

IL PROFILO DI SALUTE DEL DISTRETTO 6 DELL'ASL TO 4



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

Indice:	pag	1
Introduzione	pag.	2
Ambito demografico	pag.	5
Indicatori Sanitari	pag.	8
<i>Mortalità evitabile</i>	pag.	9
<i>I ricoveri Ospedalieri</i>	pag.	11
<i>Attività DEA/PS</i>	pag.	13
Incidenti Stradali	pag.	14
Malattie infettive	pag.	17
<i>Parotite, rosolia, morbillo</i>	pag.	17
<i>Pertosse, scarlattina, varicella</i>	pag.	18
<i>Epatiti</i>	pag.	19
<i>Sifilide, tubercolosi, Legionellosi, meningite</i>	pag.	20
<i>Coperture vaccinali infanzia</i>	pag.	21
Dati consorzio IN RE.TE e CISS.38	pag.	22
<i>Servizio sociale professionale</i>	pag.	22
<i>Assistenza economica</i>	pag.	24
<i>Assistenza domiciliare</i>	pag.	25
<i>Residenzialità/Integrazione retta</i>	pag.	26
<i>Servizio di educativa territoriale</i>	pag.	28
<i>Affidamento familiare</i>	pag.	29
<i>Inserimento nei centri diurni</i>	pag.	30
Fasce deboli	pag.	31
<i>Dipendenze da alcool e droghe</i>	pag.	31
<i>Assistenza agli anziani</i>	pag.	32
<i>Assistenza ai disabili</i>	pag.	33
<i>Assistenza ai soggetti con disturbi psichici</i>	pag.	33
<i>Assistenza ai minori</i>	pag.	33
<i>Conclusioni</i>	pag.	33
Ambiente	pag.	34
<i>Acque potabili</i>	pag.	34
<i>Qualità dell'aria</i>	pag.	34
<i>Clima</i>	pag.	35
<i>Igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro</i>	pag.	35
<i>Alimentazione ed attività fisica</i>	pag.	36

Introduzione

Così come stabilisce l'Art. 14 della L.R.6 agosto 2007,n,18 "Norme per la programmazione socio-sanitaria 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 6 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 Cuornè, 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 Cuornè) e tre Presidi ospedalieri (Ivrea, Cuornè 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 **500.000**, 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 ultrasessantacinquenni, 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 Cuorné
- Presidio Ospedaliero di Castellamonte

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 Cuorné

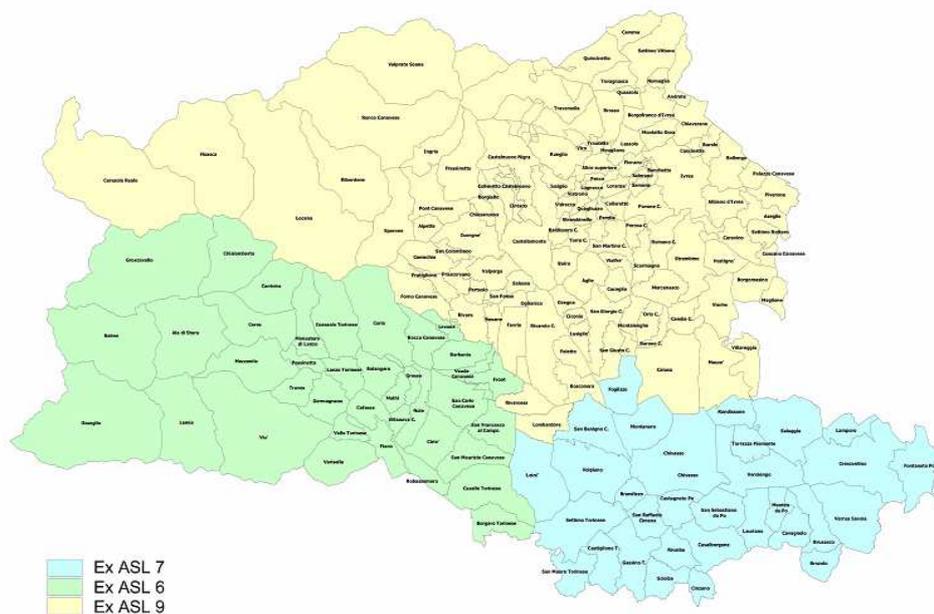
n. 11 RSA e n. 3 Hospice

- 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 –Cuorné*** (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 Cuorné.
- ***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
- ***Cirié – 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

TERRITORIO NUOVA ASL TO4



IL DISTRETTO N. 6

Il Distretto di Cuorgnè comprende 43 comuni per un totale di 80617 abitanti (residenti al 31-12-08)
Il Comune più popoloso è Rivarolo con 12372 abitanti. Tre comuni (Castellamonte, Cuorgnè e Favria) hanno più di 5000 abitanti, 24 meno di 1000.
Del territorio fanno parte le Comunità Montane n.13 Val Chiusella -Valle Sacra - Dora Baltea Canavesana;n.14 Alto Canavese; n.15 Valli Orco e Soana. 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: Consorzio In Rete (10 Comuni) con sede a Ivrea e CISS 38 (33 Comuni) con sede a Cuorgnè.

In rapporto all'altezza altimetrica i comuni del distretto 6 risultano così distribuiti:

COLLINA Agliè, Bairo, Baldissero, Cuorgnè, Castellamonte, Pertusio, Prascorsano, Rivara, Rivarossa, S.Colombano Belmonte, Torre Canavese, Valperga

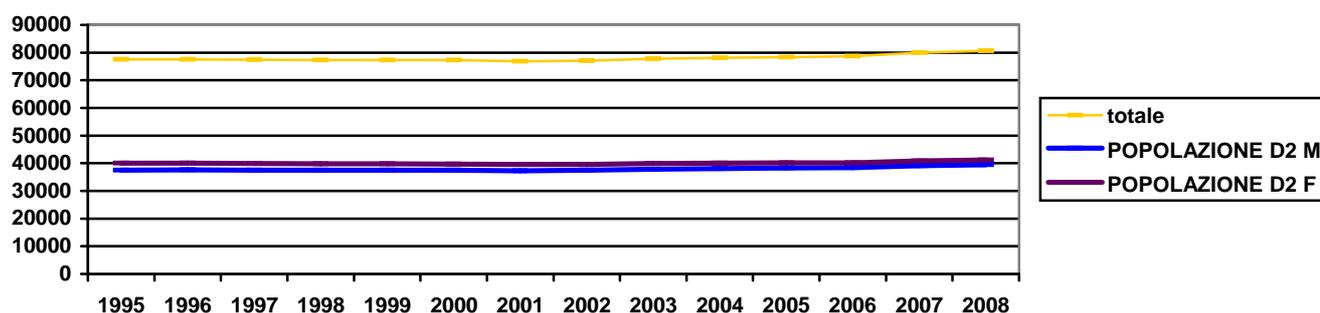
PIANURA Bosconero, Busano, Ciconio, Favria, Feletto, Lombardore, Lusigliè, Oglianico, Ozegna, Rivarolo Canavese, Salassa, S.Ponso

MONTAGNA Alpette, Borgiallo, Canischio, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Cintano, Colleterto C.vo, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Noasca, Pont Canavese, Pratiglione, Ribordone, Ronco Canavese, Sparone, Valprato Soana

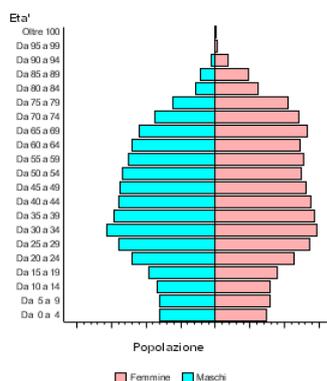
AMBITO DEMOGRAFICO

Movimenti anagrafici

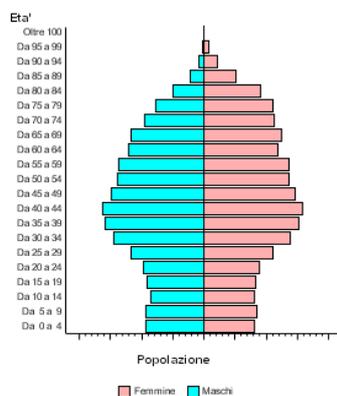
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
POPOLAZIONE D2 M	37527	37580	37529	37495	37499	37548	37279	37449	37846	38102	38281	38466	39073	39446
POPOLAZIONE D2 F	40019	39998	39900	39827	39788	39738	39611	39627	39876	40062	40121	40199	40862	41171
TOTALE	77546	77578	77429	77322	77287	77286	76890	77076	77722	78164	78402	78665	79935	80617



PIRAMIDE ETA D6 1998



PIRAMIDE ETA D6 2008

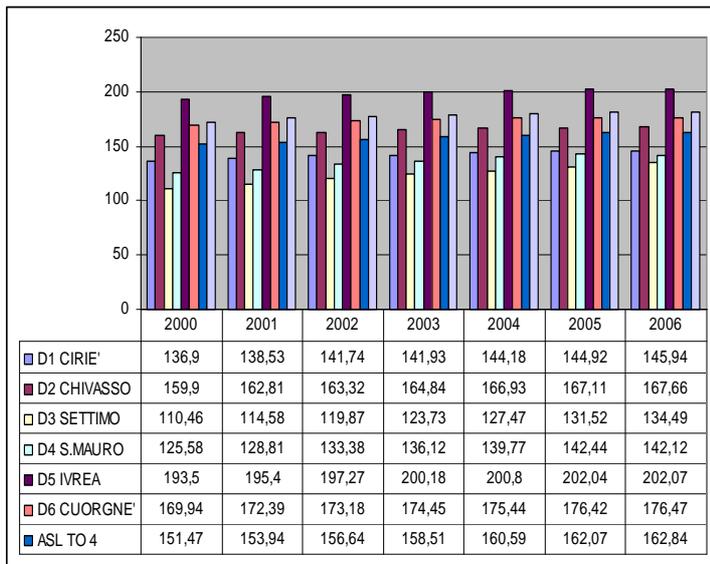


La popolazione dell'ASL TO 4, nel periodo di tempo osservato, ha subito un incremento di circa l'1 %, con un trend in flessione dal 1999 al 2004, per poi ricominciare a salire fino al dato del 2008.

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:

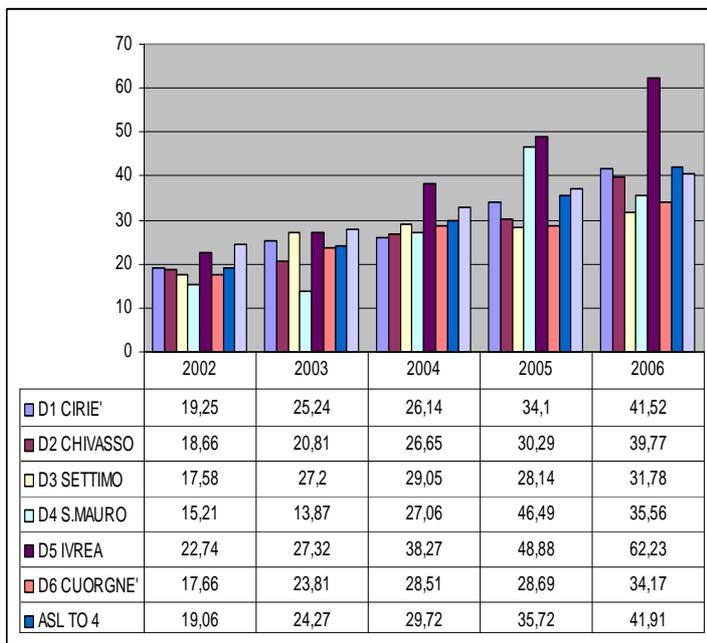
- nei maschi la distribuzione all'interno delle fasce d'età si è mantenuta costante;
- nelle femmine si è allargata la forma della piramide nelle fasce superiori, indicatore di un invecchiamento della popolazione femminile.



indice di vecchiaia:

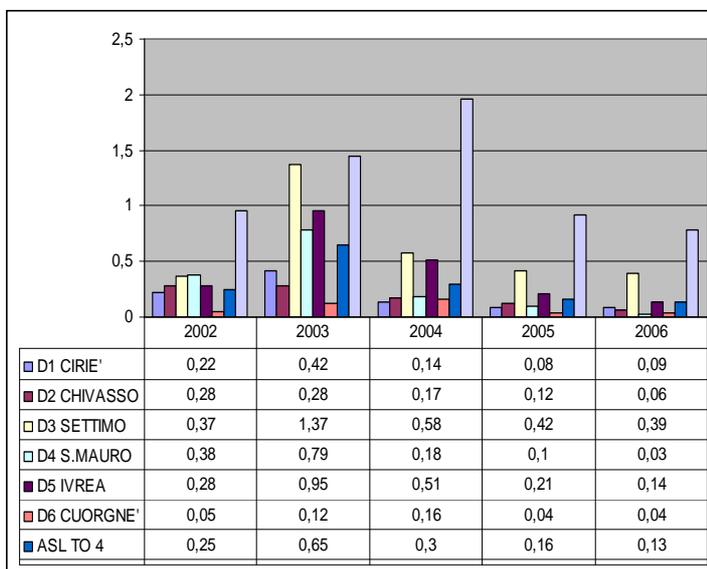
Rapporto tra la popolazione residente di età superiore a 64 anni e quella di età compresa tra 0 e 14 anni, ogni 100 individui; questo indice esprime il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani.

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.



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



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						35 anni						65 anni					
		Periodo						Periodo						Periodo					
		80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00
ASL 6 CIRIÈ'		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 - Cuornè	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						35 anni						65 anni					
		Periodo						Periodo						Periodo					
		80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00	80-83	84-87	88-91	92-94	95-97	98-00
ASL 6 CIRIÈ'		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
Distretto	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 Torinese	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-Druento	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
Distretto	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 Torinese	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 Torinese	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
Distretto	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 - Cuornè	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

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).

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**).

L'analisi delle cause di morte del distretto 6 è stata eseguita suddividendo i comuni in tre zone in rapporto alla zona altimetrica ed alla loro collocazione nel distretto:

COLLINA, PIANURA, MONTAGNA

COLLINA Agliè, Bairo, Baldissero, Cuornè, Castellamonte, Pertusio, Prascorsano, Rivara, Rivarossa, S.Colombano Belmonte, Torre Canavese, Valperga

PIANURA Bosconero, Busano, Ciconio, Favria, Feletto, Lombardore, Lusigliè, Oglianico, Ozegna, Rivarolo Canavese, Salassa, S.Ponso

MONTAGNA Alpette, Borgiallo, Canischio, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Cintano, Collettero C.vo, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Noasca, Pont Canavese, Pratiglione, Ribordone, Ronco Canavese, Sparone, Valprato Soana

Le **malattie alcool correlate, fumo correlate e le malattie dell'apparato circolatorio** rappresentano le condizioni morbose più frequenti collegate ai decessi con valori di significatività; seguono i decessi per **cause accidentali** e quelli codificati come “**stati morbosi mal definiti**”; questi ultimi da imputare ad una non accurata attribuzione della causa di morte sulle schede ISTAT D4-D5

Per quanto riguarda la collocazione territoriale delle cause di morte significative la zona altimetrica **Montagna** è quella maggiormente rappresentata con una incidenza maggiore di cause di morte significative per il distretto 6.

Inoltre particolar nel distretto 6, si riscontrano cause di morte non presenti, in maniera significativa, nelle altre zone territoriali del territorio dell'ex ASL 9; precisamente:

Decessi per malattie infettive: Maschi

Decessi per disturbi psichici: Femmine

Decessi per malattie dell'apparato digerente: Maschi

Decessi per malattie osteomuscolari del connettivo: Maschi

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.

Esse sono raggruppate in tre aggregazioni:

Gruppo 1: 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

Gruppo 2: cause di morte collegabili a Diagnosi precoce e terapia

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

Gruppo 3: cause di morte collegabili ad Igiene ed Assistenza sanitaria

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	Iperensione 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

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

Gruppo 1: cause di morte collegabili a Prevenzione Primaria

Cause	Collina		Montagna		Pianura	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Accidenti da veicoli a motore						
Cirrosi epatica						
Malattie cerebrovascolari						
Tumori esofago						
Tumori fegato e dei dotti biliari intra ed extraepatici						
Tumori labbra, bocca, faringe						
Tumori trachea, bronchi, polmoni						
Tumori vescica						

Le zone altimetriche “**Montagna**” e “**Pianura**” presentano un numero maggiore di cause di morte con tasso standardizzato superiore a quello regionale rispetto alla zona altimetrica “Collina”.

Fra le cause di morte prevalgono **gli Accidenti da veicoli a motore, la Cirrosi epatica ed il Tumore della trachea, bronchi e polmoni**; le prime due cause sono localizzate soprattutto nelle zone altimetriche Montagna e Pianura, mentre la distribuzione significativa dei decessi per tumori della trachea, bronchi e polmoni riguarda tutte le zone altimetriche.

Gruppo 2: cause di morte collegabili a Diagnosi precoce e terapia

Cause	Collina		Montagna		Pianura	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Altri tumori della pelle						
Linfomi Hodgkin						
Melanoma						
Tumori collo utero						
Tumori colon						
Tumori corpo utero						
Tumori mammella						
Tumori testicolo						
Tumori retto e giunzione retto-sigma						

Anche per le cause di morte del gruppo 2, “**Montagna**” e “**Pianura**” rappresentano le zone altimetriche in cui insiste il numero maggiore di cause di morte con valori dei tassi superiori al riferimento regionale.

Il Melanoma ed i tumori del retto e della giunzione retto sigma sono le cause responsabili del maggior numero di decessi.

Gruppo 3: cause di morte collegabili ad Igiene ed Assistenza sanitaria

Cause	Collina		Montagna		Pianura	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Asbestosi						
Silicosi ed antracosilicosi						
Tubercolosi apparato respiratorio						
Bronchite, enfisema ed asma						
Infarto del miocardio						
Leucemie specificate						
Appendicite						
Colecistite e colelitiasi						
Epatite virale						
AIDS						
Overdose						
Ulcera gastrica e duodenale						
Malattie infettive intestinali						
Iperensione arteriosa						
Tetano						
Complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio						
Malformazioni congenite e cause perinatali						

Per quanto riguarda i decessi per cause collegabili a quelle patologie affrontabili con provvedimenti di igiene ambientale, prevenzione e con un'adeguata assistenza, questi prevalgono nelle zone altimetriche " **Collina**" e " **Montagna**" e sono soprattutto causati **dall'Infarto del miocardio e dai decessi per enfisema ed asma.**

I Ricoveri Ospedalieri

Per questo lavoro, 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; sono stati quindi esclusi tutti i ricoveri corrispondenti alla condizione di "neonato sano"; infine, sono stati esclusi i casi ai quali non è stato possibile attribuire il sesso, l'età, le giornate di ricovero o la prima diagnosi alla dimissione.

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. 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.

Considerazioni derivanti dal confronto degli indicatori per i 2 periodi considerati (1998-2006) relativamente al Distretto 6 (ancora indicato, nelle tabelle, come Distretto 2)

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

Indicatore	FENOMENO PREVALENTE			
	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				

Per i ricoveri relativi a tutte LE CAUSE DI RICOVERO:

- **Uomini:** riduzione della letalità ospedaliera, dei ricoveri programmati e della degenza in rianimazione.
- **Donne:** riduzione della letalità ospedaliera e dei ricoveri programmati, anche se il rischio relativo si mantiene leggermente superiore al riferimento di circa l'1%

Per i ricoveri relativi ai TUMORI MALIGNI:

- **Uomini:** nessun valore risulta essere superiore al valore di riferimento regionale
- **Donne:** aumento della letalità ospedaliera con valore dell'indicatore superiore dell'8% rispetto al riferimento mentre nettamente migliorato è il valore relativo ai ricoveri programmati.

Per i ricoveri relativi alle MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO:

- **Uomini:** netta riduzione del valore relativo alla letalità ospedaliera e riduzione del valore relativo ai ricoveri programmati e delle giornate di ricovero.

Aumento del rischio relativo riguardante il valore dei ricoveri programmati, superiore del 16% al valore di riferimento (100)

- **Donne:** aumento del valore del rischio relativo riguardante l'ospedalizzazione e le giornate di ricovero.

Riduzione del valore relativo ai ricoveri programmati anche se il rischio si mantiene ancora superiore del 6% al riferimento (100)

Per i ricoveri relativi alle MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

- **Uomini:** netta riduzione del valore relativo alla letalità ospedaliera comunque ancora superiore del 18% rispetto al valore di riferimento del rischio (100)

Aumento del valore del rischio relativo ai ricoveri non programmato (+ 7% del valore di riferimento) e aumento del valore relativo ai ricoveri programmati-

- **Donne:** Netta riduzione della letalità ospedaliera e dei ricoveri non programmati.

Aumenta, invece, in modo significativo, il valore del rischio relativo ai ricoveri prolungati e del valore relativo al rischio della degenza in rianimazione (+ 43% del valore di riferimento)

Per i ricoveri relativi alla morbosità ospedaliera per CAUSE ACCIDENTALI:

- **Uomini:** Significati i valori in aumento del rischio relativo ai ricoveri non programmati, ai ricoveri prolungati, alla degenza in rianimazione.

- **Donne:** Aumento delle giornate di ricovero.

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	18.745	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 del 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.

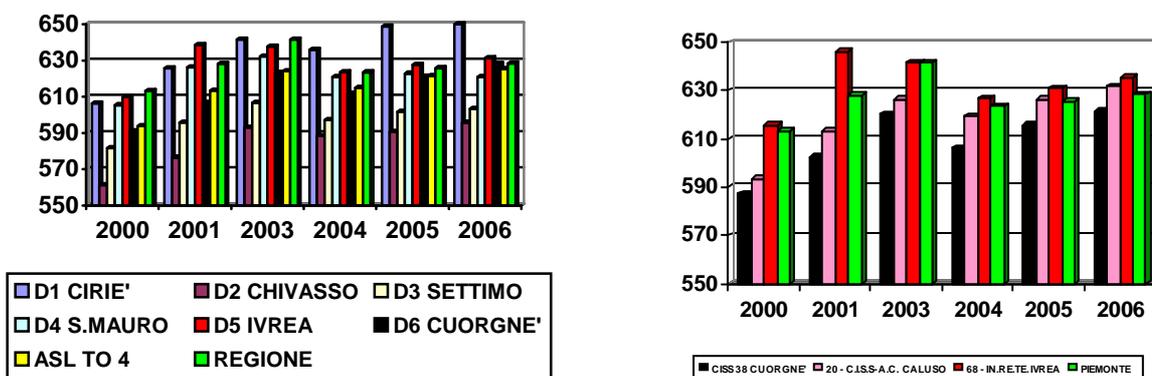
Netta riduzione dei codici di triage "bianco" mentre aumentano i codici verdi e gialli

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"

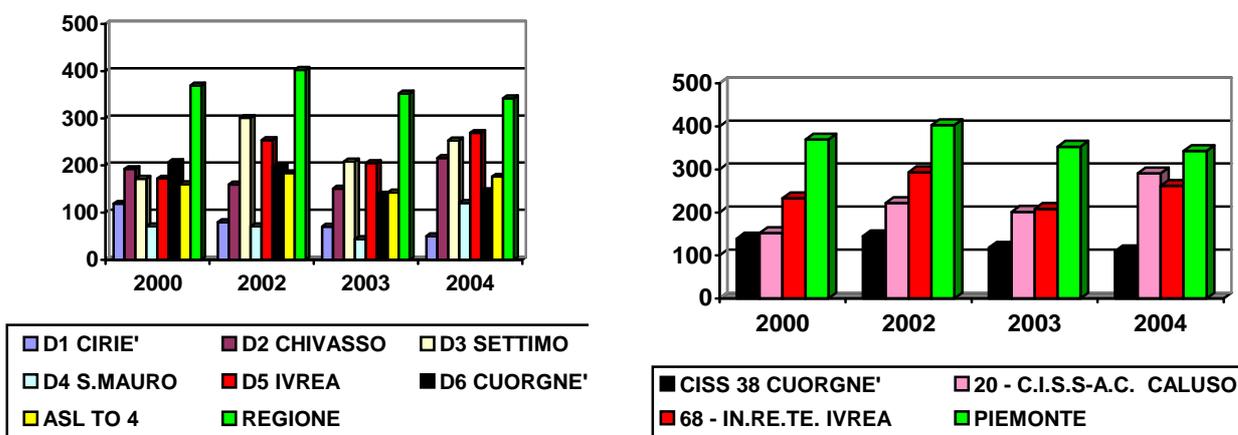
Indicatore: Tasso di circolazione autoveicoli

Numero di auto circolanti rapportati alla popolazione media (X1000)



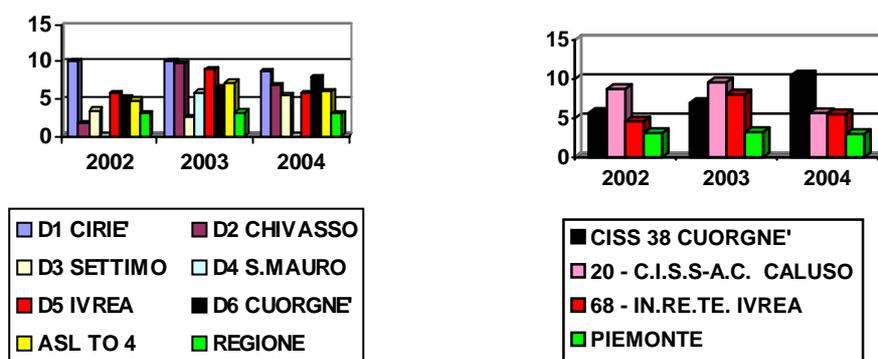
Indicatore: Tasso di incidentalità stradale

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



Indicatore: Indice di mortalità degli incidenti stradali

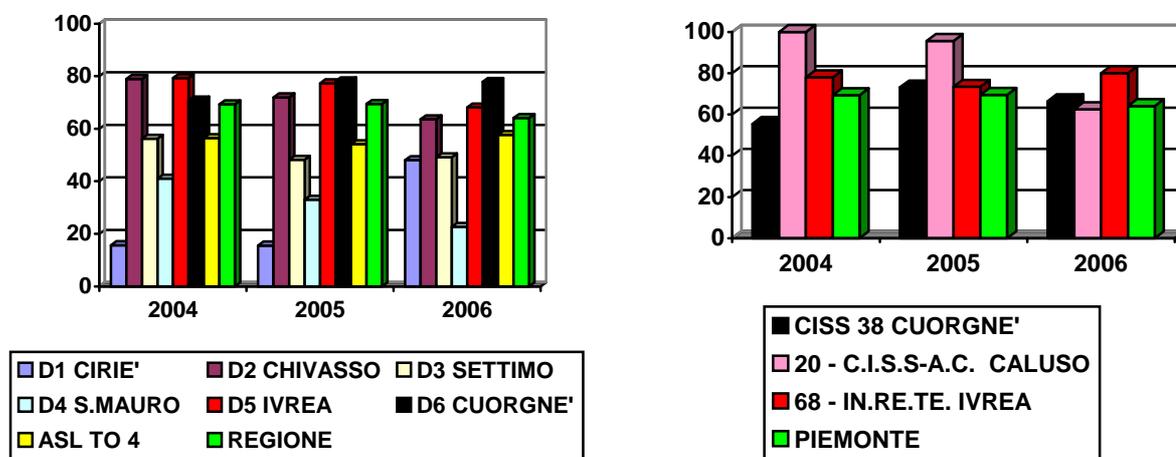
Percentuale di incidenti stradali mortali sul totale degli incidenti stradali



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

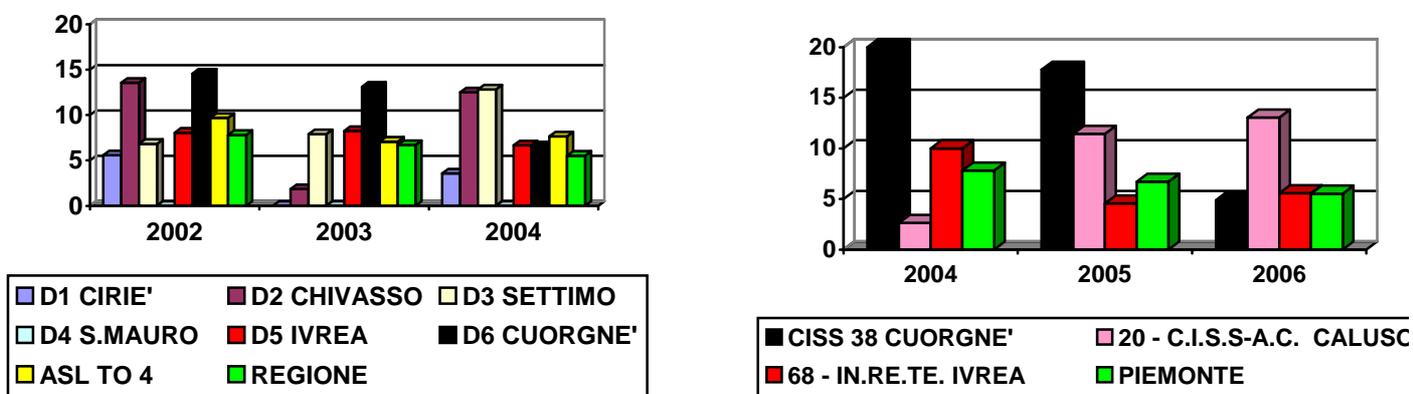
Indicatore: Tasso di incidentalità su strade extra urbane

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



Indicatore: Indice di mortalità degli incidenti su strade extra urbane

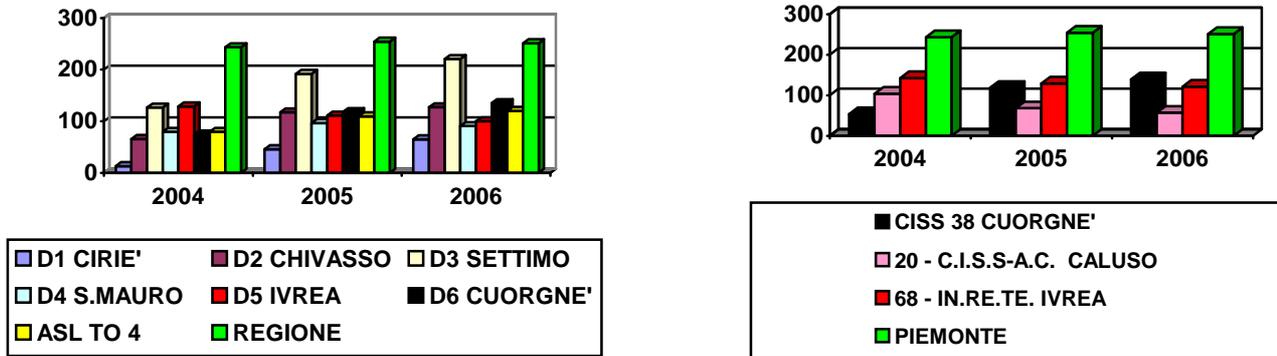
Percentuale di incidenti mortali su strade extra urbane sul totale degli incidenti su strade extra urbane



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

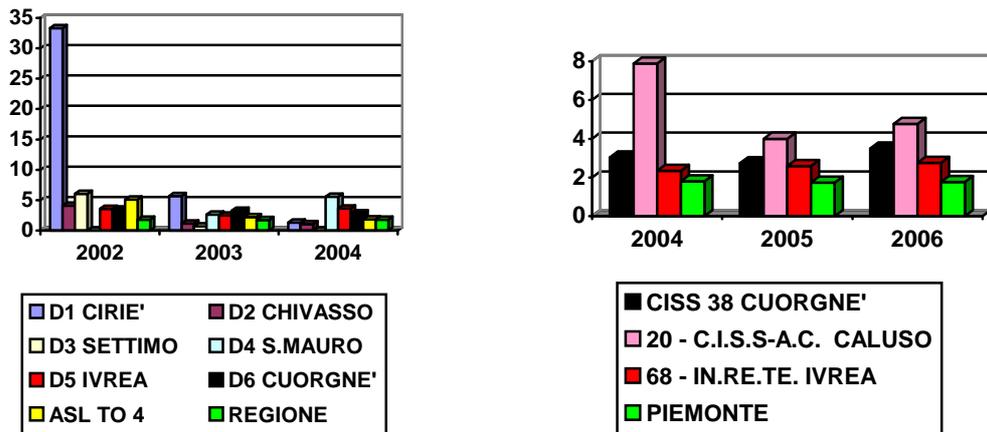
Indicatore: Tasso di incidentalità su strade urbane

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



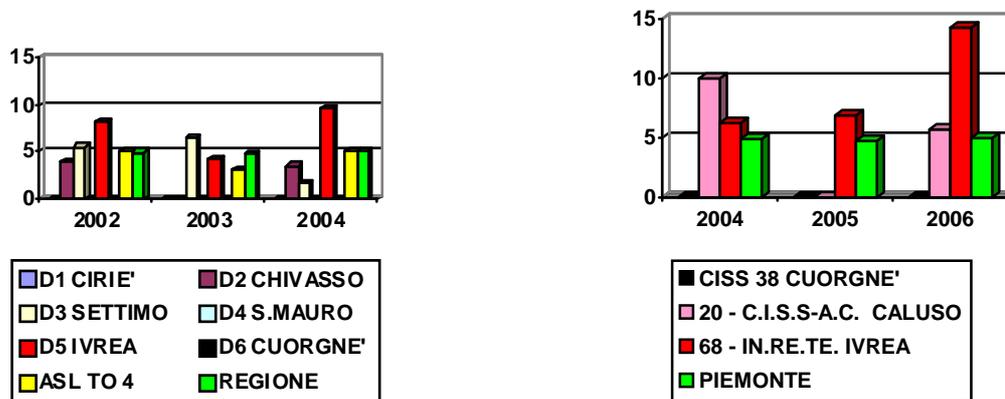
Indicatore: Indice di mortalità degli incidenti su strade urbane

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



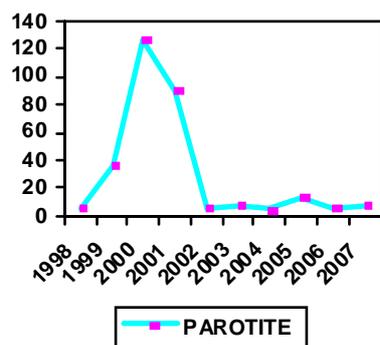
Commento: aumento dell'incidentalità su strade urbane per il d6 , lieve riduzione per il d5 ;aumento della mortalità per tutti i territori in osservazione , tranne che per il territorio del CISSAC dove si osserva una notevole riduzione

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

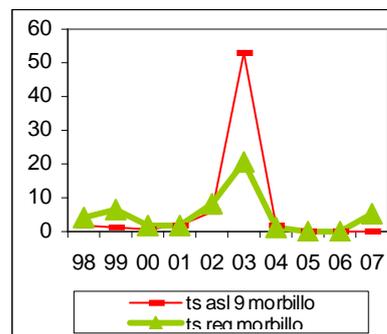
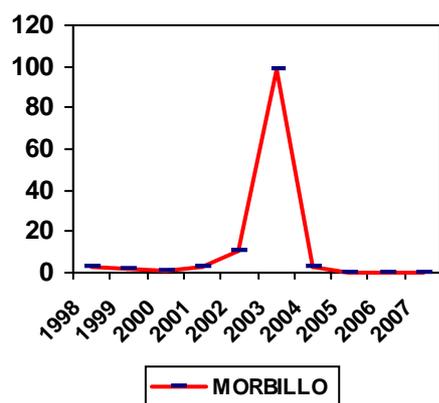
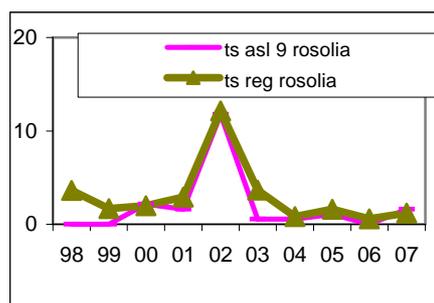
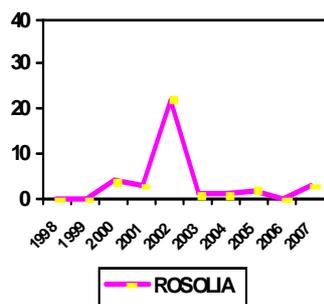
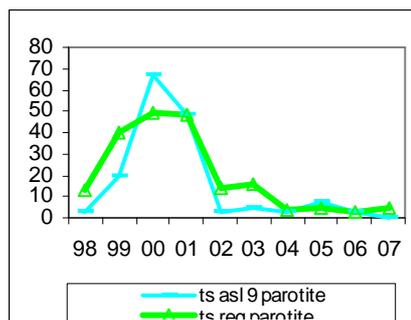
MALATTIE INFETTIVE

PAROTITE ROSOLIA MORBILLO

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

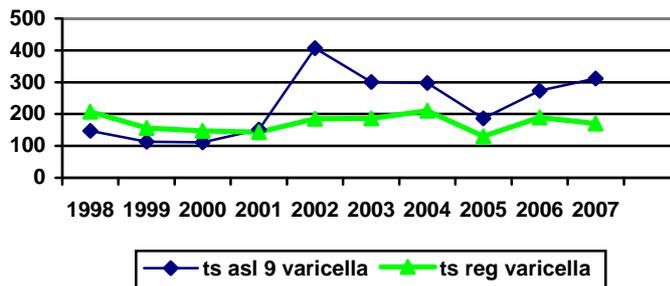
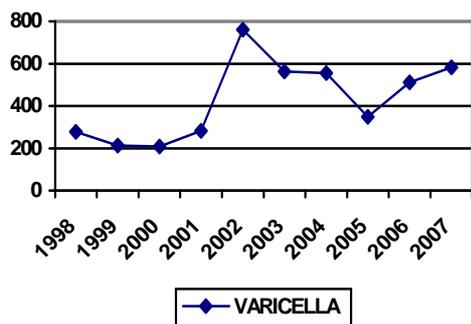
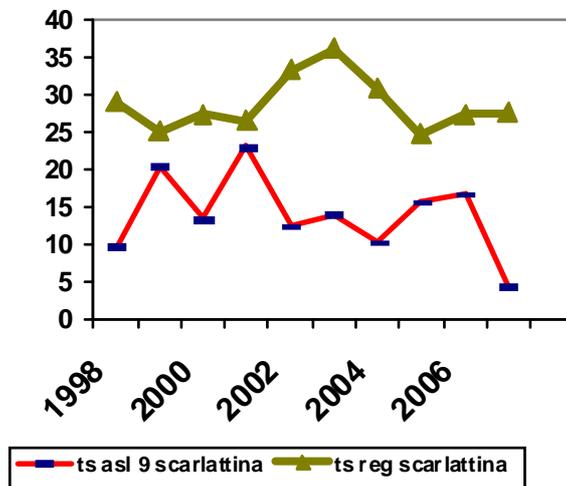
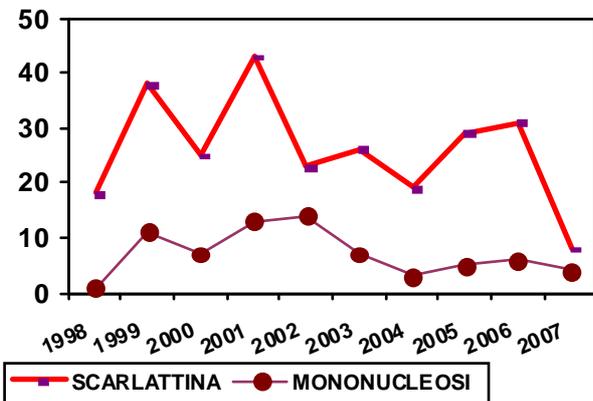
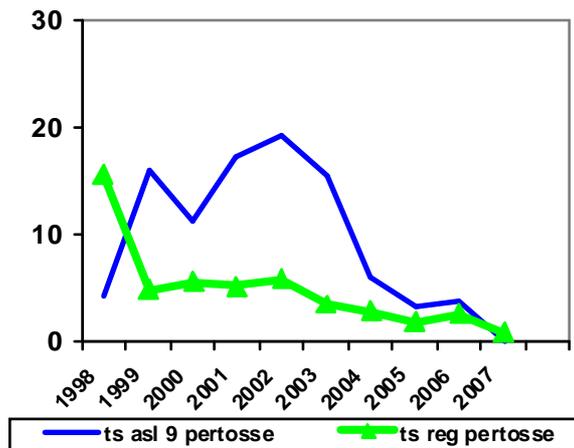
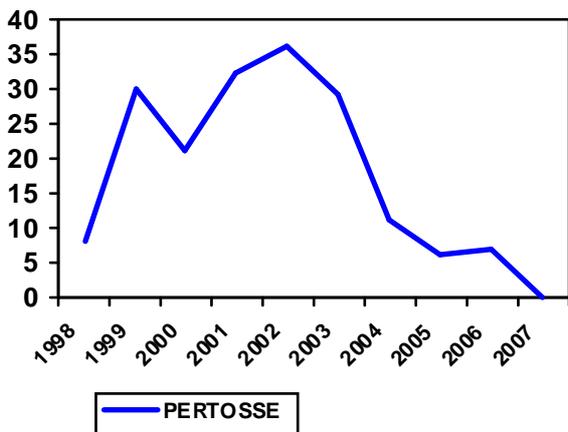


Confronto fra il tasso standardizzato della Asl 9 e quello della Regione Piemonte



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

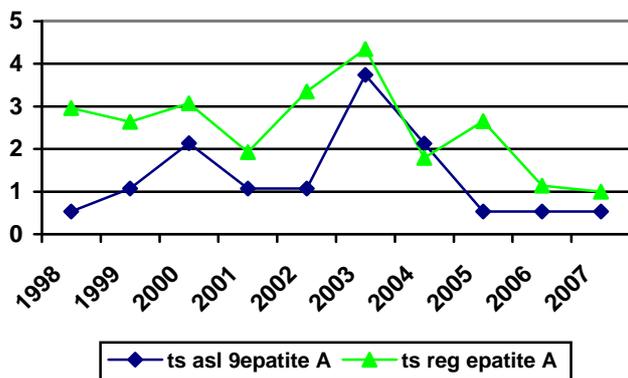
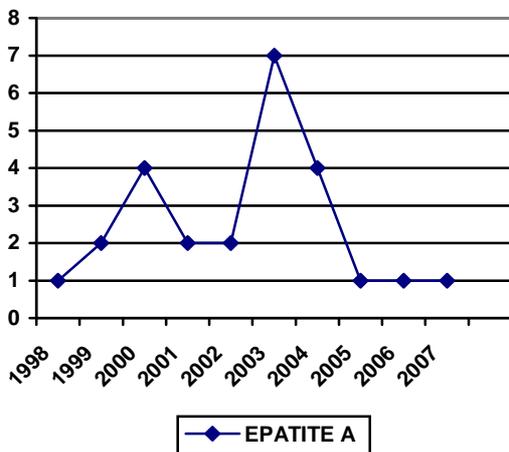
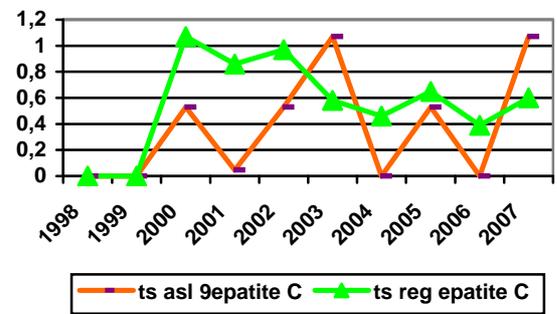
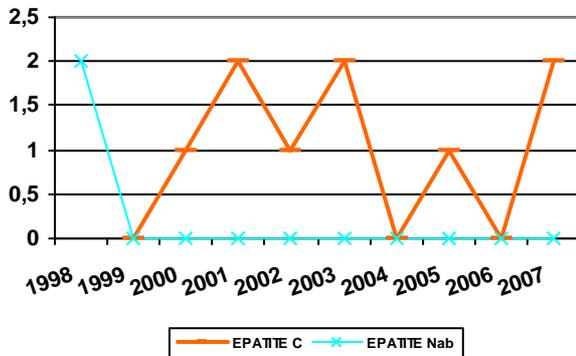
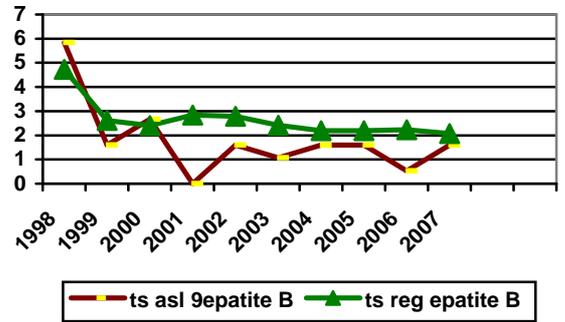
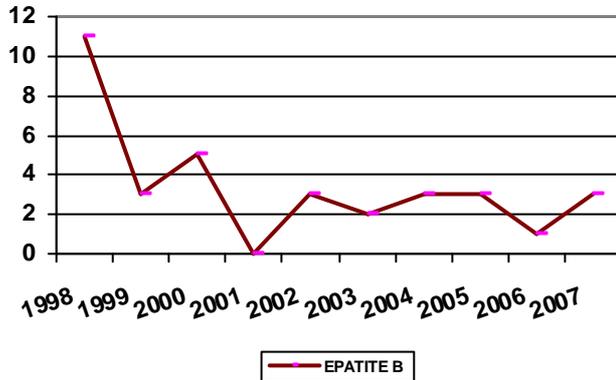


Commento : Per la PERTOSSE si osserva una riduzione del numero assoluto di casi notificati dal 2002, con un tasso standardizzato però costantemente superiore a quello regionale.

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

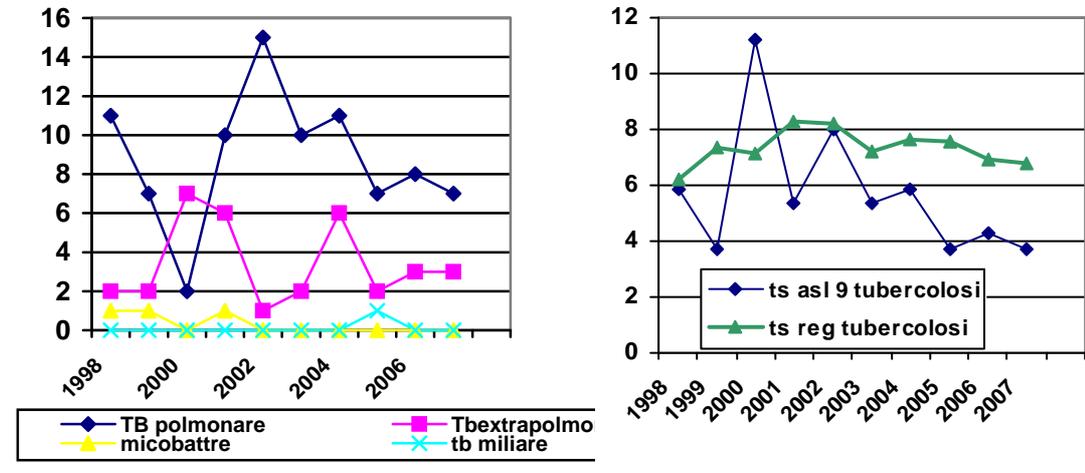


Commento : riduzione dei casi notificati per EPATITE B e valore del tasso standardizzato inferiore a quello regionale.

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

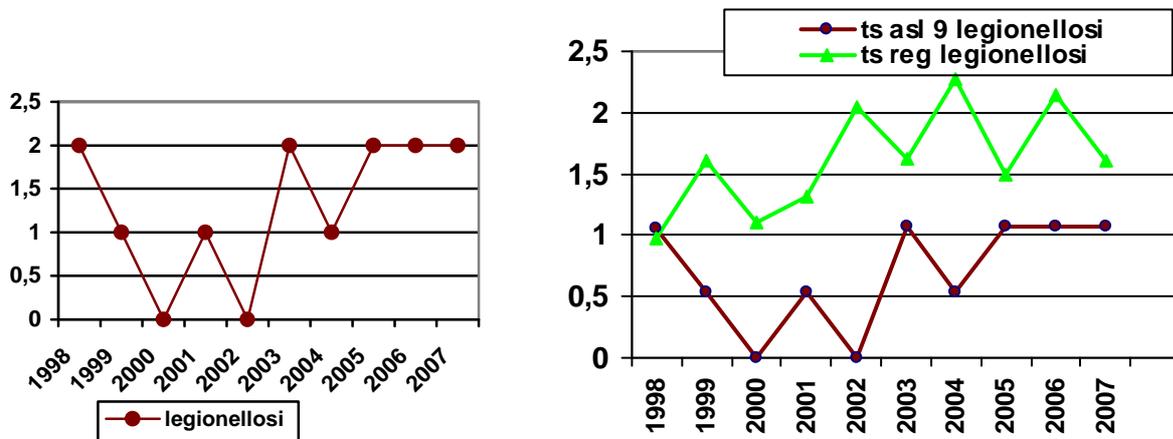
Dopo due picchi di incremento di casi notificati di EPATITE A nel 2000 e nel 2003, si osserva una netta riduzione, con un tasso però sempre inferiore a quello regionale.

TUBERCOLOSI

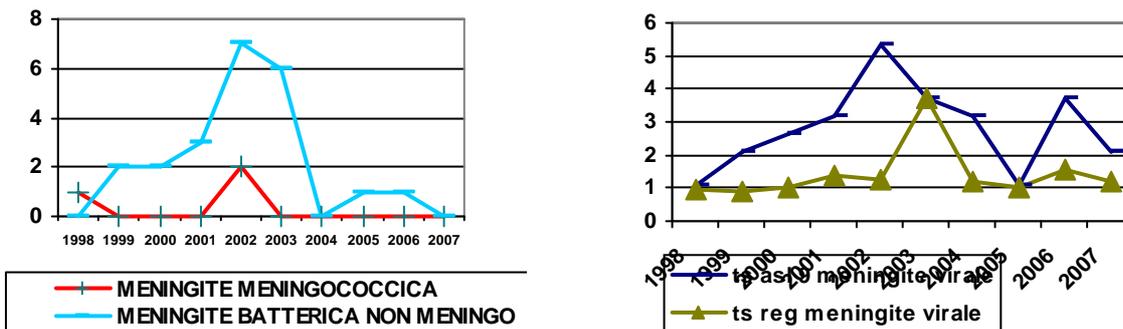


Dopo un aumento del numero dei casi notificati di TUBERCOLOSI POLMONARE nel 2002, si assiste ad una tendenza in riduzione, così come il valore del tasso standardizzato che ha avuto un solo aumento rispetto al valore di riferimento regionale nel 2000

LEGIONELLOSI



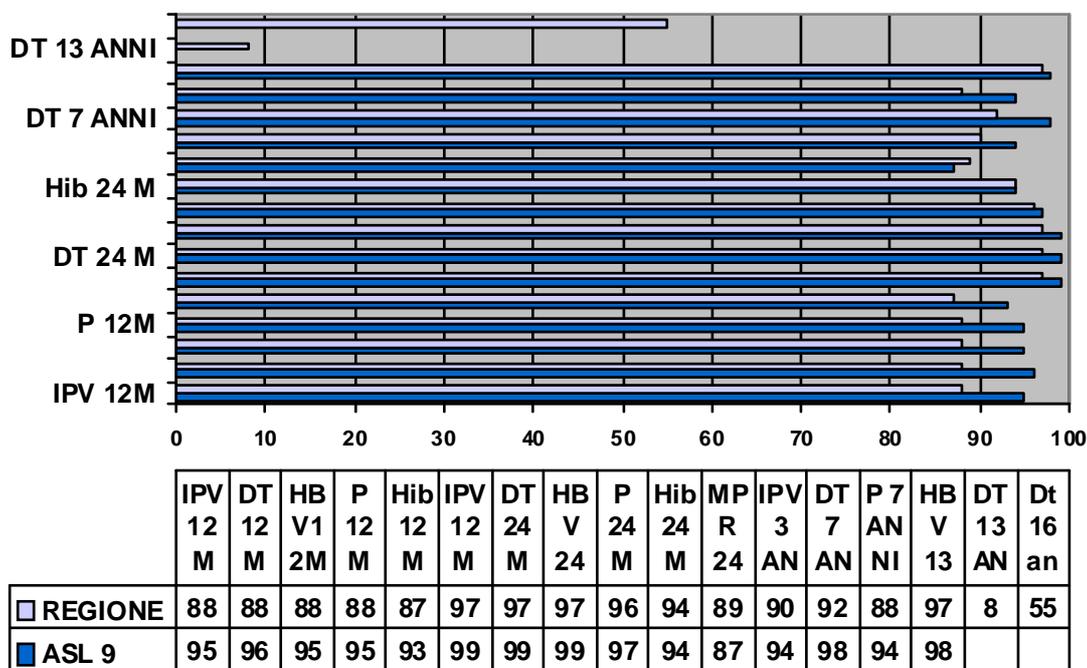
MENINGITE MENINGOCOCCICA, MENINGOENCEFALITE VIRALE



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



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.

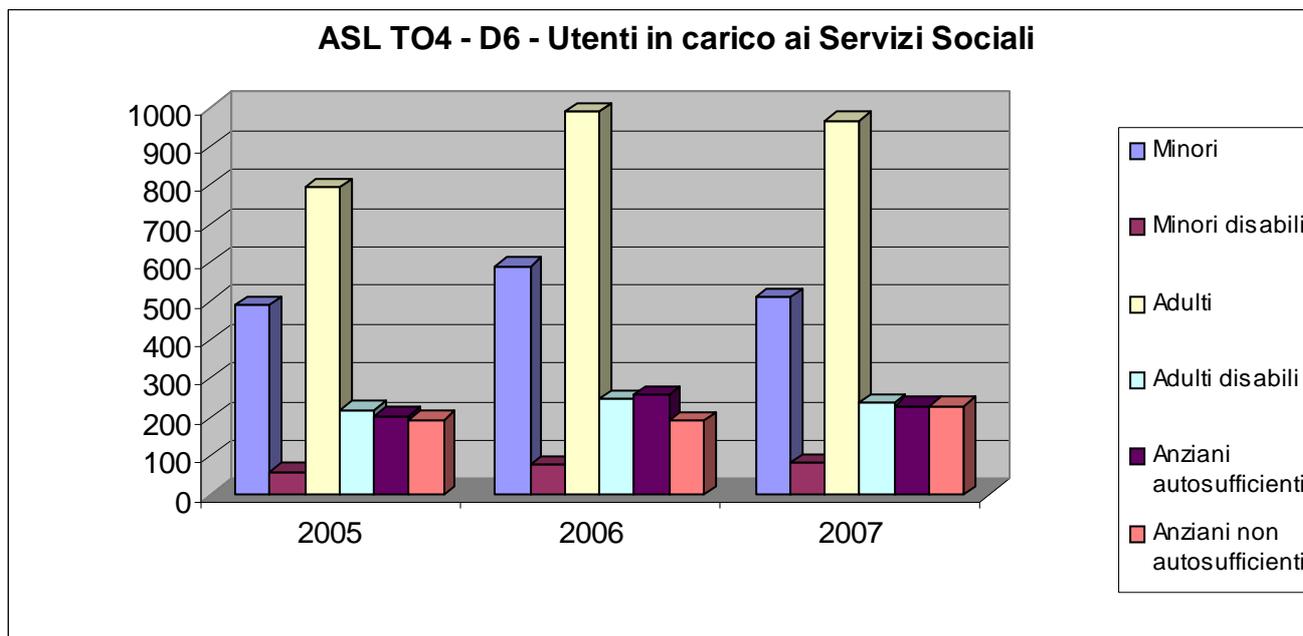
DISTRETTO SANITARIO 6 ASL TO 4

Dati al 31.1.2.2007

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Il Servizio Sociale Professionale si concretizza, sull'intero territorio del Distretto, attraverso azioni ed interventi mirati a promuovere, accompagnare e sostenere la persona, mediante la stesura, la condivisione e la sottoscrizione di un progetto sociale volto ad affrontare eventi e condizioni critiche. Le Assistenti Sociali garantiscono alle persone in difficoltà accoglienza, ascolto, orientamento, attivazione di risorse idonee.

A seguire grafici e tabelle per illustrare l'andamento delle prese in carico da parte dei Servizi Sociali del Distretto nel triennio 2005-2006-2007¹



¹ Specifichiamo le categorie secondo le quali gli utenti vengono classificati per l'analisi statistica dei dati:

Minori: compresi tra gli 0 ed i 18 anni (compreso chi diviene maggiorenne nell'anno)

Minori disabili: Minori con certificazione handicap

Adulti: compresi tra i 19 ed i 64 anni

Adulti disabili: Adulti con certificazione handicap

Anziani Autosufficienti: con età uguale o superiore ai 65 anni

Anziani Non Autosufficienti: Anziani con Invalidità Civile e Indennità di Accompagnamento

D6 Utenti in carico			
	2005	2006	2007
Minori	490	591	511
Minori disabili	60	76	81
Adulti	793	991	967
Adulti disabili	219	248	236
Anziani autosufficienti	204	257	230
Anziani non autosufficienti	192	191	229
Totale utenti	1958	2354	2254
Nuclei	1063	1215	1187

L'area nella quale si registra il maggior numero di prese in carico su una media dei tre anni è l'area adulti (42%), a seguire i minori (24%), e gli anziani (totalmente 19,8%).

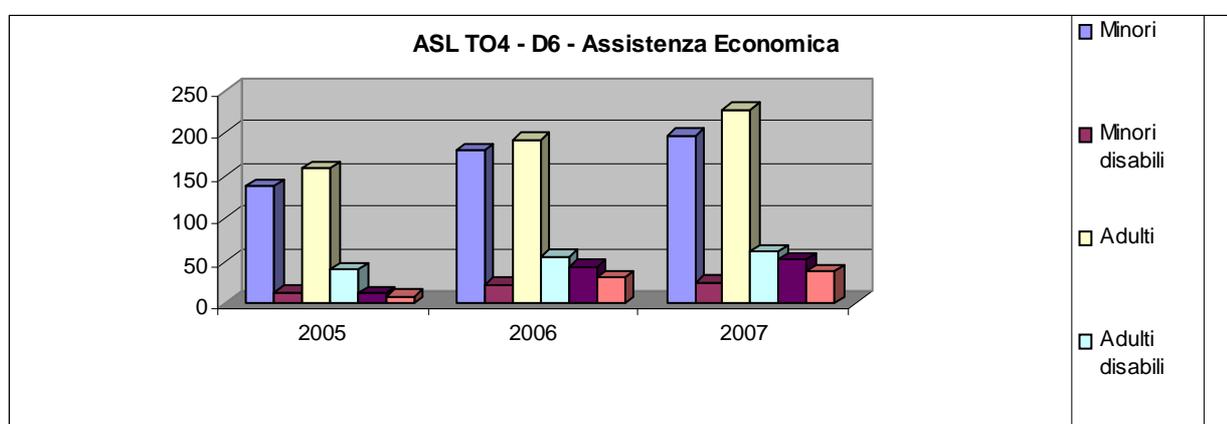
Tra il 2005 ed il 2007 si è registrato un incremento di oltre il 35% per quanto riguarda le prese in carico di situazioni di minori disabili, seguono (con il 21,9%) le situazioni inerenti gli adulti.

Prestazioni e servizi prevalenti attivati dal servizio sociale professionale

ASSISTENZA ECONOMICA

Si tratta di un contributo economico finalizzato a sostenere in via temporanea situazioni di insufficienza reddituale tali da incorrere in rischi di emarginazione sociale. L'importo del contributo dipende dalle condizioni familiari.

Il contributo è predisposto dall'Assistente Sociale all'interno di un progetto sociale ed è modulato, pur nel rispetto dei requisiti di oggettività, trasparenza ed esigibilità dei diritti, a misura di ogni singola situazione espressa tenendo conto dei requisiti indicati dal regolamento. Parte fondamentale del progetto individualizzato che si predispone per ogni beneficiario del Servizio, è la definizione degli obiettivi, dei tempi per il loro raggiungimento e degli impegni che devono essere concordati tra il Servizio sociale e la persona che ne beneficia.

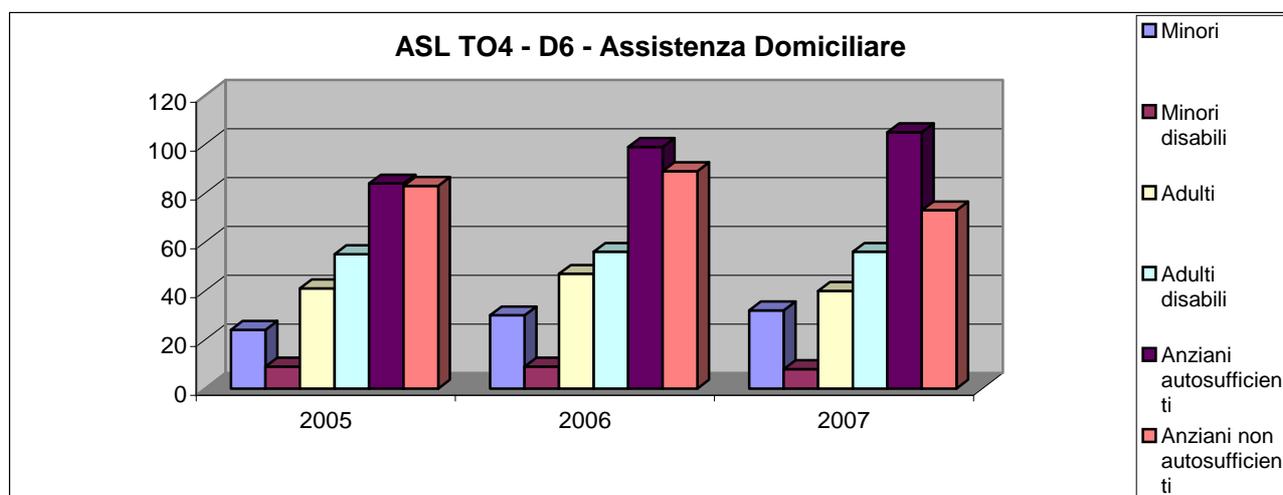


	2005	2006	2007
Minori	138	180	197
Minori Disabili	13	22	24
Adulti	159	193	228
Adulti Disabili	40	55	61
Anziani Autosufficienti	12	43	51
Anziani Non Autosufficienti	8	30	37
Totale utenti	370	523	598
Nuclei	236	337	359

Nelle tre annualità i principali beneficiari dell'intervento sono stati i minori e gli adulti. Tale osservazione può indurre ad una riflessione sulla fragilità delle famiglie, in particolare quelle con figli minori a carico, le quali si trovano a dover ricorrere a sussidi economici di tipo assistenziale poiché magari carenti interventi specifici e mirati al mantenimento di una seppur minima autonomia.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Consiste in interventi realizzati da Operatori Socio Sanitari prevalentemente al domicilio di persone e nuclei familiari che, per la non completa autosufficienza o altri particolari motivi, abbiano necessità di adeguato supporto per vivere presso il proprio domicilio, anche con il coinvolgimento delle responsabilità familiari. Gli interventi sono attivabili in situazioni di aiuto diretto alla cura della persona e nel supporto di attività quotidiane: aiuto per lo svolgimento di attività a carattere domestico, interventi igienico-sanitari di semplice attuazione, accompagnamento per l'accesso ai Servizi ed alle risorse del territorio, disbrigo di pratiche amministrative e/o sanitarie, aiuto nella preparazione e consegna dei pasti e promozione di attività volte a favorire la socializzazione e la partecipazione.



	2005	2006	2007
Minori	24	30	32
Minori Disabili	9	9	8
Adulti	41	47	40
Adulti Disabili	55	56	56
Anziani Autosufficienti	84	99	105
Anziani Non Autosufficienti	83	89	73
Totale utenti	296	330	314
Nuclei	239	262	249

Come già si evince dalla breve introduzione esplicativa, il Servizio è destinato in particolar modo alle persone anziane per prevenire l'istituzionalizzazione, in un'ottica di promozione della domiciliarità, sostenendo i familiari nell'assistenza dell'anziano all'interno di un contesto sociale ed emotivo che conosce, che riconosce come proprio. Questo spiega la maggior percentuale di

richieste provenienti da **anziani autosufficienti e non** (oltre il 56%), richiedenti un sostegno al domicilio che vada a rendere non necessario un inserimento in struttura che comporterebbe lo sradicamento dal proprio contesto di vita ed un calo nella propria autostima.

Circa 18 interventi su 100 sono invece stati attivati a favore di **adulti con disabilità**, nell'ambito di progetti di promozione dell'autonomia attraverso sostegni mirati, calibrati sulle risorse ed i punti di forza dell'individuo.

Tra il 2006 ed il 2007 la spesa del C.I.S.S. 38 relativa al Servizio di Assistenza Domiciliare è aumentata di 7,8 punti percentuali.

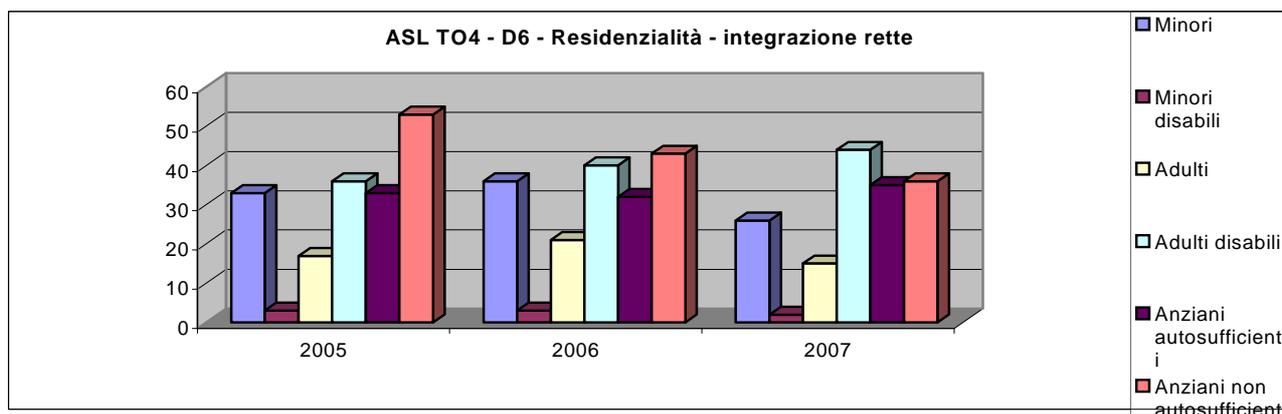
RESIDENZIALITÀ - INTEGRAZIONE RETTE

La residenzialità, ovvero l'inserimento in strutture ad hoc in particolari condizioni, riguarda l'intera gamma di utenti dei Servizi Sociali: dai minori agli adulti agli anziani, le persone autosufficienti, non autosufficienti e disabili.

Le strutture ospitano persone impossibilitate a soddisfare i bisogni primari al proprio domicilio, o che per loro scelta preferiscono usufruire di Servizi collettivi anziché autogestirsi (vd RAA – Residenza Assistenziale Alberghiera - e RAB – Residenza Assistenziale di Base - per anziani e per adulti), possono fornire accoglienza, prestazioni assistenziali e di recupero a persone in condizioni psico-fisiche di non-autosufficienza di media intensità (vd RAF – Residenza Assistenziale Flessibile - per anziani e per adulti) oppure possono accogliere persone adulte ed anziane non autosufficienti che necessitano di un elevato grado di assistenza tutelare e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative di grado medio-elevato (vd RSA – Residenza Sanitaria Assistenziale -). In tutte le strutture l'inserimento può avere carattere temporaneo o definitivo. Per quanto riguarda i minori, è possibile l'inserimento in comunità alloggio nei casi e nei momenti in cui la famiglia non sia in grado di assicurare le proprie cure o quando, per un periodo anche prolungato, non è ammissibile la permanenza nel nucleo familiare di origine.

È possibile anche l'accoglienza residenziale della coppia madre-bambino.

Qualora il reddito dell'ospite in struttura non sia sufficiente al pagamento della retta, vi è la possibilità di richiedere al C.I.S.S. 38 l'integrazione della medesima sulla base dell'attestazione I.S.E.E. (Indicatore Situazione Economica Equivalente), secondo i criteri fissati dall'apposito regolamento del Consorzio.



	2005	2006	2007
Minori	33	36	26
Minori Disabili	3	3	2
Adulti	17	21	15
Adulti Disabili	36	40	44
Anziani Autosufficienti	33	32	35
Anziani Non Autosufficienti	53	43	36
Totale utenti	175	175	158
Nuclei	184	151	137

Confrontando le spese sostenute dal Consorzio C.I.S.S. 38 negli anni 2006 e 2007 è possibile evidenziare un incremento, per quanto riguarda l'integrazione rette in **strutture per anziani**, del 15%, mentre, per quanto riguarda le **persone disabili** l'incremento è del 12,6%.

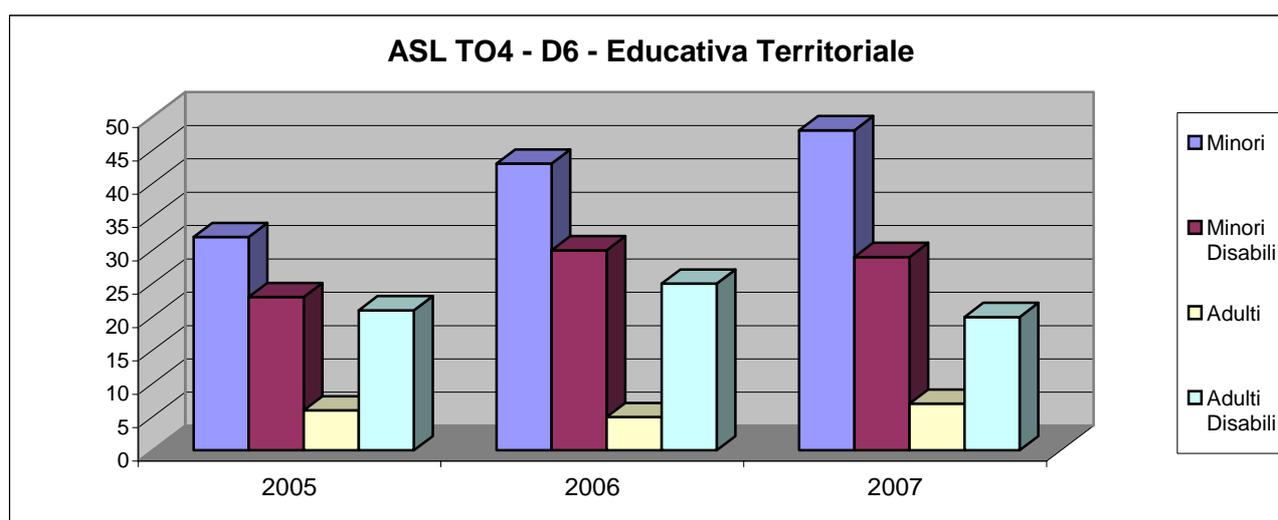
Incrociando questo dato con quanto riportato in tabella, è evidente che, a fronte di un minor numero di interventi erogati a favore di anziani (autosufficienti e non), la spesa sostenuta è aumentata, dando così riscontro all'aumento delle tariffe applicate dai presidi residenziali nell'ambito del piano di progressione economica indicato dalla Regione Piemonte.

SERVIZIO DI EDUCATIVA TERRITORIALE

Per quanto riguarda le persone disabili, si tratta di un servizio che fornisce interventi educativi individuali e di gruppo, realizzati da educatori professionali, finalizzati a valutare e migliorare le capacità della persona disabile e a supportare la sua famiglia. Nello specifico gli interventi si realizzano presso le famiglie e il loro ambiente di vita, con attività educative mirate a migliorare i rapporti tra individuo e ambiente (famiglia, scuola, lavoro, tempo libero...), oppure all'interno della scuola come sostegno a persone con disabilità sensoriali (cecità o sordità), minorenni o maggiorenni, inserite in percorsi scolastici e formativi

Altra declinazione del Servizio è il supporto ai minori ed alle loro famiglie nel ricercare o potenziare risorse personali e ambientali, attraverso un progetto personalizzato di interventi realizzati da educatori professionali presso la famiglia e/o nel contesto di vita.

Le attività di tipo educativo mirano al raggiungimento o al mantenimento della massima autonomia personale e sociale.

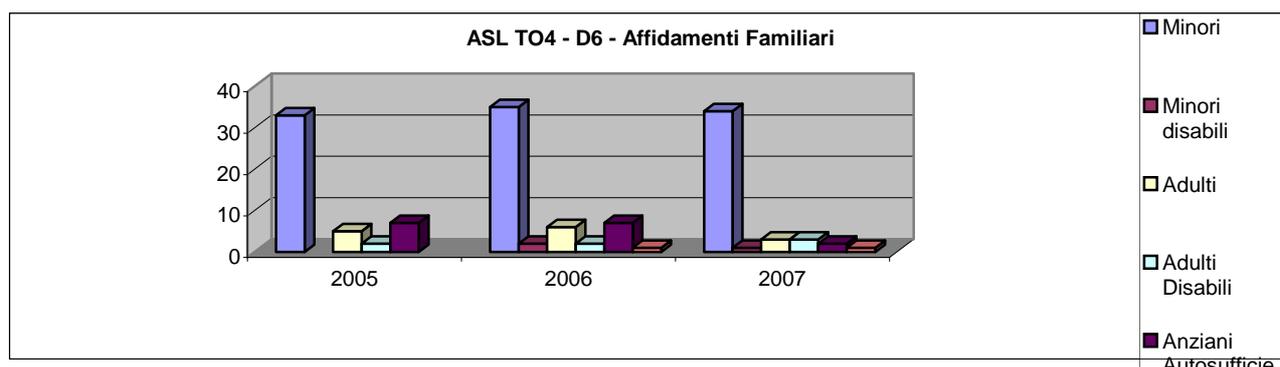


	2005	2006	2007
Minori	32	43	48
Minori Disabili	23	30	29
Adulti	6	5	7
Adulti Disabili	21	25	20
Totale Utenti	82	103	104
Nuclei	73	88	92

L'incremento maggiore di prese in carico da parte del Servizio di Educativa Territoriale si rileva nel gruppo dei **minori** (50% nel triennio), segnale di una politica bambino-centrica, che intende sanare le relazioni genitori-figli agendo sulla rete territoriale stante intorno alla famiglia (rinforzo delle relazioni positive, ampliamento della cerchia amicale, sostegno nella lettura del mondo esterno, ...) oppure direttamente sulla relazione, consentendola e sostenendola tramite l'offerta di luoghi neutri e protetti in cui viene osservato, mantenuto, recuperato o ricostruito il legame del bambino con il genitore non convivente/affidatario e/o con altri familiari.

AFFIDAMENTO FAMILIARE

È un intervento volto a fornire un'adeguata sistemazione alle persone non in grado di provvedere a se stessi e privi di ambiente familiare, o in situazione di famiglia pregiudizievole o insufficiente allo sviluppo della loro personalità. Gli interventi sono attuati mantenendo, quando possibile, il soggetto nel suo ambiente sociale. Gli affidamenti familiari possono essere attuati per minori, disabili, anziani o altre persone in difficoltà e possono essere finalizzati al reinserimento sociale di soggetti già ricoverati in strutture assistenziali per i quali sia idoneo un tale tipo d'intervento. Nel caso di minori o di incapaci gli affidamenti sono disposti o su proposta dei servizi socio-assistenziali con il consenso di chi esercita la potestà genitoriale, o la tutela o la curatela, ovvero in attuazione di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria secondo quanto disposto dalla Legge 184/1983 e s.m.i.



	2005	2006	2007
Minori	33	35	34
Minori Disabili		2	1
Adulti	5	6	3
Adulti Disabili	2	2	3
Anziani Autosufficienti	7	7	2
Anziani Non Autosufficienti		1	1
Totale utenti	47	53	44
Nuclei	31	28	37

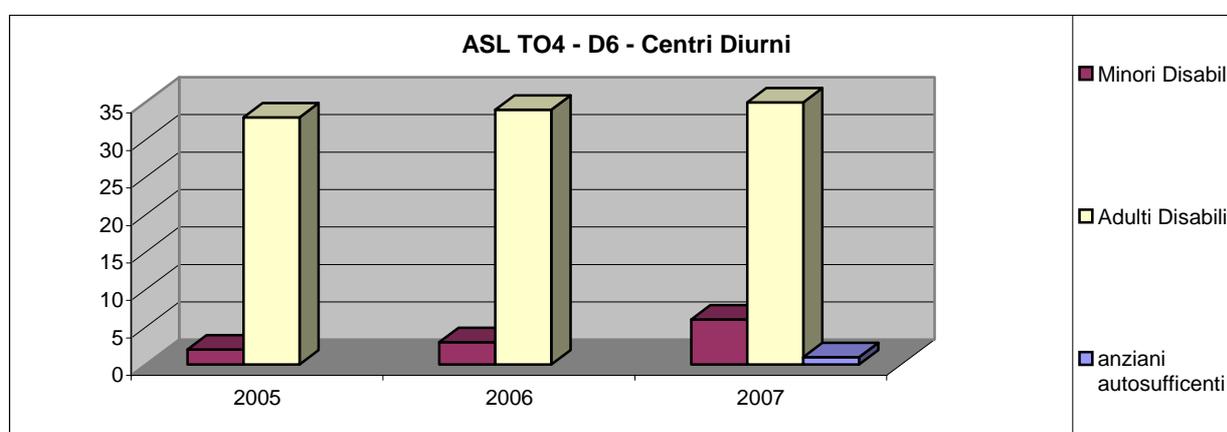
dai dati emerge un ricorso costante, sul territorio, all'affidamento familiare come risorsa nella cura dei minori, i quali risultano essere il 77% del totale dei beneficiari.

INSERIMENTO IN CENTRI DIURNI

I centri diurni sono Servizi con funzioni educative ed assistenziali organizzati sulla base di una programmazione di attività individuali e di gruppo, continuative o periodiche, legate alle esigenze educative, socio-riabilitative e quotidiane dei soggetti in ragione di un Progetto Educativo Individualizzato

L'intervento, che ha anche l'obiettivo di sostenere temporaneamente il nucleo familiare, è finalizzato a:

- Promuovere l'autonomia, la socializzazione e l'integrazione sociale delle persone beneficiarie dell'intervento;
 - Potenziare le capacità espressive, favorire lo sviluppo di capacità relazionali che consentano di raggiungere la massima autonomia possibile delle persone con disabilità intellettiva o fisica
- Per raggiungere tali finalità vengono organizzate attività espressive e manuali svolte all'interno e all'esterno, utilizzando risorse presenti sul territorio.



	2005	2006	2007
Minori Disabili	2	3	6
Adulti Disabili	33	34	35
Anziani Autosufficienti			1
Totale utenti	35	37	42
Nuclei	35	36	38

Il servizio è in costante aumento per ogni categoria di utenza, con l'ingresso, nell'ultima annualità considerata, di un nuovo gruppo di beneficiari: gli anziani autosufficienti, che godono in questo modo di una risorsa fondamentale sul territorio in quanto rende disponibile un punto d'incontro in cui trascorrere piacevolmente il tempo libero che rischia, con il pensionamento, di divenire causa di una diminuzione del senso della propria autoefficacia (l'esclusione dal mondo del lavoro può suscitare interrogativi sul proprio "senso", la propria utilità nella comunità locale).

FASCE DEBOLI

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

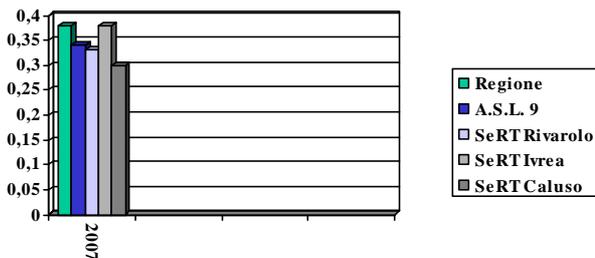
- dipendenze da alcool e droghe;
- assistenza agli Anziani;
- assistenza ai Disabili
- assistenza a soggetti con disturbi psichiatrici;
- assistenza ai Minori.

DIPENDENZE DA ALCOOL E DROGHE :

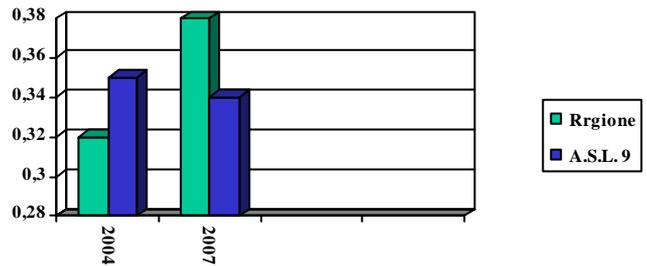
I dati esaminati sono stati estrapolati da quelli inviati dai SeRT alla Regione Piemonte ed elaborati a cura dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze Piemonte.

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 quanto 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).

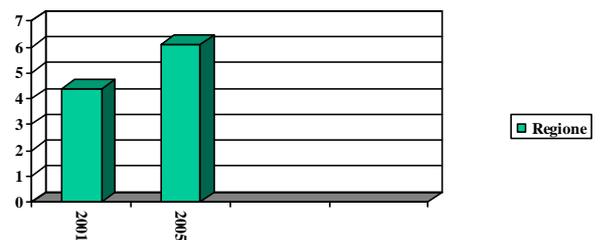
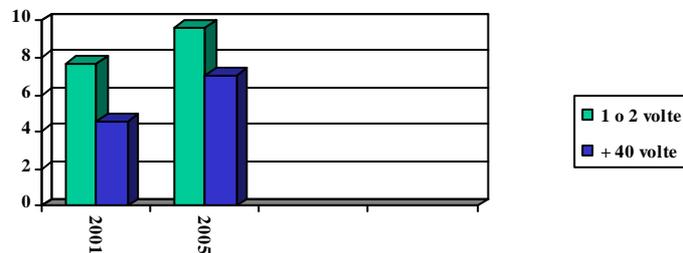


Da un'analisi suddivisa per i territori del SeRT dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea è però emerso che la percentuale di utenti del SeRT di Ivrea è in linea con quella regionale (0,38%) mentre è inferiore presso il SeRT di Rivarolo C.se (0,33%) e Caluso (0,30%). Da un confronto dei dati dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea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



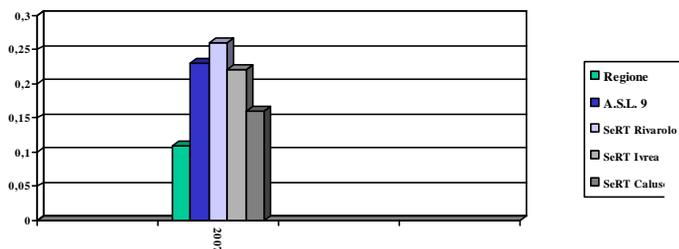
Per quanto riguarda l'uso di droghe da parte di minori, dallo studio HBSC del 2001, che ha analizzato i dati di un test somministrato a campione a 1.200 studenti quindicenni della Regione Piemonte, è emerso che il 7,66 % di loro aveva fatto uso di cannabis 1 o 2 volte ed il 4,56 % più di 40 volte. Dallo 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.

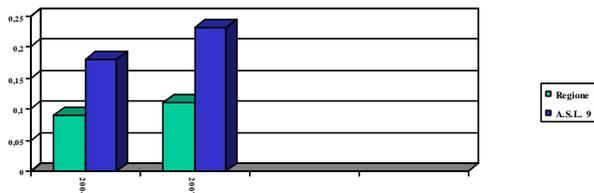


Per quanto riguarda le dipendenze dall'alcool, la percentuale di soggetti che fanno uso/abuso di alcool insistenti sul territorio dell'ex A.S.L. 9 di Ivrea è nettamente superiore rispetto alla percentuale regionale (dato 2007 : 0,23 % dell'ex A.S.L. 9 contro lo 0,11 % del territorio regionale). In questo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

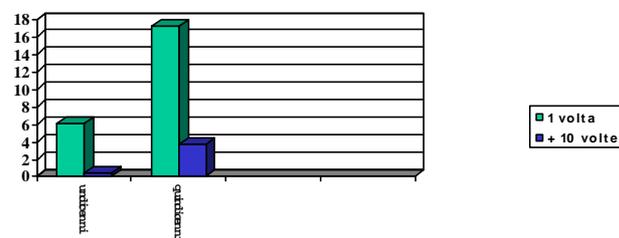
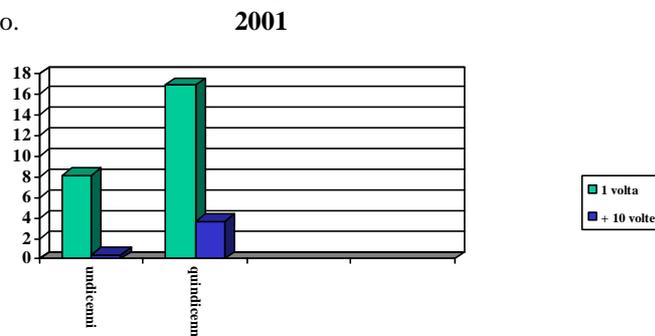
Nel 2001 l'8,16% degli undicenni dichiarava di essersi ubriacato almeno una volta e lo 0,46% più 10 volte; nel 2005 la percentuale diminuiva e si passava al 6,06% dell'essersi ubriacato almeno una volta ed al 0,39% dell'essersi ubriacato più di 10 volte.

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.



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 è 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.

AMBIENTE

Acque potabili

Per quanto riguarda gli aspetti microbiologici, si segnala che in alcuni pubblici acquedotti talvolta è stata evidenziata la presenza di *Enterococchi* 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 patogenicità 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 distribuzioni territoriali 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, il Comune di Locana (arsenico); inoltre una delle fonti di approvvigionamento idropotabile del Comune di Castellamonte presenta una situazione critica per presenza di 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 atinta 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 parecchi pozzi idropotabili asserviti a pubblici acquedotti ne è stata rilevata la presenza. Più precisamente tutta la vasta area posta a sud, ai confini con il territorio delle ex ASL 6 e 7 è interessata a tale problematica, che coinvolge il territorio di più di dieci Comuni. Recentemente per gli acquedotti dei comuni di Rivara e di Bosconero si è resa necessaria l'installazione di impianti di trattamento (rispettivamente per l'abbattimento di solventi clorurati e diserbanti)

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. A fronte di tale criticità, peraltro generalizzata in tutti gli ambiti urbani, e in assenza di ulteriori punti di rilevamento, si può solamente ipotizzare, per estrapolazione, che a tale tipologia di rischio sia esposto una larga parte della popolazione residente in ambito urbano e sub-urbano.

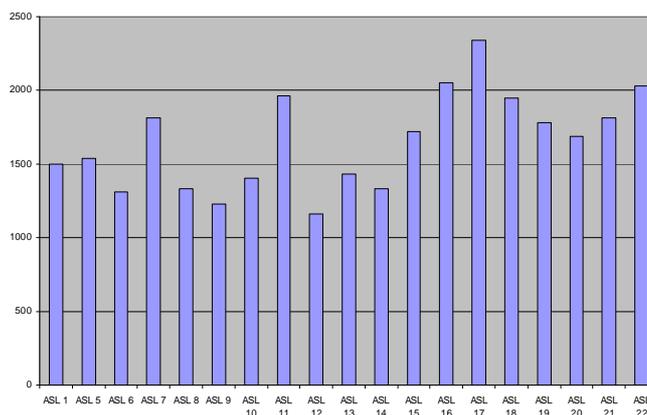
Clima

Le anomalie climatiche riscontrabili a livello globale interessano anche il territorio della ex ASL 9. In particolare anomalie relative alle distribuzioni stagionali 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

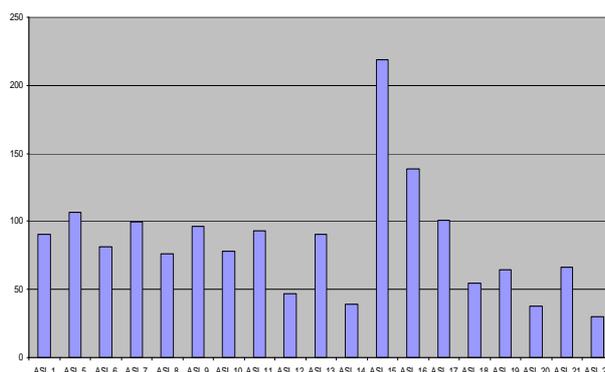
I dati disponibili dimostrano che, globalmente, il numero di infortuni sul lavoro nel territorio della ex ASL 9 in rapporto alla popolazione attiva, è decisamente al di sotto della media regionale. L'analisi dei dati in rapporto al settore economico, industria e agricoltura, e alla gravità dell'evento, 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 è accompagnato dal contestuale incremento degli eventi con inabilità permanente. Questo fenomeno è riscontrabile anche nel territorio della ex ASL 9.

INFORTUNI ACCADUTI NEL 2005 E DEFINITI ENTRO IL 2007 X 100.000 PERSONE ATTIVE



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.

Malattie professionali X 100.000 persone attive (2007)



Inoltre 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.

Alimentazione e attività fisica

Secondo l'ultima indagine Multiscopo ISTAT '97 e '98, solo il 41% degli uomini e il 46% delle donne piemontesi dichiara abitudini alimentari corrette, mentre il 40% della popolazione ha almeno un comportamento scorretto ed oltre il 15% ha almeno due comportamenti alimentari scorretti, relativamente alla frequenza settimanale dichiarata di consumo di salumi, carne bianca e rossa, latticini, pesce, frutta e verdura.

Nella maggior parte dei casi, le abitudini alimentari insalubri sono inversamente 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.