Patrizia DUTTO ⁽⁵⁾	Eleonora SARACCO ⁽⁸⁾
Alessandra FERRARIS ⁽¹⁵⁾	Gian Rodolfo SARTIRANO ⁽¹⁷⁾
Marco FESSIA ⁽¹⁸⁾	Franco SCAGLIONE ⁽¹²⁾
Elena GARBARINO ⁽⁵⁾	Gianluca TOSELLI ⁽²⁰⁾
Luigina GAZZERA ⁽⁷⁾	Marina TRIULZI ⁽¹⁹⁾
Vilma GIACHELLI ⁽¹⁴⁾	Giuseppina ZORGNIOTTI ⁽²⁾
Franco GIOVANETTI ⁽¹³⁾	

- (1) A.S.L. CN2 – Dipartimento di Prevenzione - S.O.S. Medicina dello sport
- (2) A.S.L. CN2 – Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Epidemiologia
- (3) A.S.L. CN2 – Direzione Dipartimento delle Cure primarie e dei Servizi Territoriali
- (4) A.S.L. CN2 – Direzione Dipartimento di Prevenzione
- (5) A.S.L. CN2 - S.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
- (6) A.S.L. CN2 – S.O.C. Distretto I Alba
- (7) A.S.L. CN2 – S.O.C. Distretto II Bra
- (8) A.S.L. CN2 – S.O.C. Neurologia
- (9) A.S.L. CN2 – S.O.C. Neuropsichiatria Infantile
- (10) A.S.L. CN2 – S.O.C. Programmazione e Controllo – S.O.S. Statistica e flussi informativi
- (11) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- (12) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- (13) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica – S.O.S. Vaccinazioni e Profilassi Malattie Infettive
- (14) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- (15) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Psicologia
- (16) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Veterinario - Area A – Sanità Animale
- (17) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Veterinario - Area B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
- (18) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Veterinario - Area C – Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- (19) Centro Riabilitazione Ferrero S.r.l.
- (20) Medico specialista in medicina dello sport
- (21) Università degli Studi di Torino - Facoltà Psicologia

PRESENTAZIONE

Negli ultimi anni nella nostra Regione sono state prodotte, a vari livelli, numerose indagini epidemiologiche sul territorio, incluse alcune analisi focalizzate su specifici aspetti dello stato di salute della popolazione. Alcune di queste fanno parte di programmi nazionali, quale ad esempio il Progetto PASSI, che analizza la distribuzione dei principali determinanti della salute e le percezioni dei cittadini riguardo agli stili di vita e agli interventi di prevenzione. La presenza di tali attività testimonia l'importanza crescente che riveste, ai fini di una corretta programmazione sanitaria, l'esplorazione dei principali determinanti di salute e dei fattori di rischio.

In tale contesto culturale favorevole ai metodi epidemiologici, una relazione prodotta a livello locale sullo stato di salute della popolazione appare più che mai opportuna, giacché rende possibile operare dei confronti con la situazione regionale e nazionale, individuare priorità e mettere in luce problematiche che altrimenti sfuggirebbero all'osservazione.

E' questo il rationale che sta alla base del Bollettino epidemiologico dell'ASL CN2, giunto alla sua dodicesima edizione. Come è già accaduto per le edizioni precedenti, la pubblicazione raccoglie i contributi di varie professionalità sanitarie, appartenenti sia all'ambito clinico sia a quello della prevenzione. Ciò dimostra come sia possibile applicare le metodologie epidemiologiche non solo al fine di descrivere lo stato di salute della popolazione, ma anche nella prospettiva di orientare i processi decisionali in ambito sanitario sulla base delle evidenze scientifiche.

La Direzione Generale ringrazia tutti gli operatori dell'Ospedale e del Territorio che da anni contribuiscono alla redazione del Bollettino epidemiologico e quanti rendono possibile la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni MONCHIERO

PREFAZIONE

Il Bollettino epidemiologico dell'ASL CN2 rappresenta un importante documento di analisi dei bisogni, dello stato di salute della popolazione residente e di alcuni aspetti concernenti l'offerta dell'assistenza sanitaria. Come tale, rappresenta un contributo utile sia per una migliore conoscenza dei determinanti di salute nel territorio della nostra Azienda Sanitaria, sia per una razionale programmazione locale.

Hanno contribuito alla sua realizzazione operatori del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento delle Cure primarie e dei Servizi Territoriali, dell'Assistenza Farmaceutica Territoriale, delle Direzioni di Distretto, delle S.O.C. di Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Programmazione e Controllo e Psicologia.

Accanto alle classiche relazioni di epidemiologia descrittiva (dinamica demografica, malattie infettive, infortuni sul lavoro e malattie professionali) il Bollettino contiene anche articoli su vari argomenti di grande interesse che riguardano l'organizzazione dei servizi sanitari, le attività dei Servizi Veterinari, la tutela sanitaria delle attività sportive, l'attività di peer education e specifiche problematiche cliniche (il governo clinico dell'autismo, il trattamento del diabete, i disturbi del sonno e l'utilizzo dei farmaci anti-TNF).

La Direzione Sanitaria esprime un sincero ringraziamento a tutti coloro che, a vario titolo, hanno collaborato alla redazione ed alla diffusione del Bollettino epidemiologico.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Francesco MORABITO

INDICE

La dinamica demografica.	6
Ruolo delle Cure Primarie nel governo dell'assistenza.	26
La tutela sanitaria della popolazione attraverso l'Alleanza Distretto – Medici di medicina Generale. Un esempio. Il monitoraggio della spesa per prestazioni clinico-specialistiche.	35
Malattie infettive.	41
Il trattamento del Diabete: un aggiornamento.	50
TNF alpha ed interleukine, una chiave nello sviluppo della risposta infiammatoria.	59
I disturbi del sonno più frequenti.	63
Programma di governo clinico "Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo".	68
Progetto Internazionale Peer Education. Educazione tra pari – Promozione della salute – Partecipazione. Valutazione di risultato.	71
Rapporto sull'andamento del flusso di denunce di malattia professionale nel periodo 2006-2010.	82
Andamento degli infortuni sul lavoro nel territorio dell'ASL CN2: Analisi di un decennio (2000-2009).	86
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2010.	90
Prevenzione dell'Anisakidosi sul territorio della ASL CN2 Alba-Bra.	95
L'attività del Nucleo Interarea di Vigilanza Veterinaria A.S.L. CN 2 anno 2010	98

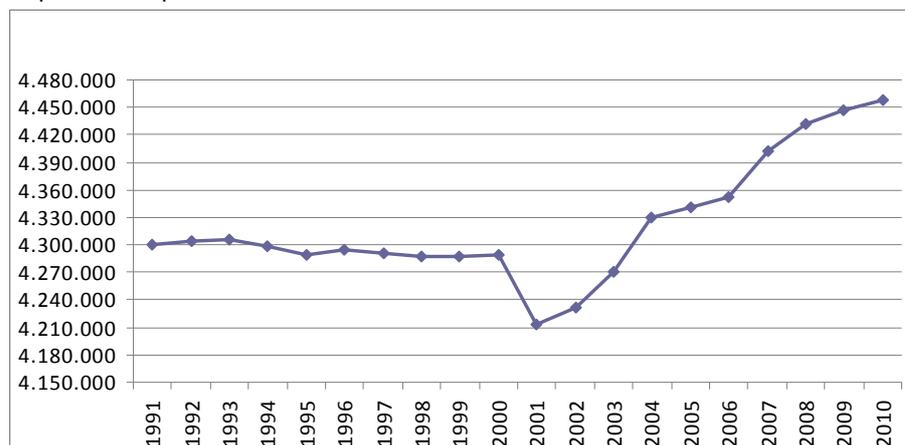
La dinamica demografica

Giuseppina Zorziotti

La Regione

La regione Piemonte al 31 dicembre 2010 conta 4.457.335 abitanti, ossia 11.105 residenti in più rispetto all'anno precedente con un incremento pari al 2,5‰, confermando così il trend di crescita in atto nell'ultimo decennio (Graf. A).

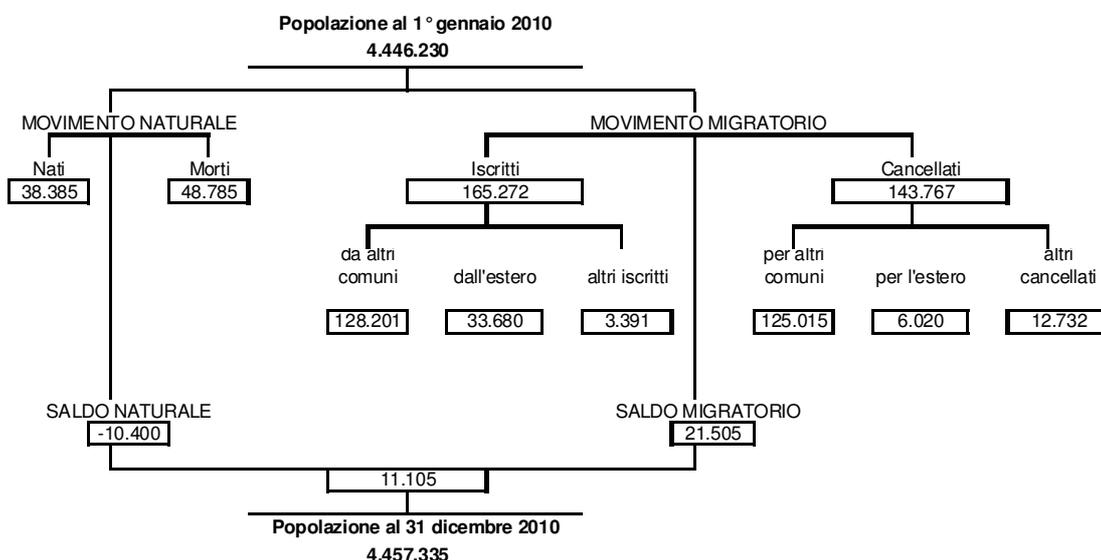
Graf. A - Popolazione piemontese dal 1991 al 2010



Fonte: ISTAT (3)

La dinamica demografica piemontese nel 2010 si conferma simile all'anno precedente. Infatti il saldo naturale è negativo, con i decessi che superano le nascite di 10.400 unità; mentre il saldo migratorio è positivo (21.505) pari al 4,8‰, seppure in calo rispetto al 2009 (5,5‰) (Fig. A, Tab. A).

Fig. A - Dinamica demografica in Piemonte nel 2010 (3)



L'evoluzione della popolazione piemontese mostra come, a partire dalla fine degli anni novanta, i flussi migratori con l'estero diventino la componente demografica principale nel determinare l'andamento della popolazione (1) (Tab. A).

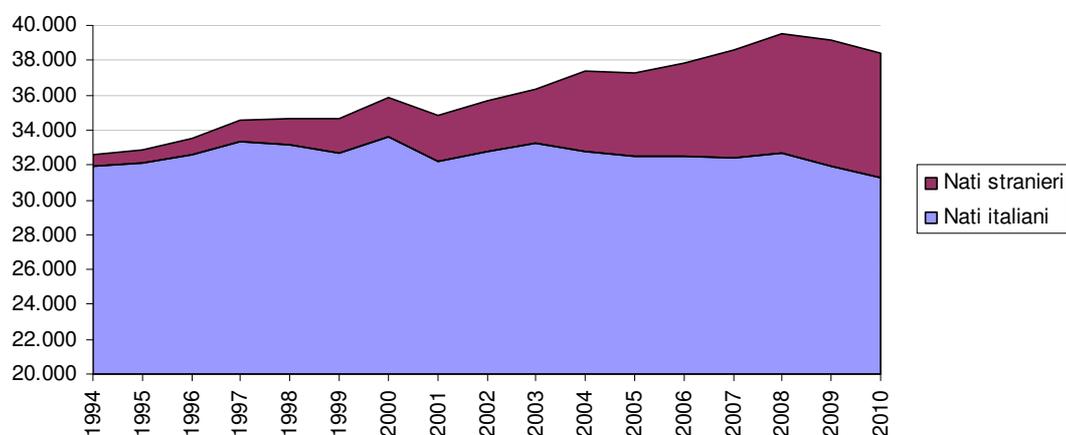
Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1991-2010)

Anni	Nati	Morti	Iscritti totali	di cui dall'estero	Cancellati totali	di cui per l'estero	Popolazione totale
1991	32.782	48.742	111.535	8.817	103.498	2.505	4.299.912
1992	33.752	48.820	121.441	5.956	102.455	2.116	4.303.830
1993	33.016	49.178	149.851	6.786	130.954	2.478	4.306.565
1994	32.580	49.344	132.747	7.330	124.559	3.137	4.297.989
1995	32.841	50.095	129.041	6.915	120.910	2.765	4.288.866
1996	33.514	48.635	139.984	16.067	119.602	3.253	4.294.127
1997	34.586	49.365	133.402	11.791	121.309	3.201	4.291.441
1998	34.658	49.784	135.571	11.838	123.835	3.248	4.288.051
1999	34.639	50.255	144.655	15.817	129.625	3.595	4.287.465
2000	35.874	48.527	145.057	17.621	130.138	3.709	4.289.731
2001	34.857	46.840	126.032	15.820	112.397	3.582	4.213.294
2002	35.716	48.288	150.604	17.697	119.992	2.561	4.231.334
2003	36.370	50.625	179.011	48.406	125.875	3.178	4.270.215
2004	37.413	46.251	203.948	32.622	135.153	3.565	4.330.172
2005	37.251	48.253	158.862	25.979	136.299	3.815	4.341.733
2006	37.851	47.400	161.446	22.455	140.802	4.003	4.352.828
2007	38.565	47.474	200.813	61.621	134.466	4.383	4.401.266
2008	39.551	49.310	185.532	45.609	144.468	5.879	4.432.571
2009	39.123	49.767	164.624	35.154	140.321	6.125	4.446.230
2010	38.385	48.785	165.272	33.680	143.767	6.020	4.457.335

Fonte: ISTAT (3)

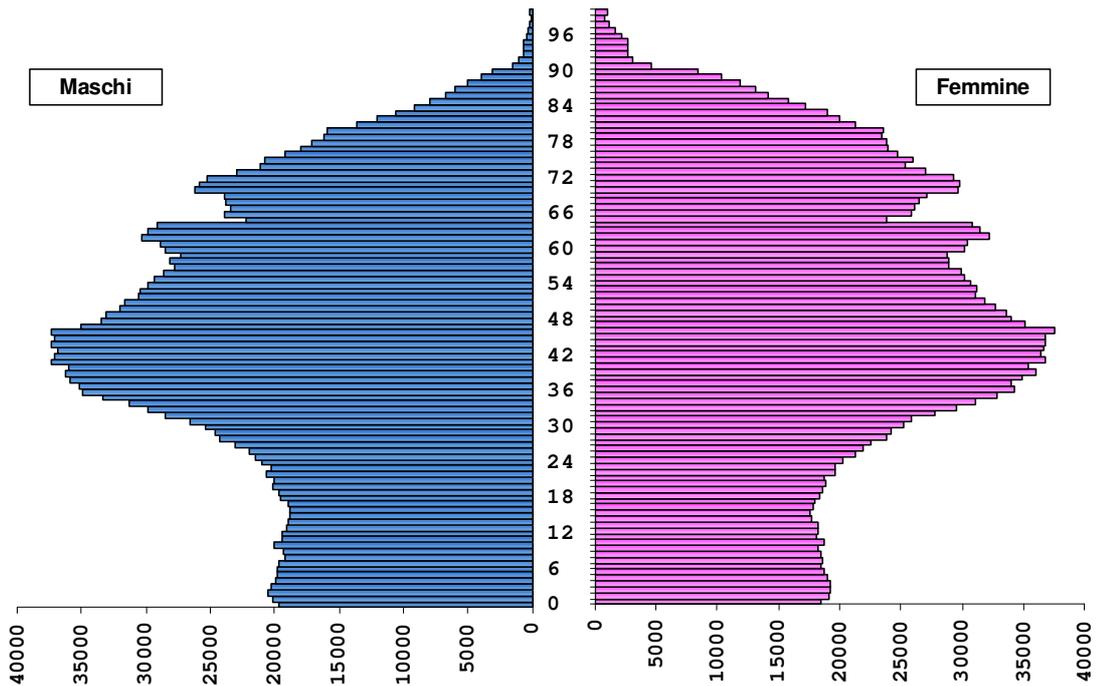
Il trend della natalità è influenzato significativamente dal contributo della popolazione straniera. Nel 2010 i bambini nati con cittadinanza straniera sono pari al 18,5% dei nati in Piemonte (Graf. B).

Graf. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1994-2010 (3)



La Fig. B mostra la distribuzione della popolazione piemontese per sesso ed età al 31.12.2010

Fig. B – Piramide di età della popolazione in Piemonte (31.12.2010) (3)



L'indice di invecchiamento (ossia la popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti) per il Piemonte nel 2010 si attesta intorno a 22,9%, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14 anni x 100, è di 177,7.

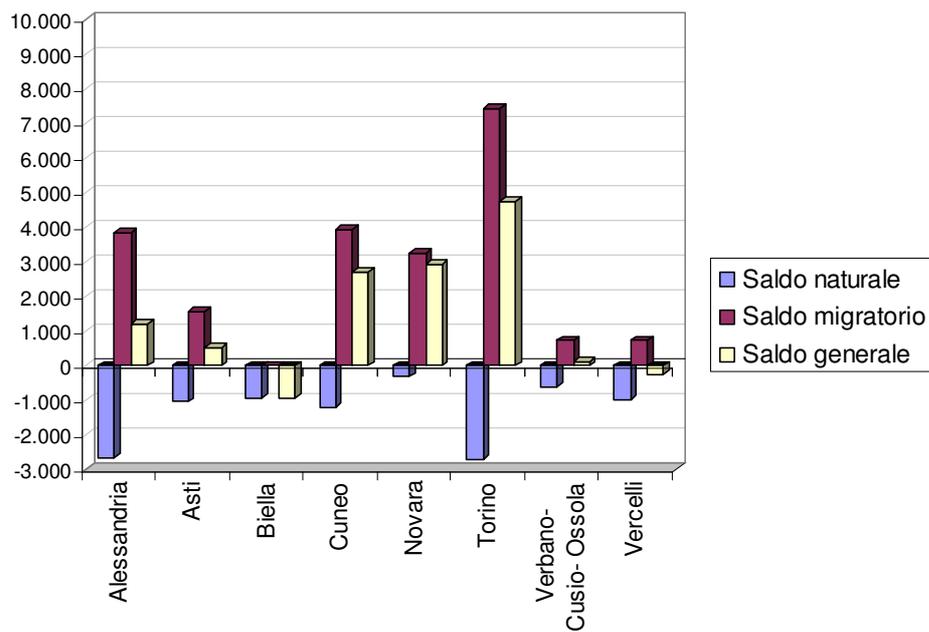
Allo stesso tempo la speranza di vita è cresciuta sia per gli uomini che per le donne rispettivamente da 75,3 e 81,6 anni nel 1998 a 78,7 e 84,1 anni nel 2010 (stima ISTAT) (1).

Nel 2010 in tutte le province piemontesi l'arrivo di nuovi residenti dall'estero compensa la dinamica naturale negativa con incrementi significativi di popolazione tranne che per le Province di Biella e Vercelli dove si registra un saldo generale negativo (rispettivamente -930 e -236) (Tab. B; Graf. C).

Tab. B – Movimenti anagrafici e popolazione nelle province piemontesi (2010) (2)

	nati	morti	iscritti totali	iscritti dall'estero	cancellati totali	cancellati per l'estero	popolazione al 31.12.2010
Alessandria	3.253	5.908	16.811	3.661	12.957	512	440.613
Asti	1.813	2.848	8.706	1.890	7.135	306	221.687
Biella	1.320	2.254	6.561	773	6.557	313	185.768
Cuneo	5.462	6.672	22.477	4.620	18.550	870	592.303
Novara	3.396	3.709	15.345	3.647	12.094	530	371.802
Torino	20.512	23.198	83.514	16.918	76.073	2.971	2.302.353
Verbano-Cusio-Ossola	1.264	1.864	5.858	1.056	5.132	281	163.247
Vercelli	1.365	2.332	6.000	1.115	5.269	237	179.562
Piemonte	38.385	48.785	165.272	33.680	143.767	6.020	4.457.335

Graf. C – Saldo naturale, migratorio e generale nelle Province piemontesi (31.12.2010) (2)



l'incidenza del saldo migratorio sulla popolazione residente è positivo in tutte le aree seppur con un'ampia differenza interprovinciale: dallo 0,02‰ di Biella al 8,8‰ di Alessandria.

ASL CN2 Alba-Bra

La *popolazione residente* nel territorio dell' ASL CN2, al 31 dicembre 2010, è di 171.457 abitanti (dati ISTAT), pari al 3,9% della popolazione residente nella Regione Piemonte.

Il territorio dell'ASL 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 31.12.2010, di 105.702 abitanti;
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2010, di 65.755 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.341 e 29.871, cui seguono Cherasco (8.623), Sommariva del Bosco (6.426), Canale (5.791) (Tab. 1) (3).

Tab. 1 – Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2010 (3, 4).

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Alba	14.790	16.551	31.341	54,9	570,5
Albaretto della Torre	132	128	260	5,3	49,1
Arguello	104	96	200	4,7	42,4
Baldissero d'Alba	532	521	1.053	14,7	71,8
Barbaresco	346	328	674	7,5	89,7
Barolo	342	386	728	5,8	126,0
Benevello	240	221	461	5,2	88,5
Bergolo	34	33	67	3,3	20,4
Borgomale	200	193	393	8,9	44,4
Bosia	90	96	186	5,4	34,2
Bossolasco	340	355	695	14,3	48,5
Bra*	14.474	15.397	29.871	59,5	502,1
Camo	104	99	203	3,7	54,7
Canale	2.882	2.909	5.791	18,3	317,1
Castagnito	1.085	1.072	2.157	6,7	322,4
Castelletto Uzzone	198	172	370	14,6	25,3
Castellinaldo	468	438	906	8,0	113,5
Castiglione Falletto	368	351	719	4,6	155,0
Castiglione Tinella	422	447	869	11,9	73,2
Castino	268	249	517	15,8	32,6
Ceresole Alba*	1.110	1.039	2.149	36,9	58,3
Cerretto Langhe	246	220	466	9,8	47,4
Cherasco*	4.214	4.409	8.623	80,7	106,8
Cissone	44	38	82	5,9	13,9
Corneliano d'Alba	1.031	1.060	2.091	10,0	208,3
Cortemilia	1.194	1.260	2.454	24,2	101,4
Cossano Belbo	522	520	1.042	21,1	49,3
Cravanzana	193	206	399	7,9	50,8
Diano d'Alba	1.748	1.712	3.460	17,7	195,5
Feisoglio	176	179	355	7,6	46,8
Gorzegno	164	168	332	13,8	24,0
Govone	1.014	1.118	2.132	19,1	111,7
Grinzane Cavour	939	989	1.928	4,0	483,2
Guarene	1.708	1.768	3.476	13,1	264,7
La Morra*	1.400	1.358	2.758	24,0	114,8
Lequio Berria	266	233	499	11,8	42,5
Levice	122	122	244	16,5	14,8
Magliano Alfieri	981	1.003	1.984	9,3	213,3
Mango	671	673	1.344	20,3	66,2
Monchiero	299	275	574	5,1	112,1

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Monforte d'Alba	1.034	1.045	2.079	25,5	81,7
Montà	2.290	2.422	4.712	26,4	178,8
Montaldo Roero	438	434	872	12,2	71,5
Montelupo Albese	266	270	536	6,5	82,3
Monteu Roero	828	844	1.672	24,1	69,3
Monticello d'Alba	1.087	1.133	2.220	10,7	208,1
Narzole*	1.786	1.786	3.572	26,0	137,3
Neive	1.626	1.748	3.374	21,2	159,1
Neviglie	205	223	428	8,0	53,3
Niella Belbo	201	208	409	18,0	22,7
Novello	522	512	1.034	11,5	90,1
Perletto	161	145	306	10,2	29,9
Pezzolo Valle Uzzone	172	181	353	26,9	13,1
Piobesi d'Alba	641	638	1.279	4,1	315,0
Pocapaglia*	1.623	1.658	3.281	16,7	196,1
Priocca	977	1.007	1.984	8,8	225,5
Rocchetta Belbo	91	87	178	4,4	40,2
Roddi	788	790	1.578	9,6	165,2
Roddino	194	183	377	10,5	35,8
Rodello	493	493	986	8,7	113,1
San Benedetto Belbo	97	99	196	4,7	41,4
San Giorgio Scarampi	63	60	123	5,6	22,1
Sanfrè*	1.426	1.484	2.910	15,8	184,8
Santa Vittoria d'Alba*	1.367	1.387	2.754	9,9	278,5
Santo Stefano Belbo	2.012	2.097	4.109	23,7	173,4
Santo Stefano Roero	685	747	1.432	13,2	108,5
Serralunga d'Alba	276	259	535	8,5	62,9
Serravalle Langhe	177	149	326	8,7	37,6
Sinio	268	257	525	8,7	60,2
Sommariva del Bosco*	3.167	3.259	6.426	35,0	183,4
Sommariva Perno*	1.380	1.467	2.847	17,2	165,7
Torre Bormida	110	100	210	7,6	27,5
Treiso	419	409	828	9,3	88,9
Trezzo Tinella	179	180	359	10,8	33,4
Verduno*	280	284	564	7,3	77,0
Veza d'Alba	1.142	1.088	2.230	14,1	158,7
TOTALE ASL	83.932	87.525	171.457	1122,1	152,8

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

La *densità della popolazione residente* nell'ASL CN2 nell'anno 2010 è di 152,8 abitanti per chilometro quadrato. Quella del 2001 è di 141,5. Quella del Piemonte nel 2010 è di 175,6 (Tab. 2) (4).

Tab. 2 – Densità della popolazione – Anno 2010

	Popolazione al 31.12.2010	Area kmq	Densità della popolazione residente
ASL CN2	171.457	1.122,1	152,8
Distretto 1 Alba	105.702	793,1	133,3
Distretto 2 Bra	65.755	329,0	199,9
Provincia Cuneo	592.303	6.894,0	85,9
Regione Piemonte	4.457.335	25.388,4	175,6

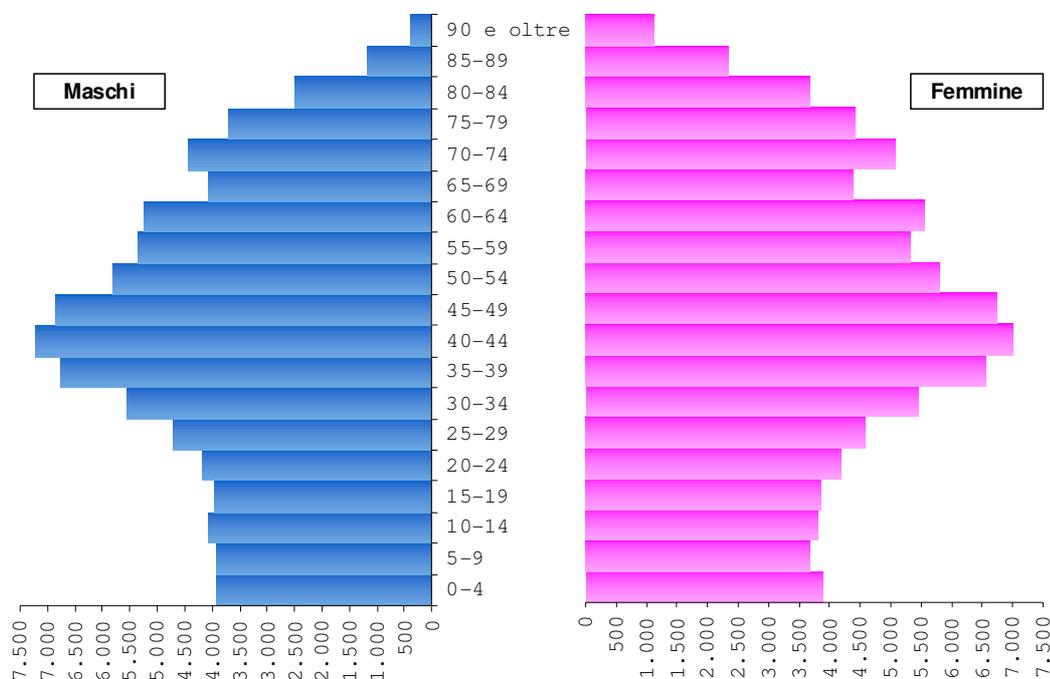
La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,1% contro il 48,9%). In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero di uomini decresce; a novanta anni ed oltre le donne rappresentano il 74% della popolazione (Tab. 3) (2).

Tab. 3 - Popolazione residente ASL CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2010 (2)

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
0-4	3.949	50,4	3.885	49,6	7.834
5-9	3.923	51,5	3.698	48,5	7.621
10-14	4.070	51,7	3.803	48,3	7.873
15-19	3.969	50,7	3.855	49,3	7.824
20-24	4.174	49,9	4.189	50,1	8.363
25-29	4.715	50,7	4.591	49,3	9.306
30-34	5.575	50,5	5.466	49,5	11.041
35-39	6.754	50,7	6.572	49,3	13.326
40-44	7.214	50,7	7.027	49,3	14.241
45-49	6.848	50,4	6.742	49,6	13.590
50-54	5.811	50,0	5.801	50,0	11.612
55-59	5.362	50,2	5.322	49,8	10.684
60-64	5.264	48,7	5.550	51,3	10.814
65-69	4.071	48,1	4.385	51,9	8.456
70-74	4.436	46,7	5.066	53,3	9.502
75-79	3.708	45,7	4.407	54,3	8.115
80-84	2.497	40,4	3.687	59,6	6.184
85-89	1.193	33,7	2.345	66,3	3.538
90 e oltre	399	26,0	1.134	74,0	1.533
TOTALE	83.932	48,9	87.525	51,1	171.457

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'ASL CN2 - Anno 2010



La *speranza di vita* alla nascita, a 35 e a 65 anni, si attesta, nel triennio 2001-2003, a 77,7, 43,8 e 17,1 anni per gli uomini e a 83,0, 48,8 e 20,7 anni per le donne con un incremento del numero medio di anni da vivere alla nascita di 1,1 e 1,2 anni rispettivamente per gli uomini e per le donne rispetto al periodo 1998-2000. Rispetto al Piemonte, la speranza di vita alla nascita nel triennio 2001-2003 risulta superiore di 0,7 e di 0,3 rispettivamente per gli uomini e per le donne (5).

L'età media della popolazione nell'anno 2010 è di 43,9 anni con un incremento di 0,8 anni rispetto al 2001. In Piemonte nel 2010 l'età media si attesta a 44,9 anni (6).

Gli stranieri residenti al 31.12.2010 nell'ASL CN2 sono 18.589, pari al 10,8% del totale dei residenti con un incremento del 291% rispetto all'anno 2002. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2010 sono 398.910, pari al 9% del totale dei residenti (Tab. 4, 5) (3,7).

Tab. 4 - Stranieri per 100 residenti – Anno 2010

ASL CN2	10,8
Distretto 1 Alba	10,9
Distretto 2 Bra	10,8
Provincia Cuneo	9,5
Regione Piemonte	9,0

Tra i Comuni dell'ASL CN2 i centri con il maggior numero di stranieri ogni 100 abitanti sono Sinio, Monchiero e Narzole (19,6%, 18,6%, 18,1%), mentre Arguello e Camo si caratterizzano per la percentuale minore (rispettivamente 2,5% e 3%) (Tab. 5).

Tab. 5 – Popolazione residente e popolazione straniera residente nei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2010 (3)

COMUNI	Popolazione straniera residente			Stranieri per 100 residenti
	Maschi	Femmine	Totale	
Alba	1.628	1.928	3.556	11,3
Albaretto della Torre	11	14	25	9,6
Arguello	2	3	5	2,5
Baldissero d'Alba	14	31	45	4,3
Barbaresco	47	44	91	13,5
Barolo	36	39	75	10,3
Benevello	24	19	43	9,3
Bergolo	3	5	8	11,9
Borgomale	8	9	17	4,3
Bosia	12	12	24	12,9
Bossolasco	34	43	77	11,1
Bra*	1.877	1.898	3.775	12,6
Camo	3	3	6	3,0
Canale	507	470	977	16,9
Castagnito	207	176	383	17,8
Castelletto Uzzone	13	21	34	9,2
Castellinaldo	44	33	77	8,5
Castiglione Falletto	36	31	67	9,3
Castiglione Tinella	44	42	86	9,9
Castino	40	29	69	13,3
Ceresole Alba*	63	81	144	6,7
Cerretto Langhe	22	25	47	10,1
Cherasco*	355	390	745	8,6
Cissone	4	6	10	12,2
Corneliano d'Alba	118	87	205	9,8
Cortemilia	120	171	291	11,9
Cossano Belbo	67	66	133	12,8
Cravanzana	21	22	43	10,8
Diano d'Alba	102	123	225	6,5
Feisoglio	5	9	14	3,9
Gorzegno	7	14	21	6,3
Govone	68	72	140	6,6
Grinzane Cavour	139	144	283	14,7
Guarene	152	202	354	10,2
La Morra*	139	144	283	10,3
Lequio Berria	15	19	34	6,8

COMUNI	Popolazione straniera residente			Stranieri per 100 residenti
	Maschi	Femmine	Totale	
Levice	16	17	33	13,5
Magliano Alfieri	90	77	167	8,4
Mango	90	80	170	12,6
Monchiero	60	47	107	18,6
Monforte d'Alba	182	179	361	17,4
Montà	251	246	497	10,5
Montaldo Roero	18	27	45	5,2
Montelupo Albese	37	34	71	13,2
Monteu Roero	40	54	94	5,6
Monticello d'Alba	116	99	215	9,7
Narzole*	335	310	645	18,1
Neive	286	300	586	17,4
Neviglie	11	12	23	5,4
Niella Belbo	11	19	30	7,3
Novello	53	56	109	10,5
Perletto	9	13	22	7,2
Pezzolo Valle Uzzone	14	21	35	9,9
Piobesi d'Alba	49	44	93	7,3
Pocapaglia*	37	62	99	3,0
Priocca	41	56	97	4,9
Rocchetta Belbo	2	4	6	3,4
Roddi	27	34	61	3,9
Roddino	12	14	26	6,9
Rodello	30	47	77	7,8
San Benedetto Belbo	4	13	17	8,7
San Giorgio Scarampi	9	6	15	12,2
Sanfrè*	102	121	223	7,7
Santa Vittoria d'Alba*	160	177	337	12,2
Santo Stefano Belbo	250	250	500	12,2
Santo Stefano Roero	53	73	126	8,8
Serralunga d'Alba	45	51	96	17,9
Serravalle Langhe	5	9	14	4,3
Sinio	55	48	103	19,6
Sommariva del Bosco*	262	283	545	8,5
Sommariva Perno*	96	124	220	7,7
Torre Bormida	7	7	14	6,7
Treiso	49	35	84	10,1
Trezzo Tinella	6	7	13	3,6
Verduno*	27	27	54	9,6
Veza d'Alba	72	75	147	6,6
Totale ASL CN2	9.006	9.583	18.589	10,8

* Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Il numero medio di componenti della famiglia si attesta nell'anno 2010 a 2,4. Quello del Piemonte è di 2,2 (Tab. 6) (7).

Tab. 6 - N. medio di componenti della famiglia - Anno 2010

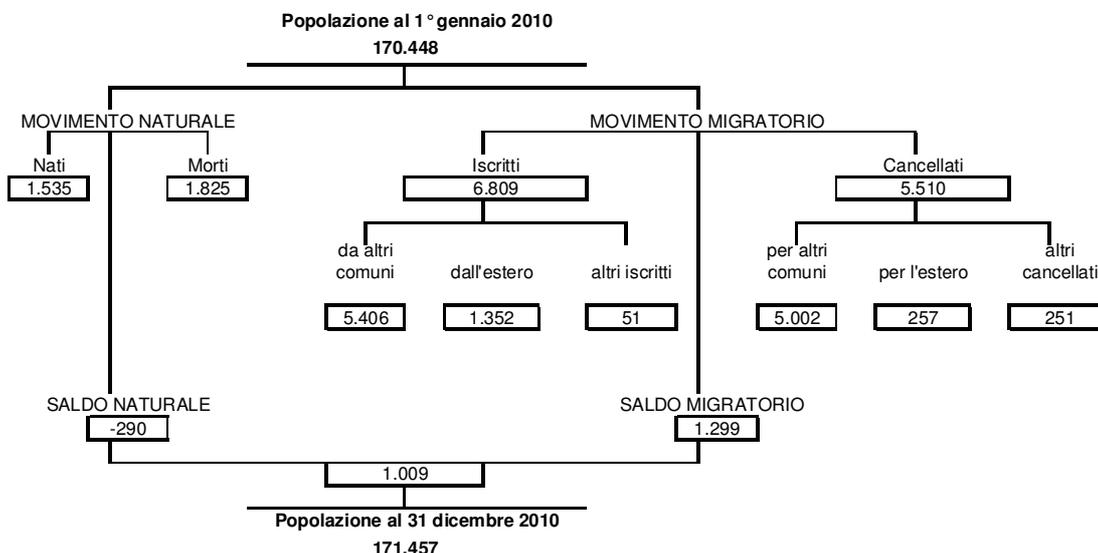
ASL CN2	2,4
Distretto 1 Alba	2,3
Distretto 2 Bra	2,4
Provincia Cuneo	2,3
Regione Piemonte	2,2

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

Andamento demografico

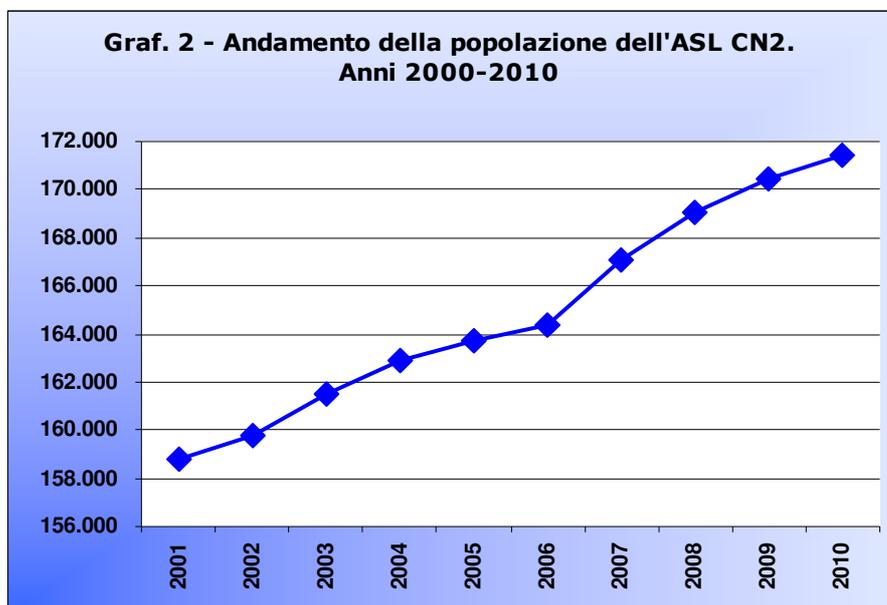
Anche per il 2010 nell'ASL CN2, il *saldo naturale* è negativo con i decessi che superano le nascite di 290 unità, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il *saldo migratorio* (iscritti - cancellati) è positivo (1.299). (Fig. 1, Tab. 7, Graf. 3).

Fig.1 – Dinamica demografica nell'ASL CN2 nel 2010 (Fonte ISTAT) (7)



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

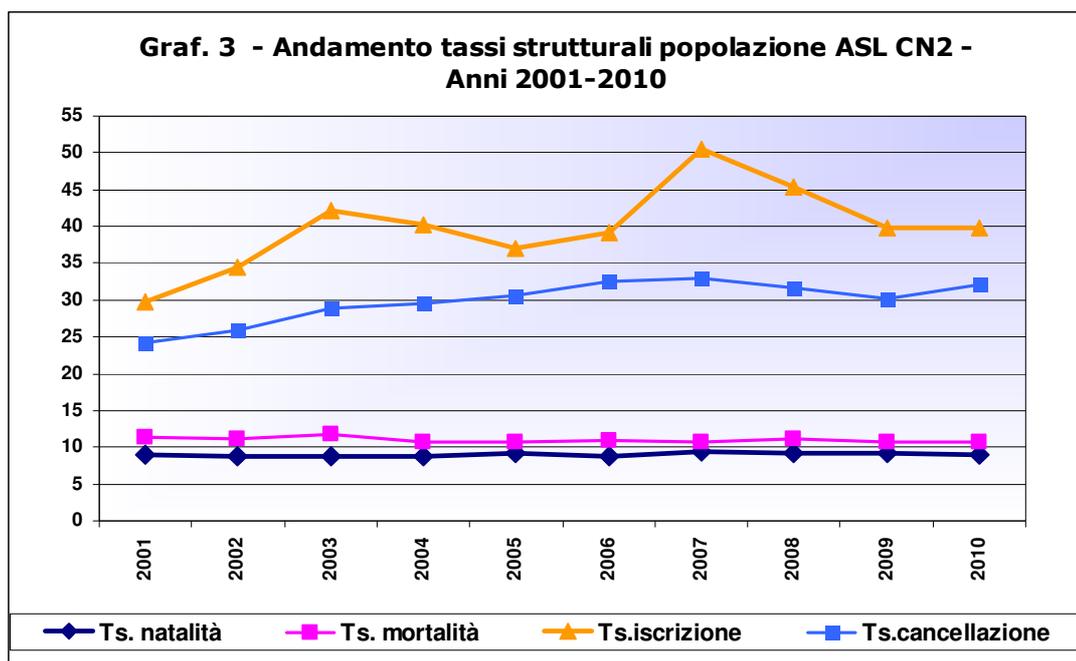
- il totale generale è progressivamente aumentato negli anni: dal 2001 al 2010 si è registrato un incremento del 7,4% (12.664 unità) (Graf. 2);



- negli anni 2001 - 2006 il numero dei nati ha un andamento crescente, seppur con delle oscillazioni, mentre nell'ultimo triennio si è stabilizzato (Tab. 7);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni: nel 2003 e nel 2008 si sono registrati due picchi (rispettivamente 1.881 e 1.879); nel 2010 il numero assoluto dei decessi (1.825) è aumentato rispetto al 2009 (Tab. 7);

Tab. 7 - Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione ASL CN2 ASL CN2 - Anni 2001-2010 (3)

	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
2001	158.793	1.423	1.789	-366	4.729	3.843	886
2002	159.787	1.390	1.764	-374	5.485	4.117	1.368
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



- nel 2010 i tassi strutturali della popolazione hanno subito una lieve riduzione rispetto al 2009 fatta eccezione per il tasso di cancellazione il quale è passato da 30,1 per 1000 del 2009 a 32,1 per 1000. (Tab. 8) (7).

Tab. 8 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'ASL CN2 - Anni 2001-2010 (7)

	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso d'iscrizione	Tasso di cancellazione
2001	9,0	11,3	29,8	24,2
2002	8,7	11,1	34,4	25,8
2003	8,8	11,7	42,2	28,8
2004	8,7	10,7	40,3	29,5
2005	9,2	10,8	37,0	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

Natalità

Nel 2010, l'indice di natalità dell'ASL CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000, è di 9, superiore al dato Regionale (8,6) e quasi sovrapponibile al dato provinciale cuneese (Tab. 9).

Tab. 9 – Indici di natalità – Anno 2010 (2)

	Indice di natalità
ASL CN2	9,0
Distretto 1 Alba	8,6
Distretto 2 Bra	9,5
Provincia Cuneo	9,2
Regione Piemonte	8,6

Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'ASL, 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 2010 per i 76 Comuni del territorio ASL CN2.

Tab. 10 - Tassi di natalità per 1000 dei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2010 (2)

COMUNI	TASSI DI NATALITA'
Alba	7,8
Albaretto Torre	7,7
Arguello	20,0
Baldissero D'alba	4,7
Barbaresco	8,9
Barolo	4,1
Benevello	10,8
Bergolo	0,0
Borgomale	10,2
Bosia	5,4
Bossolasco	10,1
Bra	9,0
Camo	0,0
Canale	9,7
Castagnito	11,1
Casteletto Uzzone	2,7
Castellinaldo	7,7
Castiglione Falletto	8,3
Castiglione Tinella	2,3
Castino	1,9
Ceresole D'alba	7,9
Cerretto Langhe	8,6
Cherasco	11,2
Cissone	12,2
Corneliano D'alba	10,0
Cortemilia	4,5
Cossano Belbo	6,7
Cravanzana	0,0
Diano D'alba	9,0
Feisoglio	8,5
Gorzegno	6,0
Govone	6,6
Grinzane Cavour	11,4
Guarene	11,5
La Morra	10,5

COMUNI	TASSI DI NATALITA'
Lequio Berria	4,0
Levice	12,3
Magliano Alfieri	13,1
Mango	6,7
Monchiero	10,5
Monforte D'alba	9,1
Monta'	10,0
Montaldo Roero	9,2
Montelupo Albese	14,9
Monteu Roero	7,8
Monticello D'alba	9,9
Narzole	11,5
Neive	10,7
Neviglie	2,3
Niella Belbo	2,4
Novello	8,7
Perletto	9,8
Pezzolo Valle Uzzone	8,5
Piobesi D'alba	14,1
Pocapaglia	8,8
Priocca	7,6
Rocchetta Belbo	0,0
Roddi	12,0
Roddino	8,0
Rodello	8,1
San Benedetto Belbo	0,0
San Giorgio Scarampi (At)	0,0
Sanfre'	9,3
Santa Vittoria D'alba	10,5
Santo Stefano Belbo	11,4
Santo Stefano Roero	13,3
Serralunga D'alba	13,1
Serravalle Langhe	0,0
Sinio	7,6
Sommariva Del Bosco	8,4
Sommariva Perno	9,5
Torre Bormida	0,0
Treiso	13,3
Trezzo Tinella	2,8
Verduno	8,9
Veza D'alba	4,9

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 2010 è di 20,4. Quello del 2001 è di 19,7 e quello del Piemonte nel 2010 è di 20,1 (7). 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 (4).

Mortalità

Il tasso grezzo di mortalità della popolazione ASL CN2 (numero morti/popolazione totale) nel 2010 è di 10,6 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è aumentato (Tab. 7, 8).

Il tasso grezzo di mortalità per entrambi i Distretti 1 di Alba e 2 di Bra è inferiore al dato della Provincia di Cuneo (11,6) (Tab. 11).

Tab. 11 - Indici di mortalità - Anno 2010 (2)

	Indici di mortalità
ASL CN2	10,6
Distretto 1 Alba	11,0
Distretto 2 Bra	10,1
Provincia Cuneo	11,3
Regione Piemonte	10,9

La Tab. 12 mostra i tassi di mortalità calcolati nel 2010 per i 76 Comuni del territorio ASL CN2.

Tab. 12 - Tassi di mortalità per 1000 dei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2010 (2)

COMUNI	TASSI DI MORTALITA'
Alba	10,5
Albaretto Torre	15,4
Arguello	10,0
Baldissero D'alba	10,4
Barbaresco	14,8
Barolo	8,2
Benevello	10,8
Bergolo	14,9
Borgomale	20,4
Bosia	32,3
Bossolasco	14,4
Bra	10,1
Camo	14,8
Canale	10,0
Castagnito	8,3
Casteletto Uzzone	8,1
Castellinaldo	13,2
Castiglione Falletto	8,3
Castiglione Tinella	9,2
Castino	7,7
Ceresole D'alba	12,1
Cerretto Langhe	21,5
Cherasco	10,0
Cissone	24,4
Corneliano D'alba	12,9
Cortemilia	17,9
Cossano Belbo	12,5
Cravanzana	27,6
Diano D'alba	7,2
Feisoglio	8,5
Gorzegno	24,1
Govone	12,2
Grinzane Cavour	9,3
Guarene	9,5
La Morra	9,1
Lequio Berria	12,0
Levice	12,3
Magliano Alfieri	14,6
Mango	9,7
Monchiero	8,7
Monforte D'alba	10,6
Monta'	10,2
Montaldo Roero	12,6
Montelupo Albese	5,6
Monteu Roero	16,7

COMUNI	TASSI DI MORTALITA'
Monticello D'alba	8,1
Narzole	9,5
Neive	11,6
Naviglie	11,7
Niella Belbo	9,8
Novello	7,7
Perletto	13,1
Pezzolo Valle Uzzone	22,7
Piobesi D'alba	5,5
Pocapaglia	11,3
Priocca	8,6
Rocchetta Belbo	11,2
Roddi	4,4
Roddino	10,6
Rodello	9,1
San Benedetto Belbo	15,3
San Giorgio Scarampi (AT)	8,1
Sanfre'	7,2
Santa Vittoria D'alba	10,9
Santo Stefano Belbo	11,4
Santo Stefano Roero	16,1
Serralunga D'alba	18,7
Serravalle Langhe	21,5
Sinio	15,2
Sommariva Del Bosco	9,6
Sommariva Perno	12,6
Torre Bormida	28,6
Treiso	7,2
Trezzo Tinella	8,4
Verduno	3,5
Veza D'alba	11,2

Il *tasso standardizzato di mortalità* per età, calcolato col metodo diretto utilizzando come standard la popolazione europea, è nel 2006 (ultimo anno disponibile) di 522,8 per 100.000. Quello del 2001 è di 585,5 e quello della Regione Piemonte nel 2006 è di 519,6 (Tab. 13) (8).

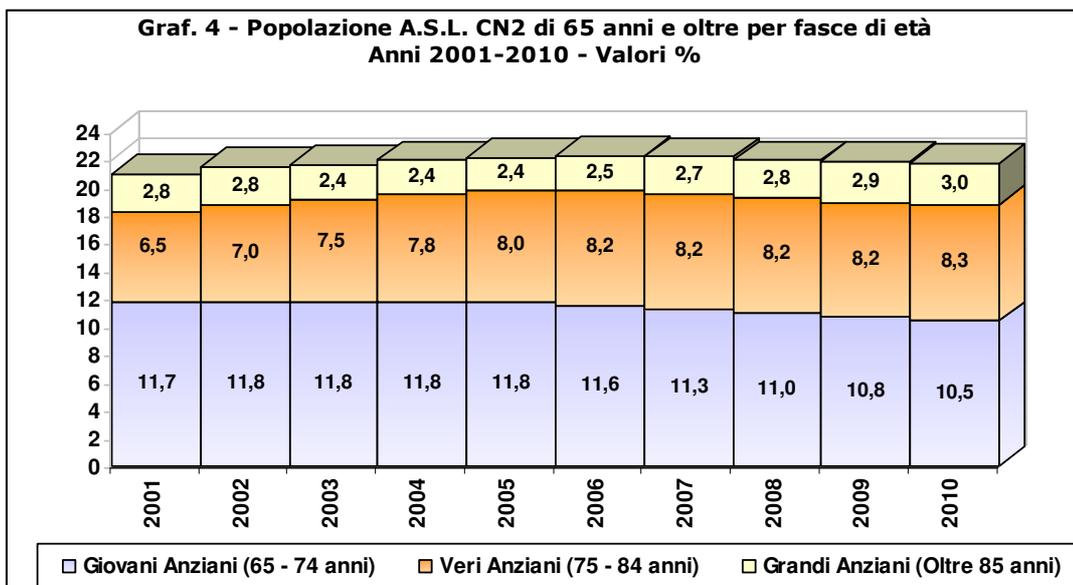
Tab. 13 - Tasso standardizzato di mortalità nell'ASL CN2 – Anni 2001-2006

	Tasso standardizzato morti pop. eu.	Limite inf. i.c. TS morti pop. eu.	Limite sup. i.c. TS morti pop. eu.
2001	585,5	556,9	615,6
2002	550,3	523,1	578,8
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

Gli anziani

Nell'ASL CN2 al 31 dicembre 2010, si stimano 37.328 ultrasessantacinquenni ossia il 21,8% della popolazione totale (43,7% maschi; 56,3% 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 10,5%, quelli di età compresa tra i 75 – 84 anni 8,3% e gli ultraottantacinquenni 3% (Graf. 4).

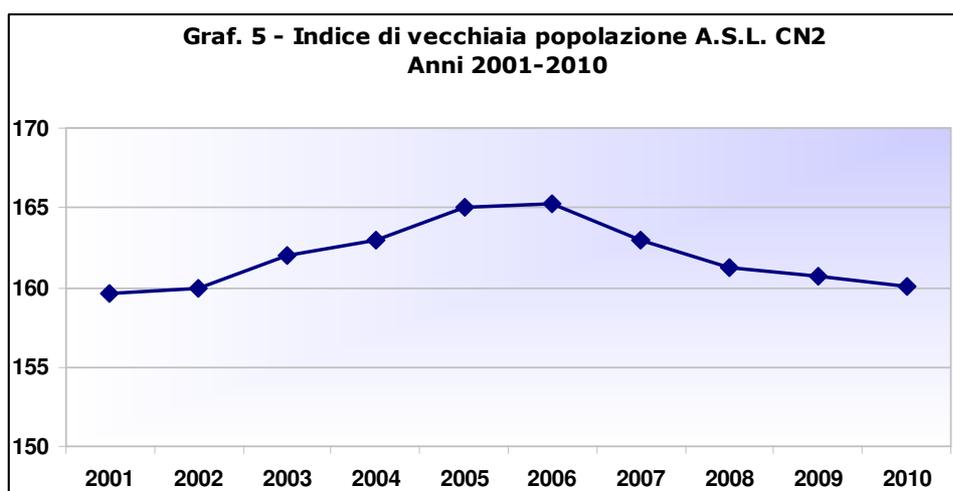


Ulteriori indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione possono essere desunte dallo studio di taluni indicatori demografici cosiddetti "strutturali" quali "l'indice di vecchiaia" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 0 - 14 anni, "l'indice di invecchiamento" = 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 (4).

Nel 2010 nell'A.S.L. CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 160. Quello del 2001 è di 159,6 e quello del Piemonte è di 177,7 (2).

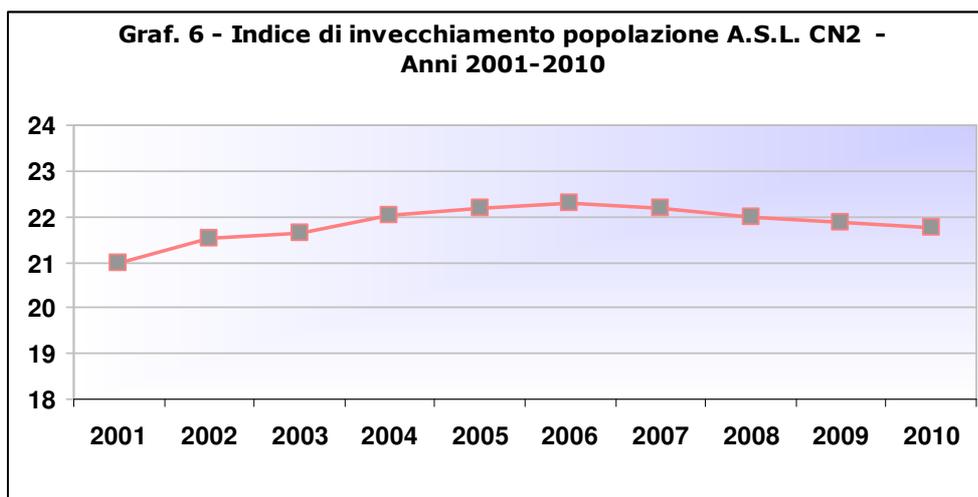
Esso rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi. E' comunque un indicatore di invecchiamento grossolano poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente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

Il grafico 5 mostra l'andamento dell'indice di vecchiaia calcolato per la popolazione dell'ASLCN2 dal 2001 al 2010.



L'indice di invecchiamento nell'A.S.L. CN2 nel 2010 è di 21,8 (2). Esso riflette il peso relativo della popolazione anziana.

Il grafico 6 mostra l'andamento dell'indice di invecchiamento calcolato per la popolazione dell'ASLCN2 dal 2001 al 2010.



I seguenti indicatori forniscono informazioni rispetto alla struttura economica, produttiva e sociale della popolazione.

Nel 2010 l'indice di dipendenza o carico sociale nell'ASL CN2 è di 54,7. Quello del 2001 è di 53 e quello del Piemonte nel 2010 è di 55,6 (7). Esso mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive.

E' un indicatore che risente della struttura economica della popolazione: ad esempio, in società con una importante componente agricola i soggetti molto giovani o anziani non possono essere considerati economicamente o socialmente dipendenti dagli adulti; al contrario, nelle strutture più avanzate, una parte degli individui considerati nell'indice, al denominatore, sono in realtà dipendenti in quanto studenti o disoccupati. L'indice di dipendenza nei Paesi in via di sviluppo assume valori maggiori rispetto alle popolazioni più avanzate economicamente; ciò è in gran parte dovuto alla maggiore presenza di individui giovani a causa della loro più elevata fecondità (4).

L'indice di struttura nell'anno 2010 è di 122,2. Quello del 2001 è di 99,1 e quello del Piemonte nel 2010 è di 130,4 (7).

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 (4).

La Tab. 14 riporta i valori degli indici prima citati calcolati per ciascuno dei 76 Comuni del territorio dell'A.S.L. CN2. Il territorio con gli indici di vecchiaia più elevati è quello della Valle Bormida.

Tab. 14 - Indice di vecchiaia, invecchiamento, carico sociale e di struttura nei 76 comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2010

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Alba	187,2	23,4	56,1	127,4
Albaretto Torre	230,0	26,5	61,5	136,8
Arguello	155,6	21,0	52,7	147,2
Baldissero D'alba	168,3	22,2	54,9	141,1
Barbaresco	165,6	23,6	60,9	119,4
Barolo	190,0	23,5	55,9	134,7
Benevello	210,0	22,8	50,7	148,8
Bergolo	933,3	41,8	86,1	200,0
Borgomale	174,1	25,7	67,9	188,9
Bosia	454,5	26,9	48,8	184,1
Bossolasco	296,9	27,8	59,0	145,5

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Bra	149,4	20,9	53,7	119,5
Camo	231,8	25,1	56,2	160,0
Canale	142,8	20,4	53,1	112,1
Castagnito	82,9	13,9	44,3	101,5
Casteletto Uzzone	311,4	29,5	63,7	143,0
Castellinaldo	185,0	24,5	60,6	125,6
Castiglione Falletto	106,7	17,8	52,7	133,2
Castiglione Tinella	283,0	30,6	70,7	135,6
Castino	296,2	29,8	66,2	190,7
Ceresole D'alba	143,7	20,2	52,1	116,1
Cerretto Langhe	177,4	23,6	58,5	153,4
Cherasco	118,6	18,5	51,6	112,4
Cissone	180,0	32,9	105,0	263,6
Corneliano D'alba	176,9	23,1	56,6	122,9
Cortemilia	281,5	28,6	63,2	132,8
Cossano Belbo	251,8	27,5	62,6	143,7
Cravanzana	286,0	30,8	71,2	156,0
Diano D'alba	137,7	19,1	49,2	125,8
Feisoglio	604,3	39,2	83,9	160,8
Gorzegno	436,0	32,8	67,7	167,6
Govone	208,7	23,7	53,9	126,7
Grinzane Cavour	128,6	18,7	49,7	115,4
Guarene	114,7	17,9	50,5	123,4
La Morra	157,8	21,3	53,3	122,1
Lequio Berria	321,7	29,7	63,6	169,9
Levice	409,5	35,2	78,1	163,5
Magliano Alfieri	144,2	20,2	52,0	104,5
Mango	243,4	28,8	68,4	121,7
Monchiero	127,1	21,3	61,2	102,3
Monforte D'alba	188,8	25,3	62,9	123,1
Monta'	136,5	20,5	55,0	113,8
Montaldo Roero	313,5	32,0	73,0	131,2
Montelupo Albese	163,8	21,1	51,4	129,9
Monteu Roero	219,3	25,2	57,9	117,0
Monticello D'alba	109,9	17,5	50,1	110,4
Narzole	124,9	20,6	59,1	99,6
Neive	153,4	21,6	55,6	114,0
Neviglie	214,0	25,0	57,9	127,7
Niella Belbo	362,2	32,8	71,8	183,3
Novello	128,9	20,7	58,1	127,9
Perletto	256,8	31,0	75,9	176,2
Pezzolo Valle Uzzone	342,9	34,0	78,3	164,0
Piobesi D'alba	103,1	15,5	43,9	121,1
Pocapaglia	103,9	16,9	49,5	116,4
Priocca	168,5	21,3	51,5	120,5
Rocchetta Belbo	300,0	27,0	56,1	142,6
Roddi	88,0	15,3	48,7	137,9
Roddino	295,0	31,3	72,1	167,1
Rodello	175,6	21,9	52,4	124,7
San Benedetto Belbo	355,6	32,7	71,9	153,3
San Giorgio Scarampi (AT)	300,0	29,3	64,0	177,8
Sanfre'	130,8	18,6	48,7	116,0
Santa Vittoria D'alba	127,9	18,1	47,7	112,7
Santo Stefano Belbo	193,1	23,3	54,8	122,7

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Santo Stefano Roero	186,0	25,1	62,7	120,6
Serralunga D'alba	108,9	18,3	54,2	123,9
Serravalle Langhe	396,0	30,4	61,4	188,6
Sinio	191,7	21,9	50,0	133,3
Sommariva Del Bosco	133,7	19,4	51,3	119,3
Sommariva Perno	168,6	22,6	56,3	132,9
Torre Bormida	500,0	33,3	66,7	173,9
Treiso	145,1	21,4	56,5	141,6
Trezzo Tinella	202,0	28,1	72,6	166,7
Verduno	205,1	21,5	46,9	144,6
Veza D'alba	183,3	23,7	57,7	119,6
ASL CN2	160,0	21,8	54,7	122,2

Il cruscotto della "vivacità demografica"(4)

La Tab. 15 riassume l'andamento dei principali indicatori demografici dell'ASL CN2 nel decennio 2001-2010 e il loro scostamento (in positivo o in negativo), nell'anno 2010, dai dati regionali.

Tab. 15 – Andamento dei principali indicatori demografici dell'ASL CN2

Indicatore	Variazione temporale	Vivacità temporale	Variazione territoriale	Vivacità territoriale
Popolazione residente	Aumenta	☺		
Densità di popolazione	Aumenta	☺	Più bassa	☹
Saldo naturale	Aumenta	☺		
Saldo migratorio	Aumenta	☺		
Tasso di natalità	Stabile	☹		
Tasso standardizzato di mortalità*	Diminuisce	☺	Più alto	☹
Numero medio di componenti della famiglia			Più alto	☺
Quota di famiglie uni personali ^o			Più basso	☹
Stranieri per 100 residenti [^]	Aumenta	☺	Più alto	☺
Indice di vecchiaia	Stabile	☹	Più basso	☺
Speranza di vita**	Aumenta	☺	Più alto	☺
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	☺

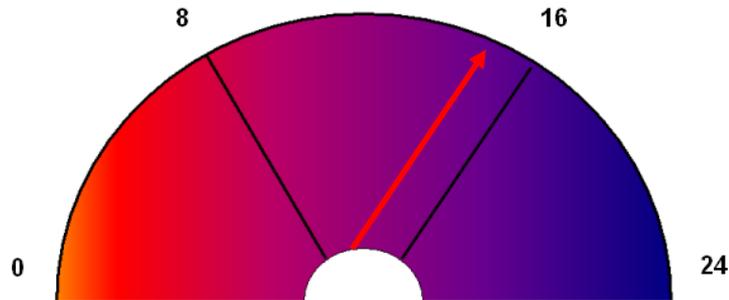
*Il periodo di riferimento per il confronto temporale è: anni 2001-2006

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

[^]Il periodo di riferimento per il confronto temporale è: anni 2002-2010.

**Il confronto temporale è effettuato tra i dati dei trienni 1998-2000 e 2001-2003.

L'analisi sintetica degli indicatori consente di quantificare la "vivacità demografica" dell'ASL CN2 con un punteggio di 15, evidenziando una situazione complessiva di allineamento ai valori medi regionali.



Bibliografia

- (1) Ricercatori IRES Piemonte: "La relazione IRES per il 2010". <http://www.ires.piemonte.it>
- (2) BDDE - Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte: <http://www.regione.piemonte.it:8800/BDDE/indexh.htm>
- (3) <http://demo.istat.it>
- (4) DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute: "Modello demografico". <http://www.dors.it>
- (5) M. Dalmasso, S. Bellini, M. Gulino, D. Sarasino, P.C. Vercellino, R. Gnavi, F. Matricoti, M. Demaria: "La mortalità in Piemonte negli anni 2001-2003". Regione Piemonte. Osservatorio epidemiologico - Ottobre 2009. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/mortalita0103/index.htm>
- (6) Intranet RuparPiemonte: PISTA - Piemonte Statistica. <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
- (7) Regione Piemonte Settore Statistica e Studi: "Bollettino Demografico Piemontese n. 17 - Popolazione per età, sesso e stato civile al 31/12/2010". <http://www.regione.piemonte.it/stat/bollettino17/index.htm>
- (8) Intranet RuparPiemonte: MADEsmart - Motore Analisi Demografica ed Epidemiologica. <http://www.ruparpiemonte.it/madesmart/>

Ruolo delle Cure Primarie nel governo dell'assistenza

Patrizia Corradini

L'attuale contesto epidemiologico rende sempre più indispensabile l'approccio integrato ai problemi del malato, soprattutto del malato, spesso anziano, con patologie cronico - degenerative e richiede una reale presa in carico multi professionale ed interdisciplinare, che garantisca anche la sostenibilità economica del sistema.

Diventa sempre più critico il rapporto di dipendenza, ovvero il rapporto tra la popolazione in età non attiva (infraquattordicenni e ultrasessantaquattrenni) e la popolazione in età lavorativa, che dovrebbe sostenere economicamente la prima: negli ultimi dieci anni questo rapporto è infatti passato dal 48% al 52%, con un forte aumento della popolazione anziana.

Gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale tendono di conseguenza a potenziare l'offerta territoriale per la continuità delle cure, valorizzando la dimensione del "governo clinico". Concorrere nel processo di governo della domanda significa anche conoscere i bisogni autentici della popolazione e mettere in atto, come risposta, il percorso assistenziale più appropriato, tenendo nella dovuta considerazione il rapporto costo-efficacia.

L'appropriatezza diventa non soltanto un obiettivo, ma uno strumento di governo che porta alla necessità di integrazione tra ospedale e territorio, col potenziamento della continuità delle cure, non disgiunta dal processo di riconversione di alcune strutture ospedaliere, ai fini di dare risposta ai bisogni di assistenza subacuta, cronica e residenziale.

Nella necessaria ridefinizione della priorità, l'assistenza primaria deve ripartire dal **ruolo proattivo della medicina di famiglia**, che, attraverso l'implementazione delle forme assistenziali più evolute, centrate sul paziente, organizzate in team multidisciplinare e multi professionale, offrano un'assistenza complessiva e completa.

Il processo di "governance" prevede proprio una più puntuale gestione degli accordi con la medicina convenzionata, all'interno del processo di valutazione e miglioramento continuo dell'assistenza.

L'assistenza primaria è stata negli ultimi anni oggetto di profonde modificazioni, sia dal punto di vista tecnologico (informatizzazione domande di invalidità civile, certificati di malattia, esenzioni ticket, ricetta elettronica) sia dal punto di vista gestionale, soprattutto con l'introduzione delle varie forme di aggregazione.

Nella nostra realtà, da tempo, i **117 medici di medicina generale** convenzionati hanno scelto di lavorare insieme e sono state così costituite otto Associazioni, otto Medicine in Rete e sei Medicine di Gruppo (due delle quali si sono ulteriormente strutturate in Gruppi di Cure Primarie), mentre i **16 pediatri di libera scelta**, oltre a partecipare ai Gruppi di Cure Primarie, si sono aggregati per formare due Associazioni.

Particolare criticità riveste la partecipazione dei medici di Continuità assistenziale (ex Guardia Medica) al processo, sia per la peculiarità del ruolo svolto e sia per il considerevole turnover registrato nel settore.

Per garantire questo servizio, sono presenti, sul nostro territorio, **32 medici di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)**, che si alternano in sei sedi ed hanno effettuato, nell'anno 2010, in 33.226 ore di attività:

- 11.911 visite;
- 5.247 prescrizioni farmaceutiche;
- 3.997 consigli telefonici.

La politica di attuazione del governo clinico viene realizzata tramite un sistema fatto da varie componenti: l'audit, la gestione del rischio clinico, le linee guida ed i percorsi assistenziali, la formazione continua, la comunicazione, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente.

Per dare risposte appropriate e finalizzate ed una corretta presa in carico del cittadino occorre anche ripensare, in un'ottica di equità e di sviluppo della sanità di iniziativa, al primo momento di "accoglienza", ovvero ad un sistema che organizza risposte assistenziali adeguate e puntuali.

In quest'ottica va sicuramente rivista e rivalutata tutta l'**attività di "front-office"**.

Nei dodici punti di "sportello" presenti sul nostro territorio, sono state effettuate, nell'anno 2010, fra l'altro, le seguenti prestazioni:

- movimenti di scelta e revoca: 11.494;
- Esenzioni ticket: 7549.

La dimensione operativa delle Cure Primarie può essere migliorata favorendo e sostenendo forme organizzative come i "Centri di Assistenza Primaria", che devono essere in grado di garantire la continuità assistenziale tramite la presa in carico globale da parte di un team di professionisti. In questo contesto si inserisce la figura dello **specialista ambulatoriale**.

Fondamentale è la progettazione e la realizzazione di formule di integrazione tra ospedale e territorio, quindi tra medicina specialistica e medicina di base, che devono essere interagenti

e complementari, all'interno del percorso di continuità assistenziale delineato per ogni singolo paziente.

Diventano indispensabili interventi condivisi per il miglioramento della qualità assistenziale e prescrittiva e, soprattutto per le prestazioni con più criticità, per la riduzione delle liste e dei tempi di attesa. In questo settore, emergono sempre più sia l'esigenza di razionalizzare ed ottimizzare l'attività specialistica convenzionata sia la necessità di investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico.

Si riporta, nella seguente tabella, una sintesi delle ore totali di Assistenza Specialistica Ambulatoriale Interna relativa all'anno 2010:

BRANCA SPECIALISTICA	ORE TOTALI AL 31.12.2010
Allergologia	10
Cardiologia	59
Chirurgia Vascolare	12
Dermatologia	57
Medicina dello Sport	26
Neurologia	22
Oculistica	71,5
Odontoiatria	78
Odontoiatria e protesi dentale	37
Ortopedia e traumatologia	7
Ostetricia e Ginecologia	50,5
Otorinolaringoiatria	39,5
Radiodiagnostica	6
Scienze dell'alimentazione e Dietologia	24
Urologia	21
Laureati non Medici Chirurghi (Psicologi)	184
Laureati non Medici Chirurghi (Veterinari)	192
TOTALE	888,5

L'invecchiamento progressivo della popolazione comporta la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e socio-sanitari, legata anche alla complessità crescente delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose. Gli anziani (ultrasessantacinquenni) oggi sono il 20% della popolazione e, nel 2050, potrebbero essere, se l'andamento si mantenesse costante, il 33% della popolazione.

L'assistenza domiciliare, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da sviluppare, sia per i risvolti positivi per la qualità di vita del paziente e sia per i vantaggi economici rispetto a tutte le forme di ricovero, anche extraospedaliere.

Il medico di medicina generale con tutti i componenti del gruppo di cura, si assume la responsabilità complessiva della salute del paziente dal punto di vista fisico, psicologico, sociale, culturale ed esistenziale, nonché dal punto di vista temporale, ovvero nelle varie fasi della malattia.

Le indicazioni nazionali e regionali sull'assistenza domiciliare hanno ormai introdotto in modo sistematico una modalità di monitoraggio condivisa dell'attività, con precisi standard di riferimento. Ne deriva la possibilità di un'analisi continua dell'intensità e della complessità degli interventi erogati, utile sia alla verifica dell'attività svolta e dei relativi risultati e sia alla valorizzazione economica delle prestazioni.

Si riportano, di seguito, i dati di attività dell'anno 2010, dai quali emerge l'evoluzione ed il positivo andamento delle cure domiciliari nell'ultimo periodo:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A.D.I.	399	556	642	923	984	998	946	1075	1254	1469	1633
A.D.I. + C.P.	152	179	144	202	222	220	186	164	210	222	239
S.I.D.	399	419	651	673	706	720	693	993	880	913	920
A.D.P.	/	/	/	1015	1011	1008	1299	1332	1548	1439	1414
L.A.	/	/	/	/	/	113	121	154	230	334	374
TOTALE	950	1154	1437	2813	2923	3059	3245	3719	4122	4377	4580

A.D.P. = Assistenza Domiciliare Programmata

S.I.D. = Servizio Infermieristico Domiciliare

A.D.I. = Assistenza Domiciliare Integrata

C.P. = Cure Palliative

L.A. = Lungo Assistenza

La media nazionale di pazienti ultrasessantacinquenni seguiti in Assistenza Domiciliare Integrata è del 4,7%, mentre nella nostra A.S.L. risulta essere il 3,7%: si tratta di un dato parziale, che andrebbe letto in un contesto generale, ma che può comunque indurre a considerare come questa forma di assistenza, nella nostra realtà, possa e debba essere ulteriormente potenziata.

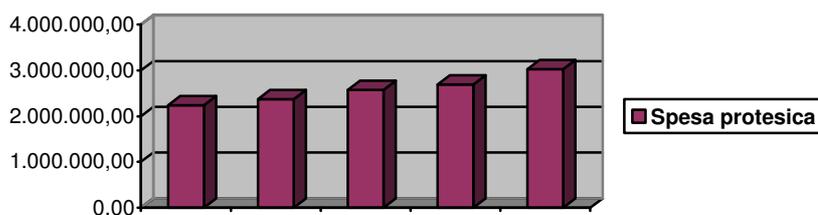
Si è molto lavorato, negli ultimi anni, anche con percorsi di formazione comune, per valorizzare il lavoro di gruppo, consolidare la figura del care giver e sostenere la famiglia, per quanto possibile.

Proprio per venire incontro il più possibile alle esigenze ed alle difficoltà della famiglia, si sono, nel tempo, incoraggiate nuove esperienze e si sono ricercati nuovi modelli e nuove soluzioni assistenziali. Partendo da questi presupposti e con l'obiettivo di completare il quadro degli interventi a supporto della domiciliarità e ridurre i ricoveri impropri, i due Distretti dell'A.S.L., hanno proposto, già nel 2008, la realizzazione di una modalità di assistenza innovativa, i cosiddetti "letti di prossimità", che si è, negli anni, ampliata e diffusa su tutto il territorio, a dimostrazione della validità del modello e della sua eventuale riproducibilità in altri contesti.

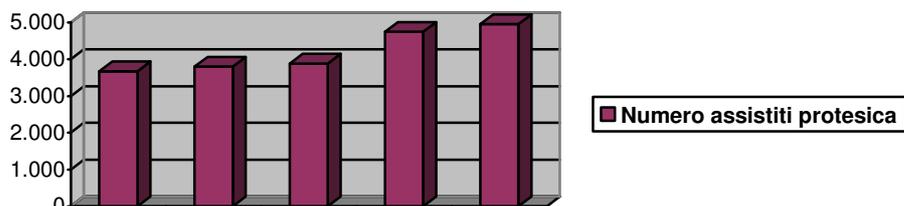
Nell'ambito delle Cure Domiciliari, e non solo, diventa inoltre sempre più rilevante, anche dal punto di vista riabilitativo, tutta l'attività svolta dal settore dell'Assistenza Integrativa e Protesica, in stretta collaborazione fra le varie figure che vi interagiscono.

Al fine di migliorare e razionalizzare l'assistenza, si sono nel tempo intraprese una serie di azioni finalizzate all'erogazione personalizzata, con presupposti clinici verificati ed alla congruità assistenziale e conseguente appropriatezza, anche in relazione alla spesa, che ha registrato un notevole incremento, sia per l'aumento dei pazienti assistiti sul territorio e sia per le notevoli innovazioni tecnologiche offerte in questo settore, come emerge dalle tabelle di seguito riportate:

	2006	2007	2008	2009	2010
Spesa protesica	2.239.715,00	2.375.615,00	2.572.000,00	2.693.305,00	3.029.000,00

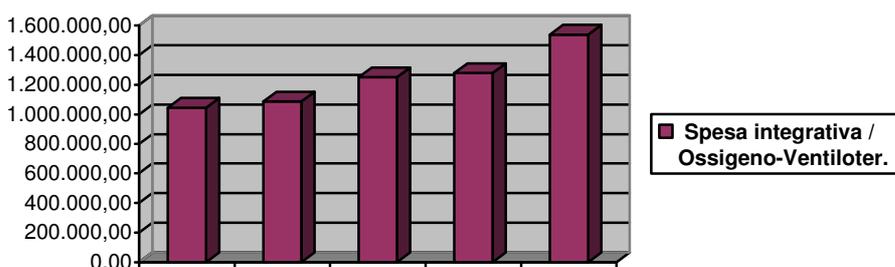


	2006	2007	2008	2009	2010
Numero assistiti protesica	3.675	3.799	3.883	4.744	4.952

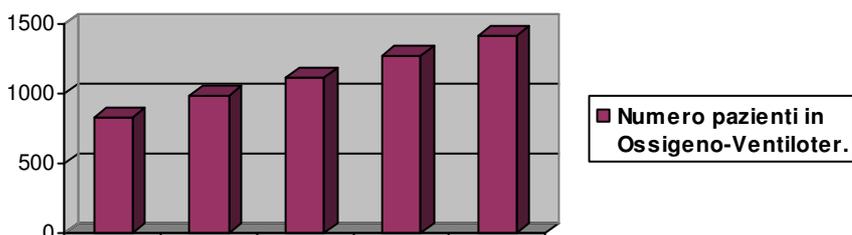


Anche per quanto riguarda l'ossigeno/ventilo terapia, l'aumento di spesa registrato, riportato nelle tabelle che seguono, è dovuto, sia al numero crescente di pazienti in trattamento sia all'aumento delle tipologie di apparecchiature in uso, correlato all'istituzione di centri specifici quali ad esempio quelli per lo studio delle turbe del sonno e quello per la SIDS e sia all'introduzione di nuove tecnologie, che portano sul mercato modelli sempre più avanzati ed ovviamente anche più sofisticati e costosi.

	2006	2007	2008	2009	2010
Spesa integrativa / Ossigeno-Ventiloter.	1.045.000,00	1.086.492,00	1.250.000,00	1.278.266,65	1.538.266,55



	2006	2007	2008	2009	2010
Numero pazienti in Ossigeno-Ventiloter.	832	981	1.108	1.269	1.408



Le Cure Domiciliari presuppongono quindi una serie di condizioni ambientali e soprattutto familiari, senza le quali l'assistenza non può essere garantita.

In taluni casi, diventa pertanto necessario individuare altre forme di risposta, che vanno dal cosiddetto ricovero di sollievo alla pronta accoglienza o al ricovero in struttura R.A.F. o R.S.A., a seconda della valutazione effettuata dalla competente Commissione Valutativa.

Negli ultimi anni, si è assistito alla crescita dei posti letto nelle strutture residenziali, accompagnato da un costante impegno per il miglioramento della qualità dei servizi offerti.

L'introduzione delle procedure di accreditamento ha ulteriormente favorito il processo di adeguamento degli standard strutturali e gestionali.

Si riporta di seguito la situazione **dell'assistenza residenziale per anziani ed adulti non autosufficienti al 31.12.2010:**

DISTRETTO DI ALBA	Tipologia	Posti Letto Accreditati 2010	OSPITI INSERITI IN CONV. BIL. ORD.	TOT. OSPITI CONVENZ.
ALBA COTTOLENGO	Media Intensità	17	17	17
ALBA FERRERO	Media Intensità	20	10	10
ALBA OTTOLENGHI	Alta Intensità	60	21	21
ALBA OTTOLENGHI	Media Intensità	36	36	36
ALBA OTTOLENGHI	Nef. Alta Inten.	0	0	0
CANALE	Media Intensità	15	6	6
CASTIGLIONE TINELLA	Media Intensità	40	19	19
CERRETTO	Media Intensità	60	39	39
CORNELIANO	Media Intensità	40	20	20
CORTEMILIA S.Pantaleo	Media Intensità	20	5	5
CORTEMILIA S.Spirito	Media Intensità	14	10	10
CORTEMILIA Sampò	Media Intensità	51	11	11
CORTEMILIA Sampò.	Nef. Media Int.	0	0	0
GOVONE	Media Intensità	24	13	13
MAGLIANO ALFIERI s.a.	Media Intensità	19	14	14
MAGLIANO ALFIERI v.s.	Media Intensità	41	19	19
MONFORTE	Media Intensità	20	17	17
MONTA'	Media Intensità	40	30	30
MONTICELLO	Media Intensità	44	12	12
NEIVE	Media Intensità	40	18	18
PRIOCCA	Alta Intensità	40	3	3
PRIOCCA	Media Intensità	20	4	4
S.STEFANO BELBO	Media Intensità	40	19	19
S.STEFANO BELBO	Alta Intensità	20	4	4
S.STEFANO ROERO	Media Intensità	40	8	8
VEZZA D'ALBA	Media Intensità	40	19	19
<i>extra asl (pazienti albesi)</i>				
LEQUIO TANARO	Media Intensità	4	3	3
MONESIGLIO	Media Intensità	1	1	1
TORINO P.F.S.Gaetano	Media Intensità	1	1	1
totale di distretto	ALBA	807	379	379

DISTRETTO DI BRA	Tipologia	Posti Letto Accreditati 2010	OSPITI INSERITI IN CONV. BIL. ORD.	TOT. OSPITI CONVENZ.
BRA COTTOLENGO	Media Intensità	40	27	27
BRA FRANCONI	Alta Intensità	40	7	7
BRA FRANCONI	Media Intensità	20	12	12
BRA GLICINI	Alta Intensità	20	9	9
BRA GLICINI	Media Intensità	60	36	36
BRA MONTEPULCIANO	Media Intensità	40	17	17
CERESOLE D'ALBA	Media Intensità	40	11	11
CERESOLE D'ALBA nefr.	Nef.Media Int.	0	0	0
CHERASCO	Alta Intensità	36	8	8
CHERASCO	Media Intensità	30	30	30
CHERASCO	Nef.Alta Inten.	4	0	0
LA MORRA	Media Intensità	20	13	13
NARZOLE	Media Intensità	20	3	3
POCAPAGLIA	Media Intensità	26	20	20
SANFRE'	Media Intensità	31	26	26
SOMMARIVA BOSCO	Media Intensità	58	26	26
SOMMARIVA PERNO	Media Intensità	44	22	22
SOMMARIVA PERNO	Alta Intensità	44	12	12
<i>extra asl(pazienti braides)</i>				
CARAMAGNA PIEMONT	Media Intensità	2	1	1
CARMAGNOLA(A.Azzurri.)	Alta Intensità	1	1	1
totale di distretto	BRA	576	281	281

TOTALE POSTI LETTO	Alta Intensità	265	61	61
TOTALE POSTI LETTO	Media Intens.	1118	599	599

TOTALI		1383	660	660
---------------	--	-------------	------------	------------

popolazione anziana ultrasessantacinquenne ASL CN2 ALBA BRA al 31.12.2009			37.116	
percentuale inserimenti			1,78%	

Al fine di rendere più evidente l'evoluzione, negli anni, di questa forma di assistenza, si riporta, nella tabella che segue, la media degli inserimenti negli ultimi anni e la situazione puntuale al 31 dicembre:

ANNO	POPOL. ANZIANA	MEDIA ANNUA INSERITI (Piano Attività)	% SU POPOL. RESID.	INSERITI AL 31 DICEMBRE	% SU POPOL. RESID.
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	869	2,36
2010	37.116	741	2,00	660	1,78

La maggior integrazione socio-sanitaria si realizza soprattutto nei settori "anziani non autosufficienti" e "disabili", che necessitano più di altri di risposte flessibili e differenziate all'interno di un percorso assistenziale individualizzato, che tenga conto delle varie diversità e specificità. La presa in carico globale della persona fragile e della sua famiglia prevede che gli operatori dei diversi sistemi, sanitario e sociale, siano in grado di offrire risposte integrate in settori per i quali si è assistito, nel tempo, ad una notevole espansione e diversificazione dell'offerta di prestazioni, con un miglioramento dovuto anche all'introduzione del processo dell'accreditamento istituzionale. Nelle tabelle che seguono, si riportano i dati relativi **all'assistenza residenziale e semi-residenziale disabili:**

Assistenza residenz. disabili al 31/12/2010

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2010	Numero ospiti al 31/12/2010	Numero giornate di assist.
ATENA N.D.-Scarmagno	A	1	1	365
ELSA-Canelli	A	3	3	1.095
FERRERO - Alba	A	22	22	7.143
IL MELOGRANO-Vesime	A	11	10	3.637
PICCOLA CASA D.P.	A	25	23	8.615
S.GIOVANNI - Niella Belbo	A	4	4	1.460
LA ROCCA - Bra	B	5	5	1.460
SOTTOSOPRA - Alba	B	3	2	815
PEPENERO - Alba	B	4	3	1.196
TETTI BLU - Alba	B	5	5	1.705
AGAPE S.S.- Racconigi	C	1	1	365
ABRATE -Alba	C	13	10	3.240
AURORA - Pollenzo	C	9	8	2.531
CASA FAMIGLIA RICCA D'ALBA	C	5	5	1.049
CASA M. ROSA - Alba	C	10	8	2.339
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	10	9	3.617
LE NUVOLE - Neive	C	5	4	1.652
PAPA GIOVANNI XXIII	C	2	2	730
VILLA OTTAVIA - Castiglion Falletto)	C	1	1	365
TOTALE		139	126	43.379

Assistenza semiresid. disabili al 31/12/2010

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2010	Numero ospiti al 31/12/2010	Numero giornate di assist.
IL GIRASOLE - Narzole	A	23	20	4.432,0
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	13	13	2.236,5
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	22	17	3.901,5
BONAFOUS - Cortemilia	A	10	9	1.697,0
AGHAV - Bra	A	24	22	4.531,0
COCCIO E TELA- Alba	A	23	23	4.591,0
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	9	9	2.018,0
IL RAMO SANTA CHIARA - Fossano	A	3	2	324,0
INSIEME - Alba	A	25	25	4.775,5
L'IPPOCASTANO - Neive	A	12	12	2.334,0
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	14	14	3.082,0
PUZZLE - Torino	A	1	1	46,0
TOTALE		180	168	33.968,5

Assistenza residenziale disabili (minori) al 31/12/2010

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2010	Numero ospiti al 31/12/2010	Numero giornate di assist.
C.T.M. MULINO PICCOLO - Moncalieri	A	1	0	170
C.F. SANTA MARIA DELLA GIOIA - Mondovì	C	1	1	214
RSA PICCOLO COTTOLENGO D.O.Tortona	A	1	1	108
TOTALE		3	2	492

Assistenza semiresid. disabili (minori) al 31/12/2010

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2010	Numero ospiti al 31/12/2010	Numero giornate di assist.
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	1	1	227
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	2	0	177
TOTALE		3	1	404

Nell'ambito della rete dei servizi attivati, negli ultimi anni, per gli immigrati, nella nostra A.S.L. è stato aperto il "**Centro I.S.I.**" (**Informazione Salute Irregolari**), che prende in carico esclusivamente stranieri irregolari temporaneamente presenti sul nostro territorio.

Nel corso dell'anno 2009 da luglio (data di apertura del Centro I.S.I.) a dicembre il numero di persone assistite è stato 161 mentre le prestazioni sono state 365, mentre, nel corso dell'anno 2010, gli assistiti sono stati 369 e le prestazioni 707.

Si tratta di un'attività particolarmente delicata, che richiede sia particolari competenze professionali e relazionali sia grande dinamicità e flessibilità di risposta.

Un altro settore con caratteristiche assai simili è quello della "**Sanità Penitenziaria**", nato con l'intento di una maggior integrazione tra enti, istituzioni e servizi, che, attraverso una programmazione concertata, tenda a migliorare le capacità di mettere a punto interventi sinergici a favore della salute globale del detenuto.

Anche in questo settore, ci si è impegnati per definire percorsi condivisi che individuino, quale fulcro dell'intervento, la persona, tenendo conto delle sue capacità e dei suoi bisogni da un lato e, dall'altro, dei servizi, delle opportunità e delle risorse disponibili messe in campo dai diversi soggetti che interagiscono nel settore, in relazione alle loro competenze, finalità e vincoli.

Nel corso dell'anno 2010, si sono svolti, su indicazione regionale, numerosi incontri, a livello provinciale, per la costruzione della "carta dei servizi", che dovrebbe costituire un'occasione per poter condividere obiettivi e metodologie di intervento. Alla luce della riforma che ha definito il passaggio delle competenze sanitarie alle Aziende Sanitarie Locali, è infatti sempre più richiesta una maggiore disponibilità all'ascolto reciproco: la "salute" del detenuto non è solo una questione "sanitaria" bensì riguarda tutti. La cura del corpo fisico non può prescindere dalla cura degli stati d'animo delle persone e delle relazioni. Per questo, la qualità della salute dipende dal modo di lavorare e, più è elevata l'integrazione professionale-operativa più è possibile garantire la salute del detenuto. In questa direzione, la carta dei servizi intenderebbe essere uno degli strumenti per facilitare l'integrazione fra le diverse figure professionali coinvolte nei percorsi di cura, ma anche uno strumento per condividere il senso ed il significato dei diversi interventi che quotidianamente si fanno.

Per quanto riguarda l'attività del **Consulterio**, si è assistito ad un aumento delle prestazioni, legato soprattutto alla crescita della popolazione in età fertile dovuta, in particolare, all'effetto migrazione dall'estero.

Le prestazioni consultoriali totali nell'anno 2010 sono state 22.643.

Significativo è il numero di **"Agende di gravidanza"** consegnate dai Consultori della nostra A.S.L. nel corso dell'anno 2010: sono state 1.293, mentre il totale delle donne residenti sul nostro territorio che hanno partorito nel corso dello stesso anno, è stato di 1.480; è stato raggiunto l'87,4% delle donne, registrando così un risultato ottenuto da poche altre realtà piemontesi.

Un dato di notevole interesse, che mette in evidenza come ci si sia allineati alle indicazioni nazionali e regionali in materia, è il numero di **gravidanze fisiologiche seguite dalle ostetriche**, che sono state 329 su un totale di 381 seguite dal Consulterio in generale.

Le linee guida sulla gravidanza fisiologica considerano infatti l'evento una condizione di salute e non di malattia ed insistono sulla necessità di una più precisa definizione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in materia.

Di fronte alla fragilità complessiva del sistema sanitario nazionale, non si può che prendere atto di come le migliorate condizioni di vita ed i notevoli progressi della medicina rischino, paradossalmente, di determinare problemi e ricadute negative per l'intera collettività. Nonostante la tendenza al passaggio ad un sistema di finanziamento più stimolante dal punto di vista degli investimenti e dell'innovazione, restano ancora molte difficoltà ed incertezze.

Occorre pertanto ripensare e riprogrammare, cercando di cogliere le criticità emergenti come opportunità positive e stimolanti per la concretizzazione di un modello globale di servizi socio-sanitari, che siano in grado di "fare sistema" e di essere propositivi, in un quadro integrato di responsabilità e risorse.

Per razionalizzare l'offerta sanitaria, renderla omogenea e garantire la sostenibilità del sistema, è indispensabile quindi accompagnare la verifica delle risorse finanziarie con manovre strutturali e di recupero anche in termini di efficienza e sviluppare un quadro di forte condivisione organizzativa, informativa e di relazione.

Siamo ben consapevoli dei limiti economici e di come la situazione non sia destinata a migliorare nel breve periodo, ma vogliamo e dobbiamo trasformare questi limiti in opportunità.

La tutela sanitaria della popolazione attraverso l'Alleanza Distretto –Medici di Medicina Generale. Un esempio. Il monitoraggio della spesa per prestazioni clinico-specialistiche.

Elio Laudani, Luca Monchiero, Andrea Saglietti, Lara Bolla, Luigina Gazzera

Introduzione

Nella ASL CN2 è assegnata ai Distretti sanitari la funzione di "tutela".

Si tratta di un ruolo di indirizzo e orientamento della popolazione assistita che si può svolgere solo attraverso il coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale (MMG).

Questa figura professionale, il cui stato giuridico di servizio è a cavallo tra la libera professione e la dipendenza, deve essere inserita in un'alleanza strategica con il Distretto Sanitario: il MMG non può essere tenuto ai margini nelle scelte organizzative che concernono la sanità pubblica.

Ogni attività sanitaria, in particolare le attività al di fuori dell'ospedale, deve essere concordata con il MMG.

Il coinvolgimento attivo del MMG nell'ASL CN2 avviene secondo il principio generale: nulla si fa sul territorio senza il MMG.

Questo principio, tradotto in pratica, oltre la retorica delle buone intenzioni, ha portato un rappresentante dei MMG a sedere quale membro effettivo nel Collegio di Direzione dell'ASL.

Oltre al coinvolgimento partecipativo di rappresentanza, al MMG sono forniti periodici strumenti conoscitivi, utili per prendere decisioni e per riflettere criticamente sulla propria attività assistenziale.

Il primo tra gli strumenti forniti al MMG concerne la conoscenza della popolazione che a lui fa riferimento.

Si tratta di periodiche informazioni che riguardano grandezze facilmente misurabili e abitualmente misurate.

Lo studio che qui si presenta trae origine dai periodici rapporti forniti ai MMG.

Le informazioni che spesso, per ragioni di facilità oltre che di consuetudine amministrativa, assumono la forma di grandezze monetarie, non vanno intese come imposizioni forzate al risparmio, ma come traduzione in linguaggio economico di ordinarie attività sanitarie.

La riflessione sugli indicatori economici ha valore per il governo razionale della domanda e per l'uso sensato delle risorse con la finalità di migliorare l'assistenza dei malati.

Questo breve testo fornisce un esempio di interpretazione di dati relativi al costo delle visite specialistiche nelle strutture pubbliche o private accreditate della Regione Piemonte e ha come base la popolazione iscritta nelle liste dei MMG.

Materiali e Metodi

La banca dati in uso alla S.O.C. Controllo di Gestione ha fornito il materiale necessario per le elaborazioni statistiche. Si è analizzato il primo trimestre dell'anno 2011 (mesi di gennaio, febbraio, marzo) per ragioni di completezza e controllo dei dati.

Si è utilizzato l'applicativo informatico Epi-Info versione 3.1 per l'analisi statistica dei dati e in particolare per la costruzione di misure abituali quali medie, mediane, deviazioni standard. Si è focalizzata l'attenzione in particolare sull'analisi della variabilità dei dati tra le singole popolazioni in carico al MMG.

Risultati

Le tabelle seguenti illustrano gli indicatori ritenuti più importanti.

Distribuzione della popolazione in carico al MMG. Primo trimestre 2011. Dati medi.

Numero medio Assistiti nel periodo	Frequency	Percent	Cum Percent	
13	1	0,9%	0,9%	
143	1	0,9%	1,7%	
161	1	0,9%	2,6%	
189,3333	1	0,9%	3,5%	
194	1	0,9%	4,3%	
212,6667	1	0,9%	5,2%	
313,3333	1	0,9%	6,1%	
326	1	0,9%	7,0%	
352,6667	1	0,9%	7,8%	
379,6667	1	0,9%	8,7%	
432	1	0,9%	9,6%	
522,3333	1	0,9%	10,4%	
608,6667	1	0,9%	11,3%	
674,3333	1	0,9%	12,2%	
688,6667	1	0,9%	13,0%	
752	1	0,9%	13,9%	
851,3333	1	0,9%	14,8%	
896,6667	1	0,9%	15,7%	
899,6667	1	0,9%	16,5%	
912,3333	1	0,9%	17,4%	
926,6667	1	0,9%	18,3%	
932,6667	1	0,9%	19,1%	
973	1	0,9%	20,0%	
1003,6667	1	0,9%	20,9%	
1054,6667	1	0,9%	21,7%	
1120,6667	1	0,9%	22,6%	
1125,3333	1	0,9%	23,5%	
1144,6667	1	0,9%	24,3%	
1185,6667	1	0,9%	25,2%	
1217,6667	1	0,9%	26,1%	
1227	1	0,9%	27,0%	
1239	1	0,9%	27,8%	
1248	1	0,9%	28,7%	
1264,6667	1	0,9%	29,6%	
1266	1	0,9%	30,4%	
1272	1	0,9%	31,3%	
1274	1	0,9%	32,2%	
1279,6667	1	0,9%	33,0%	
1283,3333	1	0,9%	33,9%	
1290,6667	1	0,9%	34,8%	
1294	1	0,9%	35,7%	
1309,6667	1	0,9%	36,5%	
1310,3333	1	0,9%	37,4%	
1328,6667	1	0,9%	38,3%	
1347,3333	1	0,9%	39,1%	
1367,3333	1	0,9%	40,0%	
1373	1	0,9%	40,9%	
1376,3333	1	0,9%	41,7%	
1384	1	0,9%	42,6%	
1385,3333	1	0,9%	43,5%	
1394,6667	1	0,9%	44,3%	
1400	1	0,9%	45,2%	
1404,3333	1	0,9%	46,1%	
1410,3333	1	0,9%	47,0%	
1413,6667	1	0,9%	47,8%	
1416,3333	1	0,9%	48,7%	
1416,6667	1	0,9%	49,6%	
1431	1	0,9%	50,4%	
1464,6667	1	0,9%	51,3%	
1469,6667	1	0,9%	52,2%	
1479,6667	1	0,9%	53,0%	
1485	1	0,9%	53,9%	
1485,3333	1	0,9%	54,8%	
1487	1	0,9%	55,7%	
1493	1	0,9%	56,5%	
1498,3333	1	0,9%	57,4%	

Numero medio Assistiti nel periodo	Frequency	Percent	Cum Percent	
1499	1	0,9%	58,3%	
1508,6667	1	0,9%	59,1%	
1509,6667	1	0,9%	60,0%	
1510,3333	1	0,9%	60,9%	
1511,6667	1	0,9%	61,7%	
1515,6667	1	0,9%	62,6%	
1516,6667	1	0,9%	63,5%	
1524	1	0,9%	64,3%	
1526	1	0,9%	65,2%	
1527	1	0,9%	66,1%	
1529	1	0,9%	67,0%	
1529,6667	1	0,9%	67,8%	
1532	1	0,9%	68,7%	
1533	1	0,9%	69,6%	
1534,6667	1	0,9%	70,4%	
1535	1	0,9%	71,3%	
1535,3333	1	0,9%	72,2%	
1536,6667	1	0,9%	73,0%	
1538	1	0,9%	73,9%	
1539,6667	1	0,9%	74,8%	
1540	2	1,7%	76,5%	
1541	1	0,9%	77,4%	
1544,3333	1	0,9%	78,3%	
1546	1	0,9%	79,1%	
1546,6667	1	0,9%	80,0%	
1553	1	0,9%	80,9%	
1554	1	0,9%	81,7%	
1556	1	0,9%	82,6%	
1557,6667	1	0,9%	83,5%	
1564,3333	1	0,9%	84,3%	
1566	1	0,9%	85,2%	
1566,3333	1	0,9%	86,1%	
1566,6667	1	0,9%	87,0%	
1568,3333	1	0,9%	87,8%	
1568,6667	1	0,9%	88,7%	
1581,3333	2	1,7%	90,4%	
1584	1	0,9%	91,3%	
1587,3333	1	0,9%	92,2%	
1591	1	0,9%	93,0%	
1600,3333	1	0,9%	93,9%	
1608	1	0,9%	94,8%	
1608,6667	1	0,9%	95,7%	
1609	1	0,9%	96,5%	
1629,6667	1	0,9%	97,4%	
1635,6667	1	0,9%	98,3%	
1645,3333	1	0,9%	99,1%	
1667,6667	1	0,9%	100,0%	
Total	115	100,0%	100,0%	

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
115	145777,3338	1267,6290	170331,6912	412,7126

Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
13,0000	1185,6667	1431,0000	1540,0000	1667,6667	1540,0000

Distribuzione della spesa per prestazioni clinico-specialistiche primo trimestre 2011.

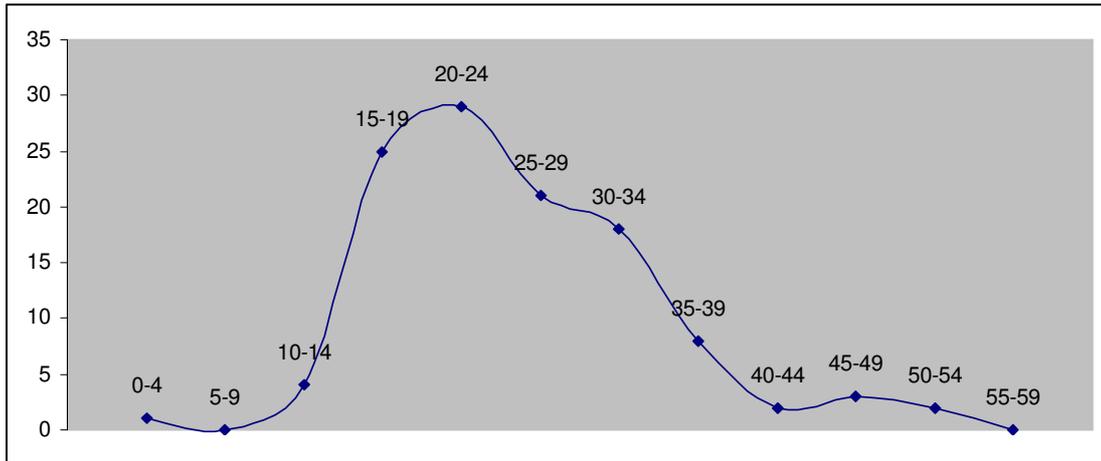
Spesa _pro-capite medico	Frequency	Percent	Cum Percent	
1,5385	1	0,9%	0,9%	
10,6722	1	0,9%	1,7%	
13,4514	1	0,9%	2,6%	
14,1932	1	0,9%	3,5%	
14,4712	1	0,9%	4,3%	
15,3271	1	0,9%	5,2%	
15,3288	1	0,9%	6,1%	
15,6752	1	0,9%	7,0%	
15,9909	1	0,9%	7,8%	
16,2141	1	0,9%	8,7%	
16,28	1	0,9%	9,6%	
16,3314	1	0,9%	10,4%	
16,3688	1	0,9%	11,3%	
16,6399	1	0,9%	12,2%	
16,8026	1	0,9%	13,0%	
16,9469	1	0,9%	13,9%	
17,0843	1	0,9%	14,8%	
18,247	1	0,9%	15,7%	
18,3373	1	0,9%	16,5%	
18,3382	1	0,9%	17,4%	
18,3679	1	0,9%	18,3%	
18,4652	1	0,9%	19,1%	
18,5093	1	0,9%	20,0%	
19,1241	1	0,9%	20,9%	
19,2954	1	0,9%	21,7%	
19,607	1	0,9%	22,6%	
19,6865	1	0,9%	23,5%	
19,7451	1	0,9%	24,3%	
19,8359	1	0,9%	25,2%	
19,9654	1	0,9%	26,1%	
20,0137	1	0,9%	27,0%	
20,0564	1	0,9%	27,8%	
20,0631	1	0,9%	28,7%	
20,1172	1	0,9%	29,6%	
20,1661	1	0,9%	30,4%	
20,2767	1	0,9%	31,3%	
20,3875	1	0,9%	32,2%	
20,4886	1	0,9%	33,0%	
20,5075	1	0,9%	33,9%	
20,5212	1	0,9%	34,8%	
20,5344	1	0,9%	35,7%	
20,8105	1	0,9%	36,5%	
20,9816	1	0,9%	37,4%	
21,3526	1	0,9%	38,3%	
21,3747	1	0,9%	39,1%	
22,0006	1	0,9%	40,0%	
22,2835	1	0,9%	40,9%	
22,3334	1	0,9%	41,7%	
22,4272	1	0,9%	42,6%	
22,4386	1	0,9%	43,5%	
22,5133	1	0,9%	44,3%	
22,8686	1	0,9%	45,2%	
23,0044	1	0,9%	46,1%	
23,0356	1	0,9%	47,0%	
23,2593	1	0,9%	47,8%	
23,3433	1	0,9%	48,7%	
23,7978	1	0,9%	49,6%	
23,8938	1	0,9%	50,4%	
23,9497	1	0,9%	51,3%	
24,7658	1	0,9%	52,2%	
25,4694	1	0,9%	53,0%	
25,8821	1	0,9%	53,9%	
26,0509	1	0,9%	54,8%	
26,3155	1	0,9%	55,7%	
26,3165	1	0,9%	56,5%	

Spesa _pro-capite medico	Frequency	Percent	Cum Percent	
26,6679	1	0,9%	57,4%	
26,7445	1	0,9%	58,3%	
26,9157	1	0,9%	59,1%	
27,1449	1	0,9%	60,0%	
27,319	1	0,9%	60,9%	
27,5317	1	0,9%	61,7%	
27,6569	1	0,9%	62,6%	
27,7655	1	0,9%	63,5%	
28,1999	1	0,9%	64,3%	
28,3461	1	0,9%	65,2%	
28,4055	1	0,9%	66,1%	
28,9473	1	0,9%	67,0%	
29,1709	1	0,9%	67,8%	
29,2375	1	0,9%	68,7%	
29,4562	1	0,9%	69,6%	
29,5466	1	0,9%	70,4%	
30,453	1	0,9%	71,3%	
30,5462	1	0,9%	72,2%	
30,6216	1	0,9%	73,0%	
30,7994	1	0,9%	73,9%	
30,8517	1	0,9%	74,8%	
30,9978	1	0,9%	75,7%	
31,1435	1	0,9%	76,5%	
31,2747	1	0,9%	77,4%	
31,3197	1	0,9%	78,3%	
31,6267	1	0,9%	79,1%	
31,8092	1	0,9%	80,0%	
31,8131	1	0,9%	80,9%	
32,1335	1	0,9%	81,7%	
32,5206	1	0,9%	82,6%	
33,3832	1	0,9%	83,5%	
33,5577	1	0,9%	84,3%	
34,0947	1	0,9%	85,2%	
34,8698	1	0,9%	86,1%	
35,6159	1	0,9%	87,0%	
35,9085	1	0,9%	87,8%	
36,9376	1	0,9%	88,7%	
36,9788	1	0,9%	89,6%	
37,5926	1	0,9%	90,4%	
38,2388	1	0,9%	91,3%	
38,8278	1	0,9%	92,2%	
39,1247	1	0,9%	93,0%	
39,6245	1	0,9%	93,9%	
41,8126	1	0,9%	94,8%	
44,5757	1	0,9%	95,7%	
45,2324	1	0,9%	96,5%	
47,0254	1	0,9%	97,4%	
47,4948	1	0,9%	98,3%	
52,4234	1	0,9%	99,1%	
53,0209	1	0,9%	100,0%	
Total	115	100,0%	100,0%	

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
115	2973,7485	25,8587	78,0961	8,8372

Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
1,5385	19,8359	23,8938	30,9978	53,0209	1,5385

Distribuzione della spesa pro capite per prestazioni specialistiche



Discussione

La finalità di questo breve rapporto è di indagare sulla variabilità di un fattore, le visite specialistiche, che determinano parte della spesa sanitaria complessiva. Questo fattore è riferito alla popolazione assistita dal MMG.

La spesa per visite specialistiche è un fenomeno complesso, che va studiato a fondo per potere essere governato e finalizzato al miglioramento dell'assistenza dei pazienti.

La variabilità del fenomeno va ricercata tra gli stili differenti di approccio al paziente per ogni MMG, tra la differente distribuzione di età degli assistiti e tra il differente accesso alle strutture.

Andranno definite concettualmente e operativamente alcune di queste variabili, per misurarle e descriverle in maniera accurata. Ulteriori approfondimenti si renderanno necessari.

Malattie infettive

Franco Giovanetti

La presente relazione ha come obiettivo la descrizione delle caratteristiche epidemiologiche fondamentali di talune malattie infettive nel territorio dell'ASL CN2 durante il 2010. La fonte dei dati è rappresentata dalle segnalazioni effettuate ai sensi del DM 15.12.1990 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse).

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 2010 non sono state segnalate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

2.1 Pertosse

Numero di casi segnalati nel 2010: 1.

Età: 7 anni.

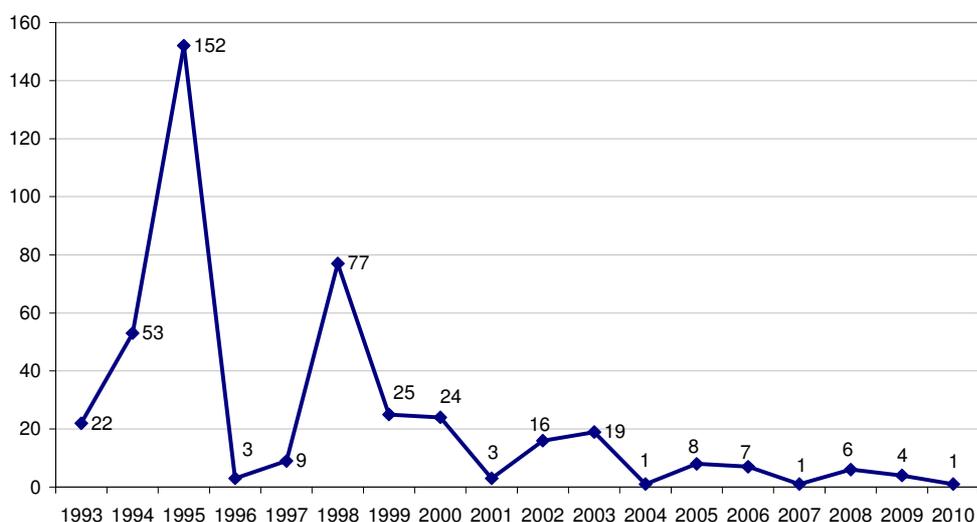
Tasso d'incidenza: 0.6/100.000.

Stato vaccinale: vaccinata regolarmente (ciclo di base e richiamo a 5 anni).

Andamento nel periodo 1993 - 2010

La distribuzione per anno dei casi segnalati di pertosse nell'ASL CN2, periodo 1993-2010, è riportata nel grafico che segue.

Fig. 1 - ASLCN2. Distribuzione dei casi di pertosse per anno di notifica



2.2 Morbillo

Segnalazioni anno 2010

Numero di casi segnalati nel 2010: 11 (di cui 3 confermati in laboratorio tramite la ricerca delle IgM specifiche e 8 correlati tra loro epidemiologicamente).

Tasso d'incidenza: 6.4/100.000.

Età: media 12,7 - mediana 12 - moda 12.

Stato vaccinale: nessuno dei casi era vaccinato.

Caratteristiche dei casi segnalati nel 2010

Sono stati identificati tre cluster familiari, coinvolgenti in totale 8 persone:

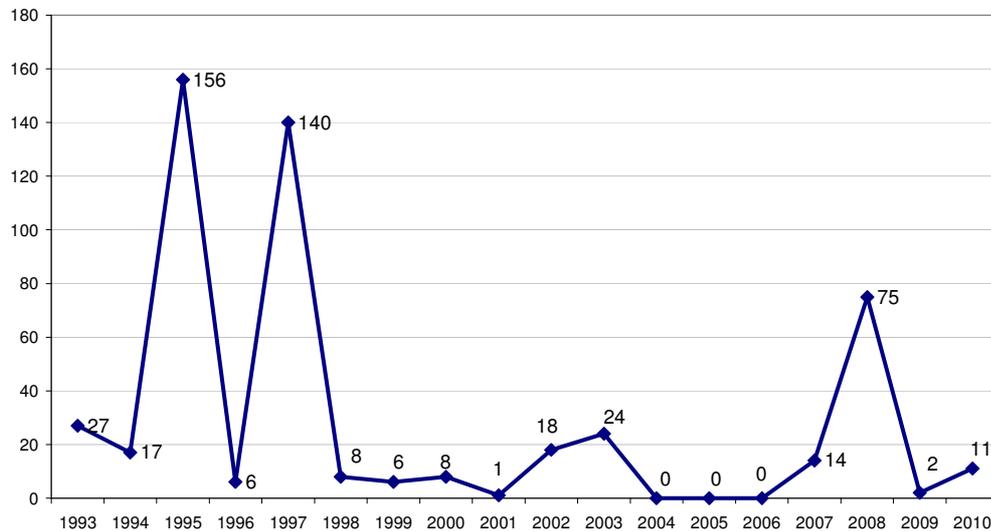
- una madre che nel mese di febbraio ha trasmesso il morbillo al figlio di età inferiore ai 12 mesi, e come tale non ancora vaccinabile. Non sono noti casi secondari;

- due cluster che hanno interessato ciascuno tre fratelli in età pediatrica e adolescenziale, appartenenti a due differenti nuclei familiari (mesi di maggio e giugno);
- due casi correlati con uno dei due cluster.

Andamento nel periodo 1993 – 2010

Il grafico seguente illustra la distribuzione per anno dei casi segnalati di morbillo nel periodo 1993-2010.

Fig. 2 - ASLCN2. Distribuzione dei casi di morbillo per anno di notifica

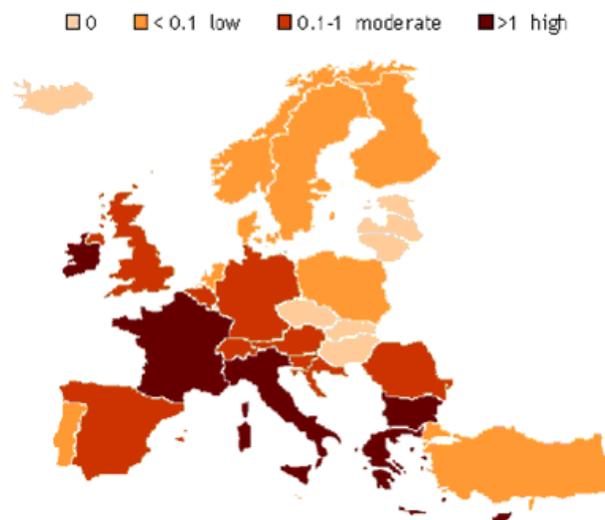


Perché il morbillo è ancora un rilevante problema di sanità pubblica in Italia e in Europa?

L'ultimo rapporto EUVAC (1) ci informa che in Europa nel 2010 sono stati segnalati complessivamente 30.367 casi di morbillo, tra cui più di 5000 adulti. Sono stati rilevati 21 decessi, con un tasso di letalità pari a 0.69/1.000. I non vaccinati costituivano la grande maggioranza (73%), una piccola percentuale (10%) era vaccinata con una sola dose, solo il 2% aveva ricevuto le due dosi raccomandate, mentre il numero di dosi ricevute era ignoto nell'1%. Di un restante 14% non era noto lo stato vaccinale. La mappa che segue, tratta dal rapporto EUVAC, riporta l'incidenza rilevata in ciascun Paese europeo nel 2010. Come si può notare, la maggior parte dei Paesi ha avuto un'incidenza alta (>1/100.000) o moderata (0.1-1/100.000), mentre sono stati pochi i Paesi a bassa incidenza (<0.1/100.000).

Fig. 3 – Europa: incidenza del morbillo nel 2010

Figure 1. Geographical indigenous incidence of measles, 2010



In some countries minor discrepancies with nationally reported data may arise if these include cases reported in 2010 but with disease onset in 2009.

Il morbillo è una malattia candidata all'eliminazione entro il 2015. Esso presenta infatti tutti i requisiti necessari per raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione (ossia, zero casi autoctoni nella popolazione): colpisce solo l'uomo, non ha serbatoi ambientali o animali, non esistono portatori cronici e infine sono disponibili vaccini efficaci e sicuri. Perché in Europa non si riesce a raggiungere questo obiettivo, già conseguito negli Stati Uniti e altrove? Studi recenti hanno individuato il ruolo di alcuni fattori: la scarsa efficacia dell'organizzazione vaccinale, la mancanza di volontà politica e le false convinzioni e/o lo scetticismo del pubblico e degli operatori sanitari in tema di vaccinazioni (2,3).

L'Italia non ha ancora raggiunto il 95% di copertura vaccinale, *condicio sine qua non* per ottenere l'eliminazione della malattia. In base ai dati routinari (www.salute.gov.it), risulta che nel 2009 è stato vaccinato con una dose di MMR l'89.9% dei bambini entro i due anni di età (range per Regione: 70,8%- 95,5%). Rispetto a 10 anni fa la situazione è migliorata, ma la soglia di eliminazione non è stata raggiunta a livello nazionale. Una situazione analoga si riscontra in vari Paesi europei. Come conseguenza, si verificano periodicamente focolai epidemici in Italia e in Europa.

2.3 Parotite epidemica

Segnalazioni anno 2010

Numero di casi segnalati nel 2010: 3 (di cui uno solo confermato in laboratorio tramite la ricerca delle IgM specifiche; per gli altri due la conferma di laboratorio non è stata possibile a causa del rifiuto dei genitori).

Tasso d'incidenza: 1.7/100.000.

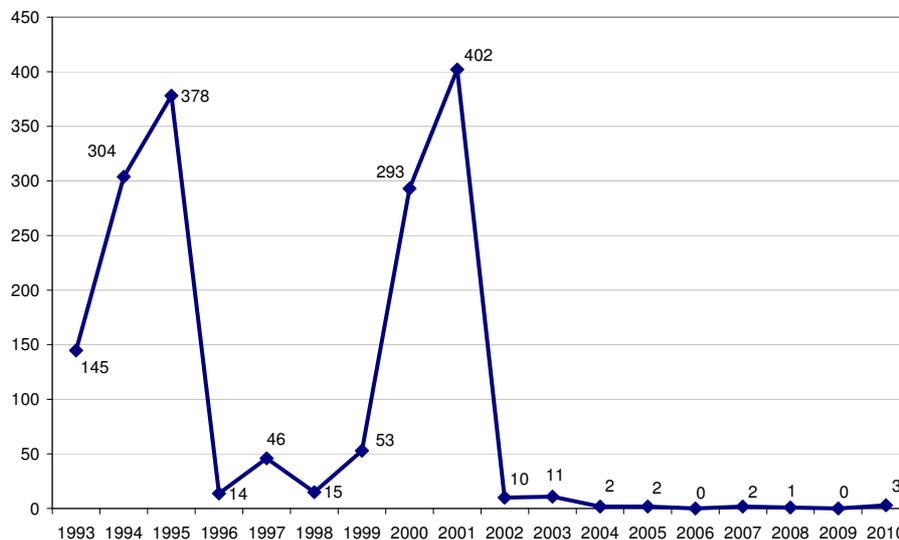
Età: 4,8 e 19 anni.

Stato vaccinale: due casi erano stati vaccinati con una sola dose, il terzo con due dosi.

Andamento nel periodo 1993 - 2010

Il grafico seguente illustra la distribuzione per anno dei casi segnalati di parotite nel periodo 1993-2010.

Fig. 4 - ASLCN2. Distribuzione dei casi di parotite epidemica per anno di notifica



2.4 Rosolia

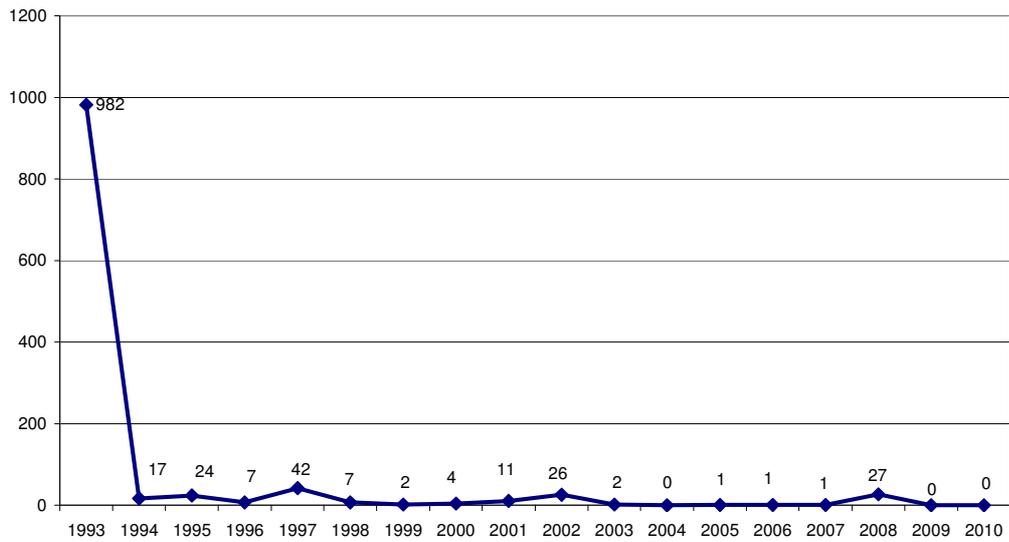
Segnalazioni anno 2010

Numero di casi segnalati nel 2010: 0

Andamento nel periodo 1993 - 2010

La distribuzione per anno dei casi segnalati di rosolia nel periodo 1993-2010 è riportata di seguito.

Fig. 5 - ASLCN2. Distribuzione dei casi di rosolia per anno di notifica



2.5 Varicella

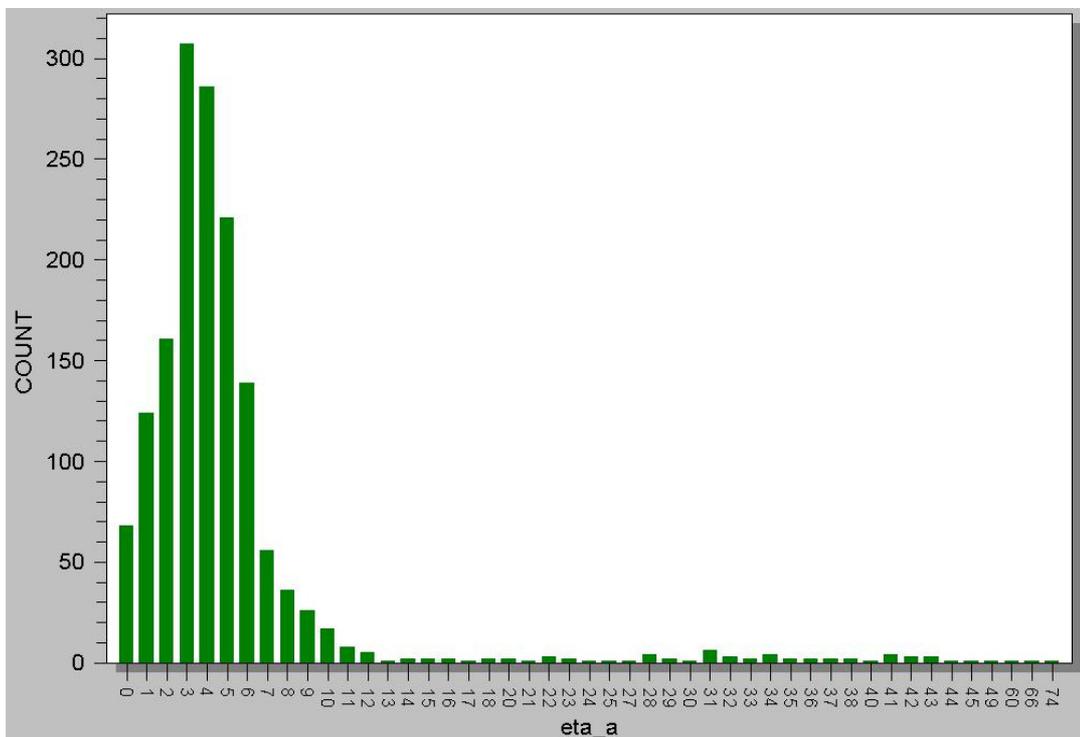
Segnalazioni anno 2010

Numero di casi segnalati nel 2010: 1522

Tasso d'incidenza: 888/100.000.

Età media: 5,2 - mediana 4 - moda 3

Fig. 6 – ASL CN2: distribuzione per età dei casi di varicella segnalati nel 2010



3. Altre malattie notificate

Patologia	Numero casi residenti nel territorio dell'ASL CN2
EPATITE A	2
EPATITE B	1
MALATTIA INVASIVA DA MENINGOCOCCO	1 (sierogruppo non identificato)
MALATTIA INVASIVA DA PNEUMOCOCCO	(di seguito è riportata una tabella di approfondimento)
MALATTIA INVASIVA DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2 (sierotipo e ed f, entrambi in soggetti adulti)
SALMONELLOSI NON TIFOIDEA	43
DIARREA INFETTIVA	72 (di cui 54 da Campylobacter jejuni, 3 da Adenovirus e 1 da Norovirus)
SCARLATTINA	105
LEGIONELLOSI	2
SIFILIDE	5
BLENORRAGIA	8
RICKETTSIOSI	0
LEPTOSPIROSI	0

Malattie invasive da Haemophilus influenzae: tipi emergenti

Nella tabella precedente troviamo per la prima volta due casi di malattia invasiva da Haemophilus influenzae non b. Questo fatto non ci sorprende. Com'è noto, il tipo b è quasi scomparso in Italia ed in Europa grazie alla vaccinazione universale. Da qualche anno sono tuttavia emersi altri tipi di Haemophilus influenzae. Nel 1996 è stata istituita una collaborazione internazionale per monitorare l'impatto delle vaccinazione universale contro l'Haemophilus influenzae di tipo b (Hib) in Europa. I risultati di tale attività sono così riassumibili: sono state 10.081 le infezioni invasive da H. influenzae riportate nel periodo 1996-2006; 4466 (44%, incidenza 0,28 casi/100.000 abitanti) erano dovute a H. influenzae non capsulato (ncHi), 2.836 (28%, 0.15/100.000), a Hib; e infine 690 (7%, 0.036/100,000), a ceppi di H. influenzae non-b. Le infezioni invasive da ncHi sono state osservate più frequentemente nelle persone anziane e sono risultate associate ad una maggiore letalità. Tra i non-b, i più frequenti sono stati il tipo f (72%) ed il tipo e (21%), con un tasso di mortalità complessivo del 9% (4).

Malattia invasiva da pneumococco: approfondimento

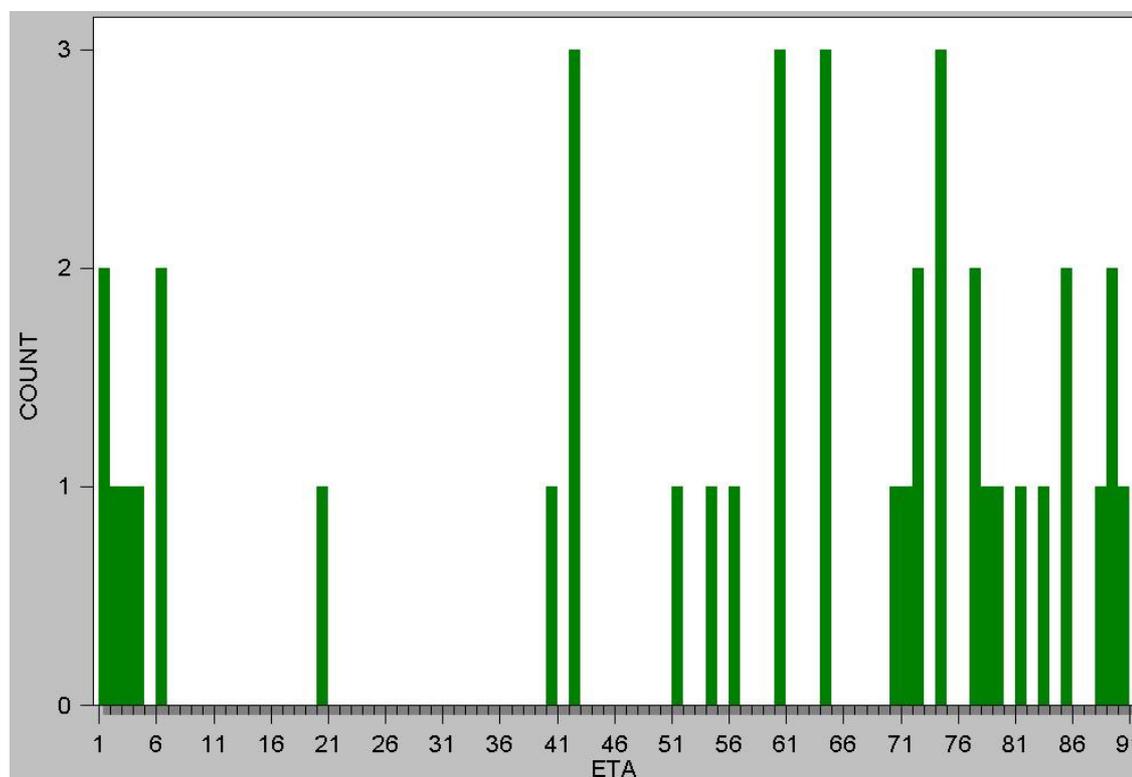
Di seguito sono riportati alcuni dati relativi ai casi segnalati di malattia invasiva da S. pneumoniae.

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

Casi	Età (anni)	Precedente vaccinazione pneumococco	Sierotipo	Il sierotipo è contenuto nel vaccino coniugato?	Presentazione clinica	Sito d'isolamento di S. pneumoniae
Casi pediatrici	1	no	6B	sì	sepsi	Sangue
	6	no	non tipizzabile		sepsi	
	6	no	non tipizzabile		sepsi e polmonite	
Casi adulti	40	Tipizzazione non prevista routinariamente in tali fasce d'età dall'attuale protocollo di sorveglianza regionale (*)			polmonite	Sangue
	42				polmonite	
	42				polmonite	
	56				sepsi	
	64				polmonite	
	64				sepsi	
	64				meningite	Liquor
	77				sepsi	Sangue
	81				polmonite	
	83				sepsi; polmonite	
	89				polmonite	
	90				sepsi; polmonite	

(*) L'attuale protocollo di sorveglianza in Piemonte prevede la sierotipizzazione di routine solo nella fascia d'età 0 - 14 anni.

Fig. 7 - ASL CN2: distribuzione per età delle malattie batteriche invasive da Pneumococco segnalate nel periodo 2008-2010 (totale n=47).



Sintesi sulle malattie batteriche invasive 2008-2010

Fig.8 – ASL CN2: distribuzione per patologia di tutti i casi di malattia batterica invasiva segnalati nel periodo 2008-2010.

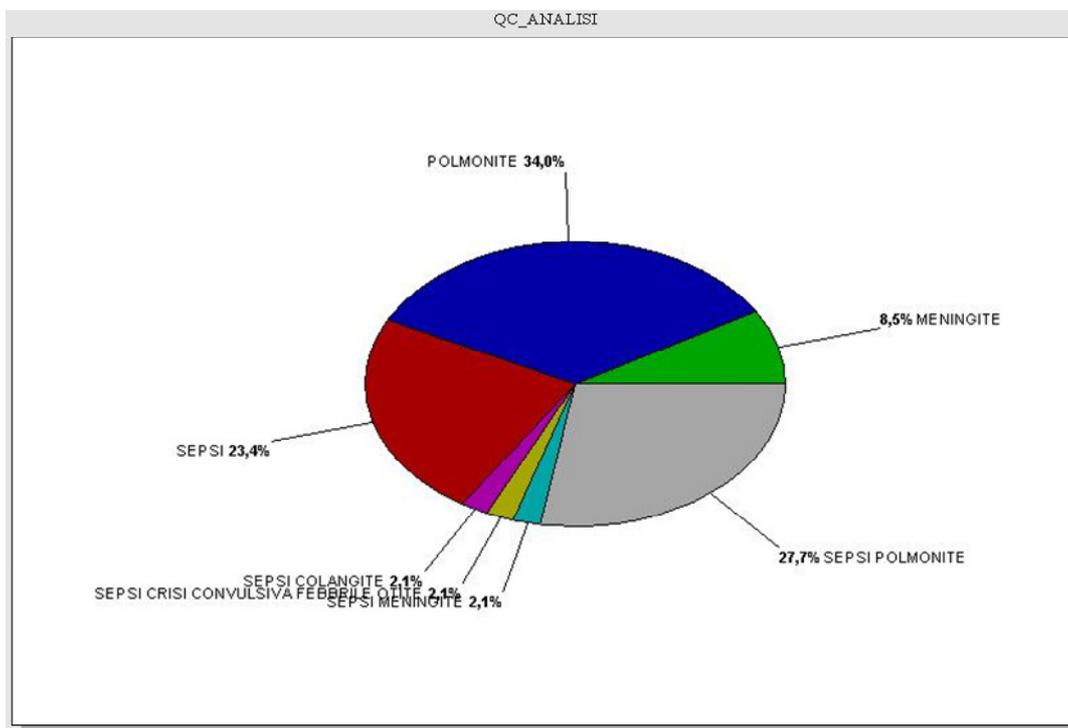


Fig. 9 – ASL CN2: materiale su cui è stato effettuata la diagnosi di laboratorio dei casi di malattia batterica invasiva, periodo 2008-2010

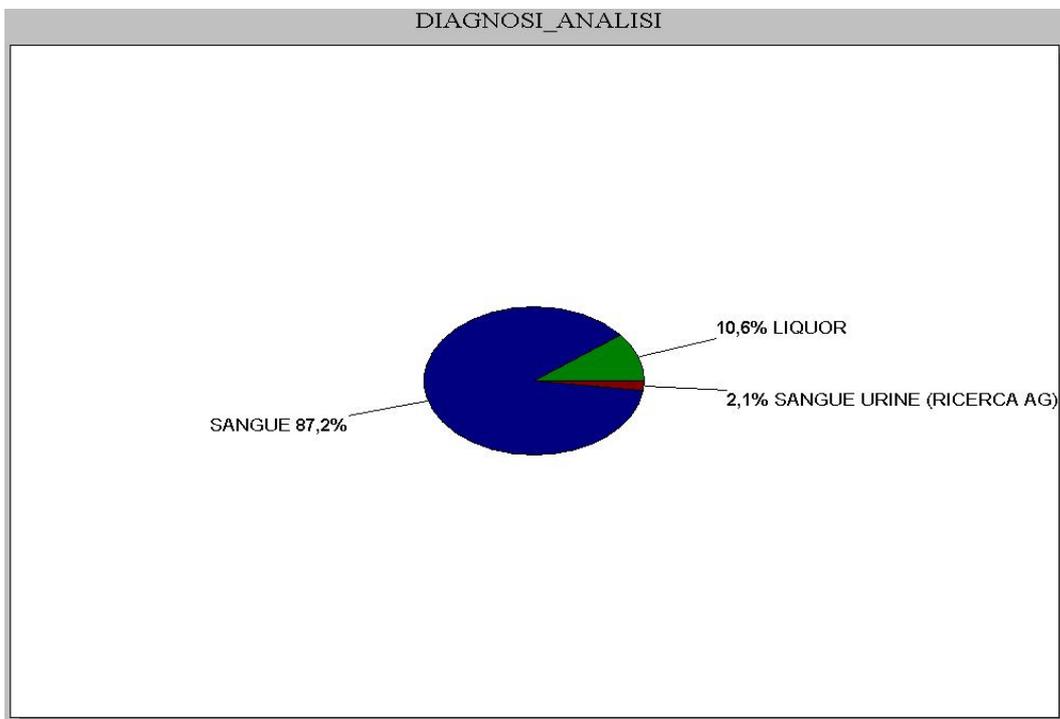


Fig. 10 – ASL CN2: metodiche mediante le quali è stata effettuata la diagnosi di laboratorio dei casi di malattia batterica invasiva, periodo 2008-2010

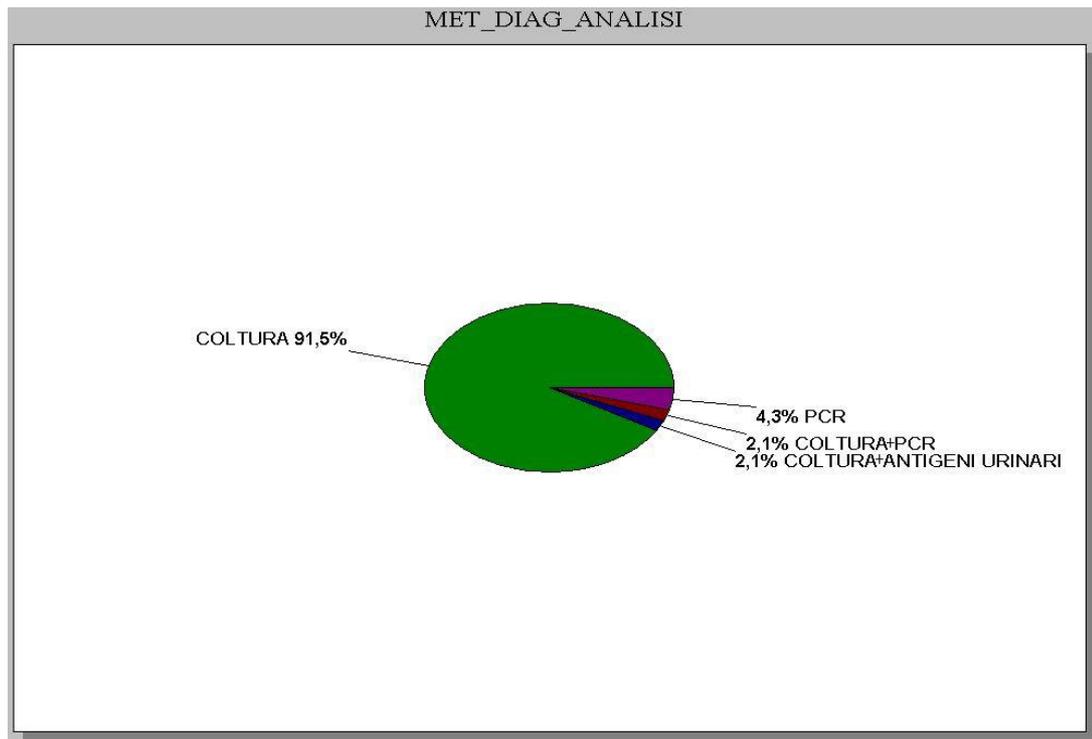
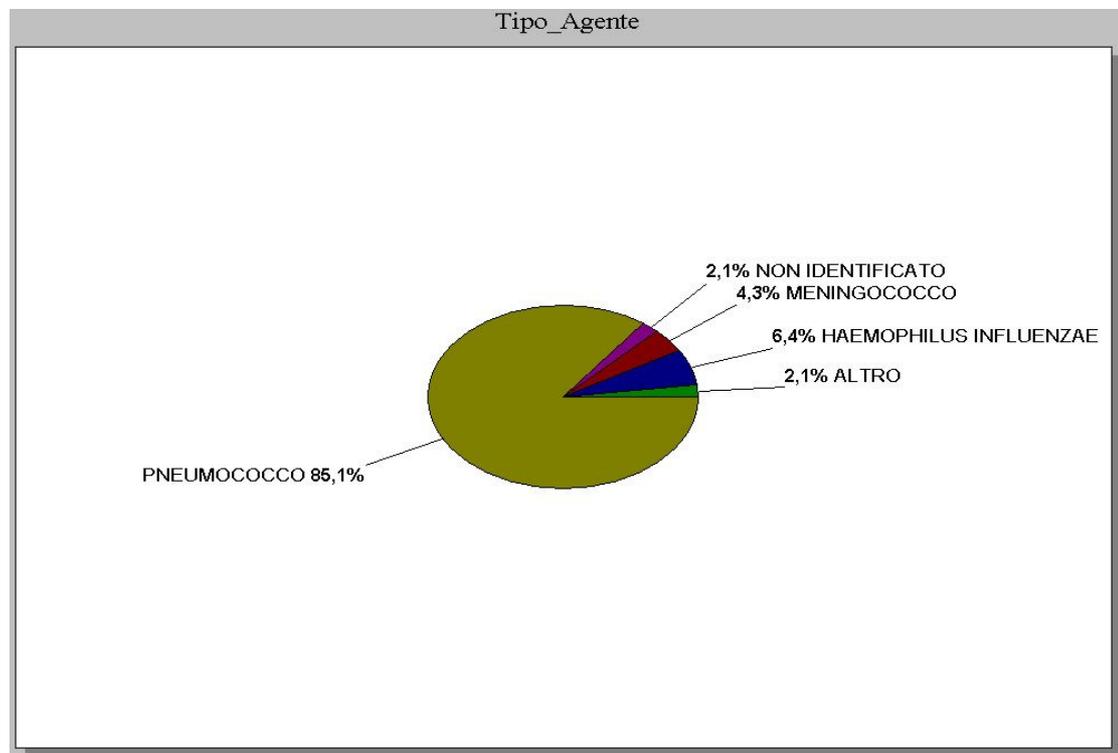


Fig. 11 – ASL CN2: distribuzione percentuale degli agenti patogeni identificati nei casi di malattia batterica invasiva, periodo 2008-2010



4. Malaria

Sono stati segnalati due casi di malaria, le cui caratteristiche sono riportate nella tabella che segue.

Età	Sesso	Paese visitato	Periodo di soggiorno in area endemica	Agente etiologico	Precauzioni adottate dal paziente durante il soggiorno nella zona malarica	
					chemioprolifassi antimalarica ?	misure protettive contro il vettore ?
56	M	Costa d'Avorio	dicembre 2009-gennaio 2010	Plasmodium falciparum	non effettuata	saltuariamente
7	M	Senegal	giugno 2010-settembre 2010	Plasmodium falciparum	meflochina	alcune (non utilizzata la zanzariera)

5. 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 2010 tra i bambini residenti nell'ASL CN2. Si tratta quindi dei nati nel 2008.

	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR
ASL CN2	97.6%	97.7%	96.7%	97.6%	95.5%

La tabella che segue (riferita alle coorti di nascita dal 2002 al 2007) riporta la percentuale dei bambini di 2 anni di vita, 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.

Coorte di nascita	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Percentuale rifiuti totali	1.5%	1.1%	1.8%	0.8%	1.8%	1.2%	2.5%

Bibliografia

1. EUVAC. Measles surveillance annual report 2010
http://www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/annual_2010.pdf
2. Schmitt HJ, Booy R, Aston R et al. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. BMC Medicine 2007;5:11 <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/11>
3. Lopalco PL, Sprenger M. Do European doctors support measles, mumps, rubella vaccination programmes enough?. Euro Surveill. 2011;16(39):pii=19979.
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19979>
4. Ladhani S, Slack MPE, Heath PT, von Gottberg A, Chandra M, Ramsay ME, et al. Invasive Haemophilus influenzae disease, Europe, 1996-2006. Emerg Infect Dis 2010;16(3)
<http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/3/09-0290.htm>

Il trattamento del Diabete: un aggiornamento

Maria Margherita Avataneo, Patrizia Dutto, Elena Garbarino

Introduzione

In Italia, in base ai dati ISTAT, la prevalenza del diabete, riferita all'anno 2010 e stimata su tutta la popolazione, è pari al 4,9%. La prevalenza sale a circa il 13% nella fascia di età fra i 65 e i 74 anni, mentre oltre i 75 anni una persona su 5 ne è affetta (prevalenza del 19,8%). Inoltre, nell'arco di soli 10 anni la prevalenza del diabete in Italia è cresciuta dal 3,7% al 4,9%.

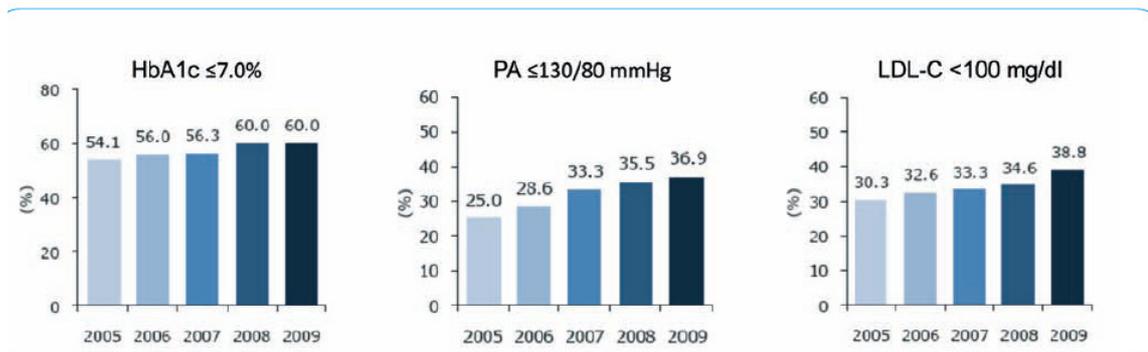
L'invecchiamento della popolazione ed il progressivo aumento dell'obesità sono i due principali motivi alla base della crescita dei casi di diabete stimati nei prossimi 20 anni.

Si calcola inoltre che circa 1 persona ogni 20 minuti muoia, in Italia, a causa del diabete ogni anno; dato ampiamente sottostimato poiché non si tiene conto delle fasce d'età più avanzate e perché molti decessi per cause cardiovascolari, cerebrovascolari e per tumore sono in realtà da attribuire al diabete.

Il costo medio per paziente diabetico in Italia risulta pari a circa 2.600-3.100 € l'anno, più del doppio rispetto a persone di pari età e sesso non diabetiche. Di esso circa il 50% è imputabile ai ricoveri ospedalieri poiché una persona con diabete su quattro si ricovera in ospedale almeno una volta nel corso di 12 mesi, mentre il rischio di ricovero ospedaliero per complicanze/comorbidità, a parità di età e sesso, è da due a otto volte maggiore in presenza di diabete. I costi legati alle terapie del diabete rappresentano circa il 7% della spesa pro-capite mentre i costi per il trattamento delle comorbidità assorbono una quota superiore al 25%.

La prevenzione del diabete e dell'obesità, insieme alla necessità di intensificare gli sforzi per la diagnosi precoce delle alterazioni del metabolismo glicidico sono punti cardine sui quali intervenire per prevenire l'aumento della prevalenza della malattia nonché l'ulteriore, insostenibile aumento dei costi di gestione della malattia diabetica. Si è infatti dimostrato che i benefici delle terapie sono tanto maggiori quanto prima si correggono le alterazioni metaboliche. Trattare precocemente ed in modo intensivo sia il diabete che i fattori di rischio cardiovascolare associati rappresenta il mezzo più efficace per ridurre l'impatto negativo del diabete nelle persone affette. Nonostante questa consapevolezza, ancora oggi si documentano grosse difficoltà nel raggiungere i target terapeutici in buona parte dei diabetici (Figura 1).

Figura 1. Percentuali di soggetti con Diabete di tipo 1 e di tipo 2 che raggiungono i target terapeutici (Società Italiana di Medicina Generale)



Cosa dicono le linee guida

Lo sviluppo di nuove classi di ipoglicemizzanti orali che vanno ad integrare le vecchie terapie, come gli interventi sullo stile di vita, l'insulina, le sulfaniluree e la metformina, ha aumentato le opzioni di trattamento per il Diabete mellito di tipo 2 (DM2).

La disponibilità di farmaci più nuovi ha fornito un numero maggiore di scelte per i medici e per i pazienti, aumentando tuttavia l'incertezza riguardo i mezzi più appropriati per trattare questa patologia così diffusa e riguardo gli obiettivi glicemici raccomandati.

Secondo **le linee guida del NICE** (National Institute for Health and Clinical Excellence) del 2009, con valori di emoglobina glicosilata (HbA1c) $\geq 6,5\%$, la terapia di prima linea del DM2 vede la somministrazione della ionoterapia con metformina o con una sulfanilurea (nei

soggetti non in sovrappeso); se non viene raggiunto il controllo glicemico, in seconda linea va considerata l'associazione di metformina con una sulfanilurea (o in specifici casi con un inibitore dell'enzima DDP-4 o un tiazolidindione). Se l'HbA1c è $\geq 7,5\%$, va considerata la tripla terapia mediante l'aggiunta a metformina+sulfanilurea di sitagliptin o un tiazolidindione o di insulina oppure di exenatide.

L'Associazione americana per il diabete (ADA) e l'Associazione europea per lo studio del diabete (EASD) hanno sviluppato congiuntamente un approccio di consenso per la gestione dell'iperglicemia negli adulti in modo da aiutare i medici a scegliere gli interventi più appropriati per i loro pazienti affetti da DM2. L'obiettivo è quello di raggiungere e mantenere livelli glicemici il più vicino possibile ai valori normali dei non diabetici (e comunque valori di HbA1c $<7\%$) e di modificare gli interventi tanto rapidamente quanto la titolazione dei farmaci permette. La liraglutide, l'exenatide, gli inibitori della alfa-glucosidasi, e i glinidi non sono inclusi in questo algoritmo terapeutico, tuttavia possono essere la scelta appropriata per alcuni pazienti. Lo step 1 è costituito da interventi sullo stile di vita - calo ponderale e attività fisica - Negli individui con DM2 che non riescono a ottenere o mantenere gli obiettivi metabolici prefissati la terapia a base di metformina dovrebbe essere iniziata insieme con la modificazione dello stile di vita al momento della diagnosi.

Se gli interventi sullo stile di vita e il dosaggio massimo di metformina non riescono a raggiungere o mantenere gli obiettivi glicemici fissati, un altro farmaco - tra l'insulina e una sulfanilurea - dovrebbe essere aggiunto, considerando l'insulina per i pazienti con HbA1c $>8,5\%$ o con sintomi secondari all'iperglicemia. L'insulina può essere iniziata con un'insulina basale (a lunga o intermedia azione). Se lo stile di vita, la metformina o l'insulina basale non portano al raggiungimento degli obiettivi glicemici prefissati, il passo successivo consiste nell'iniziare o intensificare la terapia insulinica.

Quando la HbA1c è vicina al valore considerato ottimale ($<8,0\%$), l'aggiunta di un terzo ipoglicemizzante orale, sebbene possa essere presa in considerazione, non è preferita, in quanto questo approccio è relativamente più costoso e potenzialmente meno efficace rispetto all'aggiunta di insulina o all'intensificazione della terapia insulinica già in atto, nel ridurre la glicemia.

L'American College of Physicians ha eseguito una revisione delle linee guida attualmente disponibili sul DM2 e ha pubblicato un documento guida sui target ottimali di HbA1c da perseguire nei pazienti che ne sono affetti.

La maggior parte delle linee guida raccomandano un valore target di emoglobina glicosilata del 7% circa, alcune di esse consigliano, invece, di adattare il valore da perseguire sulla base delle caratteristiche peculiari del paziente, fra cui il rischio di complicanze micro e macrovascolari e le co-morbilità. La revisione ha messo quindi in luce la necessità di condurre ulteriori studi al fine di valutare il livello ottimale di controllo glicemico, soprattutto nei pazienti "complicati".

I nuovi **"Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010"**, elaborati da Associazione Medici Diabetologi (AMD) e Società Italiana di Diabetologia (SID) raccomandano target terapeutici di HbA1c stabilmente inferiori a 7%. Obiettivi glicemici più stringenti (HbA1c $\leq 6,5\%$) possono essere perseguiti in soggetti adulti di nuova diagnosi purché siano ottenuti senza gravi ipoglicemie o altri effetti collaterali. L'algoritmo per la terapia prevede come primo approccio una modifica nello stile di vita; in caso di fallimento si procede con l'intervento farmacologico. Il farmaco di prima scelta è rappresentato dalla metformina, che può essere successivamente associata ad altro farmaco ipoglicemizzante (sulfonilurea/repaglinide/glitazone/incretine/exenatide/insulina). Si può in ogni caso prevedere anche l'aggiunta di terapia insulinica. Le nuove raccomandazioni sottolineano la mancanza di evidenze della superiorità di un farmaco rispetto ad un altro ad eccezione della metformina nei pazienti diabetici in sovrappeso. Infatti farmaci secretagoghi, metformina, glitazonici, inibitori DPP-4, analoghi del GLP-1, insulina si sono dimostrati ugualmente efficaci nel ridurre l'HbA1c.

La scelta del farmaco deve dipendere dalle caratteristiche individuali del paziente, tenendo in considerazione i vantaggi e gli svantaggi delle singole classi farmacologiche. Le sulfoniluree e la repaglinide diminuiscono l'emoglobina glicata più velocemente con il maggior rischio tuttavia di ipoglicemia con conseguente possibile riduzione della compliance; si arriva pertanto più rapidamente al fallimento secondario. I glitazoni sono associati ad un rischio più elevato di scompenso cardiaco nei pazienti già a rischio per tale patologia, anche se consentono il mantenimento di un buon controllo della glicemia nel tempo. Le incretine e l'exenatide determinano un buon controllo metabolico, in associazione a metformina, senza incorrere nel rischio di ipoglicemie, ma la loro sicurezza ed efficacia a lungo termine è ancora sconosciuta.

Inoltre, l'exenatide ha il vantaggio di ridurre il peso corporeo, ma potrebbe essere svantaggiosa in termini di disturbi gastrointestinali e di modalità di somministrazione.

I principali studi clinici randomizzati

Sono inoltre stati presi in considerazione i principali studi clinici randomizzati e controllati (RCT):

- 1) l'**ACCORD** (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes);
- 2) l'**ADVANCE** (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon Modified Release Controlled Evaluation);
- 3) lo studio **VADT** (Veterans Affairs Diabetes Trial);
- 4) l'United Kingdom Prospective Diabetes Study (**UKPDS**).

Gli studi ACCORD, ADVANCE e VADT, sono stati condotti in soggetti con diabete di lunga durata e con patologia cardiovascolare o comunque fattori di rischio cardiovascolare multipli. Le analisi dei sottogruppi hanno permesso di stabilire che un trattamento ipoglicemizzante aggressivo risulta particolarmente efficace nelle prime fasi di malattia, subito dopo la diagnosi di DM2, in discreto controllo metabolico e senza precedenti anamnestici di malattie cardiovascolari, fino all'ottenimento di valori glicemici vicini alla normalità e di HbA1c stabilmente inferiori a 7%, valori che consentono di prevenire l'incidenza e la progressione delle complicanze micro e macrovascolari. L'aumentata mortalità osservata nello studio ACCORD suggerisce che **il trattamento intensivo potrebbe essere dannoso in alcune categorie di pazienti, in particolare nei soggetti anziani e fragili, con lunga durata della malattia, storia clinica di gravi ipoglicemie e pregressi eventi cardiovascolari. Non è detto quindi che trattamenti glicemici intensivi riducano nei soggetti diabetici la mortalità e gli eventi cardiovascolari.**

"Meglio vivere un po' zuccherati che morire ipoglicemici" è quindi il messaggio chiave che appare in una vignetta della rivista di informazione indipendente sui farmaci in lingua francese Prescrire (Figura 2).

Figura 2. "Meglio vivere un po' zuccherati che morire ipoglicemici!"



© Alain Savino - La Revue Prescrire 2008; 28: 285.

Nello studio UKPS, nonostante una perdita precoce delle differenze glicemiche tra i pazienti trattati con i diversi schemi terapeutici, è stata osservata nel corso del monitoraggio di 10 anni dopo la conclusione dello studio, una riduzione continua del rischio microvascolare, e riduzioni del rischio emergente di infarto miocardico e di morte per qualsiasi causa. Nei pazienti in sovrappeso è risultato evidente il beneficio costante dopo trattamento con metformina.

I nuovi ipoglicemizzanti orali

I nuovi ipoglicemizzanti orali sono exenatide, sitagliptin, vildagliptin, liraglutide e saxagliptin farmaci ed agiscono a livello del sistema ormonale delle incretine. Essi sono attualmente registrati per l'utilizzo in seconda e terza linea.

L'exenatide e liraglutide possono rappresentare un'alternativa all'insulina, poiché a differenza di quest'ultima non causano un aumento di peso ed ipoglicemie. La perdita di peso nei pazienti trattati con gli agonisti GLP-1 tende ad essere maggiore in quelli che hanno manifestato più frequentemente nausea e vomito, effetti indesiderati che rappresentano la principale causa di interruzione del trattamento; è stata tuttavia osservata una diminuzione di peso anche in soggetti in cui non si erano manifestati effetti gastrointestinali. I costi per questi farmaci sono tuttavia molto più elevati rispetto alla terapia insulinica.

Per sitagliptin, vildagliptin e saxagliptin, invece, ci sono scarse evidenze a favore di questi farmaci rispetto agli altri ipoglicemizzanti. Inoltre occorre evidenziare che questi farmaci pur essendo innovativi dal punto di vista del meccanismo d'azione, non hanno ancora dimostrato una superiorità di efficacia rispetto alle alternative già disponibili e consolidate nella terapia del DM2, né sono disponibili dati sulla morbilità e mortalità cardiovascolare e mancano dati sulla sicurezza a lungo termine.

La mancanza di evidenze sulla sicurezza ed efficacia a lungo termine porta a suggerire l'uso di questi farmaci in pazienti ad alto rischio di ipoglicemie o in coloro in cui un aumento di peso potrebbe essere particolarmente dannoso.

Di seguito vengono riportati gli ALERT di farmacovigilanza emanati dalle agenzie regolatorie tra il 2008 ed il 2010.

Data	Specialità medicinale	Fonte	Motivazione
18-8-2008	BYETTA	Safety Alert - FDA	Exenatide e pancreatite acuta Questa possibile associazione era già stata sollevata a ottobre 2007, quando l'FDA aveva ricevuto 30 segnalazioni di pancreatite acuta in pazienti trattati con questo farmaco e aveva ipotizzato che in alcuni casi ci potesse essere una relazione causale. I pazienti in terapia con exenatide devono essere messi in guardia e informati sui sintomi di comparsa di una pancreatite acuta: forte e persistente dolore addominale. Il consiglio, in questo caso, è avvisare proprio medico. Nel caso di comparsa di tali sintomi la terapia va sospesa e qualora si confermi la diagnosi di pancreatite acuta la terapia non va più ripresa.
24-01-2008	AVANDIA® AVANDAMET® AVAGLIM®	Dear Doctor Letter AIFA	Rosiglitazone – rischio cardiovascolare L'Agenzia europea dei medicinali (EMA) ha raccomandato l'aggiornamento delle informazioni del prodotto per i medicinali antidiabetici contenenti rosiglitazone. Il CHMP raccomanda l'aggiunta di una nuova avvertenza sull'uso del rosiglitazone in pazienti con cardiopatia ischemica e/o arteriopatia periferica per i quali il suo uso non è raccomandato. Raccomanda inoltre l'aggiunta di una nuova controindicazione in pazienti con sindrome coronarica acuta, quale angina o alcuni tipi di infarto miocardico, poiché il medicinale non è stato valutato in studi clinici controllati in questo specifico gruppo di pazienti.
23-07-2009	LANTUS	Comunicato EMA	Insulina glargine e rischio oncologico Nel 2009, la pubblicazione di 4 studi osservazionali europei nei quali è stata valutata la sicurezza delle varie insuline ha posto all'attenzione della comunità scientifica e delle Agenzie Regolatorie la potenziale correlazione tra insulina glargine e l'aumentata incidenza di neoplasie, in particolare quella al seno. La plausibilità di questa ipotesi, valutata in studi clinici e preclinici, deve ancora essere confermata. A questo proposito, si attendono tra altri, i risultati dello studio ORIGIN che dovrebbe fornire delle risposte entro il 2012.
25-09-2009	JANUVIA® JANUMET®	Safety Alert - FDA	Sitagliptin (Januvia e Janumet) – pancreatite acuta L'FDA (Food and Drug Administration) sta compiendo una revisione della scheda tecnica di Januvia (Sitagliptin) e Janumet (Sitagliptin e Metformina) per includere l'informazione su possibile sviluppo di pancreatite acuta nei pazienti che fanno uso di questi farmaci. Sono stati segnalati 88 casi post-marketing di pancreatite acuta, tra cui 2 casi di pancreatite emorragica o necrotizzante nei pazienti trattati con Sitagliptin nel periodo ottobre 2006 e febbraio 2009. Sulla scheda tecnica di prodotto verrà riportato il possibile presentarsi di pancreatite acuta e di alcune forme gravi come la pancreatite emorragica o necrotizzante. I medici dovranno prestare attenzione ai segni e sintomi indicativi di sviluppo di pancreatite dopo aver iniziato il trattamento con Januvia e Janumet o dopo aver aumentato il dosaggio. In caso di sospetta pancreatite è necessario interrompere il trattamento con Januvia e Janumet. Sitagliptin non è stato studiato nei pazienti con una storia di pancreatite. Pertanto, non è noto se questi pazienti sono ad aumentato rischio di sviluppare pancreatite mentre sono in trattamento con Januvia e Janumet. Sitagliptin e l'associazione Sitagliptin e Metformina dovrebbero essere impiegati con cautela nei pazienti con una storia di pancreatite.

02-11-2009	BYETTA®	Safety Alert - FDA	<p>Exenatide - problemi renali</p> <p>L'FDA (Food and Drug Administration) ha notificato ai medici prescrittori le revisioni introdotte nella scheda tecnica di Byetta (Exenatide) riguardo all'inclusione, in seguito alla vigilanza post-marketing, di segnalazioni di funzione renale alterata, incluso problemi renali acuti e insufficienza renale.</p> <p>L'FDA da aprile 2005 a ottobre 2008 ha ricevuto la segnalazione di 78 casi di alterata funzione renale nei pazienti che hanno fatto uso del farmaco Byetta per il diabete mellito di tipo 2.</p> <p>Alcuni casi sono riferiti a pazienti con preesistenti problemi renali o in pazienti con uno o più fattori di rischio. I cambiamenti in scheda tecnica comprendono le raccomandazioni già incluse nella scheda tecnica del prodotto in commercio in Italia ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nei pazienti con insufficienza renale lieve (clearance della creatinina da 50 a 80 ml/ml) non è necessario un aggiustamento della dose di Byetta. • Nei pazienti con insufficienza renale moderata (clearance della creatinina da 30 a 50 ml/ml), l'incremento di dose da 5 mcg a 10 mcg deve essere effettuato con cautela. • Byetta non è consigliato per l'uso in pazienti con una malattia renale in stadio terminale o con grave insufficienza renale (clearance della creatinina <30 ml/min). <p>È bene sottolineare però che nella gestione del paziente l'FDA chiede a tutti i medici di porre particolare attenzione nei pazienti in trattamento con Byetta per il possibile sviluppo di problemi renali.</p>
23-02-2010	AVANDIA	Safety Alert FDA	<p>Rosiglitazone – rischio cardiovascolare</p> <p>La FDA sta compiendo una revisione dei dati dello studio RECORD e degli altri studi osservazionali riguardanti la sicurezza cardiovascolare del rosiglitazone.</p> <p>Ad oggi l'FDA non ha assunto nessuna decisione o raccomandazione riguardante il farmaco Avandia nel trattamento del diabete di tipo 2. Una volta che l'FDA avrà completato l'analisi dei dati dello studio RECORD, i risultati verranno presentati al Meeting dell'Endocrinologic and Metabolic Drugs and Drug Safety and Risk Management Advisory Committee nel luglio 2010. In quella sede il Panel degli Esperti valuterà il rapporto rischio-beneficio del Rosiglitazone. La FDA raccomanda ai medici di seguire le indicazioni contenute nella scheda tecnica; i pazienti dovrebbero continuare ad assumere il rosiglitazone a meno che il loro medico non abbia intenzione di interrompere la terapia. I pazienti che temono i possibili rischi associati al farmaco dovrebbero parlarne con il proprio medico.</p>
23-10-2010	AVANDIA AVANDAMET AVAGLIM	Comunicato EMA	<p>Rosiglitazone - rischio cardiovascolare</p> <p>L'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha terminato la revisione del profilo benefici-rischi del farmaco per il diabete rosiglitazone, iniziata in data 9 Luglio 2010, concludendo che non vi è più sufficiente evidenza a sostenere una prevalenza dei benefici sui rischi. Pertanto, l'EMA ha raccomandato che tutte le Agenzie Nazionali del Farmaco provvedano alla sospensione dell'autorizzazione all'immissione in commercio di tutte le specialità mediche contenenti rosiglitazone.</p>
29-09-2010	AVANDIA AVANDAMET AVAGLIM	Dear Doctor Letter AIFA	<p>Rosiglitazone - rischio cardiovascolare</p> <p>In adeguamento alla decisione dell'EMA e CHMP, l'AIFA ha emanato una DDL fornendo le seguenti raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si raccomanda ai medici di non effettuare nessuna nuova o ripetuta prescrizione di medicinali contenenti rosiglitazone - Si raccomanda ai medici di riesaminare i pazienti attualmente in trattamento e di passare a idonei trattamenti alternativi - Si raccomanda ai farmacisti di rinviare i pazienti al medico curante per i consigli sul loro trattamento - Si raccomanda ai pazienti di rivolgersi al medico curante per parlare del loro trattamento e di non interrompere l'assunzione di rosiglitazone senza prima aver consultato il medico curante

RITIRO DAL COMMERCIO

I dati di consumo locali

L'analisi del costo per il trattamento del diabete presso l'ASL CN2 evidenzia un continuo incremento della spesa. Siamo infatti passati dai 2.623.659 € del 2008 ai 3.214.370 del 2010, con un +10% nel 2010 rispetto al 2009. In particolare, se la spesa per i farmaci nel 2009 è cresciuta del 6% rispetto all'anno precedente, la spesa per i prodotti quali lancette pungidito, strisce per glicemia ecc (escludendo gli apparecchi per l'autocontrollo della glicemia), è cresciuta del 14% nel 2010 rispetto all'anno antecedente.

Tutto ciò nonostante che nel corso del 2010 una parte importante dei farmaci antidiabetici (sia orali che nuove insuline) siano passati alla modalità di distribuzione in DPC (distribuzione per conto) a far data da marzo-aprile 2010, con una riduzione di spesa quantificabile in 208.000 € per il 2010.

Tabella I: Spesa Farmaceutica	SPESA ANNO 2008	SPESA ANNO 2009	SPESA ANNO 2010	VARIAZIONE 2010 VS 2009
farmaci	1.489.701	1.696.826	1.805.074	+ 6%
integrativa*	1.133.957	1.237.724	1.409.296	+ 14%
COSTO DIABETICI	€ 2.623.659	€ 2.934.550	€ 3.214.370	+ 10%

L'analisi dei dati di consumo (Tabella II) evidenzia un calo notevole per ROSIGLITAZIONE e sue associazioni a seguito del suo RITIRO dal COMMERCIO, ed un incremento notevole nell'impiego di insuline ad alto costo quali la GLARGINE. Tra gli antidiabetici orali, se appare corretto l'impiego in prima istanza di METFORMINA, non altrettanto suffragato da evidenze scientifiche è l'impiego del PIOGLITAZIONE e sue associazioni. In realtà i suoi effetti collaterali noti lo ponevano, già nel 2010, molto vicino al ROSIGLITAZIONE ritirato dal commercio. Anche la popolazione diabetica esposta a molecole ad alto costo risulta incrementata in percentuale paragonabile all'aumento della spesa. Nel 2010 i pazienti esposti ad antidiabetici risultavano 6.226, mentre nel 2009 risultavano 5.973 (+4,2%).

Tabella II: Spesa per singolo principio attivo	SPESA NETTA SSN ANNO 2008	SPESA NETTA SSN ANNO 2009	SPESA Teorica NETTA ANNO 2010 (costo al pubblico)	Spesa reale ANNO 2010	VARIAZIONE 2010 VS 2009
INSULINA (UMANA)	102.846	75.906	45.958	45.958	-39,5%
INSULINA ASPART	156.837	183.035	219.516	219.516	19,9%
INSULINA LISPRO	107.476	114.208	127.802	127.802	11,9%
INSULINA GLULISINA	26.787	38.674	60.500	60.500	56,4%
INSULINA GLARGINE	224.934	260.934	365.267	291.911	11,9%
INSULINA DETEMIR	67.097	76.991	93.797	74.609	-3,1%
METFORMINA	87.927	96.622	112.333	112.333	16,3%
GLIBENCLAMIDE	5.911	4.876	5.004	5.004	2,6%
CLORPROPAMIDE	28	-	-	-	
GLIPIZIDE	2.678	1.931	2.013	2.013	4,3%
GLIQUIDONE	1.493	1.204	915	915	-24,0%
GLICLAZIDE	79.771	65.188	64.915	64.915	-0,4%
GLIMEPIRIDE	32.792	32.485	31.733	31.733	-2,3%
FENFORMINA/SULFONAMIDI	762	423	153	153	-63,8%
METFORMINA/SULFONAMIDI	149.620	142.680	147.800	147.800	3,6%
METFORMINA/ROSIGLITAZIONE	54.976	47.823	39.802	36.975	-22,7%
GLIMEPIRIDE/ROSIGLITAZIONE	-	1.842	4.641	4.346	136,0%
METFORMINA/PIOGLITAZIONE	116.953	161.707	222.965	172.381	6,6%
GLIMEPIRIDE/PIOGLITAZIONE	-	49	6.974	4.974	9985,2%
METFORMINA/SITAGLIPTIN	-	7.066	18.218	16.061	127,3%
METFORMINA/VILDAGLIPTIN	-	7.862	11.684	10.300	31,0%
ROSIGLITAZIONE	15.642	17.193	14.298	13.199	-23,2%
PIOGLITAZIONE	87.333	116.486	169.576	126.529	8,6%
SITAGLIPTIN	7.791	22.237	30.108	27.335	22,9%
VILDAGLIPTIN	4.568	6.035	3.699	3.427	-43,2%
REPAGLINIDE	141.831	178.412	165.386	165.386	-7,3%
EXENATIDE	13.648	34.960	31.689	27.697	-20,8%
SAXAGLIPTIN CLORIDRATO	-	-	1.108	942	
LIRAGLUTIDE	-	-	15.190	10.360	

Considerazioni conclusive

La tabella III che segue riporta le caratteristiche principali di alcuni tra i più comuni farmaci impiegati nel trattamento del DM2, con un riferimento agli effetti ipoglicemizzanti, agli eventi avversi ed al costo al pubblico di una terapia di un anno .

Tabella III. Effetto ipoglicemizzante e principali effetti avversi di alcuni farmaci per il diabete di tipo 2 (tratta e modificata da Mariani G., Donzelli A. Pillola di buona pratica clinica/BPC n. 61-62)

Farmaci	Dose giornaliera abituale	Effetto su HbA _{1c} in monoterapia	Costo*	Effetti avversi principali finora rilevati (€/anno)
Metformina generico	1500 – 2500 mg (in più dosi, ai pasti)	- 1,5	46	nausea, diarrea e dolori addominali; il rischio di acidosi lattica va molto ridimensionato
Glimepiride generico	2-4 mg	- 1,5	28	ipoglicemia (ancor di più con gliburide) e aumento di peso. Dubbi per il fatto che una iperinsulinemia endogena è associata a molti tumori
Glibenclamide o gliburide	5-20 mg ≥1 dose	- 1,5	36	
Gliclazide generico	80 mg 2 dosi	- 1,5	74	
Glipizide	10-20 mg ≥1 dose	- 1,5	103	
Repaglinide generico	1-4 mg (in 3 dosi, ai pasti)	- 1	104	ipoglicemia e aumento di peso (come per le sulfoniluree, ma molto meno studiata)
Pioglitazone	15-45 mg	≤ 1	480	scompenso cardiaco, edema periferico e maculare con minore acuità visiva, fratture, aumento di peso, disturbi epatici e biliari.
Rosiglitazone	4-8 mg (≥1 dose)	≤ 1	504	Sono cancerogeni in diverse specie animali (BIF 2007; 6:255). Infarto (?) con rosiglitazone
Acarbosio	50-100 mg (pasti)	0,5-0,8	73	dolori addominali, diarrea, flatulenza; aumenti transaminasi
Sitagliptin	100 mg	0,5-0,9	855	modesto aumento di peso, infezioni urinarie e respiratorie acute, depressione, cefalea, aumento di creatininemia. Dubbi su sicurezza a lungo termine, perché, oltre a incretine, DPP4 scinde altri peptidi (neuropeptidi, citochine...)
Vildagliptin	50 mg 1 o 2 dosi	0,5-0,9	427	come per sitagliptin; potenziale tossicità CV?
Saxagliptin	5 mg	0,7-0,8	849	come per sitagliptin;
Exenatide	10 µg (prima di colazione e cena)	0,6	1.716	nausea, vomito e diarrea; pancreatite acuta
Liraglutide	1,2 mg	0,8	1.777	nausea, vomito e diarrea; cefalee
Insulina NPH umana (azione intermedia)	flacone 10 ml cartucce 3 ml 1 0 2 dosi	≥ 2,5	177 401	Ipoglicemia e aumento di peso; maggiori data sulla sicurezza a lungo termine rispetto a insuline più recenti
Insulina glargine (azione prolungata)	flacone 10 ml	≥ 2,5	658	Ipoglicemia e aumento peso; sicurezza a lungo termine? (retinopatia, tumori?)
Insulina glargine o detemir (az. prolungata)	cartucce 3 ml	≥ 2,5	988	Ipoglicemia e aumento peso; sicurezza a lungo termine? (retinopatia, tumori?)
Insulina lispro/insul. lispro protamina	flacone 10 ml cartucce 3 ml	≥ 2,5	418 628	Ipoglicemia e aumento peso

* Costo al pubblico di una terapia di un anno al dosaggio più basso riportato in tabella. Prezzi aggiornati a ottobre 2010 derivati dalla banca dati FarmaDati.

Dalla tabella appaiono evidenti i costi molto o estremamente più elevati dei nuovi farmaci antidiabetici per la cui prescrizione viene proposto, pertanto, uno schema ragionevole di comportamento che comprende i seguenti punti:

- 1) Prescrivere il farmaco nei soggetti in cui la dose massima di metformina (associata o meno ad altri farmaci ipoglicemizzanti orali) non abbia ridotto la glicemoglobina al di sotto del 7%;
- 2) Monitorizzare il reale beneficio del farmaco prescritto, misurando prima, e dopo ogni 2 -3 mesi, il livello di glicemoglobina raggiunto e mantenuto, che dovrebbe essere almeno dell'1% inferiore a quello di partenza, qualora non consentisse di raggiungere il target <7.0%;
- 3) Sospendere il farmaco se, dopo 4 mesi dall'inizio del farmaco, il livello di glicemoglobina non soddisfa quanto stabilito al punto 2;
- 4) Sospendere il farmaco se il paziente si comporta in modo incostante nel trattamento oppure non si sottopone al dosaggio della glicemoglobina ogni 2-3 mesi.

Il capitolo della prevenzione e dello stile di vita più salutare, alla portata della maggior parte delle persone che vogliono tutelare la propria salute, non è stato argomentato ma le cinque misure da adottare - di seguito elencate - rimangono sempre valide e sono risultate associate, ciascuna in modo forte e indipendente, alla protezione del diabete:

- una dieta discretamente ricca di fibre cereali, pesce, verdura, pochi acidi grassi saturi e trans/idrogenati;
- una soglia di consumo di alcol di due drink al giorno;
- una circonferenza vita _80 cm per le donne e _94 cm per gli uomini;
- fare almeno 1/2 ora al giorno di attività fisica moderata (tipo passeggiata di passo abbastanza svelto);
- non fumare/avere smesso.

Bibliografia

1. ISTAT Annuario statistico italiano.
http://www.istat.it/dati/catalogo/20101119_00/PDF/cap3.pdf
2. IDF Diabetes Atlas. www.eatlas.idf.org
3. Rapporto Sociale Diabete 2003. www.diabete.it/files/RapportoSocialeDiabete2003.pdf
4. De Bernardis G., D'ettore A., Graziano G., et al. The burden of hospitalization related to diabetes mellitus: a population-based study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2011 feb 16.
5. Marchesini G., Forlani G., Rossi E., et al. The direct economic cost of pharmacologically treated diabetes in Italy 2006. The ARNO Observatory. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2010 feb 12
6. Home PD, et al. *Lancet* 2009;373:2125-35
7. NICE "The management of type 2 diabetes" Issue date: May 2009, consultabile on-line all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG87NICEGuideline.pdf> (consultato il 26/10/2010)
8. Nathan DM et al. *Diabetes Care* 2009;32:193-203
9. *Ann Intern Med* 2007; 147(6): 417-22
10. Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-2010 SID – AMD
11. ACCORD Study Group. *N Engl J Med* 2008; 358: 2545-59
12. ADVANCE Collaborative Group. *N Engl J Med* 2008; 358: 2560-72
13. The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010
14. Duckworth W, et al. *N Engl J Med* 2009; 360: 129-139
15. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). *Lancet* 1998; 352: 837-53.
16. Holman RR et al, *N Engl J Med* 2008; 359:1577-1589
17. Heine RJ et a. *Ann Int Med* 2005;143:559-69
18. Nauck et al. *Diabetologia* 2007;50:259-67
19. Barnett AH et al. *Clin Therap* 2007;11:2333-48
20. MHRA. Drug Safety Update 2008; 1(10): 5
21. Garber A, et al. *Lancet* 2008; 373: 473-81;
22. Nauck M, et al. *Diabetes Care* 2009; 32: 84-90
23. Marre M, et al. *Diabet Med* 2009; 26: 268-78;
24. Zinman B, et al. *Diabetes Care* 2009; *Diabetes Care* 2009; 32: 1224-30;
25. Russell-Jones D, et al. *Diabetes* 2008;57(Suppl 1): A159-60,536-P.
26. Buse, et al. *Lancet* 2009; 347: 39-47;
27. EPAR - <http://www.ema.europa.eu> (ultimo accesso il 28/10/2010);
28. NICE technology appraisal guidance 203. Liraglutide for the treatment of type 2 diabetes mellitus. Issue date: October 2010;
29. Nauck MA et al. *Diabetes Obes Metab* 2007;9:194-205
30. Bolli G et al. *Diabetes Obes Metab* 2007; 10:82-90

31. EPAR EMA. www.ema.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/onglyza/H-1039-en6.pdf (ultimo accesso il 23.06.2010).
32. De-Fronzo RA et al. *Diabetes Care* 2009; 32: 1649-55.
33. Chacra AR et al. *Int J Clin Pract* 2009; 63: 1395-406.
34. Hollander P et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94: 4810-19.
35. www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2009/022350s000_TOC.cfm (ultimo accesso il 23.06.2010).
36. Amori RE et al. *JAMA* 2007; 298: 194-206
37. DeFronzo RA et al. *Curr Med Res Opin* 2008;24(10):2943-52
38. Nissen SE et al. *N Engl J Med* 2007 14; 356:2457-71
39. Diamond GA et al. *Ann Intern Med* 2007; 147:578-81
40. Nissen, SE et al, *Archives of Internal Medicine*, 2010; 170:1191-201.
41. <http://www.theheart.org/article/1125181.do> (ultimo accesso il 28/10/2010);
42. Lincoff AM et al. *JAMA* 2007;298:1180-8
43. Lago RM et al. *Lancet* 2007;370:1129-36
44. Wolfgang C , et al.. *Arch Intern Med*. 2008;168:2368-75.
45. Tzoulaki I, et al. *BMJ*. 2009;339:b4731. doi: 10.1136/bmj.

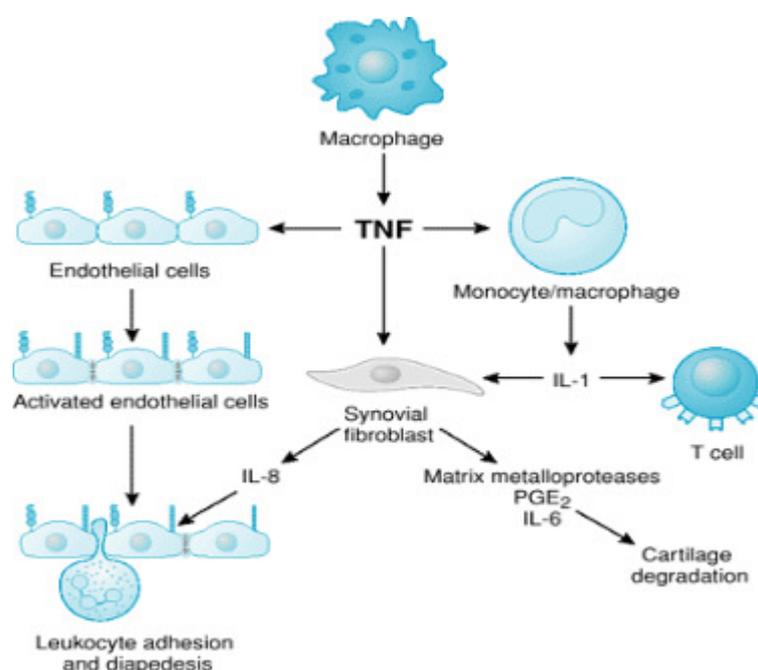
TNF alpha ed interleukine, una chiave nello sviluppo della risposta infiammatoria

Maria Margherita Avataneo, Elena Garbarino, Patrizia Dutto

Introduzione

Tumor necrosis factor- α (TNF- α) è una citochina centrale rispetto a molti aspetti della risposta infiammatoria. TNF- α è implicato in numerose malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide, la psoriasi, la malattia di Crohn ed altri disordini in cui l'inibizione del TNF- α ha dimostrato efficacia terapeutica. Analogamente molte interleukine (IL 6, IL 8, IL 12) risultano coinvolte nella risposta immunitaria.

Figura 1: ruolo del TNF- α ed interleukine nell'artrite reumatoide



Tra i principali agenti anti-TNF attualmente disponibili in commercio ricordiamo ETANERCEPT (Enbrel), INFLIXIMAB (Remicade), ADALIMUMAB (Humira), GOLIMUMAB (Simponi), CERTOLIZUMAB PEGOL (Cimzia). Altri farmaci biologici attualmente utilizzati nella terapia dell'artrite reumatoide e/o della psoriasi sono: RITUXIMAB (Mabthera), ABATACEPT (Orencia), TOCILIZUMAB (RoActemra), Ustekinumab (Stelara).

Con il presente lavoro abbiamo inteso analizzare il consumo dei farmaci sopraesposti presso l'ASL CN2 nel corso del 2010, in relazione alle indicazioni approvate in Italia, ai costi terapia annuali ed alle evidenze di efficacia e sicurezza ad oggi disponibili e riportate dai bollettini di Informazione Indipendente.

Le indicazioni registrate

Ad oggi, le indicazioni registrate per questi prodotti biologici, possono essere riassunte nelle tabelle seguenti.

Tabella I: Indicazioni Registrate in Italia

Anti TNF-alfa	ETANERCEPT (Enbrel)	INFLIXIMAB (Remicade),	ADALIMUMAB (Humira)	CERTOLIZUMAB Pegol (Cimzia)	GOLIMUMAB (Simponi)
Artrite Reumatoide	Si	Si	Si	Si	Si
Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica	Si	No	Si	No	No
Artrite Psoriasica	Si	Si	Si	No	Si
Spondilite Anchilosante	Si	Si	Si	No	Si
Psoriasi A placche	Si	Si	Si	No	No
Colite Ulcerosa	No	Si	No	No	No
Malattia di Crohn	No	Si	Si	No	No

Altri	ABATACEPT (Orencia)	RITUXIMAB (Mabthera)	TOCILIZUMAB (RoActemra)	USTEKINUMAB (Stelara)
Artrite Reumatoide	Si	Si	Si	No
Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica	Si	No	No	No
Artrite Psoriasica	No	No	No	No
Spondilite Anchilosante	No	No	No	No
Psoriasi A placche	No	No	No	SI
Colite Ulcerosa	No	No	No	No
Malattia di Crohn	No	No	No	No

I dati di consumo ed i costi per trattamento

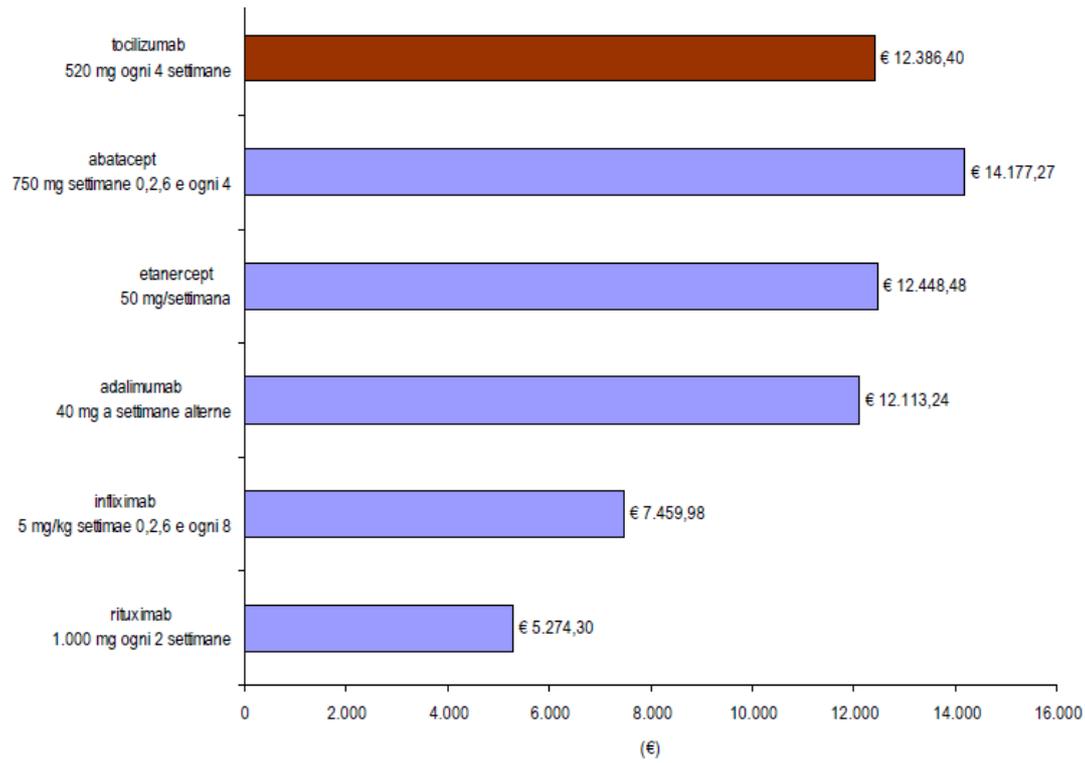
L'impiego di agenti biologici per il trattamento delle patologie autoimmuni oggetto del presente lavoro presso l'ASL CN2 ha coinvolto nel corso del 2010 un totale di 139 pazienti così distribuiti:

Anti TNF-alfa	ETANERCEPT 25 (Enbrel)	ETANERCEPT 50 (Enbrel)),	INFLIXIMAB (Remicade),	ADALIMUMAB (Humira)
Maschi (Età media: min- max)	10 (53: 32-76)	16 (53,6: 27-71)	9 (47,8:27-63)	32 (50,7: 28-77)
Femmine (Età media: min- max)	21 (46,5: 10-73)	9 (49,2: 38-67)	13 (45,8: 25-63)	26 (46: 23-71)
SPESA (da File F)	309.326 €	271.292 €	147.701 €	530.479 €

Abatacept (Orencia), Ustekinumab (Stelara) e Rituximab (Mabthera) sono stati utilizzati nel corso del 2010 per un solo paziente caduno (nelle indicazioni artrite reumatoide o psoriasi). Tra le diagnosi maggiormente rappresentate compaiono l'Artrite reumatoide, l'artrite psoriasica e la spondilite anchilosante.

Analizzando in dettaglio il costo/terapia nel caso a maggior prevalenza dell'Artrite reumatoide, si può notare una notevole variabilità dei costi tra le diverse molecole attualmente disponibili sul mercato. Il loro costo annuo varia da un minimo per Rituximab di 5.274 € ai 7.459 e di Infliximab, agli oltre 12.000 € per Adalimumab, Etanercept e Tocilizumab, fino ad un massimo per abatacept di oltre 14.000 €.

Figura 2: costo annuale di terapia per un paziente medio di 65 Kg con artrite reumatoide



Visti dai bollettini d'informazione indipendenti

Se da un lato esiste una notevole esperienza nell'utilizzo dei farmaci Adalimumab, Etanercept, Infliximab e Rituximab, poco chiaro appare oggi il ruolo per i farmaci più recenti immessi in commercio per l'artrite reumatoide. I principali Bollettini di Informazione Indipendente, infatti, ritengono che:

Tocilizumab

- sebbene efficace nell'artrite reumatoide, non è ancora chiaro quando usarlo (DTB 2010)
- non apporta nulla di nuovo rispetto agli altri noti, per cui risulta preferibile l'impiego di rituximab per il quale si dispone di maggior numero di dati (Prescrivere)
- non è raccomandato prima o in alternativa al trattamento con inibitori del TNF-alfa. Il suo impiego in monoterapia non può essere raccomandato, si rende necessario disporre di studi comparativi con rituximab (NICE 2010)

Golimumab

- In attesa di ulteriori dati il farmaco non è raccomandato nell'artrite reumatoide né nell'artrite psoriasica, dove da un confronto indiretto, sembra inferiore rispetto ad etanercept (NICE 2010)
- E' raccomandato nell'artrite reumatoide alla stregua degli altri anti TNF-alfa. Sarebbero necessari studi testa a testa (CEDAC)
- Niente di nuovo. In assenza di studi comparativi con anti TNF alfa, il bilancio rischio beneficio per golimumab non sembra migliore (Prescrivere)

Certolizumab pegol

- Non è raccomandato poiché la qualità degli studi è limitata e ci sono altre alternative terapeutiche (CEDAC)
- In assenza di dati di efficacia del farmaco dopo fallimento di altri anti TNF alfa, non è possibile formulare una raccomandazione su certolizumab pegol (NICE 2009)
- Nei pazienti che continuano a ricevere metotressato, l'aggiunta di certolizumab pegol ha prodotto una rapida e sostenuta riduzione dei segni e sintomi dell'artrite reumatoide; i dati di sicurezza a lungo termine sono limitati. (SMC 2010)
- Dal momento che non sono stati condotti studi testa a testa con altri anti TNF-alfa, non si conosce attualmente come certolizumab sia comparabile con i prodotti più datati (Australian prescriber 2010)

Pertanto, dal confronto con i dati di consumo della nostra Asl con la letteratura, emerge un impiego di farmaci anti TNF-alfa e biologici prudente, poiché la scelta delle molecole in uso ricade su quelle dotate di maggior numero di studi clinici e di sicurezza.

I disturbi del sonno più frequenti

Eleonora Saracco, Giovanni Asteggiano

Insonnia

L'insonnia si **definisce** come esperienza soggettiva di un sonno insufficiente o di scadente qualità, pur in presenza delle condizioni favorevoli per poter dormire.

Nonostante rappresenti il disturbo del sonno più **diffuso** al mondo, spesso l'insonnia non viene diagnosticata in fase iniziale per mancata segnalazione della stessa al medico di medicina generale. Il ritardo nel riconoscimento e nel conseguente trattamento dell'insonnia comporta notevoli ripercussioni sulla qualità di vita e sulle attitudini lavorative dei soggetti affetti.

Vari studi hanno evidenziato una prevalenza dell'insonnia pari a circa il 30% (variabile, tuttavia, in base ai diversi criteri diagnostici utilizzati).

L'insonnia cronica, infatti, riguarda circa il 13% della popolazione, mentre se si considerano anche criteri aggiuntivi, che tengano conto nella diagnosi della presenza di un'alterazione delle performance diurne, la prevalenza scende attorno al 10%.

Tra gli anni 2000 e 2003 sono stati svolti in Italia due importanti indagini osservative, lo studio Morfeo 1 e Morfeo 2, condotte dall'Associazione Italiana di Medicina del Sonno (AIMS) in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, con l'obiettivo di ottenere precise informazioni sull'epidemiologia dell'insonnia, in particolare nei pazienti che si recavano presso gli ambulatori dei medici di famiglia.

Dai dati pubblicati sul documento congiunto SIMG - AIMS disponibile sul sito www.sonnomed.it si evince come per lo studio Morfeo 1 abbiano partecipato oltre 700 Medici di Medicina generale, intervistando più di 3200 soggetti. La prevalenza totale dell'insonnia è risultata del 64%: il 44% presentava insonnia con disturbi diurni (insonnia di secondo livello), mentre il 20% soffriva di insonnia senza complicanze diurne (insonnia di primo livello).

L'indagine evidenziava inoltre una maggiore frequenza di patologie concomitanti (in particolare cardiovascolari, muscolo-scheletriche e del connettivo e dell'apparato gastroenterico), un maggior utilizzo delle risorse sanitarie (visite mediche, esami strumentali e di laboratorio), un maggior numero di giorni di malattia negli ultimi tre mesi e una peggiore qualità di vita nei pazienti con insonnia rispetto ai non insonni.

Lo studio Morfeo 2 (quasi 600 Medici e oltre 2700 soggetti con insonnia valutati statisticamente), ha confermato l'elevata frequenza d'insonnia (41%) nella popolazione che si reca dal Medico di Medicina Generale: nel 67% dei casi, l'insonnia durava da almeno un anno, ma solamente una piccola percentuale di pazienti era in trattamento per l'insonnia. Il motivo principale di questo comportamento era la sottostima, da parte del paziente stesso, della rilevanza clinica dell'insonnia (76%).

L'insonnia si caratterizza per la presenza dei cosiddetti **indicatori notturni** (difficoltà all'addormentamento, al mantenimento del sonno con risvegli intermedi, risveglio precoce mattutino con impossibilità alla ripresa del sonno, sensazione di sonno non ristoratore) associati o meno a **sintomi diurni** (sonnolenza, malessere generale, facile irritabilità e disturbi dell'umore, deficit di memoria e concentrazione,..).

In relazione alla durata e alla frequenza dei sintomi l'insonnia può essere definita come **acuta** o, qualora sussista da almeno un mese, **cronica**.

Esistono alcune **categorie maggiormente esposte al rischio di insonnia** quali i lavoratori turnisti, gli anziani, le donne, i soggetti affetti da disturbi del tono dell'umore o da patologie neurodegenerative o sindromi dolorose. Talora sono i farmaci stessi utilizzati per svariate patologie a causare o peggiorare l'insonnia che a sua volta può determinare un aggravamento della malattia a cui è associata.

Le **conseguenze** dell'insonnia cronica non trattata sono notevoli non solo in termini di sintomi diurni (vd sopra) ma anche per quel che riguarda la stretta correlazione con il rischio di sviluppo di malattie cardio-cerebrovascolari con conseguente aumentato rischio di mortalità. La carenza di sonno, specie di sonno profondo e la frammentazione dello stesso sono responsabili infatti di alterazioni neurovegetative e neuroendocrine che comportano un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa sistemica sia nella notte sia nelle ore diurne. I pazienti insonni pertanto presentano spesso un profilo pressorio alterato

ed è questa una possibile spiegazione dell'aumentato rischio cardiovascolare in questa categoria di soggetti. Nei soggetti insonni cronici vi è inoltre un aumentato rischio di eventi cerebrovascolari (ictus ischemico). La privazione cronica di sonno infine determina un aumento del metabolismo basale con gravi effetti sul metabolismo dei carboidrati e conseguente rischio aumentato di sviluppo di diabete e obesità.

Sulla base delle considerazioni sopra elencate, si può concludere che dormire un tempo adeguato (mediamente stimato intorno ad un minimo di sei ore per notte) aiuta a prevenire lo sviluppo di fattori di rischio cardio-cerebrovascolare quali l'ipertensione arteriosa, il diabete e l'obesità. L'insonnia pertanto dovrebbe sempre essere diagnosticata e trattata quando il paziente la riferisce spontaneamente e, qualora non venga lamentata, dovrebbe comunque essere ricercata in presenza di malattie internistiche tra cui le sindromi dolorose e i disturbi dell'umore.

La **diagnosi** di insonnia dovrebbe essere effettuata dal medico di medicina generale, primo interlocutore del paziente e figura di riferimento per la corretta diagnosi e trattamento. In situazioni cliniche complesse sarà lo stesso medico di medicina generale ad indirizzare il paziente a visita specialistica per disturbi del sonno al fine di un approccio diagnostico e terapeutico più articolato. In particolare il paziente insonne dovrebbe essere inviato a visita specialistica qualora presenti mancata risposta alle terapie comportamentali e farmacologiche indicate dal curante nonostante una aderenza adeguata alla terapia stessa, oppure quando si sospetti la presenza di altre patologie del sonno associate all'insonnia, quali le apnee notturne, per le quali può essere indicata l'esecuzione di esami strumentali specifici come la polisonnografia (non indicata invece nel sospetto di insonnia non associata ad altre patologie del sonno).

Prima ancora dell'approccio farmacologico, il paziente affetto da insonnia dovrebbe essere indirizzato a rispettare alcune **norme comportamentali** che vanno sotto il nome di corretta igiene del sonno (vd sotto).

REGOLE PER UNA CORRETTA IGIENE DEL SONNO

1. LA STANZA IN CUI SI DORME NON DOVREBBE OSPITARE ALTRO CHE L'ESSENZIALE PER DOMIRE. E' DA SCONSIGLIARE LA COLLOCAZIONE NELLA CAMERA DA LETTO DI TELEVISORE, COMPUTER, SCRIVANIE PER EVITARE DI STABILIRE LEGAMI TRA ATTIVITÀ NON RILASSANTI E L'AMBIENTE IN CUI SI DORME.
2. LA STANZA IN CUI SI DORME DEVE ESSERE SUFFICIENTEMENTE BUIA, SILENZIOSA E DI TEMPERATURA ADEGUATA (EVITARE ECCESSO DI CALDO O DI FREDDO).
3. EVITARE DI ASSUMERE, IN PARTICOLARE NELLE ORE SERALI, BEVANDE A BASE DI CAFFEINA E SIMILI (CAFFE', THE, COCA-COLA, CIOCCOLATA).
4. EVITARE DI ASSUMERE NELLE ORE SERALI O, PEGGIO, A SCOPO IPNOINDUCENTE, BEVANDE ALCOLICHE (VINO, BIRRA, SUPERALCOLICI).
5. EVITARE PASTI SERALI IPERCALORICI O COMUNQUE ABBONDANTI E AD ALTO CONTENUTO DI PROTEINE (CARNE, PESCE).
6. EVITARE IL FUMO DI TABACCO NELLE ORE SERALI.
7. EVITARE SONNELLINI DIURNI, ECCETTO EVENTUALE BREVE SONNELLINO POST-PRANDIALE. EVITARE IN PARTICOLARE SONNELLINI DOPO CENA NELLA FASCIA ORARIA PRIMA DI CORICARSI.
8. EVITARE, NELLE ORE PRIMA DI CORICARSI, L'ESERCIZIO FISICO DI MEDIO-ALTA INTENSITÀ (PER ES. PALESTRA). L'ESERCIZIO FISICO E' INVECE AUSPICABILE NEL TARDO POMERIGGIO.
9. IL BAGNO CALDO SERALE NON DOVREBBE ESSERE FATTO NELL'IMMEDIATEZZA DI CORICARSI MA ALMENO 1-2 ORE PRIMA.

10. EVITARE, NELLE ORE PRIMA DI CORICARSI, DI IMPEGNARSI IN ATTIVITÀ CHE RISULTINO PARTICOLARMENTE COINVOLGENTI SUL PIANO MENTALE E/O EMOTIVO (STUDIO, LAVORO AL COMPUTER, VIDEO-GIOCHI, ETC...).
11. CERCARE DI CORICARSI LA SERA E ALZARSI AL MATTINO IN ORARI REGOLARI E COSTANTI E QUANTO PIU' POSSIBILE CONSONI ALLA PROPRIA TENDENZA NATURALE AL SONNO.
12. NON PROTRARRE ECCESSIVAMENTE IL TEMPO TRASCORSO A LETTO SE SI E' SVEGLI.

La **terapia farmacologica** per l'insonnia deve essere gestita sotto stretto controllo del medico di medicina generale per assicurare l'impostazione di un corretto schema terapeutico scoraggiando l'autoprescrizione e l'autogestione della terapia ipnoinducente per i rischi ad essa connessi. In particolare il medico curante dovrebbe prediligere l'utilizzo di ipnoici non benzodiazepinici (ad es. zolpidem) per il minore rischio di dipendenza e il minor carico di effetti collaterali specie sulla funzionalità respiratoria. E' preferibile inoltre utilizzare la formulazione in compresse per sfavorire l'autogestione del farmaco più facilmente indotta dall'utilizzo della formulazione in gocce. Sono preferibili i farmaci a breve emivita per evitare la persistenza di sonnolenza residua al mattino. Qualora il farmaco risultasse inefficace, la dose non dovrebbe essere aumentata bensì dovrebbe essere modificato lo schema terapeutico rivalutando eventualmente la diagnosi iniziale. Quando si decide di sospendere una terapia ipnoinducente, soprattutto se assunta per tempo prolungato, è consigliabile ridurre gradualmente il farmaco fino alla completa sospensione per evitare che l'insonnia si ripresenti per sospensione acuta del farmaco stesso.

La melatonina, utilizzata più per i disturbi del ritmo circadiano e sonno-veglia che per il blando effetto sedativo, dovrebbe essere utilizzata prima delle ore 21 per assecondare il ciclo luce-buio e seguire la fisiologica produzione di melatonina da parte delle strutture cerebrali coinvolte.

Il trattamento dell'insonnia può comprendere anche l'approccio cognitivo-comportamentale mediante **psicoterapia** da effettuare in sostituzione o ad integrazione della terapia farmacologica a seconda dei casi.

S. delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)

Le Apnee Ostruttive nel Sonno (OSA) sono una condizione caratterizzata da ripetuti episodi di ostruzione delle vie aeree superiori durante il sonno e rappresentano sula delle principali cause di **ipersonnia diurna**.

La classificazione dei disordini del sonno pubblicata dalla American Academy of Sleep Medicine (AASM) consente di porre diagnosi di OSA con un Respiratory Disturbance Index (RDI) > 15 indipendentemente dalla presenza di sintomi o con un RDI > 5 associato a uno dei seguenti sintomi: eccessiva sonnolenza diurna (EDS), sensazione di sonno non ristoratore, fatica o insonnia, risvegli con fame d'aria, gasping, coking, russamento abituale.

L'alta **prevalenza** della sindrome è stata ben documentata da studi epidemiologici che hanno anche evidenziato la maggior prevalenza della sindrome nel sesso maschile con un rapporto M:F pari a 2-3:1 e la minore prevalenza nelle donne in età fertile.

L'OSA è associata a un aumentato **rischio di morbosità e mortalità cardiovascolare** ed è riconosciuta come fattore di rischio indipendente per ipertensione arteriosa sistemica, cardiopatia ischemica, stroke ischemico.

Gli **effetti** dell'OSA sulla struttura del sonno comportano un'eccessiva sonnolenza diurna e ripercussioni sulle funzioni neurocognitive ponendo questi pazienti in uno stato di incrementato rischio di incidenti stradali e di infortuni sul lavoro.

La **diagnosi** delle apnee nel sonno si fonda sulla presenza dei sintomi sopra descritti suggestivi per apnee notturne e sulla documentazione con sistemi poligrafici, quali la polisonnografia ed il monitoraggio cardiorespiratorio notturno, dei singoli eventi respiratori: la documentazione strumentale permette di definirne le caratteristiche e di calcolare indici per porre la diagnosi e quantificare la severità, così da orientare la scelta terapeutica, la valutazione dell'efficacia del trattamento ed il follow-up.

In ambito **terapeutico** i diversi momenti dell'iter diagnostico-prescrittivo e le modalità proposte per la loro realizzazione sono passaggi fondamentali per garantire un'accurata diagnosi ed un'appropriata prescrizione a prescindere dalle risorse finanziarie disponibili e dalle modalità operative attuali nelle singole realtà regionali o locali. Ciò rende sempre più

necessaria la presenza di procedure omogenee, ampiamente condivise ed applicate su scala nazionale. Il trattamento di scelta rimane ad oggi la ventiloterapia notturna con dispositivo a pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP).

Un valido strumento volto ad ottenere informazioni sulla presenza di ipersonnia diurna nell'ultimo mese è la **scala di Epworth**, sotto riportata, suggestiva per eccessiva sonnolenza diurna se si ottiene un punteggio > 10.

SCALA DI EPWORTH

Che probabilità hai di appisolarti o di addormentarti nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza?

La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo.

Qualora non ti sia trovato di recente in alcune delle situazioni elencate sotto, prova ad immaginare come ti sentiresti.

Usa la seguente scala per scegliere il punteggio più adatto ad ogni situazione:

0 = non mi addormento mai

1 = ho qualche probabilità di addormentarmi

2 = ho una discreta probabilità di addormentarmi

3 = ho un'alta probabilità di addormentarmi

SITUAZIONI

a. Seduto mentre leggo |____|

b. Guardando la TV |____|

c. Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza) |____|

d. Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta |____|

e. Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione |____|

f. Seduto mentre parlo con qualcuno. |____|

g. Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza avere bevuto alcolici |____|

h. In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico |____|

SOMMA |____|

Di seguito sono riportate le informazioni relative al centro del sonno dell' ASLCN2

CENTRO PER I DISTURBI DEL SONNO ASL CN2 Alba-Bra

Il Centro per la diagnosi ed il trattamento dei Disturbi del Sonno dell'ASL CN2 Alba-Bra (Referente Dott.ssa Eleonora Saracco) afferisce al servizio di Neurologia (Direttore Dott. Giovanni Asteggiano) ed è attivo dal mese di novembre 2007.

Gli esami strumentali, effettuati nella sede sita presso l'Ospedale santo Spirito di Bra, comprendono la **polisonnografia ambulatoriale** e il **monitoraggio cardio-respiratorio completo** (o poligrafia dinamica ambulatoriale).

La **prima visita per disturbi del sonno** (insonnia, ipersonnia diurna, disturbi del ritmo circadiano,..) si effettua presso l'ambulatorio generale di Neurologia del servizio di Alba e Bra (prenotabile tramite CUP). Così vengono anche selezionati i pazienti candidati all'esecuzione degli esami strumentali. I pazienti possono inoltre essere sottoposti a tali indagini su richiesta del medico specialista (pneumologo, otorinolaringoiatra, cardiologo,..).

Dopo aver effettuato le indagini polisonnografiche, il paziente viene preso in carico dal centro ed indirizzato all'ambulatorio dedicato per le **visite e gli accertamenti di controllo** (agenda di prenotazione interna al centro). All'ambulatorio dedicato verranno indirizzati inoltre i pazienti che dopo la prima visita neurologica generale abbiano ricevuto tale indicazione per la presa in carico da parte del centro indipendentemente dall'aver eseguito gli esami polisonnografici.

Presso il nostro centro si effettua la **titolazione ambulatoriale dei ventilatori domiciliari** per disturbi respiratori in sonno e la prescrizione dei presidi per la ventiloterapia notturna.

Dal 2008 sono stati effettuati presso il nostro centro una media di 150 esami strumentali all'anno tra polisonnografie e poligrafie dinamiche ambulatoriali.

STAFF MEDICO-INFERMIERISTICO

Personale medico di riferimento: Referente Dott.ssa Eleonora Saracco
Dott. Luca Sullo

Personale infermieristico: Sig.ra Paola Ciravegna

Segreteria: Sig.ra Monica Rubiolo

Orario segreteria: dal lunedì al venerdì, ore 8.30 - 15.00

Tel: 0172/420254

Fax: 0172/420137

e.mail: neurologia.bra@aslc2.it

Programma di governo clinico "Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo"

Marina Patrini, Francesca Montrucchio, Silvia Moglia, Marina Triulzi, Giovanni Chiavazza

I disturbi dello spettro autistico sono una patologia dello sviluppo psicologico altamente invalidante, che nella quasi totalità dei casi perdura anche in età adulta e il cui decorso dipende in buona parte dalla precocità e specificità degli interventi abilitativi attivati in età evolutiva. L'autismo va inquadrato come un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (secondo gli ormai accreditati sistemi di classificazione internazionali, ICD 10 e DSM IV) e non più come "Psicosi", essendo ormai superata l'interpretazione psicorelazionale dell'eziologia della patologia autistica. Secondo le indicazioni ormai consolidate della letteratura internazionale, è appropriato considerare l'autismo come una patologia precoce del sistema nervoso centrale che determina una disabilità complessa che colpisce pervasivamente la comunicazione, la socializzazione e il comportamento.

Ricerche epidemiologiche recenti hanno indicato una prevalenza di 1/150.

L'incidenza dell'autismo è un fenomeno considerato in crescita. In Italia, secondo i più recenti dati Eurispes, sono autistici circa 6-10 bambini su 10mila (rappresentando il 3% circa dei soggetti fra i 3 e i 18 anni affetti da disturbi psichiatrici). Tali dati vengono periodicamente riverificati per capire se si tratti di un effettivo aumento della prevalenza o se interferiscano altri aspetti come le modifiche ai criteri diagnostici, i differenti metodi di accertamento e/o la variazione nella valutazione di aspetti come l'area di provenienza del soggetto autistico nonché di parametri come l'età o il quoziente intellettivo.

La Gran Bretagna ha presentato uno studio secondo il quale il fenomeno è ancora decisamente sottostimato. I ricercatori per verificarlo hanno preso in considerazione un gruppo di quasi duemila pazienti con disturbi potenzialmente riconducibili all'autismo, li hanno sottoposti a test clinici per verificare la presenza effettiva della patologia e scoprire eventuali casi prima non identificati. Il risultato è stato superiore alle previsioni. La malattia colpisce, infatti, circa l'1% dei bambini britannici con un'incidenza di 116 casi ogni 10 mila. Numeri che ribaltano la stima finora ritenuta attendibile nel Paese di 44 casi su 10mila. Fino alla fine degli anni '80 la prevalenza dell'autismo infantile era riportata nell'ordine dei 4-5 casi su 10mila. Tali dati sono stati successivamente riveduti da tre studi giapponesi riportando un tasso di incidenza di 13-15 casi su 10mila. Un trend cui si sono rapidamente adeguati anche europei e americani, senza che venissero riscontrate differenze etniche nella prevalenza. Ma i numeri riportati su Lancet da un campione di 56946 bambini di età compresa tra i 9 e i 10 anni e riguardanti l'ultimo decennio, sono decisamente più rilevanti. L'aumento della prevalenza, secondo l'editoriale Lancet, ha due possibili spiegazioni. La prima ipotesi prevede che effettivamente ci sia una crescita del fenomeno. Le cause restano ancora misteriose e senza markers specifici; si va dall'ipotesi genetica, mai meglio chiarita, a quella ambientale. Su questo punto appare, peraltro, ormai definitivamente tramontata l'ipotesi di un ruolo del vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia e dei vaccini contenenti thimerosal come conservante. L'altra spiegazione riguarderebbe i progressi fatti nell'accertamento della malattia per l'introduzione di criteri diagnostici universalmente condivisi. Questi criteri, che fanno capo al DSM-IV, hanno esteso e chiarificato il concetto di autismo e dei vari sottotipi di disturbi pervasivi dello sviluppo, favorendo lo stabilirsi di sistemi di individuazione della malattia sempre più precise. Non sarebbe aumentato l'effettivo numero dei casi, ma, verosimilmente, la capacità nel rilevarli includendo un sempre maggior numero di casi con un alto quoziente intellettivo.

Le linee guida italiane e internazionali e il Documento conclusivo del Tavolo Nazionale Autismo del Ministero della Salute indicano negli interventi cognitivo-comportamentali quelli più efficaci nel trattamento dei disturbi autistici e sottolineano la necessità di mettere a punto specifici percorsi per i disturbi autistici al fine di ridurre, attraverso interventi precoci, la grave disabilità che nella maggior parte dei casi permane per tutta la vita.

La Regione Piemonte si avvale del sistema di raccolta dati NPI.NET che è la principale fonte conoscitiva sull'attuale modalità di gestione dell'autismo sull'intero territorio regionale.

In Regione Piemonte è stato accertato un dato di prevalenza in età evolutiva (0-18 anni) di circa 2,5 soggetti su mille, con una punta di 3,7 su mille nella fascia 6-10 anni.

I programmi di governo clinico della Regione rispondono all'esigenza comune di razionalizzare i percorsi in base all'evidenza scientifica, promuovendo uno stile di lavoro integrato e multidisciplinare, una uniformazione (in sequenza, modi e tempi) di alcune azioni fondamentali indipendentemente dagli operatori coinvolti, una equità di risposte sul territorio regionale e un utilizzo appropriato delle risorse.

A tali obiettivi di carattere più generale si aggiungono, per la problematica dell'autismo infantile, i seguenti specifici:

- Assicurare una diagnosi accurata, precoce e tempestiva che consenta una presa in carico precoce anche attraverso la promozione della formazione e dell'integrazione tra le diverse figure sanitarie coinvolte (Pediatri di Libera Scelta, Specialisti);
- Migliorare la qualità dei piani terapeutici nei primi anni di vita, garantendo un trattamento intensivo e basato sulle evidenze, una presa in carico locale e accessibilità a livelli essenziali di trattamento su tutto il territorio regionale;
- Razionalizzare l'organizzazione dei servizi sul modello della multi professionalità (coerentemente con gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale), identificando e sviluppando competenze distintive in tema di autismo e introducendo modalità di lavoro proprie del modello delle "reti cliniche". Questo obiettivo deve essere raggiunto anche attraverso accordi interaziendali che favoriscano le sinergie e sussidiarietà necessarie a garantire una presa in carico appropriata;
- Assicurare la frequenza alle situazioni educative normalmente utilizzate da tutti i bambini (nido, scuola per l'infanzia, primaria, media inferiore e superiore).

Articolazione generale del percorso

Gli episodi che compongono il percorso sono i seguenti:

- Sospetto diagnostico avanzato dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale;
- Accoglienza;
- Valutazione clinica neuropsichiatrica;
- Valutazione psicodiagnostica;
- Restituzione della diagnosi ai genitori;
- Valutazione funzionale;
- Trattamento;
- Passaggio dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta nell'ASL di residenza.

Le figure professionali prevalentemente coinvolte, per le strutture citate, sono neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, fisioterapisti e terapisti della neuropsicomotricità in età evolutiva (TNPEE), educatori professionali.

SOC NPI ASL CN2

Nella nostra ASL sono stati individuati operatori dedicati che si occupano in modo più specifico di Autismo e altri disturbi pervasivi dello sviluppo ed è stato individuato un operatore che coordina le attività sull'Autismo/DPS.

Gli operatori che si occupano in modo più specifico di Autismo/DPS sono 1 NPI, 1 Psicologo, 1 Logopedista, 1 Terapista Neuropsicomotricità

Sono coinvolte analoghe figure professionali (soprattutto nella presa in carico) presenti in una Struttura Privata Convenzionata (Centro Riabilitazione Ferrero) e gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali (educatore professionale a domicilio). Vengono inoltre effettuati incontri di counselling con gli insegnanti.

Gli operatori coinvolti nell'equipe multiprofessionale hanno partecipato ai corsi di formazione regionale organizzati nel corso dell'anno 2010.

E' stato previsto (non ancora formalizzato) un accordo interaziendale (Mondovì: Centro di Riferimento Regionale) per la presa in carico (diagnosi o trattamento) di minori con autismo e DPS.

Nell'anno 2010 abbiamo svolto un:

1. Corso di formazione interna accreditato per medici – logopediste – infermieri prof. e pediatrici – NPM – ortottiste, svolto dagli operatori che hanno effettuato formazione regionale;
2. Articoli estesi sul Giornale Locale (Gazzetta d'Alba).

La stima percentuale di soggetti seguiti presso l'ASL CN2 e il Centro Riabilitazione Ferrero è di circa 34 minori residenti e 15 minori con residenza in altra ASL con un dato di prevalenza di circa 1.61 soggetti su mille per i minori residenti e di 1.75 sul totale dei minori presi in carico.

Bibliografia

1. Charman T et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The Lancet* 2006; 368:210-215
2. Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ* 2011;342:c7452 <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7452>
3. Parker SK, Schwartz B, Todd J, Pickering LK. Thimerosal-containing vaccines and autistic spectrum disorder: a critical review of published original data. *Pediatrics* 2004;114:793-804 <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/3/793.long>
4. Linee guida sull'autismo e i disturbi pervasivi dello sviluppo Ministero della Salute - Tavolo Nazionale Autismo
5. Linee guida per l'autismo, raccomandazione tecniche-operative della SINPIA (2005)
6. Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo. Programma di governo clinico per i disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva assessorato alla sanità - Regione Piemonte (2009)
7. www.autismo@aslcn1.it

Progetto Internazionale Peer Education

Educazione tra pari – Promozione della salute - Partecipazione

Valutazione di risultato

Eugenia Baldi, Norma De Piccoli, Alessandra Ferraris,
Giuseppina Intravaia, Letizia Martinengo, Daniele Saglietti

L'obiettivo dell'ASL CN2 Alba-Bra perseguito con il progetto di educazione tra pari, oggetto del presente articolo, è la realizzazione e verifica di interventi mirati di promozione della salute, il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo dei fattori determinanti la salute e, di conseguenza, di migliorare la loro salute. Questo progetto è riferito al target significativo adolescenti e giovani, ma la convinzione profonda è che modelli di intervento che sviluppino empowerment e partecipazione, supportati da meccanismi rigorosi di sviluppo e valutazione, rappresentino una modalità di intervento efficace ed appropriata al contrasto della malattia, al miglioramento della salute e della qualità della vita dei singoli e delle Comunità di appartenenza. Con il presente articolo si vuole anche evidenziare il tentativo di "rendere conto", assieme ai ragazzi, del proprio operato e della possibilità di costruire modelli partecipati di verifica, supportati da collaborazioni di ricerca accreditate e condivise, in questa occasione, con l'Università.

La S.O.C. Psicologia, con la collaborazione dei Comuni di Alba e Bra, ha attivato fin dal 2003 interventi di educazione tra pari all'interno di gruppi formali e informali di adolescenti; la proposta si colloca all'interno di un orizzonte di pensiero che riconosce i ragazzi quali soggetti attivi nella promozione del loro benessere. Dal punto di vista metodologico significa attivare ragazze e ragazzi all'interno dei contesti scolastici e delle aggregazioni cittadini che intenzionalmente vogliono assumersi la responsabilità di diventare protagonisti di iniziative di promozione di benessere con e per i propri coetanei.

Si è scelto un modello di educazione tra pari, l'empowered peer education, che assume concretamente un'ottica di lavoro fondata sul valorizzare le risorse ed è risultata la più idonea nel favorire lo sviluppo delle potenzialità e competenze personali e sociali dei ragazzi. Il modello empowered si differenzia dagli altri modelli di peer education per le modalità e i criteri di individuazione dei ragazzi peer e per la scelta dei temi su cui lavorare, che vedono i ragazzi effettivamente protagonisti del processo in azione fin dal momento della progettazione. I ragazzi stessi, attraverso l'esperienza della costituzione di un gruppo di lavoro, analizzano i propri bisogni/desideri all'interno del contesto in cui sono inseriti, e poi definiscono essi stessi le azioni di promozione e/o prevenzione che ritengono necessario sviluppare per sé e per i coetanei. L'intervento non nasce a priori con l'obiettivo di incidere su specifici comportamenti a rischio individuati dagli adulti, ma ha l'obiettivo di promuovere il protagonismo dei ragazzi per sviluppare la loro consapevolezza e competenza.

Nel corso di questi anni il progetto, iniziato e diffuso all'interno degli istituti medi superiori di Alba e Bra, si è sviluppato anche sul territorio nell'ambito dei gruppi informali. L'esperienza maturata ha promosso lo sviluppo di un progetto 'Peer Education' in un ambito territoriale allargato, che ha ottenuto il finanziamento nell'ambito dei programmi di Cooperazione Transfrontaliera 2007-2013 Alcotra, di cui l'ASL CN2 è capofila, insieme ai partners dell'ASL 1 Imperiese e della Mutualité Francaise.

Grazie a questo finanziamento è stata stipulata una convenzione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino, gruppo di ricerca condotto dalla Prof.ssa De Piccoli, con l'obiettivo di costruire uno strumento partecipato di valutazione degli interventi di empowered peer education, denominato "Questionario Progetto Peer Education". Nel modello di empowered peer education adottato la valutazione di processo prevedeva fin dall'inizio l'elaborazione e la somministrazione di strumenti che permettessero di rendicontare e descrivere i diversi passaggi di lavoro durante le varie fasi del progetto. Mancava uno strumento di valutazione di risultato che rendesse conto dei cambiamenti avvenuti in seguito alla partecipazione al progetto e che accompagnasse i dati qualitativi raccolti con dati anche quantitativi. L'articolo presentato evidenzia gli obiettivi di partenza del progetto di ricerca proposto, presenta gli strumenti, le procedure adottate per la costruzione del questionario e i partecipanti alla ricerca. Di seguito verranno forniti i primi risultati sui questionari somministrati nel territorio dell'ASL CN2 nelle scuole medie superiori di Alba e di Bra basati sul confronto tra gli studenti che hanno partecipato al Progetto Peer Education (Peer educator e coloro che conoscono il progetto e hanno partecipato alle attività organizzate) e coloro che non hanno partecipato (coloro che conoscono il progetto ma non hanno partecipato alle attività e coloro che non hanno nessuna conoscenza del progetto) mentre i risultati dei questionari somministrati nelle altre realtà partner del Programma di Cooperazione Transfrontaliera Alcotra, sono in fase di elaborazione e verranno presentati nelle prossime pubblicazioni.

Il progetto di ricerca: gli obiettivi

Al fine di rilevare se gli interventi realizzati all'interno delle scuole hanno contribuito alla crescita cognitiva, relazionale e, perché no, anche etica dei ragazzi e delle ragazze coinvolti, è stata condotta una ricerca su vasta scala, che si è proposta di coinvolgere il maggior numero di studenti, prescindere dal ruolo che questi hanno o non hanno avuto all'interno dei diversi istituti scolastici che hanno permesso la realizzazione delle diverse iniziative di educazione tra pari. Poiché l'obiettivo della Peer Education in questione non era quello di contribuire a un'accresciuta conoscenza e consapevolezza in merito a specifiche tematiche, come abbiamo già qui spiegato, si trattava quindi di individuare quegli indicatori maggiormente significativi che testimoniassero della ricaduta che il progetto ha avuto nei soggetti coinvolti. Se gli obiettivi di un progetto di Peer Education sono quelli, così come vengono descritti anche dalla letteratura (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 1999; Boda, 2001; Pellai, Rinaldin e Tamborini, 2002; Turner e Shepherd, 1999) di concorrere allo sviluppo delle competenze relazionali, di concorrere a formare un soggetto critico e autonomo, di fornire strumenti affinché i soggetti si percepiscano attori e agenti di cambiamento, si trattava allora di individuare, nell'ambito della letteratura psicosociale, gli strumenti di misurazione più adatti a rilevare l'eventuale acquisizione di competenze. Ma quali competenze? L'interesse si è focalizzato, anche sulla base di alcune interviste realizzate a 9 ragazzi "ex-peer", sulle competenze relazionali, su una percezione di sé come soggetto attivo, in grado di assumere un ruolo attivo nella realizzazione di progetti condivisi, con la conseguenza di acquisire una visione di sé in relazione al mondo (riflessioni quindi in contro tendenza con una rappresentazione negativa e stereotipata che vede i giovani come pigri, narcisisti, demotivati).

Strumenti e procedure

Per rilevare se e quanto il progetto avesse contribuito a un aumento di competenze, come sopra specificato, è stato costruito un questionario a domande chiuse. La costruzione è stata preceduta da 9 interviste a ragazzi che in passato hanno ricoperto il ruolo di peer, con lo scopo di approfondire vissuti, percezioni, significati e atteggiamenti rispetto al ruolo di peer e al Progetto di Peer Education. A partire dalle interviste, trascritte in forma integrale, e attraverso un lavoro di categorizzazione e di astrazione, è stato possibile individuare le principali categorie tematiche utilizzate dai protagonisti stessi per spiegare, interpretare e valutare l'esperienza. Si è in tal modo pervenuti a un insieme di item volti a rilevare la motivazione a partecipare al Progetto Peer Education, gli ostacoli alla partecipazione, gli effetti positivi e gli aspetti negativi a questo progetto legati, e i motivi per i quali il progetto è piaciuto o meno.

Il questionario, pertanto, è stato così strutturato:

- una parte socio demografica, una relativa alla storia scolastica del soggetto (istituto scolastico frequentato, carriera scolastica) e una dedicata a rilevare l'eventuale partecipazione a una serie di gruppi (volontariato, consulta giovanile, associazioni culturali...).
- La Scala dell'Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale (SAPCIS; 19 item), nella versione italiana curata da Pastorelli, Vecchio e Boda (2001). Si tratta di una scala Likert a 7 passi (da 1 = per nulla a 7 = moltissimo) in cui viene chiesto ai soggetti quanto si sentono capaci di affrontare e di comunicare nelle situazioni sociali presentate.
- La Scala dell'Autostima di Rosenberg (SE-R; 10 item) nella versione italiana curata da Prezza, Trombaccia e Armento (1997). Ai soggetti si chiede di dichiarare quanto sono d'accordo con ciascuna affermazione presentata attraverso una scala Likert da 1 (fortemente in disaccordo) a 4 (fortemente d'accordo).
- Il Senso di Comunità in Adolescenza (SOC-A; 20 item) di Chiessi, Cicognani e Sonn (2010) che rileva, tramite una Likert a 5 passi (da 0 = per nulla vero a 4 = completamente vero), il Senso di Appartenenza (sottoscala SB), il Supporto e la Connessione Emotiva con i Pari (sottoscala SCG), il Supporto e la Connessione Emotiva con la Comunità (sottoscala SCC), la Soddisfazione dei Bisogni e l'Opportunità di Crescita (sottoscala S) e l'Opportunità di Influenzamento (sottoscala I).
- 9 item volti a indagare i motivi per i quali i ragazzi partecipano al Progetto Peer Education (modalità di risposta Sì/No).
- 8 item che rilevano i motivi che ostacolano la partecipazione al Progetto Peer Education (modalità di risposta Sì/No).

- un insieme di 10 item che rileva gli effetti positivi derivanti dalla partecipazione al Progetto Peer Education (modalità di risposta Likert a 5 passi , da 1 = per nulla a 4 = moltissimo).
- 8 item per rilevare gli aspetti negativi legati alla partecipazione al Progetto Peer Education (modalità di risposta Likert a 5 passi - da 1 = per nulla a 4 = moltissimo).
- 3 item necessari a rilevare il grado di coinvolgimento di ogni singolo studente al progetto (essere Peer; aver partecipato attualmente o in passato alle attività organizzate dal gruppo dei Peer; conoscere il progetto ma non aver mai partecipato alle attività organizzate dal gruppo dei Peer; non conoscere il progetto) e il grado di soddisfazione e di apprezzamento verso il Progetto.
- L'ultimo gruppo di item era rivolto soltanto ai soggetti Peer con l'obiettivo di indagare i motivi per i quali il progetto era piaciuto (10 item; Likert a 4 passi da 1 = per nulla a 4 = molto), le ragioni per le quali il progetto non era piaciuto (7 item; Likert a 4 passi da 1 = per nulla a 4 = molto), le intenzioni a ri-partecipare (modalità di risposta Sì/No/Non so) e, infine, 2 domande sugli strumenti di comunicazione utilizzati con amici, compagni e peer.

Prima di effettuare la somministrazione, lo strumento è stato sottoposto a una fase di pre-test a un gruppo di studenti con caratteristiche affini a quelle della popolazione in questione, al fine di verificare il grado di comprensione, adeguatezza e completezza dello strumento. La somministrazione del questionario è avvenuta in classe, richiedendo la sospensione della lezione prevista in quell'arco di tempo. La sua compilazione ha richiesto mediamente 25 minuti.

I Partecipanti e il rapporto con la scuola

Alla ricerca hanno partecipato 1701 soggetti di età compresa tra 14 e 22 anni (M = 17; DS = 1.497) di cui il 56% femmine. Al momento della somministrazione, avvenuta nel corso della Primavera 2011, il 33.2% degli studenti frequentava l'IIS Mucci, il 32.5% il Liceo Giolitti-Gandino, il 20.5% l'IIS Guala e, infine, il 13.8% l'Umberto I (vedi Fig. 1). La distribuzione dei soggetti all'interno delle diverse classi ricalca gli andamenti fisiologici scolastici in cui i primi anni raccolgono il maggior numero di studenti (vedi Fig. 2).

Figura 1. Istituto scolastico frequentato.

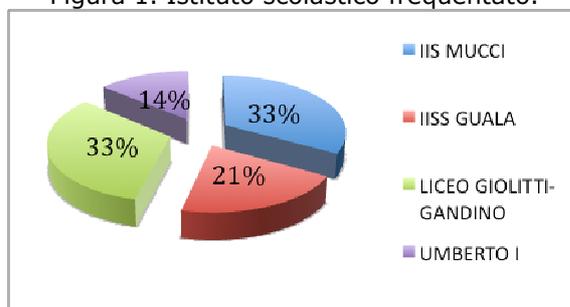
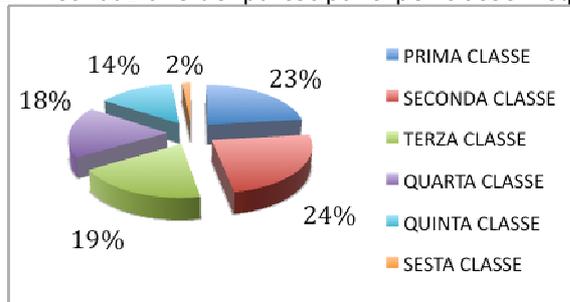


Figura 2. Distribuzione dei partecipanti per classe frequentata.



Rispetto alla carriera scolastica e facendo riferimento esclusivamente alla scuola secondaria di secondo grado, il 53.1% dei partecipanti è sempre stato promosso, il 15.1% è sempre stato promosso nonostante debiti formativi, il 12.5% è stato bocciato una volta, l'1.7% è stato bocciato più di due volte e il restante 17.6% non ha risposto in quanto iscritto al primo anno. Interrogati su come giudicano il loro rendimento scolastico, la maggior parte degli studenti (33.3%) si è posizionata intorno alla modalità "discreto", il 28.8% "sufficiente", il

20.6% "buono"; a seguire, l'8.3% ha considerato "scarso" il suo rendimento, il 6.1% "ottimo" e il 2.9% "insufficiente" (vedi Fig. 3). Rispetto all'atteggiamento verso la scuola, il 38.2% dei rispondenti ha dichiarato di apprezzare abbastanza la scuola, il 21.7% di apprezzarla molto e il 19.6% un poco. Il 15.4% non l'apprezza per nulla e il rimanente 5.1% la apprezza moltissimo (vedi Fig. 4).

Figura 3. Rendimento scolastico.

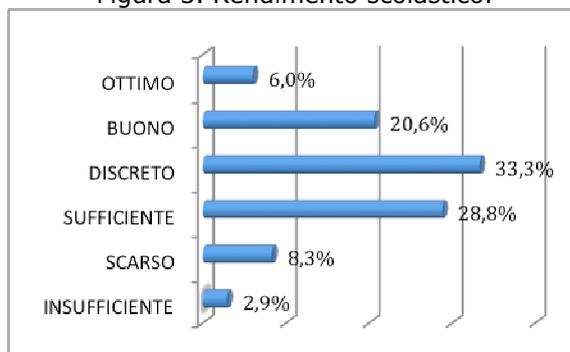
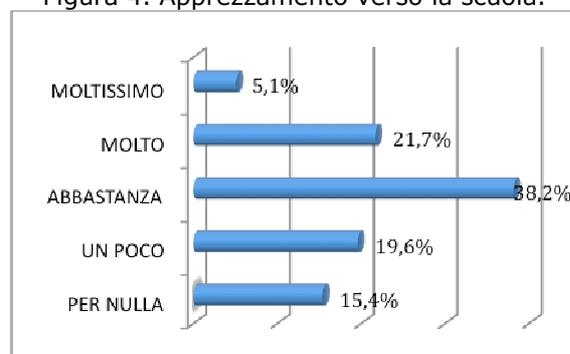


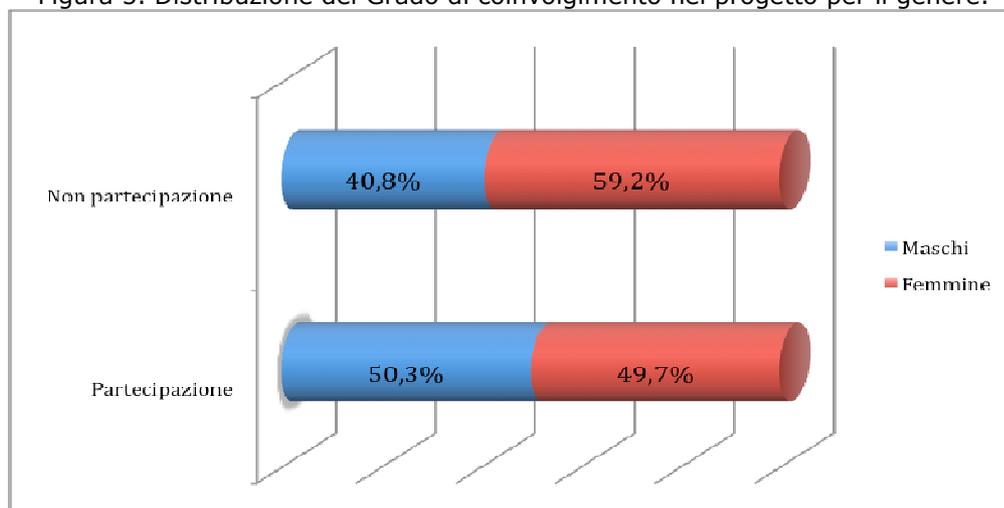
Figura 4. Apprezzamento verso la scuola.



La Peer Education: i Risultati

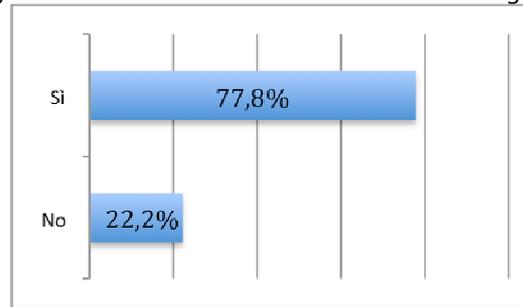
I risultati ottenuti dalle analisi hanno evidenziato come la maggior parte degli studenti coinvolti (77%; di cui femmine 49.7%) non abbia partecipato al Progetto Peer Education, mentre il restante 23% (di cui femmine 59.2%) ha dichiarato di aver partecipato al progetto. Il χ^2 calcolato per verificare se ragazzi e ragazze hanno partecipato in egual misura ha dimostrato che i maschi hanno partecipato più delle femmine ($\chi^2 = 10.508$; $p < .001$) (Vedi Fig. 5).

Figura 5. Distribuzione del Grado di coinvolgimento nel progetto per il genere.



Limitatamente a chi ha partecipato al progetto, il 77.8% ha dichiarato di essere soddisfatto del progetto (vedi Fig. 6).

Figura 6. Grado di soddisfazione verso il Progetto.



I valori medi ottenuti sul totale dei soggetti e relativi alle diverse scale: Scala dell'Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale (SAPCIS), Scala dell'Autostima di Rosenberg (SE-R), Senso di Appartenenza (SB), Supporto e Connessione Emotiva con i Pari (SCG), Supporto e Connessione Emotiva con la Comunità (SCC), Soddisfazione dei Bisogni e Opportunità di crescita (S) e Opportunità di Influenzamento (I) sono riportati in Tabella 1.

Tabella 1. Affidabilità, Medie e Deviazioni Standard sul totale dei soggetti.

	Alpha	min	Max	Totale M (DS)
SAPCIS	.839	19	131	89.6 (14.702)
SE-R	.821	10	40	29.67 (5.01)
SB	.812	0	29	8.96 (3.921)
SCG	.788	0	17	8.96 (3.732)
SCC	.817	0	16	6.49 (3.187)
S	.799	0	16	7.14 (3.638)
I	.727	0	22	9.9 (3.108)

È stato operato un confronto tra le medie incrociando il valore medio di ciascuna scala o sottoscala con il grado di coinvolgimento nel progetto, a seconda cioè che gli studenti avessero partecipato al progetto (Peer educator e coloro che conoscono il progetto e hanno partecipato alle attività organizzate) o non avessero partecipato (coloro che conoscono il progetto ma non hanno partecipato alle attività e coloro che non hanno nessuna conoscenza del progetto) (vedi Tabella 2).

Tabella 2. Medie e Deviazioni Standard divise per il Grado di coinvolgimento nel progetto e valori di t di Student.

	PARTECIPAZIONE		NON PARTECIPAZIONE	t
	M (DS)			
SAPCIS	91.10 (15.277)	89.29 (14.392)		1.970*
SE-R	29.79 (4.803)	29.65 (5.061)		.465
SB	9.38 (3.914)	8.82 (3.908)		2.392*
SCG	9.19 (3.795)	8.88 (3.712)		1.417
SCC	6.68 (3.241)	6.37 (3.153)		1.633
S	7.01 (3.755)	7.14 (3.596)		-.645
I	10.25 (3.023)	9.80 (3.126)		2.407*

* $p < .05$

Come si evidenzia dalla Tabella 2, le differenze tra i gruppi sono risultate statisticamente significative per l'Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale, per il senso di Appartenenza e per l'Opportunità di influenzamento. In particolare, il gruppo "Partecipazione" ha presentato i valori più alti rispetto al gruppo "Non partecipazione" su tutte e tre le dimensioni.

Gli effetti positivi e gli aspetti negativi legati al Progetto Peer Education sono stati anch'essi oggetto di confronto tra i due gruppi "Partecipazione" e "Non partecipazione". Rispetto alla variabile "Effetti positivi legati al Progetto Peer Education" le differenze statisticamente significative riguardano ogni item della scala (vedi Tabella 3). In generale, è possibile affermare che il gruppo "Partecipazione" ha presentato delle medie significativamente più elevate nel confronto con il gruppo "Non partecipazione" su tutti gli item che si riferiscono agli effetti positivi del progetto.

Tabella 3. Medie e Deviazioni Standard di "Effetti positivi legati al Progetto Peer Education" e t di Student.

	TOTALE	PARTECIPAZIONE	NON PARTECIPAZIONE	
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	t
Il riconoscimento che i giovani hanno valore e dignità	3.46 (1.139)	3.66 (1.080)	3.40 (1.157)	3.742*
L'apertura mentale che porta a confrontarsi e ad accettare idee e punti di vista diversi	3.44 (1.068)	3.62 (1.027)	3.39 (1.075)	3.453*
Lo sviluppo di abilità organizzative	3.40 (1.015)	3.56 (1.006)	3.34 (1.018)	3.599*
Lo sviluppo di abilità legate alla gestione e soluzione dei problemi	3.33 (1.001)	3.50 (.952)	3.29 (1.006)	3.545*
Lo sviluppo di capacità di ascolto e rispetto dell'altro senza pregiudizi	3.30 (1.009)	3.51 (.988)	3.25 (1.008)	4.275*
Lo sviluppo di abilità legate alla gestione dei gruppi	3.25 (1.024)	3.55 (1.008)	3.17 (1.007)	6.277*
L'acquisizione di conoscenze, di saperi e di strumenti utili per affrontare la vita di tutti i giorni	3.21 (1.028)	3.34 (1.033)	3.17 (1.023)	2.827*
La consapevolezza di poter partecipare e intervenire sull'ambiente circostante	3.13 (1.014)	3.31 (.984)	3.08 (1.017)	3.743*
Una maggiore capacità di stabilire delle relazioni e di uscire dalla stretta cerchia di amici	3.13 (1.109)	3.39 (1.089)	3.06 (1.096)	4.994*
La scoperta di avere una responsabilità verso gli altri	3.12 (.967)	3.27 (.903)	3.08 (.977)	3.183*

* $p < .01$

Venendo alle analisi della variabile "Aspetti negativi legati al Progetto Peer Education", i risultati delle statistiche descrittive e del t di Student sono riportati in Tabella 4. In particolare, relativamente alle affermazioni "La difficoltà a comprendere e a spiegare cosa sia il Progetto Peer", "L'impegno richiesto" e "Un ostacolo allo svolgimento dei programmi scolastici e della didattica" il gruppo che ha ottenuto le medie significativamente più alte è risultato "Non partecipazione". Il gruppo "Partecipazione", invece, ha presentato medie statisticamente più elevate sull'affermazione "Le resistenze dei professori e della struttura scolastica".

Mantenendo la suddivisione in base alla partecipazione/non partecipazione al progetto, sono stati effettuati dei confronti relativamente a cosa motiva un ragazzo o una ragazza a partecipare al Progetto Peer Education (vedi Tabella 5) e cosa, dall'altra parte, ostacola la partecipazione al progetto (vedi Tabella 6). Tutte le affermazioni, eccetto due ("L'opportunità di confrontarsi con gli altri su temi di interesse" e "La sensazione di essere i protagonisti nella realizzazione di un proprio progetto"), relative alle motivazioni al progetto, hanno ottenuto dei valori di χ^2 statisticamente significativi. Nello specifico, chi ha partecipato al progetto ha indicato "La curiosità", "La sensazione di fare qualcosa di nuovo all'interno della scuola", "La possibilità di conoscere persone nuove", "L'occasione di fare qualcosa per gli altri e di sentirsi utili", "Il desiderio di partecipare e di portare il proprio contributo sull'ambiente circostante", "Il giudizio positivo di amici e compagni", "La possibilità di realizzare un proprio progetto" in misura significativamente maggiore rispetto al gruppo "Non Partecipazione".

Tabella 4. Medie e Deviazioni Standard di "Aspetti negativi legati al Progetto Peer Education" e t di Student.

	TOTALE	PARTECIPAZIONE	NON PARTECIPAZIONE	t
	M (DS)	M (DS)	M (DS)	
La scarsa diffusione e conoscenza del Progetto Peer	3.32 (1.274)	3.21 (1.207)	3.36 (1.288)	- 1.941
La difficoltà a coinvolgere i ragazzi nel Progetto	3.27 (1.106)	3.24 (1.034)	3.28 (1.126)	- .571
L'impegno richiesto	3.12 (1.160)	2.95 (1.161)	3.17 (1.156)	- 3.109*
La difficoltà a comprendere e a spiegare cosa sia il Progetto Peer	3.00 (1.158)	2.83 (1.126)	3.05 (1.167)	- 3.177*
Un ostacolo allo svolgimento dei programmi scolastici e della didattica	2.92 (1.219)	2.69 (1.185)	2.99 (1.220)	- 4.032*
La percezione di fare qualcosa di inutile	2.72 (1.188)	2.72 (1.208)	2.73 (1.183)	- .036
Il giudizio negativo degli altri (amici, compagni...)	2.54 (1.259)	2.57 (1.322)	2.51 (1.238)	. 691
Le resistenze dei professori e della struttura scolastica	2.52 (1.191)	2.66 (1.278)	2.47 (1.160)	2.563*

* $p < .01$

Tabella 5. Percentuali di risposta alla domanda "Cosa spinge un ragazzo o una ragazza a partecipare al Progetto Peer Education".

	TOTALE	PARTECIPAZIONE	NON PARTECIPAZIONE	χ^2
	%	%	%	
La curiosità	83.6	88.5	82.2	8.267**
La sensazione di fare qualcosa di nuovo all'interno della scuola	82.5	88.5	80.8	11.638**
La possibilità di conoscere persone nuove	80.1	86.3	78.2	11.775**
L'opportunità di confrontarsi con gli altri su temi di interesse	74.8	78.1	73.8	2.800
L'occasione di fare qualcosa per gli altri e di sentirsi utili	70.0	75.5	68.4	6.855**
Il desiderio di partecipare e di portare il proprio contributo sull'ambiente circostante	68.7	75.1	66.8	8.986**
La possibilità di realizzare un proprio progetto	54.4	59.8	52.8	5.464*
La sensazione di essere i protagonisti nella realizzazione del proprio progetto	52.2	54.1	51.7	.667
Il giudizio positivo di amici e compagni	41.9	46.7	40.4	4.513*

* $p < .05$

** $p < .01$

Tabella 6. Percentuali di risposta alla domanda "Cosa impedisce un ragazzo o una ragazza a partecipare al progetto Peer Education".

	TOTALE	PARTECIPAZIONE	NON PARTECIPAZIONE	χ^2
	%	%	%	
La pigrizia	80.3	79.2	80.6	.353
La paura di esporsi e di assumere un ruolo attivo	63.4	65.6	62.8	.943
L'impegno richiesto	62.9	58.7	64.1	3.498
L'indifferenza verso tutto ciò che riguarda la scuola e che proviene dalla scuola	59.4	63	58.4	2.512
La sensazione di non poter incidere sull'ambiente: "tanto non cambia nulla"	58.6	58.9	58.5	.019
Il giudizio negativo degli altri (amici, compagni...)	35.3	40.1	33.8	4.847*
La difficoltà a comprendere cosa sia il Progetto Peer	34.3	29.8	35.7	4.305*
Le resistenze dei professori	26.5	35.5	23.7	20.114**

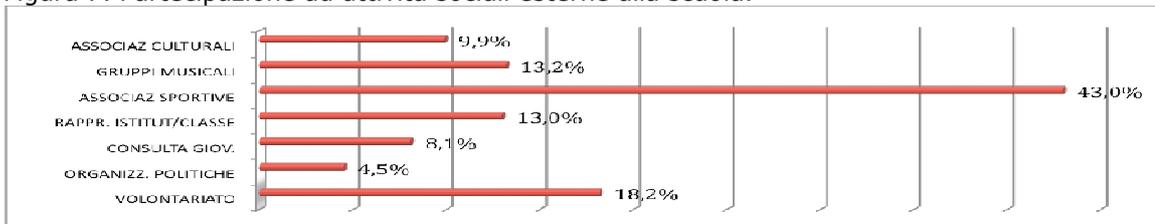
* $p < .05$

** $p < .01$

Analizzando invece gli ostacoli alla partecipazione, "La difficoltà a comprendere cosa sia il Progetto Peer" è stata riconosciuta in misura maggiore da coloro che non hanno partecipato. "Le resistenze dei professori" così come "Il giudizio negativo degli altri (amici, compagni...)" sono stati indicati in misura maggiore dal gruppo "Partecipazione".

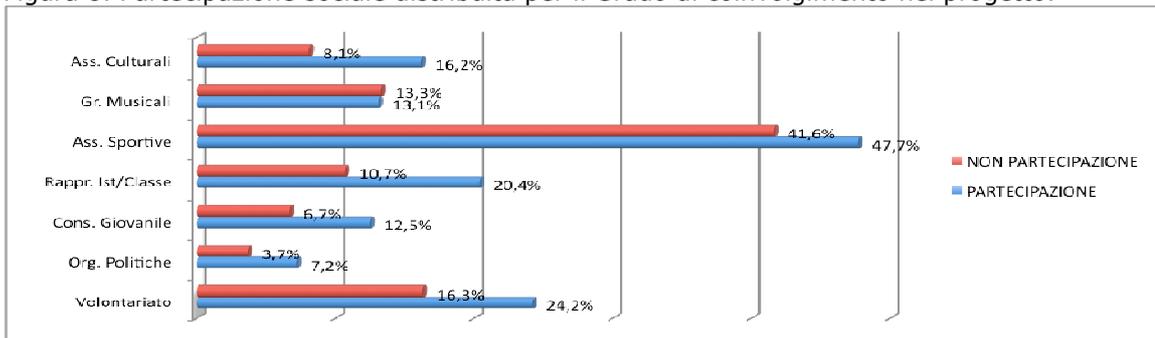
Rispetto alla partecipazione da parte dei soggetti ad attività sociali esterne all'istituto scolastico, il 18.2% degli studenti ha dichiarato di essere coinvolto in attività di volontariato, il 4.5% in organizzazioni politiche, l'8.1% nella consulta giovanile e il 13% nella rappresentanza di classe o di istituto. Le associazioni sportive hanno visto impegnato il 43% dei rispondenti, i gruppi musicali il 13.2% e le associazioni culturali il 9.9% (vedi Fig. 7).

Figura 7. Partecipazione ad attività sociali esterne alla scuola.



Incrocando questa variabile con il grado di coinvolgimento nel progetto (vedi fig. 8), si può osservare che coloro che hanno partecipato sono maggiormente impegnati in attività di volontariato ($\chi^2 = 11.736$; $p < .01$), nelle organizzazioni politiche ($\chi^2 = 7.786$; $p < .001$), nella consulta giovanile ($\chi^2 = 12.433$; $p < .001$), nella rappresentanza di istituto o di classe ($\chi^2 = 23.403$; $p < .001$) e nelle associazioni culturali ($\chi^2 = 20.381$; $p < .001$).

Figura 8. Partecipazione sociale distribuita per il Grado di coinvolgimento nel progetto.

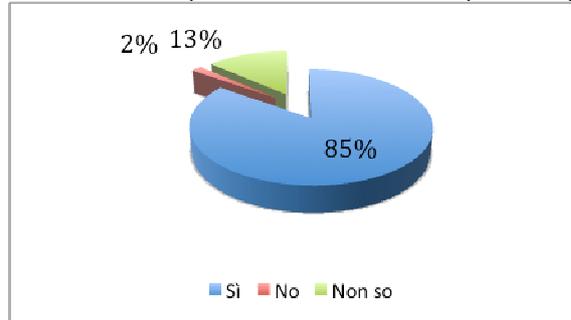


Il gruppo dei Peer

Le domande specifiche per i Peer educator, che rappresentavano il 4% sul totale degli studenti coinvolti nella ricerca, si sono incentrate su aspetti relativi ai motivi di apprezzamento o non apprezzamento verso il progetto, alle intenzioni di prendere nuovamente parte al progetto e ai mezzi di comunicazione utilizzati con amici, compagni e tra Peer. Per quanto riguarda i motivi di apprezzamento, il sentirsi soddisfatto per aver partecipato attivamente e aver dato il proprio contributo è stato indicato come motivo di apprezzamento dal 89.7% dei ragazzi, seguito dal sentirsi soddisfatto per aver realizzato concretamente un progetto (88.1%), dall'essersi sentito utile facendo qualcosa per gli altri (86.4%), dal sentire la propria opinione ascoltata, rispettata e valorizzata (84.7%), dall'essersi sentito arricchito nel modo di pensare e nelle relazioni (83.1%) e dall'essersi sentito protagonista nella scelta delle attività e tematiche da proporre (82.8%). La scoperta di avere una responsabilità verso se stessi e verso gli altri è stato indicato dall'79.3% dei soggetti, il sentirsi soddisfatto per aver collaborato con il corpo docenti dall'78% e, infine, la scoperta di avere il potere di incidere sull'ambiente che circonda e il sentirsi riconosciuto dagli altri rispettivamente dal 69.5% e dal 67.8%. Passando ai motivi per cui il Progetto non è piaciuto al gruppo dei Peer, la constatazione che gli altri compagni non si impegnassero a sufficienza è stata indicata dal 26.7% dei soggetti, il fatto che gli Operatori del Progetto Peer avessero influenzato la scelta delle attività/tematiche dal 23.3% e che i professori avessero contrastato il progetto dal 18.6%. Il 13.6% ha individuato come motivo di malcontento la mancata realizzazione delle attività che si intendeva portare a termine, il 10.2% l'eccesso di

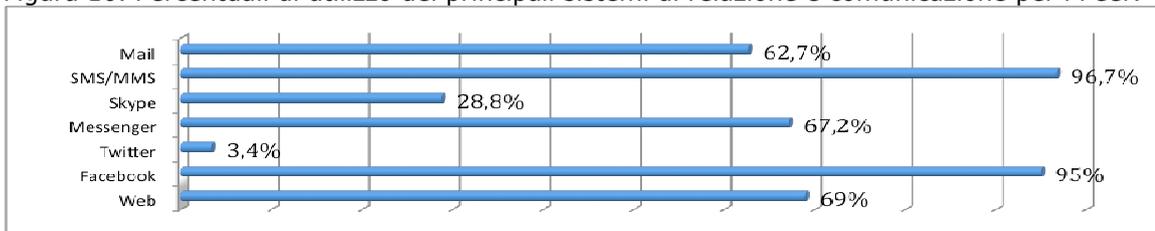
astrazione e la scarsa concretezza, l'8.3% la percezione che il progetto fosse inutile e che nulla sarebbe cambiato e, infine, il 6.3% ha indicato l'eccessivo impegno richiesto. Relativamente all'intenzione a partecipare nuovamente (vedi Fig. 9), l'85% ha risposto affermativamente a fronte di un 2% che ha risposto negativamente e un 13% che ha risposto "non so".

Figura 9. Intenzione a prendere nuovamente parte al progetto.



Il mezzo di comunicazione e di relazione che i Peer hanno dichiarato di utilizzare più frequentemente (vedi Fig. 10) è il sistema di SMS/MMS (96.7%) a cui segue Facebook (95%). Meno utilizzati il Web (69%), Messenger (67.2%) e la mail (62.7%). Percentuali ancora più basse sono state ottenute per Skype (28.8%) e per Twitter (3.4%).

Figura 10. Percentuali di utilizzo dei principali sistemi di relazione e comunicazione per i Peer.



Discussioni

"Dalla nascita alla morte ogni essere umano è un partecipante, in modo tale che né egli né qualsiasi cosa egli faccia o patisca può essere compresa quando sia separato dal fatto che egli partecipa a un ampio insieme di transazioni: a queste egli può contribuire, le può modificare, ma soltanto grazie al fatto che è ad esse un partecipante" (Dewey, Bentley, 1949; Amerio, 2000).

L'idea che l'agire attivo sulle "cose del mondo" sia fattore di cambiamento sia personale sia sociale, e costituisca, quindi, una fase fondamentale per la presa di coscienza, sia di sé sia del mondo esterno, non è una idea innovativa. La ritroviamo infatti sia in Lewin, attraverso la sua "famosa" teoria di campo, sia nella epistemologia genetica di Piaget. Amerio (2000) le riprende collocandole all'interno di una prospettiva che, considerando l'inscindibile relazione tra aspetti contestuali e dimensioni psicologiche, sviluppa l'idea dell'azione come "strumento trasformativo" e come dimensione che, quando diventa sociale e condivisa, soddisfa un bisogno di appartenenza e di identificazione (Moscovici, Doise, 1992). Riflessioni non recentissime, quindi, ma forse in parte dimenticate, almeno all'interno di una riflessione psicologica, perché "oscurate" da una prospettiva cognitivista che considera la relazione unidirezionale tra schema e condotta, mentre anche l'azione può concorrere alla modificazione di schemi, come i nostri dati confermano.

L'esperienza di Empowered Peer Education condotta sul territorio di Alba e Bra si colloca proprio all'interno di tale paradigma teorico, e anche coerentemente con questo abbiamo scelto di riportare i dati in modo che si mettesse bene in evidenza là dove la partecipazione e la non partecipazione hanno fatto la differenza. Detto in altro modo, abbiamo voluto rilevare, con dati "oggettivi", se partecipare o "stare a guardare" fa la differenza. E la risposta, come i dati ci suggeriscono, è positiva. L'azione che si realizza parte da una progettazione condivisa tra adulti e adolescenti, dove questi ultimi non sono né semplici trasmettitori di informazioni né soggetti che immagazzinano passivamente un nuovo sapere, bensì sono individui in grado di promuovere benessere oltre la semplice visione di "delega" da parte degli adulti. I giovani

diventano i protagonisti nella progettazione e realizzazione degli interventi, si responsabilizzano e si impegnano attivamente per analizzare bisogni e fornire risposte costruite in modo partecipato e questo, come abbiamo visto, ha una ricaduta positiva specialmente nello sviluppo di un sentimento di fiducia verso gli altri, di appartenenza a un contesto sociale che va al di là del proprio gruppo di riferimento (vedi: senso di comunità) e, rispetto a se stessi, la percezione e il sentimento di poter incidere e influenzare. Come hanno dichiarato alcuni ex-peer intervistati ¹*in me ho preso consapevolezza in più su me stesso e ho capito che si poteva fare tante cose con poco materiale..."; "riuscire a vedere comunque che anche noi nel piccolo, comunque, siamo un piccolo gruppo, però...riusciamo magari a cambiare qual cosina, un minimo riuscire a migliorare le cose..."*.

Riferendoci alle motivazioni che hanno spinto i ragazzi a partecipare e in modo ancor più evidente agli effetti positivi percepiti legati al progetto, possiamo notare un sentimento di crescita *"...la peer ha anche un valore di crescita per chi...per chi partecipa...Semplicemente io credo che la crescita sia un discorso di migliorarsi...crescita sì, vuol dire migliorarsi, vuol dire imparare..."*. I ragazzi dichiarano di aver acquisito competenze tecniche, relazionali, di ascolto e di comunicazione: *"questa peer...prende proprio persone da vari gruppi e ti butta lì, ti unisce e da lì devi creare un gruppo vero e proprio"*.

Attraverso il confronto con posizioni, idee e punti di vista diversi hanno sviluppato apertura mentale: è il parlare, discutere, mettersi in discussione accettando le idee altrui diverse dalle proprie. L'apertura mentale e la capacità di ascoltare l'altro dandogli spazio presuppongono il riconoscimento dell'altro, la disponibilità al dialogo, il rispetto, l'assenza di pregiudizi e la chiusura a priori all'altro, e il carattere non assolutistico delle proprie idee: richiede un atteggiamento maturo che consiste nel fare un passo indietro per lasciare spazio all'altro allo scopo di collaborare per il progetto comune: *"la peer ti apre la mente, poi ti permette di interagire proprio velocemente con le altre persone..."*

A una crescita in termini di contenuti si affianca una crescita come scoperta. La scoperta di avere una dignità e un valore: gli adulti sono percepiti dai giovani come i soggetti attivi, coloro che possono realizzare progetti, operare scelte, intervenire sul territorio e dialogare con il territorio, come se godessero di diritti e di una dignità esistenziali superiori. Anche i giovani hanno una dignità e un valore. Anche i giovani hanno un potere e con questo potere possono intervenire sul territorio.: *"la peer ci ha dato gli strumenti anche per poter interagire con le istituzioni, quindi con il Comune, con i vari gruppi musicali, con vari artisti, ecc...cose che magari non avremmo saputo proprio da dove partire prima di fare questo"*La scoperta è di avere una responsabilità verso se stessi e verso gli altri. Da una condizione di passività e di accettazione di un mondo che sembra immutabile in cui i giovani non hanno diritto di parola, alla consapevolezza di una responsabilità civile che porta alla partecipazione attiva sostenuta dal protagonismo. Senza la dignità, senza il senso di responsabilità e senza la percezione di poter incidere su ciò che circonda, la partecipazione attiva non si realizzerebbe: non si può passare da un paradigma dell'attesa a un paradigma dell'iniziativa se non si è ascoltati, se le proprie idee e proposte non vengono riconosciute, se non è dato modo di intervenire. Coloro che hanno partecipato al progetto sono consapevoli di questi effetti positivi e li hanno percepiti in loro stessi. A riprova di ciò i risultati della Scala dell'Autoefficacia Percepita nella Comunicazione Interpersonale e Sociale (SAPCIS), della scala sul Senso di Appartenenza (SB) e della scala sull'Opportunità di Influenzamento (I). Gli studenti che hanno partecipato al Progetto Peer Education hanno mostrato, nel confronto con quanti non avevano partecipato, maggiori capacità di comunicare e di affrontare le situazioni sociali, così come sperimentano un maggior senso di appartenenza alla comunità e percepiscono maggiormente l'opportunità di influenzare e di incidere sul proprio ambiente di vita. Non possiamo certamente ora dire dove queste acquisizioni, queste scoperte e questa consapevolezza li porteranno e quale forma prenderanno, né tanto meno se li metteranno al riparo da comportamenti a rischio, tuttavia la constatazione di una maggiore presenza in attività di volontariato, organizzazioni politiche, consulta giovanile, rappresentanza di classe o di istituto e associazioni culturali per lo meno ci porta a pensarli come dei cittadini attivi.

Il progetto Peer Education ha, quindi, un impatto positivo, ma si intravedono possibilità di miglioramento. Senz'altro si potrebbe migliorare la visibilità e la conoscenza del progetto e, parallelamente, sensibilizzare gli altri adulti, in primis i professori. Si tratta cioè di sviluppare delle strategie comunicative che, rendendo più conosciuto e comprensibile il progetto, permettano ai soggetti di poterlo scegliere, o meno, sulla base di una valutazione consapevole. E, forse, una maggiore conoscenza del progetto potrebbe ridurre, in ambito scolastico, resistenze e diffidenze da parte di alcuni professori.

¹ Indicheremo qui in corsivo frasi estratte dalle interviste fatte ad alcuni ragazzi e ragazze ex-peer, a supporto dell'interpretazione da noi formulate a partire dall'analisi dei dati quantitativi

Per concludere

In conclusione, possiamo quindi affermare che il progetto ha raggiunto le sue finalità. I dati confermano ciò che intuitivamente si poteva cogliere attraverso le parole e gli entusiasmi dei e delle partecipanti. Ci sembra inoltre che l'empowered peer education costituisca un'occasione di partecipazione necessaria, in modo che i giovani possano identificare, nell'ambito dei contesti istituzionali e territoriali che li riguardano (scuola, territorio, parrocchie, polisportive, associazioni, ecc) le azioni, i percorsi, le stimolazioni con cui intendono confortarsi e cimentarsi. Affinchè quindi possano scegliere sulla base delle loro aspirazioni e desideri. La persona si costruisce da sé, ma è anche costruita dai contesti e dagli incontri. Più i contesti sono differenziati e stimolanti più contribuiscono alla costruzione delle persone come soggetti attivi. Come afferma Morin:

"La vita quotidiana, all'interno di una società complessa e laicizzata (...), offre libertà per realizzare certi desideri e certe aspirazioni. Tali aspirazioni permettono l'esistenza di una vita culturale, intellettuale e talvolta politica riccamente dialogica, fondata sui conflitti di idee, sullo scambio di argomenti e questa vita culturale alimenta l'autonomia della mente" (Morin, 2002).

Questo auspichiamo per le giovani generazioni e questo ci proponiamo di contribuire a sviluppare.

Bibliografia

Amerio P. (2000). *Psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna

Bertini M., Braibanti P. & Gagliardi M.P. (1999). I programmi di "Life skills Education" (LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute. *Psicologia della Salute*, 2, p.13-29.

Boda G. (2001). *Life skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*. La Nuova Italia, Milano.

Chiessi M., Cicognani E., & Sonn C. (2010). Assessing sense of community in adolescents: validating the brief scale of sense of community in adolescents (SoC-A). *Journal of Community Psychology*, 38, 276-292

Dewey HJ., Bentley A. (1949). *Knowing and the Known*, Beacon Press, Boston

Lewin K (1951). *Filed Theory in Social Science*, Harper & Brothers, New York

Morin E. (2002). *Il metodo. 5. L'identità umana*, R. Cortina, Milano (ed. or. La Méthode 5. L'Humanité de l'Humanité, tome 1, L'identité humaine, Editions du Seuil, Paris, 2001).

Moscovici S., & Doise W. (1992). *Dissensi e consensi. Una teoria generale delle decisioni collettive*, Il Mulino, Bologna (ed. or. Dissensions et consensus. Une théorie générale des décisions collectives, PUF, Paris, 1992)

Pastorelli C., Vecchio G.M. & Boda G. (2001). Autoefficacia nelle life skills: soluzione di problemi e comunicazione interpersonale. In Caprara (Eds). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Pellai A., Rinaldin V. & Tamborini B. (2002). *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*. Erickson, Trento.

Piaget J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchatel-Paris

Prezza M., Trombaccia F.R., & Armento L. (1997). La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44.

Turner G. e Shepherd J. (1999). A method in search of a theory: *peer education* and health promotion. *Health Education Research*, 14 (2), p. 235-247.

Rapporto sull'andamento del flusso di denunce di malattia professionale nel periodo 2006-2010

Vilma Giachelli, Elena Lora, Anna Santoro

1. Introduzione

Scopo di questo rapporto è la descrizione dello stato di salute della popolazione in età lavorativa dell'ASL CN2, attraverso l'analisi dell'andamento delle notifiche di malattia professionale nel quinquennio 2006-2010; le osservazioni conclusive possono essere utilizzate come strumento per la conoscenza del territorio e per definire il grado e la priorità degli interventi sia di vigilanza sia di prevenzione.

A tal fine sono stati utilizzati i referti inviati allo SPreSAL, ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65, in quanto destinatario delle notizie accertate o sospette di Malattia Professionale, da parte dei medici (competenti, generici, ospedalieri, specialisti), Direzione Provinciale del Lavoro, altri SPreSAL, patronati, INAIL, Magistratura oppure eseguiti su iniziativa autonoma. Per Malattia Professionale si intende l'alterazione dello stato di salute di un soggetto, la cui insorgenza è dovuta all'azione nociva, lenta e protratta nel tempo, di un lavoro o di materiali o di fattori negativi presenti nell'ambiente in cui si svolge l'attività lavorativa (definizione INAIL).

I dati, archiviati in apposito software predisposto a partire dal 2000 ed individuato come fonte informativa, sono stati estratti utilizzando come parametro di riferimento la data del referto e sono stati presentati anche disaggregati per sesso, permettendo così la descrizione dell'andamento del fenomeno nella popolazione maschile e femminile separatamente.

Non essendo stato possibile costruire dei tassi (N° eventi/N° occupati; N°eventi/N° ore lavorate) in quanto non si dispone del dato relativo al numero degli addetti ed alle ore lavorate per comparto, ci si limiterà ad una analisi descrittiva del numeratore.

2. Descrizione dell'andamento delle notizie di malattia professionale

Per notizia di Malattia Professionale si intende il numero di nuovi casi comunicati allo SPreSAL, tramite referto e/o denuncia, da parte di qualunque soggetto/Ente o che il Servizio ha rilevato durante la propria attività istituzionale.

Tab.1a - Totale notizie MP/anno quinquennio 2006-2010

2006	2007	2008	2009	2010	TOT
76	67	91	119	106	459

Tab.1b - Totale notizie MP/anno decennio 1996-2005

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOT
31	39	39	45	51	48	31	56	54	53	447

Il confronto delle tabelle permette di evidenziare che negli ultimi cinque anni il totale delle denunce, in numeri assoluti, risulta superiore a quello dei dieci anni precedenti 459 vs 447.

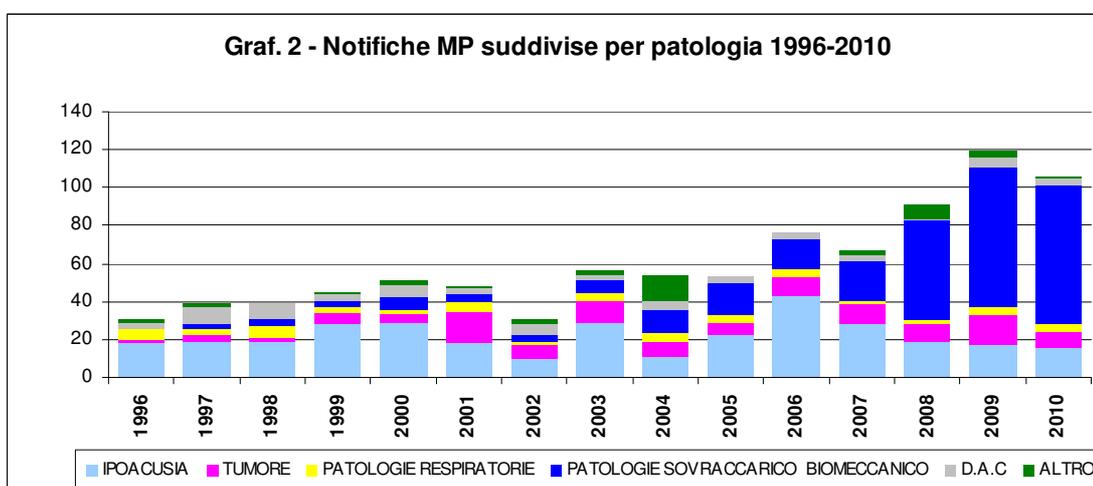
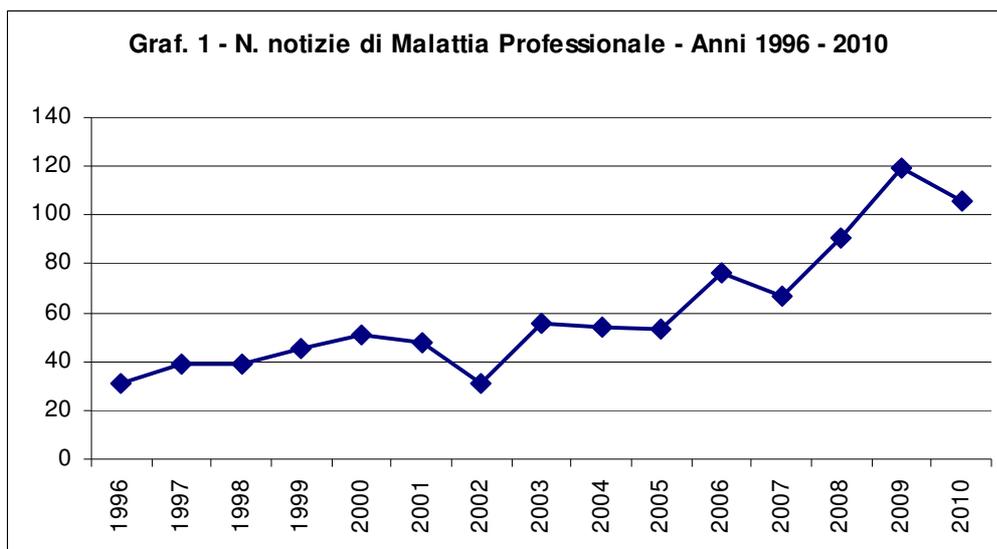
Varie possono essere le spiegazioni di questo andamento: ci si ammala di più, sottonotifica da parte dei medici segnalatori nel decennio precedente, maggiore sensibilizzazione dei medici per le patologie legate al lavoro, azione informativa più incisiva da parte sia del nostro Servizio sia degli Enti deputati che operano sul territorio nazionale, eccetera.

Tab.2a - Totale notizie MP/patologia quinquennio 2006-2010

Ipoacusia	Tumore	Pneumopatia	CTD	Dermopatia	Altro	TOT
123	54	17	235	17	13	459

Tab.2b - Totale notizie MP/patologia decennio 1996-2005

Ipoacusia	Tumore	Pneumopatia	CTD	Dermopatia	Altro	TOT
203	68	41	59	50	26	447



Tab. 3 - notifiche MP suddivise per patologia 1996-2010

	Ipoacusie	Tumori**	Patologie apparato respiratorio	Patologie sovraccarico biomeccanico			D.A.C.	Altro*	Totale
				Arti superiori	Colonna	Altri distretti			
1996	18	2	6	0	0		3	2	31
1997	19	3	4	2	0		9	2	39
1998	19	2	6	1	3		8	0	39
1999	28	6	3	2	2		3	1	45
2000	29	4	3	6	0		7	2	51
2001	18	17	5	1	3		3	1	48
2002	10	7	2	3	0		6	3	31
2003	29	12	4	6	0		3	2	56
2004	11	8	4	7	4	2	5	13	54
2005	22	7	4	16	1		3	0	53
2006	43	10	4	12	4		3	0	76
2007	28	11	2	16	4		4	2	67
2008	19	9	3	28	20	4	1	7	91
2009	17	16	4	42	31	1	5	3	119
2010	16	8	4	40	23	10	4	1	106
TOTALE	326	122	58	182	95	17	67	39	906

*ALTRO - PERIODO 1996 - 2010

1996	1 neuropatia, 1 oculorinite allergica
1997	2 epatiti
1998	nessuna patologia
1999	1 ferita da punta
2000	1 cataratta da energia radiante, 1 anemia emolitica
2001	1 steatopatia
2002	1 epatite, 1 angioneurosi, 1 patologia da stress
2003	1 TBC, 1 disturbo post-traumatico da stress 1 parkinsonismo da manganese, 1 disturbo post-traumatico da stress, 1 mobbing, 10 acariasi
2004	acariasi
2005	nessuna patologia
2006	nessuna patologia
2007	1 Parkinson secondario, 1 disturbo psichico non psicotropo
2008	1 flebite e tromboflebite, 1 gastrite e gastroduodenite, 1 ernia inguinale, 4 acariasi
2009	2 mobbing, 1 ernia inguinale
2010	1 disturbi psichici non psicotropi

** TUMORI - PERIODO 1996 - 2010

	Mesotelioma		K vescica	K seni paranasali		Tumori cute	K polmone	Organo emopoietico	K ovaie	K seno	Tumori ossa	K prostata
	Pleura	Peritoneo		K	Papilloma							
1996	1		1									
1997	2			1								
1998			1			1						
1999			2	2			1	1				
2000			1	2				1				
2001	8		3	1			3			1	1	
2002	7											
2003	5	2	1	3			1					
2004	6			1		1						
2005	2	1	1	1			2					
2006	2	1	4	1	1							1
2007	5		3	1			1			1		
2008	7	1	1									
2009	8		2	1	3		2					
2010	7						1					

3. Discussione

Considerando i numeri assoluti ed ipotizzando una popolazione stabile, l'analisi dei dati evidenzia un trend in aumento per le patologie interessanti l'apparato osteo-muscolo-tendineo, ed in particolare per quelle che riconoscono come causa professionale un sovraccarico biomeccanico.

Infatti, negli ultimi anni, la patologia maggiormente denunciata non risulta più essere la ipoacusia bensì quella identificata come CTD sotto il cui acronimo, Cumulative Traume Disorder, vengono raggruppate le malattie da sovraccarico biomeccanico interessanti sia gli arti superiori sia la colonna sia altri distretti osteomuscolari.

L'ipoacusia si attesta al secondo posto, mantenendosi su valori stazionari negli ultimi tre anni.

La terza patologia denunciata risulta essere quella tumorale e, tra queste, quella più frequente è il mesotelioma che rappresenta circa la metà dei casi di tumore notificati. A tale proposito si evidenzia che, dopo un periodo di deflessione delle denunce, il trend ha ripreso a crescere in accordo con il picco atteso tra il 2005 ed il 2020. Per quanto riguarda le restanti notizie di malattia professionale appartenenti al gruppo delle patologie neoplastiche, sono

stati indagati: tumori della vescica, dei seni paranasali, del polmone, delle ovaie, della mammella.

Per quanto riguarda le malattie interessanti l'apparato respiratorio e le dermopatie, l'andamento si mantiene stabile con numeri sostanzialmente bassi.

Degno di nota è comunque il fatto che l'aumento negli anni del numero delle denunce risulta sovrapponibile al dato nazionale.

Possiamo concludere dicendo che l'analisi per patologia permette di evidenziare un aumento dei casi che riguardano malattie con tempi di latenza diametralmente opposti : parecchi anni nel caso dei tumori ed alcuni mesi per quanto riguarda le patologie da sovraccarico biomeccanico. In entrambi i casi, alla denuncia segue l'inchiesta ma, mentre nell'ambito dei tumori non riusciamo a valutare le reali condizioni espositive perché lontane nel tempo, rispetto alle patologie da movimenti ripetuti vengono invece valutate le esposizioni in atto per le quali l'intervento di vigilanza permette di incidere sul miglioramento delle condizioni di lavoro.

Andamento degli infortuni sul lavoro nel territorio dell'ASL CN2: Analisi di un decennio (2000-2009)

Pietro Corino, Anna Santoro

Attraverso i flussi informativi INAIL – ISPESL – REGIONI aggiornati ad aprile 2011, si rendono finalmente disponibili gli ultimi dati relativi al primo decennio informativo sugli accadimenti infortunistici occorsi in Italia.

Dati così ampi in termini temporali e dimensionali consentono di effettuare analisi statistiche significative del fenomeno sia in termini quantitativi che qualitativi.

Per chi si occupa istituzionalmente di sicurezza sul lavoro, una puntuale e dettagliata informazione su come e dove occorrono gli infortuni è fondamentale per indirizzare nel modo più efficace le attività di prevenzione, soprattutto in un momento come l'attuale, ove sempre più limitate risultano le risorse disponibili.

Si segnala che, per evitare le variazioni legate alla lunga durata del processo definitivo relativo agli accadimenti infortunistici più lunghi o con gli esiti più gravi, sono stati utilizzati i dati di tutti gli accadimenti denunciati e non solo gli eventi già definiti dall'Ente assicurativo.

La struttura produttiva

La numerosità delle aziende e gli addetti impiegati

Grafico 1 – Numero di aziende presenti nel territorio dell'Asl CN2

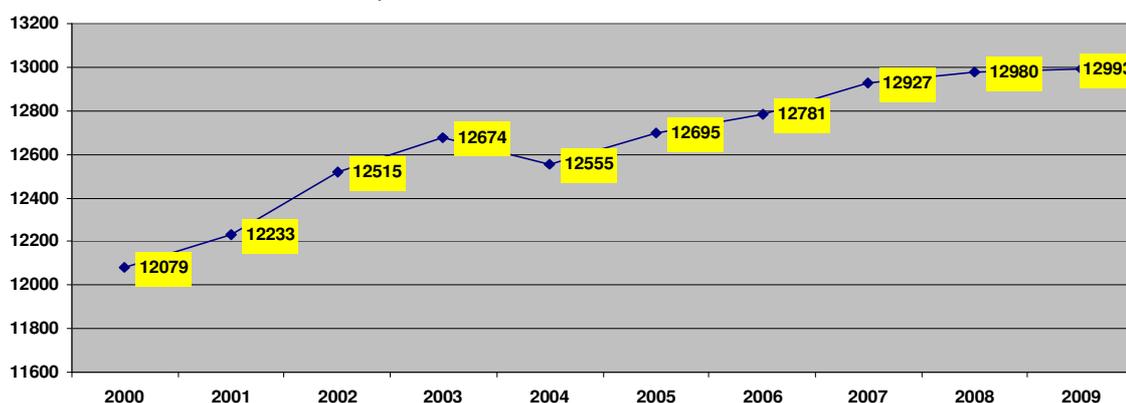
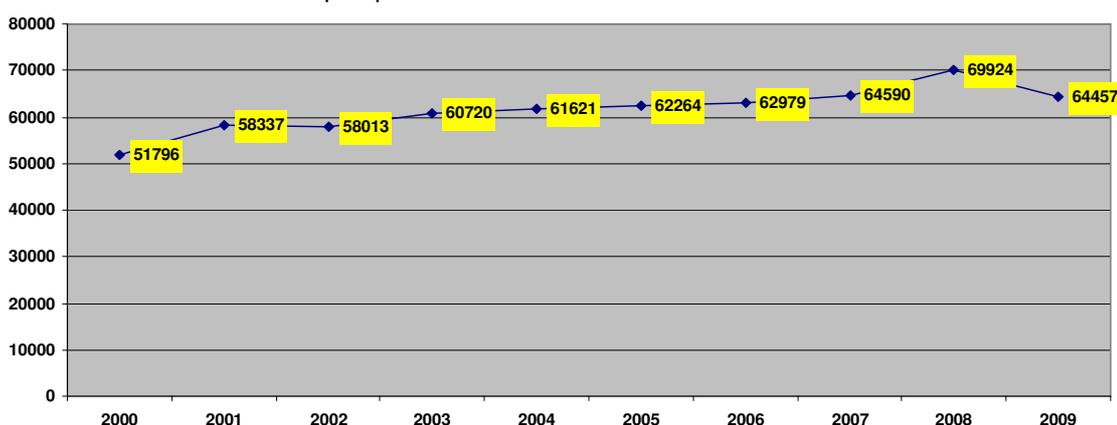


Grafico 2 – Numero di occupati presenti nel territorio dell'Asl CN2



Il generale andamento economico negativo ha iniziato a produrre i suoi effetti anche in un'area sostanzialmente solida come quella delle Langhe e del Roero; infatti, per la prima volta nell'ultimo decennio, si assiste ad una riduzione sostanziale del numero di addetti impiegati, con un valore preoccupante che si avvicina al 10% (da ca. 70000 addetti nel 2008 a meno di 65.000 nel 2009).

Volendo analizzare congiuntamente il dato imprese/addetti sembra emergere che, stante la sostanziale stabilità numerica delle imprese, la riduzione degli addetti ha riguardato

sostanzialmente il numero medio degli occupanti con un impatto più evidente soprattutto nei confronti delle aziende medie o grandi.

L'analisi dei comparti numericamente più rappresentativi

Grafico 3 – Numero di aziende presenti nel territorio dell'Asl CN2 nei cinque comparti più rappresentativi per numerosità aziendale calcolata sul periodo di riferimento

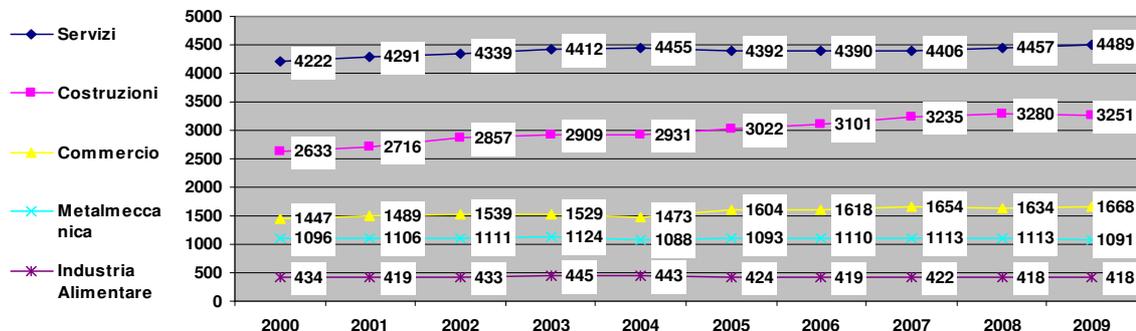
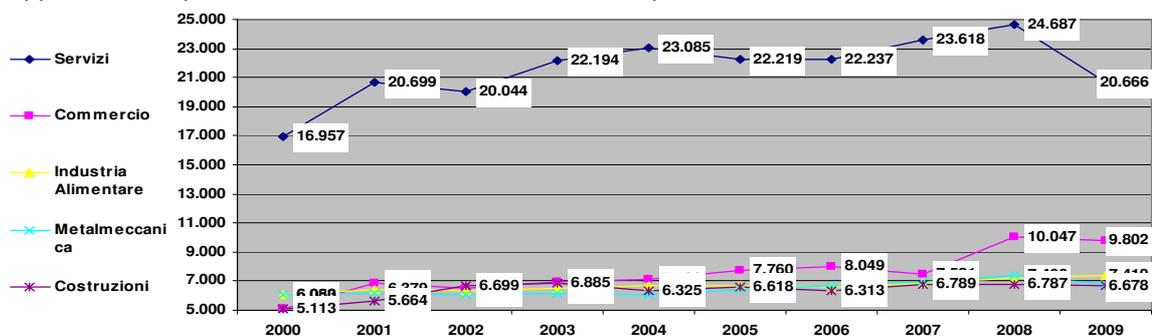


Grafico 4 – Numero di addetti presenti nel territorio dell'Asl CN2 nei cinque comparti più rappresentativi per dimensione aziendale calcolata sul periodo di riferimento



Volendo approfondire l'analisi dei dati precedenti una scomposizione significativa è rappresentata dai dati sui singoli comparti produttivi; qui il quadro si fa molto significativo in quanto emerge che ad oggi, in sostanziale costanza del numero di aziende, la perdita di posti di lavoro ha riguardato soprattutto il settore dei servizi, settore che più era cresciuto negli anni precedenti e che nella nostra realtà rappresenta circa il 30% del totale degli occupati. La perdita relativa di ca. 4000 addetti riporta il comparto a valori relativi all'inizio del decennio precedente e sembra essere, considerato la sostanziale stabilità di tutti gli altri settori produttivi, l'univoca giustificazione del complessivo calo occupazionale.

Gli infortuni sul lavoro

Grafico 5 – Numero di eventi totali denunciati nel territorio dell'Asl CN2 ed eventi in itinere

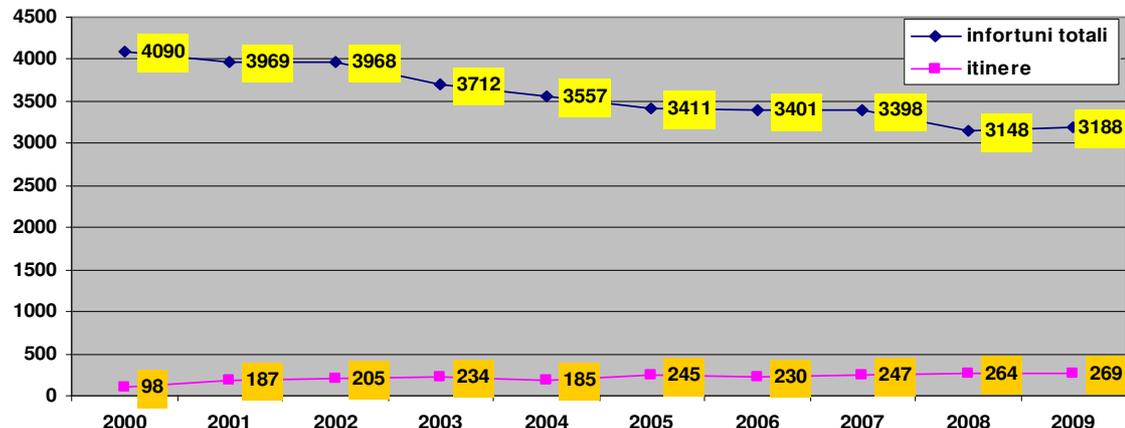


Grafico 6 – Numero di eventi gravi e mortali denunciati nel territorio dell'Asl CN2

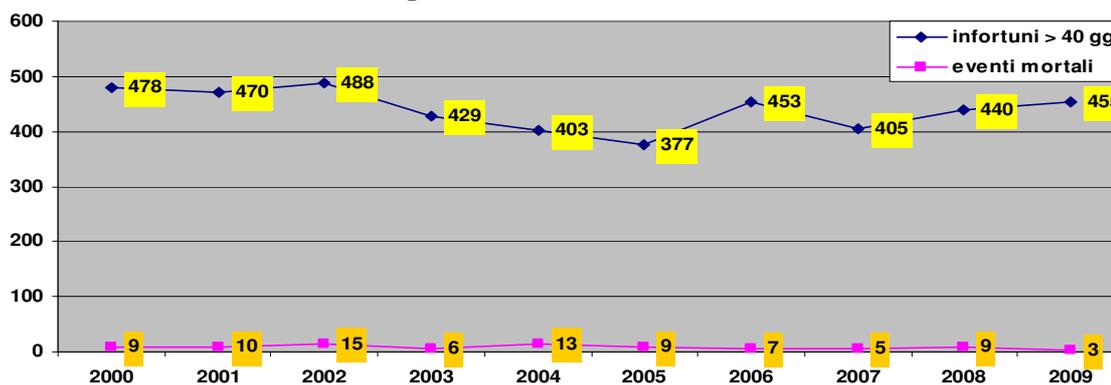
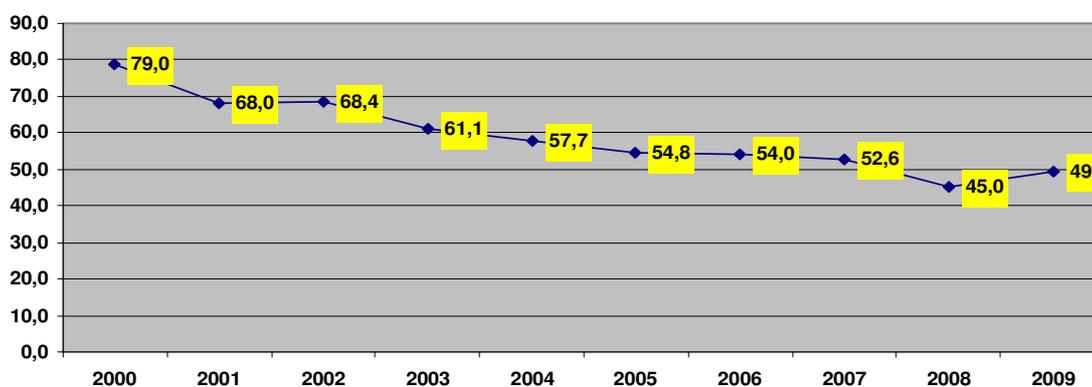


Grafico 7 – Tasso Grezzo (numero infortuni/popolazione lavorativa x 1000) degli infortuni denunciati nel territorio dell'Asl CN2



Anche l'analisi dei dati infortunistici dell'ultimo anno disponibile sembra presentare ad una prima analisi una negativa inversione di tendenza.

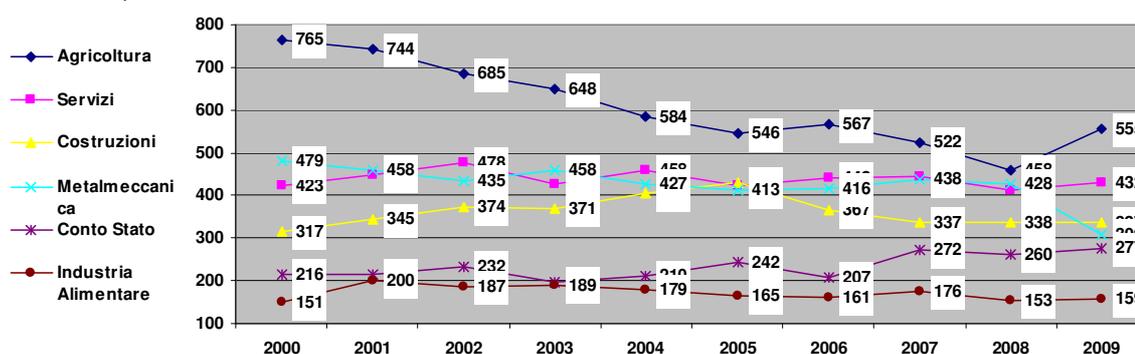
Seppur in modo esiguo (- 1,3%) assistiamo alla crescita del numero totale degli infortuni denunciati e soprattutto degli eventi "gravi" (inabilità al lavoro superiore ai 40 gg.), dato maggiormente significativo se confrontato con il dato in calo del numero di occupati.

Una conferma di quanto detto risulta evidente qualora si analizzi l'evoluzione del tasso grezzo degli infortuni denunciati e cioè del rapporto tra numerosità degli accadimenti infortunistici e popolazione lavorativa nel periodo di riferimento.

I dati presentati dal grafico (7) mostrano in modo evidente che, per la prima volta da 10 anni, si è assistito ad un'inversione del trend positivo degli eventi occorsi nel territorio della nostra Asl.

Quello che pare essere l'unico capitolo positivo dei dati analizzati riguarda gli eventi infortunistici mortali: il 2009 presenta un dato che rispetto all'anno precedente ma, anche rispetto al valore medio del decennio, si è ridotto del 70% e i dati in possesso del servizio per il 2010 e per parte del 2011 paiono confermare quest'andamento positivo.

Grafico 8 – Comparti più rappresentativi in termini di numerosità degli accadimenti denunciati, occorsi nel territorio dell'Asl CN2.



L'analisi di comparto sui dati complessivi degli accadimenti presenta valori sostanzialmente in linea con gli anni precedenti.

Continua ad essere l'agricoltura il settore maggiormente interessato dagli infortuni, oltretutto con un ultimo anno ove i numeri assoluti hanno ripreso a salire in modo significativo ma giova segnalare che non essendo disponibili i dati occupazionali del comparto i valori risultano poco indicativi.

Per gli altri comparti si segnala una sostanziale stabilità se si esclude il settore metalmeccanico ove si assiste ad una notevole riduzione: non si può non tenere presente che il comparto metalmeccanico del nostro territorio è uno di quelli più segnati dalla crisi perlomeno per quelle aziende collegate all'industria dell'auto del torinese.

Conclusioni

Il quadro complessivo che emerge dall'analisi dei dati flussi informativi INAIL – ISPESL – REGIONI, in discontinuità con i periodi precedenti, ci suggerisce alcune riflessioni:

a fronte di un'evidente riduzione dell'occupazione fa riscontro una stabilizzazione ed in alcuni casi una crescita del fenomeno infortunistico; ma una valutazione del genere rischia di essere parzialmente superficiale perché non possiamo non tenere presente che il dato occupazionale disponibile viene calcolato da INAIL non come valore procapite ma bensì come estrapolazione delle ore teoriche lavorate.

Pertanto sarebbe opportuno avere a disposizione dati che ci possano indicare con chiarezza il numero effettivo degli occupati escludendo altresì gli strumenti di aiuto al lavoro (cassa integrazione e similari) così in uso in questi anni di crisi.

Allo stato attuale e sulla base del solo anno 2009 è prematura ogni valutazione relativa ai motivi dell'andamento in controtendenza del fenomeno infortunistico nel nostro territorio rispetto alla situazione generale.

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2010

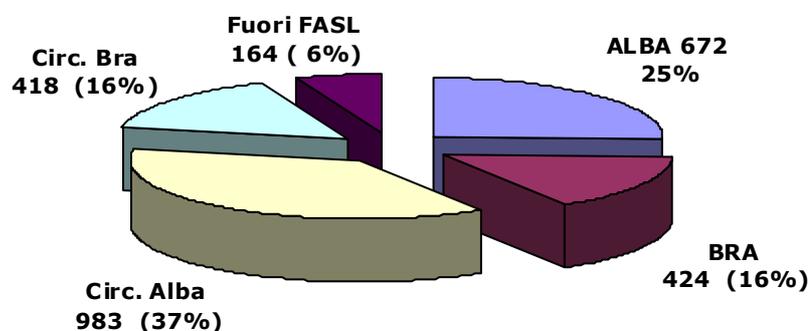
Gianluca Toselli, Laura Curletti, Marina Masenta

Compito principale della Medicina dello Sport nella ASL è la tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche, in particolare per quanto riguarda i minori di anni 18. Nella Regione Piemonte, ragazzi/e residenti ed inviati dalle società sportive possono accedere alle visite di idoneità preventive, obbligatorie, presso qualsiasi ASL del territorio. Tali visite sono effettuate a titolo gratuito in quanto costituiscono un vero e proprio programma di diagnosi precoce e prevenzione collettiva di interesse pubblico.

Per i maggiorenni, o per chi richiede la visita a titolo personale sono previste tariffe differenziate.

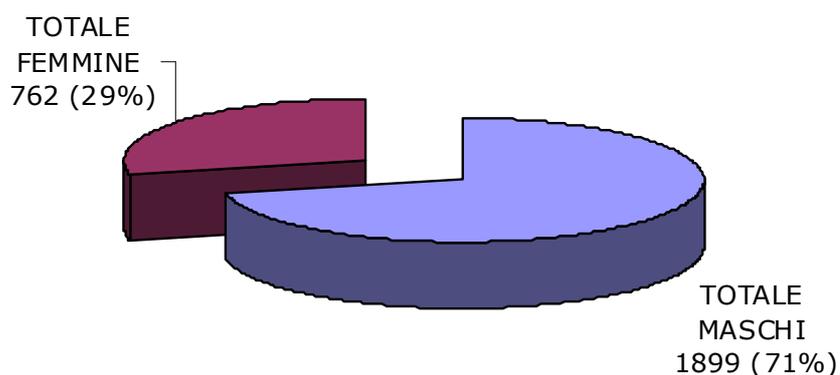
Nell'anno 2010 si sono sottoposti a visita medica preventiva 2661 atleti di cui il 6% proveniente da Asl limitrofe. Graf. 1

Graf. 1 - Luoghi residenza atleti Anno 2010

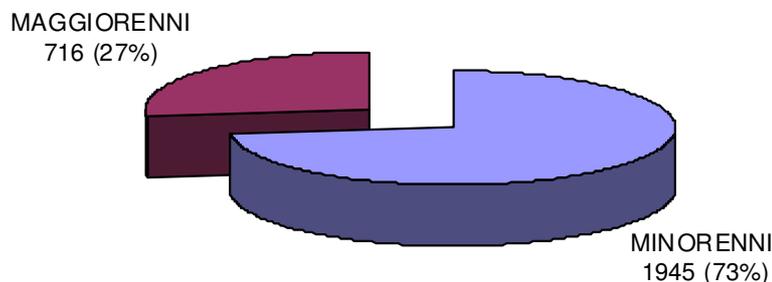


Si tratta per lo più di soggetti minorenni (73%) e maschi (71% del totale). Graf.2 - Graf 3

Graf. 2 - Atleti suddivisi per sesso

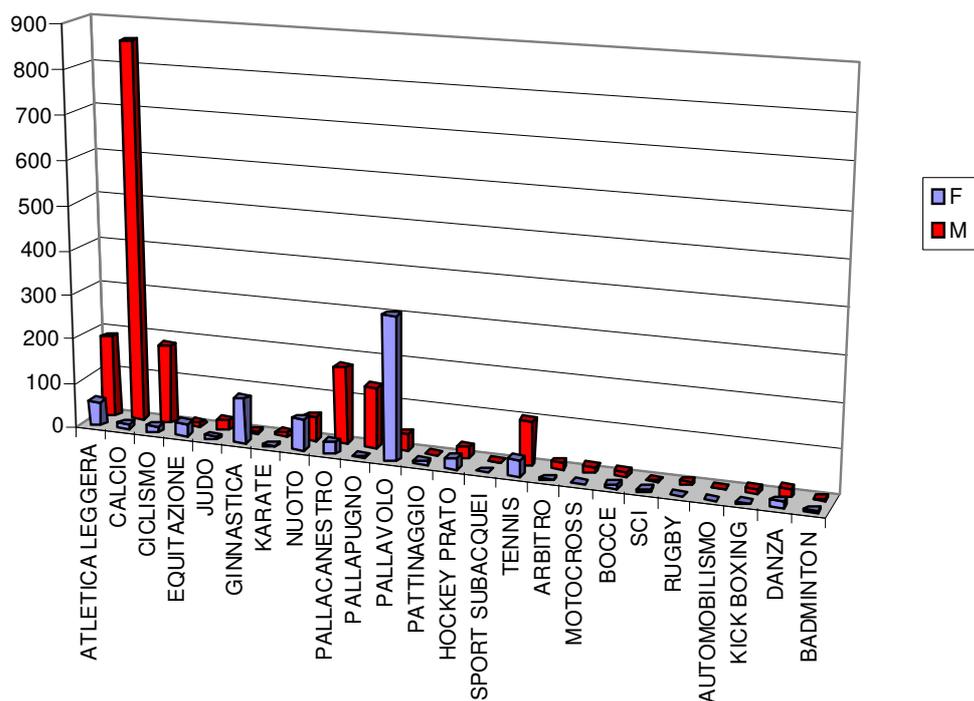


Graf. 3 - Visite agonistiche Anno 2010



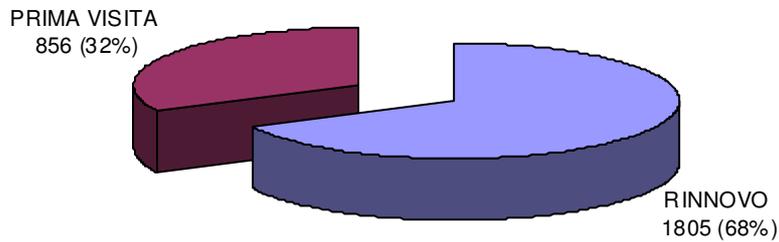
L'analisi del Graf.4 evidenzia che gli uomini prediligono il calcio e le donne la pallavolo. Gli sports più praticati dagli atleti che accedono al servizio della nostra Asl sono gli sports di squadra: al primo posto il calcio seguito dalla pallavolo e tra gli sports individuali predomina il ciclismo.

Graf. 4 - Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportiva Anno 2010

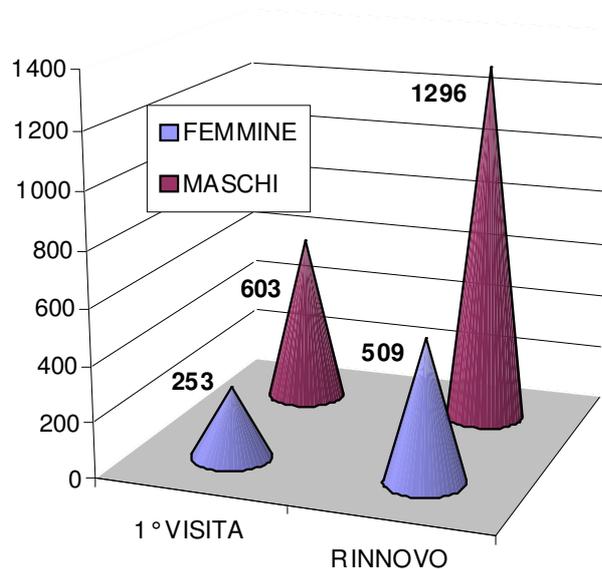


La maggioranza delle visite medico-sportive riguarda i rinnovi delle idoneità all'attività agonistica (68%) a testimonianza che vi è continuità della pratica sportiva da parte degli atleti. Graf. 5 e 6.

Graf. 5



Graf. 6 - Prime visite e rinnovi Anno 2010



All'atto della visita di idoneità si possono verificare dei dubbi diagnostici, nel qual caso il medico può far ricorso ad altri accertamenti per escludere la presenza di patologie che possono controindicare l'attività sportiva. Nel 2010 in 10 casi, su 2661 visite eseguite, è stato necessario ricorrere ad esami integrativi: il motivo più frequente è quello cardiologico (tutti e 10 i casi).

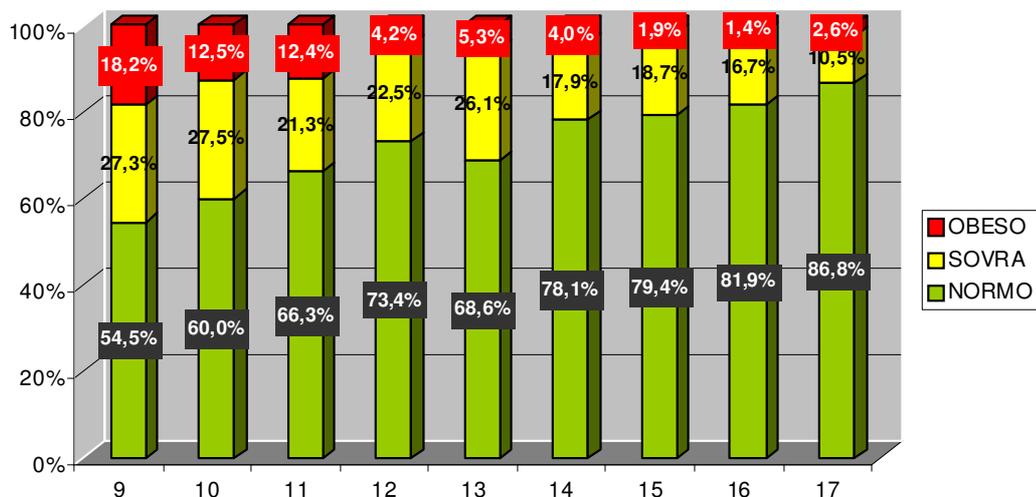
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening della stato di nutrizione della popolazione.

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

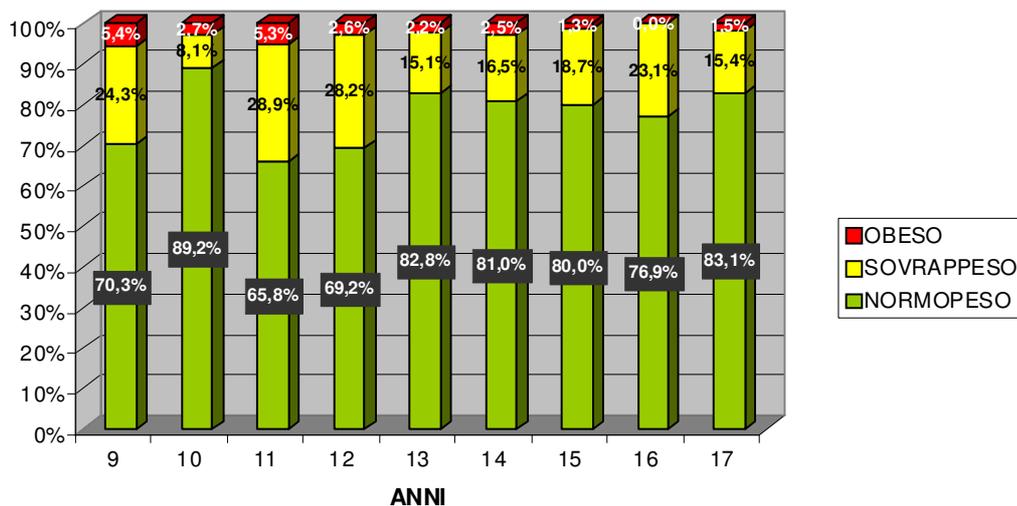
Nei grafici 7 e 8 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per età e sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2010.

Nel grafico 9 sono invece riportate le percentuali di soggetti maggiorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2010.

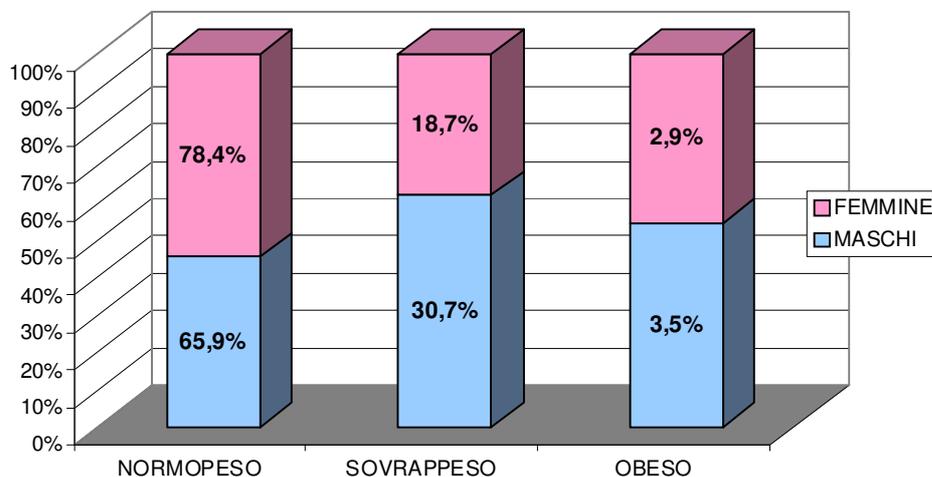
Graf. 7 - % di soggetti MASCHI normopeso/ sovrappeso/ obeso tra la popolazione di 9-17 anni



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



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



L'attività fisica e sportiva è fondamentale per uno stile di vita corretto e salutare: ci consente di poter fare prevenzione sanitaria al fine di contrastare i danni derivanti dagli stili di vita scorretti. Nel considerare gli aspetti positivi dell'attività motoria bisogna tener conto anche del fatto che i benefici non sono automatici ed insiti solo nella stessa pratica sportiva ma sono la conseguenza dei nostri comportamenti ed atteggiamenti che integriamo con lo svolgimento dell'attività sportiva di quella specifica disciplina.

Lo sport deve essere un mezzo per crescere e vivere meglio ed è quindi essenziale che esso non rappresenti un rischio per chi lo pratica.

Se si comincia a praticare uno sport senza abbandonare abitudini nocive come il fumare, un'alimentazione sregolata, poco riposo ed eccesso di stress, difficilmente la pratica sportiva potrà contribuire al nostro benessere, ma potrebbe anche essere dannosa al nostro fisico.

Le visite di idoneità sportiva, grazie alla loro periodicità, offrono una importante occasione per fare educazione alla salute. Il medico ha la possibilità di dare informazioni, chiarire dubbi, instaurando un rapporto di fiducia al fine di "educare" gli sportivi a stili di vita più corretti; a conclusione di ogni seduta vengono rilasciate delle schede tecniche/informative su alcune abitudini di vita (come fumo, alimentazione non corretta) e/o problemi di salute ad esse correlate (come obesità e ipertensione arteriosa).

L'adozione di uno stile di vita che include una regolare attività fisica al fine di ottenere un buon equilibrio corporeo è un concetto antico.

Una famosa citazione di Ippocrate (460-377 a.C.), il "padre" della medicina recita: "Se potessimo dare ad ogni individuo la giusta quantità di nutrimento e di esercizio fisico, né troppo né poco, avremmo trovato la giusta strada per la salute".

Prevenzione dell'Anisakidosi sul territorio della ASL CN2 Alba-Bra

Gian Rodolfo Sartirano, Marino Bonelli

Anisakidosi

L'anisakidosi è una zoonosi causata da larve di parassiti appartenenti al genere *Anisakis*. L'*Anisakis* è un nematode normalmente presente come parassita intestinale in numerosi mammiferi marini (balene, delfini, foche, etc.) ed è ospite intermedio, nel suo stadio larvale, di numerosi pesci quali tonno, salmone, sardina, acciuga, merluzzo, nasello e sgombrò. Alcune ricerche indicano che l'infestazione larvale interessa circa l'85% delle aringhe, l'80% delle triglie e il 70% dei merluzzi.

Dalle viscere del pesce, dopo la cattura, se non prontamente eviscerato, le larve possono passare nella cavità addominale, nelle masse muscolari o sulla pelle esterna dove rimangono vitali e infestanti. Sono visibili a occhio nudo, lunghe da 1 a 3 centimetri e con un diametro di circa 0,8 mm, di colore biancastro, spesso arrotolate, mobili.

Ingerite dall'uomo, le larve possono impiantarsi sulla parete gastrointestinale, dallo stomaco fino al grosso intestino, determinando una parassitosi acuta o cronica. La sintomatologia acuta si manifesta dopo poche ore dall'ingestione ed è caratterizzata da dolori addominali, nausea, vomito e diarrea. Le forme croniche sono caratterizzate da una sintomatologia non ben definita e comune ad altre forme infiammatorie dell'intestino, possono determinare quadri ostruttivi intestinali o coinvolgere organi quali fegato, milza, pancreas, vasi sanguigni e miocardio. In seguito a sensibilizzazione alle proteine antigeniche termoresistenti del parassita sono possibili anche reazioni allergiche, da forme di orticaria fino allo shock anafilattico nei soggetti più sensibili.

Prevenzione

La prevenzione si basa sull'eliminazione del parassita dalla massa intestinale provvedendo ad eviscerare prontamente il pescato, sulla neutralizzazione dei parassiti presenti nelle masse muscolari mediante l'applicazione del freddo o del calore e, più in generale, evitando il consumo di pesce crudo.

Il Regolamento (CE) n. 853/04 prescrive che i prodotti ittici destinati a essere consumati crudi o poco cotti devono essere previamente congelati ad una temperatura interna non superiore a -20°C in ogni parte della massa per almeno 24 ore. La *Food & Drug Administration* prescrive il mantenimento di una temperatura di -20°C per almeno 7 giorni.

L'esposizione a una temperatura superiore a 60°C distrugge il parassita, anche se pare non venga disattivata la proteina responsabile dei fenomeni allergici.

In fase di commercializzazione la prevenzione, ai sensi del Regolamento 853/04, è affidata innanzitutto all'OSA (operatore del settore alimentare) e, in fase di vigilanza, all'Autorità sanitaria competente che, a livello di ASL, è rappresentata nello specifico dal Servizio veterinario, S.O.C. "Igiene della produzione e della commercializzazione degli alimenti di origine animale (Area B)".

Il parassita non deve essere presente nei prodotti ittici posti in vendita. Il pericolo "*Anisakis*" deve essere previsto e monitorato dall'OSA mediante procedure di autocontrollo basate sul principio HACCP (*Hazard Analysis & Critical Control Point*), buone pratiche di lavorazione, tracciabilità. La norma vigente prevede i seguenti obblighi per gli Operatori:

- controllo visivo, eseguito su un numero rappresentativo di campioni, per assicurare l'assenza di parassiti visibili;
- congelamento a -20°C per almeno 24 ore per i prodotti a rischio (prodotti ittici da consumarsi crudi, prodotti ittici affumicati a freddo, prodotti ittici marinati o salati);
- corretta informazione del consumatore.

La prevenzione nella Regione Piemonte

Con nota protocollo n 16294/DB 2002 del 25 maggio 2010 avente per oggetto "indicazioni relative al rischio *Anisakis* nei prodotti della pesca da consumare crudi o praticamente crudi e campagna di sensibilizzazione degli operatori del settore alimentare", il Settore Prevenzione Veterinaria della nostra Regione prescriveva:

- un incremento dell'attività di controllo ufficiale e provvedimenti da adottare a seguito del rilevamento di parassiti;
- obblighi per i dettaglianti;

- modalità operative attuabili dagli OSA per la riduzione del rischio *Anisakis*.

Al fine di sensibilizzare maggiormente gli operatori è stato predisposto un pieghevole che riporta le principali informazioni sul rischio *Anisakis* e al suo controllo, descrive gli effetti sulla salute, le misure attuabili per la riduzione e per la gestione del rischio, nonché le indicazioni che devono essere trasmesse al consumatore.

Il Servizio Veterinario "Area B" delle ASSLL è stato incaricato di diffondere il materiale informativo predisposto presso gli OSA interessati, promuovendone la comprensione e la condivisione dei contenuti,

La prevenzione nella ASL CN2 Alba Bra

In applicazione delle disposizioni regionali, il Servizio Veterinario "Area B" della ASL CN2 ha predisposto un piano di interventi capillare che ha interessato tutti gli OSA del territorio di competenza: laboratori riconosciuti di lavorazione prodotti della pesca, depositi frigoriferi e laboratori annessi a esercenti il commercio ambulante, esercizi di vendita al dettaglio in sede fissa.

Laboratori e punti vendita presenti sul territorio della ASL CN2

Laboratori riconosciuti di lavorazione prodotti della pesca: n. 9

Depositi frigoriferi e laboratori registrati, anche annessi a esercenti commercio ambulante: n. 6.

Esercizi di vendita al dettaglio in sede fissa (supermercati, pescherie): n. 12.

Modalità operative

E' stato programmato l'intervento di un Medico veterinario per ogni impianto di produzione, deposito e distribuzione. Nel corso dell'intervento, che è stato validato e documentato mediante una scheda operativa controfirmata dall'OSA, si è proceduto a:

consegnare il pieghevole illustrativo della Regione Piemonte;

illustrare le principali informazioni sul rischio *Anisakis* e al suo controllo;

illustrare le indicazioni specifiche che devono essere trasmesse al consumatore;

illustrare gli obblighi per gli operatori relativamente a:

- controllo visivo su un numero rappresentativo di campioni delle partite di pesce fresco acquistato;
- controllo dei filetti e dei tranci di pesce durante le operazioni successive alla sfilettatura o all'affettatura con il metodo della speratura;
- obbligo di comunicazione all'Autorità sanitaria competente del rilievo di larve di *Anisakis*;
- predisposizione di una specifica sezione del piano di autocontrollo dedicata al rischio *Anisakis*.

Controlli effettuati

Sono stati effettuati in totale n. 29 interventi, di cui:

- in laboratori riconosciuti: n. 9
- in depositi frigoriferi registrati: n. 4
- in negozi mobili su aree mercatali: n. 2
- in supermercati: n. 9
- in pescherie: n. 3

Risultati

Nel corso dell'anno, terminato il programma, tutti gli impianti di lavorazione e di distribuzione sono stati sottoposti a ispezione ordinaria. Gli interventi hanno permesso di accertare che:

- tutti gli operatori del settore prodotti ittici (laboratori, depositi e punti di distribuzione) dispongono nei loro manuali di autocontrollo basati sui principi HACCP di un apposito capitolo dedicato al pericolo *Anisakis* ;
- le istruzioni operative ricedute vengono regolarmente seguite, in particolare per la vendita di prodotto da consumarsi crudo;
- le verifiche a campione sul prodotto per la ricerca delle larve di *Anisakis* (controllo visivo e verifica dei filetti e dei tranci) sono correttamente eseguite;
- in caso di positività per presenza di larve di *Anisakis* rilevate in fase di autocontrollo, il Servizio veterinario "Area B" è stato prontamente avvisato. E' stato possibile attivare in questo modo due allerta per prodotti alimentari pericolosi, diffuse in tutto il territorio nazionale;
- nel corso dei normali interventi ispettivi non sono più stati individuati prodotti ittici in fase di distribuzione contenenti larve di *Anisakis*.

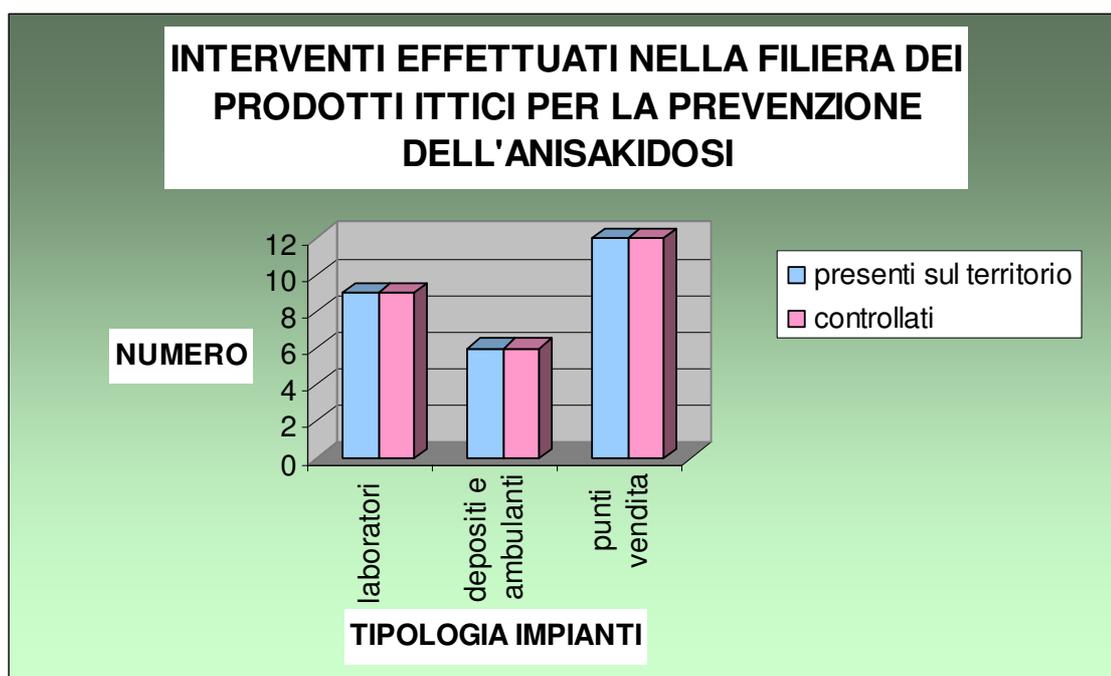
Conclusioni

Il Regolamento (CE) n. 178/2002 al "considerando" (30) recita: "Gli operatori del settore alimentare sono in grado, meglio di chiunque altro, di elaborare sistemi sicuri per l'approvvigionamento alimentare e per garantire la sicurezza dei prodotti forniti; essi dovrebbero pertanto essere legalmente responsabili, in via principale, della sicurezza degli alimenti..."

L'Autorità sanitaria competente è incaricata di garantire il rispetto delle prescrizioni contenute nei Regolamenti comunitari del "pacchetto igiene" da parte degli operatori del settore alimentare.

Una corretta vigilanza non può prescindere dall'informazione e dall'educazione sanitaria, pertanto si può affermare che l'OSA è responsabile della sicurezza del prodotto da lui fabbricato e posto in commercio, mentre l'Autorità sanitaria competente, per mezzo dei Servizi Sanitari della ASL, esercita una azione di verifica e di formazione.

L'iniziativa condotta nel corso del 2010 sul territorio della ASL CN2 Alba Bra al fine di prevenire episodi di anisakidosi causati da un parassita ormai largamente diffuso in molte specie di prodotti ittici, intervenendo direttamente sugli operatori della filiera commerciale, si è rivelata produttiva. Gli OSA hanno correttamente adottato le norme precauzionali suggerite e hanno segnalato prontamente al Servizio Veterinario "Area B" la presenza di larve di *Anisakis* riscontrate nei prodotti ittici prima della vendita. L'informazione ha permesso al Servizio di avviare prontamente l'allerta per alimenti pericolosi in modo da ritirare dal commercio prodotto appartenente allo stesso lotto eventualmente in vendita sul territorio nazionale. La presenza di larve di *Anisakis* non è più stata rilevata nel corso dei normali interventi di ispezione e audit condotti negli stabilimenti di lavorazione e nei punti vendita.



L'attività del Nucleo Interarea di Vigilanza Veterinaria A.S.L. CN 2 anno 2010

Maurizio Piumatti, Vito Apicella, Luigi Calosso, Giulio De Giovannini,
Marco Fessia, Marco De Giovannini, Franco Scaglione, Luigi Genesio Icardi

Premessa

Il Nucleo Interarea Veterinaria (NIV) dell'ASL CN 2, dopo la sua riorganizzazione ed il suo ampliamento (determinazione commissariale ottobre 2006), ha consolidato la sua attività nel corso del triennio 2007-2008-2009 continuandola per il 2010. Sulla base delle esperienze maturate, per il 2010, si è ritenuto di non apportare significativi cambiamenti alla struttura e alle modalità operative. Pertanto anche durante il 2010 il NIV si è proposto come strumento di razionalizzazione delle risorse e organizzazione delle attività, con l'obiettivo di migliorare la qualità globale dei Servizi e di aumentare la collaborazione tra le varie professionalità.

Di conseguenza per il 2010 tipologia della struttura, professionalità presenti, modalità operative e logica operativa, possono ancora essere riassunte nei seguenti aspetti :

- Il NIV, configurato come S.S., è diretto da un veterinario.
- Appartengono al NIV, oltre al Responsabile Veterinario, 2 Tecnici della Prevenzione in organico al Servizio Veterinario, 1 Tecnico della Prevenzione ed 1 Amministrativo in carico al S.I.S.P., 1 Tecnico della Prevenzione in carico al S.I.A.N., 1 Veterinario appartenente alla SOC area A ed un Veterinario appartenente alla SOC area C.
- La S.S. N.I.V. gode di autonomia operativa nell'espletamento delle funzioni assegnate ma rendiconta ai responsabili delle varie SOC sull'attività svolta.
- La S.S. N.I.V. opera in una logica di integrazione tra servizi ed esegue interventi di vigilanza programmata e straordinaria.

Dal 2007, anno della riorganizzazione della S.S., i procedimenti seguiti dal NIV sono stati:

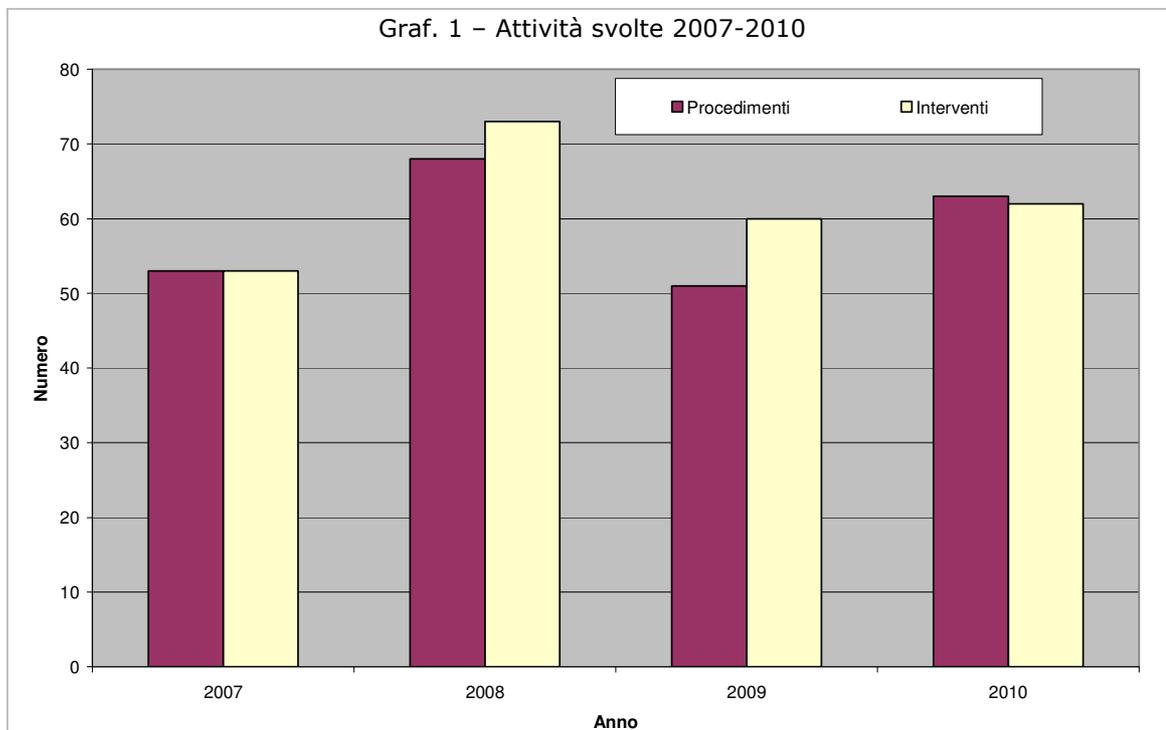
Anno 2007 : 53 procedimenti, con 53 interventi sul territorio.

Anno 2008 : 68 procedimenti, con 73 interventi sul territorio.

Anno 2009 : 51 procedimenti, con 60 interventi sul territorio.

Anno 2010 : 63 procedimenti, con 62 interventi sul territorio.

Il grafico 1 illustra l'andamento delle attività svolte dal 2007 al 2010.



Principali ambiti di attività

In linea generale il NIV ha svolto la sua attività all'interno di piani di vigilanza programmati e concordati, oppure straordinari.

Attività di vigilanza programmata

L'attività di vigilanza programmata del N.I.V., è stata concordata con ciascun Responsabile di S.C., prendendo in considerazione interventi di vigilanza particolari e specifici per ogni S.C.. Naturalmente considerato che le attività di vigilanza, rappresentano un compito di tutti i medici veterinari ufficiali, gli interventi del NIV non avevano l'obiettivo di esaurire le azioni di controllo delle varie S.C., bensì di supportarle, specie in quegli argomenti e situazioni ai confini tra più Aree ove spesso possono essere necessarie più competenze.

Attività di vigilanza straordinaria

Il NIV ha assolto anche a compiti di vigilanza straordinaria, ad es. in caso di interventi non preventivamente programmabili : situazioni che richiedono il pronto intervento (es. sequestri, macellazioni clandestine, ecc.), interventi su richiesta di organi di vigilanza esterni all'ASL (Corpo Forestale dello Stato, Carabinieri, Organi di Polizia di Stato e Locale, Organi di Protezione Civile, ecc.), segnalazioni pervenute da privati cittadini. Anche in questo ambito le attività vengono comunque svolte su richiesta ed in accordo con i Responsabili delle varie S.C.

Attività svolte nel corso del 2010

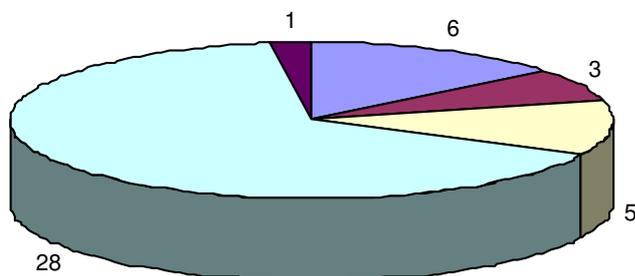
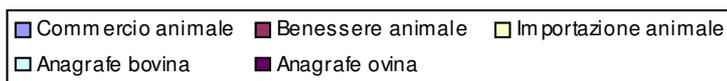
Per descrivere le attività svolte, considerato il numero e la tipologia, è stato individuato il criterio che le raggruppa sulla base della S.C. di richiesta. Avremmo quindi attività svolte per particolari interessi o richieste delle tre S.C. del Servizio Veterinario e di altre S.C. Dipartimentali in particolare il S.I.A.N.

Attività svolte in collaborazione con la S.C. Veterinaria di Sanità Animale(Area A)

1. Vigilanza su stalle per il commercio animale: sono state sottoposte a verifica le 6 stalle regolarmente presenti sul territorio dell'A.S.L. CN 2. I controlli hanno avuto come obiettivo la verifica delle strutture, il rispetto del benessere degli animali e la loro corretta identificazione, la tenuta dei registri di movimentazione dei capi. In particolare, nel corso degli interventi oltre alle verifiche strutturali e documentali, sono stati controllati ed identificati n° 52 capi.
2. Vigilanza sul benessere animale : sono stati effettuati n° 3 interventi di vigilanza su 3 canili siti sul territorio A.S.L. CN 2 ed 1 intervento di profilassi antirabbica. Oltre alla verifica della corretta identificazione e del benessere dei cani presenti, è stato verificato il corretto mantenimento delle strutture adibite a ricovero. In un caso sono state impartite prescrizioni di natura strutturale.
3. Vigilanza stalle adibite all'importazione di capi bovini : recenti epizootie di malattie infettive dei bovini (ad es. Blue Tongue), l'obbligo di garantire agli animali idonee condizioni di stabulazione, la necessità degli operatori sanitari di effettuare in sicurezza i vari controlli, l'importante flusso commerciale di capi bovini provenienti da paesi CE, sono stati i principali motivi che hanno determinato questa tipologia di verifiche. In questo ambito sono stati eseguiti 5 sopralluoghi, di cui 4 relativi ad allevamenti di nuovo insediamento. Nelle 4 verifiche inerenti a nuovi insediamenti produttivi sono state impartite prescrizioni vincolanti al proseguimento delle attività.
4. Interventi di anagrafe bovina ed ovina: visti i risultati ottenuti nel corso del 2009 in questo settore, anche per il 2010 sono stati individuati alcuni allevamenti da sottoporre a controllo. I criteri per l'individuazione degli allevamenti da sottoporre a verifica sono stati principalmente la tipologia e l'entità. In particolare sono stati controllati 28 allevamenti bovini ed 1 allevamento ovino. Le verifiche hanno richiesto 30 interventi in azienda durante i quali sono stati sottoposti a controllo identificativo 67 ovini e 1165 capi bovini.

Il grafico 2 illustra l'attività svolta per la S.C di Sanità Animale.

Graf. 2 – Attività in collaborazione con la S.C. Veterinaria di Sanità Animale

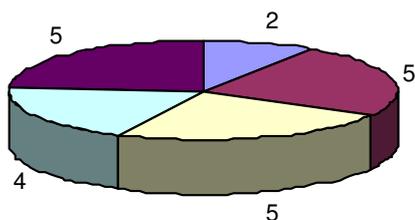
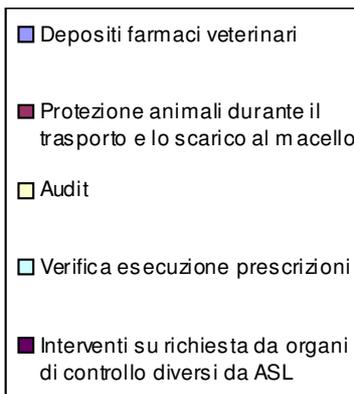


Attività svolte in collaborazione con la S.C. Veterinaria di Produzione Animali Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C), la S.C. Veterinaria di Igiene degli Alimenti di origine animale (Area B) e con il S.I.A.N.

1. Vigilanza presso depositi per la vendita di farmaci veterinari : sono stati oggetto di verifica i due depositi per la vendita all'ingrosso di medicinali veterinari presenti sul territorio dell'A.S.L. CN 2. Obiettivo del controllo è stato : mantenimento dei requisiti strutturali, stoccaggio e identificazione dei farmaci veterinari, tenuta dei registri di carico-scarico.
2. Vigilanza per la protezione degli animali durante il trasporto e lo scarico al macello : considerato che il benessere animale è ormai considerato un prerequisito di sicurezza alimentare sono stati effettuati 5 controlli con criterio Random presso alcuni impianti di macellazione. Durante i vari sopralluoghi sono stati oggetto di controllo 16 automezzi per il trasporto animale e 46 capi destinati alla macellazione.
3. Attività di Audit : vista la presenza sul territorio dell'ASL CN 2 di strutture in cui vengono lavorati alimenti di origine animale e no, si è scelto di effettuare alcuni interventi di Audit presso strutture "a competenza mista", utilizzando le professionalità presenti all'interno del NIV. In particolare sono stati effettuati 5 Audit : 3 centri di cottura, 2 impianti di competenza mista.
4. Interventi di verifica relativi e risoluzioni carenze strutturali o igienico sanitarie : in seguito a particolari necessità e su richiesta della S.C Veterinaria Area B e del S.I.A.N sono stati effettuati 4 sopralluoghi per la verifica di avvenuta risoluzione di prescrizioni impartite.
5. Sopralluoghi in seguito a segnalazioni : in seguito a segnalazioni pervenute ai vari servizi Dipartimentali sono stati eseguiti 4 interventi di vigilanza : 1 intervento su richiesta CC NAS, 2 interventi per non conformità analitiche microbiologiche, 1 intervento su segnalazione di carenze igienico sanitarie.

Il grafico 3 illustra l'attività svolta per la S.C. Veterinaria Area C, la S.C. Veterinaria Area B e con il S.I.A.N..

Graf. 3 – Attività in collaborazione con la S.C. Veterinaria Ispezione degli Alimenti, S.C. Veterinaria Produzione Animali, S.I.A.N., altri Organi di Controllo o segnalazioni esterne



Conclusioni

La descrizione delle attività svolte, evidenzia come anche per il 2010 il NIV sia intervenuto a supporto delle varie S.C. Dipartimentali, dimostrando di poter essere un valido strumento operativo tanto in situazioni non prevedibili come nell'ambito di piani di vigilanza programmabili. Tutte le professionalità tecniche presenti all'interno del NIV sono state utilizzate, avendo cura di organizzare gruppi di lavoro composti da 2 max 3 operatori di professionalità diverse. Ogni intervento è stato realizzato in piena collaborazione con i responsabili della S.C. A fronte di indubbie difficoltà legate all'utilizzo di personale impegnato presso le S.C. di appartenenza, i risultati ottenuti dal 2007 ad oggi inducono a pensare che il NIV A.S.L. CN 2 possa continuare a proporsi come un importante strumento di vigilanza a supporto delle varie realtà Dipartimentali.

DIREZIONE INTEGRATA DELLA PREVENZIONE
S.S.D. Epidemiologia

Gruppo di lavoro:

Dirigente medico Dott. Franco GIOVANETTI

Ass. Sanitaria Giovanna GIACHINO

Tec. Prev. Dr. Alfredo RUATA

Collab. Amm.vo Dr.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

TELEFONI / INDIRIZZI

S.S.D. Epidemiologia

Fax

E-mail

Via Vida, 10 – 12051 ALBA

0173-316618 - 622

0173-316636

epid.alba@aslcn2.it