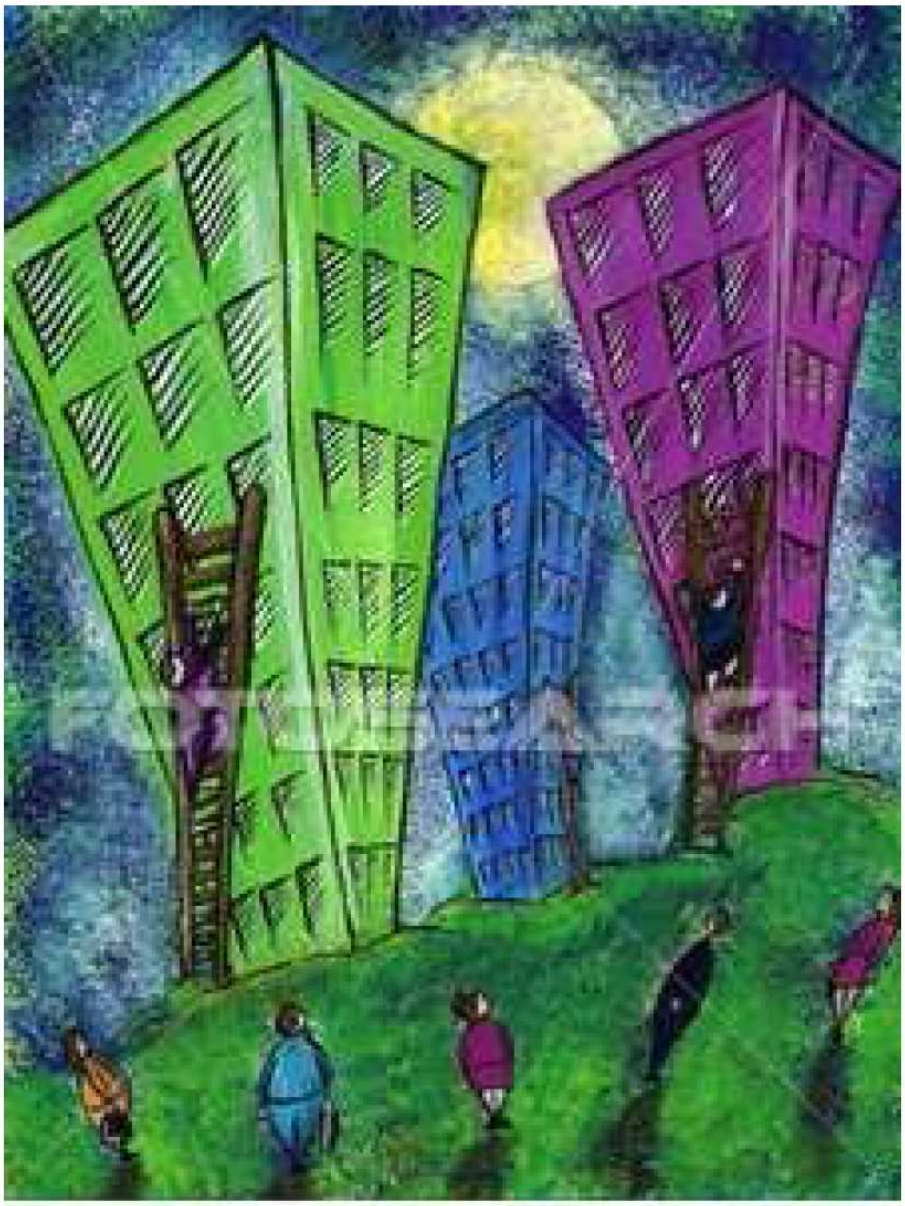
IL PROFILO DI SALUTE DEL DISTRETTO 5 DELL'ASL TO 4



A cura del gruppo PEPS ed Epidemiologia distretto 5_6 ASL TO 4
Facilitatori: dott. G. Gulino, dott.ssa G. Revigliono, dott. Enzo Bertellini, geom. Catia Locci

Indice: **pag 1**

Introduzione pag. 2

Il contesto pag. 2

Il Distretto 5 pag. 4

Ambito demografico pag. 4

Indicatori Sanitari pag. 8

Mortalità pag. 8

Mortalità evitabile pag. 12

Analisi di frequenza pag. 15

I ricoveri Ospedalieri pag. 17

Incidenti Stradali pag. 24

Ambiente, stile di vita, morbosità relativa ad

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Acque potabili pag. 27

Qualità dell'aria pag. 28

Clima pag. 29

Igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro pag. 29

Acque superficiali pag. 31

Alimentazione ed attività fisica pag. 32

Malattie infettive pag. 33

Parotite, rosolia, morbillo pag. 33

Pertosse, scarlattina, rosolia pag. 34

Epatiti pag. 35

Sifilide, tubercolosi pag. 36

Legionellosi, meningite, meningoencefalite pag. 37

Coperture vaccinali infanzia pag. 38

Vaccinazione antinfluenzale pag. 39

Assistenza minori, anziani, handicap, dipendenze pag. 42

Assistenza disabili e soggetti con disturbi psichici pag. 43

Assistenza minori pag. 44

Dati consorzio IN RE.TE e CISS.AC pag. 45

Introduzione

Così come stabilisce l'Art. 14 della L.R.6 agosto 2007,n,18 "Norme per la programmazione sociosanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale", **il Profilo e Piano di salute , denominato PEPS**, è lo strumento con cui la comunità locale , **a livello distrettuale** , definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio. Il profilo di salute è quindi lo strumento conoscitivo da cui si dovrà partire per indicare gli indirizzi e le priorità di tutta la programmazione sociale e sanitaria. Il documento deve mettere in evidenza le peculiarità del nostro territorio dal punto di vista della sua struttura demografica, degli stili di vita, della condizione socio-economica,dell'assetto del mercato del lavoro e della struttura produttiva, ,con la consapevolezza che solo partendo da questa visione allargata ed integrata è possibile valutare tutti i fattori che intervengono a determinare la salute ed il benessere sociale di una comunità. Il lavoro qui presentato è un lavoro di continua ricerca e sintesi di dati significativi. Esso nasce dall'esigenza di creare una carta d'identità del territorio esaustiva e comunque aperta a contributi ed integrazioni. Questo documento orientato all'analisi delle caratteristiche e dei bisogni della Comunità del territorio del **distretto 5 dell'ASL TO 4**, rappresenta la prima parte di un percorso che prevede un ulteriore livello di analisi. Un lavoro quindi di collaborazione continua che era già iniziato con i Piani di Zona definiti dai tre Consorzi del territorio in questione: C.I.S.S.A.C.Caluso, C.I.S.S. 38 Cuorgnè, Consorzio IN.RE.TE Ivrea

IL CONTESTO

L'A.S.L. TO 4, istituita con D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007, nasce dall'accorpamento delle pregresse A.S.L. 6 di Cirié, 7 di Chivasso, 9 di Ivrea.
L'A.S.L. 6 di Cirié.
Era un'Azienda territoriale, che faceva riferimento ad un Territorio di 1.082 chilometri quadrati e ad una popolazione di 180.000 abitanti. Vi erano due Distretti (Cirié-Lanzo e Venaria-Pianezza-Druento) e tre Presidi ospedalieri (Cirié, Venaria e Lanzo);
.**L'A.S.L. 7 di Chivasso.**
Era un'Azienda territoriale, che faceva riferimento ad un Territorio di 613 chilometri quadrati e ad una popolazione di 195.000 abitanti. Erano presenti tre Distretti (Chivasso, Settimo e San Mauro) e un unico Presidio ospedaliero (Chivasso).
L'A.S.L. 9 di Ivrea.
Era un'Azienda territoriale, che faceva riferimento ad un Territorio di 1.622 chilometri quadrati e ad una popolazione di 188.000 abitanti. Erano presenti due Distretti (Ivrea e Cuorgné) e tre Presidi ospedalieri (Ivrea, Cuorgné e Castellamonte).

L'estensione e la variabilità geografica della nuova A.S.L. accorpata sono senza dubbio notevoli, dall'hinterland torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona ad ovest.
Il numero di abitanti supera **i 504.000**, con modeste variazioni nelle tre A.S.L.; la densità abitativa è più alta per l'A.S.L. di Chivasso, mentre l'A.S.L. di Ivrea ha una popolazione complessivamente più anziana, con un numero di ultrasessantaciquenni, un indice di vecchiaia e un indice di dipendenza elevato, anche rispetto alla media regionale. Tali indici sono invece più bassi rispetto alla media regionale nelle A.S.L. di Cirié e di Chivasso.
Il numero di Comuni è superiore nell'A.S.L. di Ivrea, dove è peraltro presente anche una componente di Comuni classificati come montani più rilevante.

Sul Territorio insistono le seguenti Strutture sanitarie dell'A.S.L. TO4:

n. 6 Presidi Ospedalieri
– Presidio Ospedaliero di Cirié
– Presidio Ospedaliero di Lanzo
– Presidio Ospedaliero di Chivasso
– Presidio Ospedaliero di Ivrea
– Presidio Ospedaliero di Cuorgné
– Presidio Ospedaliero di Castellamonte

E' in fase di attivazione una sperimentazione gestionale relativa alla gestione di un Presidio Ospedaliero con caratterizzazione di post acuzie denominato "Hopital du Piemont" con sede in Settimo Torinese.

n. 6 Distretti
– Distretto 1 di Cirié
– Distretto 2 di Chivasso
– Distretto 3 di Settimo
– Distretto 4 di S.Mauro
– Distretto 5 di Ivrea
– Distretto 6 di Cuorgné

n. 11 RSA e n. 3 Hospice
– RSA di Cirié
– RSA di Lanzo
– RSA di S. Maurizio
– RSA di Varisella (di prossima apertura)
– RSA di Settimo T.se

I presidi ospedalieri riuniti hanno autonomia gestionale e strutture per lo più autonome su singolo Presidio; in alcuni casi sono presenti strutture con responsabilità apicale su più presidi:

- ***Ivrea – Castellamonte –Cuorgnè*** (circa 480 p.l.) in cui sono presenti tutte le specialità di base, oltre ad alcune aree specialistiche mediche e chirurgiche. E' presente un DEA di Primo livello che include anche un P.S. h 24 presso la sede di Cuorgnè.

- ***Chivasso (circa 250 p.l.***) in cui sono presenti tutte le specialità di base, oltre ad alcune aree specialistiche mediche e chirurgiche. E' presente un DEA di Primo livello

- ***Ciriè – Lanzo (circa 430 p.l)*** in cui sono presenti tutte le specialità di base, oltre ad alcune aree specialistiche mediche e chirurgiche. E' presente un DEA di Primo livello che include anche un Punto di Primo intervento h 24 sulla sede di Lanzo

IL DISTRETTO N. 5 DI IVREA

Il Distretto di Ivrea comprende 65 comuni per un totale di 111.670 abitanti (residenti al 31-12-07)
Il Comune più popoloso è Ivrea con 24.219 abitanti. Due comuni (Caluso e Stambino) hanno più di 5000 abitanti, 36 meno di 1000.
Del territorio fanno parte le comunità montane Val Chiusella e Dora Baltea. E' stato costituito il Comitato dei sindaci del Distretto con le competenze previste dalla normativa regionale.
I comuni sono distribuiti in due diversi Consorzi per i servizi sociali: In rete (47 comuni nel distretto di Ivrea) con sede ad Ivrea e CISSAC (18 comuni) con sede a Caluso.

In rapporto all'altezza altimetrica i comuni del distretto 5 risultano così distribuiti:

COLLINA *Albiano, Alice Superiore, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Burolo, Candia, Caravino, Cossano, Cuceglio, Borgofranco, Borgomasino, Cascinette, Chiaverano, Colleretto Giacosa, Fiorano, Ivrea, Lessolo, Loranzè, Lugnacco, Maglione, Mercenasco, Montalenghe, Montalto Dora, Orio, Palazzo, Parella, Pavone, Pecco, Perosa, Piverone, Quagliuzzo, Quassolo, Salerano, Samone, S.Martino, Scarmagno, Settimo Rottaro, Strambinello, Vialfrè, Vidracco, Vistrorio.*

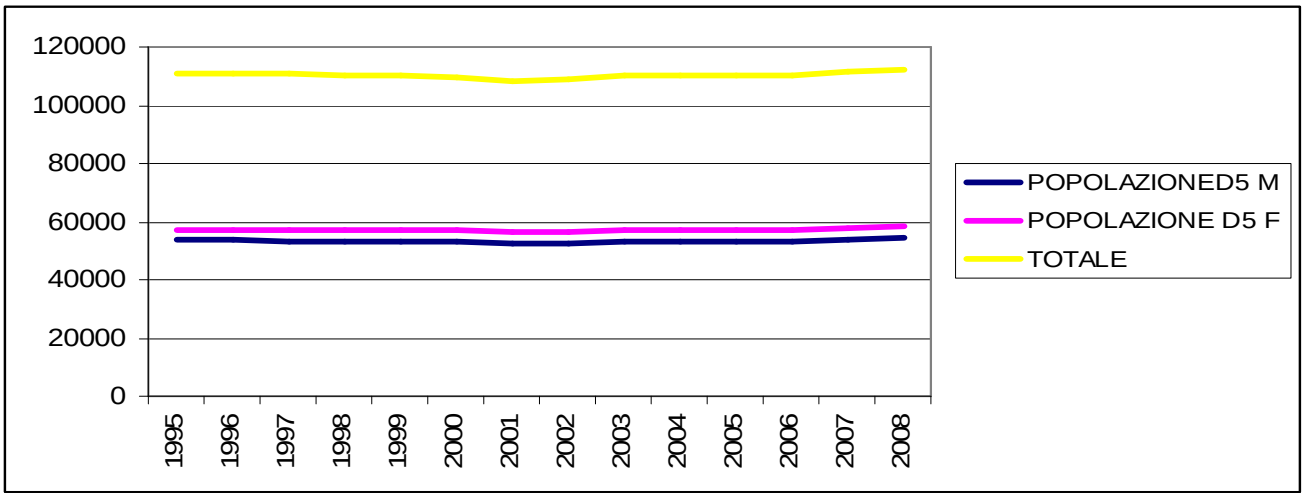
PIANURA *Caluso, Mazzè, Romano Canavese, S.Giorgio Canavese, S.Giusto Canavese, Strambino, Vestigmè, Villareggia, Vische*

MONTAGNA *Andrate, Brosso, Carema, Issiglio, Meugliano, Nomaglio, Quincinetto, Rueglio, Settimo Vittone, Tavagnasco, Trausella, Traversella, Vico*

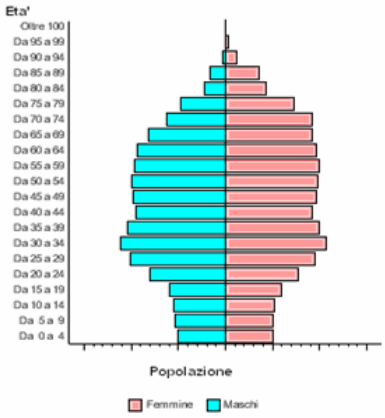
AMBITO DEMOGRAFICO

Movimenti anagrafici

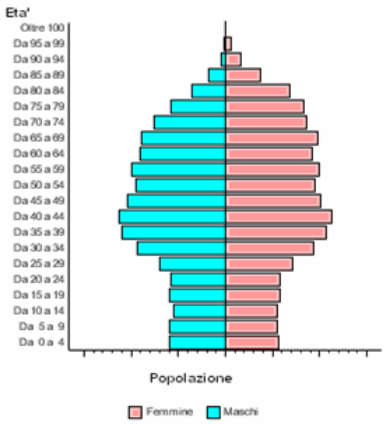
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
POPOLAZIONE D5 M	53717	53623	53441	53319	53114	52974	52141	52403	52922	52957	53119	53177	53800	54099
POPOLAZIONE D5 F	57200	57133	57057	56882	56843	56736	56122	56333	56947	57041	57062	57101	57901	58127
TOTALE	110917	110756	110498	110251	109957	109710	108263	108736	109869	110008	110181	110278	111701	112226



PIRAMIDE ETA D5 1998



PIRAMIDE ETA D5 2008

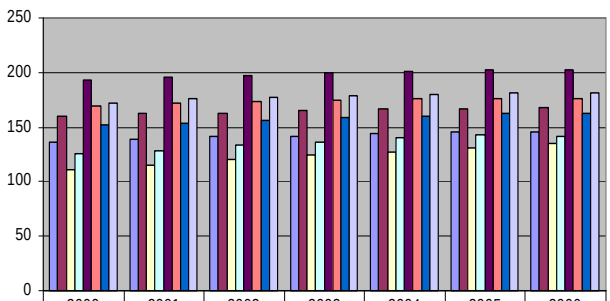


La popolazione dell'ASL TO, nel periodo di tempo osservato, ha subito un incremento di circa l'1 %, con un trend in flessione dal 1999 al 2004, per poi ricominciare a salire fino al dato del 2008.

La popolazione femminile risulta, al termine del periodo temporale considerato, più numerosa di quella maschile del 6,9%. Nell'arco temporale osservato, per ciascun sesso, si è avuto un incremento dello 0,7% per gli uomini e del 1,6% nelle donne.

Osservando la forma delle piramidi relative agli anni di confronto si nota che:

- **nei maschi la distribuzione all'interno delle fasce d'età si è mantenuta costante;**
- **nelle femmine si è allargata la forma della piramide nelle fasce superiore, indicatore di un invecchiamento della popolazione femminile.**

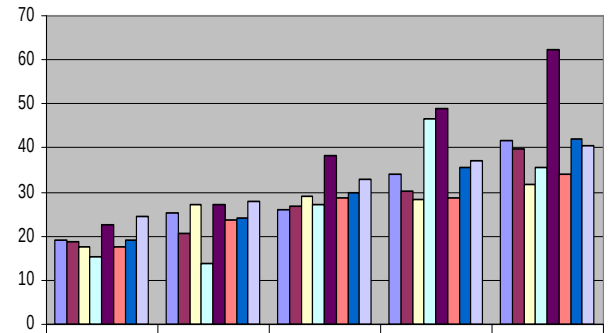


	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
D1 CIRIE'	136,9	138,53	141,74	141,93	144,18	144,92	145,94
D2 CHIVASSO	159,9	162,81	163,32	164,84	166,93	167,11	167,66
D3 SETTIMO	110,46	114,58	119,87	123,73	127,47	131,52	134,49
D4 S.MAURO	125,58	128,81	133,38	136,12	139,77	142,44	142,12
D5 IVREA	193,5	195,4	197,27	200,18	200,8	202,04	202,07
D6 CUORGNE'	169,94	172,39	173,18	174,45	175,44	176,42	176,47
ASL TO 4	151,47	153,94	156,64	158,51	160,59	162,07	162,84

***indice di vecchiaia*:**

Rapporto tra la popolazione residente di età superiore a 64 anni e quella di età compresa tra 0 e 14 anni,ogni 100 individui; questo indice esprime il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani.

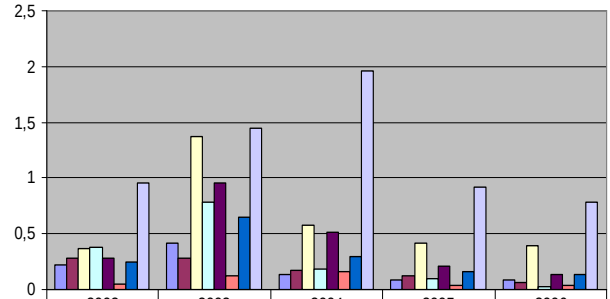
Aumenta la durata della vita. Il Distretto 5 presenta un maggior indice di vecchiaia rispetto a tutti gli altri distretti della ASL TO 4 ed alla Regione Piemonte. I Comuni di montagna di entrambi i distretti, evidenziano un indice maggiore.



	2002	2003	2004	2005	2006
D1 CIRIE'	19,25	25,24	26,14	34,1	41,52
D2 CHIVASSO	18,66	20,81	26,65	30,29	39,77
D3 SETTIMO	17,58	27,2	29,05	28,14	31,78
D4 S.MAURO	15,21	13,87	27,06	46,49	35,56
D5 IVREA	22,74	27,32	38,27	48,88	62,23
D6 CUORGNE'	17,66	23,81	28,51	28,69	34,17
ASL TO 4	19,06	24,27	29,72	35,72	41,91

***indice di dipendenza (o carico sociale)*:**

Rapporto tra popolazione giovane (meno di 15 anni) e anziana(più di 64 anni) da un lato e popolazione attiva dall'altro(tra i 15 e i 64 anni) ogni 100 individui; il denominatore di questo indice rappresenta la fascia di popolazione che dovrebbe provvedere al sostentamento della fascia rappresentata al numeratore: *un valore elevato indica come una buona parte della popolazione debba essere sostenuta dalle prestazioni rese dalla popolazione attiva,e cioè il carico assistenziale degli anziani sulla popolazione attiva*. E' considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale. Nell'arco temporale considerato, l'indice è decisamente aumentato soprattutto per il Distretto 5, dove in 4 anni è triplicato



	2002	2003	2004	2005	2006
D1 CIRIE'	0,22	0,42	0,14	0,08	0,09
D2 CHIVASSO	0,28	0,28	0,17	0,12	0,06
D3 SETTIMO	0,37	1,37	0,58	0,42	0,39
D4 S.MAURO	0,38	0,79	0,18	0,1	0,03
D5 IVREA	0,28	0,95	0,51	0,21	0,14
D6 CUORGNE'	0,05	0,12	0,16	0,04	0,04
ASL TO 4	0,25	0,65	0,3	0,16	0,13

Indice di immigrazione:

Percentuale di immigrati sulla popolazione residente

Aumento nella gran parte dei Comuni di entrambi i distretti, ma con un incremento maggiore per i comuni del distretto 5

Speranza di vita

speranza di vita a 0, 35 e 65 anni in Piemonte per ASL e distretto di residenza, Uomini

AZIENDA SANITARIA		Speranza di vita a 0 anni Periodo 80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	Speranza di vita a 35 anni Periodo 80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	Speranza di vita a 65 anni Periodo 80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00
ASL 6 CIRIE'		**69,5**	**71,2**	**72,4**	**73,7**	**74,7**	**75,6**	**36,8**	**38,3**	**39,4**	**40,2**	**41,1**	**42,1**	**12,7**	**13,9**	**14,5**	**14,6**	**15,1**	**15,7**
Distretto	1 - Lanzo Torinese	67.8	69.0	70.6	71.8	72.7	72.7	34.9	36.2	37.2	38.0	39.5	40.1	12.3	13.6	13.7	14.5	14.7	15.1
	2 - Ciriè	69.5	71.0	72.2	74.1	75.0	75.0	37.4	38.1	39.1	40.6	41.4	41.8	12.9	14.0	14.1	15.0	15.4	15.7
	3 - Venaria Reale	71,3	72,7	73,3	75,0	75,5	76,0	38,4	39,8	40,6	41,4	41,9	42,4	13,0	14,0	14,8	15,1	15,2	15,5
	4 - Caselle Torinese	68,7	71,1	72,2	73,3	74,6	77,4	35,5	38,3	39,8	39,7	40,9	43,2	12,0	14,0	14,9	13,9	15,1	16,2
	5 - Pianezza-Druento	71,3	73,0	74,5	74,4	75,2	76,7	38,4	39,6	41,3	41,4	41,5	42,6	13,2	14,4	15,9	14,7	14,7	16,2
ASL 7 CHIVASSO		**71.7**	**72.5**	**74.0**	**74.6**	**75.3**	**76.8**	**38.6**	**39.6**	**40.8**	**41.3**	**42.0**	**43.0**	**13.6**	**14.6**	**15.2**	**15.3**	**15.8**	**16.2**
Distretto	1 - Chivasso	71,1	72,5	73,7	74,1	74,9	75,9	38,3	39,5	40,4	41,1	41,8	42,5	13,7	14,6	15,3	15,5	15,7	15,8
	2 - Settimo Torinese	71,6	71,7	73,7	74,4	74,9	77,1	38,3	39,1	40,7	40,9	41,8	43,2	13,2	14,1	14,7	15,0	15,6	16,4
	3 - San Mauro Torinese	72,9	74,5	74,6	75,8	76,8	78,3	39,6	41,1	41,4	42,5	43,1	44,0	14,0	15,2	15,5	15,6	16,3	16,7
ASL 9 IVREA		**69,9**	**71,4**	**72,5**	**73,2**	**74,4**	**75,2**	**37,3**	**38,6**	**39,9**	**40,3**	**41,3**	**42,0**	**13,3**	**14,4**	**14,7**	**14,9**	**15,4**	**15,6**
Distretto	1 - Ivrea	70,9	72,3	73,2	74,4	75,0	75,6	38,1	39,3	40,4	40,9	41,6	42,5	13,6	14,6	14,9	15,3	15,7	15,7
	2 - Cuorgnè	68,6	70,2	71,4	71,6	73,5	74,6	36,2	37,7	39,1	39,3	40,9	41,4	12,8	14,0	14,5	14,4	14,9	15,4
TOTALE REGIONALE		**71,0**	**72,5**	**73,5**	**74,3**	**75,0**	**76,1**	**38,2**	**39,4**	**40,5**	**41,2**	**41,8**	**42,6**	**13,5**	**14,6**	**15,1**	**15,4**	**15,8**	**16,1**

Una minore speranza di vita, per entrambi i sessi e per i tre compleanni, si osserva nei distretti dell'ex ASL 9 rispetto alla Regione Piemonte

speranza di vita a 0, 35 e 65 anni in Piemonte per ASL e distretto di residenza, Donne

AZIENDA SANITARIA		Speranza di vita a 0 anni Periodo 80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	Speranza di vita a 35 anni Periodo 80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	Speranza di vita a 65 anni Periodo 80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00
ASL 6 CIRIE'		**76,4**	**78,3**	**79,1**	**80,4**	**81,0**	**81,5**	**43,0**	**44,6**	**45,4**	**46,1**	**47,0**	**47,3**	**16,3**	**17,6**	**18,1**	**18,7**	**19,3**	**19,3**
Distret	1 - Lanzo Torinese	76,1	77,6	78,5	78,8	79,0	80,4	43,0	44,1	44,4	44,3	45,5	46,4	16,4	17,7	18,1	17,7	18,4	19,0
	2 - Ciriè	75,8	78,6	79,1	81,0	81,1	81,6	42,7	45,0	45,4	46,4	47,2	47,2	16,3	17,7	18,1	19,4	19,8	19,0
	3 - Venaria Reale	76,6	78,3	78,7	80,4	82,1	82,0	43,0	44,3	45,3	46,5	47,8	47,6	15,4	17,4	17,5	19,3	19,9	19,8
	4 - Caselle Torines	76,8	78,4	79,9	81,0	81,5	82,2	43,1	44,3	45,9	46,6	47,2	47,8	16,4	17,3	18,8	18,6	19,5	19,5
	5 - Pianezza-Drue	76,7	78,4	79,4	80,5	81,4	81,3	43,1	45,5	46,0	46,7	47,3	47,5	16,5	18,2	18,2	18,3	19,0	19,5
ASL 7 CHIVASSO		**77,5**	**78,9**	**80,7**	**80,4**	**81,4**	**82,1**	**43,9**	**45,3**	**46,5**	**46,8**	**47,3**	**48,0**	**17,0**	**17,9**	**18,8**	**19,3**	**19,7**	**20,0**
Distret	1 - Chivasso	77,2	78,7	80,2	80,4	81,1	81,8	43,8	44,9	46,1	47,0	47,2	47,9	17,0	17,8	18,5	19,4	19,7	19,8
	2 - Settimo Torines	77,2	79,2	81,3	79,8	81,1	82,6	43,5	45,6	46,9	46,2	47,2	48,2	16,4	18,0	19,1	18,7	19,5	20,3
	3 - San Mauro Tor	78,4	79,2	80,8	81,3	82,3	82,2	44,8	45,8	46,6	47,4	47,8	48,0	17,5	18,3	19,1	19,8	20,0	20,0
ASL 9 IVREA		**77,3**	**78,1**	**79,6**	**80,3**	**81,1**	**81,9**	**43,7**	**44,4**	**45,7**	**46,4**	**47,5**	**47,8**	**16,7**	**17,6**	**18,4**	**18,9**	**19,5**	**20,0**
Distret	1 - Ivrea	77,9	78,6	80,0	80,7	81,4	82,4	44,4	44,7	46,0	46,8	47,8	48,1	17,0	17,7	18,6	19,2	19,8	20,3
	2 - Cuorgnè	76,4	77,5	78,9	79,8	80,7	81,2	42,8	44,0	45,3	45,9	47,1	47,2	16,2	17,3	18,2	18,5	19,2	19,5
TOTALE REGIONALE		**77,7**	**79,1**	**80,2**	**80,9**	**81,6**	**82,1**	**44,2**	**45,3**	**46,4**	**47,1**	**47,6**	**48,0**	**17,2**	**18,3**	**18,9**	**19,5**	**19,9**	**20,2**

Considerazioni

- **Aumenta la durata della vita (invecchiamento biologico)**
- **Aumenta il numero degli anziani (invecchiamento demografico o della popolazione)**
- **Aumenta il periodo di vita con disabilità e perdita di autonomia**
- **Tutti questi fattori non si sommano ma si moltiplicano: gli individui vivono di più, sono in numero relativo maggiore, accumulano più anni di disabilità; ne risulta una importante sommatoria di maggiori necessità che impegnano l'intero sistema di protezione sociale.**
- **Le femmine sono di più numericamente, i maschi muoiono prima: fra i vivi ci sono più femmine.**
- **Tali "numeri" sono destinati a crescere sia dal punto di vista della demografia, della epidemiologia e dei bisogni sociali e socialmente indotti (modifica dell'aggregazione e composizione delle famiglie) nei prossimi decenni.**

Indicatori Sanitari

I diversi indicatori di bisogno

Le più comuni rappresentazioni dei bisogni sanitari oggi si basano sui tassi di mortalità (per causa), sui tassi di prevalenza e incidenza delle malattie (morbosità), rilevate da diagnosi oggettive (in ospedale,), sulle autovalutazioni e dichiarazioni degli intervistati nelle indagini campionarie (self reported illness). La morbosità può essere rilevata o attraverso strumenti ad hoc (ad es. i registri tumori) o dalla diagnosi riportata sulle prescrizioni mediche e sulle Schede di Dimissione Ospedaliera o anche desunta da alcuni consumi sanitari "traccianti" (ad es. il consumo di "giornate di ricovero").

Le osservazioni che seguono sono il risultato di elaborazioni svolte dal "gruppo epidemiologia e peps" e sono basate su dati tratti da database regionali, messi a disposizione dal centro di riferimento per l'epidemiologia

Mortalità

Metodologia di osservazione

Dal momento che la conoscenza dei principali eventi morbosi ad elevata letalità costituisce un aspetto importante nell'ambito della programmazione sanitaria, poichè fornisce indicazioni su quali problemi di salute conducono più frequentemente al decesso e consente di individuare possibili aree di intervento per ridurre la mortalità, si è ritenuto di osservare il fenomeno attraverso l'individuazione, delle cause di morte con tassi di mortalità superiori a quelli della popolazione di riferimento (Regione Piemonte).

Le cause di morte prese in esame, con il corrispondente codice ICD IX (Classificazione Internazionale delle cause di morte), sono:

Tabella Cause di morte e relativi Codice ICD IX

causa	Codice ICD IX CM
tutte le cause	001-999.9
malattie infettive	001-139.8
tumori maligni	140-208.9
malattie endocrine, metaboliche, immunitarie	240-279.9
malattie del sangue e organi emopoietici	280-289.9
disturbi psichici	290-319.9
malattie del sistema nervoso	320-389.9
malattie dell'apparato circolatorio	390-459.9
malattie dell'apparato respiratorio	460-519.9
malattie dell'apparato digerente	520-579.9
malattie dell'apparato genito-urinario	580-629.9
complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio	630-676.9
malattie della pelle e del sottocutaneo	680-709.9
malattie osteomuscolari e del connettivo	710-739.9
malformazioni congenite e cause perinatali	740-779.9
stati morbosi maldefiniti	780-799.9
cause accidentali	E800-E999
malattie alcool-correlate (tutte)	011-012, 140-150, 161, 291, 303, 305, 571, 780-799, E800-E807, E810-E81
malattie fumo-correlate	140-150, 161, 162, 188, 189, 305.1, 410-414, 416, 490-496
malattie prevenibili	• *N. J Med*, 1976; 294; 582-588
malattie trattabili	• *N. J Med*, 1976; 294; 582-588

Note:

- Per quanto riguarda le cause di morte per **patologie alcool-correlate** viene utilizzata la lista proposta dal Comité National de Dèfense Contre l'Alcolisme (CNDCA) , aggregata utilizzando tutte le cause che riconoscono una relazione causale con l'uso di alcool, indipendentemente dal rischio attribuibile e cioè psicosi alcoliche, sindrome di dipendenza dall'alcool, abuso di alcool senza dipendenza, cirrosi e altre malattie croniche del fegato, tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe, tumori maligni dell'esofago, tumori maligni della laringe, omicidi e lesioni intenzionali più abusi di droghe, tubercolosi polmonare, incidenti da trasporto, cadute accidentali, incidenti da incendi e da fuoco, annegamento e soffocamento, incidenti non classificati altrove, postumi di incidenti, suicidi e cause mal classificate.
- Per quanto riguarda **le cause di morte fumo correlate** sono incluse tutte quelle patologie in cui è riconosciuto un importante ruolo causale del fumo di sigaretta (abuso di tabacco, malattie ischemiche del cuore, malattia cardiopolmonare cronica, tumori maligni delle seguenti sedi: labbra, cavità orale, faringe,esofago, laringe, polmone, vescica e rene e malattie polmonari croniche ostruttive) *International Agency for .research on Cancer, IARC.*
- **Le cause di morte prevenibili e trattabili** sono quelle definite da Rutstein: Rutstein D et al. Measuring the qualità of medical care. *N. J Med*, 1976; 294; 582-588

Gli indicatori utilizzati per l'osservazione dei dati di mortalità

Per tale scopo gli indicatori utilizzati sono stati la stima della forza di occorrenza depurata dell'effetto stesso dell'età (**tasso standardizzato di mortalità**) e la stima del rischio (**rapporto standardizzato di mortalità**).

TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITA': tale tasso, specificamente per ogni classe di età e sesso, viene calcolato rapportando il numero degli eventi (i decessi) alla popolazione residente ed al periodo di tempo considerato (anni calendario). *L'età rappresenta uno dei principali, se non il più rilevante, determinante di malattia; per tale motivo risulta necessaria la stima della forza di*

occorrenza depurata dall'effetto dell'età. Il metodo più frequentemente utilizzato per il confronto tra aree geografiche con popolazione diversa per fascia di età, è quello della standardizzazione diretta, che produce tassi di occorrenza corretti per età avvalendosi di una popolazione di riferimento, denominata popolazione standard. Il valore del tasso è riferito a 100.000 residenti.

Il confronto fra i due tassi, effettuato calcolandone il rapporto, fornisce il "*Rischio Relativo*" della popolazione in studio (numeratore) rispetto alla popolazione di riferimento (denominatore).

Nel caso della mortalità tale rapporto è espresso dal "*RAPPORTO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ*" di seguito espresso con l'acronimo **SMR** : si tratta di un indicatore, standardizzato per età, che indica lo scostamento del tasso nella popolazione di riferimento, rapportato a 100.

Si ricorda che gli SMR stimati vengono moltiplicati per 100; in questo modo un SMR di valore 100 è, in media, allineato con quello dell'intera area di riferimento; un SMR di 200 rappresenta un rischio doppio mentre un SMR di 50 un rischio dimezzato.

L'analisi delle cause di morte del distretto 5 è stata eseguita suddividendo i comuni in tre zone in rapporto alla zona altimetrica ed alla loro collocazione nel distretto:

COLLINA, PIANURA, MONTAGNA

L'analisi della distribuzione geografica è stata condotta in relazione all'assunto che i fattori genetici o fattori legati ad abitudini di vita (dieta, fumo) tendono ad essere distribuiti più omogeneamente in aree adiacenti tra loro che tra aree molto distanti. Per ciascun gruppo di cause di morte e per ciascun sesso, si è confrontato il tasso standardizzato di mortalità con il tasso standardizzato regionale valutandone la significatività nel rapporto standardizzato di mortalità (SMR).

COLLINA *Albiano, Alice Superiore, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Burolo, Candia, Caravino, Cossano, Cuceglio, Borgofranco, Borgomasino, Cascinette, Chiaverano, Colleretto Giacosa, Fiorano, Ivrea, Lessolo, Loranzè, Lugnacco, Maglione, Mercenasco, Montalenghe, Montalto Dora, Orio, Palazzo, Parella, Pavone, Pecco, Perosa, Piverone, Quagliuzzo, Quassolo, Salerano, Samone, S.Martino, Scarmagno, Settimo Rottaro, Strambinello, Vialfrè, Vidracco, Vistrorio.*

Nessuna causa di morte risulta avere un valore significativo:nessuna casella grigia

PIANURA *Caluso, Mazzè, Romano Canavese, S.Giorgio Canavese, S.Giusto Canavese, Strambino, Vestigmè, Villareggia, Vische*

Sesso	Causadimorte	Osservati	TS	TS regione	SMR
maschi	CAUSEACCIDENTALI	51	102,62	57,85	174,49
maschi	MALATTIEALCOOL-CORRELATE(TUTTE)	77	149,12	99,77	143,48

le uniche cause di morte significative riguardano il sesso maschile e sono rappresentate da quelle descritte nella tabella 6; Le cause accidentali e le malattie alcool correlate presentano tassi standardizzati decisamente superiori al tasso regionale determinando un SMR significativo con un rischio di morte (morti attese) decisamente superiore (+ 74% e + 43%) allo standard.

MONTAGNA *Andrate, Brosso, Carema, Issiglio, Meugliano, Nomaglio, Quincinetto, Rueglio, Settimo Vittone, Tavagnasco, Trausella, Traversella, Vico*

Sesso	Causa di morte	Osservati	TS	TS regione	SMR
Maschi	CAUSE ACCIDENTALI	21	125,40	57,85	236,38
Maschi	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	98	467,56	304,40	159,14
Maschi	MALATTIE ALCOOL-CORRELATE (TUTTE)	31	184,42	99,77	183,25

Sesso	Causa di morte	Osservati	TS	TS regione	SMR
Femmine	MALATTIE FUMO-CORRELATE	42	94,90	71,93	154,43

Spicca il dato, estremamente significativo, dei decessi correlati, nel sesso maschile, alle CAUSE ACCIDENTALI, con un valore di SMR di più del doppio rispetto al riferimento (100). Valori significativi, sempre per il sesso maschile, si hanno per i decessi correlati alle MALATTIE ALCOOL CORRELATE (+ 83% di morti attese rispetto al riferimento) ed alle MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO (+ 59% del valore dell' SMR).

Nel sesso femminile le cause di morte significative sono in relazione alle MALATTIE ALCOOL CORRELATE, con un valore significativo di circa + 50% rispetto al riferimento (100)

Considerazioni

I decessi con valore degli indicatori significativi in eccesso rispetto al riferimento regionale sono relativi a

- **Cause Accidentali (in particolare accidenti da veicoli a motore)**
- **Malattie Alcool correlate**
- **Malattie dell'Apparato Circolatorio**
- **Malattie Fumo correlate**

Il sesso maschile è quello maggiormente rappresentato. Infatti:

I decessi per cause accidentali **risultano significativi innanzitutto per i residenti della zona altimetrica "montagna", il cui valore del tasso è più del doppio rispetto a quello regionale ma anche fra i residenti della zona altimetrica " pianura" il cui dato è, anch'esso, degno di attenzione in quanto presenta uno scostamento significativo (+ 77%) dal tasso di riferimento**

I decessi per malattie alcool correlate **sono significativi per le zone altimetriche "montagna" e "pianura" con scostamenti dal tasso regionale rispettivamente dell'85% e del 49 %**

Questi decessi sono le uniche cause di morte con valori degli indicatori significativi per quanto riguarda il sesso femminile relativamente alla zona altimetrica "montagna"

I decessi per malattie fumo **presentano valori significativi solo per il sesso femminile "nela zona altimetrica montagna" con valore del tasso superiore del 32% rispetto al tasso regionale.**

I decessi legati alle malattie cardiovascolari **riguardano esclusivamente il sesso maschile e "la zona altimetrica pianura": valore del tasso superiore del 54% rispetto a quello regionale.**

LA MORTALITÀ EVITABILE

Una ulteriore analisi è stata condotta in relazione alla cosiddetta *"MORTALITÀ EVITABILE"* che rappresenta un contributo per progettare azioni coerenti ai bisogni locali dal momento che rappresenta un importante indicatore dell'efficacia degli interventi sociali, ambientali e sanitari in una determinata area geografica.

Le cause di morte sono considerate *evitabili* quando il rischio di morte per quella causa può essere ridotto (o addirittura evitato) raggiungendo un buon livello qualitativo e quantitativo di intervento pubblico sulla salute, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione.

Gruppo 1, cause di morte evitabile collegabile a ***Prevenzione Primaria***: cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte a seguito di miglioramenti della vita e dei comportamenti individuali. Sono comprese le patologie legate al fumo ed all'alcool, le cause violente prevalentemente rappresentate dagli incidenti stradali.

cause di morte collegabili a Prevenzione Primaria

1	Accidenti da veicoli a motore
2	Cirrosi epatica
3	Malattie cerebrovascolari
4	Tumori esofago
5	Tumori fegato e dotti biliari intra ed extraepatici
6	Tumori labbra, bocca, faringe
7	Tumori trachea, bronchi, polmoni
8	Tumori vescica

Sintesi Risultati GRUPPO 1

Abbiamo sintetizzato i risultati delle cause di morte evitabile appartenenti al gruppo 1, per le tre aree altimetriche considerate, indicando con la casella grigia, la causa di morte con tasso standardizzato superiore al riferimento regionale.

	Collina		Montagna		Pianura	
CAUSE	M	F	M	F	M	F
Malattie cerebrovascolari	■		■		■	
Tumori trachea, bronchi, polmoni		■	■			
Accidenti da veicoli a motore	■	■	■	■	■	■
Cirrosi epatica			■		■	
Tumori vescica		■			■	■
Tumori fegato e dotti biliari intra ed extraepatici			■			
Tumori esofago	■			■	■	■
Tumori labbra, bocca, faringe		■	■			■

Gli accidenti da veicoli a motore rappresentano la causa di morte evitabile con tasso superiore a quello regionale in tutte e tre le zone altimetriche osservate ed in ciascun sesso.

Seguono i tumori dell'esofago e quindi i tumori delle labbra bocca, faringe, i tumori della vescica e le malattie cerebrovascolari.

Presenti con tassi superiori al riferimento regionale anche i tumori della trachea, bronchi, polmoni e la cirrosi epatica ma con una più limitata distribuzione geografica

Gruppo 2, cause di morte evitabile collegabile a ***Diagnosi Precoce e Terapia***: tumori femminili (mammella e collo dell'utero) e tumori che possono essere evitati con appropriati programmi di diagnosi e terapia precoci ed alcune forme tumorali che colpiscono entrambi i sessi ed infine il tumore del testicolo la cui mortalità può essere fortemente ridotta con una terapia precoce adeguata.

cause di morte, gruppo 2

1	Altri tumori pelle
2	Linfomi Hodgkin
3	Melanoma
4	Tumori collo utero
5	Tumori colon
6	Tumori corpo utero
7	Tumori mammella (femmine)
8	Tumori retto e giunzione retto-sigma
9	Tumori testicolo

Sintesi Risultati GRUPPO 2

Abbiamo sintetizzato i risultati delle cause di morte evitabile appartenenti al gruppo 2, per le tre aree altimetriche considerate, indicando con la casella grigia, la causa di morte con tasso standardizzato superiore al riferimento regionale.

	Collina		Montagna		Pianura	
CAUSE	M	F	M	F	M	F
Tumori mammella (femmine)				■		■
Tumori colon		■		■	■	
Tumori retto e giunzione retto-sigma		■			■	
Tumori corpo utero		■		■		■
Melanoma					■	■
Altri tumori pelle	■				■	■
Linfomi Hodgkin		■				
Tumori collo utero				■		
Tumori testicolo						

I tumori del colon, del corpo dell'utero rappresentano la causa di morte evitabile con tasso superiore a quello regionale maggiormente rappresentati nelle tre zone altimetriche osservate.

Seguono, come frequenza di presenza con tassi superiori a quelli regionali nelle tre zone altimetriche, il tumore della mammella, il tumore del retto ed il melanoma.

Presenti con tassi superiori anche i linfomi hodgkin ed il tumore del collo dell'utero, ma con una distribuzione geografica meno estesa rispetto ai precedenti.

Gruppo 3, cause di morte evitabile collegabile ad ***Igiene ed Assistenza Sanitaria***: comprende un gruppo eterogeneo di patologie affrontabili con provvedimenti di igiene ambientale, prevenzione (vaccinazione) e con un'adeguata assistenza. Inoltre alcune cause di morte effettivamente evitabili in quanto tipici indicatori di mal funzionamento dell'assistenza sanitaria e di pronto intervento: tra queste l'ulcera gastrica, l'appendicite, l'ernia e la mortalità materna.

cause di morte, gruppo 3

1	Asbestosi
2	Infarto miocardico
3	Leucemie specificate
4	Silicosi e antracosilicosi
5	Tubercolosi apparato respiratorio
6	AIDS
7	Appendicite
8	Bronchite, enfisema, asma
9	Colecistite e colelitiasi
10	Epatite virale
11	Ipertensione arteriosa
12	Malattie infettive intestinali
13	Overdose
14	Tetano
15	Ulcera gastrica e duodenale
16	Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio
17	Malformazioni congenite e cause perinatali

Sintesi Risultati GRUPPO 3

Abbiamo sintetizzato i risultati delle cause di morte evitabile appartenenti al gruppo 3, per le tre aree altimetriche considerate, indicando con la casella grigia, la causa di morte con tasso standardizzato superiore al riferimento regionale

	Collina		Montagna		Pianura	
CAUSE	M	F	M	F	M	F
Infarto miocardico			■	■		■
Malformazioni congenite e cause perinatali			■	■		■
Ipertensione arteriosa		■	■	■	■	
Bronchite, enfisema, asma			■	■	■	
Leucemie specificate				■		■
Ulcera gastrica e duodenale			■	■		■
Colecistite e colelitiasi		■				■
Epatite virale		■			■	
AIDS						
Appendicite						
Asbestosi						
Complicanze della gravidanza, del parto e del						
Malattie infettive intestinali						
Overdose	■					
Silicosi e antracosilicosi	■		■		■	
Tetano		■				
Tubercolosi apparato respiratorio						

L'ipertensione arteriosa rappresenta la causa di morte evitabile con tasso standardizzato superiore a quello regionale maggiormente distribuita nelle tre zone altimetriche osservate

Seguono, con una distribuzione territoriale meno estesa rispetto alla precedente, le cause di morte evitabili attribuibili ad infarto del miocardio, malformazioni congenite e cause perinatali, bronchite asma ed enfisema, ulcera gastrica e duodenale, silicosi ed antracosilicosi.

ANALISI DI FREQUENZA

L'identificazione delle cause di morte con valori superiori e significativi del rapporto standardizzato di mortalità , rispetto allo standard regionale, indica che l'area specifica in cui il valore si è osservato, è ad **elevato rischio di occorrenza.** Tuttavia, dal momento che la conoscenza dei principali eventi morbosi ad elevata letalità costituisce un aspetto importante nell'ambito della programmazione sanitaria, soprattutto poichè fornisce indicazioni su quali problemi di salute conducono più frequentemente al decesso e consente di individuare possibili aree di intervento per ridurre la mortalità, si è ritenuto, *di* ***individuare, il carico (tasso grezzo) e la frequenza, sul totale dei decessi, dei singoli gruppi di cause di morte per il distretto 5 dell' ASL TO 4***

L'indicatore utilizzato , in questo senso, è **Tasso grezzo per 100.000 residenti = n/p *100000 residenti**

Significato: ***Carico reale da sostenere in termini di assistenza sanitaria per le strutture sanitarie presenti nel territorio del distretto***

N.B: in questa analisi il valore dei dati è su base triennale.

DECESSI PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO

Rientrano in questo gruppo: *Disturbi del circolo cerebrale, Infarto miocardio, Ipertensione arteriosa, Occlusione arterie cerebrali, Emorragia cerebrale, Malattie reumatiche croniche, Emorragia subaracnoidea*

Tabella Cause di morte Malattie Apparato Circolatorio Distretto_5

	DISTRETTO 5					
CAUSE DI MORTE	Rango	%Maschi	TG	Rango	% Femm.	TG
Disturbi del circolo cerebrale	*1*	40,13%	80,30	*1*	27,61%	57,47
Infarto miocardico	*2*	18,50%	37,01	*2*	27,04%	56,30
Ipertensione arteriosa	*3*	16,93%	33,88	*3*	21,69%	45,16
Occlusione arterie cerebrali	*4*	14,71%	3,14	*4*	9,30%	**19,35**
Emorragia cerebrale	*5*	11,29%	22,58	*4*	9,30%	19,35
Malattie reumatiche croniche	*6*	7,84%	15,68	*5*	2,54%	5,28
Emorragia subaracnoidea	*7*	1,57%	3,14	*6*	1,41%	2,93
Ischemia cerebrale transitoria	*8*	1,25%	2,51	*7*	1,13%	2,35
Malattia cardiopolmonare cronica	*9*	0,94%	1,88	*8*	0,00%	0,00
Occlusioneestenosiarterieprecerebrali	*10*	0,00%	0,00	*9*	0,00%	0,00

DECESSI PER MALATTIE FUMO CORRELATE

Rientrano in questo gruppo: *Malattie ischemiche del cuore,Bronchite, enfisema, asma, Tumori trachea, bronchi, polmoni, Tumori vescica,Tumori rene,Tumori labbra, bocca, faringe, Tumori laringe,Malattia cardiopolmonare cronica*

Tabella Cause di morte Malattie Fumo correlate Distretto 5

	DISTRETTO 5					
CAUSE DI MORTE	Rango	%Maschi	TG	Rango	%Femm.	TG
Malattie ischemiche del cuore	*1*	40,47%	141,15	*1*	67,26%	133,72
Tumori trachea, bronchi, polmoni	*2*	28,78%	100,37	*2*	10,32%	20,53
Bronchite,enfisema,asma	*3*	17,27%	60,22	*3*	14,45%	28,74
Tumori vescica	*4*	5,04%	17,57	*4*	2,95%	5,86
Tumori labbra,bocca,faringe	*5*	3,06%	10,66	*6*	2,36%	4,69
Tumori rene	*6*	2,52%	8,78	*5*	2,65%	5,28
Tumori laringe	*7*	2,34%	8,16	*7*	0,00%	0,00
Malattia cardiopolmonare cronica	*8*	0,54%	1,88	*7*	0,00%	0,00

DECESSI PER MALATTIE ALCOOL- CORRELATE

Rientrano in questo gruppo: *Cadute e altri infortuni, Accidenti da veicoli a motore, Cirrosi epatica, Suicidi, Stati morbosi mal definiti,Tumori labbra,bocca,faringe, Tumori esofago,Tumori laringe, Omicidi, Sindrome di dipendenza dall'alcool, Psicosi alcooliche*

Tabella Cause di morte Malattie Alcool correlate Distretti 5

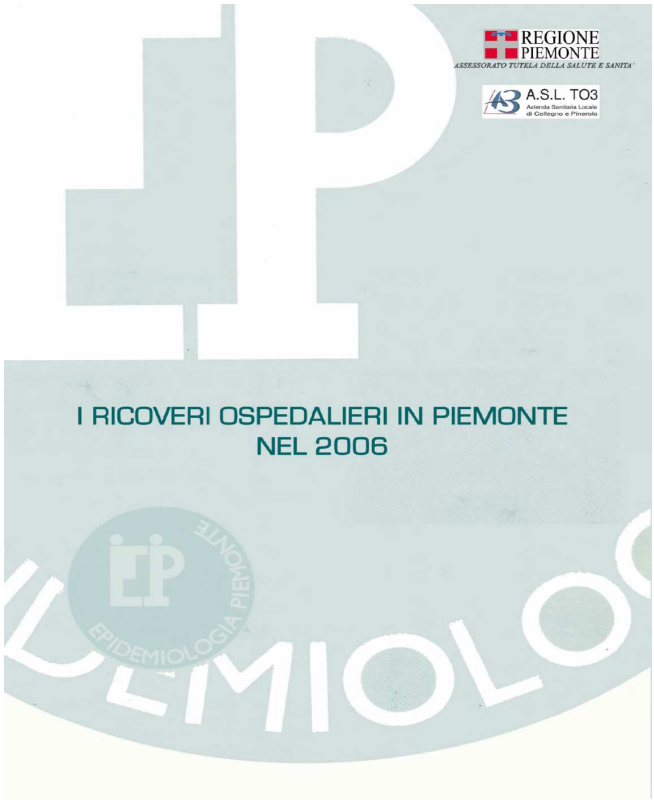
	DISTRETTO 5					
CAUSE DI MORTE	Rango	%Maschi	TG	Rango	%Femm.	TG
Cadute e altri infortuni	*1*	23,46%	38,27	*1*	32,68%	29,32
Accidenti da veicoli a motore	*2*	22,31%	36,38	*4*	9,80%	8,80
Cirrosi epatica	*3*	11,92%	19,45	*3*	11,76%	10,56
Suicidi	*4*	11,15%	18,19	*5*	5,23%	4,69
Stati morbosi maldefiniti	*5*	10,77%	17,57	*2*	31,37%	28,15
Tumori labbra, bocca, faringe	*6*	6,54%	10,66	*5*	5,23%	4,69
Tumori esofago	*7*	6,15%	10,04	*6*	3,27%	2,93
Tumori laringe	*8*	5,00%	8,16	*8*	0,00%	0,00
Omicidi	*9*	1,92%	3,14	*7*	0,65%	0,59
Tubercolosi apparato respiratorio	*10*	0,38%	0,63	*8*	0,00%	0,00
Sindrome di dipendenza dall'alcool	*11*	0,38%	0,63	*8*	0,00%	0,00
Psicosi alcooliche	*12*	0,00%	0,00	*8*	0,00%	0,00

SINTESI

Fra i decessi correlati a malattie dell'apparato circolatorio, i disturbi del circolo cerebrale, l'infarto del miocardio e l'ipertensione arteriosa occupano i primi tre ranghi di frequenza in entrambi i sessi. La quota maggiore, per quanto riguarda i decessi per disturbi del circolo cerebrale è a carico del sesso maschile, mentre i decessi per infarto miocardico ed ipertensione arteriosa sono maggiormente a carico del sesso femminile.

Per quanto riguarda i decessi correlati alle malattie fumo correlate, i decessi per malattie ischemiche del cuore, tumore della trachea bronchi polmone, Bronchite asma enfisema e tumore della vescica, occupano i primi quattro ranghi nei due sessi. I decessi per malattie ischemiche del cuore sono maggiormente rappresentate nel sesso femminile, con una quota di circa il 67% di tutti i decessi considerati in questo raggruppamento nosologico.

I decessi conseguenti alle malattie alcool correlate sono causati soprattutto da cadute ed infortuni, accidenti da veicoli a motore, cirrosi epatica, suicidi.



CAUSE DI RICOVERO	CODICE ICD
MALATTIE INFETTIVE	001-139
Tubercolosi	010-018
TUMORI MALIGNI	140-208
Vie aereo-digestive superiori	140-149, 150, 160, 161
Colon	153
Retto	154
Polmone	162
Mammella	174
Ovaio	183
Prostata	185
Linfomi non Hodgkin	200, 202
TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI, E NON SPECIFICATI	210-239
MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNITARIE	240-279
Diabete mellito	250
MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	280-289
DISTURBI PSICHICI	290-319
Schizofrenia	295
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	320-389
Sindrome del tunnel carpale	354.0
Cataratta	366
MALATTIE DELL' APPARATO CIRCOLATORIO	390-459
Ipertensione arteriosa	401-405
Malattie ischemiche del cuore	410-414
Infarto miocardico	410
Insufficienza cardiaca	428
Malattie cerebrovascolari	430-438
Arteriosclerosi	440, 429.2, 437.0
MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO	460-519
Malattie acute delle prime vie aeree	460-469
Malattie croniche delle prime vie aeree	470-479
Malattie croniche delle basse vie aeree	490-496
BPCO	491, 496
MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE	520-579
Appendicite	540-543
Ernie addominali	550-553
Cirrosi epatica	571
Disturbi della colecisti e delle vie biliari	574-576
MALATTIE DELL' APPARATO GENITO-URINARIO	580-629
Insufficienza renale	585-586
Calcolosi del rene e delle vie urinarie	592, 594
COMPLCANZE DEL PARTO, PUERPERIO E COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA	630-676
Aborto spontaneo	634
Interruzione volontaria di gravidanza (IVG)	635
Parto normale	650
Parto cesareo	669.7
MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	680-709
MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	710-739
Osteoartrosi	715
Disturbi dei dischi intervertebrali	722
MALFORMAZIONI CONGENITE	740-759
CONDIZIONI MORBOSE PERINATALI	760-779
CAUSE MALDEFINITE	780-799
Dispnea	786.0
Colica addominale	789.0
CAUSE ACCIDENTALI	800-999
Frattura del collo del femore	820

Gli archivi dei ricoveri ospedalieri costituiscono un'importante fonte informativa per descrivere le condizioni di salute di una popolazione, integrando sistemi informativi tradizionalmente più utilizzati a questo scopo, in particolare quello della mortalità. Il principale vantaggio rispetto a quest'ultima fonte è certamente costituto dalla possibilità di documentare il peso sulla popolazione di tutte quelle patologie che, pur di notevole rilevanza nel determinare le condizioni di salute, sono raramente causa di decesso sfuggendo così alla documentazione fornita dalle schede di morte.
Lo strumento utilizzato per l'analisi descrittiva dei ricoveri ospedalieri è **la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO),** istituita dal Ministero della Sanità nel 1991 come "…strumento ordinario per la raccolta delle informazioni ordinarie relative a ogni paziente dimesso…" che ha assunto una particolare importanza, in termini di qualità, dal 1995, anno in cui è stato introdotto in Italia il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere sulla base dei raggruppamenti omogenei di diagnosi, i DRG/ROD.
La classificazione delle diagnosi è basata sulla IX revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie – Modificazione Clinica (ICD-9-CM).
Le aggregazioni delle cause di ricovero sono state definite, sulla base di quattro criteri: **la rilevanza clinica della patologia, la sua prevenibilità o trattabilità, la presenza di una patologia correlata ad esposizioni note e la sua identificazione come evento sentinella di un fenomeno (di esposizione, di prevenzione inefficace, di buona/cattiva capacità diagnostica o terapeutica).**

l'archivio dati è stato costruito dalla combinazione dei ricoveri dei residenti nei nostri 2 distretti avvenuti negli Ospedali Riuniti del Canavese nell'anno 2006, da cui sono stati esclusi i soggetti non residenti ed a cui sono stati aggiunti i ricoveri dei residenti nei nostri 2 distretti avvenuti nelle altre strutture sanitarie pubbliche e private anche fuori regione.

CONSULTAZIONE e STRUTTURA
Si è deciso di privilegiare la possibilità di effettuare un confronto fra le diverse aree comunali dei distretti ora **5 e 6 dell'ASL TO 4**, che per comodità di consultazione sono ancora indicate con ***la vecchia denominazione di distretto 1 (Ivrea) e di distretto 2 (Cuorgnè).***

La misura utilizzata per gli indicatori scelti al fine del confronto fra le varie aree geografiche è il valore del rischio relativo standardizzato che esprime il rapporto tra il numero di eventi osservato in una popolazione ed il numero di eventi atteso nella stessa popolazione se su questa agissero gli stessi tassi (o percentuali) specifici per età che agiscono su di una popolazione assunta come riferimento. Nel caso del presente lavoro, la morbosità di riferimento è rappresentata dai tassi (o percentuali) specifici per sesso e per età della popolazione piemontese residente. Il rapporto tra numero di eventi realmente osservato e numero atteso è il **RR** (convenzionalmente questo valore viene moltiplicato per 100). Questa misura esprime così, in percentuale, l'eccesso o il difetto esistente tra l'ASL/Distretto sanitario/classe d'istruzione in oggetto e la regione al netto delle influenze esercitate dalla diversa composizione per età delle due popolazioni.
Ai fini della lettura, il valore 100 rappresenta il valore regionale, mentre valori superiori o inferiori indicano una maggiore o minore occorrenza rispetto alla regione.
I valori riportati in grassetto sono statisticamente significativi.

GL INDICATORI UTILIZZATI
In questo lavoro sono stati utilizzati indicatori il cui significato è sintetizzato nella tabella 2: **gli indicatori descritti esprimono il reale impatto esercitato da diversi fenomeni (l'ospedalizzazione, il ricovero prolungato, la letalità, il primo ricovero, etc.) su di una popolazione caratterizzata dal risiedere in un determinato distretto.**

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000
Il numero di ricoveri è costituito dal totale dei ricoveri per causa, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o day hospital) e dal numero di volte in cui un soggetto viene ricoverato.
Il ricovero, in pratica, viene identificato dalla compilazione di una SDO.
L'indicatore esprime il numero di ricoveri medio annuale per causa che si verifica ogni 100.000 residenti e rappresenta la più comune misura dell'impatto esercitato da una patologia oggetto di ricovero sulla popolazione.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE MEDICA IN REGIME ORDINARIO PER 100.000
Il numero di ricoveri è costituito dal totale dei ricoveri per causa, in regime di ricovero ordinario, ai quali è stato attribuito un DRG di tipo medico.
Il sistema di classificazione dei pazienti ricoverati in ospedali per acuti (sistema DRG) , infatti, classifica i ricoveri in medici e chirurgici, sostanzialmente sulla base del fatto che, sulla SDO, sia fatta menzione di una procedura di tipo chirurgico che richiede (con alcune eccezioni) l'uso della camera operatoria, indipendentemente dal tipo di diagnosi di ricovero riportata.
L'indicatore esprime il numero di ricoveri medio annuale di tipo medico ed in regime ordinario, che si verifica per ogni causa ogni 100.000 residenti.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE MEDICA IN REGIME DI DAY HOSPITAL PER 100.000
Il numero di ricoveri è costituito dal totale dei ricoveri per causa, in regime di ricovero day hospital, ai quali è stato attribuito un DRG di tipo medico.
L'indicatore esprime il numero di ricoveri medio annuale di tipo medico ed in regime di day hospital che si verifica per ogni causa ogni 100.000 residenti.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE CHIRURGICA IN REGIME ORDINARIO PER 100.000

Il numero di ricoveri è costituito dal totale dei ricoveri per causa, in regime di ricovero ordinario, ai quali è stato attribuito un DRG di tipo chirurgico.
L'indicatore esprime il numero di ricoveri medio annuale di tipo chirurgico ed in regime ordinario, che si verifica per ogni causa ogni 100.000 residenti.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE CHIRURGICA IN REGIME DI DAY HOSPITAL PER 100.000
Il numero di ricoveri è costituito dal totale dei ricoveri per causa, in regime di ricovero day hospital, ai quali è stato attribuito un DRG di tipo chirurgico.
L'indicatore esprime il numero di ricoveri medio annuale di tipo chirurgico ed in regime di day hospital, che si verifica per ogni causa ogni 100.000 residenti.

LETALITÀ OSPEDALIERA
Il numero di decessi in ospedale è ricavato dalle SDO in cui la variabile "modalità di dimissione" è uguale a "deceduto".
L'indicatore esprime così la percentuale di ricoveri che hanno come esito il decesso del ricoverato.
Tale indicatore è fortemente correlato alla gravità della patologia in esame, ma, in certa misura, può anche riflettere la qualità dell'assistenza ricevuta.

PERCENTUALE DI RICOVERI URGENTI
Sono considerati urgenti i ricoveri per i quali la variabile "tipo di ricovero" è uguale a "ricovero urgente" o "ricovero urgente tramite pronto soccorso".
L'indicatore esprime la percentuale di ricoveri urgenti per causa; l'esclusione dei ricoveri di elezione dovrebbe contribuire a definire il livello di gravità della patologia al momento del ricovero.

PERCENTUALE DI RICOVERI PROLUNGATI
I ricoveri prolungati sono definiti come i ricoveri le cui giornate di ospedalizzazione eccedono il "valore soglia" definito per ogni specifico DRG.
Il protrarsi di un ricovero oltre questo valore è correlato (almeno in parte) a condizioni di particolare
gravità della malattia, ma anche, in qualche misura, alla qualità dell'assistenza ricevuta.
L'indicatore esprime la percentuale di ricoveri per causa che eccedono questo valore.

PERCENTUALE DI RICOVERI CON DEGENZA IN RIANIMAZIONE
L'indicatore esprime quindi la percentuale di ricoveri per causa che hanno presentato condizioni di gravità tali da richiedere il ricovero in reparti attrezzati a trattare casi particolarmente gravi. ***E' quindi un indicatore fortemente correlato alla gravità della patologia e, in qualche misura, anche alla qualità dell'assistenza.***

TASSO DI GIORNATE DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000
Il numero di giornate di ospedalizzazione è costituito dal totale delle giornate di ricovero per causa.
L'indicatore esprime il numero medio di giornate di ricovero per causa ogni 100.000 abitanti e rappresenta ***una misura dell'impatto esercitato da una patologia in una popolazione (espresso attraverso i giorni trascorsi in ospedale) indipendentemente dal numero di ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto e dai diversi regimi di ricovero.***

TASSO DI PRIMO RICOVERO
L'indicatore esprime così il numero di nuovi episodi di ricovero avvenuti e stima l'impatto di nuovi ricoveri annui per causa.

Per comodità di lettura delle tabelle è sotto riportata una tabella riassuntiva degli indicatori utilizzati con il loro significato

	FENOMENO PREVALENTE			
Indicatore	*Morbosità (incidenza)*	*Gravità della patologia*	*Utilizzo dell'ospedale*	*Qualità dell'assistenza ospedaliera*
Tasso di ospedalizzazione				
Tasso di ospedalizzazione medica ordinaria				
Tasso di ospedalizzazione medica day hospital				
Tasso di ospedalizzazione chirurgica ordinaria				
Tasso di ospedalizzazione chirurgica day hospital				
Letalità ospedaliera				
Percentuale di ricoveri urgenti				
Percentuale di ricoveri prolungati				
Percentuale di ricoveri con degenza in rianimazione				
Tasso di giornate di ospedalizzazione				
Tasso di primo ricovero				

Confronto indicatori tra 1998 e 2006

TUTTE LE CAUSE_UOMINI				TUTTE LE CAUSE_DONNE		
	RR anno 1998	RR anno 2006	RR_rif		RR anno 1998	RR anno 2006
Ospedalizzazione ASL 9	80	89	100	Ospedalizzazione ASL 9	79	87
Ospedalizzazione D_1	79	90	100	Ospedalizzazione D_1	79	87
Ospedalizzazione D_2	81	98	100	Ospedalizzazione D_2	78	86
Letalità ASL 9	103	92	100	Letalità ASL 9	101	86
Letalità D_1	89	90	100	Letalità D_1	91	83
Letalità D_2	124	96	100	Letalità D_2	116	91
Ricoveri non programmati ASL 9	100	93	100	Ricoveri non programmati ASL 9	103	96
Ricoveri non programmati D_1	98	90	100	Ricoveri non programmati D_1	100	93
Ricoveri non programmati D_2	102	96	100	Ricoveri non programmati D_2	107	101
Ricoveri prolungati ASL 9	87	105	100	Ricoveri prolungati ASL 9	88	94
Ricoveri prolungati D_1	91	105	100	Ricoveri prolungati D_1	90	88
Ricoveri prolungati D_2	82	105	100	Ricoveri prolungati D_2	84	104
Degenza in rianimazione ASL 9	105	91	100	Degenza in rianimazione ASL 9	95	96
Degenza in rianimazione D_1	107	93	100	Degenza in rianimazione D_1	105	99
Degenza in rianimazione D_2	103	88	100	Degenza in rianimazione D_2	80	92
Giornate di ricovero ASL 9	85	85	100	Giornate di ricovero ASL 9	81	82
Giornate di ricovero D_1	83	84	100	Giornate di ricovero D_1	81	80
Giornate di ricovero D_2	89	85	100	Giornate di ricovero D_2	81	85
Primo ricovero ASL 9	89	94	100	Primo ricovero ASL 9	90	95
Primo ricovero D_1	90	95	100	Primo ricovero D_1	91	95
Primo ricovero D_2	87	93	100	Primo ricovero D_2	87	95

- **Uomini: riduzione del rischio relativo alla degenza in rianimazione.**
- **Donne: riduzione dei ricoveri non programmati e della degenza in rianimazione**

RICOVERI RELATIVI AI TUMORI MALIGNI:

TUMORI MALIGNI_UOMINI				TUMORI MALIGNI_DONNE		
	RR anno 1998	RR anno 2006	RR_rif		RR anno 1998	RR anno 2006
Ospedalizzazione ASL 9	80	101	100	Ospedalizzazione ASL 9	83	93
Ospedalizzazione D_1	87	106	100	Ospedalizzazione D_1	85	92
Ospedalizzazione D_2	83	93	100	Ospedalizzazione D_2	80	95
Letalità ASL 9	71	72	100	Letalità ASL 9	70	85
Letalità D_1	67	70	100	Letalità D_1	59	69
Letalità D_2	78	76	100	Letalità D_2	86	108
Ricoveri non programmati ASL 9	87	78	100	Ricoveri non programmati ASL 9	104	75
Ricoveri non programmati D_1	78	79	100	Ricoveri non programmati D_1	90	69
Ricoveri non programmati D_2	99	77	100	Ricoveri non programmati D_2	125	85
Ricoveri prolungati ASL 9	67	80	100	Ricoveri prolungati ASL 9	73	57
Ricoveri prolungati D_1	54	100	100	Ricoveri prolungati D_1	88	48
Ricoveri prolungati D_2	84	45	100	Ricoveri prolungati D_2	50	69
Degenza in rianimazione ASL 9	63	52	100	Degenza in rianimazione ASL 9	75	90
Degenza in rianimazione D_1	81	50	100	Degenza in rianimazione D_1	96	105
Degenza in rianimazione D_2	38	55	100	Degenza in rianimazione D_2	44	69
Giornate di ricovero ASL 9	82	88	100	Giornate di ricovero ASL 9	84	76
Giornate di ricovero D_1	76	94	100	Giornate di ricovero D_1	84	70
Giornate di ricovero D_2	89	78	100	Giornate di ricovero D_2	85	85
Primo ricovero ASL 9	86	98	100	Primo ricovero ASL 9	85	96
Primo ricovero D_1	81	100	100	Primo ricovero D_1	88	95
Primo ricovero D_2	93	94	100	Primo ricovero D_2	80	85

- **Uomini: aumenta il rischio relativo di ospedalizzazione**
- **Donne: aumento del rischio relativo alla degenza in rianimazione.**

RICOVERI RELATIVI ALLE MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO:

APP.CIRCOLATORIO_UOMINI				APP.CIRCOLATORIO_DONNE		
	RR anno 1998	RR anno 2006	RR_rif		RR anno 1998	RR anno 2006
Ospedalizzazione ASL 9	89	100	100	Ospedalizzazione ASL 9	88	98
Ospedalizzazione D_1	87	100	100	Ospedalizzazione D_1	86	96
Ospedalizzazione D_2	83	99	100	Ospedalizzazione D_2	91	102
Letalità ASL 9	98	74	100	Letalità ASL 9	99	68
Letalità D_1	91	75	100	Letalità D_1	86	71
Letalità D_2	124	73	100	Letalità D_2	106	64
Ricoveri non programmati ASL 9	100	93	100	Ricoveri non programmati ASL 9	106	97
Ricoveri non programmati D_1	92	94	100	Ricoveri non programmati D_1	102	96
Ricoveri non programmati D_2	102	93	100	Ricoveri non programmati D_2	112	98
Ricoveri prolungati ASL 9	134	94	100	Ricoveri prolungati ASL 9	115	107
Ricoveri prolungati D_1	151	79	100	Ricoveri prolungati D_1	108	108
Ricoveri prolungati D_2	110	116	100	Ricoveri prolungati D_2	126	106
Degenza in rianimazione ASL 9	91	88	100	Degenza in rianimazione ASL 9	86	97
Degenza in rianimazione D_1	91	95	100	Degenza in rianimazione D_1	93	100
Degenza in rianimazione D_2	92	78	100	Degenza in rianimazione D_2	77	93
Giornate di ricovero ASL 9	100	89	100	Giornate di ricovero ASL 9	93	96
Giornate di ricovero D_1	100	85	100	Giornate di ricovero D_1	95	91
Giornate di ricovero D_2	101	94	100	Giornate di ricovero D_2	89	103
Primo ricovero ASL 9	89	99	100	Primo ricovero ASL 9	91	99
Primo ricovero D_1	88	100	100	Primo ricovero D_1	89	98
Primo ricovero D_2	92	98	100	Primo ricovero D_2	92	99

- **Uomini: netta riduzione del rischio relativo di ospedalizzazione prolungata**
- **Donne: riduzione del rischio relativo ai ricoveri non programmati, aumento del rischio relativo ai ricoveri prolungati.**

RICOVERI RELATIVI ALLE MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:

APP.DIGERENTE_UOMINI				APP.DIGERENTE_DONNE		
	RR anno 1998	RR anno 2006	RR_rif		RR anno 1998	RR anno 2006
Ospedalizzazione ASL 9	79	82	100	Ospedalizzazione ASL 9	70	83
Ospedalizzazione D_1	77	82	100	Ospedalizzazione D_1	70	84
Ospedalizzazione D_2	81	81	100	Ospedalizzazione D_2	71	82
Letalità ASL 9	97	93	100	Letalità ASL 9	104	96
Letalità D_1	62	103	100	Letalità D_1	101	97
Letalità D_2	145	77	100	Letalità D_2	109	95
Ricoveri non programmati ASL 9	102	97	100	Ricoveri non programmati ASL 9	100	101
Ricoveri non programmati D_1	97	99	100	Ricoveri non programmati D_1	98	101
Ricoveri non programmati D_2	109	94	100	Ricoveri non programmati D_2	103	100
Ricoveri prolungati ASL 9	108	99	100	Ricoveri prolungati ASL 9	80	108
Ricoveri prolungati D_1	118	96	100	Ricoveri prolungati D_1	52	79
Ricoveri prolungati D_2	94	104	100	Ricoveri prolungati D_2	118	153
Degenza in rianimazione ASL 9	81	115	100	Degenza in rianimazione ASL 9	129	96
Degenza in rianimazione D_1	118	109	100	Degenza in rianimazione D_1	61	102
Degenza in rianimazione D_2	34	124	100	Degenza in rianimazione D_2	90	86
Giornate di ricovero ASL 9	78	78	100	Giornate di ricovero ASL 9	68	77
Giornate di ricovero D_1	76	79	100	Giornate di ricovero D_1	64	72
Giornate di ricovero D_2	81	78	100	Giornate di ricovero D_2	90	86
Primo ricovero ASL 9	83	81	100	Primo ricovero ASL 9	75	85
Primo ricovero D_1	82	81	100	Primo ricovero D_1	74	85
Primo ricovero D_2	85	81	100	Primo ricovero D_2	76	84

- **Uomini: aumento del rischio relativo alla letalità ospedaliera ed alla degenza in rianimazione.**
- **Donne: Aumento del valore relativo al rischio di ricoveri non programmati e della degenza in rianimazione.**

RICOVERI RELATIVI ALLE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

APP.RESPIRATORIO_UOMINI				APP.RESPIRATORIO_DONNE		
	RR anno 1998	RR anno 2006	RR_rif		RR anno 1998	RR anno 2006
Ospedalizzazione ASL 9	74	86	100	Ospedalizzazione ASL 9	69	75
Ospedalizzazione D_1	76	84	100	Ospedalizzazione D_1	68	74
Ospedalizzazione D_2	72	89	100	Ospedalizzazione D_2	71	78
Letalità ASL 9	133	124	100	Letalità ASL 9	115	99
Letalità D_1	108	129	100	Letalità D_1	114	122
Letalità D_2	170	118	100	Letalità D_2	117	71
Ricoveri non programmati ASL 9	98	103	100	Ricoveri non programmati ASL 9	106	100
Ricoveri non programmati D_1	98	99	100	Ricoveri non programmati D_1	104	103
Ricoveri non programmati D_2	97	107	100	Ricoveri non programmati D_2	109	97
Ricoveri prolungati ASL 9	116	124	100	Ricoveri prolungati ASL 9	90	118
Ricoveri prolungati D_1	121	125	100	Ricoveri prolungati D_1	102	107
Ricoveri prolungati D_2	108	123	100	Ricoveri prolungati D_2	74	131
Degenza in rianimazione ASL 9	155	200	100	Degenza in rianimazione ASL 9	152	177
Degenza in rianimazione D_1	172	218	100	Degenza in rianimazione D_1	203	205
Degenza in rianimazione D_2	128	178	100	Degenza in rianimazione D_2	73	143
Giornate di ricovero ASL 9	74	82	100	Giornate di ricovero ASL 9	76	72
Giornate di ricovero D_1	78	83	100	Giornate di ricovero D_1	83	70
Giornate di ricovero D_2	67	81	100	Giornate di ricovero D_2	67	75
Primo ricovero ASL 9	77	90	100	Primo ricovero ASL 9	72	81
Primo ricovero D_1	79	87	100	Primo ricovero D_1	70	80
Primo ricovero D_2	75	93	100	Primo ricovero D_2	74	84

Questo gruppo di ricoveri relativi alle malattie dell'apparato respiratorio rappresenta la situazione più critica per quanto riguarda la morbosità. Infatti

- **Negli uomini: rischio relativo superiore per quanto riguarda la letalità, i ricoveri prolungati e la degenza in rianimazione.**

- **Donne: rischio relativo superiore per quanto riguarda la letalità, i ricoveri non programmati, i ricoveri prolungati e la degenza in rianimazione.**

RICOVERI RELATIVI ALLA MORBOSITÀ OSPEDALIERA PER CAUSE ACCIDENTALI:

CAUSE ACCIDENTALI_UOMINI				CAUSE ACCIDENTALI_DONNE		
	RR anno 1998	RR anno 2006	RR_rif		RR anno 1998	RR anno 2006
Ospedalizzazione ASL 9	101	95	100	Ospedalizzazione ASL 9	87	92
Ospedalizzazione D_1	109	96	100	Ospedalizzazione D_1	91	89
Ospedalizzazione D_2	91	94	100	Ospedalizzazione D_2	82	96
Letalità ASL 9	88	95	100	Letalità ASL 9	135	76
Letalità D_1	98	95	100	Letalità D_1	93	88
Letalità D_2	68	94	100	Letalità D_2	198	57
Ricoveri non programmati ASL 9	102	101	100	Ricoveri non programmati ASL 9	110	101
Ricoveri non programmati D_1	102	99	100	Ricoveri non programmati D_1	113	100
Ricoveri non programmati D_2	100	105	100	Ricoveri non programmati D_2	105	103
Ricoveri prolungati ASL 9	63	138	100	Ricoveri prolungati ASL 9	78	77
Ricoveri prolungati D_1	78	120	100	Ricoveri prolungati D_1	87	66
Ricoveri prolungati D_2	77	164	100	Ricoveri prolungati D_2	63	94
Degenza in rianimazione ASL 9	110	89	100	Degenza in rianimazione ASL 9	101	105
Degenza in rianimazione D_1	120	64	100	Degenza in rianimazione D_1	108	124
Degenza in rianimazione D_2	92	124	100	Degenza in rianimazione D_2	89	81
Giornate di ricovero ASL 9	109	102	100	Giornate di ricovero ASL 9	92	96
Giornate di ricovero D_1	111	104	100	Giornate di ricovero D_1	91	90
Giornate di ricovero D_2	104	99	100	Giornate di ricovero D_2	93	105
Primo ricovero ASL 9	99	95	100	Primo ricovero ASL 9	90	91
Primo ricovero D_1	106	97	100	Primo ricovero D_1	92	89
Primo ricovero D_2	89	92	100	Primo ricovero D_2	88	84

- **Uomini: Significati i valori in aumento del rischio relativo ai ricoveri prolungati mentre si mantiene superiore al riferimento anche il rischio relativo alle giornate di ricovero.**

- **Donne: Aumento del rischio relativi alla degenza in rianimazione.**

ATTIVITA' DEA / PRONTO SOCCORSO				
N. PASSAGGI	Anno 2007		Anno 2008	
	IVREA	CUORGNE'	IVREA	CUORGNE'
Seguiti da ricovero	3.844	2.133	3.761	2.174
Dimessi	31.222	18.746	30.410	18.376
Trasferiti	220	133	262	151
Deceduti	50	18	65	28
TOTALE	35.336	21.029	34.498	20.729
Totale complessivo	56.365		55.227	

Fonte dati: elaborazioni dal sistema informativo aziendale MEDTRAK

NUMERO DI PASSAGGI IN DEA/PS SUDDIVISI PER CODICE COLORE				
CODICI PRIORITA'	Anno 2007		Anno 2008	
	IVREA	CUORGNE'	IVREA	CUORGNE'
Bianco	5,4%	9%	1,7%	3%
Verde	79,0%	79,6%	80,4%	82,0%
Giallo	14,5%	13%	16,7%	15%
Rosso	1,1%	0,5%	1,2%	0,6%

Fonte dati CSI PIEMONTE

Il numero complessivo dei passaggi dai PS dei Presidi Ospedalieri di Ivrea e Cuorgnè, nel 2008 ha subito una riduzione di circa il 2%.

Sono tuttavia aumentati i casi seguiti da decesso o giunti cadavere in pronto soccorso.

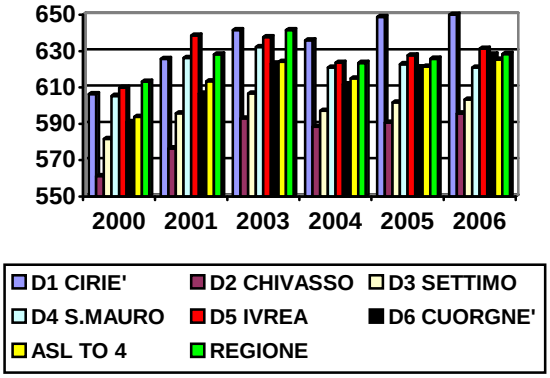
Netta riduzione dei codici di triage "bianco" mentre aumentano i codici verdi e gialli

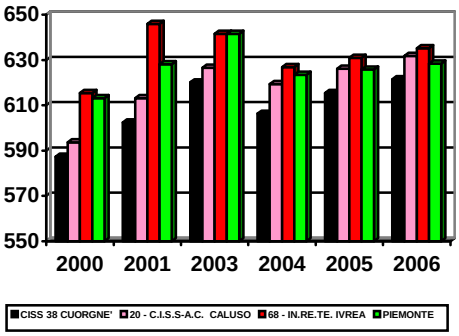
INCIDENTI STRADALI

dati relativi al tasso di circolazione degli autoveicoli,il tasso di incidentalità e mortalità e ricavati dal data base della Regione Piemonte "RETE PER LA SALUTE"

Indicatore: Tasso di circolazione autoveicoli

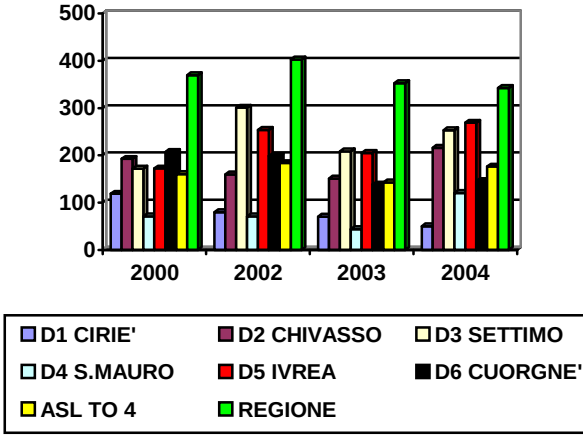
Numero di auto circolanti rapportati alla popolazione media (X1000)

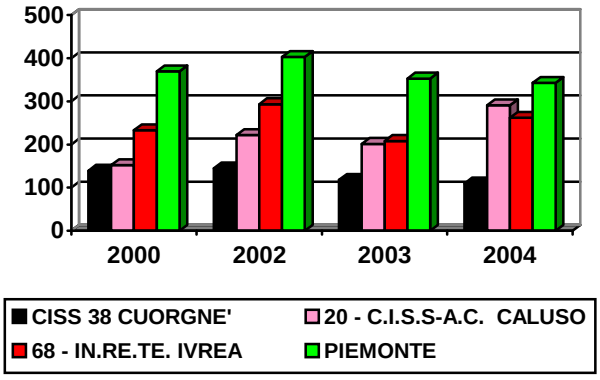




Indicatore: Tasso di incidentalità stradale

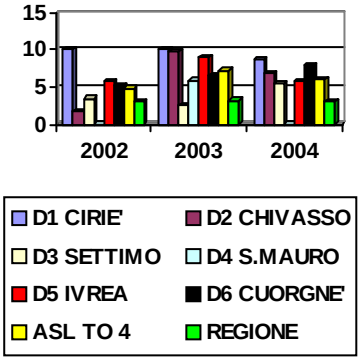
Numero degli incidenti stradali rapportati alla popolazione media (X 100.000)

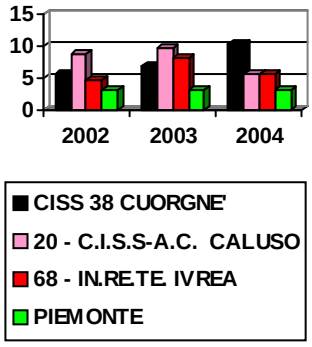




Indicatore: Indice di mortalità degli incidenti stradali

Percentuale di incidenti stradali mortali sul totale degli incidenti stradali

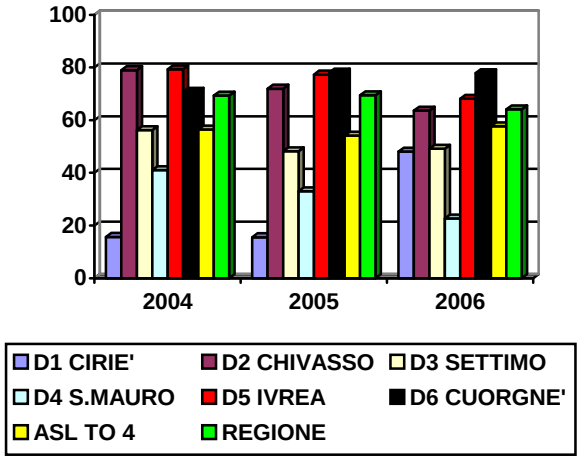


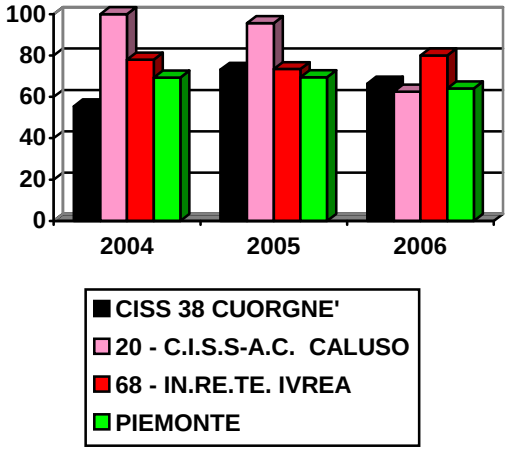


Commento: **aumento nel D6 a cui corrisponde anche l'aumento nel Ciss. 38, e apparente riduzione del D5 al cui risultato pare abbia contribuito la riduzione nel CISSAC,dimezzato rispetto ai due anni precedenti**

Indicatore: Tasso di incidentalità su strade extra urbane

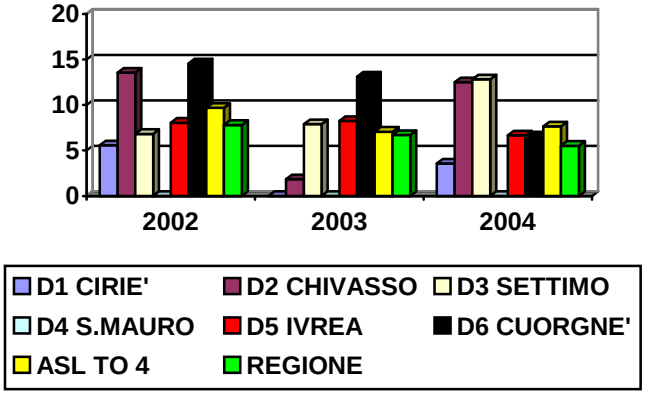
Numero degli incidenti su strade extra urbane rapportati alla popolazione media (X 100.000)

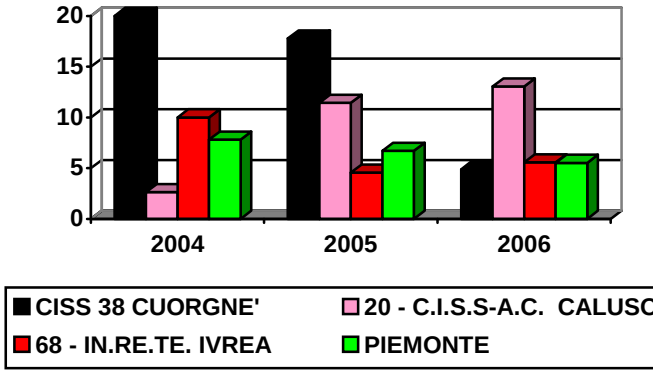




Indicatore: Indice di mortalità degli incidenti su strade extra urbane

Percentuale di incidenti mortali su strade extra urbane sul totale degli incidenti su strade extra urbane

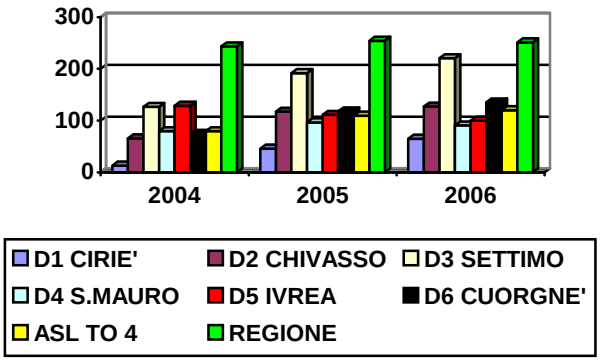


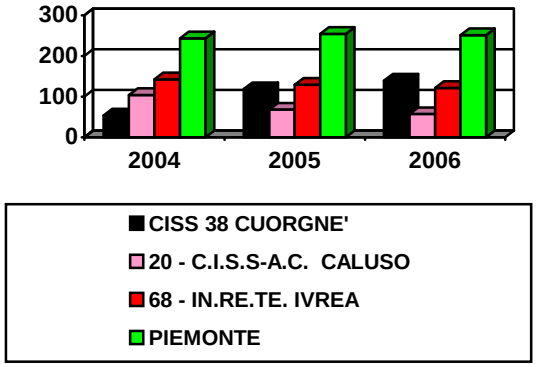


Commento: **aumento dell'incidentalità su strade extraurbane per il d6 e lieve riduzione per il d5 ;da notare come a differenza degli altri territori in osservazione, per il territorio del CISSAC ad una riduzione dell'incidentalità ,corrisponde un aumento della mortalità**

Indicatore: Tasso di incidentalità su strade urbane

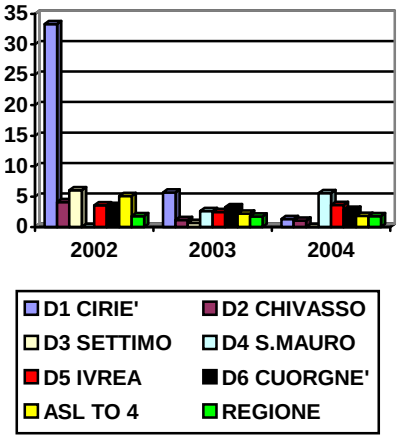
Numero degli incidenti su strade urbane rapportati alla popolazione media (X 100.000)

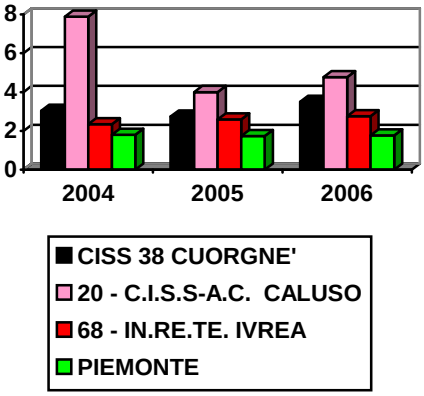




Indicatore: Indice di mortalità degli incidenti su strade urbane

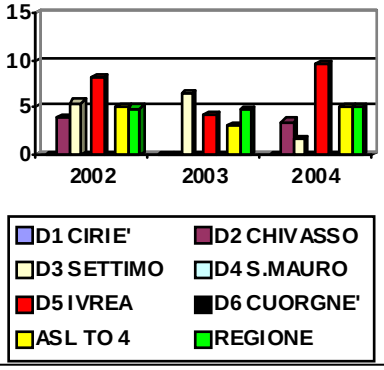
Percentuale di incidenti mortali su strade urbane sul totale degli incidenti su strade

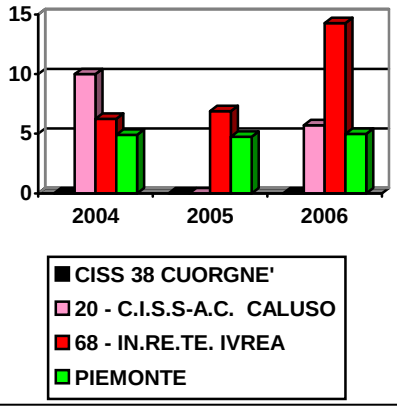




Indicatore: Indice di mortalità degli incidenti sulle autostrade

Percentuale di incidenti mortali sulle autostrade sul totale degli incidenti sulle autostrade





Commento: **aumento dell'incidentalità su strade urbane per il d6 , lieve riduzione per il d5 ;aumento della mortalità per tutti i territori in osservazione , tranne che per il territorio del CISSAC dove si osserva una notevole riduzione**

Aumento della mortalità sulle autostrade del territorio del D5 e riduzione per quello del CISSAC

AMBIENTE, STILI DI VITA (ALIMENTAZIONE ED OBESITÀ), MORBOSITÀ RELATIVA AD INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Acque potabili

Per quanto riguarda gli aspetti microbiologici, si segnala che in alcuni pubblici acquedotti talvolta è stata evidenziata la presenza di *Entorocchi* e *Escherichia Coli*. Detti microrganismi sono indici di possibile contaminazione da parte di materiali fecali che, per loro natura, potrebbero rappresentare veicolo per organismi patogeni. La loro presenza, soprattutto quella di *E. Coli*, rappresenta quindi in rischio non a causa della patogenecità intrinseca degli stessi, bensì in quanto indici di un eventuale (cioè non certo) inquinamento da altri microrganismi patogeni. Si tratta di non conformità che oltre a comportare rischi e disagi per la popolazione (in questi casi, in via precauzionale, è opportuno provvedere alla preventiva bollitura dell'acqua), sono sintomo di problematiche legate alla struttura degli impianti di acquedotto e/o alla loro modalità di gestione non ancora del tutto superate.

Dal punto di vista della frequenza delle non conformità, si segnala che nel territorio della ex ASL 9, nel periodo che va dal 01/06/2007 al 01/06/2008, i campioni di acqua potabile in cui sono state accertate problematiche di carattere microbiologico sono stati 65 ed in particolare in 17 è stata riscontrata la presenza di *Escherichia Coli*, in 14 di *Enterococchi* e in 34 di batteri coliformi (questi ultimi indici aspecifici di contaminazione ambientale). Relativamente alle distribuzione territoriale delle citate non conformità non si sono riscontrate significative differenze tra i due distretti.

Relativamente agli aspetti legati ai parametri chimici, si evidenziano problematiche sia legate sia ad aspetti geologici degli acquiferi (vedi la presenza in alcuni casi di eccessive concentrazioni di nichel e arsenico) sia ad attività antropiche.

Per quanto riguarda gli aspetti geologici, particolare attenzione è stata posta alla presenza di arsenico in quanto sostanza i cui effetti a lungo termine sulla salute delle persone destano a livello internazionale non poche preoccupazioni. Relativamente alla frequenza delle non conformità per detti parametri, tra il 01/06/2007 e il 01/06/2008 sono stati riscontrati, nel territorio della ex ASL 9, n. 3 campioni di acqua potabile con presenza di nichel superiore al valore di parametro fissato dalla Legge, n. 2 campioni non conformi per il parametro ferro e 1 per il parametro nichel. Dal punto di vista della distribuzione, la problematica riguarda alcune zone specifiche ed in particolare, nel distretto di interesse, i Comuni di Tavagnasco, Alice Superiore e Quassolo relativamente all'arsenico e Lessolo per il nichel.

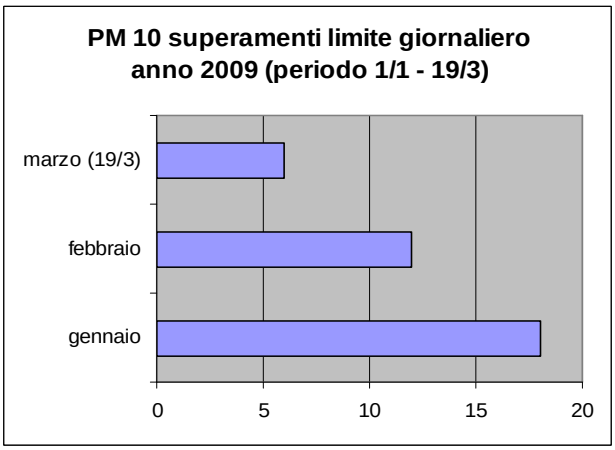
Le attività antropiche sono invece responsabili della presenza di acquiferi contaminati da sostanze organoalogenate e/o da principi attivi di prodotti fitosanitari. La presenza di dette sostanze, oltre a rappresentare, a lungo termine, un rischio per la salute della popolazione, comporta il depauperamento di una fondamentale risorsa naturale a disponibilità limitata. Le cause della presenza di queste sostanze sono da riferibili ad attività agricole e produttive, ma sono anche da ricercarsi nella vulnerabilità degli acquiferi da cui viene attinta la risorsa idropotabile. Sebbene nel distretto di interesse non siano stati riscontrati di recente superamenti dei valori di parametro fissati dalla Legge per dette sostanze, nell'acqua estratta da alcuni pozzi idropotabili asserviti a pubblici acquedotti ne è stata rilevata la presenza. Più precisamente in qualche pozzo interconnesso alle reti degli acquedotti di Ivrea, Caluso, San Giorgio, San Giusto e Strambino (ubicati nel territorio comunale di Mercenasco) .

Qualità dell’aria

Il primo elemento da sottolineare è l'insufficiente disponibilità di dati relativi alla qualità dell'aria a causa degli elevati investimenti necessari per implementare efficienti reti di rilevamento. Infatti l'unica centralina attualmente in funzione nel territorio della ex ASL 9 è quella situata in ambito periferico nel Comune di Ivrea. I dati prodotti da tutte le centraline di rilevamento installate nella provincia di Torino, dimostrano la sussistenza di notevole problematiche dovute alla presenza nell'aria di polveri fini respirabili (PM 10) in quantità non accettabili rispetto ai limiti fissati dalla normativa vigente ai fini della tutela della salute della popolazione. È soprattutto nei mesi invernali che la sommatoria delle fonti di inquinamento (traffico veicolare e impianti di riscaldamento) e la presenza di condizioni meteorologiche sfavorevoli alla dispersione degli inquinanti, provoca il superamento dei valori limite ponderati sulle 24 ore per un numero di giorni di gran lunga superiori da quelli consentiti dalla citata normativa.

Per quanto riguarda la centralina di rilevamento installata nel territorio del comune di Ivrea (V.le Liberazione) i dati relativi all’anno 2008 denotano una situazione di marcato superamento dei valori limite giornalieri di PM10 fissati dalla normativa (max 35 superamenti/anno del limite di 50µ/m^3)

L’andamento negativo sembra essere confermato anche per l’anno 2009, in quanto dal 01/01/2009 al 19/03/2009 il valore limite sulle 24 ore è già stato superato per 32 volte.



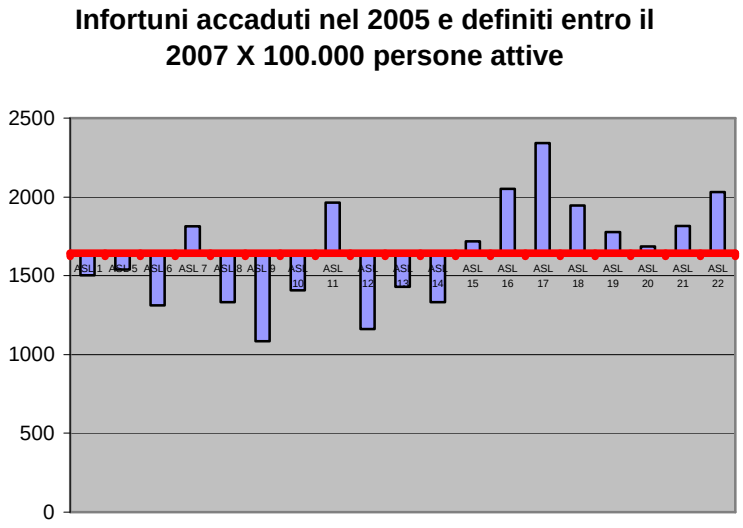
Clima

Le anomalie climatiche riscontrabili a livello globale interessano anche il territorio della ex

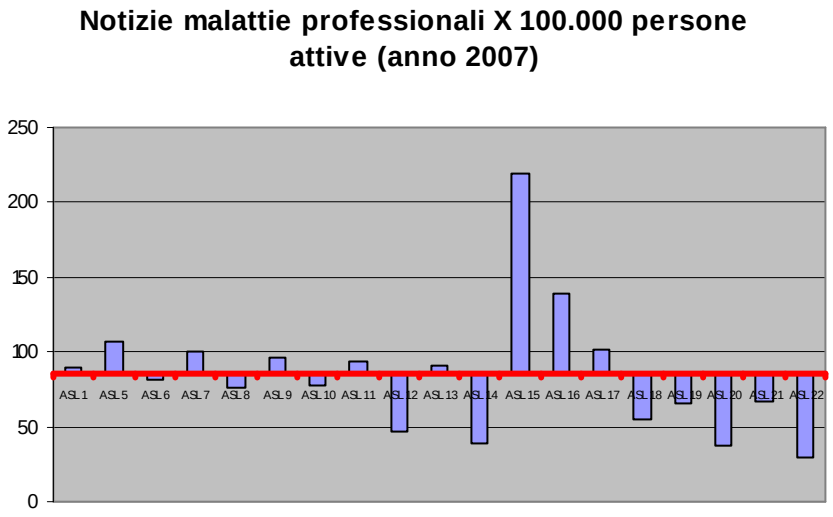
ASL 9. In particolare anomalie relative alle distribuzione stagionale delle precipitazioni e del valore medio della temperatura dell'aria. In particolare i risultati delle misure effettuate sullo stato della componente ambientale "clima" nel territorio piemontese mostrano (fonte ARPA Piemonte), sia per le anomalie di temperatura massima che per quelle di temperatura minima, un incremento medio della temperatura di circa 1° C in un cinquantennio. I trend calcolati sulle temperature minime stagionali, evidenziano un incremento statisticamente significativo in particolare nelle Valli di Lanzo e nella Valle dell'Orco. Per le temperature massime, si nota un incremento statisticamente significativo su tutto il Piemonte. La stagione maggiormente interessata al cambiamento climatico in atto è l'inverno, che presenta in media un incremento di circa 2,5° C in un cinquantennio.

Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro

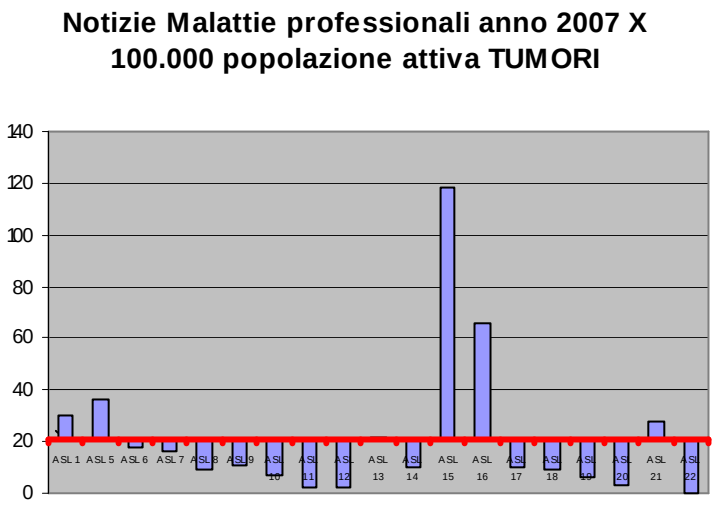
I dati disponibili dimostrano che, globalmente, il numero di infortuni sul lavoro nel territorio della ex ASL 9 in rapporto alla popolazione attiva, è decisamente al di sotto della media regionale. L'analisi dei dati in rapporto al settore economico, industria e agricoltura, e alla gravità dell'evento, non ha evidenziato significativi scostamenti rispetto alla media regionale. Tuttavia è da segnalare che sebbene il trend degli infortuni mostri una diminuzione generalizzata del loro numero a livello regionale, compresi quelli mortali, ciò e accompagnato dal contestuale incremento degli eventi con inabilità permanente. Questo fenomeno è riscontrabile anche nel territorio della ex ASL 9.



Diversamente, le notizie per malattia professionale nel territorio della ex ASL 9 risultano in numero di poco superiore alla media regionale. La suddivisione delle notizie per patologia ha permesso di riscontrare un eccesso delle silicosi, delle pneumoconiosi, delle malattie muscolo scheletriche degli arti superiori e delle ipoacusie, quest'ultime le più significative in termini assoluti.



Una trattazione specifica è opportuna per quanto riguarda i tumori. Infatti i dati di notizie di tumori correlabili con l'attività professionale, parrebbero non deporre per la presenza di particolari criticità, in quanto il loro numero (anno 2007) risulta di gran lunga inferiore alla media regionale.

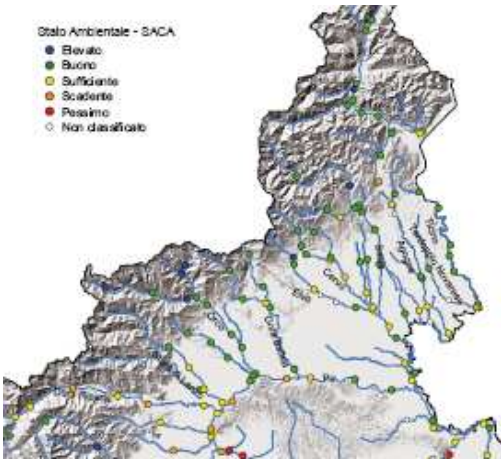


Tuttavia si denota che delle quindici notizie di tumore correlabili con l'attività professionale, ricevute nell'anno 2007 da residenti nel territorio della ex ASL 9, ben 12 sono relative a mesotelioma pleurico (80%), ovvero riferibili alla esposizione ad amianto.

Acque superficiali.

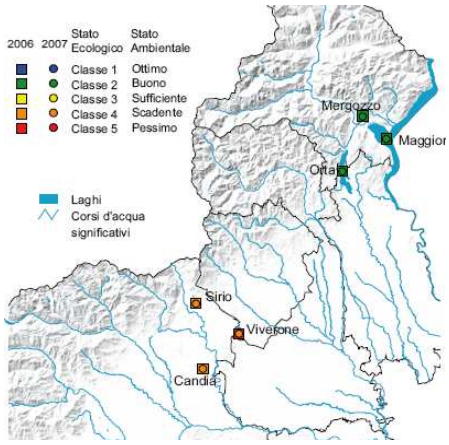
I dati sulla qualità delle acque superficiali sono stati ricavati dalla rete di monitoraggio gestita dall'ARPA per conto della Direzione ambientale della Regione Piemonte e sono relativi all'anno 2007.

In particolare si è considerato l'indice di stato ambientale (SACA), che è a sintesi di una serie di parametri macrodescrittori.



Si denota che il torrente Orco è classificato con un indice SACA di "buono" o "elevato", il fiume Dora Baltea e il Torrente Chiusella con "buono" fino alla confluenza tra i due, dove invece l'indice di stato ambientale risulta solamente "sufficiente".

La situazione dei laghi si presenta invece critica: il lago Sirio, il lago di Viverone e il Lago di Candia sono caratterizzati da un indice di stato ambientale "scadente", senza variazioni tra l'anno 2006 e il 2007. Ciò ha comparto anche problemi in ordine al giudizio di balneabilità di detti specchi d'acqua. Infatti sulla base dei risultati delle analisi effettuate nel corso della stagione balneare 2007, nell'anno 2008 la zona di Anzasco del Lago di Viverone non sarà usufruibile (tra l'anno 2004 e il 2007 l'intero lago non era idoneo), per il lago Sirio è in dubbio l'idoneità dei punti denominati "Scaricatore" e "Bagni Moia", per il lago di Candia persisterà il divieto totale di balneazione. . Si segnala inoltre che il lago Sirio è caratterizzato da un elevato livello trofico, come testimoniano i fenomeni di fioritura algale talvolta appartenenti a specie tossiche per l'uomo, che hanno comparto in periodi limitati pregiudizio per la balneazione, la pesca e l'utilizzo delle acque.



Alimentazione e attività fisica

Nella maggior parte dei casi, le abitudini alimentari corrette sono direttamente correlate al livello di istruzione e alla classe sociale e si differenziano per aree geografiche.

Lo studio HBSC – PNP ha evidenziato negli adolescenti, rispetto a consumo di frutta e verdura, pratica di attività fisica, uso della TV e abitudine a fare colazione, delle frequenze significative di comportamenti non corretti, spesso più diffusi nelle classi sociali più svantaggiate.

In particolare i dati del WHO sottolineano l'aumento dell'eccesso ponderale nell'età evolutiva: attualmente la prevalenza di obesità giovanile in Europa è 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta. Il 20 % dei bambini europei è in sovrappeso o obeso, con un picco del 34% nei bambini da 6 a 9 anni di età (uno su tre è sovrappeso o obeso).

Lo studio promosso dal Ministero della Salute e le Regioni denominato "Okkio alla SALUTE" ha permesso di definire la situazione anche nel territorio della ASL TO4 rispetto ai bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni (dati anno 2008). In primo luogo si è riscontrata l'associazione tra sovrappeso o obesità e stili alimentari errati che hanno una grande diffusione tra i bambini. Si aggiunga che i bambini residenti nella nostra ASL fanno, in media, relativamente poca attività fisica; si stima che 1 bambino su 5 risulti fisicamente inattivo. Appena poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Infatti è emerso che nella ASL TO4 sono molto diffuse tra i bambini le attività sedentarie, come trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi. A fronte della situazione sopra descritta, risulta che nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità vi è una percezione dei figli che spesso non coincide con il peso rilevato (3 madri su 10), così come molti genitori non valutano nella giusta misura la quantità di cibo assunta dai propri figli e il livello di attività fisica. D'altra parte tali criticità sono presenti in modo uniforme sul territorio, tant'è che la situazione nella ASL TO4 non presenta significativi scostamenti rispetto alla media regionale. Anzi i valori relativi ai bambini definiti fisicamente attivi e non in sovrappeso sono risultati migliori della media.

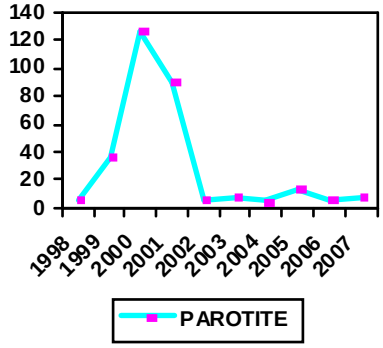
Eventuali interventi atti a correggere i descritti comportamenti non corretti, dovrebbero coinvolgere diversi settori e ambiti sociali, tra cui la scuola dovrebbe svolge un ruolo primario con l'obiettivo generale di promuovere stili di vita più sani.

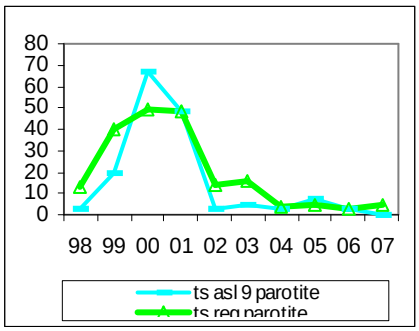
MALATTIE INFETTIVE

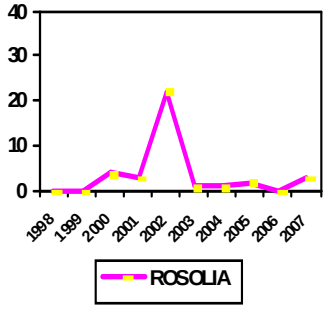
PAROTITE ROSOLIA MORBILLO

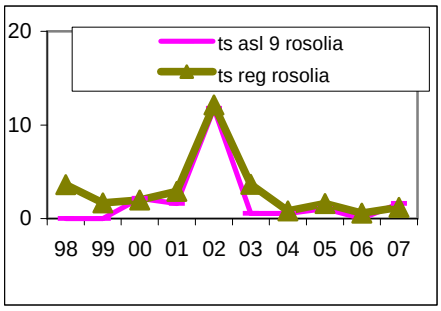
Variazione negli anni del numero assoluto dei casi notificati nella ex asl 9

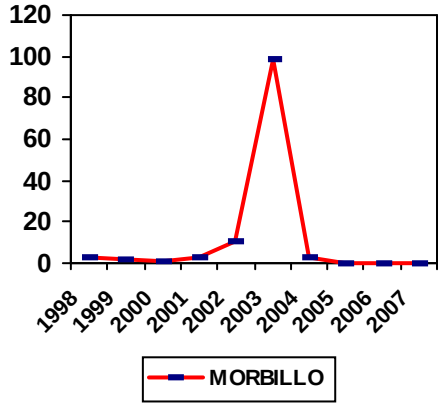
Confronto fra il tasso standardizzato della Asl 9 e quello della Regione Piemonte

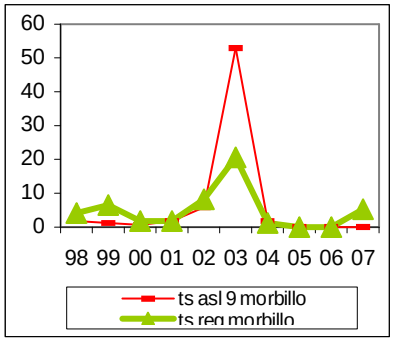






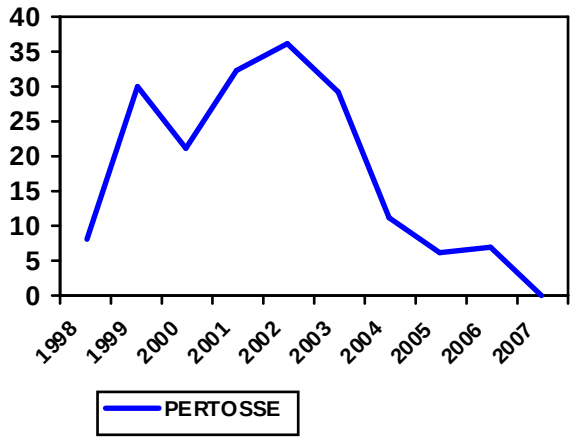


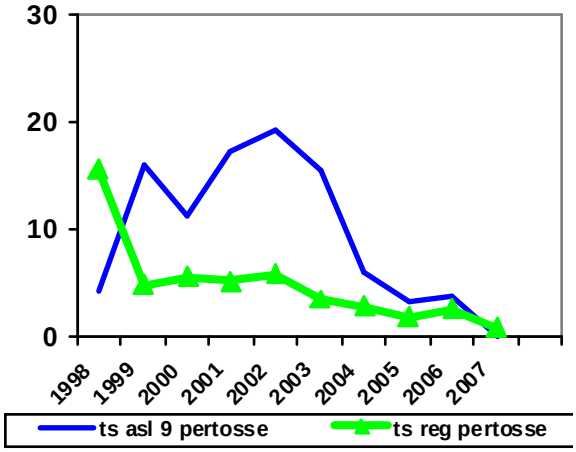


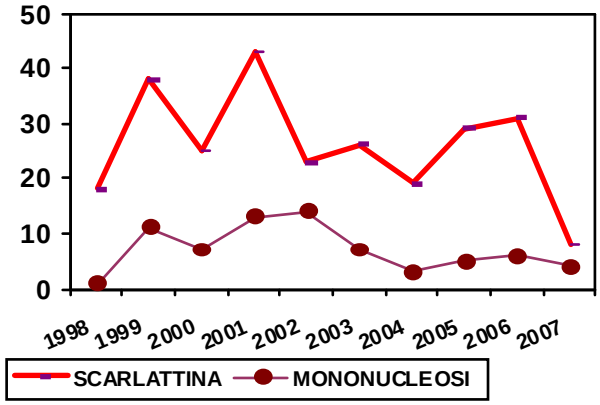


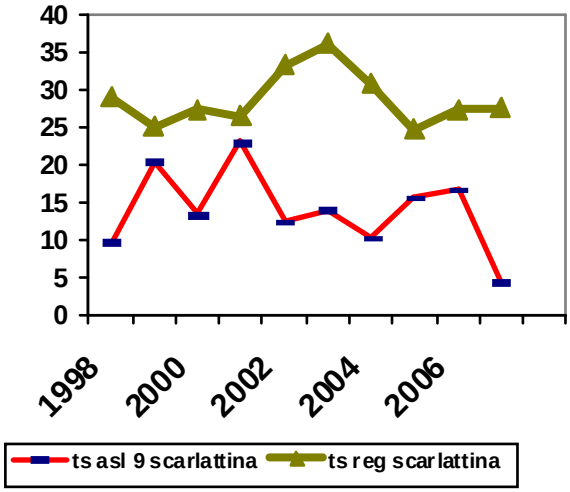
Commento : riduzione dei casi notificati per MORBILLO ROSOLIA e PAROTITE dagli anni 2002-2003. Nel confronto con il tasso standardizzato della Regione Piemonte, solo per il morbillo e solo nel 2003 si è osservato un aumento del valore che dal 2004 si mantiene costantemente inferiore al valore regionale per tutte e tre le malattie.

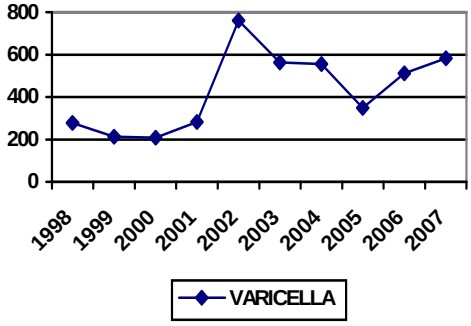
PERTOSSE-SCARLATTINA-VARICELLA

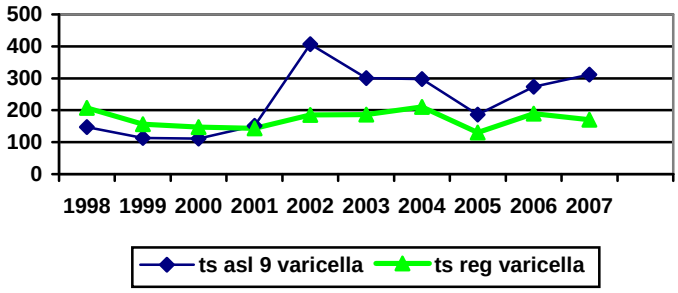










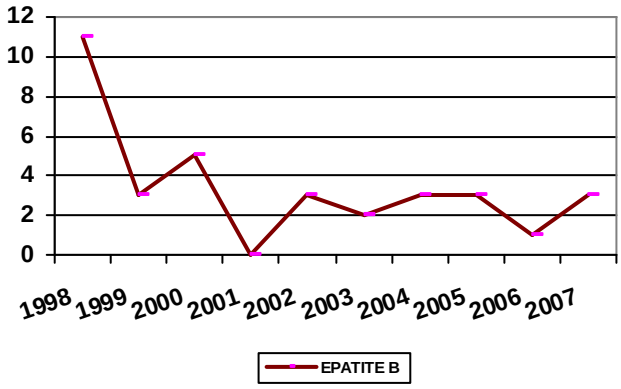


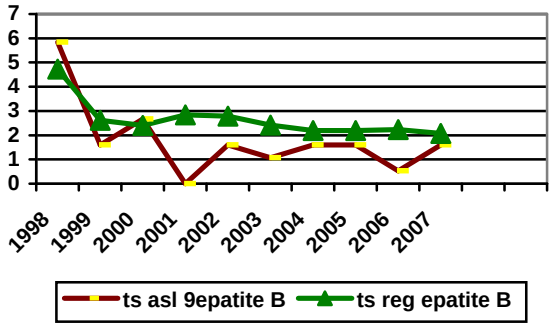
Commento : **Per la PERTOSSE si osserva una riduzione del numero assoluto di casi notificati dal 2002,con un tasso standardizzato però costantemente superiore a quello regionale.**

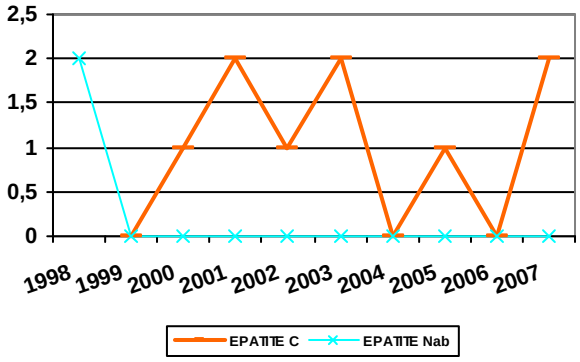
Numero di casi di SCARLATTINA notificati in riduzione e tasso inferiore a quello regionale.

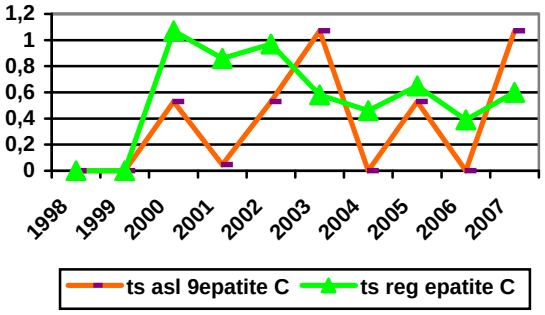
Numero di casi di notifica di VARICELLA in aumento e tasso superiore a quello di riferimento regionale

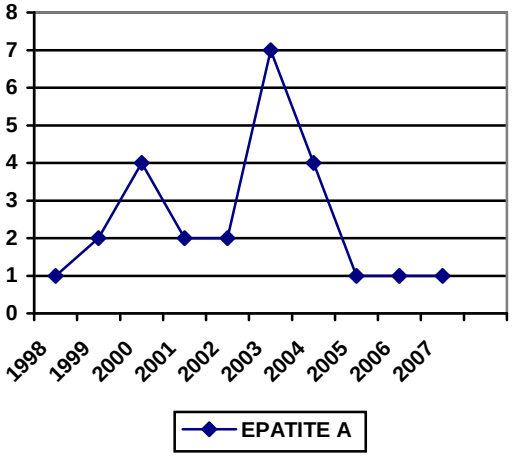
EPATITI

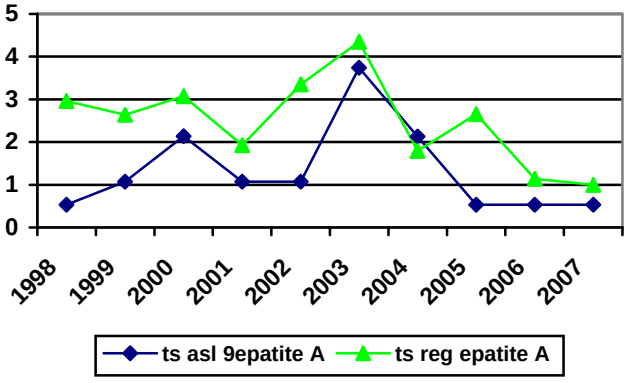








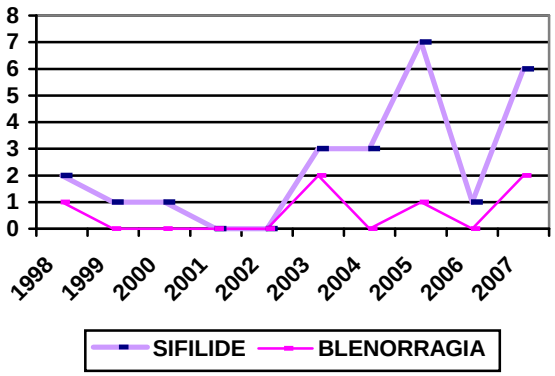


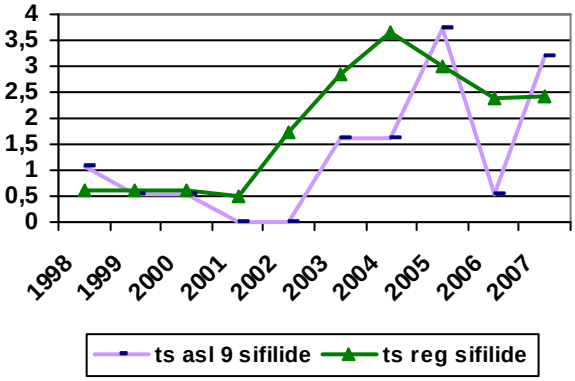


Commento : **riduzione dei casi notificati per EPATITE B e valore del tasso standardizzato inferiore a quello regionale.**

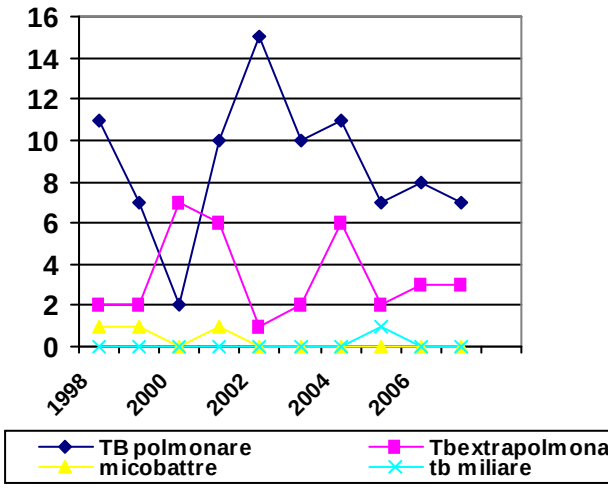
Aumento di casi notificati di EPATITE C, il cui tasso nel 2007 supera quello regionale come nel 2003

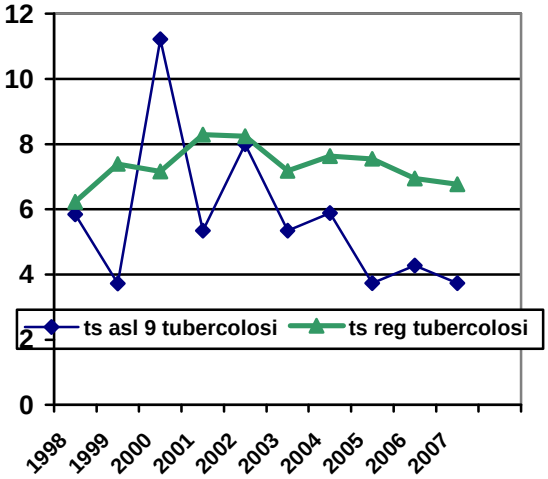
Dopo due picchi di incremento di casi notificati di EPATITE A nel 2000 3 nel 2003,si osserva una netta riduzione, con un tasso però sempre inferiore a quello regionale.





TUBERCOLOSI

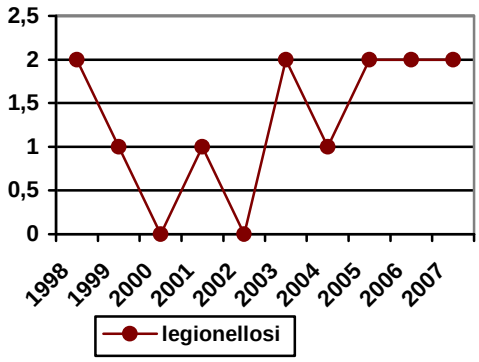


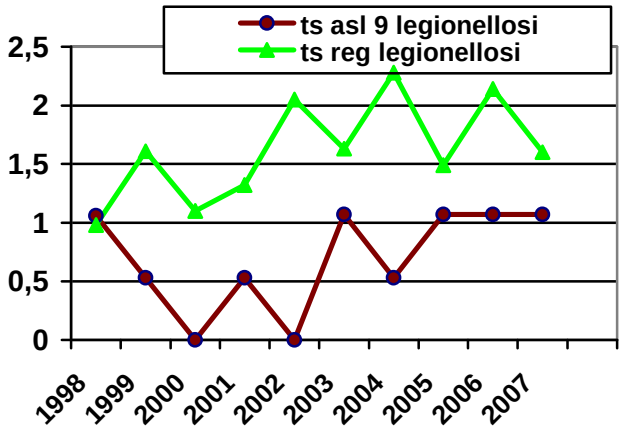


Commento : **aumento dei casi notificati per due malattie a trasmissione sessuale : BLENORRAGIA E SIFILIDE,con un tasso per quest'ultima superiore a quello regionale.**

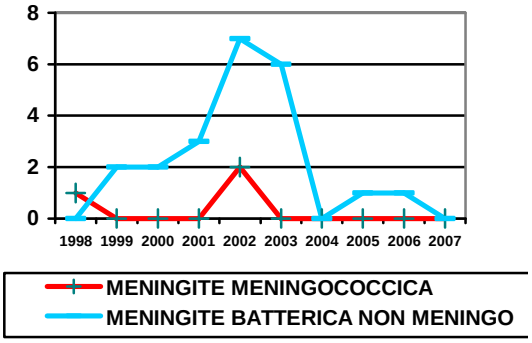
Dopo un aumento del numero dei casi notificati di TUBERCOLOSI POLMONARE nel 2002,si assiste ad una tendenza in riduzione ,così come il valore del tasso standardizzato che ha avuto un solo aumento rispetto al valore di riferimento regionale nel 2000

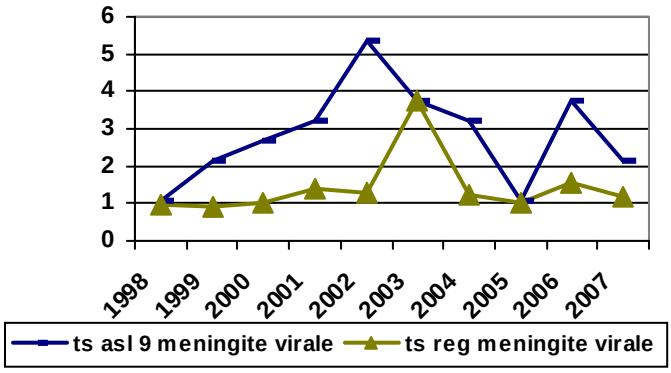
LEGIONELLOSI





MENINGITE MENINGOCOCCICA, MENINGOENCEFALITE VIRALE

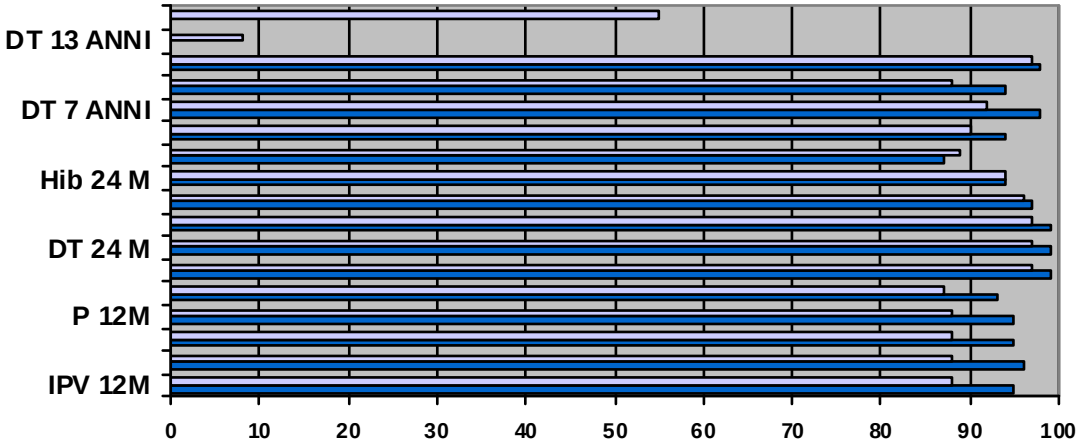




Commento : **aumento dei casi notificati per LEGIONELLOSI, il cui tasso standardizzato si mantiene inferiore a quello regionale.**

Dopo aver registrato un picco di casi notificati di MENINGITE MENINGOCOCCICA nel 2002,cui è corrisposto un aumento del tasso standardizzato rispetto a quello regionale,non si sono accertati altri casi .Il numero di casi di MENINGITE VIRALE nel 2002,si assiste ad una tendenza in riduzione ,ma con un valore del tasso standardizzato costantemente superiore a quello regionale.

COPERTURE VACCINALI INFANZIA



	IPV 12 M	DT 12 M	HB V1 2M	P 12 M	Hib 12 M	IPV 12 M	DT 24 M	HB V 24	P 24 M	Hib 24 M	MPR 24	IPV 3 AN	DT 7 AN	P 7 ANNI	HB V 13	DT 13 AN	Dt 16 an
REGIONE	88	88	88	88	87	97	97	97	96	94	89	90	92	88	97	8	55
ASL 9	95	96	95	95	93	99	99	99	97	94	87	94	98	94	98		

Commento : **La percentuale di bambini vaccinati nelle varie fasce di età per le sottoelencate vaccinazioni obbligatorie, facoltative e consigliate: IPV:POLIOMIELITE - HBV:EPATITE B – Hib: HAEMOPHILUS – DT ANIDIFTOTETANICA- P: PERTOSSE - MPR :ANTIMORBILLO PAROTITE ROSOLIA Si mantiene costantemente superiore al valore di riferimento regionale,tranne che per la vaccinazione antimorbillo parotite e rosolia all'età di 24 mesi.**

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Tabella 6.2.b. Vaccinazione anti-influenzale: campagna 2005-2006. Dosi somministrate a soggetti >65 anni. Dosi somministrate da medici di medicina generale (MMG)

ASL	Popolazione >65 aa al 31/12/04	Vaccinati >65 aa	copertura % > 65 aa	dosi totali somministrate nella ASL	dosi totali somministrate da MMG	% dosi somm. da MMG rispetto al tot ASL	dosi somm. da MMG a > 65 aa	% dosi somm. a > 65 da MMG rispetto al tot. MMG	% dosi somm. da MMG a > 65 aa rispetto a>65aa in ASL
1	210960	34885	57%	46733	39019	83%	28901	74%	83%
2		31215		39624	33800	85%	26986	80%	86%
3-TORINO		32194		46809	43078	92%	30522	71%	95%
4		22057		31036	24070	78%	16889	70%	77%
5-COLLEGNO	70274	41335	59%	55312	44064	80%	32888	75%	80%
6-CIRIE'	32965	17832	53%	23043	7088	31%	5702	80%	32%
7-CHIVASSO	37173	21507	58%	29008	17822	61%	13090	73%	61%
8-CHIERI	54818	30213	55%	40550	26889	66%	19777	74%	65%
9-IVREA	43427	25920	60%	35920	35101	98%	25803	74%	100%
10-PINEROLO	30328	17093	56%	21843	18943	87%	15018	79%	88%
11-VERCELLI	43288	26056	60%	32690	23458	72%	19961	85%	77%
12-BIELLA	42450	23227	55%	30257	28649	95%	22848	80%	98%
13-NOVARA	69048	44431	64%	58427	42613	73%	33081	78%	74%
14-VERBANIA	38306	20936	55%	27195	15191	56%	12540	83%	60%
15-CUNEO	32910	21236	65%	28104	26860	96%	21236	79%	100%
16-MONDOVI'	21986	10918	50%	13000	85	1%	64	75%	1%
17-SAVIGLIANO	34376	24533	71%	32716	30821	94%	24044	78%	98%
18-ALBA	35743	24183	68%	29762	27182	91%	22968	84%	95%
19-ASTI	49070	30499	62%	43159	38452	89%	27703	72%	91%
20-ALESSANDRIA	46982	25213	54%	33843	13051	39%	10698	82%	42%
21-CASALE M.	29321	18987	65%	20184	8046	40%	7728	96%	41%
22-NOVI L.	38817	21162	55%	26172	15115	58%	12524	83%	59%
TOTALE	962042	565232	59%	745387	559297	75%	430971	77%	76%

FASCE DEBOLI

In questo capitolo si è voluto analizzare alcuni dati riguardanti la tutela delle fasce deboli e più precisamente:

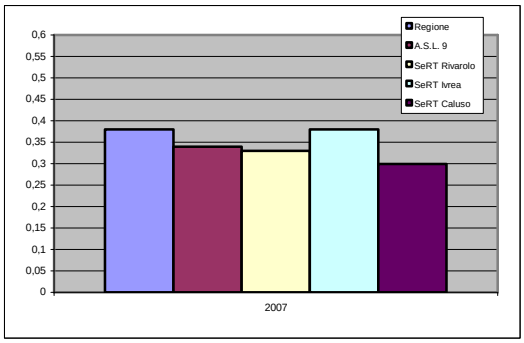
- dipendenze da alcool e droghe;
- assistenza agli Anziani;
- assistenza ai Disabili
- assistenza a soggetti con disturbi psichiatrici;
- assistenza ai Minori.

DIPENDENZE DA ALCOOL E DROGHE :

I dati esaminati sono stati estrapolati da quelli inviati dai SeRT alla Regione Piemonte ed elaborati a cura dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze Piemonte.

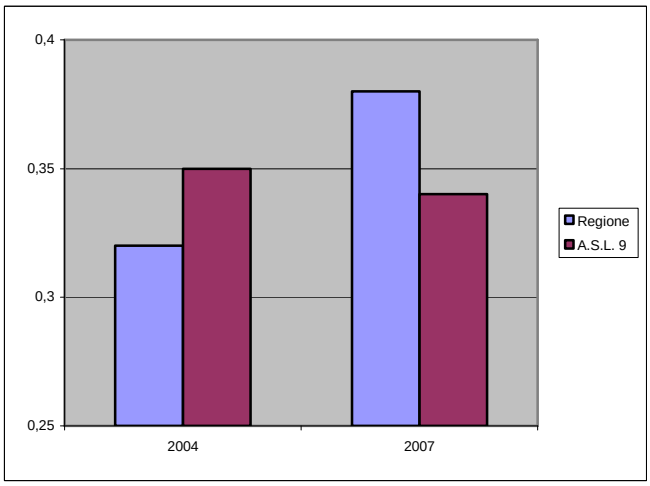
Detti dati non sono quindi esaustivi in quanto non comprendono la fascia degli adolescenti, dei giovani e degli adulti che, pur facendo uso di sostanze stupefacenti, non hanno mai utilizzato i servizi offerti dal SeRT.

Per quando riguarda le dipendenze da droghe, analizzati i dati dell'ex A.S.L. 9 con quelli della Regione Piemonte, si evidenzia che la percentuale di persone che fanno uso di droghe sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea è leggermente inferiore rispetto alla percentuale Regionale (0,34% dell'ex A.S.L. 9 contro il 0,38% della Regione Piemonte nel 2007).



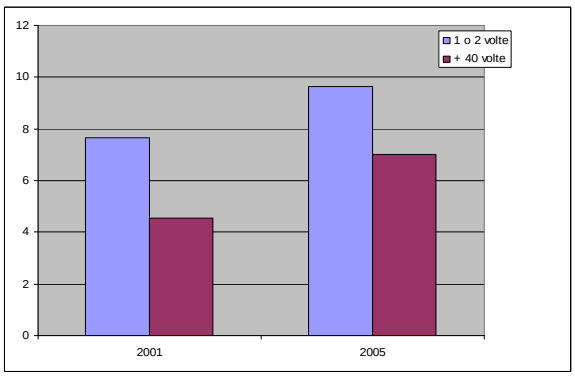
Da un'analisi suddivisa per i territori del SeRT dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea è però emerso che la percentuale di utenti del SeRT di Ivrea è in linea con quella regionale (0,38%) mentre è inferiore presso il SeRT di Rivarolo C.se (0,33%) e Caluso (0,30%).

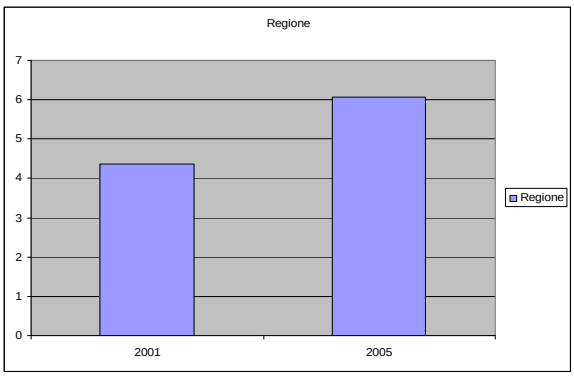
Da un confronto dei dati dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea e quelli della Regione Piemonte si è inoltre riscontrato che, mentre il fenomeno a livello regionale è in aumento, nel territorio dell'A.S.L. 9 è pressoché stazionario. Confrontando infatti l'anno 2004 con l'anno 2007 si è visto che l'A.S.L. 9 è passata dallo 0,35% del 2004 allo 0,34 del 2007 mentre a livello regionale si è passati dallo 0,32 del 2004 allo 0,38 del 2007.



Per quanto riguarda l'uso di droghe da parte di minori, dallo studio HBSC del 2001, che ha analizzato i dati di un test somministrato a campione a 1.200 studenti quindicenni della Regione Piemonte, è emerso che il 7,66 % di loro aveva fatto uso di cannabis 1 o 2 volte ed il 4,56 % più di 40 volte. Dallo stesso studio ripetuto nel 2005, ma su un campione di 1.600 ragazzi quindicenni, è emerso che il 9,63 % di loro aveva fatto uso di cannabis 1 o 2 volte ed il 7,02 % più di 40 volte. Si evidenzia quindi un notevole incremento del fenomeno.

Dallo stesso studio è emerso che anche per gli altri tipi di droghe (estasi, anfetamine, oppiacei, cocaina, colla o solventi, LSD) il fenomeno è in aumento. Si è infatti passati dal 4,36 % del 2001 al 6,07 del 2005.

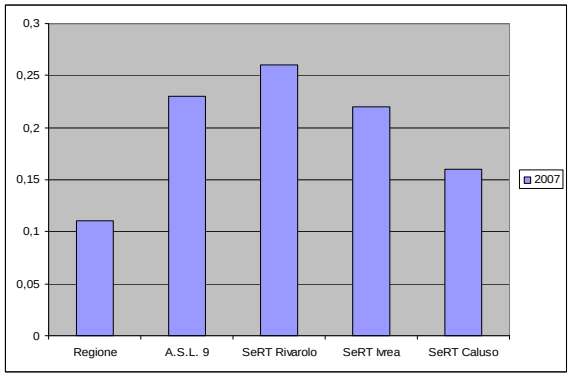




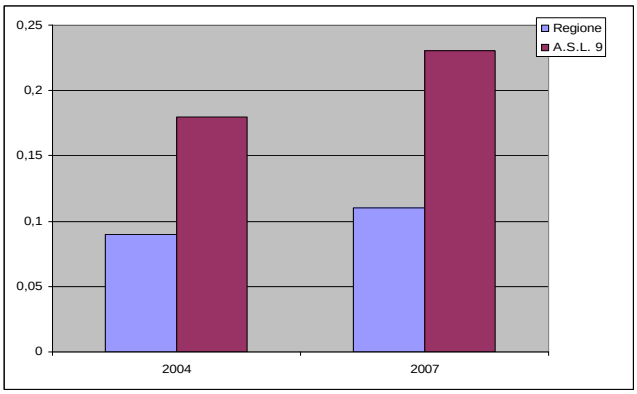
cannabis altri tipi di droghe

Per quanto riguarda le dipendenze dall'alcool, la percentuale di soggetti che fanno uso/abuso di alcool insistenti sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea è nettamente superiore rispetto alla percentuale regionale (dato 2007 : 0,23 % dell'ex A.S.L. 9 contro lo 0,11 % del territorio regionale).

In questo caso, da un'analisi suddivisa per i territori del SeRT dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea è emerso che il fenomeno dell'alcoolismo, pur mantenendo su tutto il territorio una percentuale superiore rispetto a quella regionale, risulta più accentuato nel SeRT di Rivarolo C.se (0,26%) rispetto al SeRT di Ivrea (0,22%) od al SeRT di Caluso (0,16%).



Per quanto riguarda l'abuso di sostanze alcoliche, il fenomeno è in aumento sia per quanto riguarda il solo territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea, sia per quanto riguarda il territorio dell'intera Regione Piemonte. Confrontando l'anno 2004 con l'anno 2007 si è infatti rilevato che l'A.S.L. 9 è passata dallo 0,18% del 2004 allo 0,23 del 2007 mentre a livello regionale si è passati dallo 0,09 del 2004 allo 0,11 del 2007.



Dal citato studio HBSC si è potuto analizzare anche il fenomeno dell'uso/abuso di alcolici nei giovani.

Da detta analisi sono emersi i seguenti dati.

Nel 2001 il 5,28% degli undicenni e l'8,78% dei quindicenni dichiaravano di bere quotidianamente alcolici (considerate anche le piccole dosi). Dallo stesso studio effettuato nel 2005 emergeva che il fenomeno, seppur in maniera più rilevante negli undicenni rispetto ai quindicenni, era in diminuzione. Nel 2005 il 2,99% degli undicenni ed l'8,09% dei quindicenni dichiaravano di bere quotidianamente alcolici (sempre considerate anche le piccole dosi).

Nel 2001 l'8,16% degli undicenni dichiarava di essersi ubriacato almeno una volta e lo 0,46% più 10 volte; nel 2005 la percentuale diminuiva e si passava al 6,06% dell'essersi ubriacato almeno una volta ed al 0,39% dell'essersi ubriacato più di 10 volte.

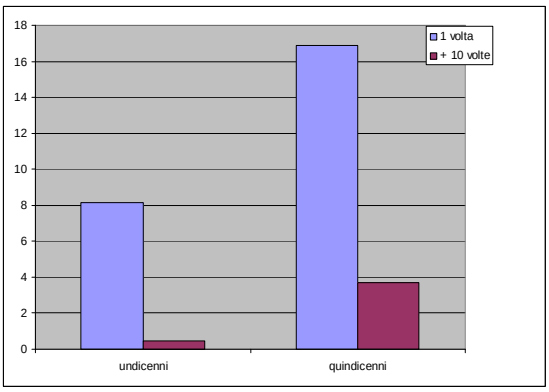
Diversa è invece la situazione dell'abuso di alcolici nei quindicenni.

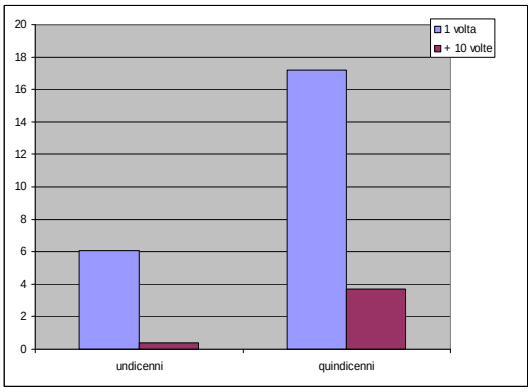
Nel 2001, infatti, la percentuale di quindicenni che dichiarava di essersi ubriacato almeno una volta era del 16,91% ed il 3,68% dichiarava di essersi ubriacato più di 10 volte.

Nel 2005 dette percentuali venivano leggermente incrementate.

La percentuale dei quindicenni che dichiaravano di essersi ubriacati almeno una volta era del 17,18% ed il 3,69% dichiarava di essersi ubriacato più di 10 volte

Dall'analisi dei dati si potrebbe ipotizzare che, tra i quindicenni, non vi è quindi un uso continuo delle sostanze alcoliche, ma che quando bevono ne fanno abuso.





2001 2005

ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Dai dati analizzati sull'indice di vecchiaia, non vi è dubbio che la popolazione sta invecchiando, ma non sempre all'invecchiamento è correlato una buona qualità di vita.

Vi è quindi un numero sempre maggiore di anziani che necessita di cure a domicilio, assegni di sostegno o ricoveri in strutture protette.

Si è quindi voluto analizzare il problema molto sentito dall'utenza delle liste d'attesa.

Attualmente, tra la popolazione anziana dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea, vi sono 900 persone ricoverate in strutture protette (Presidi Socio Assistenziali per Anziani non Autosufficienti : R.A.F. o R.S.A.) e 708 persone sono in lista d'attesa (anziani valutati dall'Unità di valutazione Geriatria, la quale ha ritenuto necessario un ricovero in strutture protette e che aspettano di essere inserite in struttura).

Attualmente servirebbero quindi 1608 posti letto per anziani non autosufficienti.

Dall'analisi dei Presidi Socio Assistenziali per Anziani collocati sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea, si evince che attualmente sarebbero disponibili 1625 posti letto per anziani non autosufficienti (R.A.F. e R.S.A.), 282 posti letto per anziani parzialmente autosufficienti e 472 posti letto per anziani autosufficienti.

A questi dati, fra qualche tempo, si andranno ad aggiungere nuovi posti letto di strutture in fase di realizzazione (es. R.S.A da 100 posti letto nel Comune di Banchette, Presidio Socio Assistenziale da 26 posti letto R.A.A., 30 posti letto R.A. e 36 posti letto R.A.F. nel Comune di Sparone; Presidio Socio Assistenziale nel Comune di Lessolo, ecc.).

Si può quindi affermare che sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea i posti letto per poter ricoverare la popolazione anziana non autosufficiente in strutture protette sono sufficienti.

Le liste di attesa sono da attribuirsi esclusivamente al "tetto" imposto dalla normativa Regionale.

Per quanto riguarda le cure domiciliari ed i ricoveri di sollievo non vi sono liste d'attesa.

ASSISTENZA AI DISABILI

Dall'analisi dei dati elaborati dalla Regione Piemonte, l'utenza disabile residente sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea è in media con quella del territorio regionale.

Da detta analisi emerge inoltre che per quanto riguarda la disabilità dei minori non c'è un dato costante, ma il numero dei disabili aumenta o diminuisce a seconda degli anni, mentre è in costantemente in aumento il numero dei disabili adulti (incrementato, oltre che per l'invecchiamento dei nati con delle disabilità, anche dalle malattie neurogenerative o traumi).

Le strutture presenti sul territorio dell'ex A.S.L. 9 (Centri Diurni, Gruppi Appartamento e R.A.F. Disabili) attualmente coprono il fabbisogno del territorio e non esistono liste d'attesa.

ASSISTENZA A SOGGETTI CON DISTURBI PSICHICI

Dalla relazione sulla Salute Mentale in Piemonte, si evince che sul territorio piemontese i disturbi d'ansia/nevrosi ed i disturbi psico-organici sono in diminuzione, mentre sono in aumento i disturbi dell'umore, i disturbi della personalità ed i disturbi psicotici.

Le patologie alcool correlate sono stazionarie negli uomini e in aumento nelle donne.

Confrontando i dati regionali con quelli dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea emerge che le percentuali sono simili tranne che per quanto riguarda le patologie alcool correlate nella quale l'ex A.S.L. 9 di Ivrea e tra le meno virtuose.

Si è inoltre rilevato che sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea la percentuale di suicidi è tra le più alte della regione. L'organizzazione per la cura dei pazienti psichiatrici, prevede dei progetti individuali ed attualmente non vi sono liste d'attesa né per le cure ambulatoriali né per eventuali ricoveri in Comunità Protette.

Le attuali strutture insistenti sul territorio (Comunità Protette, Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio, Ambulatori e Centri di Salute Mentale) oltre a coprire il fabbisogno del territorio riescono a sopperire alle carenze di altre A.S.L.

ASSISTENZA AI MINORI

Sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea insistono n. 33 Micro Asili Nido per un totale di 524 posti e n. 5 Baby Parking per complessivi 89 posti.

Stanno nascendo in questi giorni, a seguito di una nuova normativa regionale, le "Sezioni Primavera".

Le "Sezioni Primavera" possono esistere solamente all'interno di Micro Asili Nido o Scuole Materne esistenti e possono ospitare minori di età compresa tra i 24 ed i 36 mesi.

Le citate strutture vanno a supportare gli Asili Nido Comunali garantendo una rete abbastanza ben distribuita su tutto il territorio.

Infatti, anche se da un'analisi sull'ubicazione delle strutture sembrerebbero "scoperte" alcune zone di territorio (soprattutto quelle montane), da alcune indagini è emerso che le mamme tendono

a portare il bambino nell'asilo nido più vicino al luogo di lavoro e non all'abitazione.

Sono inoltre presenti sul territorio strutture a tutela delle mamme con bambini e Comunità per Minori.

CONCLUSIONI

Da quanto sin qui analizzato si può dedurre che :

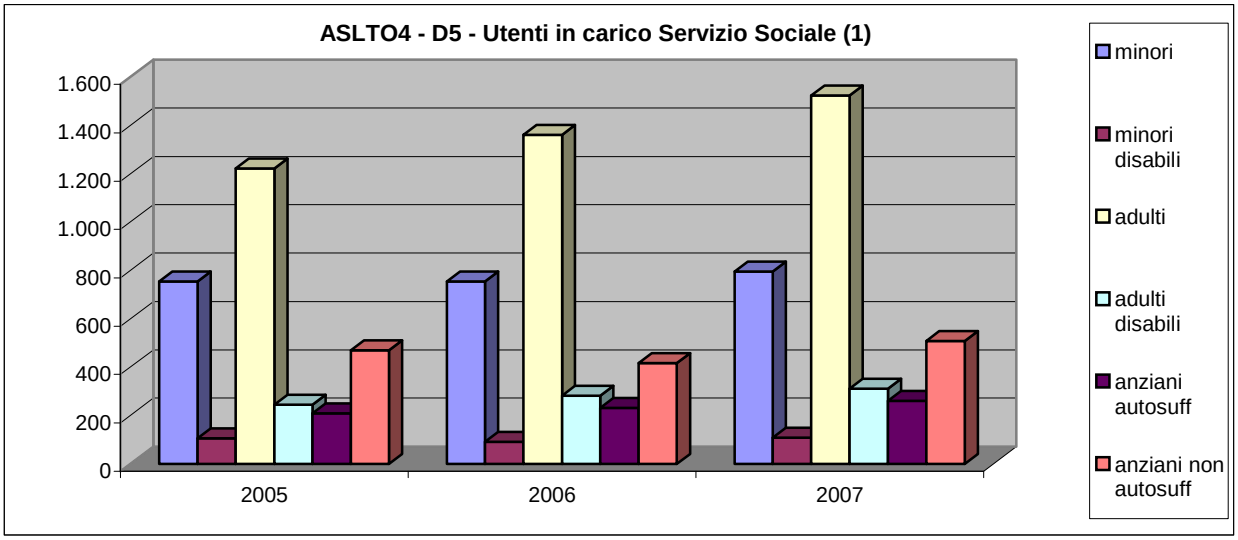
- **nel territorio dell'ex A.S.L. 9 la criticità maggiore è rappresentata dall'alcolismo, in quanto i dati disponibili dimostrano uno scostamento significativo dell'incidenza del fenomeno rispetto alla situazione a livello regionale;**

- **per ridurre le liste d'attesa degli anziani non autosufficienti da inserire in strutture protette occorre la Regione Piemonte modifichi il "tetto" massimo dei posti letto di cui l'A.S.L. può disporre.**

Consorzio IN.RE.TE. (47 Comuni) : 74.045

CISS.AC (18 Comuni) al 31.12.07 : 37.656
Totale Distretto Sanitario n.5 : 111.701
Fonte dati: BDDE Regione Piemonte.

Il **Servizio Sociale Professionale**, attraverso la presenza degli Assistenti Sociali su tutto il territorio dei due Consorzi garantisce una adeguata attività di accoglienza, ascolto e valutazione dei bisogni e delle richieste di aiuto, promovendo, nell'ambito del progetto individuale, l'attivazione delle risorse consortili e territoriali più idonee. Si riportano nella tabella che segue i dati relativi al triennio 2005-2007.



(1) Si intendono gli utenti con "progetto personalizzato" e con cartella sociale attiva nel corso dell'anno considerato

	2005	2006	2007
Minori	755	755	796
minori disabili	106	91	108
Adulti	1.222	1.361	1.523
adulti disabili	244	281	310
anziani autosufficienti	208	231	260
anziani non autosufficienti	470	418	509
Totale utenti	**3.005**	**3.137**	**3.506**
Nuclei	1.760	1.887	2.028

Minori: 0 – 18 anni (compreso chi compie i 18 anni nell'anno)

Minori disabili: 0 – 18 con certificazione di handicap

Adulti : 19 – 64 anni

Adulti disabili : 19 – 64 con certificazione di handicap

Anziani autosufficienti : >65

Anziani non autosufficienti : >65 con I.C e Indennità di Accompagnamento

Dal grafico si rileva un aumento pari al 18,6% dell'utenza in carico ai Servizi Sociali nel triennio considerato.

Dell'utenza complessiva in carico ai Consorzi il 42% è rappresentato dagli adulti ed il 24% dai minori (media percentuale nei tre anni considerati).

Le due tipologie di utenza sono direttamente correlate in quanto un numero significativo di adulti è genitore dei minori seguiti (per il Consorzio IN.RE.TE 50% - dato medio nei tre anni)

Sommando i dati di adulti e minori si raggiunge il 66% dell'utenza in carico il cui dato evidenzia una chiara fragilità delle famiglie con minori.

Nel corso delle tre annualità i minori in carico sono aumentati globalmente del 5,4%, mentre gli adulti del 24,6%.

Questo dato indica anche un aumento delle persone adulte che si sono rivolte ai servizi sociali per problematiche non solo legate alla genitorialità.

Gli anziani non autosufficienti rappresentano, in media nei tre anni, il 15% dell'utenza in carico, mentre gli anziani autosufficienti incidono nella misura del 7%

Gli anziani che sono in carico al Servizio Sociale sono, in prevalenza, anziani per i quali è stato attivato un progetto di domiciliarità e di questi il 65% circa (in percentuale media nel triennio) è rappresentato da anziani non autosufficienti.

Nel corso dei tre anni gli anziani autosufficienti in carico sono aumentati del 25% mentre i non autosufficienti del 8,3 %.

Gli adulti disabili rappresentano il 9% dell'utenza assistita, mentre i minori disabili il 3%.

Nel corso dei tre anni si è verificato inoltre un aumento dei minori disabili pari al 1,8 % ed un aumento degli adulti disabili pari al 27%.

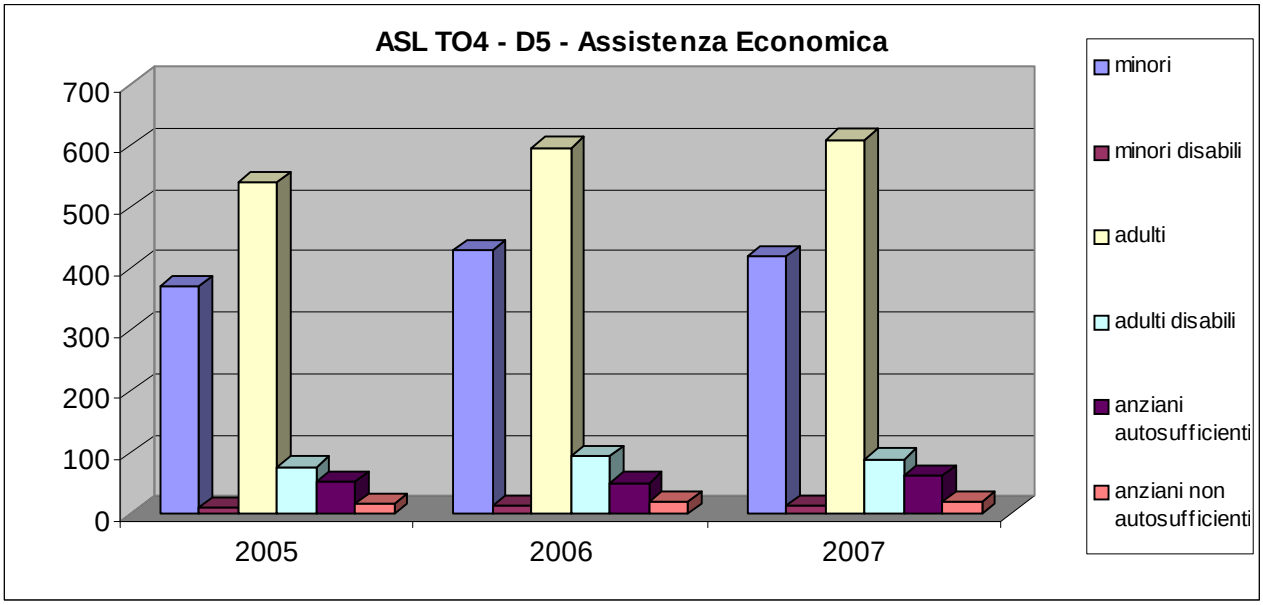
I disabili adulti rappresentano la tipologia di utenza che è cresciuta in misura maggiore nei tre anni considerati.

Tra le possibili cause: aumento delle patologie invalidanti che subentrano in età adulta, incremento di disabilità esito di traumi (incidenti stradali e infortuni sul lavoro), presa in carico sociale di adulti con disabilità psico fisiche presenti fin dalla nascita, gestiti in autonomia dai nuclei familiari fino all'insorgere delle problematiche conseguenti l'invecchiamento del care giver.

Prestazioni e servizi prevalenti attivati dal Servizio Sociale Professionale per la realizzazione dei "progetti personalizzati".

Assistenza economica

Il servizio concorre a favorire l'autonomia personale e sociale di cittadini in momentanea difficoltà attraverso un aiuto concreto che faciliti il superamento o il contenimento delle condizioni di emarginazione sociale. Prevede l'erogazione temporanea di contributi economici non sostitutivi di prestazioni previdenziali o di redditi da lavoro.

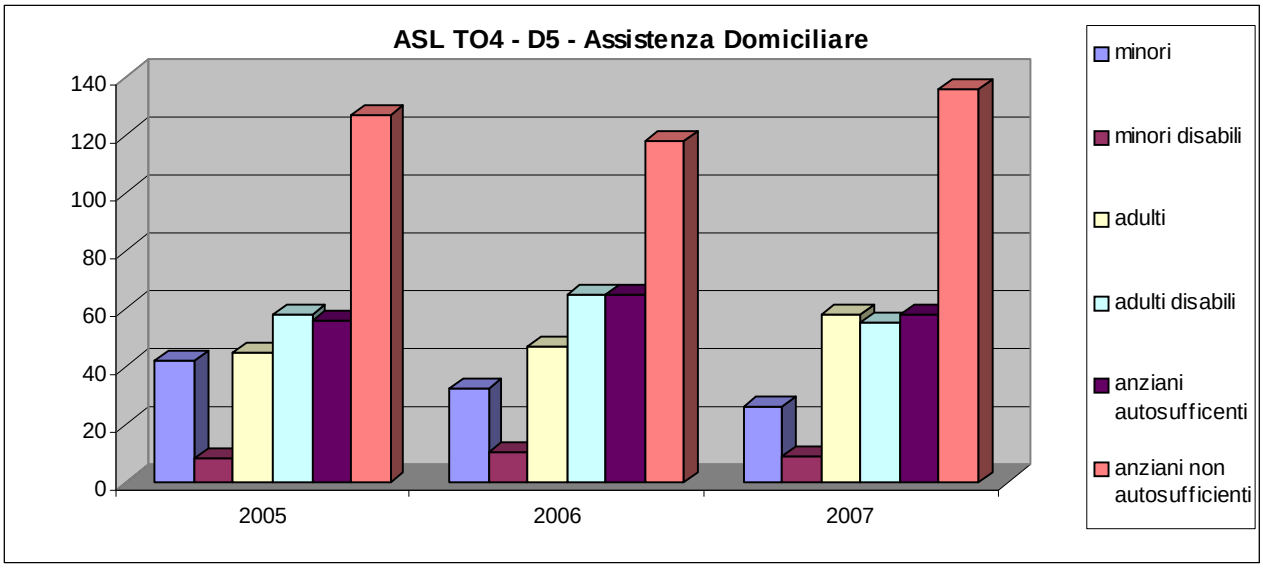


	2005	2006	2007
minori	371	429	421
minori disabili	9	15	14
adulti	541	597	610
adulti disabili	77	96	90
anziani autosufficienti	53	51	62
anziani non autosufficienti	16	19	19
totale	**1067**	**1207**	**1216**
nuclei	525	522	608

Dal grafico si evidenzia una netta prevalenza di due tipologie di utenza per le quali è stato attivato un progetto di aiuto economico: minori ed adulti. Il dato conferma una maggiore fragilità, anche sotto l'aspetto economico, delle famiglie ed in particolare quelle con figli minori. Nel corso del triennio, oltre a situazioni di disagio conclamato, si sono rivolte ai servizi consortili molte famiglie che, a causa del venir meno di una stabile fonte di reddito e della precarietà del mercato del lavoro, si sono ritrovate in una condizione di estrema vulnerabilità sociale. E' inoltre significativo sottolineare che circa il 50% degli aiuti economici è finalizzato al mantenimento dell'abitazione. Gli interventi di assistenza economica destinati a disabili ed anziani incidono in modo più contenuto sui dati complessivi anche a fronte dell'esistenza altre misure previdenziali loro destinate e si mantengono stabili nel triennio considerato.

Assistenza domiciliare

Il servizio assicura interventi di aiuto domiciliare al singolo ed alla famiglia a tutela del mantenimento delle condizioni di autonomia del nucleo familiare e per consentire la permanenza della persona: minore, adulto,disabile, anziano nel proprio ambiente di vita e di relazione



	2005	2006	2007
minori	42	32	26
minori disabili	8	10	9
adulti	45	47	58
adulti disabili	58	65	55
anziani autosufficienti	56	65	58
anziani non autosufficienti	127	118	136
totale	**336**	**337**	**342**
nuclei	331	337	295

Dal grafico emerge una sostanziale stabilità degli interventi di assistenza domiciliare attivati a favore delle diverse tipologie di utenza ad eccezione dell'incremento rilevato per gli anziani non autosufficienti. Tale servizio si conferma una risorsa importante nell'ambito di progetti di permanenza a domicilio destinato a persone anziane in condizioni di non autosufficienza .

Il dato rilevato si riferisce esclusivamente al servizio attivato dai Consorzi sia gestito direttamente che tramite esternalizzazione.

Nell'anno 2007 il Consorzio IN.RE.TE ha garantito **n. 39.350** ore di assistenza domiciliare, mentre il Consorzio CISS-AC ha attivato a favore dei cittadini residenti **n. 8.954** ore di assistenza domiciliare.

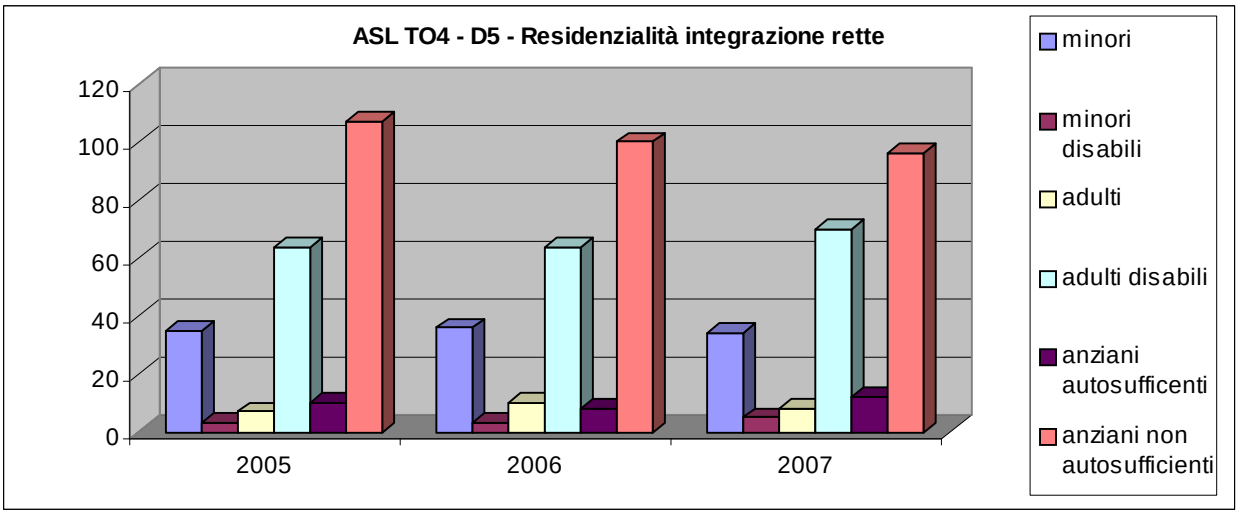
Residenzialità – integrazione rette

La residenzialità riferita ai **minori** consiste nel garantire l'accoglienza temporanea di minori allontanati dalla loro famiglia di origine in situazioni di particolare gravità e complessità, presso comunità familiari e comunità educative.

Gli inserimenti residenziali di **persone con disabilità** consistono nel garantire il sostegno sociale ed economico (integrazione della quota a carico dell'ospite della retta giornaliera) al disabile ed alla sua famiglia negli inserimenti, anche temporanei, in presidi socio assistenziali. Tali inserimenti sono definiti dall'Unità di Valutazione Handicap.

*Gli inserimenti residenziali di **adulti** sono rivolti a persone senza fissa dimora in condizione di povertà estrema e di persone adulte fragili con gravi problematiche sociali.*

*La residenzialità riferita agli **anziani** consiste nell'accompagnamento all'inserimento e nell'integrazione della quota a carico dell'ospite della retta giornaliera in caso di insufficienza del reddito o del patrimonio. Tale integrazione è prevista solo per gli inserimenti in struttura definiti dall'Unità di valutazione geriatrica con riconoscimento della quota sanitaria della retta a carico dell'Asl TO4.*



	2005	2006	2007
minori	35	36	34
minori disabili	3	3	5
adulti	7	10	8
adulti disabili	64	64	70
anziani autosufficienti	10	8	12
anziani non autosufficienti	107	100	96
totale	**226**	**221**	**225**
nuclei	162	211	210

In merito ai dati riferiti alla residenzialità / integrazioni rette si evidenzia la prevalenza di interventi rivolti ad anziani non autosufficienti inseriti in strutture residenziali a seguito di valutazione UVG. L'integrazione della quota a carico dell'ospite viene attivata su specifica richiesta dell'interessato o della sua famiglia e calcolata sulla base di parametri reddituali contenuti nei regolamenti consortili. I dati nella tabella evidenziano una sostanziale stabilità degli interventi, la lieve flessione del dato riferito al numero degli anziani che nel triennio hanno beneficiato dell'integrazione, non trova

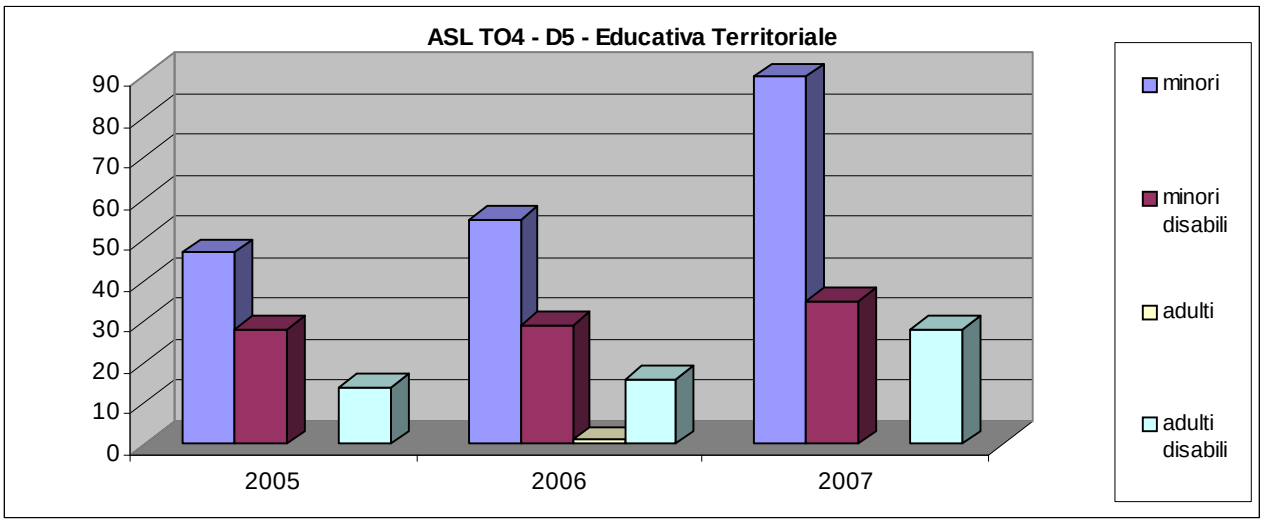
corrispondenza con l'andamento della spesa in netto incremento per i Servizi Sociali. Tale fenomeno trova motivazione anche nell'aumento delle tariffe applicate dai presidi residenziali nell'ambito del piano di progressione economica indicato dalla Regione Piemonte

Servizi educativi per minori e minori disabili

Il Servizio di Sostegno educativo rivolto ai ***minori*** *è finalizzato al supporto educativo e relazionale dei minori e delle proprie famiglie, con particolare attenzione alle relazioni con le figure adulte di riferimento. Promuove percorsi di crescita e di integrazione per la realizzazione delle potenzialità personali e dell'autonomia in contesti di normalità. Si realizza sia attraverso interventi individuali che di gruppo e prevede anche gli interventi prescritti dall'Autorità giudiziaria per la realizzazione degli incontri con modalità protette tra minori e genitori.*

Il Servizio Educativo territoriale rivolto ai ***disabili minori e adulti*** *è finalizzato al sostegno delle persone disabili nel loro percorso di autonomia in ambito relazionale, occupazionale, domiciliare e di integrazione sociale, in contesti di normalità attraverso la valorizzazione e il mantenimento delle capacità presenti e lo sviluppo delle capacità potenziali.*

E' compreso anche l'intervento rivolto a ***minori e adulti con disabilità sensoriali*** *.*

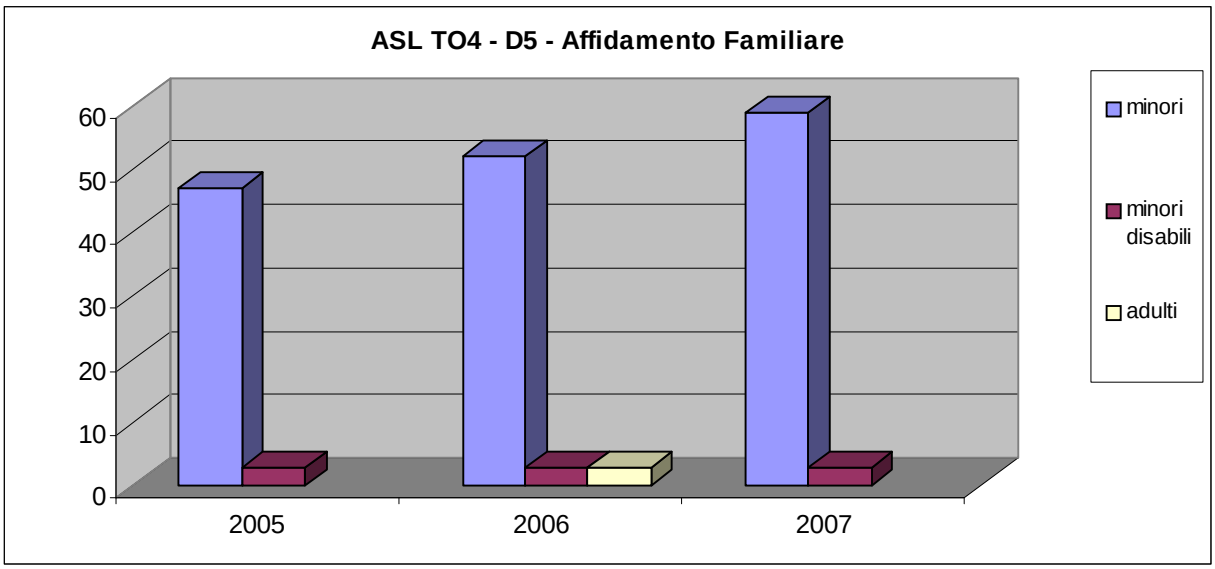


	2005	2006	2007
minori	47	55	90
minori disabili	28	29	35
adulti		1	
adulti disabili	14	16	28
totale	**89**	**101**	**153**
nuclei	82	91	127

Dalla tabella emerge il progressivo incremento del numero delle prese in carico per tutte le tipologie di utenza indicate con una netta prevalenza per i minori. Si tratta di un dato che trova conferma di quanto già evidenziato in merito alla fragilità della struttura familiare e che motiva l'attivazione di un supporto educativo in grado di riportare "al centro" la relazione adulto/bambino. L'incremento dell'attività è inoltre collegato alla sempre più frequente richiesta che perviene al Consorzio da parte Autorità Giudiziaria, di valutazione delle capacità genitoriali e/o di presidio degli incontri adulto/minore.

Affidamento familiare.

Il servizio garantisce l'attività per l'accoglienza temporanea di minori allontanati dalla famiglia di origine attraverso la loro collocazione in famiglie affidatarie. L'affidamento familiare inoltre è una risorsa utilizzata per altre tipologie di utenza quali persone adulte, disabili o anziane.



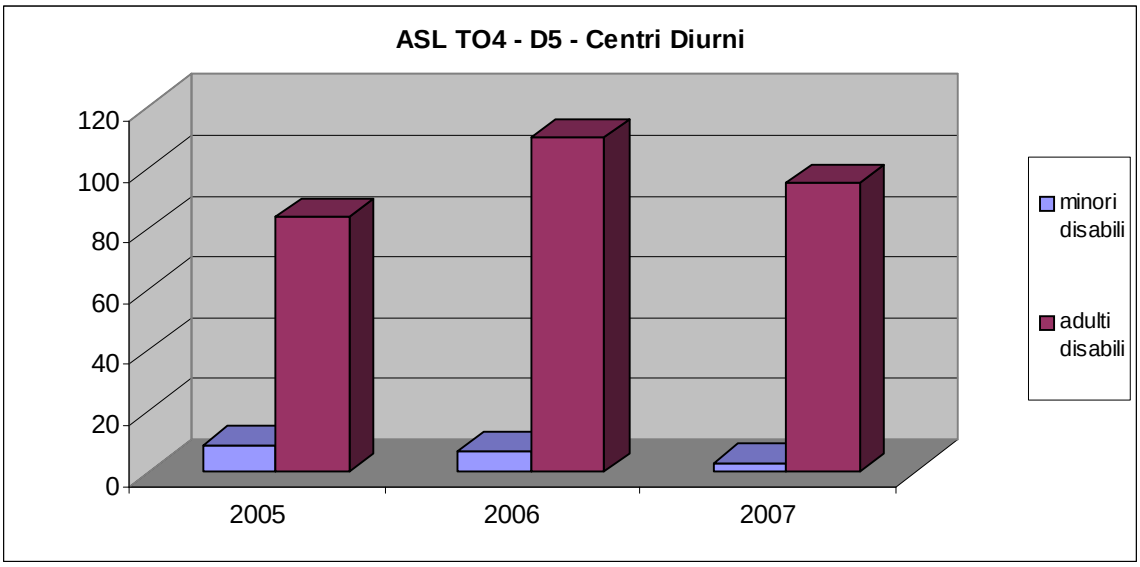
	2005	2006	2007
minori	47	52	59
minori disabili	3	3	3
adulti		3	
totale	**50**	**58**	**62**
nuclei	46	55	51

Il grafico rileva l'aumento costante del ricorso all'affidamento familiare a favore dei minori e la totale assenza, ad eccezione per l'anno 2006, di utilizzo del servizio per altre tipologie di utenza.

Centri Diurni per persone disabili

I Centri Diurni sono servizi semiresidenziali, destinati a ***persone minori e adulte con disabilità intellettive , anche associate a disabilità fisiche o sensoriali,*** *che al termine della scuola dell'obbligo necessitano di un ambiente che assicuri un'adeguata risposta alle esigenze educative e assistenziali favorendo la vita espressiva e di relazione.*

I Centri Diurni, inoltre, concorrono inoltre a sostenere la famiglia nella cura quotidiana della persona disabile con l'obiettivo anche di prevenire o allontanare nel tempo l'eventuale inserimento in struttura residenziale.



A fronte della complessiva stabilità dell'offerta, la flessione del dato riferito all'anno 2007 è da ricondurre a scelte effettuate nell'ambito delle progettazioni individuali che hanno privilegiato, in modo diversificato, interventi territoriali finalizzati a promuovere azioni nell'area dell'autonomia, della socializzazione e dell'occupazione delle persone adulte con disabilità.