



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Poster

47° Congresso Nazionale SItI

Riccione, 1 – 4 ottobre 2014

C1: Ambiente e salute	pag. 1
C2: Sicurezza alimentare e nutrizionale	pag. 156
C3: Promozione della salute e lotta al tabagismo	pag. 198
C4: Epidemiologia e prevenzione tumori maligno	pag. 338
C5: Organizzazione e gestione ospedaliera	pag. 369
C6: Medicina del turismo e delle migrazioni	pag. 454
C7: Prevenzione in movimento	pag. 489
C8: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardiovascolari e altre patologie croniche non tumorali	pag. 535
C9: Vaccinazioni dell'infanzia	pag. 576
C10: Infezioni correlate all'assistenza	pag. 599
C11: Assistenza sanitaria di base, distretti, case della salute	pag. 642
C12: La salute dell'anziano	pag. 693
C13: Vaccinazioni di adolescenti, adulti e anziani	pag. 711
C14: Antibioticoresistenze	pag. 747
C15: Percorsi diagnostico-terapeutici	pag. 766
C16: La salute del bambino	pag. 804
C17: Epidemiologia e prevenzione malattie infettive non VPD	pag. 837
C18: Problemi emergenti in sanità pubblica	pag. 869
C19: Vaccinazioni MPR-V	pag. 902
C20: Formazione, comunicazione sanitaria e new media	pag. 914
C21: Organizzazione dei Servizi vaccinali	pag. 1011
C22: Sessione Last Minute	pag. 1031



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C1: AMBIENTE E SALUTE



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 569

ANALISI SPAZIALE DELLA MORTALITA' E DEPRIVAZIONE NELL'AREA VASTA EMILIA CENTRO (AVEC)

P.Pandolfi 1, V. Perlangeli 1, L. Pizzi 1, E. Stivanello 1, P. Malfitano 1, A. Califano 3, A. De Togni 3, A. Pizzoli 2, N Collina 1, F. Francia 1

1. Dipartimento di Sanità Pubblica - Ausl Bologna

2. Dipartimento di Sanità Pubblica - Ausl di Imola

3. Dipartimento di Sanità Pubblica - Ausl Ferrara

INTRODUZIONE: Una delle più importanti necessità di un Sistema Sanitario Pubblico è quella di possedere strumenti per approfondire la conoscenza del territorio dove opera e per valutare in modo oggettivo lo stato di salute della popolazione a cui offre servizi socio-sanitari.

L'analisi della mortalità rappresenta ormai da tempo un punto importante del lavoro epidemiologico in quanto "indicatore globale" della salute.

Il disease mapping, nell'ambito dell'analisi spaziale della mortalità, è la rappresentazione della distribuzione geografica del fenomeno allo scopo di descrivere ed evidenziare aree omogenee o comuni a maggiore rischio di mortalità. Lo scopo di questo studio è quindi l'analisi della mortalità in un ottica spaziale utilizzando gli archivi di mortalità delle Aziende USL di Bologna, Imola e Ferrara territorialmente identificate come Area Vasta Emilia Centro (AVEC). Vari studi sull'origine delle disuguaglianze di salute hanno evidenziato significative relazioni tra la mortalità e lo stato socioeconomico o la privazione materiale degli individui, delle comunità e dei contesti in cui vivono. Questo studio si propone di valutare quanto lo stato di privazione socioeconomica spiega le differenze territoriali di rischio di mortalità nell'area in studio. **MATERIALI E METODI:** I dati elaborati provengono dai registri di mortalità delle cause di morte attivi nelle tre AUSL dal 1995 al 2011 e codificati fino al 2008 secondo l'ICD-9 e dal 2009 secondo l'ICD-10

Per la rappresentazione spaziale della mortalità (disease mapping), si è utilizzato come stima del rischio relativo il Bayesian Mortality Rate (BMR) calcolato con il modello Besag, York e Mollié. La scelta di affiancare all'SMR calcolato come stima del rischio relativo il BMR è legata al fatto che le mappe costruite con gli SMR risultano di difficile interpretazione epidemiologica in quanto non tengono conto di possibili effetti casuali legati alla variabilità campionaria in aree di piccole dimensioni (comuni). Il rischio bayesiano è stimato invece utilizzando informazioni a priori sia sulla variabilità non spazialmente strutturata (sovradisersione) sia sulla variabilità spaziale dei rischi relativi (clustering), per cui aree vicine tendono a mostrare un livello simile di rischio che genera una struttura di correlazione spaziale (conditional autoregression). Il valore del rischio stimato in ciascun comune è, quindi, funzione dei valori osservati nei comuni adiacenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Graficamente, i livelli delle mappe sono espressi in quintili della distribuzione dei BMR. In un secondo modello si è introdotta come covariata l'indice di deprivazione elaborato dall'Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna. La variabile quantitativa è associata ad un parametro di regressione β con una distribuzione come indicato da Lawson (2003). Il modello è stato implementato tramite i software STATA 12 e WinBUGS. **RISULTATI:** Le mappe costruite con i BMR evidenziano un'area omogenea con rischio aumentato in alcuni comuni della provincia di Ferrara ed in qualche comune a sud della provincia di Bologna. Confrontando le mappe relative ai BMR stimati senza e con la variabile relativa alla deprivazione si può notare come le mappe costruite con la deprivazione modifichino in parte le stime pur mantenendo una certa eterogeneità. Come si vede nella figura 2, nel periodo 1995-2000 l'aggiunta dell'indice di deprivazione porta ad una riduzione del rischio superiore al 2% solo in un comune. Nel secondo e nel terzo periodo si osservano invece riduzioni del rischio superiori al 2% in un numero maggiore di comuni sia bolognesi che ferraresi.

L'inserimento della variabile relativa alla deprivazione nel modello BYM non sembra influenzare la mortalità nei centri più popolosi. **CONCLUSIONI:** L'analisi spaziale della mortalità generale AVEC mostra un'eterogeneità spaziale.

Le variazioni nelle stime di rischio di mortalità dopo aver considerato l'indice di deprivazione indicano che una parte dell'eterogeneità è spiegata proprio da questo fattore. Le analisi evidenziano anche che soprattutto nel periodo più recente la deprivazione spiega le differenze in termini di mortalità, suggerendo un legame tra diseguaglianze e mortalità. L'inserimento della variabile relativa alla deprivazione nel modello BYM non sembra influenzare però la mortalità nei comuni di grandi dimensioni. Per questi ultimi una disaggregazione in aree sub-comunali (sezioni di censimento) potrebbe ridurre l'evidente ecological bias e permetterebbe di rilevare in modo più accurato l'influenza sul fenomeno dalla deprivazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 091

ATTIVITÀ DI DENDRIMERI E POLIAMINO-FENOLI SU BIOFILM MONOSPECIE E MULTISPECIE DI *LEGIONELLA PNEUMOPHILA*

E. Andreozzi 1, F. Barbieri 2, F. Bruscolini 2, M.F. Ottaviani 1, L. Giorgi 3, A. Manti 1, L. Sabatini 2, A. Pianetti 2

1 Dipartimento di Scienze della Terra, della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Urbino

2 Dipartimento di Scienze Biomolecolari - Sez. Scienze Tossicologiche, Igienistiche e Ambientali, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Urbino

3 Dipartimento di Scienze di Base e Fondamenti, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Urbino

INTRODUZIONE: *Legionella pneumophila* è il principale agente di legionellosi, una malattia che può avere decorso fatale soprattutto nei soggetti compromessi, e che si contrae per inalazione di aerosol. Il batterio ha il suo habitat in vari sistemi acquatici naturali ed è in grado di colonizzare ambienti artificiali come le reti idriche e gli impianti di condizionamento degli edifici. All'interno di tali strutture il microrganismo è in grado di aderire a biofilm microbici che si formano sulle superfici e che lo proteggono dall'azione dei comuni biocidi, rappresentando pertanto un importante problema di sanità pubblica. I metodi di disinfezione attualmente in uso, pur essendo efficaci nel breve periodo, non garantiscono una decontaminazione a lungo termine da legionella, consentendo al batterio, protetto all'interno del biofilm, di ricolonizzare gli impianti in tempi relativamente brevi. Pertanto si rendono necessarie strategie alternative in grado di rimuovere o prevenire la formazione dei biofilm. **MATERIALI E METODI:** Poliamino-fenoli (Macrofen, Double Macrofen, BFDEN, BISOM, DIMO) e dendrimeri (PAMAM G (generation) 0.5 e PAMAM G 2) sono stati scelti perché la loro struttura potrebbe interferire con le molecole della matrice del biofilm. Al fine di investigare la loro attività sono stati saggiati in vitro su biofilm monospecie e multispecie formati da *L. pneumophila* e altri batteri verosimilmente riscontrabili nell'acqua potabile (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Aeromonas hydrophila*, *Klebsiella pneumoniae*). Le concentrazioni dei singoli composti sono state scelte in base a test di citotossicità su linee cellulari INT 407 e HeLa. Inoltre è stata valutata la vitalità microbica (dopo trattamento di 24 ore sui batteri planctonici) mediante conta su piastra e citometria a flusso per verificare se l'attività anti-biofilm di tali molecole fosse dovuta a un effetto microbicida o a un'interferenza dei composti con la matrice. **RISULTATI:** I test di citotossicità hanno evidenziato che le concentrazioni che non inducevano effetto citotossico su entrambe le linee cellulari erano 0,1 mM per i poliamino-fenoli e 1 mM per i dendrimeri. Tali concentrazioni sono state quindi testate sui biofilm. Il dendrimero PAMAM G 0.5 è risultato il composto più efficace nell'inibire la formazione di biofilm sia monospecie che multispecie, mentre PAMAM G 2 si è dimostrato meno attivo, ma comunque capace di un'efficacia di riduzione del biofilm in alcuni casi superiore al 50%. Macrofen e Double



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Macrofen sono invece risultate le molecole più attive fra i poliamino-fenoli. Inoltre, le conte su piastra e le analisi citometriche condotte su questi quattro composti non hanno evidenziato attività microbica, suggerendo pertanto che la riduzione del biofilm potrebbe essere dovuta a una loro interazione con le molecole della matrice. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti suggeriscono che i dendrimeri PAMAM a bassa generazione, Macrofen e Double Macrofen, avendo il vantaggio di essere efficaci a dosi non citotossiche, potrebbero essere presi in considerazione per lo sviluppo di trattamenti innovativi di disinfezione, in grado di prevenire la formazione o di promuovere la rimozione di biofilm nelle reti idriche. I dati sono tuttavia preliminari e saranno comunque necessari ulteriori approfondimenti al fine di una migliore comprensione dei meccanismi alla base dell'interazione tra queste molecole e le componenti biotiche e abiotiche del biofilm.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 477

I PESTICIDI QUALI POSSIBILI FATTORI AMBIENTALI DI RISCHIO NELLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO DI POPOLAZIONE IN EMILIA ROMAGNA

E. Arcolin 1,2; M. Fiore 3; J. Mandrioli 4; L. Iacuzio 1,2; C. Malagoli 1; F. Violi 1; T. Filippini 1,2; E. Georgouloupoulou 4; C. Ledda 3; C. Mauceri 3; A. Floridia 3; A. Di Martino 3; M.G. D'Agati 3; R. Fazio 3; F. Patti 3; M. Zappia 3; S. Sciacca 3; M. Ferrante 3; M. Vinceti 1

1 *CREAGEN – Centro di Ricerca in Epidemiologia Ambientale, Genetica e Nutrizionale, Università di Modena e Reggio Emilia, Reggio Emilia*

2 *Scuola Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - UNIMORE*

3 *Dipartimento "GF Ingrassia" – Sezione di Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Catania, Catania*

4 *Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena*

INTRODUZIONE: La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa che colpisce sia i motoneuroni inferiori del tronco encefalico e del midollo spinale, sia i motoneuroni superiori della corteccia motoria, causando atrofia e debolezza muscolare, fascicolazioni e spasticità con conseguente prognosi rapidamente infausta. C'è un largo consenso in merito al fatto che la SLA sia causata dall'interazione gene-ambiente e la letteratura scientifica propone una crescente lista di potenziali fattori di rischio ambientali, che include anche i pesticidi, già coinvolti nella patogenesi di altre malattie neurodegenerative, come le malattie di Parkinson e Alzheimer. Abbiamo realizzato uno studio caso-controllo di popolazione in due province emiliane (Modena, Reggio Emilia) e in una provincia siciliana (Catania), al fine di valutare se l'esposizione a questi tossici abbia rappresentato, nel corso degli anni più recenti, un fattore di rischio per la SLA.

L'esposizione a pesticidi che abbiamo preso in esame nel nostro studio è stata sia quella conseguente alla residenza presso aree agricole e specificatamente presso coltivazioni per le quali sono tipicamente utilizzati composti neurotossici, di cui è possibile una diffusione per via aerea, sia quella derivante da un utilizzo diretto di tali prodotti nel corso dell'attività lavorativa.

MATERIALI E METODI: Sono stati identificati mediante il Registro SLA della Regione Emilia-Romagna integrato con i flussi provenienti dagli archivi clinici appropriati (banca dati SDO, farmacologica e delle schede di decesso), tutti i casi di SLA diagnosticati nel periodo 2008-2011 nelle tre province in studio. Per ciascun paziente sono stati estratti con procedura casuale dalla popolazione generale mediante gli archivi degli assistiti AUSL, 4 controlli appaiati per sesso, anno di nascita e provincia di residenza. A ciascun paziente (o alle loro famiglie nel caso di decesso) ed ai relativi controlli è stato somministrato un questionario atto in particolare alla raccolta di informazioni sulla storia residenziale e l'attività professionale che avessero potuto implicare una esposizione a pesticidi, sia in ambito agricolo che industriale. E' stato chiesto ai soggetti di ricostruire la propria storia



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

residenziale nei 30 anni precedenti la diagnosi, specificandone indirizzo, durata della permanenza e l'insistenza in area agricola o urbana. Sono state inoltre acquisite informazioni sulle specifiche coltivazioni documentabili, anche retrospettivamente, nelle aree limitrofe a tali abitazioni e, per quanto possibile, sulle classi di pesticidi qui utilizzate. In caso di svolgimento di attività lavorativa nel settore agricolo sono stati raccolti la denominazione della ditta, la durata dell'impiego, le mansioni qui svolte e le caratteristiche dei prodotti fitosanitari utilizzati. **RISULTATI:** Le tabelle 1 e 2 mostrano i risultati ottenuti da analisi preliminari realizzate su 114 questionari compilati da 38 casi e 76 controlli residenti nelle province di Modena e Reggio Emilia. Tra questi, 22 soggetti (10 casi e 12 controlli) hanno svolto nell'arco della loro vita un'attività professionale nel settore agricolo e 18 soggetti (7 casi e 11 controlli) hanno riferito di aver abitato in aree agricole nei 30 anni precedenti la diagnosi. L'analisi dei dati relativi all'esposizione occupazionale, realizzata tramite regressione logistica per dati non appaiati ed aggiustata per età, ha evidenziato un incremento del rischio relativo (RR, stimato attraverso l'Odds Ratio) di SLA nei soggetti che hanno svolto attività professionale nel settore agricolo pari a 1,7 (IC 95% 0,5-3,7). Tale eccesso di rischio appare, tuttavia, superiore per i soggetti che hanno svolto tale attività per un periodo di tempo inferiore a 10 anni (RR=2,5; IC 95% 0,5-12,0) rispetto a coloro che riferiscono periodi lavorativi di durata superiore (RR=1,3; IC 95% 0,3-4,8), non suggerendo così una relazione dose-risposta tra l'esposizione occupazionale a pesticidi e lo sviluppo di SLA (Tabella 1). L'elaborazione dei dati relativi all'esposizione residenziale nei 30 anni precedenti la diagnosi, realizzata con il medesimo modello di regressione logistica, ha indicato un aumento del rischio di SLA pari a 1,61 (IC 95% 0,55-4,75) per coloro che hanno risieduto in aree agricole, con un incremento ancora maggiore per periodi di permanenza superiori ai 20 anni (RR=2,31; IC 95% 0,61-8,78) (Tabella 2). Sono attualmente in via di completamento la raccolta e le analisi dei dati dei questionari dei soggetti della provincia di Catania. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti nella nostra indagine mostrano una relazione, seppur statisticamente instabile, tra esposizione a pesticidi (sia occupazionale che residenziale) e rischio di SLA. Le indagini relative alle singole tipologie di pesticidi ed alle altre sostanze tossiche prese in considerazione nel questionario, contribuiranno all'approfondimento del ruolo dei fattori di rischio ambientali nella patogenesi della SLA.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 392

CARATTERIZZAZIONE GRANULOMETRIA E RELATIVA VALUTAZIONE DELLE POLVERI DI LEGNO DURO IN UNA SEGHERIA

P. Pandolfi 1; M. Manigrasso 2; P. Avino 2

1 RSPP, Libero professionista

2 INAIL settore Ricerca, Roma

INTRODUZIONE: Tra gli ambienti di vita e di lavoro più interessanti nel ciclo del legno, sicuramente la segheria rappresenta un punto fondamentale. A differenza di quanto avviene in una falegnameria, infatti, dove pezzi calibrati di legno sono lavorati, costruiti e trasformati, in una segheria invece sono “semplicemente” tagliati i tronchi in pezzature calibrate, senza agio di costruzione. In ogni caso, problema fondamentale riguarda la determinazione delle polveri di legno, nonché la loro diversa dimensione granulometrica interessata dalle lavorazioni. **MATERIALI E METODI:** Al tal fine, è stato analizzato il ciclo di lavorazione di una segheria. Quando il tronco entra in stabilimento proveniente dal centro di scortecciatura, viene misurato con un analizzatore elettronico e sottoposto a "troncatura" per ridurlo nelle lunghezze adeguate alla lavorazione. I tronchi di grosso diametro vengono quindi passati direttamente alla sega alternativa o alla sega circolare per la prima fase, mentre i tronchi più piccoli vengono avviati alle seghe a nastro o alle sminuzzatrici. I tronchi di latifoglie di grosse dimensioni passano dalle seghe a nastro, spesso multilame, che lo sezionano nelle dimensioni richieste. I segati vengono quindi trasferiti agli essiccatoi per la stagionatura artificiale per renderli stabili nell'uso. Il legname di dimensioni molto grandi, comprese le travi, viene di norma venduto immediatamente dopo la stagionatura, ma spesso piallato e rifilato nelle dimensioni standard. I segati vengono quindi selezionati, stampigliati, automaticamente legati e impaccati per la commercializzazione.

Per l'effettuazione delle misure sono stati impiegati analizzatori in automatico (Dusttrak II Aerosol Monitor 8530 e Dusttrak II Aerosol Monitor 8532, TSI, Shoreview) e campionatori quali IOM e CIS nonché campionatori personali quali SKC modello DELUXE. Sono stati eseguiti 80 prelievi, di cui 3 campioni d'area (ambientali), 19 da postazione fissa con personali e 58 personali. **RISULTATI:** Una prima valutazione sommaria riguarda il rispetto del valore limite di legge di 5 mg/m³: 8 campioni personali (il 13.8% dei campioni personali) superano il limite di legge. Il valore limite proposto dal D.Lgs 81/08 è 5 mg m⁻³ mentre quello proposto dal TLV-TWA ACGIH per le polveri di legno duro è di 1 mg m⁻³. Dai dati emerge come le esposizioni personali siano in genere superiori a quelle ambientali, probabilmente per una rapida deposizione delle polveri nei dintorni delle postazioni di lavoro.

È possibile analizzare i valori medi, minimi, massimi e le deviazioni standard per ognuna delle lavorazioni. Un maggiore dettaglio risulta poco rappresentativo per la valutazione, in quanto



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

spesso durante il turno la medesima persona svolge numerose lavorazioni diverse. Per lo stesso motivo, un livello di dettaglio superiore nella valutazione dei risultati è difficile da raggiungere. Dai dati relativi alle misure delle concentrazioni di polveri di legno emerge con chiarezza che la lavorazione che espone a valori più elevati è la scortecciatura. Inoltre, la posizione dell'operatore durante tale operazione è in genere più vicina al punto di generazione delle particelle di quanto non lo sia per le altre macchine

Una parte interessante del lavoro ha riguardato il confronto le quantità di polveri campionate con il sistema IOM e CIS: i dati hanno confermato quanto riportato in letteratura dove è indicata una sovrastima per il campionatore IOM ed una sottostima per il campionatore CIS. **CONCLUSIONI:** È importante ricordare che l'esposizione a polveri di legno non provoca solo neoplasia dei seni paranasali, ma è responsabile anche di altre patologie non tumorali (alveolite allergica estrinseca, asma bronchiale, bronchite cronica, sintomi di irritazione oculare, sintomi di irritazione nasale, dermatite irritativa da contatto, cefalea).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 491

" 'O SOLE MIO! ".....L'INSTALLAZIONE DELLE SERRE SOLARI COME SISTEMI BIOCLIMATICI PASSIVI NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO : POSSIBILI INTERFERENZE CON ALCUNI REQUISITI IGIENICO-SANITARI E LORO SUPERAMENTO.

G. Baldassarre 1; F. Pepe 1; C. Martinelli 1

1. ASL ROMA C - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SERVIZIO INTERZONALE P.A.A.P. - ROMA

INTRODUZIONE: L'irraggiamento solare rappresenta una fonte di energia rinnovabile, che oltre alla possibilità di produrre elettricità, attraverso impianti di tipo fotovoltaico, può produrre calore ed essere utilizzata per il riscaldamento degli ambienti abitativi, secondo criteri di bioarchitettura finalizzati al risparmio energetico.

Pertanto sfruttando l'effetto serra del calore, è possibile realizzare dei sistemi di captazione e di utilizzo della radiazione solare, come i sistemi bioclimatici passivi rappresentati dalle serre solari captanti.

Il nostro Servizio riceve sempre più frequentemente richieste di pareri igienico-sanitari su progetti edilizi che riguardano l'installazione di sistemi bioclimatici per il risparmio energetico e il guadagno termico solare. Tali sistemi possono determinare alcune criticità per il rispetto dei requisiti igienico sanitari richiesti negli ambienti di vita e di lavoro.

Obiettivo

Le serre solari per il miglioramento termico delle abitazioni, possono essere realizzate tramite strutture trasparenti collocate all'esterno di spazi abitativi e, se in comunicazione con tali ambienti, possono comprometterne l'aerazione e l'illuminazione naturale diretta, soprattutto negli ambienti sprovvisti di altre finestre apribili.

Pertanto risulta necessario individuare delle adeguate soluzioni per il superamento di un possibile contrasto tra alcuni di tali sistemi per il contenimento energetico e le vigenti norme, nazionali e comunali, che regolano le caratteristiche igienico-sanitarie degli ambienti di vita e di lavoro, a tutela del benessere e della salute umana. **MATERIALI E METODI:** Tra i vari tipi di serre solari, quella che comporta maggiori criticità dal punto di vista igienico-sanitario, è la serra solare addossata alla parete di un vano abitativo, in comunicazione diretta con esso mediante un'unica apertura finestrata.

Al fine di mantenere inalterati i requisiti di aerazione e illuminazione naturale diretta sono stati individuati alcuni accorgimenti che consentono di contemperare l'adozione dei sistemi bioclimatici con il mantenimento di tali requisiti previsti dalla normativa vigente.

Pertanto, per ridurre al minimo le interferenze con i necessari requisiti di aeroilluminazione, sono stati adottati alcuni criteri, quali la distanza delle pareti vetrate delle serre dalle aperture esterne dei vani, il numero delle aperture interessate all'interno di un medesimo vano, il tipo degli infissi delle serre, la tipologia delle pareti vetrate, la superficie di calpestio della serra. **RISULTATI:** I criteri



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

adottati sono risultati idonei ad assicurare la corretta aeroilluminazione naturale diretta degli ambienti attigui alle serre bioclimatiche e con esse comunicanti tramite una sola apertura finestrata. **CONCLUSIONI:** Le soluzioni adottate hanno permesso di superare alcune criticità relative a possibili modifiche dei parametri microclimatici derivanti dalla progettazione delle serre solari, finalizzate al risparmio energetico, dimostrando l'importanza e l'utilità di adottare criteri in grado di conciliare le esigenze della bioarchitettura, relativamente al contenimento energetico, con il rispetto dei requisiti igienico-sanitari richiesti dalla normativa vigente.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 563

LE CASE DELL'ACQUA: L'ESPERIENZA DI SAN SEVERINO MARCHE

M. Biondi 1; G. Moretti 1; F. Filippetti 1

1. ASUR MARCHE AV3 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

INTRODUZIONE: C'erano una volta...l'acqua del rubinetto e quella in bottiglia. Per molti anni si sono alternati dibattiti sul presumibile o presunto primato dell'una o dell'altra, con campagne da parte delle amministrazioni pubbliche e dei privati che hanno cercato di indirizzare ed orientare il consumatore. Oggi, cliccando su uno dei più popolari motori di ricerca presenti in rete, troviamo ben 29 pagine di titoli e relativi links dedicati ad un nuovo capitolo che abbiamo appena iniziato a scrivere inerente la nostra amata e preziosa risorsa: sono da tempo nate e si stanno visibilmente diffondendo su tutto il territorio nazionale le cosiddette: "case dell'acqua". In base alle Linee guida sui dispositivi di trattamento delle acque destinate al consumo umano ai sensi del D.M. 7 febbraio 2012, n. 25 si rileva che hanno trovato "crescente espansione anche i trattamenti adottati in unità distributive aperte al pubblico, note come "chioschi" o "fontane" o "case" dell'acqua, che distribuiscono acqua trattata al consumatore direttamente in loco e possono anche essere utilizzati per il riempimento di contenitori in dotazione al consumatore o forniti dal gestore". Si tratta di sistemi alimentati da acqua conforme ai requisiti del D.lgs. 31/2001 e s.m.i. che possono essere sottoposti a trattamenti di gassatura e/o refrigerazione, eventualmente associati a processi di filtrazione e disinfezione con raggi ultravioletti. I gestori di tali attività rappresentano a tutti gli effetti: "operatori del settore alimentare (OSA)" e sono pertanto tenuti al rispetto della disciplina vigente, in particolare del Reg. (CE) 852/2004, con l'adozione di piani di autocontrollo e sottoposti a vigilanza ai sensi del Reg. (CE) n. 882/2004. Anche a San Severino Marche è stato dato avvio a questa nuova tipologia di attività e sono stati disposti i controlli di pertinenza da parte del Dipartimento di Prevenzione dell' ASUR AV3. **MATERIALI E METODI:** Nel 2013 sono state preliminarmente acquisite ed esaminate le relazioni da parte della ditta in cui venivano descritte le caratteristiche dell'impianto, i processi di trattamento e disinfezione, (compresi i trattamenti di sterilizzazione di alcuni componenti) refrigerazione dell'acqua, nonché i materiali utilizzati compresi quelli destinati a venire a contatto con l'acqua stessa. Veniva quindi presa visione dell'apposito manuale e delle schede tecniche certificate. Sono stati quindi disposti i controlli analitici ed i sopralluoghi di competenza, che venivano ripetuti anche nell'anno successivo. L'apertura della casa dell'acqua di San Severino Marche è stata preceduta da una serie di iniziative di sensibilizzazione avviate soprattutto nelle scuole. I bambini sono stati i protagonisti di progetti che si sono trasformati in un veicolo di informazione anche presso le loro famiglie. **RISULTATI:** E' stata acquisita e valutata positivamente la documentazione prodotta, dopo che erano state richieste e prontamente fornite alcune specifiche sulla componentistica dell'impianto. Gli esiti dei sopralluoghi e delle analisi dei rapporti di prova ufficiali sono stati favorevoli. Dall'apertura della



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

casa dell'acqua sono stati erogati ottantaduemila litri d'acqua in poco più di due mesi. I cittadini settempedani hanno dimostrato in questo primo periodo di sperimentazione, partito con l'erogazione gratuita, di gradire l'acqua liscia, ne sono stati erogati infatti 42.993 litri contro i 39.214 litri di gassata. Dal 18 febbraio scorso l'acqua viene fornita al costo di 4 centesimi al litro attraverso un sistema elettronico attivabile con tessera ricaricabile acquistabile attraverso la Pro Loco locale. **CONCLUSIONI:** Esula dalle finalità del presente lavoro fornire un giudizio di valore riguardo le varie tipologie di erogazione dell'acqua che vengono proposte al consumatore. Problematiche eco-ambientali ed economiche possono condizionare le scelte degli stessi. Tuttavia è importante che sia sempre garantita all'utenza una adeguata informazione, oltre ovviamente ad una assoluta tutela della qualità e della sicurezza, qualsiasi sia la scelta del cittadino.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 233

ANALISI DESCRITTIVA INERENTE LA PRESENZA DI ARSENICO IN ACQUE DELLA RETE PUBBLICA DI ALCUNI COMUNI DEL MONTE AMIATA (TOSCANA), 2009-2013.

G.Boncompagni 1, M.Betti 2, G.Zanaboni 1, F.Gregori 1, C.Contri 1, C.M.Sansone 3, R. Bindi 4, A.L. Filomena 4, R. Santori 5

1.Setting Igiene, Sanità Pubblica e Nutrizione, Arcidosso; 2.UOC SISP-PAV, Como; 3.Setting ISPN, Follonica; 4.Setting ISPN, Montevarchi; 5. UO Medicina Legale, Grosseto.

INTRODUZIONE: Le sorgenti del Fiora rappresentano la fonte di approvvigionamento idrico principale della provincia di Grosseto e di altre contigue (Siena, Livorno, Viterbo). La presenza di tenori arsenicali prossimi ai limiti imposti dal Decreto legislativo 2.2.2001 n. 31, recepimento di direttiva europea, ha comportato l'emergenza di criticità inerenti la risorsa idrica in alcuni territori. I servizi deputati alla tutela e alla salvaguardia della salute pubblica, hanno perciò pianificato il monitoraggio della risorsa idrica. Le strutture Organizzative di Sanità Pubblica hanno elaborato un complesso sistema di controllo sanitario che prevedeva, censimento dei punti di prelievo rappresentativi della rete, programmazione dei controlli analitici per tipologia e frequenza, secondo criteri inerenti la popolazione servita, stagionalità e rispetto dei vincoli normativi e del Sistema di Gestione di Qualità. Obiettivo principale del piano: garantire il rispetto della normativa in tema di standard di qualità delle acque potabili nell'Amiata Grossetana. **MATERIALI E METODI:** Le strutture organizzative professionali provvedevano a redigere i principali elaborati atti a garantire qualità e omogeneità delle prestazioni (Documenti, modulistica, Procedure e Istruzioni operative) mentre le strutture organizzative Gestionali (Area Funzionale, Settore, Unità Funzionale, Setting) di Igiene e Sanità Pubblica e Nutrizione locali, pianificavano il prelievo di campioni in punti rappresentativi della rete. Le perizie d'analisi ed i rapporti di prova sono stati prodotti dai laboratori provinciali ARPAT di Grosseto (un tempo con assorbimento atomico, poi con spettroscopia ottica e di massa) e dal 2010 dal Laboratorio di Sanità Pubblica di Lucca. **RISULTATI:** Seggiano. Gli Acquedotti di Seggiano Capoluogo (P.Umberto I, P.La Fonte, v. Trento e Trieste) e frazioni (Altore, Poggio Ferro, Pescina, Poggio al Leccio, Capo Ormena, Case Peppacciolo, Sugarella) sono stati oggetto di verifica nel 2009-13. In questi 5 anni sono stati prelevati 59 campioni. Il 98% di essi presentavano concentrazione di Arsenico (As) inferiori o uguali a 10 microgrammi/l. la Concentrazione Media (M 3,53) e la Mediana (Me 2,6) erano contenute. Range (R) 13 (14;1), Deviazione Standard (DS) 2,8 e Coefficiente di Variazione (CV) 79,8%. Dei 10 Punti di Prelievo (PdP) indagati, 8 avevano concentrazione di As minore di 5 microg/l. Punti Critici (PC): Poggio al Leccio: M 8,02; Loc. Sugarella M 7,47. Santa Fiora. Gli Acquedotti di S. Fiora Capoluogo (P.Garibaldi, v. della Roccaccia) e Frazioni (Case Stefanetti, Selva Parco Pubblico, Bagnolo p. della Libertà, Bagnore v. F.lli Cervi, Case Dondolini, Gambrinus, Merigar) sono stati studiati nel 2006-13. In questi 8 anni venivano prelevati 74 campioni di cui 9 (12%) presentavano concentrazione di As



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

maggiore (8%) o uguale (4%) a 10. Relativamente significativi M (6,98) e Me (8,5). R 18,5(0,5;19), DS (3,9) e CV 55,3%. Tra i 9 PdP: 7(78%) mostravano M minore di 10 microg/l mentre tutti e 9(100%) presentavano Me minore a 10 microg/l. PC: Loc. Selva Parco Pubblico e S. Fiora v. Della Roccaccia :M maggiore di 10 e Me superiore a 9. I PdP Gambrinus, Bagnore V. F.lli Cervi, S. Fiora Piazza Garibaldi hanno M (M 7,9÷9,4) e Me (8,8÷9,4) relativamente più contenute. Semproniano. Gli Acquedotti di Semproniano Capoluogo (P. del popolo, v. Roma) e delle Frazioni (Marruchina, Rocchette di Fazio v. Borgo, Petricci v. Roma, Cellena v. Amiata, Catabbio) sono stati esplorati sotto il profilo analitico nel 2009-13 con 49 Campioni. Uno solo (2,0%) presentava concentrazione di As uguale a 10 microg/l. Moderati i valori di M (5,19) e Me(6,6). R 9,48(0,52;10), DS (4,0), CV 77,9%. Dei 7 PdP indagati, 7(100%) presentavano concentrazioni di As con M inferiore a 10 microg/l. PC: 3 PdP(Semproniano p. del Popolo, Rocchette di Fazio v. Borgo, Catabbio) mostravano M superiore a 9 microg/l e Me maggiore di 8,9. Un PdP(Semproniano, v. Roma) presentava M di 8,3. CONCLUSIONI: La contaminazione da Arsenico, ancorché entro i limiti di legge, presenta criticità in alcuni acquedotti, direttamente collegati alle sorgenti del Fiora. Le concentrazioni arsenicali risultano relativamente elevate nei comprensori di Seggiano, Semproniano e Santa Fiora che presentano rispettivamente 1, 4 e 5 Punti di prelievo con Me > 8, 5microg/l.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 237

RICERCA DI METALLOIDI TOSSICI IN ACQUE PUBBLICHE DI ALCUNE ZONE DELL'AMIATA GROSSETANA (TOSCANA), 2009-2013.

G.Boncompagni 1, G.Zanaboni 1, F.Gregori 1, A.L.Filomena 2, R.Bindi 2, C.Contri 1, C.M. Sansone 3, M.Betti 4, R.Santori 5, M.Spagnesi 3.

1.Setting Igiene, Sanità Pubblica e Nutrizione, Arcidosso; 2. Setting ISPN, Montevarchi, 3.Setting ISPN, Follonica; 4.UOC SISP-PAV, Como, 5.UO Medicina Legale, Grosseto.

INTRODUZIONE: La presenza di metallodi tossici in alcuni acquedotti di determinati comuni dell'Amiata occidentale, obbligavano i servizi territoriali, deputati alla salvaguardia e alla tutela della Sanità Pubblica, ad orientare le attività di controllo sanitario delle acque erogate dalla rete idrica alla ricerca di arsenico. Tali attività di monitoraggio, dovevano essere estese anche alle aree limitrofe a quelle storicamente interessate a tale problematica. Comunque a tutte quelle zone che per caratteristiche idrogeologiche e di approvvigionamento presentavano caratteristiche simili. Inoltre, il recepimento della normativa europea sui nuovi limiti ammissibili nelle acque destinate al consumo umano, molto più restrittivi rispetto a quelli della norma pregressa, facevano emergere criticità in alcuni territori. L'obiettivo perseguito dai servizi di sanità pubblica era quindi quello di garantire valori conformi al citato decreto nel punto di messa a disposizione all'utente finale e di migliorare nel tempo la qualità delle acque erogate dalla rete di distribuzione.

MATERIALI E METODI: Il Dipartimento di Prevenzione, nelle sue articolazioni di Settore, Area Funzionale, Unità Funzionale e poi Setting di Igiene Sanità Pubblica e Nutrizione utilizzavano gli strumenti della pianificazione annuale, individuando per ciascuna area i punti di prelievo rappresentativi della rete, le tipologie analitiche da indagare, le specie chimiche da ricercare e la frequenza dei controlli. Tutto questo nel rispetto di stagionalità, popolazione servita, vincoli normativi e procedurali secondo quanto previsto dalle indicazioni del Sistema di Gestione di Qualità. Gli esami di laboratorio sono stati prodotti dal Dipartimento provinciale ARPAT di Grosseto e, dal 2010, da laboratorio di Sanità Pubblica di Lucca.

RISULTATI: Roccalbegna. Gli Acquedotti di Roccalbegna capoluogo (v. Amiata, v. XXIV Maggio) e gli Acquedotti delle Frazioni (Triana, Cana p. del popolo, S.Caterina Parco Giochi, Cimitero, Dep. Poggio al Conte e Cavallini) sono stati oggetto d'indagine analitica negli anni 2009-13. In questo lasso di tempo, sono stati prelevati 60 campioni il 100% dei quali presentavano concentrazione di Arsenico (As) inferiore a 10 microgrammi/l. Molto contenute le concentrazioni Media (M: 1,16 microg/l), e Mediana (Me: 1). Range (R) 2,9 (1; 3,9), Deviazione Standard (DS) 0.60, Coefficiente di Variazione (CV) 51,67%. Il valore più elevato veniva riscontrato presso il Deposito Cavallini ove la concentrazione di arsenico raggiungeva 2,6. Negli altri 7 Punti di Prelievo (PdP) la media era molto modesta (1). Trend Stabile. Punti Critici (PC): Deposito Cavallini (Me 2,85). Cinigiano. Gli Acquedotti di Cinigiano Capoluogo (p. Marconi, p. Bruchi, v. Fonte Nasso) e Frazioni (Cimitero, Monticello Amiata: v. Inselsciata alto, p. Chiesa e v.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Amiata, Castiglioncello Bandini v. delle travi, Sasso D'Ombrore Parco Bella Costa, Borgo S. Rita P. della Chiesa, Porrona p. della Fonte, Colle Ciuffoni, Dep. formicone e S. Giorgio) sono stati esplorati, sotto il profilo analitico, nel quinquennio 2009-13. In questi 5 anni sono stati emunti 68 campioni. 1 campione (1,5%) presentava concentrazione di arsenico maggiore a 10 µg/l. Solo un altro campione raggiungeva, senza superarlo, il limite di legge. Contenute M (4,28µg/l) e Me (Me 2,65); R 10,3(0,7;11), DS 3,3, CV 76,3%. Trend stabile: 2009(4,2), 2010(3,7), 2011 (4,4) 2012(4,7), 2013(4,2). PC: Depositi S. Giorgio (Me9,1) e Formicone (Me8,5), Porrona p. della Fonte(Me8,4), Borgo S. Rita (6,7). Castell'Azzara. Gli Acquedotti di Castell'Azzara Capoluogo (v. Garibaldi, v. Filzi, parco Giochi) e delle Frazioni (Querciolaia Lavatoi, Selvena: Parco Giochi e v. Aldobrandeschi, Sforzesca, Dep. Concianese) sono stati sottoposti a verifica nel 2009-13. In quest'ultimo quinquennio sono stati prelevati 53 campioni. Nessuno di questi presentava una concentrazione di As maggiore a 10 microgrammi/l. Molto contenute M (1,69) e Me (1,0). R 7,3(1;8,3), DS (1,9) e CV 114,3%. Trend stabile: 2009(1,4), 2010(1,3), 2011(1,7), 2012(2,0), 2013(1,73). PC: Sforzesca (Me7,5). CONCLUSIONI: L'Arsenico è presente in concentrazioni rassicuranti nelle acque erogate dagli acquedotti di Roccalbegna (Me 1) e Castell'Azzara (Me 1). Cinigiano presenta anch'esso un tenore arsenicale contenuto (Me 3) con l'eccezione di alcuni Punti Critici (depositi e frazioni di Porrona e Borgo S. Rita) in quanto derivazioni dirette delle sorgenti del Fiora. Analoghe considerazioni valgono per il Punto di Prelievo Sforzesca del Comune di Castell'Azzara.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 249

AMIATA OCCIDENTALE (TOSCANA): STUDIO DESCRITTIVO 2004-2013 DELLA PRESENZA DI ARSENICO NELLA RETE IDRICA PUBBLICA.

G.Boncompagni¹, F.Gregori¹, G. Zanaboni¹, C. Contri¹, R.Bindi², A.L.Filomena², C.M. Sansone³, M.Betti⁴, R. Santori⁵, M.Spagnesi³

1Setting Igiene, Sanità Pubblica e Nutrizione, Arcidosso; 2Setting ISPN, Montevarchi, 3Setting ISPN, Follonica; 4UO Attività Sanitarie di Comunità di Montevarchi, 5UO Medicina Legale, Grosseto.

INTRODUZIONE: L'entrata in vigore del Decreto Legislativo 2.2.2001 n. 31, comportava la drastica riduzione dei limiti massimi consentiti di arsenico nelle acque erogate dalla rete dei pubblici acquedotti. Infatti, la suddetta norma portava le concentrazioni massime ammissibili dal valore di 50 µg/l, previsto dalla pregressa normativa - DPR 24.05.1988 n. 236-, agli attuali 10 µg/l. I dati storici peraltro, attestanti la presenza del metalloide arsenico nelle acque di sorgente, rendevano necessaria la pianificazione di un monitoraggio specifico per la ricerca di questo elemento chimico, con l'obiettivo di garantire all'utenza elevati standard di qualità. **MATERIALI E METODI:** Le strutture organizzative operanti nella Zona, dapprima Area Funzionale della Prevenzione "Amiata Grossetana" e poi Coordinamento Funzionale di Prevenzione nelle loro articolazioni rispettivamente di Unità Funzionale e Setting Zonale di Igiene, Sanità Pubblica e Nutrizione locali, elaboravano, un piano annuale dei controlli sanitari. Questi erano elaborati nel rispetto dei vincoli previsti dal Decreto 31/01 e delle indicazioni professionali di istruzioni operative e procedure redatte secondo le regole del Sistema di Gestione della Qualità. I Rapporti di prova inerenti i referti di analisi, erano compito specifico dei laboratori di ARPAT e, dal 2010, di Sanità Pubblica di Lucca. **RISULTATI:** Comune di Castel Del Piano. Gli Acquedotti del Capoluogo (v. S. Allende, P.Garibaldi, v. La Piana, P.Carducci, dep. S. Lorenzo) sono stati studiati in 2 periodi:

a. Il primo negli anni 2004-09 con 15 campioni, il 100% dei quali presentavano concentrazione di Arsenico(As) maggiore a 10 microgrammi per litro. In particolare gli indicatori statistici di tendenza centrale mostravano eccessi, pari al 20%, rispetto al limite di Legge (concentrazione Media -M- di 11,9 µg/l; Mediana -Me- 12) mentre gli indicatori di dispersione erano relativamente contenuti (Range -R- di 2 con Min. 11 e max 13), Deviazione Standard (DS) 0.55 e Coefficiente di Variazione (CV) 4,6%. b. Durante il periodo 2010-13 si incrementava il numero dei campioni portandoli a 44. Di questi il 98% mostravano la concentrazione di As minore di 10 µg/l. Contenute M (5,4 µg/l) e Me (5,29). R 9(10;1), DS (1,9) e CV 34,56 %. Trend in declino dal 2010: 2004-05(11,5), 2006-07(12,1), 2008-09(11,93), 2010-11 (5,54). 2012-13 (5,29). Negli Acquedotti delle Frazioni (Casella, Fonte del Re, Ciaccine e Fonte Murata) si osservavano concentrazioni di As inferiori a 10 µg/l. Nel periodo 2004-13 sono stati effettuati 99 prelievi. Contenuti valori di M 5,58µg/l e Me 5,95; poi R 9,1 (0,9;10), DS 1,6, CV 28,4. Il Trend è stabile. 2004-05(5,10), 2006-07(5,88), 2008-09 (5,84) 2010-11(5,53), 2012-13 (5,37). Arcidosso. Acquedotti del Capoluogo e frazioni contigue(Poggio Saccone,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

S. Lorenzo, Bagnoli, Ville Capenti, Canali, Ente). Sono stati indagati 2 periodi. a. Periodo 2004-09. 36 campioni (70,5%) con concentrazione di As maggiore di 10 µg/l. M 10,4µg/l e Me 11,3. R 16,1(0,9;17), DS (3,2), CV 31,1%. b. Periodo 2010-13. 3 su 88 campioni (3,4%) con concentrazione di As maggiore (1) o uguale (2) a 10 µg/l. M 5,3µg/l e Me 4,8. R 14 (1;15), DS (2,8), CV 53,1%. Trend 2004-13 in declino dal 2010:2004-05(9,3), 2006-07(9,9), 2008-09 (10,2) 2010-11(5,8), 2012-13 (5,0). Acquedotti delle frazioni periferiche (Stribugliano, Macchie, Pastorelli, Salaiola, Monte Laterone). Periodo 2004-13. Un campione su 81 (1,2%) presentava concentrazione di As maggiore di 10 µg/l (valore limite raggiunto in altri 2 casi). M 2,95 µg/l e Me 1,9. R 14,6(0,4;15), DS 2,92, CV 99%. Trend stabile: 2004-05(1,5), 2006-07(2,0), 2008 CONCLUSIONI: L'eccesso di Arsenico rispetto ai limiti di legge, riguarda solo alcuni acquedotti dei Comuni di Castel Del Piano e Arcidosso limitatamente ai 6 anni 2004-2009. I provvedimenti adottati dall'Ente gestore (miscelazione e/o dearsenificazione) hanno consentito nel quadriennio 2010-13 il rientro della concentrazione di arsenico al di sotto della soglia di legge. Sono auspicabili, ancorché relativamente onerosi, date le conoscenze attuali sulla tossicologia di questo elemento, interventi di completa dearsenificazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 662

BONIFICA DI SITI CONTAMINATI: LE ATTIVITA' DELLA ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

E. Tettamanzi 1; M. Redaelli 1; D. Aimetti 1; P. Passaro 1; R. Cassani 1; F. Montani 1; D. Neri 1; P. Bulgheroni 1

1. ASL della Provincia di Varese, U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica, Varese

INTRODUZIONE: I “siti contaminati” sono aree nelle quali, a causa dello svolgimento di specifiche attività umane, si è determinata una alterazione significativa delle caratteristiche qualitative dei terreni, delle acque superficiali e di quelle sotterranee, con concentrazioni di contaminanti che superano i limiti previsti dalla vigente normativa ambientale. La bonifica dei siti contaminati costituisce una tematica di particolare attualità sia sotto il profilo ambientale che quello sanitario. La normativa di riferimento nel nostro Paese è rappresentata dal Titolo V “Bonifica di siti contaminati” della Parte Quarta del D.Lgs 152/06; Regione Lombardia ha emanato specifici atti normativi e regolamentari che hanno ulteriormente disciplinato le attività di bonifica dei siti contaminati sul territorio lombardo. Le ASL regionali hanno ricevuto specifiche indicazioni, in coerenza con il proprio ruolo istituzionale, circa la necessità di sviluppare adeguate forme di supporto ai Comuni e alle Provincie nell’ambito dei procedimenti istruttori in materia di bonifica siti contaminati avviati sui rispettivi territori di competenza. Scopo del presente lavoro è di illustrare le attività svolte dalla ASL della Provincia di Varese nel settore in argomento, con specifico riferimento alle modalità di intervento adottate per la tutela della popolazione dai potenziali impatti sanitari correlati alla presenza di siti contaminati. **MATERIALI E METODI:** A partire dall’anno 2012, il Dipartimento di Prevenzione Medico è stato individuato quale struttura aziendale deputata alla gestione delle attività relative alla bonifica dei siti contaminati, ivi compresa la partecipazione alle Conferenze di Servizi nell’ambito dei procedimenti istruttori attivati dagli Enti territoriali. E’ stata pertanto costituita una equipe di lavoro composta da differenti professionalità presenti presso il Dipartimento per la gestione integrata delle pratiche in argomento; tale equipe ha permesso di aggregare differenti aree di competenza, con particolare riferimento ai settori di igiene pubblica, tutela delle acque destinate al consumo umano, igiene e sicurezza sul lavoro. Inoltre è stato previsto il concorso del settore epidemiologico aziendale, ove la natura delle problematiche trattate lo rendesse necessario. Nel presente lavoro è stata condotta una revisione delle attività svolte dalla ASL della Provincia di Varese nell’ambito dei procedimenti di bonifica dei siti contaminati a supporto dei Comuni e dell’Amministrazione Provinciale negli anni 2012-2013. **RISULTATI:** Complessivamente, nel periodo 2012-2013, la ASL è stata coinvolta in 61 interventi riguardanti procedimenti di bonifica ambientale, da parte dell’Amministrazione Provinciale e delle Amministrazioni Comunali, ovvero dalla stessa Regione Lombardia in caso di procedimenti attivati in sede regionale. In tutti i casi, l’attività ha riguardato l’analisi integrata della



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

documentazione tecnica presentata dal proponente, anche attraverso la partecipazione ad incontri intermedi presso la sede ASL o direttamente presso gli Enti direttamente coinvolti nell'iter procedimentale. Nel periodo considerato, le Conferenze di Servizi in cui è avvenuta la partecipazione diretta della ASL sono state complessivamente 40, in ambito Comunale, Provinciale o Regionale. Le problematiche prospettate hanno riguardato differenti tipologie di contaminazione ambientale, quali, a titolo esemplificativo, inquinamento da sostanza potenzialmente tossiche in siti di attività industriali dismesse, presenza prevalente di amianto, presenza di rifiuti. Le valutazioni relative all'analisi del rischio sono state condotte in accordo con quanto indicato dalle Linee Guida regionali in materia di bonifica di siti contaminati (DGR n. 8/11348 del 10.02.2010). Si evidenzia come nelle differenti fasi istruttorie, significative correlazioni siano state messe in atto soprattutto con il locale Dipartimento ARPA e il Settore bonifiche della Provincia di Varese. In sede di Conferenze di Servizi, l'attività di supporto a Comuni e Provincia si è concretizzata nello sviluppo di un approccio integrato a problematiche di contaminazione ambientale, cui la ASL ha apportato una componente specificamente orientata alla valutazione della tutela sanitaria della popolazione e dei lavoratori potenzialmente esposti. **CONCLUSIONI:** In conclusione, si può affermare che la ASL della Provincia di Varese ha avviato una attività organica e strutturata di supporto alle Amministrazioni coinvolte nei procedimenti di bonifica di siti contaminati, in accordo con le indicazioni regionali di settore. Tale attività rappresenterà anche negli anni futuri elemento costitutivo di programmazione del Dipartimento di Prevenzione Medico, in considerazione della sua notevole importanza



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 598

RISULTATI PRELIMINARI DELLA SORVEGLIANZA AMBIENTALE DURANTE I LAVORI DI CANTIERE NELL' AOUP P. GIACCONE DI PALERMO

L. Cannova¹⁻²; E. Barbusca¹; G. Calamusa¹⁻²; A. Firenze¹⁻²; A.M. Merendino²; R. Sanfratello¹; M. V. Torregrossa¹⁻²; M.R. Villafrate¹; L. Aprea ¹.

1 Direzione Sanitaria di Presidio- AOUP "Paolo Giaccone" Palermo.

2 Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute – Università degli Studi di Palermo.

INTRODUZIONE: L'AOUP di Palermo, struttura antecedente agli anni '40, da gennaio 2013 è stata coinvolta da un ampio progetto di riqualificazione edilizia per interventi di adeguamento e ristrutturazione che hanno comportato la collocazione di cantieri aperti nell' area ospedaliera e all' interno delle Unità Operative, senza la contemporanea sospensione delle attività sanitarie. Questa necessità, insieme alla richiesta di far fronte ai bisogni sanitari della città in modo integrato con gli altri soggetti erogatori sul territorio, ha comportato una nuova organizzazione funzionale dei servizi assistenziali di cui la ristrutturazione edilizia del Policlinico costituisce un momento fondamentale. L'apertura di un cantiere edile in ospedale determina una serie di problemi ambientali e sanitari che coinvolgono addetti ai lavori, pazienti, operatori e visitatori. La principale problematica, in fase di realizzazione del cantiere, è rappresentata dalla produzione e diffusione di polveri prodotte dai lavori di scavo, dalla movimentazione di materiali da costruzione e di risulta lungo la viabilità di cantiere, stoccaggio e approvvigionamento materiali edili. La conseguenza sanitaria di maggior rilievo epidemiologico è certamente la comparsa di epidemie di infezione da patogeni opportunisti (funghi filamentosi o batteri), veicolati dall'aria e/o dall'acqua, oltre al potenziale incremento di incidenza di patologie respiratorie imputabili all'inalazione continua di polveri patogene. L'obiettivo del presente studio è quello di valutare i livelli di concentrazione delle polveri inalabili e respirabili (PM₁₀ e PM_{2,5}) al fine di verificare l'efficacia degli interventi di prevenzione posti in essere dalla ditta appaltatrice dei lavori, nonché di individuare le eventuali criticità delle Unità di Trattamento Aria (UTA), conseguenti all'incrementata produzione di polveri, per consentire la programmazione degli opportuni interventi di mitigazione e bonifica. MATERIALI E METODI: è stata monitorata la qualità dell'aria negli ambienti indoor ed outdoor del policlinico; i risultati della sorveglianza durante la fase dei lavori riguardano il periodo aprile 2013-aprile 2014; per gli ambienti indoor i parametri di studio sono stati: Conta Batterica Totale, ricerca di *Legionella pneumophila* e di *Aspergillus spp*; per l'outdoor la concentrazione delle polveri sottili (PM_{2,5} e PM₁₀). I punti di prelievo indoor hanno compreso le bocchette di immissione dell'aria di 33 ambienti ad alto rischio (22 sale operatorie, 3 UTI, 2 clean rooms e 2 unità di isolamento) per un totale di 83 campionamenti. Per l' outdoor, sono stati individuati e monitorati quattro punti di prelievo, in relazione alle aree di cantiere e all'esposizione degli ambienti. Lo strumento utilizzato



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

per la rilevazione delle concentrazioni di polveri sottili è un analizzatore portatile “AEROCET 531” Met One Instruments. I dati delle rilevazioni sono stati elaborati mediante foglio di calcolo Excel e la massa delle particelle espressa in microgrammi per metro cubo. Per il campionamento microbiologico dell’aria è stato utilizzato il campionatore ad impatto “Microflow” AQUARIA. I risultati delle conte microbiche sono stati espressi in CFU/m³. **RISULTATI:** I risultati del monitoraggio indoor hanno evidenziato il 59 % di campioni non conformi per CBT e il 4,8 % per *Aspergillus* spp. Per il monitoraggio outdoor soltanto il 20,68% dei rilievi di PM 10, ha superato il valore massimo giornaliero (24 ore). Si è rilevato un incremento delle concentrazioni delle polveri in concomitanza con i lavori di escavazione e movimentazione dei materiali di risulta, rispetto alla fase di costruzione e ristrutturazione interna ed esterna degli edifici; i valori medi di PM 10 e PM 2,5 rilevati nelle 24/h sono risultati maggiori nei mesi estivi rispetto a quelli rilevati nei mesi invernali; anche nell’arco delle 24/h si osserva un incremento della concentrazione di polveri nelle ore corrispondenti ai lavori in corso, sebbene incrementi sporadici di concentrazioni si sono registrati anche di notte probabilmente in occasione di folate di vento. **CONCLUSIONI:** il monitoraggio outdoor, durante i lavori di cantiere, ha permesso di evidenziare alcune criticità delle barriere adottate dalla Ditta appaltatrice per il contenimento della dispersione delle polveri, e di far incrementare le opportune opere di mitigazione. L’aspetto più significativo del monitoraggio indoor è stato quello di consentire, laddove si è reso necessario, la bonifica (canali aria, filtri a tasche, filtri assoluti) dei sistemi di trattamento aria, attraverso interventi di manutenzione straordinaria per mantenere le caratteristiche degli impianti adeguate agli standard di sicurezza per gli ambienti sanitari e di garantire quindi la qualità dell’aria negli ambienti ad alto rischio dell’AOUP.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 454

LO SVILUPPO DI PATOLOGIE CORDALI IN LAVORATORI DEL COMUNE DI NAPOLI ESPOSTI A RISCHIO FONATORIO E SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA

R. Caputi, A. Germano 1, A. Cappuccio 1, S. Farina 1, V. De Martino 1, M. De Rosa 1, G. Mazzone 1, O. Caporale 1, M. Triassi 1.

1 Dipartimento Di Sanità Pubblica – Università degli studi di Napoli “Federico II”

INTRODUZIONE: Il Dipartimento di Sanità Pubblica, in osservanza alle disposizioni sancite dal D.Lgs 81/08 e s.m.i in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, effettua un programma di sorveglianza sanitaria sui lavoratori dipendenti del comune di Napoli. Si eseguono visite periodiche differenziate in ragione dei rischi specifici a cui i lavoratori stessi sono esposti, al fine di elaborare un giudizio di idoneità alla mansione specifica e di prevenire l'insorgenza di malattie professionali. Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di valutare, attraverso la raccolta delle consulenze ORL e lo studio degli esami laringoscopici, l'insorgenza e l'evoluzione di patologie cordali in una categoria professionale come quella delle maestre esposte al rischio fonatorio a causa dello sforzo prolungato delle corde vocali cui sono soggette giornalmente. **MATERIALI E METODI:** Tra le visite di Sorveglianza Sanitaria effettuate nel corso dell'anno 2013 sono state raccolte e valutate tutte le consulenze ORL con annesso controllo laringoscopico a cui sono state sottoposte, secondo quanto previsto dal protocollo sanitario, le maestre delle scuole materne del Comune di Napoli afferenti al programma di Sorveglianza. **RISULTATI:** Dall'analisi dei risultati raccolti è emerso che nel periodo in esame sono state sottoposte a visita ORL 206 maestre: il 66% (135 casi) non ha presentato patologie cordali degne di nota, il 13% (28 casi) ha rifiutato di sottoporsi all'esame laringoscopico e, per il restante 21% (43 casi) è stata riscontrata la presenza di patologie cordali. In quest'ultimo gruppo per 14 casi si è rilevata la presenza di prolassi cordali e neoformazioni polipoidi per le quali si è reso necessario prescrivere l'asportazione chirurgica in micro laringoscopia diretta con successivo esame istologico della lesione asportata; gli altri 29 casi presentavano lievi prolassi, corditi da sforzo, noduli ed ispessimenti cordali per i quali si è prescritta l'osservanza delle norme di igiene vocale associata a cicli di riabilitazione logopedica della voce ed esame laringoscopico di controllo ravvicinato (6 mesi – 1 anno) al fine di monitorare e prevenire un'eventuale evoluzione degenerativa dei fenomeni riscontrati. **CONCLUSIONI:** Dalla valutazione dei dati riportati, ad ulteriore riprova di quanto già ampiamente documentato dalla letteratura in materia, emerge l'importanza della sorveglianza sanitaria come meccanismo di prevenzione dello sviluppo di patologie correlate all'attività professionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 305

INDAGINE SULLA PREVALENZA DI ORTORESSIA NERVOSA, VIGORESSIA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NEGLI STUDENTI ISCRITTI AL PRIMO ANNO DELL'UNIVERSITÀ.

E. Carraro 1, I. Gorrasi 1, M. Roppolo 1, G. Abbate Daga 2, S. Bo 3, S. Bonetta 1, G. Gilli 1

1. Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Torino.

2. Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Neuroscienze "Rita Levi Montalcini", Torino.

3. Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze Mediche, Torino

INTRODUZIONE: I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono malattie mentali che possono avere gravi conseguenze sullo stato di salute di chi ne soffre; tra i più conosciuti e studiati si annoverano l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa. La letteratura scientifica di settore tuttavia descrive delle condizioni patologiche emergenti, di recente individuazione, che sembrano correlate in maniera rilevante con problematiche nei comportamenti alimentari, ovvero l'ortoressia nervosa (ON) e la vigoressia. L'ortoressia nervosa è stata definita come un'ossessione per il cibo sano mentre la vigoressia è una patologia mentale in cui si ha una costante preoccupazione che il proprio corpo sia troppo esile, a discapito della reale forma fisica della persona affetta. Alcuni studi hanno indagato la diffusione dei DCA tra gli studenti universitari, soprattutto a livello internazionale, mentre in Italia spesso sono stati coinvolti studenti delle scuole superiori. Pochissimi studi sono stati invece condotti sulla diffusione di ON e vigoressia. Lo studio effettuato ha l'obiettivo di valutare, tramite la somministrazione di un questionario, la prevalenza di ON, vigoressia e DCA tra gli studenti universitari iscritti al primo anno di alcuni corsi di laurea, al fine di ampliare le conoscenze sull'epidemiologia di queste condizioni. Ulteriore obiettivo è quello di valutare l'eventuale esistenza di differenze tra diversi corsi di laurea. **MATERIALI E METODI:** Come strumenti di valutazione sono stati utilizzati dei test specifici, validati sulla popolazione italiana, che permettono di riconoscere soggetti a rischio di ON (Test ORTO-15), di vigoressia (Test MDDI-ITA) e di DCA (Test EAT-26). Tramite l'applicativo LimeSurvey è stato creato un questionario on-line composto dai tre test e da alcune domande socio-demografiche, che è stato trasmesso via e-mail agli studenti. Sono stati selezionati per l'invio studenti dei corsi di Medicina, Dietistica, Fisioterapia, Scienze motorie ed Economia aziendale per un totale di 2.052 studenti. A seguito della prima mail di invito, a chi non aveva risposto sono stati inviati due solleciti a distanza di due settimane ciascuno. Per ogni studente è stato creato un codice personale. I codici corrispondenti ai questionari con profili a rischio sono stati riportati su una pagina web in modo che gli studenti potessero riconoscere i propri risultati mantenendo l'anonimato e potessero, volendo, mettersi in contatto con uno psichiatra di cui sono stati forniti i contatti. I dati dei questionari sono stati elaborati con tecniche descrittive, correlazionali e di confronto delle tendenze centrali, utilizzando il software SPSS 21. **RISULTATI:** Sono stati invitati 2.052 studenti a partecipare allo studio e sono state ricevute 165 risposte, di cui 29 (17,6%) incomplete e 136 (82,4%) complete, con un tasso di risposta globale del 8,0%. La distribuzione per corso di laurea è stata la seguente: 5 (3,7%) Dietistica, 37 (27,2%) Economia, 2 (1,5%) Fisioterapia, 71 (52,2%) Medicina, 21 (15,4%) Scienze Motorie. Il 63% del campione (N=86) era costituito da femmine ed il 37% (N=50) da maschi. Le statistiche descrittive dei partecipanti sono riportate



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

in tabella 1. Il 17,6% dei soggetti è risultato a rischio di Ortoressia, l'8,1% a rischio di vigoressia e il 19,8% a rischio di DCA; l'intero campione ha presentato un punteggio medio per il test ORTO-15 vicino al punteggio di cutoff (Tabella 2). Riguardo al punteggio dell'EAT-26 emerge una differenza di genere statisticamente significativa. Non è stata rilevata una differenza nei punteggi dei test tra i diversi corsi di laurea. L'analisi correlazionale ha messo in luce una correlazione negativa e significativa ($r = -0,27, <0,001$) tra il numero di ore di attività fisica ed il punteggio dell'ORTO-15 ed una correlazione positiva ($r = 0,31, <0,001$) con il punteggio del MDDI. CONCLUSIONI: Nonostante l'esiguità numerica del campione analizzato, sono emersi alcuni dati significativi. Le femmine hanno mostrato punteggi maggiori nel test EAT-26 rispetto ai maschi, in linea con quanto riportato nella letteratura di settore. Inoltre la percentuale di studenti con rischio di DCA è in linea con i risultati ottenuti in alcuni studi su campioni simili. Le ore di attività fisica sono risultate correlate ai punteggi ottenuti nei test, mettendo in luce un possibile legame tra l'attività fisica e le condizioni esaminate, già individuato in alcuni casi dalla letteratura. Lo studio ha evidenziato tuttavia un tasso di risposta molto basso al questionario on-line, inferiore al 10% ed il campione ha mostrato caratteristiche peculiari (basso BMI, alto livello attività fisica) che possono indurre a pensare ad un gruppo più attento alle tematiche indagate. L'analisi dei dati è stata effettuata su questo campione, ma, dato che lo studio è ancora in corso, è auspicabile un aumento della numerosità campionaria, rivalutando il metodo di somministrazione del questionario.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 754

IL MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO DELL'ARIA NELLE SALE OPERATORIE CONVENZIONALI "AT REST": ESPERIENZA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA

R. Albertini 1; C. Boccuni 2; V. Ciorba 2; M.E. Colucci 2; L. Faccini 2; P. Manotti 2; C. Pasquarella 2; A. Rampini 2; E. Sacconi 2; C. Signorelli; M. Ugoletti 3; L. Veronesi 2; P. Vitali 3; R. Zoni 2.

1 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Parma, Parma; 2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotechnologiche e Traslazionali, Università degli Studi di Parma, Parma; 3 Unità Operativa Complessa di Igiene Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

INTRODUZIONE: La contaminazione microbica dell'aria nelle sale operatorie "at rest" fornisce una valutazione dell'efficienza del sistema di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC). Le prime indicazioni ufficiali relative ai valori soglia di contaminazione sono state fornite nel 1994 dalle raccomandazioni britanniche Health Technical Memorandum, HTM 2025 che indicavano per le sale operatorie convenzionali a flusso turbolento valori soglia ≤ 35 unità formanti colonia (ufc)/m³; nelle successive raccomandazioni britanniche del 2007, HTM 03-01, tale valore è stato abbassato a ≤ 10 ufc/m³. In Italia, le Linee guida ISPEL del 1999 hanno ripreso il valore di ≤ 35 ufc/m³, confermato anche nelle successive Linee guida del 2009; tuttavia, nelle stesse viene specificato che si potrebbero raggiungere livelli molto inferiori al valore indicato e si auspica che ogni struttura sanitaria individui i valori indicativi del corretto funzionamento di ciascuna sala operatoria. Il presente studio riporta i risultati ottenuti dai monitoraggi microbiologici dell'aria effettuati dal 2004 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nelle sale operatorie a flusso d'aria turbolento alla messa in esercizio e dopo qualsiasi attività di ristrutturazione e cambiamento dei filtri. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato effettuato in 53 sale operatorie. Il campionamento microbiologico dell'aria è stato effettuato mediante metodo attivo e metodo passivo. Per il campionamento passivo sono state utilizzate piastre di sedimentazione di 9 cm di diametro, esposte per 1 ora, ad 1 m da terra, e a circa 1 m dal lettino operatorio, per la determinazione dell'Indice Microbico Aria (IMA). Per il campionamento attivo è stato utilizzato il campionatore DUOSAS (Surface Air System), con piastre RODAC di 55 mm di diametro, con un volume di aspirazione di 500 L, per la valutazione delle ufc/m³. Per la valutazione della conta batterica totale è stato utilizzato il terreno nutritivo Tryptone Soy Agar, incubato a 37° per 48 ore. Inoltre, il terreno Sabouroud Dextrose Agar, incubato a 22° per 120 ore, è stato utilizzato per l'isolamento dei miceti. Per l'interpretazione dei risultati sono state prese in considerazione le Linee guida ISPEL, 2009 (≤ 35 cfu/m³) e le raccomandazioni britanniche HTM 03-01, 2007 (≤ 10 cfu/m³). I corrispondenti valori per il campionamento passivo sono stati calcolati in base ai valori forniti dalla European Commission Good Manufacturing Practice – Annex 1, 2008 (≤ 10 cfu/m³ = $\leq 0,125$ and ≤ 35 cfu/m³ = $\leq 4,37$ IMA). **RISULTATI:** Il campionamento passivo ha



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

mostrato valori medi $\pm$ deviazione standard (DS) di 1 ± 2 IMA, un valore mediano di 0 IMA e un range of 0-8. Il campionamento attivo ha fatto registrare valori medi $\pm$ DS di 21 ± 38 ufc/m³, un valore mediano di 4 ufc/m³ e un range di 0-166. Alcune sale operatorie hanno mostrato elevati valori di contaminazione fungina. **CONCLUSIONI:** I risultati dello studio evidenziano l'utilità del monitoraggio microbiologico dell'aria nelle sale vuote alla messa in esercizio e dopo qualsiasi attività di manutenzione, al fine di valutare l'efficienza del sistema di ventilazione ed evidenziare situazioni critiche. Sulla base dei valori mediani ottenuti si può considerare che i valori di ≤ 10 cfu/m³ e $\leq 1,25$ possono essere considerati adeguati per le moderne sale operatorie convenzionali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 215

EVIDENZE SPERIMENTALI DELL'EFFICACIA DI DUE SISTEMI DI DISINFEZIONE PER IL CONTENIMENTO DELLA CONTAMINAZIONE DA LEGIONELLA SPP. IN STRUTTURE OSPEDALIERE: BIOSSIDO DI CLORO VS MONOCLORAMMINA.

B. Mancini 1; C. Parenza 1; S. Perretta 1; A. Zanotti 2; S. Cristino 1

1. Dipartimento di Scienze Biologiche, Geologiche ed Ambientali, Università di Bologna

2. I.T.A.C.A. srl, San Lazzaro di Savena (Bologna)

INTRODUZIONE: Le infezioni da Legionella spp. sono un problema emergente in Sanità Pubblica con un costante interesse da parte degli operatori del settore, per il costante aumento del numero dei casi segnalati. Le Legionelle sono batteri ubiquitari, gram-negativi, si trovano in ambienti naturali ed artificiali in simbiosi con amebe. Negli ambienti artificiali trova riparo nel biofilm che ricopre l'interno dei tubi contenenti acqua e nei serbatoi di accumulo. Studi epidemiologici hanno dimostrato che la malattia è acquisita attraverso l'esposizione a fonti ambientali quali: sistemi di acqua potabile, vasche idromassaggio e torri di raffreddamento. Non esistono per Legionella spp. forme di prevenzione comunitarie come i vaccini, il modo migliore per prevenire l'infezione è una corretta progettazione delle reti idriche oltre che un monitoraggio ambientale costante delle matrici acqua/aria. Diversi studi hanno dimostrato che Legionella colonizza circa il 60% - 80% degli impianti, con grande difficoltà nella eradicazione, qualunque sia il metodo di disinfezione utilizzato. Attualmente i metodi a disposizione per il controllo di Legionella sono numerosi, molti di essi come evidenziato in letteratura, risultano essere efficaci solo nel breve periodo, pertanto nasce la necessità di sperimentare sempre nuovi metodi che possano limitare la diffusione del microrganismo e contestualmente non danneggiare gli impianti idrici. Il nostro studio si è focalizzato sulla valutazione l'efficacia di un sistema di disinfezione a base di monoclorammina all'interno di una struttura ospedaliera dell'Emilia-Romagna in confronto con un precedente disinfettante a base di biossido di cloro. La monoclorammina, largamente usata nel trattamento dell'acqua potabile negli USA e in alcuni paesi europei, è scarsamente utilizzata nei nostri impianti di acqua calda sanitaria. L'introduzione di questo nuovo prodotto nasce dalla necessità di modificare il precedente sistema di trattamento dell'acqua, basato sul biossido di cloro, il cui impiego prolungato nel tempo aveva creato non pochi problemi nell'impianto, tra cui corrosione delle tubature e aumento dei residui di ioni Fe e Zn nell'acqua. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto in collaborazione con l'azienda I.T.A.C.A Srl che ci ha permesso di valutare l'efficacia di un produttore di monoclorammina installato sulla linea dell'acqua calda sanitaria di una struttura ospedaliera della regione Emilia Romagna. Si tratta di un nuovo impianto per la produzione di monoclorammine, cosiddetto a 'batch', che opera mediante un apposito reattore a due stadi e provvede al conseguente dosaggio sul circuito di reintegro dell'acqua calda in maniera proporzionale al consumo idrico della struttura. Il dispositivo è stato installato nel luglio del 2012 e a partire da tale data è stato effettuato un monitoraggio su tutta la rete di distribuzione dell'acqua



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

calda sanitaria mediante ripetuti campionamenti di acqua calda e fredda da punti di prelievo individuati durante la fase di valutazione del rischio, al fine di verificarne l'efficacia rispetto al precedente sistema di disinfezione a base di Biossido di Cloro. La fase di sperimentazione è durata 15 mesi. In particolare, sono stati individuati 11 punti di prelievo all'interno dell'impianto, ovvero alimentazione e ricircolo oltre ai 9 punti regolarmente monitorati nel corso di verifiche eseguite dall'AUSL, corrispondenti a docce/lavandini variamente dislocati in sale operatorie, camere di degenza, spogliatoi e luoghi comuni. Per ciascun punto sono stati prelevati, previo flussaggio dell'acqua e successivo flambaggio, 2 Litri di acqua calda che sono stati sottoposti all'analisi microbiologica per la ricerca di *Legionella* spp., *Pseudomonas aeruginosa* (noto inibitore e competitore di *Legionella*) e Carica batterica totale a 36° C, al fine di individuare la contaminazione generica da flora microbica mesofila, mediante metodiche standardizzate e certificate. Nello specifico, la determinazione della carica batterica totale è stata eseguita con il metodo di inclusione in piastra in accordo con la norma ISO 6222:1999 (è stato utilizzato un terreno non selettivo, il Tryptic glucose yeast agar, Biolife Italy); i risultati sono stati espressi in ufc/ml. Per la ricerca di *Pseudomonas aeruginosa* è stato utilizzato il metodo della filtrazione su membrana secondo la norma UNI EN ISO 12780:2002, utilizzando un terreno di coltura selettivo per la crescita di pseudomonadaceae (*Pseudomonas selective agar*, Biolife Italy). 1. Sono considerate *Pseudomonas aeruginosa* le colonie che sviluppano un pigmento giallo-verde a seguito della produzione di piocianina; le colonie sospette sono state, invece, sottoposte ad un test di identificazione biochimica mediante l'impiego del Sistema BD BBL™ Crystal™ (Becton Dickinson) che, attraverso la valutazione dell'attività metabolica del microorganismo isolato, ha permesso l'identificazione della specie batterica. I risultati sono stati espressi in ufc/100 ml. Per quanto concerne la ricerca di *Legionella*, l'isolamento del microorganismo è stato effettuato in accordo con la norma ISO 11731:98 che prevede la concentrazione del campione mediante filtrazione su membrana in policarbonato con porosità 0.22 mm (Membrane PTFE, Sartorius Stedim). A tal fine, sono state seminate su terreno selettivo GVPC (*Legionella* GVPC selective medium, Oxoid S.p.A.) ed in duplicato 3 aliquote diverse di ciascun campione: il campione tal quale non trattato (NT), il campione filtrato e risospeso in 10 ml del campione stesso (F) e il campione decontaminato e sottoposto a trattamento termico - 30' a 50°C (C). Le piastre così seminate sono state incubate a 35°C, in ambiente microaerofilo con il 2.5% di CO₂, per un periodo compreso tra i 4 ed i 15 giorni, al termine del quale è stata eseguita la conta e la tipizzazione fenotipica delle colonie sospette mediante test di agglutinazione al lattice (*Legionella latex test kit*, Oxoid S.p.A) che permette di osservare la formazione del complesso antigene-anticorpo e di valutarne la positività/negatività già ad occhio nudo. I risultati sono stati espressi come Log₁₀ ufc/L. È stato inoltre prelevato un ulteriore litro di acqua fredda per il controllo dei parametri chimici quali: temperatura, residuo di disinfettante, durezza (°F), pH, metalli (Ca, Mg, Mn, Fe, Cu e Zn), Ammoniaca, Nitriti e Nitrati, Idrizina, Trialometani, Aldeidi e Chetoni. Le analisi sono state condotte mediante cromatografia a scambio ionico. RISULTATI: I risultati ottenuti (Tab1- Fig1), hanno permesso di osservare un



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

abbattimento della contaminazione da Legionella nell'80% dei siti campionati a seguito dell'introduzione della monoclorammina come disinfettante: soltanto in due siti (sito 10 e sito 11) è stata osservata la persistenza della contaminazione seppur con valori che non eccedono 10^3 ufc/L. Tali valori sono da attribuire alle basse temperature rilevate in sede di campionamento e da ricondurre alla presenza di una termo-valvola difettosa non in grado di mantenere la temperatura dell'acqua calda sopra i 37°C. Gli sbalzi di temperatura, è noto, rappresentano un fattore favorente la moltiplicazione di Legionella. Seppur la presenza del biossido di cloro nell'impianto di distribuzione dell'acqua si fosse rivelato efficace nel contenimento della colonizzazione da Legionella, l'introduzione della monoclorammina come disinfettante ha portato ad un abbattimento delle cariche con valori al di sotto del limite di sensibilità della tecnica colturale utilizzata. I risultati relativi a Ps. aeruginosa e alla carica batterica totale dimostrano che il nuovo metodo di disinfezione abbia un'efficacia disinfettante anche nei confronti di microrganismi diversi da Legionella, dal momento che si osserva una crescente riduzione di entrambi i parametri. I dati relativi alla chimica dell'acqua hanno dimostrato come, durante tutta la sperimentazione, non si siano verificate oscillazioni significative dei residui inorganici e dei prodotti secondari derivanti dalla degradazione della monoclorammina, ottenendo quindi sempre valori in accordo con quanto segnalato nel DLgs 31/2001. CONCLUSIONI: Alla luce dei risultati ottenuti, possiamo affermare che la monoclorammina oltre ad avere un'efficacia sul contenimento della colonizzazione di Legionella nell'impianto di distribuzione dell'acqua calda sanitaria dell'ospedale oggetto del nostro studio, mostra una notevole efficacia anche su altri microrganismi che hanno come habitat l'acqua. La presenza nella struttura da noi studiata di un precedente sistema di disinfezione a base di biossido di cloro, senza dubbio ha avuto un effetto positivo nel ridurre l'entità della contaminazione da Legionella spp., ma a lungo termine le autorità sanitarie competente hanno dovuto provvedere ad un cambiamento di direzione, questo a causa, come noto e documentato dalla letteratura, degli effetti negativi sulle tubature e il conseguente rilascio nell'acqua di componenti inorganiche che ne modificavano la qualità della stessa. La scelta di un disinfettante come la monoclorammina, che a differenza del cloro ha un'azione più lenta ma a lungo termine, si è rivelata essere corretta, sicuramente adatta per la struttura in questione e con risultati a lungo termine. La disinfezione con monoclorammina sembra quindi una strategia promettente per contrastare la contaminazione da Legionella pur mancando, ad oggi, studi a lungo termine o studi che valutino l'attività del disinfettante sulla componente "amorfa" quale quella del biofilm, che è noto rappresenti lo scoglio più duro da abbattere nella scelta del disinfettante. Solo comprendendo a fondo l'ecologia dei microrganismi che vivono nell'acqua e le loro dinamiche, sarà possibile predisporre delle scelte relative ai sistemi di disinfezione e/o di bonifiche, che tengano conto della stretta relazione che esiste tra la componente impiantistica di una struttura e la componente chimico-fisica e microbiologica dell'acqua.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 762

ANALISI DELLA PEDONALITÀ DI UN QUARTIERE

D'Alessandro D 1, Appolloni L 1, Assenso M 1, Cappuccitti A 1, Colarossi P 1

1 Dipartimento di Ingegneria Civile Edile Ambientale, Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE: La fruibilità di un quartiere e, di conseguenza la promozione di stili di vita funzionali al benessere, dipende dalla motivazione del singolo a modificare i propri comportamenti e dai determinanti ambientali del contesto in cui si verificano. Da tempo, ormai, diversi autori studiano le relazioni che intercorrono tra le caratteristiche fisiche degli spazi urbani e il comportamento degli abitanti, individuando veri e propri indici di pedonalità (Walkability Index). Gli studi condotti mostrano che gli indici di pedonalità variano a seconda della finalità dello spostamento, dalle caratteristiche socio-economiche dei residenti e dalla qualità dell'ambiente circostante. Ad oggi, però, nella maggior parte dei Walkability Index (WI) individuati la valutazione dell'ambiente costruito fa riferimento a misure derivanti da set di dati di archivio, spesso rielaborate con il GIS, che non tengono conto della qualità ambientale del contesto di riferimento. Tali indici compositi, quali ad esempio il NQLS (Neighborhood Quality of Life Study) oppure quello elaborato con il progetto IPEN (International Physical Activity and the Environment Network), prendono in considerazione soprattutto quattro parametri, legati principalmente alla prossimità ed alla connettività, che descrivono la conformazione urbana: densità residenziale netta, densità delle intersezioni, uso misto del territorio e FAR (floor area ratio). Il presente contributo si propone di presentare un metodo semplice, da noi elaborato, per valutare la pedonabilità di un quartiere, basato sull'osservazione diretta, al fine di supportare le Pubbliche Amministrazioni nel processo decisionale inerente le politiche della salute e dello sviluppo locale. **MATERIALI E METODI:** E' stato elaborato uno strumento, denominato Indice di Idoneità Territoriale al Cammino (Walking Suitability Index of the territory, T-WSI), che viene applicato ad ogni strada di una isola ambientale. Esso comprende 12 indicatori suddivisi in 4 categorie: Percorribilità (Fondo del marciapiede, Ostacoli, Pendenza), Sicurezza (Protezione dalla velocità dei veicoli, Illuminazione, Attraversamenti), Urbanità (Ampiezza, Arredo, Attività), Gradevolezza (Traffico, Contesto edilizio, Verde). A ciascuna categoria ed, al suo interno, a ciascun indicatore, è stato assegnato un peso differente, a seconda dell'impatto che categorie e indicatori hanno sulla pedonalità. In sede di rilevazione, ad ogni indicatore è stato attribuito un valore in conformità ad una scala di merito predefinita (eccellente, buono, scadente e pessimo), corrispondente ad un voto numerico nella scala dell'unità (1- 0,7 - 0,35 - 0). I dati raccolti per ogni strada sono inseriti in un apposito algoritmo a cui è affidata l'esecuzione di somme ponderali in grado di aggregare gli indicatori e le categorie secondo coefficienti percentili e decimali, arrivando a definire l'indice finale nel quale è ricompresa la lunghezza di ciascuna strada. L'indice del quartiere è il risultato della somma delle medie ponderate degli indici di ciascuna strada. Per mostrare i risultati si utilizzano diagrammi radar e grafici a barre. Il GIS è utilizzato per la gestione dei dati cartografici. Per la validazione dell'Indice di Idoneità Territoriale al Cammino (Walking Suitability Index of the territory, T-WSI) è stato condotto uno studio sperimentale in due quartieri di Roma, identificati come isole ambientali: "San Saba" e "Sacco Pastore". Il primo è un quartiere quasi esclusivamente residenziale, in parte ricompreso nella città storica centrale, di elevata qualità urbana. Il secondo quartiere è ubicato nella città consolidata di espansione novecentesca, a tipologia edilizia definita e ad alta densità insediativa. **RISULTATI:** L'indice medio è 58,6 per il quartiere "San Saba" e 55,1 per "Sacco Pastore". Entrambi i risultati si attestano intorno a valori medi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

della scala adottata (0-100), evidenziando carenze nella progettazione per la fruizione pedonale degli spazi pubblici. Tra le categorie analizzate, la Sicurezza ha mostrato i peggiori risultati in entrambi i quartieri (43,30 in "San Saba" e 34,90 in "Sacco Pastore"), soprattutto per la mancanza di elementi di "Protezione dalla velocità dei veicoli". Al contrario, il risultato migliore per il quartiere San Saba è stato valutato per la categoria della Gradevolezza (70.60) seguito dalla Percorribilità (65.20); i migliori valori di categoria per il quartiere "Sacco Pastore" sono stati la Percorribilità (69.10), seguita dalla Urbanità (58.10). **CONCLUSIONI:** Lo strumento elaborato è facile da utilizzare, poco costoso, sensibile e riproducibile, e offre una buona base per le politiche di sviluppo locale. Nel quadro generale degli indici esistenti che valutano la pedonabilità, la rilevanza dello strumento si fonda sulla metodologia di indagine, basata sull'osservazione diretta e oggettiva del contesto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 548

PUO' IL CAMBIAMENTO DEL SISTEMA DI VENTILAZIONE IN SALA OPERATORIA CONDIZIONARE L'INCIDENZA DI INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO?

A. Dichiarà 1, P. Barbadoro 1, 2, R. Bruschi 2, S. Savini 2, E. Di Tondo 1, E. Prospero 1,2, M.M. D'Errico 1,2.

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

2 SOD Igiene Ospedaliera, AOU Ospedali Riuniti, Ancona.

INTRODUZIONE: Le Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) sono ancora oggi un'importante causa di morbosità e mortalità per i pazienti che si sottopongono a intervento chirurgico, rappresentando in Italia secondo i dati dell'ECDC del 2011 il 16,2% delle Infezioni Correlate all'Assistenza. La maggior parte delle ISC viene acquisita durante l'intervento e le principali fonti di infezione possono essere classificate in endogene (flora endogena del paziente o focolaio infettivo a distanza) ed esogene (mani del personale di assistenza, ambiente e superfici, strumenti chirurgici o contaminazione dell'aria). Obiettivo del presente lavoro è valutare il ruolo dell'ambiente di sala operatoria quale fattore di rischio indipendente per ISC, in particolare verificando l'impatto sulle ISC dell'utilizzo del sistema di areazione a flusso laminare a partire dal 2004. **MATERIALI E METODI:** Sono stati analizzati i dati relativi alla sorveglianza attiva delle ISC e della qualità microbiologica dell'aria nell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, nel periodo compreso tra il 2003 e il 2012. Per la sorveglianza attiva delle ISC è stato utilizzato il protocollo dei CDC. Il campionamento dell'aria è stato effettuato in condizioni di AT-REST (sala vuota, non operativa) e in OPERATIONAL (sala operativa) con campionatore su singola piastra (S.A.S., Surface Air System) che convoglia un flusso di circa 90 l/min di aria su piastra Petri di 55 mm di diametro, contenente terreno nutritivo Plate Count Agar per la ricerca della carica batterica totale mesofila (CBT). Nelle fasi preparatorie e AT-REST i prelievi sono stati effettuati a centro sala e in prossimità del letto operatorio; nella fase OPERATIONAL ad una distanza inferiore al metro dal sito chirurgico e ad un'altezza di circa 1 metro dal pavimento. È stata quindi effettuata un'analisi di regressione logistica multivariata per valutare i fattori di rischio indipendenti (sesso del paziente, durata dell'intervento, tipo di procedura, carattere di urgenza, classe di contaminazione della ferita, conformità alla profilassi antibiotica, individuazione di particelle in punti diversi del sito operatorio) associati al tasso di ISC. **RISULTATI:** Nel periodo 2003-2012, sono state sottoposte a sorveglianza epidemiologica e ambientale 11.416 procedure chirurgiche. Sono state rilevate 323 ISC (incidenza cumulativa: 2,8%). Il 59,54% dei pazienti sorvegliati era di sesso maschile e il 44,79% aveva un'età compresa tra 25 e 45 anni. Nell'85,70% dei casi l'intervento ha avuto una durata pari a 2 ore, nel 69,45% dei casi si è trattato



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di un intervento in elezione e nel 60,21% dei casi la profilassi antibiotica preoperatoria non è risultata conforme. Il numero medio di particelle in OPERATIONAL è risultato maggiore rispetto a quello AT-REST ($3,92 \pm 3,71$ vs $1,46 \pm 2,80$). All'analisi bivariata i fattori di rischio per ISC, relativi al paziente, statisticamente significativi sono risultati: età del paziente (frequenza di ISC pari a 3,47% nella classe di età 45-64 anni, rispetto a 1,06% nella classe di età <25 anni), durata dell'intervento (frequenza ISC pari a 6,62% per interventi pari a tre ore, rispetto a 2,20% negli interventi di due ore) e l'antibiotico profilassi (frequenza ISC pari a 2,88% per antibiotico profilassi non conforme, rispetto a 2,12 % per un antibiotico profilassi conforme). L'analisi multivariata ha evidenziato quali fattori di rischio indipendenti con maggior rilevanza per ISC: la durata dell'intervento (OR con durata superiore alle 3 ore=8,16 IC95% 5.84-11.40 rispetto a quelli con durata inferiore ad 1 ora) e l'esecuzione della procedura in urgenza (OR=1,27 IC95% 1,07-1,52). Sono risultati a minor rischio gli interventi puliti (OR= 0,16 IC95% 0,03-0,92), gli interventi eseguiti in laparoscopia (OR=0,60 IC95%0,35-1) e le procedure eseguite nel periodo di osservazione in cui era attivo il sistema di areazione a flusso laminare (OR=0,54 IC95% 0,46-0,62) CONCLUSIONI: Le procedure eseguite nel periodo con condizionamento a flusso laminare hanno presentato un minor rischio per l'insorgenza di ISC (OR=0,54 IC95% 0,46-0,62). Risultati simili sono stati rilevati anche in altre strutture ospedaliere, dove l'utilizzo di sistemi di flusso d'aria laminare è stato associato ad una riduzione del tasso di ISC. Appare importante come una riduzione delle ISC sia un importante obiettivo in termini di sicurezza delle cure per i pazienti che si sottopongono ad intervento chirurgico. Per tale motivo è di fondamentale importanza mettere in opera tutte le misure preventive idonee finalizzate alla riduzione del rischio definendo standard di qualità per la valutazione della corretta gestione anche dell'ambiente di sala operatoria, associando l'efficienza della gestione strutturale all'outcome del paziente.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 472

MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI DELL'INQUINAMENTO ATMOSFERICO SUI BAMBINI A SOSTEGNO DELLE STRATEGIE DI SANITÀ PUBBLICA: IL PROGETTO MAPEC_LIFE

F. Donato¹, S. Bonizzoni², A. Bonetti³, S. Monarca⁴, A. Carducci⁵, M.A. De Donno⁶, E. Carraro⁷, U. Gelatti¹, and the MAPEC_LIFE Study Group.

1 Università degli Studi di Brescia; 2 Comune di Brescia; 3 Centro Servizi Multisetoriale e Tecnologico – CSMT Gestione S.c.a.r.l., Brescia; 4 Università degli Studi di Perugia; 5 Università degli Studi di Pisa; 6 Università degli Studi del Salento, Lecce; 7 Università degli Studi di Torino.

INTRODUZIONE: Gli effetti nocivi sulla salute dell'inquinamento atmosferico sono ben documentati. Recentemente, la IARC ha classificato l'inquinamento atmosferico tra i cancerogeni umani. I bambini sono più vulnerabili degli adulti agli effetti degli agenti aerodispersi, per diverse ragioni: maggiore attività fisica, più tempo all'aperto, maggiore quantità di aria inalata per unità di peso, immaturità di alcuni organi, tra cui i polmoni, e dei meccanismi di riparazione cellulare. Vi è quindi uno spiccato interesse nello studio degli effetti dell'inquinamento atmosferico nei bambini, con l'obiettivo di individuare marcatori di danno biologico predittivi, a livello di popolazione, dell'insorgenza di patologie croniche in età adulta. Alcuni fattori, tra cui l'alimentazione, l'attività fisica e l'esposizione ad altri inquinanti, possono influenzare gli effetti dell'inquinamento atmosferico, modulando la risposta dell'organismo. Il progetto si propone di studiare gli effetti biologici precoci da esposizione a inquinanti atmosferici nelle cellule della mucosa orale e i fattori che possono influenzare tali danni nei bambini in età scolare. L'obiettivo sarà costruire modelli globali di stima del rischio utilizzabili a supporto di strategie di politiche ambientali che mirino al contenimento dei rischi per la salute. **MATERIALI E METODI:** Il progetto MAPEC_LIFE è uno studio epidemiologico di coorte multicentrico che prevede di studiare marcatori di effetto biologico precoce in 1.000 bambini di 6-8 anni, residenti in 5 città italiane (200 soggetti per città) caratterizzate da diversi livelli di inquinamento atmosferico. Nelle cellule della mucosa orale dei bambini verranno misurati i livelli di due biomarcatori di effetto precoce: la frequenza di micronuclei e il danno precoce al DNA, valutato mediante comet assay. L'esposizione dei bambini all'inquinamento atmosferico sarà valutata mediante il prelievo e l'analisi di campioni di PM_{0,5} nei pressi delle scuole coinvolte nello studio; saranno valutate in particolare la concentrazione di idrocarburi policiclici aromatici e di loro nitro-composti (IPA e nitroIPA), la tossicità su cellule polmonari alveolari (A549) e bronchiali (HFBE21), e la genotossicità mediante il test del micronucleo e il comet assay su cellule polmonari A549 e il test di Ames su cellule batteriche di *Salmonella typhimurium*. Inoltre, ai genitori dei bambini sarà somministrato un questionario per raccogliere informazioni su stato di salute del bambino, esposizioni outdoor e indoor, stili di vita e alimentazione. Infine, i dati ARPA relativi alla qualità dell'aria saranno raccolti per tutta la durata



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dello studio. Per studiare la relazione dose-effetto tra esposizione a inquinanti ed effetti biologici, i campioni biologici e ambientali saranno raccolti sia in inverno che in tarda primavera. Inoltre, per valutare la variabilità biologica intra-soggetto, su un campione ristretto di soggetti sarà effettuato un terzo prelievo biologico nella stagione invernale, a distanza di un anno dal precedente. I dati saranno analizzati mediante modelli di analisi multivariata, per tenere conto di possibili fattori di confondimento. La relazione dose-effetto tra esposizione a inquinanti atmosferici, mutagenicità dell'aria ed effetti biologici precoci sarà valutata mediante diversi modelli di regressione. L'analisi dei questionari alimentari sarà condotta in modo da costruire pattern alimentari compositi. Sarà quindi valutato il ruolo di fattori d'interazione nella relazione tra esposizione a inquinanti ed effetti biologici mediante modelli statistici. Infine, sarà costruito un modello di rischio globale di avere un effetto biologico precoce in età infantile in relazione ai diversi tipi di esposizione considerata.

RISULTATI: Lo studio MAPEC_LIFE è iniziato a gennaio 2014 e si concluderà alla fine del 2016.

CONCLUSIONI: La ricerca presenta diversi aspetti innovativi e originali rispetto alle attuali conoscenze. In primo luogo, essa consente di studiare alcuni indicatori d'inquinamento atmosferico che potrebbero essere maggiormente correlati ai danni biologici precoci di tipo cronico-degenerativo. In secondo luogo, la ricerca fornirà informazioni in merito all'entità del danno biologico precoce nei bambini in relazione alla concentrazione di inquinanti aerodispersi, attualmente poco studiata, nonostante l'importanza di un danno in giovane età nell'insorgenza di patologie croniche dell'adulto. Inoltre, la ricerca consentirà di valutare il possibile ruolo protettivo o aggravante di altri fattori nei confronti del danno biologico da esposizione ad inquinanti atmosferici nei bambini. Infine, si procederà all'impiego di due modelli per il calcolo del rischio di effetti biologici precoci nei bambini: l'Analisi di Rischio, per stimare quantitativamente il rischio cancerogeno da esposizione ad aria inquinata utilizzando sia i parametri standard (PM 10, PM 2,5, NOx, e altri), sia quelli da noi investigati (IPA e nitroIPA), e un modello globale del rischio di avere un effetto biologico precoce da esposizione a inquinanti atmosferici che includa sia le variabili ambientali sia gli altri fattori presi in considerazione in questa ricerca.

Questo studio è stato finanziato dal fondo per l'ambiente dell'Unione Europea, nell'ambito del Programma LIFE+ 2012 Environment Policy and Governance (LIFE12 ENV/IT/000614). Componenti del MAPEC_LIFE Study Group: Università degli Studi di Brescia: E. Ceretti, L. Covolo, D. Feretti, A. Festa, R. Levaggi, R.M. Limina, G. Mazzoleni, G.C.V. Viola, C. Zani, I. Zerbini. Comune di Brescia: C. Furia, M.R. Marrese. CSMT Gestione S.c.a.r.l.: R. Codenotti, P. Colombi, S. Crottini, E. Mario. Università degli Studi di Perugia: L. Dominici, C. Fatigoni, S. Levorato, M. Moretti, S. Vannini, M. Villarini. Università degli Studi di Pisa: B. Bruni, E. Caponi, B. Casini, M. Verani. Università degli Studi del Salento: F. Bagordo, T. Grassi, M. Guido, A. Idolo, T. Verri. Università degli Studi di Torino: S. Bonetta, G. Gilli, C. Pignata, T. Schilirò.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 628

IL RISCHIO LEGIONELLOSI PUÒ DIPENDERE DAL TIPO DI LEGIONELLA PRESENTE NEL SISTEMA IDRICO?

G. Ferranti 1; I. Marchesi 1; A. Bargellini 1; L. Fabbri 2; P. Borella 1

1. Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio E., Modena. e-mail: greta.ferranti@unimore.it

2. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

INTRODUZIONE: La famiglia delle Legionellaceae comprende 58 specie ed oltre 70 sierogruppi, meno della metà associata ad infezioni umane. Nell'ambito della specie pneumophila, che è responsabile della maggior parte dei casi di polmonite diagnosticati, sono noti 16 diversi sierogruppi. Tra questi, il sierogruppo 1 è il più frequentemente associato ai casi in Italia. Allo scopo di comprendere se il tipo di Legionella presente in un sistema idrico possa influire sulla comparsa di casi, sono stati confrontati due ospedali simili per tipologia di struttura, case mix e gestione del rischio. **MATERIALI E METODI:** L'Ospedale S. Chiara di Trento, una struttura degli anni '60 con 800 posti letto, è stata confrontata in termini di contaminazione da Legionella e di casi con l'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto, una struttura originaria degli anni '50 con 400 posti letto. Entrambe le strutture ospitano reparti definiti ad "alto rischio" (ematologia) e reparti a "medio-basso rischio" come cardiologia, geriatria e medicina generale. In entrambi gli ospedali da tempo è nota la contaminazione da Legionella nel sistema idrico. Questo ha portato a mettere in atto un sistema di sorveglianza volto alla pronta rilevazione di casi di legionellosi oltre che un sistema di manutenzione e disinfezione degli impianti idrici, mediante l'installazione di sistemi in continuo al biossido di cloro e/o al perossido d'idrogeno. Le due strutture sono state confrontate analizzando i dati disponibili dal 2006 al 2013. Nel periodo considerato sono stati prelevati 1806 campioni di acqua calda sanitaria nell'ospedale di Trento e 662 nell'ospedale di Rovereto. In tutti i campioni è stata effettuata la ricerca colturale di Legionella spp. **RISULTATI:** Complessivamente, il 19,3% dei campioni raccolti nel sistema idrico dell'ospedale di Trento è risultato positivo, nell'ospedale di Rovereto invece la positività ha riguardato il 14,2% dei campioni esaminati. Riguardo la distribuzione delle specie e dei sierogruppi, è emerso che in entrambi gli ospedali la contaminazione era sostenuta da Legionella pneumophila. A Trento prevaleva nettamente il sierogruppo 1 sottotipo philadelphia (77,6% dei campioni positivi), mentre a Rovereto il 95,7% dei campioni era contaminato dai sierogruppi 3 e 6 (95,7%) ed il sierogruppo 1 è stato isolato solo in 4 campioni dopo l'installazione dell'impianto di disinfezione in continuo con biossido di cloro. Per quanto riguarda l'esito della sorveglianza clinica, dal 2006 al 2013 non sono stati riscontrati casi di legionellosi nosocomiale nell'ospedale di Rovereto, mentre nell'ospedale di Trento i casi certi positivi all'antigene urinario sono stati 28. I pazienti erano principalmente di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

sesso maschile (64,3%), con età media di 75 anni (range 26-106) ed erano ricoverati in gran parte nei reparti di geriatria, medicina e cardiologia. Le malattie più frequentemente associate alla polmonite da *L. pneumophila* erano le neoplasie, la BPCO e l'insufficienza renale o cardiaca (83,7% dei casi); inoltre, il 76,7% dei pazienti era sottoposto a pratiche o terapie a rischio. Nei casi in cui è stato possibile isolare il ceppo clinico si è sempre trattato di *Legionella pneumophila* sierogruppo 1 sottotipo philadelphia, lo stesso ceppo circolante nel sistema idrico ospedaliero. **CONCLUSIONI:** In entrambi gli ospedali erano e sono in atto misure di contenimento del rischio legionella, in particolare sistemi di disinfezione in continuo che pur non eradicando *Legionella* dal sistema idrico sono in grado di mantenere sotto controllo la contaminazione (1). Il continuo insorgere dei casi nel solo presidio di Trento non sembra quindi essere legato ai livelli di contaminazione ma alla presenza di *L. pneumophila* sierogruppo 1 sottotipo philadelphia, ceppo particolarmente virulento e resistente alla disinfezione. Questo studio suggerisce che nella valutazione del rischio di una struttura è importante dare rilevanza non solo ai livelli di contaminazione, come previsto dalle linee guida nazionali, ma anche al tipo di *Legionella*. Inoltre, per le strutture sanitarie che ospitano pazienti ad alto rischio, suggeriamo di associare sempre gli interventi di prevenzione e controllo a livello ambientale ad un programma di sorveglianza clinica, condiviso con medici e personale paramedico, basato sulla diagnosi precoce e sull'attenzione a tutte le possibili fonti di rischio derivate dall'esposizione all'acqua durante la degenza. [1] I. Marchesi I, P. Marchegiano, A. Bargellini, S. Cencetti, G. Frezza, M. Miselli, P. Borella. Effectiveness of different methods to control legionella in the water supply: ten-year experience in an Italian university hospital. *Journal of hospital infection* 2011: 77; 47-51.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 132

STRESS DA GUIDA E FATTORI INDIVIDUALI IN UN CAMPIONE DI CONDUCENTI DI AUTOBUS URBANI

E. Ferretti 1; M. Bergomi 2; G. Aggazzotti 2; A. Ferrari 2; M. Busacchi 2; R. Vivoli 2; G. Licitra 1

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena; 2. Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

INTRODUZIONE: Questo studio rappresenta la fase finale di una indagine avviata in precedenza con l'obiettivo di stimare nei conducenti di autobus urbani l'influenza sullo stress professionale di alcuni fattori individuali fra i quali in particolare la personalità e il sonno. **MATERIALI E METODI:** Il reclutamento è avvenuto tra gli autisti di autobus dipendenti di un'azienda di trasporto pubblico locale, mediante adesione volontaria e previa acquisizione del consenso informato. Ai conducenti aderenti sono stati somministrati questionari per stimare i tratti di personalità (Scale Eysenck per adulti EPQ-R e IVE), la vulnerabilità allo stress da guida (Driver Stress Inventory, DSI) e l'eventuale presenza di segni/sintomi indicativi di alterazioni del ciclo sonno-veglia quali la stanchezza al risveglio/diurna (Questionario di screening sui disturbi del sonno e della veglia). Abbiamo inoltre utilizzato una scala per misurare la percezione soggettiva di stress (Perceived Stress Scale, PSS versione 10 items) e abbiamo stimato lo stress generato dalla specifica attività lavorativa (stress da guida) determinando le concentrazioni di cortisolo e α -amilasi (indicatori biochimici di stress) in campioni di saliva raccolti prima, durante e al termine del turno di guida e nella stessa fascia oraria di un giorno di riposo. Contestualmente, per un periodo di 72 ore è stato applicato l'Holter motorio-metabolico Sensewear Armband per misurare la durata del sonno giornaliero. **RISULTATI:** Sono stati reclutati 42 autisti (37 maschi e 5 femmine) con un'età compresa tra 27 e 57 anni (età media 40 anni) e un'anzianità di servizio in media di circa 10 anni e mezzo (min: 41 mesi, max: 301 mesi). Per quanto concerne le abitudini al sonno valutate con l'applicazione dell'Armband, i soggetti esaminati dormono in media 6 ore e 6 minuti al giorno (min: 3 ore e 37 minuti, max: 8 ore e 40 minuti). In merito agli eventuali disturbi della vigilanza rilevati con il questionario, il 26% dei partecipanti ha riferito stanchezza al risveglio, mentre il 33% ha riportato stanchezza diurna, come sensazioni abitualmente percepite. Per quanto riguarda l'analisi delle correlazioni, non sono emerse relazioni significative tra i marcatori biochimici di stress né con la scala dello stress percepito, né con i tratti di personalità. Associazioni positive sono state riscontrate invece tra PSS con Nevroticismo (EPQ-R), Impulsività (IVE) e Aggressività alla guida (DSI). Le dimensioni del Nevroticismo, dell'Impulsività e dell'Aggressività alla guida sono risultate correlate positivamente anche fra di loro. Una relazione positiva è stata altresì evidenziata tra il tratto del Nevroticismo (EPQ-R) e l'Avversione alla guida (DSI). Per quanto riguarda gli indicatori bioumoral, è stato osservato un incremento dei livelli salivari nel giorno di lavoro rispetto al giorno di riposo, rispettivamente all'inizio del turno di guida per l' α -amilasi e a metà turno per il cortisolo. Sono state riscontrate inoltre relazioni degne di interesse tra gli indicatori bioumoral e alcune dimensioni di vulnerabilità individuale allo stress da guida. Per quanto riguarda le caratteristiche del sonno stimate mediante l'Holter motorio-metabolico Sensewear Armband, non sono emerse relazioni significative con gli indicatori bioumoral, né con gli altri parametri indagati mediante i questionari. Sia la stanchezza al risveglio che diurna sono risultate



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

invece correlate ad alcuni tratti individuali di vulnerabilità allo stress da guida (DSI). Una relazione positiva è stata rilevata anche tra la stanchezza al risveglio e i livelli di α -amilasi e di cortisolo, rispettivamente all'inizio e alla fine del turno di guida. **CONCLUSIONI:** Nel nostro studio si conferma l'utilità di poter disporre di una valutazione integrata dello stress lavorativo, utilizzando sia metodi oggettivi quali gli indicatori biochimici sia valutazioni soggettive acquisite attraverso la somministrazione di questionari che misurano lo stress percepito. Importante appare anche il ruolo che rivestono i tratti di personalità e suscettibilità allo stress da guida, sia nell'attivazione neuro-endocrina nell'ambito del turno di guida (cortisolo ed α -amilasi salivari), sia in riferimento allo stress percepito dai conducenti stessi. Tenere in considerazione i fattori individuali nell'organizzazione dell'attività lavorativa potrebbe permettere dunque di ridurre il rischio di stress lavoro-correlato favorendo sia il benessere lavorativo del singolo, sia l'ottimizzazione delle sue potenzialità in un'ottica di maggiore produttività. Da sottolineare infine l'importanza strategica che può assumere la valutazione dello stress in ambiente lavorativo se associata all'implementazione di interventi di prevenzione dello stress occupazionale e promozione di un sano stile di vita come ad esempio il rispetto dell'igiene del sonno.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 761

LA SORVEGLIANZA DEGLI INCIDENTI DOMESTICI NELLE MARCHE

F. Filippeti 1, S. Caglioti 1, M. Morbidoni 2, G. Maracchini 3, A. Pansoni 4, M. Biondi 5, G. Tagliavento 6

1 Osservatorio Epidemiologico Regionale ARS Marche; 2 UO Epidemiologia ASUR AV2 Ancona; 3 PS Ospedale di Senigallia; 4 PS Ospedale di Osimo; 5 Dipartimento Prevenzione AV3 Asur Camerino; 6 PF Promozione e Prevenzione Luoghi di Vita e di Lavoro ARS Marche

INTRODUZIONE: Gli Incidenti Domestici (ID) rappresentano un rilevante problema di Sanità pubblica ed un rilevante campo di intervento nell'ambito della Prevenzione e della Promozione della salute. Secondo le stime dell'Indagine multiscopo Istat del 2012, basate su dati riferiti dagli intervistati a seguito della domanda specifica sugli ID occorsi negli ultimi 3 mesi, nelle Marche si rilevava un tasso di incidentalità (10,6/1.000, più basso rispetto alle precedenti rilevazioni), con una stima di circa 67.000 infortunati l'anno. Considerata la rilevanza del fenomeno, sono state effettuate alcune valutazioni epidemiologiche per orientare le strategie preventive di popolazione.

MATERIALI E METODI: Le informazioni derivano dalle seguenti fonti: 1. il sistema di sorveglianza basato sulle interviste telefoniche PASSI 2009-2012 che raccoglie, in continuo, i dati dalla popolazione regionale adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali; 2. L'indagine pilota PASSI Argento, basata sulle interviste agli ultra 64enni, condotta nel 2010 nella ex Zona Territoriale di Jesi; 3. La sorveglianza epidemiologica dell'incidentalità domestica basata sulla raccolta di dati specifici in sei postazioni di PS regionali operanti, con tempi diversificati, nell'ambito del progetto SINIACA (2005-2012). Tutti questi sistemi di sorveglianza sono sviluppati nel territorio nazionale e sono coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità.

RISULTATI: Secondo i dati Passi 2009-2012, nelle Marche la percezione del rischio di ID appare scarsa: il 93% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente. Per quanto riguarda la conoscenza della problematica, il 25% degli intervistati ha dichiarato di avere ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi. Per quanto riguarda le fonti informative, il 15% ha dichiarato di avere avuto notizie dai mass media, il 12% da opuscoli specifici, il 3% da tecnici, il 2% da medici o altri operatori sanitari e l'1% da parenti. Passi Argento ha evidenziato che il 7% dei soggetti intervistati ultra 64anni ha dichiarato di essere caduto negli ultimi 30 giorni (il 9% dei soggetti con più di 75 anni), di questi il 35% ha dichiarato di essere caduto in casa, il 22% nel giardino/orto, il 17% in strada, il 9% nelle scale. La sorveglianza SINIACA ha evidenziato che degli ID giunti ai PS partecipanti il 12% si è verificato in soggetti con età 0-14 anni, il 14% in quelli della fascia 65-74 anni ed il 20% negli ultra 75enni. Per quanto riguarda l'ambiente di accadimento, il 17% dei casi è accaduto in cucina, il 13% in scale/ballatoi, il 10% nella camera da letto, il 9% in giardino. Nel 25% dei casi questa attività svolta riguardava il lavoro domestico (pulire, cucinare, ecc.), nel 19% il camminare. Rilevante il problema delle cadute negli anziani; di rilievo anche l'incidentalità nella fascia pediatrica (in particolare 1-4 anni) dove l'attività ludica, necessaria per un corretto ed



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

equilibrato sviluppo fisico e cognitivo, rappresenta tuttavia un fattore di rischio. Sono invece quasi esclusivamente gli uomini adulti coinvolti in infortuni durante attività tipo “fai-da-te”. Riguardo la dinamica dell’incidente in larga parte si tratta di caduta – inciampamento - sdruciolamento (55% dei casi) e, come già rilevato, questa dinamica è soprattutto a carico degli anziani, per la presenza di problemi di vista e mobilità. **CONCLUSIONI:** I dati di sorveglianza, in linea con le conoscenze epidemiologiche sul tema, indicano che la problematica maggiormente rilevante è quella delle cadute nelle persone anziane; di rilevante interesse anche gli incidenti in età pediatrica. Questo ha motivato interventi specifici rivolti, in passato, agli anziani (interventi sulla promozione dell’attività fisica, visite domiciliari per la rilevazione dei rischi, focus group ed incontri specifici, distribuzione del Kit “Proteggiamoci dai pericoli domestici”). Nel Piano Regionale per la Prevenzione 2010-2012 (prorogato al 2013) è stato inserito, oltre al Progetto sulla promozione dell’attività fisica negli anziani, il progetto “Casa sicura”, rivolto alla popolazione infantile, per diffondere corrette informazioni ai genitori attraverso incontri specifici (corsi pre e post partum), la diffusione di materiale informativo, il coinvolgimento dei pediatri. Gli operatori dei Centri Vaccinali hanno informato brevemente i genitori sul rischio ed hanno consegnato loro materiale informativo ed una check list di azioni/correzioni da effettuare presso la propria abitazione. Un questionario consegnato al momento del terzo richiamo vaccinale ha evidenziato che più del 70% dei genitori, informati sul tema ID, ha messo in atto misure protettive nei propri domicili. In generale, i dati evidenziano che è presente una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani, ma azioni mirate possono aumentare questa consapevolezza, fondamentale in ottica preventiva.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 405

PESTICIDI E RISCHIO DI SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: IL CONTRIBUTO DELLA METODOLOGIA GIS IN UNO STUDIO IN EMILIA ROMAGNA E IN SICILIA

T. Filippini 1,2; M. Fiore 3; J. Mandrioli 4; A. Odone 5; C. Malagoli 1; L. Iacuzio 1,2; E. Arcolin 1,2; F. Violi 1; F. Mazzini 6; R. Rossi 6; R. Nannini 6; M. Guermandi 7; F. Staffilani 7; N. Marchi 7; S. Fabbì 8; S. Teggi 8; S. Costanzini 8; G. Ghermandi 8; V. Pietrini 5; N. Fini 4; C. Ledda 3; C. Mauceri 3; A. Di Martino 3; F. Patti 3; E. Sentina 3; C. Signorelli 5; M. Ferrante 3; M. Vinceti 1

1. CREAGEN – Centro di Ricerca in Epidemiologia Ambientale, Genetica e Nutrizionale – UNIMORE, Reggio Emilia

2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – UNIMORE, Modena

3. Dipartimento "GF Ingrassia" – Sezione di Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Catania, Catania

4. Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze – UNIMORE, Modena

5. Dipartimento di Scienze Biomediche Biotecnologiche e Traslazionali – Università di Parma, Parma

6. Servizio Fitosanitario, Regione Emilia Romagna, Bologna

7. Servizio Geologico, Sismico e dei Suoli, Regione Emilia Romagna, Bologna

8. LARMA – Laboratorio di Analisi, Rilevamento e Monitoraggio Ambientale – UNIMORE, Modena

INTRODUZIONE: La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è la forma più comune di malattia degenerativa dei motoneuroni, caratterizzata da una paralisi progressiva della muscolatura scheletrica e da una prognosi rapidamente infausta. Nonostante l'elevato interesse anche in ambito scientifico nei confronti di questa gravissima patologia, l'eziologia della SLA è ancor oggi purtroppo sostanzialmente ignota, ed in particolare non è ancora chiaro se e quali fattori ambientali presenti nei luoghi di vita e di lavoro favoriscano l'insorgenza della patologia. Uno tra i possibili fattori di rischio della SLA suggeriti da recenti studi epidemiologici è l'esposizione ambientale e professionale a pesticidi. **MATERIALI E METODI:** Abbiamo valutato questa ipotesi attraverso uno studio caso-controllo di popolazione realizzato in due zone dell'Italia: un ampio territorio emiliano-romagnolo (province di Modena, Reggio Emilia e Parma) e un'area siciliana (provincia di Catania) al fine di raggiungere un'elevata potenza statistica e controllare l'interferenza esercitata da fattori di confondimento. Abbiamo identificato tutti i casi di SLA diagnosticati nel periodo 1998-2011 in tali comunità mediante la consultazione di diversi flussi informativi, quali SDO, prescrizioni farmaceutiche, certificati di decesso e Registro SLA dell'Emilia-Romagna. Dalla popolazione generale abbiamo quindi selezionato con metodo casuale per ciascun paziente 4 controlli, appaiati per sesso, età e provincia di residenza. Di ogni soggetto incluso nello studio abbiamo identificato l'indirizzo di residenza alla diagnosi ed associando ad esso le coordinate cartografiche nel sistema di riferimento Gauss-Boaga, mediante software ARCGIS-10, abbiamo costruito un database Geographical Information System (GIS). Tale database è stato quindi arricchito con l'indicazione della tipologia di uso del suolo in stretta prossimità alla



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

residenza dei soggetti, al fine di stimare possibili esposizioni passive a pesticidi neurotossici in aree agricole. A tale fine abbiamo calcolato all'interno di un'area avente raggio di 100 metri attorno all'abitazione la percentuale di terreno dedicata alle differenti tipologie di coltivazioni in essa presenti, con particolare riferimento a vigneti, frutteti, seminativi estensivi e colture orticole, al fine di valutare la specifica esposizione dei soggetti alle categorie di prodotti fitosanitari generalmente utilizzati per tali coltivazioni e dotati di attività neurotossica. **RISULTATI:** Nel periodo in studio sono stati identificati 703 casi di SLA, 235 residenti in provincia di Modena, 152 in provincia di Reggio Emilia, 112 in provincia di Parma, 204 in provincia di Catania. Ad ogni caso è stato appaiato per sesso, età e provincia di residenza un numero di controlli variabile da 1 a 4, per un totale di 2737 controlli. Il rischio di SLA associato alla residenza in aree caratterizzate da differente utilizzo del suolo è stato calcolato tramite regressione logistica per dati appaiati in tre gruppi di soggetti ad esposizione crescente suddivisi in terzili in base alla percentuale di terreno dedicata alle diverse colture. I risultati preliminari sull'area emiliana non hanno evidenziato un incremento del rischio di tale patologia nei soggetti residenti rispetto ai territori agricoli considerati in modo unitario (OR del terzile superiore verso il terzile inferiore è pari a 0.87, CI 95% 0.65-1.16, P trend=0.551) o analizzati rispetto alle singole tipologie di colture considerate. **CONCLUSIONI:** Sviluppi futuri saranno l'aumento della numerosità del campione tramite l'analisi dei soggetti della provincia di Catania e la georeferenziazione delle residenze storiche, in quanto le conoscenze sulla latenza degli effetti all'esposizione ai pesticidi sono ancora scarse e la percentuale di mobilità in 20-30 anni dei soggetti varia dal 47 al 53% a seconda della provincia di residenza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 319

PRESENZA DI FIBRE DI AMIANTO LIBERE NELL'ACQUA POTABILE E SVILUPPO DI PATOLOGIE

G. Fiorenzuolo 1; V. Moroni 1; R. Rossini 1

1 ASUR MARCHE Area Vasta 2 Dipartimento di Prevenzione, Senigallia

INTRODUZIONE: Il lavoro che viene presentato verifica la qualità organolettica e la presenza di fibre libere di amianto nell'acqua potabile condotta dalle tubature dell'acquedotto dei comuni afferenti all'Area Vasta 2 - Senigallia al fine di valutare l'eventuale rischio per neoplasie dell'apparato gastroenterico. È noto che l'inalazione delle fibre di amianto causa patologie soprattutto a carico dell'apparato respiratorio quali l'asbestosi, il carcinoma polmonare e il mesotelioma pleurico. Gli esperti dello IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) hanno potuto anche mettere in risalto un possibile effetto cancerogeno per il tratto colon-rettale e una probabile implicazione nella sopravvenienza del cancro dello stomaco. Tale ipotesi deriva dalla supposizione che le fibre direttamente ingerite, raggiungerebbero lo stomaco e l'intestino penetrandone la parete e, risiedendo in loco per decine di anni, svolgerebbero la loro attività cancerogena, così come avviene nel tessuto polmonare. Secondo il Safe Drinking Water Committee della National Academy of Sciences statunitense il rischio tumorale associato alla presenza di amianto nelle acque potabili sarebbe dell'ordine di 1 tumore gastrointestinale ogni 100.000 abitanti che abbiano ingerito per 70 anni di vita acque con concentrazioni di amianto di 0,1 - 0,2 MFL (MFL: milione di fibre L-1) **MATERIALI E METODI:** L'area oggetto dello studio ha interessato gli 11 comuni dell'A.V.2 - Senigallia in cui risultavano condutture in materiale contenente amianto. L'analisi delle planimetrie della rete di distribuzione idrica dell'area geografica interessata ha consentito di individuare i tratti di condotta in C-A, l'epoca di posa in opera, la lunghezza della condotta, lo stato di conservazione, i tratti di reti idriche che forniscono aree ad alta densità di popolazione, i punti di prelievo dell'acqua a monte e a valle delle condutture in C-A. I prelievi delle acque sono stati effettuati dagli operatori del Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica in venti punti differenti del territorio e in due periodi diversi dell'anno, maggio e novembre/dicembre. I campioni sono stati esaminati dal laboratorio della società Multiservizi di Ancona, certificato ISO 9001 per i seguenti parametri: temperatura, colore, torbidità, pH, conducibilità elettrica specifica, durezza totale, cloruro, solfato, idrogenocarbonato, sodio, potassio, calcio, magnesio; inoltre sono stati determinati: nitrati, nitriti, ammonio e T.O.C. (Carbonio Organico Totale) e dall'Istituto di Scienze della Terra dell'Università Politecnica delle Marche per la ricerca di fibre di amianto. Tale ricerca è stata effettuata mediante microscopio elettronico a scansione (SEM). Le analisi sono state eseguite secondo le indicazioni riportate nel D.M. 06/09/1994. Per ciascun campione sono stati osservati 571 campi unitari corrispondenti, nelle condizioni di lavoro, a circa 1 mmq del filtro ottenuto secondo la procedura descritta in precedenza. **RISULTATI:** L'analisi chimico fisica dell'acqua dimostra che trattasi di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

acqua definibile medio-minerale, particolarmente buona con ottime qualità organolettiche e moderatamente aggressiva.

Si dimostra inoltre l'assenza di fibre di amianto nella maggior parte dei campioni esaminati, tranne in un campione del mese di maggio e in due campioni nel periodo novembre-dicembre, campioni nei quali è stata rilevata la presenza di una sola fibra di asbesto amosite / 571 campi unitari scansionati. La presenza di fibre libere di amianto in acqua è nettamente inferiore sia rispetto ai limiti previsti dall'Ente Statunitense E.P.A. sia rispetto a quanto rilevato in altre indagini simili condotte in Italia. Volendo quantificare i dati e assumendo come valida una distribuzione Poissoniana, con intervallo di confidenza del 97,5% delle probabilità, si ottiene che al valore di 1 fibra/571 campi scansionati corrisponde un numero medio di fibre, nel volume filtrato, comunque inferiore a 2680 ff/l (LFS limite fiduciario superiore). **CONCLUSIONI:** Le fibre di amianto trovate nei campioni esaminati sono in quantità molto al di sotto del limite accettabile di 7 milioni di fibre/litro così come riportato dall'E.P.A. statunitense. Vi sono indicazioni fornite dall'ISS in cui si riscontra che studi svolti a livello internazionale su popolazioni esposte, attraverso l'acqua potabile, a concentrazioni di fibre di amianto variabili da 1 milione a 200 milioni di fibre/litro, non forniscono chiare evidenze di associazione fra eccesso di tumori gastrointestinali e consumo di acqua. Il basso contenuto di fibre amianto nell'acquedotto dei Comuni dell'A.V.2 – Senigallia non consente di correlare tale presenza con il rischio di neoplasie gastroenteriche, che, peraltro, nel comune di Senigallia non hanno un'incidenza di mortalità significativamente diversa da quella nazionale e regionale, come evidenziato dalla tabella allegata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 172

STRINGHE DI RICERCA EZIOLOGICHE PER LO STUDIO DELLE MALATTIE LEGATE ALLE ESPOSIZIONI AMBIENTALI

D. Gori 1,2; V. Di Gregori 1,2; A. Farioli 3,4,5; A. Baldasseroni 6; M. P. Fantini 1; D. C. Christiani 4; S. Curti 3, F. S. Violante 3; S. Mattioli 3

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie (DIBINEM), Università di Bologna, Italia;

2 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna, Italia;

3 Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna, Italia;

4 Department of Environmental Health, Harvard School of Public Health, Harvard University, Boston, Massachusetts, USA;

5 The Cambridge Health Alliance, Harvard Medical School, Cambridge, Massachusetts;

6 Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali (CeRIMP), Firenze, Italia.

INTRODUZIONE: Negli ultimi anni si è assistito a un aumento notevole di interesse dell'Igiene e della Sanità Pubblica nei confronti dell'eziologia ambientale e da inquinanti delle malattie. Questo ha comportato un aumento esponenziale di articoli pubblicati su questi argomenti e, conseguentemente, ha reso sempre più difficile reperire informazioni che siano quanto più possibile esaustive e pertinenti sugli argomenti dell'epidemiologia ambientale delle malattie. Diverse strategie di ricerca ottimizzate sono state recentemente sviluppate nell'ambito della Medicina del Lavoro e nell'ambito clinico per ovviare alle problematiche del reperimento di articoli pertinenti. Scopo di questo studio è stato quello di individuare strategie di ricerca efficaci, complete e precise sul database PubMed (ad accesso gratuito) per potere reperire il maggior numero possibile di articoli pertinenti sui determinanti ambientali delle malattie. **MATERIALI E METODI:** Abbiamo compilato una lista di termini di ricerca (sia termini del vocabolario MeSH di Pubmed sia parole libere non MeSH) che risultavano pertinenti all'esposizione agli inquinanti ambientali. Abbiamo estratto in modo random una lista di abstract per ogni parola considerata, in seguito due lettori indipendenti hanno valutato la pertinenza degli articoli sulla base della lettura degli abstract. La pertinenza veniva assegnata qualora nell'articolo si fosse parlato di correlazioni fra esposizione ambientale e genesi delle malattie. Si è così stimata la proporzione di articoli potenzialmente rilevanti per ogni parola considerata e si è potuto formulare due strategie di ricerca distinte (una maggiormente specifica ed una maggiormente sensibile). Abbiamo verificato la affidabilità di queste strategie recuperando tutti gli articoli che analizzavano una relazione eziologica putativa fra i determinanti ambientali e tre malattie più o meno correlate al contesto ambientale: malattie autoimmuni, morte improvvisa e difetti cardiaci congeniti. Abbiamo valutato il Number Needed to Read (NNR), ovvero il numero minimo di abstract da leggere per identificare un articolo potenzialmente pertinente all'eziologia ambientale di queste patologie. **RISULTATI:** La stringa di ricerca "più specifica" è basata sulla combinazione di termini che ha prodotto la



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

percentuale più alta ($\geq 40\%$ pari ad un NNR di 2.5) degli abstract potenzialmente pertinenti, compresi i termini MeSH: “environemntal pollutants”, “environemntal pollution”, “disorders of environemntal origin”, “environmental exposure” e “particulate”, che sembravano essere i più legati al campo delle malattie correlate agli inquinanti ambientali. La stringa "più sensibile" era basata sull'utilizzo combinato di tutti i termini di ricerca individuati, con una copertura aggiuntiva forniti da tutti gli altri termini. Utilizzando la stringa maggiormente specifica i NNR erano: 2.7 per le malattie autoimmuni, 3.2 per la morte improvvisa e 1.1 per i difetti cardiaci congeniti . Usando la strategia sensibile i NNR erano rispettivamente 4.0, 6.1 e 3.4. CONCLUSIONI: Le stringhe di ricerca proposte potrebbero aiutare i professionisti sanitari ad indagare determinanti ambientali di condizioni mediche che potrebbero essere potenzialmente legate all'inquinamento, a creare strategie di ricerca esaustive per revisioni della letteratura ed infine ad essere costantemente aggiornati sullo stato dell'arte relativo a questi argomenti di notevole interesse igienistico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 019

HOTEL E LEGIONELLA: SOGGIORNO SENZA RISCHI. MONITORAGGIO DELLA PRESENZA DI LEGIONELLA PNEUMOPHILA NELLA RETE IDRICA DEI GRANDI ALBERGHI ROMANI

R. Moscatelli 1; S. Quintiliani 1; L. Grassano 1

1 ASL Roma C Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. Servizio Interzonale Progetti, Abitabilità, Acque Potabili

INTRODUZIONE: In questi ultimi anni sono stati posti in atto da parte di questa UOC piani di vigilanza relativi anche alla presenza di Legionella P., rivolti a Ospedali e Case di Cura presenti nel territorio di Roma Capitale e Fiumicino. In virtù del lavoro svolto e dei risultati ottenuti ci è sembrato interessante implementare l'esperienza maturata coinvolgendo nel controllo altre tipologie di strutture rilevanti quali i grandi Alberghi di Roma Capitale con l'obiettivo di confrontare i risultati e le conoscenze. **MATERIALI E METODI:** Lo studio si è articolato in varie fasi:

1° step : individuazione di 13 Hotel di massima categoria;

2° step: predisposizione e invio a ogni Direttore di una nota informativa e, previo accordo, effettuazione del controllo;

3° step: sopralluogo con compilazione di apposita check list sulle componenti principali del sistema idrico e prelievo di campioni di acqua nei punti d'uso valutati come critical point, con ricerca di Legionella, oltre che dei parametri batteriologici e chimici ai sensi del D. Lgs 31/2001. **RISULTATI:** In due strutture alberghiere su 13 (15%) delle 39 determinazioni complessive in due camere è stata evidenziata la presenza di Legionella: in questi casi i punti sono stati sottoposti a monitoraggio, prescrivendo nel contempo al Direttore, quale responsabile della struttura, l'adozione di misure atte ad eliminare la criticità rilevata.

In entrambe le strutture la successiva verifica di controllo è risultata positiva alla Legionella, nonostante il Direttore avesse messo in atto la procedura prevista. E' stato pertanto prescritto il divieto di utilizzo delle stanze per gli ospiti sino alla eliminazione dell'inconveniente. Solo a un terzo controllo il microrganismo è risultato assente. **CONCLUSIONI:** Confrontando il lavoro svolto nelle Case di Cura si riscontra che la Legionella è relativamente poco frequente nella categoria alberghiera.

Questo ci spinge a considerare l'alto livello di consapevolezza della problematica degli addetti ai lavori. Evidentemente le Linee Guida emanate per le strutture recettive (G.U. n°28 del 02/02/2005) forniscono utili indicazioni.

Questi risultati sottolineano la notevole professionalità di tutto il personale alberghiero che, tra l'altro, ha offerto ogni forma di collaborazione anche di fronte a provvedimenti restrittivi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 020

PREVENZIONE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A IDROTERAPIA RIABILITATIVA. PRESENZA DI PSEUDOMONAS AERUGINOSA IN VASCA QUALE INDICATORE DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO DI DISINFEZIONE

L. Grassano 1; R. Moscatelli 1; S. Quintiliani 1

1 Azienda USL Roma C - Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. Servizio Interzonale Progetti, Abitabilità, Acque Potabili

INTRODUZIONE: I frequentatori delle piscine idroterapiche riabilitative appartengono ad una categoria di persone potenzialmente più predisposte a contrarre infezioni da patogeni e batteri opportunisti.

Le fonti di contaminazione microbica sono molteplici, la più comune è determinata dagli utenti stessi, ma anche da carenze di gestione degli impianti quali insufficiente trattamento di disinfezione dell'acqua e cattiva manutenzione ordinaria e straordinaria.

Lo *Pseudomonas Aeruginosa* (P.A.) è un microrganismo ubiquitario che generalmente predilige temperature intorno a 42° e la sua presenza si rileva a concentrazioni di cloro residuo inferiore ad 1mg/l. E' un batterio ambientale che ha un'alta resistenza alla pulitura meccanica ed è in grado di aderire a superfici umide formando biofilm. Questa sua caratteristica, gli permette di crescere nel biofilm subendo dei cambiamenti a livello fenotipico che li rende più resistenti agli antibiotici e alle difese immunitarie dell'ospite.

Lo P.A. è uno dei batteri più frequentemente implicato nelle infezioni cutanee, delle mucose e nelle patologie dell'orecchio esterno nei soggetti frequentatori delle piscine; nei soggetti immunocompromessi può provocare patologie anche gravi.

Nel nostro Paese non esiste una raccolta sistematica di dati epidemiologici relativi a casi clinici associati al batterio in vasca e alla qualità dell'acqua; pertanto risulta particolarmente importante il monitoraggio di P.A. per la prevenzione e la sicurezza dei bagnanti. Considerato che lo *Pseudomonas Aeruginosa* si può rilevare nelle acque di piscina anche in assenza dei Coliformi Totali, che rappresentano l'indicatore di eccellenza per la verifica di inquinamento batteriologico, è stato programmato un piano di controllo in piscine idroterapiche allo scopo di valutare un'eventuale contaminazione microbica dell'acqua in vasca da P.A. in correlazione alla concentrazione di cloro residuo libero. **MATERIALI E METODI:** Come prima fase è stato effettuato un censimento delle vasche idroterapiche presenti sul territorio di Roma Capitale, risultate in numero di 18, quindi si è proceduto alla pianificazione dei controlli in modo tale che non solo tutte le piscine rilevate fossero, nell'arco dell'anno, sottoposte ad un sopralluogo con relativi campionamenti, ma che si potesse prevedere anche un'ulteriore verifica successiva alla prima per avere un maggior numero di dati da valutare.

Il monitoraggio è stato eseguito su tutte le vasche censite con un totale di 32 sopralluoghi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

E' stata standardizzata la procedura dell'intervento che ha previsto la determinazione di tutti gli elementi che possono concorrere o influenzare la presenza di P.A. quali Cloro, T° e pH . Quest'ultimo parametro è molto importante in quanto una reazione troppo acida o troppo basica abbassa il potere disinfettante del cloro.

Questi analiti sono stati determinati direttamente in loco tramite l'utilizzo di apposito apparecchio fotometrico digitale contestualmente ai prelievi chimici e batteriologici di acqua in vasca. I campioni refrigerati sono stati poi conferiti al laboratorio ArpaLazio per l'esecuzione delle analisi. In mancanza di normativa specifica è stata utilizzata, come valori di riferimento, la tabella A dell'Accordo del 16/01/2003 recepita dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 407/2006. **RISULTATI:** I risultati dei certificati analitici sono stati confrontati con i valori dei parametri eseguiti nel corso del sopralluogo e si possono riassumere come segue:

- il cloro residuo ha presentato valori fra 0,3 e 1,6 mg/l (valori prescritti 0,7 - 1,5 mg/l);
- il pH è risultato fra 6,5 -7,7 (valori prescritti 6,5 - 7,5 mg/l);
- la temperatura variava da 31°C a 44°C (valori prescritti 24°C-32°C).

Nei 31 campioni batteriologici si è riscontrato un solo caso positivo per *Pseudomonas Aeruginosa* con un valore di 65 ufc./100 ml (valore limite <1 ufc/100 ml) laddove il cloro residuo libero in vasca risultava 0,3 mg/l quindi inferiore al valore minimo consentito.

Questo caso conferma l'aumento del rischio di proliferazione del batterio *Pseudomonas Aeruginosa* anche in assenza di Coliformi Totali, quando il cloro non viene costantemente mantenuto nei valori previsti dalla normativa vigente. **CONCLUSIONI:** Da questo studio si possono trarre considerazioni rilevanti che rafforzano quanto riportato dalla letteratura scientifica.

Infatti la presenza di un solo caso di P.A., a fronte di 32 campionamenti in assenza di indicatori di inquinamento fecale, dimostra che la contaminazione dell'acqua può essere causata dai frequentatori attraverso le secrezioni delle mucose ma che una buona disinfezione e manutenzione da parte del gestore che è consapevole del rischio derivante dai soggetti che utilizzano le vasche idroterapiche, fa sì che egli stesso curi in modo più puntuale ed efficace il controllo interno.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 064

STRUTTURE RICETTIVE ALIMENTATE DA APPROVVIGIONAMENTI IDRICI PRIVATI PREVENZIONE DELLA LEGIONELLA PNEUMOPHILA

S. Quintiliani 1; R. Moscatelli 1; L. Grassano 1

1 Azienda USL Roma C - Dipartimento di Prevenzione - U.O.C. Servizio Interzonale Progetti, Abitabilità, Acque Potabili

INTRODUZIONE: Nell'anno 2013 questa U.O.C. ha realizzato una campagna di prevenzione per la sorveglianza della Legionella Pneumophila nelle strutture ricettive alimentate da pozzi idrici privati. Come normativa di riferimento si è tenuto conto sia delle Linee Guida generali per la prevenzione e il controllo della Legionellosi che delle Linee specifiche per gestori di strutture turistico-ricettive e termali (G.U. n°28 del 04/02/2005). Alcune indicazioni riportate nelle linee guida sopra citate ossia: "La legionellosi viene generalmente contratta per via respiratoria, mediante inalazione di aerosol in cui è contenuto il batterio....l'aerosol può essere generato da apertura di un rubinetto o di una doccia, vasche per idromassaggio, piscine ecc....." ci hanno spinto a mettere in atto un piano di controllo su strutture dove è previsto anche il pernottamento che in questo caso rappresenta un fattore di rischio. Pertanto, nel corso dell'anno, sono stati effettuati sopralluoghi conoscitivi con prelievi di acqua in punti significativi di erogazione (ad esempio docce) per la ricerca di Legionella P. **MATERIALI E METODI:** Il progetto è stato realizzato in fasi successive che hanno previsto:

- un censimento delle attività di ricezione e di ospitalità alle quali questo Servizio ha rilasciato giudizio di idoneità dell'acqua del pozzo privato per il consumo umano, risultate in numero di 20 di cui: 8 agriturismi, 2 comunità religiose, 2 case famiglia per anziani, 2 casa di riposo, 2 comunità terapeutiche, 1 albergo, 1 campeggio, 1 circolo ippico con alloggi e 1 campo di accoglienza;
- stesura di una check list da compilare all'atto del sopralluogo;
- invio a tutti i gestori delle attività censite di una lettera informativa relativa alla campagna di prevenzione sulla legionellosi, malattia infettiva che può essere veicolata anche dall'acqua;
- pianificazione dei controlli. **RISULTATI:** Dai sopralluoghi effettuati è emerso che 1 attività ricettiva si era allacciata all'acquedotto pubblico, 4 avevano sospeso l'attività di alloggio mentre nelle restanti 15 si è potuto procedere ai campionamenti per la ricerca del microorganismo Legionella pneumophila e Legionella spp, oltre che, a prelievi per analisi chimiche e batteriologiche dell'acqua potabile previsto dal D. Lgv. 31/2001.

In tutti i prelievi la ricerca del batterio è risultata inferiore ai limiti di sensibilità del metodo, pertanto non è stato necessario prendere provvedimenti prescrittivi.

Dalla valutazione delle check-list è emerso che in 4 strutture era prevista una manutenzione periodica di tutto l'impianto idraulico con ditte specializzate, in 9, invece, il personale interno



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

effettuava una manutenzione ad intervalli regolari con pulizia, disincrostazione dei rubinetti e dei soffioni delle docce, mentre in 2 strutture non veniva fatta alcuna manutenzione. Pertanto, in questi due casi, all'atto del controllo è stato consigliato di effettuare una pulizia sistematica della rubinetteria atta a prevenire eventuali formazione di colonie batteriche. **CONCLUSIONI:** Da questi risultati è emerso che una buona e sistematica manutenzione degli impianti riduce il rischio da legionella probabilmente, anche perché, trattandosi di approvvigionamenti idrici di pozzi privati scavati in loco, l'acqua prima della distribuzione interna agli edifici subisce un trattamento di clorazione che residua fino all'erogazione terminale, mantenendo così elevata la disinfezione dell'acqua stessa. Inoltre in questo particolare tipo di approvvigionamento il gestore è consapevole della difficoltà di mantenere costanti le caratteristiche di qualità dell'acqua e quindi pone una maggiore attenzione nel sistema dei controlli interni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 055

PREVALENZA DI SIMKANIA NEGEVENSIS E ALTRI MICRORGANISMI "CHLAMYDIA LIKE" IN CAMPIONI DI ACQUA

E. Leoni 1; E. Cremonini 2; L. Dallolio 1; R. Biondi 2; A. Di Francesco 3; M. Donati 2

1. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna

2. Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale, Università di Bologna

3. Dipartimento di Scienze Mediche Veterinarie, Università di Bologna

INTRODUZIONE: Le epidemie idriche da patogeni “primari” nei paesi ad alto tenore igienico e tecnologico sono in forte diminuzione o quasi scomparse. Rimane tuttavia il rischio microbiologico da altri agenti microbici (patogeni emergenti) non conosciuti in precedenza come possibili responsabili di malattie infettive. Appartengono ai patogeni emergenti alcune specie di microrganismi scoperti recentemente che, per analogie del ciclo di replicazione e di sequenza genica, sono associati ai batteri appartenenti all’ordine Chlamydiales e sono detti per questo “Chlamydia like”. Questi batteri sono raggruppati in tre famiglie tassonomiche:

Parachlamydiaceae, Simkaniaceae, Waddliaceae. La famiglia delle Parachlamydiaceae comprende la specie Parachlamydia acanthamoebae, isolata da campioni sia clinici che ambientali e associata a bronchiti, bronchioliti e polmoniti, oltre che ad alcuni casi di aborto, parto prematuro e ritardo di crescita intrauterina. Simkania negevensis, unico rappresentante della famiglia Simkaniaceae, è un potenziale patogeno per l’uomo: è stata associata a casi di bronchioliti e polmoniti acquisite in comunità sia in adulti che in bambini. Alcuni studi hanno evidenziato come possibile reservoir ambientale di S. negevensis le amebe a vita libera, all’interno delle quali il batterio è in grado di sopravvivere e moltiplicarsi; per questo si ipotizza che l’acqua possa essere una fonte d’infezione per l’uomo. L’obiettivo di questo studio è stato quello di indagare, per la prima volta in Italia, la presenza di S. negevensis in campioni di acqua provenienti dalla rete idrica pubblica e da piscine e centri termali. Sugli stessi campioni è stata ricercata l’eventuale presenza di altri batteri Chlamydia like come P. acanthamoebae. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato effettuato su 18 campioni di acqua di piscine termali provenienti da 3 centri termali della provincia di Bologna, alimentate con acqua bicarbonato-solfato-calcica, 5 campioni di acqua sulfurea erogata da uno degli stessi centri termali e 14 campioni della rete idrica pubblica di Bologna. I campioni, concentrati per filtrazione, sono stati inoculati in colture di Acanthamoeba castellani in terreno PYG (peptone, lievito, glucosio) addizionato di gentamicina, vancomicina e fungizone. Le amebe sono state esaminate microscopicamente previa colorazione di Gimenez per evidenziare le caratteristiche alterazioni morfologiche, rappresentate da vacuoli contenenti microrganismi intracellulari. I monostrati di amebe risultate infette sono stati quindi testati con la tecnica di immunofluorescenza indiretta utilizzando un siero policlonale animale specifico per S. negevensis (figura 1). Successivamente, è stata utilizzata una metodica home-made di nested PCR per amplificare, nei ceppi isolati, le



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

sequenze di DNA specifiche per *S. negevensis*. **RISULTATI:** Sei campioni di acqua di piscina termale sono risultati positivi: 2, provenienti da due centri termali diversi, per *Symkania* e 4, provenienti anch'essi da due centri termali diversi, per *P. acanthamoebae*. Tutti i campioni positivi erano stati prelevati dal punto di immissione dell'acqua nelle vasche. Nessun campione di acqua sulfurea utilizzata per la terapia inalatoria e di acqua della rete pubblica è risultato positivo. Il sequenziamento genico degli amplificati ottenuti dal DNA dei due ceppi di *Simkania* ha evidenziato un'omologia del 100% con il genoma del ceppo di riferimento ZT di *S. negevensis*. **CONCLUSIONI:** Questi risultati preliminari evidenziano la presenza di *S. negevensis* e altri microrganismi *Chlamydia* like in ambienti che possono favorirne la trasmissione all'uomo. La documentata capacità di *S. negevensis* di sopravvivere, anche per lungo tempo, all'interno delle forme cistiche di amebe che possono resistere alle normali procedure di disinfezione dell'acqua di piscina, potrebbe esporre i frequentatori all'infezione. Per la comprensione dei meccanismi di trasmissione di *S. negevensis* e altri microrganismi *Chlamydia* like e del loro ruolo in patologia umana sarebbero importanti indagini sierologico-epidemiologiche sia nei frequentatori abituali di piscine e centri termali che in pazienti con particolari quadri clinici, in confronto alla popolazione sana.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 468

L'IMPATTO SULLA SALUTE UMANA DELL'ARSENICO PRESENTE IN BASSE CONCENTRAZIONI NELLE ACQUE. PROPOSTA DI UNO STUDIO CASO CONTROLLO NESTED NELL'AREA DEL VITERBESE

P. De Filippis 1-3, F. Lucaroni 1, P. Borgiani 1, A. De Carolis 2, C. Ciccacci 1, L. Palombi 1-3, S. Mancinelli 1-3

1. Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma

2. ASL RM-H, Dipartimento di Prevenzione - SIAN, Roma

3. Accademia Romana di Sanità Pubblica, Roma

INTRODUZIONE: Nel 2012 l'International Agency for Research on Cancer (IARC) ha definito l'Arsenico come cancerogeno certo per l'uomo (cancerogeno di gruppo I), documentando il rischio derivante dall'esposizione cronica ad elevate quantità di questo metalloide. L'ingestione ripetuta nel tempo di acque ed alimenti ricchi di Arsenico è dimostrato essere associata a numerose patologie, anche non tumorali: malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie neurodegenerative, BPCO, diabete mellito e persino deficit dello sviluppo neuro-cognitivo nei bambini. Al momento non esistono dati certi sui meccanismi di azione dell'Arsenico e dei suoi metaboliti, ma sono state avanzate numerose ipotesi. L'Arsenico agirebbe principalmente come shadow element del fosforo ed influirebbe pertanto sulla sintesi dell'ATP, sul trasporto dell'ossigeno nel sangue, sulla formazione di componenti strutturali della cellula (fosfolipidi, nucleotidi, fosfoproteine) e sulla mineralizzazione ossea. Sarebbe, inoltre, in grado di indurre uno stress ossidativo a vari livelli, mediante la formazione di specie reattive dell'ossigeno (ROS), e proprio questo meccanismo sarebbe responsabile di effetti genotossici, di alterazioni nella trasduzione dei segnali intercellulari, di abnorme proliferazione cellulare e di alterazioni nella riparazione del DNA. A questi meccanismi si aggiungerebbero effetti epigenetici mediante iper ed ipo-metilazione del DNA. **MATERIALI E METODI:** L'elevata concentrazione di Arsenico nelle acque di rete costituisce, pertanto, un problema di estrema rilevanza per la salute pubblica a livello internazionale. Esistono aree del mondo, principalmente nel Sud-Est asiatico ed in Sud America, nelle quali i suoi livelli superano anche di centinaia di volte il limite di 10 µg/L fissato dalla Direttiva europea 98/83/CE. L'Italia, pur attestandosi in media a livelli nell'ordine di 1 µg/L (fonte: ISS, 2013), per via dell'origine vulcanica del suo territorio può raggiungere concentrazioni anche di molto superiori a questo valore soglia. La valle del Po, le Alpi, il Monte Amiata, alcune zone del Lazio e della Campania sono a tutt'oggi le aree a maggior rischio di esposizione nel nostro Paese. Nel Lazio la contaminazione da Arsenico coinvolge principalmente i bacini idrici dell'area dei Castelli Romani e della provincia di Viterbo, con punte che superano i 500 µg/L (fonte: DEP Regione Lazio, 2012). Malgrado la letteratura scientifica sia ricca di documenti sull'argomento, gli studi disponibili risultano a tutt'oggi poco conclusivi, soprattutto per quanto riguarda le basse concentrazioni di Arsenico (10-100 µg/L), ed hanno il limite di privilegiare la sola valutazione del



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

rischio di sviluppare specifiche patologie, senza indagare contestualmente la presenza di biomarcatori di effetto e di suscettibilità. Il progetto prevede l'esecuzione di uno studio caso-controllo nested da condurre su un campione di popolazione residente nella Provincia di Viterbo. Ipotizzando un OR pari a 2, $\alpha = 0.05$, lo study power = 0.90 e la percentuale di esposti totale pari al 56%, con una probabilità di avere un 10% di non responders, la taglia campionaria complessiva sarà pari a 400 soggetti con un rapporto caso/controllo pari a 1.

I casi saranno selezionati in modalità randomizzata tra i residenti di Capranica (VT), comune di 6.666 abitanti (fonte: Istat, 2012) che costituisce una delle aree del viterbese con maggior concentrazione media di Arsenico nell'acqua di rete (fonte: DEP Regione Lazio, 2012).

Il gruppo dei controlli verrà selezionato tra le persone residenti nella stessa zona che, però, si riforniscono da pozzi collocati in aree considerate arsenic-free da punto di vista idrogeologico.

Al campione di popolazione sarà richiesto, tramite un questionario appositamente elaborato, di fornire informazioni riguardo alla presenza di specifiche malattie per le quali l'Arsenico rappresenta un fattore di rischio significativo: patologie neoplastiche, diabete mellito, malattie cardiovascolari, malattie neurodegenerative ed ipertensione arteriosa.

L'esposizione verrà indagata su entrambi i bracci in esame tramite monitoraggio dei livelli urinari di Arsenico inorganico (AsIII e AsV) e dei suoi metaboliti (MMAV, DMAV) mediante Gas cromatografia – Spettrometria di massa (GM-MS).

In un secondo momento verranno prelevati campioni ematici al fine di individuare biomarcatori di suscettibilità individuale e biomarcatori di effetto specifici per ciascuno dei gruppi di patologia sopracitati. **CONCLUSIONI:** Lo studio si propone come un contributo originale andando ad indagare l'eventuale correlazione tra l'esposizione cronica all'Arsenico a basse dosi ed il manifestarsi di patologie croniche da una parte e l'espressione di specifici biomarcatori di effetto e di suscettibilità dall'altro. Il fine ultimo, in un'ottica di Sanità Pubblica, è quello di individuare precocemente i soggetti a rischio, per quanto potenziale, e mettere in atto, di conseguenza, interventi di prevenzione mirati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 773

LE MALATTIE PROFESSIONALI: UNA PROBLEMATICHE IN PROGRESS - L'ESPERIENZA DELLA UOPLL1

A.Maffeo 1,L.Pezzone 1,C.Perugini 1,A.DiMeo 2

1 ASL CASERTA UOPLL1

2LILT CASERTA

INTRODUZIONE: L'Unità Operativa considerata copre un territorio molto esteso, da Orta di Atella al litorale di Villa Literno, comprendente l'agro atellano ed aversano caratterizzati da un polo industriale, con progressiva riduzione delle attività, da agglomerati commerciali di media e piccola entità in un substrato diffuso di piccola imprenditoria artigianale e agricola.

Le segnalazioni di malattia professionale rappresentano a tutt'oggi una delle problematiche maggiormente oggetto di discussione sia per la difficoltà di emersione da parte dei denunciati e segnalanti sia per le attività conseguenti alla vigilanza spesso poco efficaci ed a macchia di leopardo.

Le attività produttive e tutte le operazioni che ruotano attorno all'attualissimo discorso "Terra dei Fuochi" quali censimenti, rilevamenti, bonifiche, azioni post bonifica, rappresentano poi un ulteriore misconosciuto potenziale serbatoio, in carenza di idonee misure di sicurezza, alla possibile insorgenza di patologie correlate al lavoro negli anni futuri.

Storicamente una sorta di diffidenza si è registrata nella comunicazione da parte dei Medici Competenti e dei Medici di Medicina Generale nei confronti degli organi preposti alla vigilanza ed alla prevenzione: ciò ha comportato una sottonotifica colmata solo in parte dalle denunce pervenute per delega dall'A. G. previa richiesta di riconoscimento all'Inail da parte del lavoratore stesso, generalmente, quando è in pensione.

Obiettivo di questa trattazione è la valutazione del trend rispetto alle segnalazioni pervenute confrontato con il dato nazionale e regionale e la conseguente tipizzazione qualitativa delle patologie segnalate. **MATERIALI E METODI:** Materiali

Segnalazioni di malattia professionale pervenute alla UOPLL1 negli ultimi tre anni per delega di indagine dell'A.G., dall'Inail, dai Medici di Medicina Generale, dai Medici Competenti delle aziende e dalla Unità di sorveglianza degli ex esposti ad Amianto.

Fonti dati : Flusso informativo INAIL Regioni - Flusso informativo Mal Prof

Metodi

Valutazione dello stato dell'arte e del trend **RISULTATI:** Le notifiche di malattie professionali pervenute negli ultimi tre anni sono riferite prevalentemente a grossi clusters: la segnalazione effettuata dal sistema di sorveglianza sanitaria degli ex esposti collegata per la maggior parte ad esposizione ad amianto e la segnalazione effettuata dai medici competenti aziendali di grossi agglomerati industriali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Mentre negli anni 2009- 2010 venivano all'attenzione soprattutto ipoacusie, dopo un picco riferito a patologie neoplastiche o paraneoplastiche correlate ad esposizione ad amianto, dal 2011 si nota un trend positivo per le segnalazioni riferite alle patologie muscolo scheletriche collegate ad esposizione a movimenti ripetitivi degli arti superiori.

Queste ultime segnalazioni sono pervenute pressochè esclusivamente dai medici competenti aziendali. Manca completamente qualsiasi comunicazione da parte dei Medici di Medicina Generale
CONCLUSIONI: Per un numero di addetti INAIL nell'anno 2011 di 118.157, il numero di circa 30 segnalazioni pervenute alla UOPLL1 si mostra comunque esiguo rispetto al dato atteso tenuto conto sia dell'estensione territoriale della Unità Operativa che del numero e delle caratteristiche degli insediamenti produttivi .

Tra quelle pervenute sono completamente assenti segnalazioni di possibili patologie attribuibili alle lavorazioni in agricoltura , ancora molto presenti sul territorio di competenza nonostante le difficoltà ambientali intercorrenti.

Utile e necessario si pone come possibile soluzione il raccordo ed il coinvolgimento dei medici di famiglia e delle associazioni imprenditoriali , visto che nel corrente periodo di crisi difficilmente il lavoratore segnalerà l'insorgenza di una probabile malattia professionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 387

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI TRATTAMENTI TERMICI PER IL CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE IDRICA DA LEGIONELLA SPP NELLE STRUTTURE SANITARIE

I. Marchesi 1; G. Ferranti 1; A. Mansi 2; A. Bargellini 1; I. Amori 2; A. R. Proietto 2; A. M. Marcelloni 2; S. Reggiani 1; C. Tucci 1; P. Borella 1.

1. Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena. e-mail: isabella.marchesi@unimore.it

2. Dipartimento Igiene del Lavoro, Centro Ricerche INAIL, Monteporzio Catone (Roma)

INTRODUZIONE: Il problema Legionella è particolarmente rilevante nelle strutture sanitarie per la frequente contaminazione degli impianti idrici e la presenza di pazienti ad elevato rischio di malattia, per cui le Direzioni Sanitarie devono attivare interventi mirati per prevenire e controllare la contaminazione idrica, anche in assenza di casi.

In questo studio riportiamo l'esperienza di un ospedale di 125 posti letto dove è stato adottato come metodo di controllo della contaminazione da Legionella spp lo shock termico mensile associato al mantenimento costante di temperature $>50^{\circ}\text{C}$ all'erogazione come previsto dalle linee guida.

Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia dei trattamenti termici applicati affiancando alla coltura metodi molecolari innovativi (qPCR ed EMA-qPCR) per la ricerca e la quantificazione di Legionella spp. **MATERIALI E METODI:** Nell'ospedale ogni mese viene effettuato lo shock termico innalzando la temperatura del serbatoio di accumulo dell'acqua calda fino a $70-80^{\circ}\text{C}$, lasciando circolare l'acqua a temperatura $\geq 60^{\circ}\text{C}$ per almeno 1 ora e procedendo al flussaggio dell'acqua alla temperatura $\geq 60^{\circ}\text{C}$ per almeno 5 minuti da alcuni punti distali dell'edificio. Dopo tale trattamento l'acqua calda sanitaria viene mantenuta a temperatura $\geq 60^{\circ}\text{C}$ nel serbatoio di accumulo e $>50^{\circ}\text{C}$ ai punti distali e nel ricircolo.

I prelievi di acqua calda sanitaria sono stati effettuati dai lavandini prima dello shock termico, subito dopo e a distanza di 2, 7 e 14 giorni.

La ricerca di Legionella spp nell'acqua è stata condotta con il metodo colturale standard (ISO 11731:1998), con il metodo qPCR utilizzando il "New Legionella spp. Quantitative kit" di Diatheva e con il metodo EMA-qPCR che consente di evidenziare le cellule vitali incluse quelle non coltivabili (VBNC) [1]. **RISULTATI:** I campioni prelevati prima dello shock termico sono risultati contaminati da *L. pneumophila* sierogruppi 4 e 14 in concentrazione compresa tra 25 e 6.500 ufc/l, eccetto un punto che eccedeva le 10.000 ufc/l. Lo shock termico ha prodotto una immediata riduzione della contaminazione che è rimasta mediamente inferiore a 100 ufc/l fino alla seconda settimana successiva al trattamento. Considerando i risultati ottenuti con la qPCR, non si osservano differenze significative nella concentrazione media di legionelle prima (2.690 UG/l) e dopo (1.862 UG/l) il trattamento termico, in quanto la qPCR rileva e quantifica anche le legionelle morte in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

seguito all'ipertermia. Temperature dell'acqua all'erogazione comprese tra 50 e 60°C sono risultate associate a scomparsa della contaminazione (<25 ufc/l) solo in alcuni punti dove si raggiungevano almeno i 59°C. Tuttavia, tre su 8 campioni negativi alla coltura con una temperatura compresa tra 59,8 e 62,7°C sono risultati positivi con la metodica EMA-qPCR, ad indicare la presenza di cellule VBNC. **CONCLUSIONI:** Questi risultati preliminari dimostrano che il mantenimento costante di temperature >50°C all'erogazione, come previsto dalle Linee guida regionali (Bollettino Ufficiale della regione Emilia-Romagna N. 147 del 22 agosto 2008), non è sufficiente ad eliminare completamente il rischio di colonizzazione da parte di Legionella. Dal nostro studio emerge altresì che anche a temperature intorno ai 60°C possono permanere cellule vitali ma non coltivabili che, pur presentando bassi livelli di attività metabolica, mantengono intatte le loro caratteristiche di virulenza.

Lo studio è tuttora in corso per verificare se i trattamenti termici applicati per un periodo prolungato di tempo portino ad una effettiva riduzione del rischio, come da noi osservato con i sistemi di disinfezione chimici che necessitano di alcuni mesi di applicazione in continuo per arrivare a stabilizzare la contaminazione a bassi livelli [2].

[1] A. Mansi, I. Amori, I. Marchesi, A.M. Marcelloni, A.R. Proietto, G. Ferranti, V. Magini, F. Valeriani, P. Borella. Legionella spp. survival after different disinfection procedures: comparison between conventional culture, qPCR and EMA-qPCR. Microchemical Journal 2014: 112; 65-69.

[2] I. Marchesi I, P. Marchegiano, A. Bargellini, S. Cencetti, G. Frezza, M. Miselli, P. Borella. Effectiveness of different methods to control legionella in the water supply: ten-year experience in an Italian university hospital. Journal of hospital infection 2011: 77; 47-51.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 768

INDAGINE SU PISCINE “STAGIONALI” ANNESSE A STRUTTURE TURISTICO RECETTIVE NELLA PROVINCIA DI RIMINI

M. Marotta¹, L. Peduto¹, B. Bernardi¹, S. Epifani¹

¹ Azienda Usl della Romagna - DSP di Rimini

INTRODUZIONE: Le piscine presenti nel territorio della provincia di Rimini sono circa 400.

La stragrande maggioranza di esse (366) sono annesse a strutture turistico recettive e aperte al pubblico nei soli mesi estivi (da giugno a settembre).

Durante il periodo estivo l'attività di vigilanza e controllo da parte degli operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica si intensifica notevolmente sia a causa dell'aumento della popolazione residente che per la concentrazione di numerose attività in un lasso di tempo così breve come quello stagionale.

Al fine di ottimizzare le risorse economiche e del personale di vigilanza, considerato che il rischio maggiore nelle piscine è legato alla possibilità di infortuni, si è deciso di focalizzare l'attenzione prevalentemente sugli aspetti di sicurezza degli impianti natatori, tralasciando gli accertamenti analitici dell'acqua (analisi completa dell'acqua della vasca prevista dalla Tabella A dell'Accordo stato Regioni del 16/01/2003) e la verifica dettagliata del Piano di Autocontrollo. **MATERIALI E METODI:** Per affrontare in modo uniforme alcune problematiche igienico sanitarie e di sicurezza degli impianti natatori e per poterne controllare un numero accettabile in poco tempo, si è predisposta una sintetica check list che riporta le voci relative agli aspetti da valutare.

La check list prevede:

- 1- Possesso o meno del piano di Autocontrollo
- 2- Misurazione del cloro libero e combinato
- 3- Presenza delle schede giornaliere con la registrazione di: cloro libero, combinato, ph e temperatura.
- 4- Verifica della vigilanza secondo quanto previsto dalla DGR 1092/2005
- 5- Verifica della trasmissione della comunicazione di inizio attività
- 6- Esposizione delle raccomandazioni per i bagnanti con orari di apertura e chiusura della piscina

8- Presenza ed idoneità della recinzione e dei cancelletti d'entrata. **RISULTATI:** Sono state controllate in due anni (2012 e 2013) 60 piscine. Il tempo impiegato mediamente per ogni sopralluogo è stato di 90 minuti.

I risultati sono stati:

71% mancanza di piano di autocontrollo

25% mancanza di registrazione dei valori di cloro libero, combinato, ph e temperatura

37% presenza di recinzione e/o cancelletti non idonei



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

15% mancata esposizione del regolamento della piscina per utenti

25% mancata o non aggiornata comunicazione di inizio attività

15% vigilanza non conforme alla DGR 1092/2005

17% idonei con tutti i requisiti **CONCLUSIONI:** I frequentatori delle piscine non sono “lavoratori” e quindi non soggetti al D. Lgs. 81/08; la loro sicurezza e incolumità è in capo al servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Sebbene la presenza e il rispetto del piano di autocontrollo (nella nostra Regione obbligatorio dal 2006) siano molto importanti ai fini della sicurezza dei bagnanti, e sebbene sia risultato assente nel 71% dei casi, il dato più preoccupante è sicuramente la mancanza, nel 37% dei casi, di una adeguata recinzione (altezza di almeno un metro, invalicabile e non scalabile) e/o presenza di idonei cancelletti. Si può facilmente ipotizzare che tale percentuale aumenti notevolmente se si prendono in considerazione le piscine e le vasche idromassaggio annesse agli stabilimenti balneari. La ragione di tale non conformità sta nel fatto che la recinzione esterna delle piscine e delle vasche idromassaggio spesso viene scelta più per le sue caratteristiche estetiche che per quelle di sicurezza.

Malgrado nel 25% delle piscine non ci fosse una scheda giornaliera con la registrazione dei valori di cloro libero e combinato, di pH e temperatura, in sede di sopralluogo i valori di cloro libero e cloro combinato sono risultati essere sempre conformi alla Tabella A dell'Accordo del 2003.

Dall'indagine è emerso che la percentuale maggiore di non conformità riguarda la carenza di documentazione (Piani di autocontrollo, Regolamento da esporre agli utenti, schede giornaliere). Ciò è facilmente spiegabile da vari fattori, tempo, risorse, superficialità ecc. non ultimo il fatto che nella DGR del 1092/2005 non sono previste sanzioni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 729

MONITORAGGIO DELLA LEGIONELLA IN AMBIENTI NOSOCOMIALI. SPERIMENTAZIONE DI UN NUOVO METODO DI BONIFICA.

E. Muresu 1; G.M. Deriu 2; S. Bellu 2; I. Mura 1; P. Locurto 1; G. Maida 1; A. Azara 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche – Sezione di Igiene e Medicina Preventiva;

2 Unità Operativa Complessa di Igiene e medicina Preventiva – Azienda Osp. –Univ. di Sassari

INTRODUZIONE: Gli ospedali sono ambienti particolarmente a rischio per l'acquisizione dell'infezione da Legionella; in tali contesti, secondo gli ultimi dati ufficiali nazionali, la frequenza di casi nosocomiali notificati è del 5,3% ma la letalità raggiunge tassi assai più elevati (28,6%) rispetto ai casi comunitari (12,6%). Aspetti strutturali e condizioni d'uso, quali tubazioni spesso compromesse, presenza di biofilm e temperatura dell'acqua calda mantenuta a valori di circa 48°C per evitare ustioni ai pazienti, sono alcune delle condizioni favorevoli alla replicazione del microrganismo.

Nell'ambito delle numerose misure di prevenzione per la riduzione del rischio correlato all'infezione sono comprese varie metodiche di disinfezione che, pur risultando efficaci come interventi puntuali, non garantiscono continuità di azione e, frequentemente, si assiste ad una ricolonizzazione dei circuiti idrici.

Obiettivi: In questo contesto, lo studio si prefigge di verificare l'efficacia di un nuovo metodo di prevenzione del rischio basato sulla riduzione della concentrazione di Legionelle presenti nei circuiti idrici di alcune strutture sanitarie di ricovero. **MATERIALI E METODI:** A tal fine è stato adottato un dispositivo (Quantum Hospital Freebioenergy - QHFBE) che, operando con onde elettromagnetiche, è in grado di creare una sfera volumetrica di 60 m di raggio all'interno del quale migliora l'acqua corrente degli impianti idrici aumentandone la superficie interna e diminuendo la tensione superficiale di circa il 20%; lo strumento, attraverso una ionizzazione negativa dell'acqua, è in grado di trasformare fisicamente il calcare (CaCO₃) in una forma allotropica che riduce notevolmente le nuove incrostazioni degli impianti termoidraulici ripulendo, nel giro di alcune settimane, anche le vecchie incrostazioni.

Il Servizio di Igiene Ospedaliera dell'U.O.C. di Igiene e Medicina Preventiva ha provveduto a dislocare tale dispositivo in un punto ritenuto significativo della complessa rete idrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari articolata in padiglioni; nell'ambito del raggio di azione del dispositivo sono stati identificati tre punti di prelievo e si è proceduto (attraverso una sequenza di tre campionamenti) ad una caratterizzazione dell'acqua prima dell'applicazione del dispositivo (tempo 0) e, successivamente, dopo l'inizio del trattamento sono stati eseguiti campionamenti con frequenza mensile per circa un anno (tra il 2013 e il 2014).

Le fasi del prelievo, trasporto e conservazione del campione sono state eseguite seguendo le metodiche previste dalle normative vigenti in materia (Linee guida per la prevenzione ed il



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

controllo della Legionellosi del 2000, 2005 e del DL 81/08); la ricerca del microrganismo è stata effettuata in conformità a quanto previsto dalla norma ISO 11731/1998, che prevede le seguenti fasi: filtrazione, trattamento di decontaminazione, semina e incubazione, identificazione e determinazione della carica microbica.

Per facilitare la rilevazione e gestione delle informazioni acquisite è stata predisposta una specifica scheda di raccolta dati che riporta le variabili ambientali riscontrate durante il campionamento ed i risultati ottenuti attraverso le indagini di laboratorio effettuate. **RISULTATI:** I risultati preliminari dell'indagine hanno permesso di riscontrare una percentuale di abbattimento di Legionella compresa tra il 37 ed il 60% dei casi; infatti, come previsto, i risultati del primo campionamento hanno evidenziato un incremento del numero di Unità Formanti Colonie di Legionella, peraltro ampiamente ridotto o addirittura azzerato nei successivi campionamenti. Si è riscontrata anche una rilevante diminuzione della carica batterica totale a 37° C (– 33,3%). In particolare i risultati ottenuti sono ottimi in due dei tre punti di prelievo predisposti dove, la carica di Legionelle, eccetto il primo campionamento, è sempre risultata inferiore alle 100 UFC/L; in un terzo punto di campionamento, invece, gravato da condizioni strutturali assai particolari e un ridottissimo flusso idrico, pur rilevando una notevole percentuale di abbattimento (compresa tra il 27,8 ed il 52,3%), permangono cariche intorno alle 4,5x10³ UFC/L. *L. pneumophila* sierotipo 1 era presente nella maggior parte dei campioni risultati positivi, in minor misura *L. pneumophila* sierotipo 2-14.

CONCLUSIONI: Nell'ambito di un più ampio processo di Water Safety Plan in corso presso l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Sassari, nelle more di ampliare l'osservazione ad un maggior numero di campionamenti e punti di prelievo, i risultati preliminari sono assai incoraggianti e si ritiene che, se abbinati alle classiche procedure di prevenzione (es. shock termico, iperclorazione shock, ed altri) possano addivenire a ridurre notevolmente la presenza di Legionelle ed il correlato rischio di infezione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 751

CONTAMINAZIONE MICROBICA DEI TELEFONINI CELLULARI DEL PERSONALE SANITARIO IN UNA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

G.B. Orsi 1, F. Natale 2, G. d'Ettore 1, M. Fabiani 1, S. De Santis 1, S. Battellito 1, C. Protano 1, M. De Curtis 2

1 Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma Italia;

2 Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, "Sapienza" Università di Roma Italia;

INTRODUZIONE: L'impiego dei telefonini cellulari ha consentito di migliorare ed ampliare le possibilità di comunicazione di dati ed informazioni tra gli operatori sanitari. Tuttavia la contaminazione microbica dei telefonini cellulari potrebbe rappresentare un aspetto importante da considerare nella generale strategia di controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), soprattutto nei reparti intensivi. Per tale motivo è stato condotto uno studio sull'uso e la contaminazione microbica dei telefoni cellulari in uso presso il personale sanitario di una terapia intensiva neonatale (TIN). **MATERIALI E METODI:** A tutto il personale sanitario della TIN è stato somministrato un questionario anonimo, mediante intervista diretta, finalizzato ad acquisire informazioni sull'uso del telefonino. Dopo una prima parte relativa ai dati anagrafici, il questionario prevedeva domande sulle caratteristiche del telefonino, sull'importanza e la frequenza d'impiego sul lavoro, sull'eventuale pulizia e le modalità di esecuzione. Le superfici dei telefonini sono state sottoposte a campionamento mediante tamponi sterili umidificati. I microrganismi sono stati isolati ed identificati secondo le procedure di routine e l'antibiotico-resistenza è stata determinata mediante sistema Vitek 2. **RISULTATI:** Lo studio ha incluso 50 unità di personale sanitario (medici 22, infermieri 19, studenti 9) che avevano disponibili al campionamento 54 cellulari. 1/3 degli intervistati ha dichiarato molto importante l'uso del cellulare sul luogo di lavoro. In generale è stata evidenziata una qualche contaminazione microbica in 47 (87%) cellulari, ed in 10 (18,5%) di questi vi è stata crescita di batteri patogeni noti per essere responsabili di ICA. Nel 55,6% dei cellulari vi è stato isolamento di una sola specie microbica, nel 25,9% di due differenti specie e nel 5,5% di tre o più specie. La distribuzione dei microrganismi isolati è stata la seguente: stafilococchi coagulasi negativi meticillino-sensibili (36,2%), stafilococchi coagulasi negativi meticillino-resistenti (33,3%), *Staphylococcus aureus* meticillino-resistenti (MRSA) (7,2%), Enterococchi (5,8%), *Staphylococcus aureus* meticillino-sensibili (MSSA) (1,4%), altri Gram + (7,2%), altri Gram - (8,7%). Ovviamente la "non pulizia del telefonino" si associava al riscontro di microrganismi (RR 1,22; 95%CI 0.99 – 1.51; p=0,034). La pulizia del telefonino è stata effettuata mediante un panno utilizzando i seguenti prodotti: panno asciutto (28,6%), panno umido (25,0%), liquido per occhiali (14,3%), alcool (10,7%), disinfettante generico (7,1%), amuchina (7,1%), gel (3,6%), clorexidina (3,6%). Non vi era associazione tra sesso ed isolamento di patogeni. Seppure non significativa, la frequenza d'isolamento dei patogeni è stata maggiore negli



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

studenti (33,3%) rispetto a medici (20,8%) ed infermieri (9,5%). Mentre era significativa l'associazione tra la tipologia di cellulare "a soffietto" e l'isolamento di patogeni (RR 4,20; 95%CI 1,56 – 11,32; $p=0,021$). CONCLUSIONI: Lo studio ha evidenziato come in un ambiente sanitario il telefonino cellulare possa essere contaminato anche da microrganismi responsabili di ICA. Pertanto questo riscontro dovrebbe essere incluso nel dibattito sulle procedure di profilassi ed isolamento in corso nelle società scientifiche. Soprattutto nelle aree dove sono presenti pazienti altamente suscettibili.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 538

SPERIMENTAZIONE DEL DISPOSITIVO QUANTUM HOSPITAL FREEBIOENERGY (QHFBE) PER IL CONTROLLO DI LEGIONELLA SPP NELL'AOU FEDERICO II DI NAPOLI

M.Triassi 1; F. Pennino 1; T. Borriello 1; C. Iervolino 1; S. Sabatano 1; M. Porciello 1; OMC Imperato 1; P. Renati 2; I. Torre 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Federico II Napoli

2 Curatore Scientifico Freebioenergy

INTRODUZIONE: La legionellosi è una malattia infettiva ad elevata letalità, trasmessa principalmente per inalazione di aerosol contaminati prodotti, tra l'altro, dai sistemi di distribuzione dell'acqua calda. La specie maggiormente implicata nelle infezioni nosocomiali è *Legionella pneumophila* di sierogruppo 1, responsabile del 39-70% di tutte le infezioni ospedaliere da *Legionella* in Europa e di oltre l'84% dei casi di legionellosi in Italia, nonché del 95% di quelli contratti in ambito nosocomiale nel 2009. I numerosi sistemi di eradicazione del batterio riportati in letteratura non sono scevri da effetti indesiderati che ne limitano l'effettiva adozione. Sulla base di tali premesse si è deciso di valutare nel tempo la contaminazione da *Legionella* spp a seguito dell'applicazione del dispositivo Quantum Hospital Freebioenergy (QHFBE) presso due edifici (A e B) dell'AOU "Federico II" di Napoli. Tale dispositivo opera tramite la cessione di sequenze di fase elettromagnetica che vanno a riorganizzare le strutture elettrodinamiche super-coerenti costitutive l'acqua liquida. I pacchetti di fase non sono associati all'emissione di onde elettromagnetiche in quanto non vi è alcun trasporto di energia radiante, bensì solo una organizzazione fasica di quella già presente in un ambiente fisico. La "sorgente" energetica che "alimenta" il dispositivo QHFBE è costituita dai campi naturali, statici ed alternati, ascrivibili a: campo geomagnetico terrestre (di ampiezza circa 0.5 Gauss), i modi di Schumann (le onde E.M: stazionarie della ionosfera, la cui frequenza fondamentale è intorno a i 7.83 Hz), il vento solare, la radiazione cosmica di fondo. Tale dispositivo è in grado di creare una sfera volumetrica di 30m di raggio all'interno della quale il sistema provvederà a migliorare l'acqua corrente negli impianti idrici, di riscaldamento e climatizzazione. **MATERIALI E METODI:** Nel periodo luglio 2013 - marzo 2014 su n.17 punti di prelievo, scelti in modo da rappresentare i principali rami di distribuzione dell'acqua calda all'interno degli edifici, sono stati effettuati 96 campioni prima (T0) e n.85 dopo l'installazione del dispositivo Quantum Hospital Freebioenergy (QHFBE).

Le modalità di campionamento e di analisi sono state quelle previste dalle Linee Guida Italiane per il Controllo della Legionellosi (Ministero Salute, 2000). **RISULTATI:** In entrambi gli edifici è stata isolata *Legionella pneumophila* di tipo 1. Nei campioni prelevati prima dell'installazione del dispositivo sono state riscontrate cariche medie di 1.522 ufc/L nell'edificio A e 5.196 ufc/L nell'edificio B.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Nei controlli effettuati dal momento dell'installazione del sistema (dicembre 2013 – marzo 2014) sono state ritrovate cariche medie di *Legionella pneumophila* di tipo 1 rispettivamente di 1.230 ufc/L e di 1.496 ufc/L. **CONCLUSIONI:** Nel periodo in studio si è osservata una riduzione percentuale della cariche medie di *Legionella pneumophila* di tipo 1 dopo l'applicazione del sistema Quantum Hospital Freebioenergy (QHFBE) del 19.2% nell'edificio A e del 71.2% nell'Edificio B. La diversità di efficacia riscontrata nei due edifici potrebbe essere attribuita alla maggiore presenza di incrostazioni e di tratti morti in un edificio rispetto all'altro e alla quantità di acqua che transita attraverso l'impianto dovuta alla frequenza nell'utilizzo dei terminali. Pertanto si continueranno ad effettuare campionamenti presso i due edifici al fine di valutare l'efficacia del sistema nel tempo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 552

RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA AMBIENTALE DI POLIOVIRUS ED ALTRI ENTEROVIRUS NEI REFLUI DELLA REGIONE CAMPANIA NEL TRIENNIO 2011-2013

I. Torre 1; F. Pennino 1; T. Borriello 1; C. Iervolino 1; R. Corso 1; L. Fiore 2; A. Battistone 2; S. Fiore 2; C. Amato 2; M. Triassi 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Napoli Federico II

2 CRIVIB Istituto Superiore di Sanità, Roma

INTRODUZIONE: L'Organizzazione Mondiale della Sanità con la risoluzione WHA 41.28 del maggio 1988 ha incluso tra i suoi obiettivi quello dell'eradicazione della poliomielite nel mondo. Per il raggiungimento di questo obiettivo, cui aderisce anche l'Italia, il gold standard è rappresentato dalla sorveglianza delle paralisi flaccide acute (PFA).

Nel 2005 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed il Ministero della Salute hanno deciso di affiancare alla sorveglianza della paralisi flaccida, la sorveglianza della circolazione ambientale dei poliovirus, che ha consentito di evidenziare la presenza di poliovirus, in particolar modo nei reflui, anche in assenza di casi clinici.

Il programma ha coinvolto 8 città con alto flusso migratorio (Palermo, Bari, Roma, Sassari, Parma, Venezia, Milano e Napoli) ed ai fini della certificazione dell'eradicazione globale della polio può fornire un contributo sostanziale per la dimostrazione dell'interruzione della circolazione di poliovirus selvaggi. **MATERIALI E METODI:** Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AOU Federico II partecipa alla sorveglianza ambientale dal marzo 2006. Sono stati individuati n.3 impianti di depurazione nella provincia di Napoli. Il campionamento viene effettuato due volte al mese all'ingresso dei collettori ed all'uscita dell'impianto prima dell'immissione in mare (dopo il trattamento). Il numero di prelievi e la frequenza di campionamento sono stati stabiliti in accordo con le linee guida dell'OMS. Una volta prelevati, i campioni sono inviati ai Laboratori dell'Istituto Superiore di Sanità per la successiva tipizzazione.

L'isolamento di poliovirus e altri enterovirus viene effettuato su due linee cellulari RD e L20B, che permettono l'isolamento di poliovirus e altri enterovirus non-polio sia animali che umani, ma anche di altri virus enterici, come Adenovirus, Reovirus, ecc. Per la successiva identificazione dei virus presenti viene utilizzata una RTsn-PCR con primers specifici per enterovirus. **RISULTATI:** Nel periodo gennaio 2011 - dicembre 2013 sono stati prelevati 473 campioni di reflui, di cui 104 (21.9%) sono risultati positivi. In particolare sono stati identificati il 63.4% di Coxsackie virus B (sierotipi 2, 3, 4 e 5) ed il 32.7% di Echovirus (sierotipi 6, 7, 11 e 25). E' stato inoltre isolato un Echovirus 19 in un unico campione prelevato ad agosto 2012.

Dall'analisi dei 216 campioni prelevati all'uscita degli impianti il 2.7% è risultato ancora positivo per Coxsackie virus B (sierotipi 3, 4 e 5) ed Echovirus sierotipo 6. **CONCLUSIONI:** Nei campioni analizzati non è stato isolato nessun poliovirus dimostrando un alto grado di immunizzazione della



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

popolazione della Regione Campania contemporaneamente, la diffusione di enterovirus non polio ritrovata, indica una vasta circolazione di tali patogeni nella popolazione e dimostra come la sorveglianza ambientale rappresenti una valida attività di supporto a quella della sorveglianza delle PFA per la verifica del mantenimento dello status polio free del nostro Paese. Considerando che nel nostro Paese il rischio di reintroduzione di poliovirus selvaggi o vaccinali retro mutati è molto elevato visto il continuo flusso di immigrati, bisogna necessariamente continuare le attività di sorveglianza fino a quando non si raggiungerà la certificazione mondiale dell'eradicazione della poliomielite.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 695

IL LEAN THINKING APPLICATO AL SETTORE SANITARIO: L'ANALISI DEI FLUSSI DELLA CENTRALE DI STERILIZZAZIONE DELL'AOU DI VERONA SECONDO IL METODO LEAN

F. Marchiori 1, R. Poli 2, S. Michele 2, M. Viali 2, M. Stefano 3, MG. Cengia 2, G. Ghirlanda 2, S. Tardivo 1. A. Poli 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità - Sezione di Igiene e M.P.A.O. - Università degli Studi di Verona

2 Dipartimento di Direzione Medica e Farmacia A.O.U.I. Verona

3 Coordinatore della Centrale di Sterilizzazione A.O.U.I. Verona, Borgo Trento

INTRODUZIONE: L'adozione da parte del settore sanitario di metodologie importate da altri settori quali quello economico o quello industriale è sempre più frequente. In particolare, da qualche anno, il metodo Lean è stato spesso studiato come un metodo gestionale con importanti applicazioni pratiche in sanità. All'interno di una struttura ospedaliera l'unità che presenta maggiori analogie con il settore industriale è sicuramente la Centrale di Sterilizzazione (CS): processi ripetitivi, importante utilizzo di macchinari, focus lavorativo su uno strumento e non sul paziente, possibilità di standardizzazione del lavoro etc. Proprio per queste analogie è verosimile che il metodo Lean possa essere applicato con successo a questa realtà. Una prima parte di questo metodo, facilmente applicabile, è lo studio dei flussi dei materiali e del personale.

Lo scopo del presente studio è quello di valutare l'applicabilità dei metodi di analisi dei flussi di lavoro tipici del sistema Toyota (o Lean Thinking) alla realtà della Centrale di Sterilizzazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. **MATERIALI E METODI:** Un operatore correttamente formato ha seguito giornalmente i processi della Centrale al fine di conoscerne il funzionamento. Successivamente è stata effettuata un'analisi dello Stato Attuale relativamente ai processi ed ai tempi di lavaggio, confezionamento e sterilizzazione dei ferri delle trosse richieste in urgenza dalle sale del blocco operatorio. Infine è stato creato uno "Spaghetti Chart" per analizzare i flussi del personale all'interno della centrale. **RISULTATI:** Il primo atto è stato la creazione di una cartina con la planimetria della centrale dove veniva indicata la posizione di ogni macchina, di ogni postazione di lavoro e di ogni lavoro. L'analisi dello Stato Attuale dei tempi di processo delle trosse urgenti (relativo ad un campione di 10 trosse) ha indicato un tempo medio di processo pari a 158 minuti dal momento di entrata del materiale all'interno della centrale al momento di uscita. I tempi incompressibili, ovvero non riducibili perché legati ai tempi di processo del materiale da parte dei macchinari, sono risultati essere in media di 104 minuti ovvero il 65% del tempo totale. Dei restanti 54 minuti, 23 (14,5% del totale) sono impiegati in tempi di attesa prima di iniziare nuovi processi. I rimanenti minuti sono occupati per operazioni personale-dipendente come il lavaggio dei canulati, l'asciugatura manuale o il confezionamento dei ferri all'interno della trosse. I tempi di trasporto del materiale da una sezione all'altra della centrale



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

costituiscono soltanto l'1,8% del totale. La creazione di uno "Spaghetti Chart" ha infine permesso di visionare i luoghi di maggior transito e stazionamento degli operatori che sono risultati essere la stanza con i macchinari per il lavaggio ferri, la stanza delle autoclavi e la stanza personale.

CONCLUSIONI: Comprendere i processi e visualizzarne lo Stato Attuale è il primo e necessario passo per applicare il metodo Lean Thinking. Comprendere i processi significa anche comprendere i problemi e quindi gli sprechi (Muda). Nel nostro studio si è evidenziato che tempi medi di processo di una trousse urgente rientrano all'interno dei 160 minuti stabili tra la CS e il Gruppo Operatorio. Tuttavia permangono ancora ampi margini di possibile miglioramento. Ad esempio, un rinnovo delle apparecchiature potrebbe non solo ridurre i tempi di lavaggio e sterilizzazione ma anche contrarre i tempi operatori-dipendenti di lavaggio manuale e di asciugatura. Il 14,5% del tempo totale dovuto a tempi di attesa può essere interamente considerato un Muda e quindi in parte eliminabile con opportuni accorgimenti (es: allarme sonoro al termine del ciclo completo del processo di lavaggio). Lavorare sulla riduzione dei tempi di attesa inoltre è sicuramente più rapido ed economicamente sostenibile rispetto al cambiamento dei macchinari che sono estremamente costosi. I tempi di trasporto risultano invece contratti al minimo e difficilmente comprimibili. Un approfondimento dell'analisi dei flussi con una maggiore casistica è sicuramente auspicabile per un prossimo futuro prima di procedere ad fase più attiva di miglioramento del processo complessivo del processo di sterilizzazione dello strumentario chirurgico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 571

**QUALITÀ DELL'ARIA NEI CENTRI PER IL BENESSERE E LA CURA DEL CORPO: VALUTAZIONE
SPERIMENTALE DELL'ESPOSIZIONE A PM ASSOCIATO ALL'USO DI CANDELE DEI LAVORATORI DEL
SETTORE**

C. Protano 1; P. Giardini 1; M. Vitali 1

1. "Sapienza" Università di Roma, Roma

INTRODUZIONE: La qualità dell'aria indoor rappresenta un fattore fortemente determinante la salute, sia a causa dei livelli tipicamente più elevati di inquinanti presenti rispetto all'aria esterna che per il numero di ore che la popolazione trascorre negli ambienti confinati. Infatti, nelle aree metropolitane, un individuo trascorre in media circa il 90% del tempo in ambienti chiusi, tra cui casa, mezzi di trasporto, scuola, lavoro e ambienti ricreativi. Proprio per questi motivi, negli ultimi anni, i ricercatori hanno focalizzato l'attenzione, tradizionalmente incentrata sulla relazione tra qualità dell'aria atmosferica e possibili effetti avversi sulla salute, sulla qualità dell'aria indoor. I risultati di questi studi hanno evidenziato possibili effetti cancerogeni e altre patologie come la sick building syndrome, l'asma, alterazioni a carico delle vie respiratorie e delle mucose connessi con la cattiva qualità dell'aria indoor. Le principali sorgenti indoor sono quelle basate su processi di combustione: riscaldamento, cottura, fumo di sigaretta, candele. Recenti studi hanno evidenziato che la combustione di alcuni tipi di candele comporta un aumento dei livelli di particolato sottile (Particulate Matter - PM). Tuttavia, le valutazioni del rischio per gli "utilizzatori domestici" hanno indicato la sicurezza di utilizzo di tali prodotti, anche in ragione dell'uso saltuario. In ambito occupazionale, invece, un utilizzo continuativo delle candele durante lo svolgimento delle attività lavorative si riscontra in ambienti dedicati al benessere e alla cura del corpo quali spa, centri benessere, termali ed estetici, in particolare nel settore dedicato ai massaggi. Scopo del lavoro è stato quello di valutare la potenziale esposizione occupazionale a PM derivante dall'uso di candele dei professionisti addetti ai massaggi durante l'attività lavorativa. A tal fine sono stati simulati tre diversi scenari di esposizione e sono state effettuate real-time le misure delle frazioni di PM connesse con possibili effetti avversi per la salute (TPS, PM₁₀, PM₄, PM_{2,5}, PM₁) per tre diversi tipi di candele usate specificatamente in queste attività. **MATERIALI E METODI:** L'esperimento è stato realizzato in una stanza di 12,0 m³ (cabina per massaggi "tipo") con una finestra di 4,5 m² in assenza di altre sorgenti di PM. La porta e la finestra sono rimaste chiuse e sigillate fino alla fine dell'esperimento. Le misurazioni sono state effettuate con un analizzatore portatile di aerodispersi (Dust Trak II 8534, TSI Inc, USA) posto all'altezza di 60 cm dal pavimento. Le tre candele scelte avevano caratteristiche differenti: la 1 era colorata e profumata, la 2 era colorata ma non profumata, la 3 era colorata, profumata e con supporto proprio in alluminio. Per ciascun tipo di candela il PM è stato misurato per almeno cinque ore:
- tre minuti in condizioni "at rest";



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- tre ore e 57 minuti dopo aver acceso n. 4 candele dello stesso tipo (considerando un'esposizione professionale "tipo" di quattro ore);

- 30 minuti dopo aver spento le candele aprendo la porta e mantenendo la finestra chiusa;

- il tempo necessario a ritornare alle condizioni "at rest" dopo aver aperto la finestra. **RISULTATI:** I risultati relativi alle concentrazioni di TPS, PM₁₀, PM₄, PM_{2,5} e PM₁ per ogni tipo di candela sono riportati in Figura 1. A differenza di studi simili effettuati da altri Autori, durante ogni test i livelli di tutte le frazioni di PM sono rimasti invariati; quando sono state spente le candele, invece, è stato misurato un netto incremento delle concentrazioni di PM, maggiore di 20 volte rispetto ai livelli riscontrati prima dell'accensione e durante l'uso. Il contributo maggiore al PM totale è risultato quello della frazione $\leq$ PM₁ (> 90% di TPS). **CONCLUSIONI:** I risultati relativi alle concentrazioni di TPS, PM₁₀, PM₄, PM_{2,5} e PM₁ per ogni tipo di candela sono riportati in Figura 1. A differenza di studi simili effettuati da altri Autori, durante ogni test i livelli di tutte le frazioni di PM sono rimasti invariati; quando sono state spente le candele, invece, è stato misurato un netto incremento delle concentrazioni di PM, > 20 volte rispetto ai livelli riscontrati prima dell'accensione e durante l'uso. Il contributo maggiore al PM totale è risultato quello $\leq$ PM₁ (> 90% di TPS).

Per la valutazione della contaminazione da PM in ambienti indoor non industriali si considerano, generalmente, valori di attenzione pari a frazioni dei limiti previsti per gli ambienti industriali (ad esempio 1/10). Tali limiti sono indicati dall'American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH) e dall'Occupational Safety and Health Administration, Department of Labor (OSHA) per esposizioni di otto ore lavorative e sono pari a:

- 10 mg/m³ per le polveri totali e 3 mg/m³ per la frazione respirabile (ACGIH);
- 15 mg/m³ per le polveri totali e 5 mg/m³ per la frazione respirabile (OSHA).

I risultati evidenziano che l'uso delle candele in sé non comporta rischi per la salute, ma anche che lo spegnimento delle candele determina un netto superamento dei livelli di attenzione in tutti e tre i casi considerati. Tale superamento resta quasi invariato fino all'apertura di porta e finestra, che devono rimanere aperte almeno 15 minuti per ritornare a condizioni "at rest". Inoltre, il PM generato è costituito quasi esclusivamente dalle frazioni di dimensioni minori e, pertanto, più pericolose per la salute. Per un operatore addetto ai massaggi che al termine di ogni trattamento spegne le candele, quindi, si configura un momento critico di esposizione ripetuto nell'arco della giornata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 190

LEGIONELLOSI POTENZIALMENTE NOSOCOMIALE: UN NUOVO MODELLO DI INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA

P. Ragni 1; G. Mattei 2; P. Camerlengo 3; C. Incerti Medici 3; E. Ferretti 4; M. Lorenzani¹; A. Nini 5, A. Messori 3, D. Riccò 1

1. *Direzione Sanitaria Azienda USL di Reggio Emilia*

2. *Servizio Igiene Pubblica Azienda USL di Reggio Emilia*

3. *Presidio Ospedaliero Azienda USL di Reggio Emilia*

4. *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia*

5 *Struttura di Medicina Legale Azienda USL di Reggio Emilia*

INTRODUZIONE: I casi di polmonite da legionella (PL) di origine sicuramente o potenzialmente nosocomiale (cioè con sintomatologia comparsa dopo il ricovero in ospedale) costituiscono sempre più un problema rilevante sia sotto il profilo del controllo delle infezioni che sotto quello del contenzioso legale e assicurativo.

All'Istituto Superiore di Sanità sono stati segnalati, nel 2012, 72 casi di origine nosocomiale. Il trend è apparentemente stabile negli anni, ma è nota la notevole sottostima del fenomeno.

Al momento esistono documenti di indirizzo nazionali e regionali per la conduzione dell'inchiesta epidemiologica ai fini del controllo dell'infezione, che sono stati ampiamente recepiti e applicati anche nella nostra Azienda Sanitaria nelle articolate procedure per il controllo di legionella nelle strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL. Tuttavia, tali strumenti non tengono probabilmente in adeguata considerazione le più recenti necessità di documentare in dettaglio alcuni aspetti che potrebbero assumere notevole rilevanza in sede medico-legale o di contenzioso.

MATERIALI E METODI: Un gruppo di lavoro multidisciplinare (Risk manager, igienisti e infermiera addetti al controllo infezioni negli ospedali, igienisti territoriali, medico legale) ha esaminato in profondità le criticità emerse da un caso di PL di potenziale origine nosocomiale, per integrare e modificare il modello di conduzione dell'inchiesta epidemiologica. Dall'analisi sono emersi alcuni punti a nostro avviso meritevoli di interventi di miglioramento:

- le informazioni raccolte tramite il paziente non garantivano più una tracciabilità adeguata ai tempi attuali in caso di contenzioso;
 - il dettaglio di informazioni delle singoli possibili esposizioni e delle relative date non sempre era sufficiente per poter effettuare considerazioni di carattere medico legale precise e inoppugnabili;
 - la programmazione e l'esecuzione di campionamenti ambientali sul territorio necessitavano di un adeguato coordinamento con quelli eseguiti all'interno dell'ospedale, in modo tale da ricostruire una mappa spaziale e temporale sufficientemente dettagliata di tutti i luoghi in cui il paziente avesse avuto esposizioni a rischio ed eventualmente ad acqua contaminata con legionella nelle due settimane precedenti l'esordio clinico.
- RISULTATI:** E' stato definito un nuovo modello per



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

l'inchiesta epidemiologica dei casi di PL. Sono state confermate come basi le due schede riportate nelle Linee guida 2008 della Regione Emilia-Romagna (DGR 1115/2008 - Approvazione linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi), in particolare l'allegato 3a - Scheda di sorveglianza della legionellosi (proposta dall'Istituto Superiore di Sanità) e l'allegato 3a - Scheda di approfondimento per i casi di legionellosi certamente o potenzialmente acquisiti in struttura sanitaria, sociosanitaria o socioassistenziale.

Queste sono state integrate con altri dettagli, soprattutto relativi alle date di potenziale esposizione ai singoli item considerati. Inoltre, è stata prevista una speciale sezione di inchiesta epidemiologica, che prevede al termine dell'intervista al paziente (o al familiare, se il paziente è impossibilitato), l'apposizione delle firme del paziente /familiare e dell'operatore e la consegna di una copia del documento al paziente/familiare stesso.

In tal modo si risponde sia all'esigenza medico legale di produrre un documento tracciabile anche se non protocollato (poichè relativo a informazioni inerenti un caso di malattia infettiva), sia al principio civico di consegnare al cittadino una copia di un documento da questi sottoscritto.

Inoltre, nei casi di PL potenzialmente nosocomiale, per i quali è in genere ancora più complesso risalire alla fonte di contagio, il coordinamento già oggi stretto tra Servizio di Igiene Pubblica e Direzione sanitaria del Presidio Ospedaliero avrà cura di approfondire la completezza delle indagini ambientali riferite sia a possibili fonti ospedaliere sia alla frequente pluralità di possibili esposizioni territoriali. **CONCLUSIONI:** Confidiamo che l'aggiornamento del protocollo per l'indagine epidemiologica per i casi di PL di origine nosocomiale, soprattutto se di correlazione incerta con il ricovero, potrà contribuire a migliorare sia i contenuti sia la qualità formale della documentazione relativa all'inchiesta epidemiologica, al pari della trasparenza dei rapporti con i cittadini interessati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 464

PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI IN AGRICOLTURA NELLA ASL 1 ABRUZZO : STRUTTURE DI PROTEZIONE NEI TRATTORI AGRICOLI

R. Rossi 1; D. Pompei 2; R. Vecchiola 2; A.M. Angelone 1; L. Fabiani 1.

1. *Università degli Studi L'Aquila*; 2. *ASL 1 Abruzzo*.

INTRODUZIONE: La regione Abruzzo, nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2013, considera la promozione della sicurezza in agricoltura uno tra gli obiettivi prioritari da perseguire. In Abruzzo il comparto agricolo è rappresentato da 66837 aziende, il 99% delle quali a conduzione diretta del coltivatore. La superficie agricola è dedicata a prati permanenti e pascolo per il 42%, seguono le colture seminative, le coltivazioni legnose agrarie ed infine gli orti familiari. Le aziende zootecniche sono il 12% del totale e prevale l'allevamento bovino. Nel decennio 2000-2010 in Abruzzo le unità produttive agricole hanno mostrato un calo in termini numerosità ma un aumento in termini di superficie agricola utilizzata. Il comparto agricolo è caratterizzato da indici di frequenza infortunistica elevati e da un rapporto infortuni mortali/infortuni totali superiore rispetto ai comparti industria e servizi. Gli infortuni del settore agricolo rappresentano l'11.8% del totale degli infortuni denunciati all'INAIL, nel 2012 si è verificata una riduzione del 9.4% (1924 nel 2012, 2120 nel 2011), mentre per gli infortuni con esito mortale c'è stato un incremento del 50% (3 nel 2012, 2 nel 2011), secondo solo al settore costruzioni. Gli infortunati sono uomini, tra i 50-64 anni, coltivatori diretti del fondo. Tutti gli infortuni mortali del 2012 sono avvenuti con mezzo di trasporto. La ASL1 Abruzzo, ed in particolare il Servizio Prevenzione e Salute negli Ambienti di Lavoro, seguendo la linea di lavoro indicata dalla Regione, ha effettuato dall'anno 2011 una campagna di vigilanza sulle aziende agricole del territorio di competenza, mirata soprattutto a valutare lo stato di sicurezza delle trattrici. **MATERIALI E METODI:** Tra il 2011 ed il 2013 sono state controllate 98 aziende della Provincia dell'Aquila. Il numero dei controlli annuali effettuati corrisponde al 5% del totale degli insediamenti agricoli della Provincia, così come stabilito dal Piano Regionale di Prevenzione, eccetto che per l'anno 2011 dove l'obiettivo regionale è stato tarato sul numero di infortuni mortali occorsi nel territorio di competenza di ciascuna ASL. È stato effettuato un campionamento casuale semplice partendo dagli elenchi nominali della Camera di Commercio di L'Aquila e dalla banca dati dei Flussi Informativi INAIL. I dati risultanti dal controllo ispettivo sono stati raccolti tramite una Check list elaborata dal Coordinamento Tecnico delle Regioni Gruppo Agricoltura.

Come riportato in letteratura la non conformità dei trattori agricoli è associata ad alcune variabili tra cui l'età dell'operatore, gli ettari di terreno lavorati e la tipologia di azienda (azienda con lavoratori dipendenti o coltivatori diretti/imprese familiari). Per saggiare queste associazioni è stata effettuata un'analisi di regressione logistica univariata in cui è stata considerata la conformità del mezzo (variabile proxy per l'evento infortunistico) quale variabile dipendente e l'età



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dell'operatore, gli ettari e la tipologia di azienda quali variabili esplicative. E' stato considerato significativo un valore di p value inferiore a 0.05. I dati sono stati analizzati utilizzando il software Stata 12. **RISULTATI:** Sono state ispezionate 17 aziende nel 2011, 41 nel 2012, 40 nel 2013, che occupano in totale 1058 addetti. Di queste il 64,3 % è rappresentato da aziende agricole, il 35,7% da aziende agricole/zootecniche. Il 45,9 % sono coltivatori diretti del fondo o comunque imprese a conduzione familiare mentre il 54.1 % sono aziende con lavoratori dipendenti. Sono stati controllati 298 trattori, e ne sono risultati non conformi il 64,8 %. Le cause di non conformità (includendo nella variabile dicotomica conforme) sono così distribuite ed ogni mezzo agricolo ne può presentare più di una:

- mancanza di dispositivo antiribaltamento 6,7 %
- mancanza di sistema di ritenzione del conducente 57,4 %
- salita e discesa dal mezzo non agevoli 6,7 %
- mancanza di protezione degli organi in movimento e delle parti calde 22,5 %
- mancanza del dispositivo di protezione della presa di forza 24,5 %

I risultati della nostra indagine mostrano un'associazione significativa tra la non conformità del mezzo e l'età dell'operatore e gli ettari (Tab. 1); mentre non si rivela significatività statistica per la variabile tipologia di azienda. **CONCLUSIONI:** Dal nostro studio emerge che le aziende in cui il proprietario rientra in una fascia d'età compresa tra 50 e 64 anni e che posseggono più ettari di terreno, risultano quelle in cui i trattori agricoli sono meno sicuri.

La fascia di età più a rischio per non conformità dei mezzi rilevata nel territorio della ASL 1, coincide con quella più a rischio di infortuni in Abruzzo, indicando un target mirato su cui effettuare formazione.

Il Servizio di Prevenzione e Salute negli Ambienti di Lavoro della ASL 1 proseguirà le azioni di vigilanza sulle trattorie agricole, incentivando altresì programmi di informazione/formazione finalizzati all' empowerment degli operatori del settore.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 109

IMPIEGO DELLA RADIAZIONE UV PER LA DISINFEZIONE DI ACQUA DI RETE DA ASPERGILLUS SPP.

M. Sisti 1; G. Brandi 1; G. F. Schiavano 1 ; M. De Santi 1

1 Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo". Dipartimento Scienze Biomolecolari. Sez. di Scienze Tossicologiche, Igienistiche e Ambientali, v. S. Chiara, 27 - Urbino (PU)

INTRODUZIONE: Diverse specie di miceti appartenenti al genere *Aspergillus* sono causa di infezioni opportunistiche che in ambito nosocomiale rappresentano la seconda causa di tutte le infezioni micotiche. Inoltre è noto che questi miceti possono resistere ai normali trattamenti di disinfezione chimica applicati all'acqua di rete e quindi essere dispersi nell'ambiente tramite aerosolizzazione di spore e dei frammenti ifali dai sistemi di distribuzione come docce, rubinetti, cassette di WC ecc. Tale evenienza che rappresenta un rischio infettivo in modo particolare per i soggetti con ridotte difese immunitarie è rilevante in ambito ospedaliero, dove l'incidenza di aspergilloso nosocomiale continua ad aumentare, nonostante vengano adottate misure per il contenimento di tale rischio come i sistemi filtranti ad alta efficienza (filtri HEPA) o l'impiego dell'aria a flusso laminare (LAF).

L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia della radiazione UV quale sistema utile per l'eliminazione di vari miceti appartenenti al genere *Aspergillus* contaminanti l'acqua di rete.

MATERIALI E METODI: Campioni di acqua potabile del volume di 1,8 litri sono stati artificialmente contaminati con *A. fumigatus*, *A. niger*, *A. flavus*, *A. flavipes*, *A. ustus*, *A. terreus*, *A. versicolor*, *A. nidulans* e *A. glaucus* a concentrazioni di circa 10³ UFC/ml, paragonabili a quelle che si potrebbero riscontrare nelle condizioni reali. Come sorgente di radiazioni UV (254 nm) è stata impiegata una lampada a vapori di mercurio a bassa pressione posta a contatto diretto con l'acqua contaminata, mantenuta alla temperatura di 20°C e in costante agitazione per garantire l'omogeneità della sospensione miceliale. Dopo l'attivazione della lampada per tempi compresi tra 10 s e 120 s, corrispondenti a dosi di radiazioni da 32 mJ/cm² a 384 mJ/cm², sono stati prelevati i campioni di acqua, diluiti serialmente e titolati su piastre di Potato Dextrose Agar per valutare la sopravvivenza dei miceti. **RISULTATI:** I risultati ottenuti dimostrano che con tempi di esposizione alla radiazione UV di 10 s è possibile ottenere l'eliminazione completa di *A. glaucus*, *A. ustus* e *A. nidulans* e, a 20 s, anche di *A. terreus*, mentre per le altre specie negli stessi tempi si ottengono riduzioni comprese da 1,4 log a 2 log. A 30 s di esposizione i soli miceti ancora presenti risultano *A. flavus* e *A. niger* (con riduzioni di poco superiori a 2 log) che, tuttavia, non vengono più rilevati a 60 s di esposizione. **CONCLUSIONI:** Alla luce dei risultati sin qui ottenuti si può affermare che il trattamento dell'acqua di rete tramite radiazione UV, applicata per tempi brevi di esposizione, può essere proposto come un valido contributo per la riduzione del rischio di infezioni connesso alla presenza di varie specie di *Aspergillus*. Queste, infatti, essendo dotate di resistenza nei confronti delle dosi di cloro normalmente impiegate negli impianti di distribuzione dell'acqua potabile



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

potrebbero essere nebulizzate nell'ambiente dal punto d'uso dell'acqua determinando un rischio infettivo in modo particolare in ambito nosocomiale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 288

IMMUNOTERAPIA SPECIFICA: UNA POSSIBILITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO PROFESSIONALE DA ALLERGIA A VELENO DI IMENOTTERI

A.Toletone¹, S.Voltolini¹, D.Bignardi¹, C.Troise¹, G.Passalacqua¹, A.Rogkakou¹, P.Durando¹
¹ IRCCS AOU San Martino IST, Genova

INTRODUZIONE: La prevalenza di reazioni allergiche a puntura di imenottero nella popolazione generale è del 5%, ma in alcune categorie di lavoratori (muratori, agricoltori, autisti, apicoltori) essa è maggiore. L'esposizione è, infatti, uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di sensibilizzazione e di reazioni allergiche da punture successive, di variabile gravità fino all'anafilassi.

Scopo del lavoro è stato valutare il fenomeno nell'area genovese ed in quelle limitrofe, al fine di analizzare le problematiche sanitarie e lavorative in soggetti sensibilizzati, e suggerire un percorso per la prevenzione delle reazioni successive in lavoratori potenzialmente esposti. **MATERIALI E**

METODI: Un campione di 160 pazienti afferiti presso l'U.O. Allergologia IRCCS AOU San Martino-IST di Genova, in trattamento con Immunoterapia Specifica (ITS) per via sottocutanea per reazione allergica a puntura di imenottero, è stato intervistato riguardo alla modalità di esposizione, alle caratteristiche dell'evento, e alle conseguenze lavorative. **RISULTATI:** In 23 pazienti (14,4%) l'esposizione si era verificata durante il lavoro; 17 mansioni erano svolte all'aperto (5 edili, 4 agricoltori, 3 giardinieri, 1 gruista, 1 ciclista professionista, 1 tecnico gas, 1 commessa ortofrutta, 1 apicoltore) e 6 mansioni parzialmente all'aperto (2 autisti, 1 portalettere, 1 tecnico elettricista, 1 poliziotto, 1 idraulico); 8 hanno presentato denuncia di infortunio sul lavoro; 2 sono stati riconosciuti dall'INAIL, uno dei quali con postumi pari all'1%. Per 5 soggetti l'evento ha in seguito comportato criticità con il Datore di Lavoro a causa dell'impegno richiesto per l'esecuzione dell'ITS o della necessità di avere a disposizione farmaci salvavita, nonché modificazioni dell'idoneità lavorativa. **CONCLUSIONI:** E' ampiamente dimostrato che l'efficacia dell'ITS nel ridurre il rischio di reazione sistemica varia, a seconda dell'insetto coinvolto, tra 80 e 90%.

Dalle problematiche emerse dalle interviste, i lavoratori che svolgono mansioni a rischio, noti già come sensibilizzati, non sono stati incoraggiati dal Medico Competente né favoriti dal Datore di Lavoro a intraprendere l'ITS, il cui fine invece è prevenire successive reazioni gravi, e contribuire a limitare il più possibile la formulazione di un giudizio di inidoneità o idoneità con limitazioni/prescrizioni.

Sono emerse inoltre difficoltà nella gestione del kit farmacologico di emergenza (adrenalina autoiniettabile, antistaminico e steroide orale), utile strumento da rendere disponibile presso il luogo di lavoro, per il quale dovrebbe essere eseguita opportuna formazione/informazione, laddove sia presente anche un solo lavoratore noto come sensibilizzato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 564

COLONIZZAZIONE DA LEGIONELLA SPP. NELLE RETI IDRICHE DI EDIFICI A DESTINAZIONE RESIDENZIALI DELLA PROVINCIA DI PISA

M. Totaro 1; P. Valentini 1; B. Casini 1; F. Aquino 1; B. Bruni 1; G. Privitera 1; A. Baggiani 1
1. Dipartimento di Ricerca Traslationale N.T.M.C., Università di Pisa.

INTRODUZIONE: Il rapporto ECDC del 2012 “Legionnaires’ disease in Europe” ha messo in evidenza un incremento di casi di legionellosi notificati in Italia: +13% rispetto ai rapporti 2008-11. Sui 1332 casi complessivi 1062 (80%) sono comunitari.

Il documento “Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi”, emanato nel 2000 dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni, fornisce uno strumento operativo per individuare le scelte strategiche sulle misure preventive e di controllo del rischio di Legionella, ma non specifica direttive in merito al controllo della legionellosi in edifici a destinazione residenziale provvisti di acqua calda centralizzata e/o impianti di condizionamento centralizzati.

Questo studio riporta i risultati preliminari di una indagine sulla colonizzazione da Legionella spp. in impianti idrici di edifici residenziali della Provincia di Pisa e l’ idoneità al punto d’uso dell’acqua secondo quanto previsto dal D.Lgs. 31/2001. **MATERIALI E METODI:** In ognuno dei 26 condomini finora esaminati, in media costituiti da otto nuclei abitativi, ai punti d’uso dell’acqua sono stati prelevati due campioni di acqua calda e tre campioni di acqua fredda. L’acqua calda è stata prelevata al sito prossimale e distale dell’impianto. I tre campioni di acqua fredda sono stati prelevati rispettivamente al punto di entrata dell’acquedotto, all’uscita dall’autoclave per la verifica delle condizioni igieniche del serbatoio, e al punto più distale dell’impianto. Nel corso dei campionamenti in ogni punto di prelievo sono state rilevate la temperatura dell’acqua e la concentrazione di cloro libero e totale. La ricerca di Legionella spp. sui campioni di acqua calda è stata effettuata secondo la metodica prevista dalla norma ISO 11731. I ceppi isolati sono stati sottoposti a test di agglutinazione al lattice (Legionella Latex Test, Oxoid) per l’identificazione di specie e sierogruppo. Secondo quanto previsto dal D.Lgs 31/2001, sui campioni d’acqua fredda è stata determinata la carica microbica totale a 22°C, ed eseguita la enumerazione di coliformi, E.coli ed enterococchi. **RISULTATI:** Legionella è stata finora isolata nel 15% (8/52) dei campioni di acqua calda esaminati, in particolare nell’8% (2/26) dei punti prossimali e nel 23% (6/26) dei punti distali. I campioni di acqua positivi alla ricerca di Legionella hanno mostrato cariche comprese tra 102 e 103 UFC/L nel 50% dei campioni, tra 103 e 104 UFC/L nel 37%, e maggiori di 104 UFC/L nel restante 13%. In particolare, le cariche più elevate sono state rilevate in campioni con temperatura compresa tra 35 e 45°C e concentrazioni di cloro libero e totale comprese tra 0,1 e 0,2 mg/L. Il 50% (4/8) dei ceppi isolati è stato identificato come Legionella pneumophila sg 1; il 13% (1/8) come Legionella pneumophila sg 2-14 ed il 37% (3/8) come Legionella spp.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

I valori di carica microbica totale a 22°C sono risultati estremamente variabili nei diversi siti di campionamento (tra 0 e 188 UFC/ml). Nel 13% (10/78) di tutti i campioni di acqua fredda esaminati è stata rilevata una carica microbica totale a 22°C maggiore di 102 UFC/ml, soprattutto nei punti all'uscita dall'autoclave. La ricerca di coliformi, E.coli ed enterococchi ha dato esito negativo in tutti i campioni esaminati. I valori medi di temperatura e concentrazione di cloro riscontrati nei campioni di acqua fredda sono rispettivamente 18,4 (min. 16,1 - max. 21,6) °C e 0,13 (min. 0 - max. 0,4) mg/l. **CONCLUSIONI:** Lo studio indica la presenza di Legionella in una quota non trascurabile di edifici residenziali, soprattutto nei siti distali della rete dell'acqua calda. Ciò può rappresentare una situazione di pericolo per le categorie di soggetti a rischio e indica la necessità di interventi di controllo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 248

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO SU PISCINE, TERME ED ALTRE TIPOLOGIE DI ACQUE AD USO RICREATIVO

F. Valeriani 1, S. Giampaoli 1, G. Liguori 2, V. Romano Spica 1

1 Università degli studi di Roma "Foro Italico", Roma; 2 Università degli Studi di Napoli "Parthenope", Napoli

INTRODUZIONE: L'uso ricreativo dell'acqua si è intensificato negli ultimi decenni in tutto il mondo. Piscine e altre strutture idriche offrono opportunità per il divertimento e la promozione della salute, ma possono comportare rischi oggi prevenibili anche grazie alla introduzione di avanzate tecnologie di gestione e controllo (Valeriani et al., 2012; Semproni et al., 2014; Romano Spica V & Giampaoli S, 2014a). L'importanza della sorveglianza igienico-sanitaria è stato chiaramente sottolineata anche dalle linee guida dell'OMS. In mancanza di una specifica normativa europea relativa a piscine, terme ed ambienti simili, le varie nazioni hanno sviluppato regolamentazioni diverse (Giampaoli et al., 2012). In Italia nel 2003, è stato emanato l'Accordo Stato Regioni applicabile ad alcune tipologie di ambienti acquatici ad uso ricreativo, ma con l'esclusione di particolari situazioni di interesse emergente quali ad esempio biopiscine e terme (Liguori et al., 2014). Infatti, le caratteristiche chimiche e biologiche di quest'ultime ne impediscono il trattamento con le normali tecniche di disinfezione (Giampaoli et al., 2012, 2014b). La recente conferenza ICSPS 2013, relativa alle piscine e SPA, ha messo in evidenza come l'osservazione epidemiologica sui vari ambienti ricreativi sia fondamentale per sottolineare punti critici e proporre soluzioni adeguate, utili anche per l'aggiornamento di linee guida (www.icspss-rome2013.it). La strutturazione di un osservatorio epidemiologico è particolarmente utile per definire un riferimento condiviso finalizzato al miglioramento della sicurezza igienico-sanitaria in piscine di diversa tipologia. **MATERIALI E METODI:** La metodologia dell'indagine epidemiologica, coordinata dall'osservatorio, si fonda sulla realizzazione di un database e sulla fruibilità di: principali riferimenti normativi, metodi per i controlli, regolamenti e linee guida, documentazione attualmente disponibile o nuove proposte da perfezionare e condividere.

I dati raccolti andranno a costituire la base per il disegno di schemi operativi per la sorveglianza, agendo sui punti critici per la gestione dei rischi. Tutti i contenuti e le nuove proposte vengono descritte e rese disponibili su un sito web progettato e dedicato all'aggiornamento del database ed alla sua fruizione. Aree per login, forum e blog favoriranno lo scambio di informazioni e discussione. L'accesso per l'inserimento e la condivisione dei dati sarà aperto ad enti e studiosi interessati, che potranno segnalare casi correlabili alla esposizione in piscina, o situazioni di interesse nella rilevazione di parametri igienico-sanitari. Le informazioni saranno gestite nel rispetto dell'anonimato e sottoposte a revisione da parte di un gruppo di redazione. E' prevista la rappresentazione grafica di dati su mappe interattive. **RISULTATI:** L'Osservatorio Epidemiologico su Piscine, terme ed altre tipologie di acque ad uso ricreativo (OsEpi), è stato strutturato



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

principalmente con finalità di studio, ricerca e promozione della sicurezza per utenti e personale impiegato nel settore. Per mettere il database a disposizione di tutta la comunità scientifica e di quanti interessati, è stato progettato un sito internet, in cui poter raccogliere indicazioni sui rischi, un elenco dei principali riferimenti normativi italiani e internazionali, pubblicazioni periodicamente aggiornabili. **CONCLUSIONI:** La diffusione di piscine rappresenta un'importante opportunità per la promozione della salute attraverso la pratica di attività motoria preventiva, ludico-ricreativa o riabilitativa. Il progresso tecnologico nei metodi di sorveglianza, trattamento e disinfezione ha contribuito sensibilmente a migliorare la sicurezza delle piscine.

La gestione delle problematiche igienico-sanitarie costituisce una realtà comune sia ai grandi impianti sportivi che alle piccole strutture private, ma segue spesso approcci disomogenei e parcellizzati nel territorio. In tale contesto, la condivisione delle esperienze e l'osservazione epidemiologica è parte integrante dell'intervento attivo. L'attuazione di strategie collaborative comuni rappresenta un riferimento per gli operatori del settore, favorendo una visione d'insieme e facilitando la diffusione di nuove soluzioni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 336

MUTAGENICITÀ DEL PARTICOLATO ATMOSFERICO URBANO DI UNA CITTÀ CON ELEVATI LIVELLI DI INQUINANTI AERODISPERSI

C. Marcantoni¹, G.C.V. Viola¹, D. Feretti¹, E. Ceretti¹, I. Zerbini¹, C. Zani¹, R. Pedrazzani², U. Gelatti¹, F. Donato¹

1. Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia; 2. Dipartimento di Ingegneria Meccanica e Industriale, Università degli Studi di Brescia.

INTRODUZIONE: Gli inquinanti atmosferici sono una complessa miscela di varie specie chimiche, alcune delle quali mutagene. Il particolato atmosferico (PM₁₀) è costituito da particelle inalabili di dimensioni inferiori a 10 µm a cui possono essere adsorbiti diversi composti, tra cui anche sostanze mutageno-cancerogene. Il PM₁₀ è stato associato all'insorgenza di patologie respiratorie, cardiovascolari, ostetrico-ginecologiche, e all'aumento della mortalità giornaliera per qualsiasi causa. Da ottobre 2013 è classificato dalla IARC come cancerogeno umano, correlato in particolare all'aumento di tumori polmonari. Le frazioni più fini hanno una pericolosità maggiore perché penetrano più in profondità nell'apparato respiratorio.

La concentrazione media di PM₁₀ nel 2013 a Brescia, una tra le città italiane con i più elevati livelli di inquinamento atmosferico, è stata inferiore al limite medio annuo di 40 µg/m³ imposto dalla normativa (D. Lgs 155/2010) ma si sono registrati ben 80 giorni (rispetto ad un massimo consentito di 35) di superamento del limite giornaliero di 50 µg/m³.

Lo scopo di questo studio è stato valutare l'attività mutagena di diverse frazioni del PM₁₀ raccolto a Brescia in zone della città diverse per volume di traffico e presenza di impianti industriali.

MATERIALI E METODI: I campionamenti di PM₁₀ sono stati effettuati in sei diverse zone della città, durante due inverni consecutivi (2012-2013), mediante un campionatore d'aria ad alto volume (1,13 m³/min) dotato di frazionatore di particolato in base alla granulometria. Il PM₁₀ raccolto in ogni zona è stato suddiviso in tre frazioni: < 0,5 µm, 0,5-3 µm, 3-10 µm. Ciascuna di queste è stata analizzata per l'attività mutagena mediante il test di Ames che rileva mutazioni geniche in batteri. Il test è stato condotto utilizzando i ceppi TA98 e TA100 di *Salmonella typhimurium*, in presenza e in assenza di attivazione metabolica esogena, saggiando i campioni di PM a dosi crescenti, corrispondenti a 5, 10, 25, 50 e 75 m³/piastra. I risultati sono stati espressi come rapporto di mutagenicità (RM= revertenti indotti/revertenti spontanei).

Nelle stesse frazioni di PM₁₀ è stato determinato inoltre il contenuto di idrocarburi policiclici aromatici (IPA), mediante gas cromatografia accoppiata a spettrometria di massa (GC/MS), e metalli, mediante plasma accoppiato induttivamente, abbinato alla spettrometria di massa (ICP-MS). **RISULTATI:** Nel test di Ames gli estratti organici delle frazioni più fini (< 0,5 µm e 0,5-3 µm) hanno indotto solo mutazioni puntiformi di tipo frameshift (TA98) nelle cellule batteriche, evidenziando per tutti i campioni un chiaro andamento dose-risposta, in particolare in assenza di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

attivazione metabolica, indicativo della presenza di mutageni ad azione diretta. Le frazioni di dimensioni 3-10 μm , invece, non hanno indotto alcuna attività mutagenica.

Le polveri di dimensione inferiore (PM_{0,5}) sono risultate molto simili nelle sei zone della città, sia per quantità di particolato raccolto sia per le concentrazioni di IPA totali. Il contenuto di IPA totali nel particolato più grossolano (3-10 μm) è risultato simile a quello rilevato nel PM_{0,5}. Le frazioni intermedie presentavano invece concentrazioni inferiori. Tuttavia, prendendo in considerazione il contributo dei diversi congeneri di IPA presenti, si è osservato che la potenza cancerogena relativa (Relative Potency Factor) aumenta al diminuire delle dimensioni delle particelle.

Differenze rilevanti tra i campioni si sono osservate invece per quanto riguarda la concentrazione di alcuni metalli, particolarmente abbondanti in alcune zone caratterizzate dalla presenza di insediamenti industriali. **CONCLUSIONI:** La frazione di PM₁₀ che misura 3-10 μm non è risultata in grado di indurre mutazioni puntiformi in cellule batteriche. Al contrario, una evidente attività mutagenica diretta è associata agli estratti organici di PM < 3 μm , dimostrando che l'attività mutagenica del particolato aumenta al diminuire delle dimensioni delle particelle. Anche le analisi relative al contenuto di IPA confermano la maggiore pericolosità del particolato più fine.

Tale attività, insieme alla quantità di particolato raccolto, è simile in tutte le zone indagate, suggerendo una diffusione omogenea delle particelle fini in tutta l'area urbana. Inoltre, dato che i campionamenti di aria sono stati effettuati in momenti diversi, anche a distanza di un anno l'uno dall'altro, si può notare come gli effetti rilevati siano costanti nel tempo e legati agli alti livelli di PM nei mesi invernali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 025

IL CONTROLLO DEI SOLARIUM PER L'ABBRONZATURA PRESENTI NEI CENTRI ESTETICI DEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 15 "ALTA PADOVANA" FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DEL RISCHIO DA RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE

V. Vitale 1; M. Busolin 1; A. Pupo 1; D. Canton 1

1. Ulss 15 "Alta Padovana", Dipartimento di Prevenzione-Servizio Igiene e Sanità Pubblica- Camposampiero (PD);

INTRODUZIONE: I progressi dell'industria dei solarium, spinta dalla sempre maggior richiesta da parte della clientela, hanno permesso di costruire macchine abbronzanti sempre più efficaci, che hanno eliminato l'emissione di UVC, un utilizzo predominante di radiazione UVA e con una componente marcata di UVB. Ciò nonostante nel 2009 l'International Agency for Research of Cancer ha classificato le lampade abbronzanti nella categoria di massimo rischio delle sostanze cancerogene, gruppo1. Il progetto per la riduzione del "rischio ultravioletto" rientra nel piano di promozione di una vita sana e di prevenzione delle malattie promossa dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Az. ULSS 15 "Alta Padovana" e trova la sua ragione d'essere nella volontà di affrontare la problematica sulla correlazione tra patologie della pelle e degli occhi e abbronzatura artificiale, attraverso la definizione di una procedura "sperimentale" con riferimento alle scelte strategiche del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016.

Obiettivo generale: utilizzo in sicurezza delle lampade solari, al fine di ridurre l'incidenza di tumore alla pelle e delle patologie correlate all'esposizione alle radiazioni UV da lampade abbronzanti, attraverso sensibilizzazione e consapevolezza del rischio da radiazioni che coinvolga gli operatori dei centri estetici (CE) ma soprattutto l'utente finale. **MATERIALI E METODI:** Il progetto è così strutturato:

- 1) studio relativo all'utilizzo del Fotoradiometro con prove di funzionamento; incontri con le Associazioni di Categoria, associazione dei consumatori, scuole di formazione per estetica, Provincia di Padova e uffici commercio/Suap di 28 Comuni;
- 2) predisposizione del piano di controlli ispettivi. Il lavoro si è svolto da Febbraio ad Agosto 2013. Lo strumento utilizzato per la verifica è il fotoradiometro in banda larga DELTA OHM HD 2102.2, in grado di misurare l'Irradianza Efficace Eritemale (IEE) secondo la curva d'azione UV. Questo strumento ha permesso di stabilire l'andamento dei valori di IEE di lettini solari, docce solari, trifacciali, esafacciali;
- 3) realizzazione di specifiche check list di controllo;
- 4) predisposizione di modelli di ordinanza per adeguamento delle lampade solari non conformi;
- 5) sopralluoghi e ispezioni nei CE dotati di apparecchiature abbronzanti.

Durante i sopralluoghi si è:

- A) misurata l'IEE di tutte le apparecchiature abbronzanti;



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

B) verificata la conformità delle apparecchiature abbronzanti e relativa documentazione cartacea;
 C) verificata la presenza della cartellonistica di sicurezza per l'utente;
 D) verificata l'igiene dei locali e delle attrezzature. **RISULTATI:** Sono stati controllati 181 CE e misurati 321 apparecchi abbronzanti. La doccia solare è la tipologia di solarium più utilizzata (46%), seguita dal lettino (38%) e dalle poltrone (16%). La doccia solare presenta una maggior componente a bassa pressione (89%), mentre i lettini presentano una componente alta per il viso e bassa per il corpo. La non conformità è stata rilevata nel 24% delle docce solari a bassa pressione e nel 16% nei lettini solari misti. In particolar modo, considerando il contributo dell'alta e della bassa pressione, quest'ultima incide per il 41% sul totale. Si nota che i valori misurati su 79 (25%) apparecchiature sono il doppio del valore limite, 67 (21%) oltre il triplo e 13 (4%) quattro/cinque volte superiori. In fase di sopralluogo è emerso che 70 apparecchiature (22%) sono sprovviste del manuale d'uso, 129 CE utilizzano occhiali riutilizzabili, 11 occhiali monouso, 2 entrambi, 5 ne sono sprovvisti. 62 CE (34%) non utilizzano i cartelli informativi per il cliente, 104 (57%) non possiedono le schede personali per i clienti ove vengono indicate il numero di sedute, i minuti di esposizione e la dose di esposizione per seduta. 142 (44%) apparecchiature abbronzanti sono sprovviste della Dichiarazione di Conformità del costruttore relativa all'IEE. **CONCLUSIONI:** Lo studio ha evidenziato una ridotta consapevolezza del rischio, sia da parte degli operatori dei CE che degli utilizzatori finali, a cui non viene assicurata una corretta informazione sulle precauzioni, le raccomandazioni, ed i divieti per l'utilizzo dei solarium abbronzanti.

Si ritiene opportuno sviluppare:

- 1) Campagne formative per i gestori delle apparecchiature abbronzanti, relative alla normativa di settore, alla conoscenza degli effetti negativi sulla salute ed il rispetto dei valori limite, alla corretta e periodica manutenzione delle apparecchiature abbronzanti e all'importanza dei cartelli informativi e della scheda personali per l'utente;
- 2) Campagne informative per gli utenti, al fine di sensibilizzarli sui possibili effetti negativi connessi all'esposizione ai raggi UV (il progetto prevede la realizzazione di una brochure informativa e la creazione di una cartellonistica uniforme per i CE);
- 3) Corsi di formazione per i preposti ai controlli ed alle misurazioni dell'IEE delle apparecchiature abbronzanti;
- 4) Estensione su tutto il territorio regionale dei controlli igienico-sanitari sui CE con apparecchi abbronzanti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 561

GLI OBIETTIVI DELLA WASTE FRAMEWORK DIRECTIVE (CE 2008): RIDURRE LA PRODUZIONE DI RIFIUTI E CONSEGUIRE IL DECOUPLING. A CHE PUNTO SONO I 27 STATI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA?

M. Vitali 1, C. Protano 1, F. Valeriani 2, V. Romano Spica 2

1. *Sapienza" Università di Roma, Roma*; 2. *Università degli Studi di Roma "Foro Italico", Roma*

INTRODUZIONE: I rifiuti solidi urbani (RSU) rappresentano uno dei sottoprodotti più rilevanti dello stile di vita metropolitano e la loro produzione è in continua crescita in tutto il mondo. Il rapporto annuale della World Bank (2012) stima la produzione individuale media di RSU in 1,2 kg/die, che corrispondono ad una produzione annuale globale di 1,2 miliardi di tonnellate (circa il doppio della quantità prodotta nel 2002). In Europa si stima una produzione annuale media di RSU di 510 kg pro capite; la situazione italiana è molto simile al trend europeo (circa 533 kg di RSU pro capite prodotti ogni anno). Questi dati, insieme ai possibili effetti negativi sull'ambiente e sulla salute umana che derivano dalle procedure di trattamento dei rifiuti, sottolineano la necessità di un corretto approccio gestionale. L'Unione Europea (UE), attraverso le Direttive dedicate ai rifiuti emanate nel corso degli anni, ha identificato la riduzione della produzione di RSU il concetto chiave per il loro corretto management. La più recente di queste Direttive (Waste Framework Directive 2008), corpo normativo chiave nell'ambito della gestione di RSU, focalizza l'attenzione sulla necessità di scindere il link che tipicamente connette la crescita economica delle Nazioni al proporzionale aumento nella produzione di RSU, scissione definita "decoupling". Lo scenario Europeo in questo ambito è molto eterogeneo. Scopo del lavoro è stato quello di valutare i trend temporali relativi alla produzione di RSU e allo stato economico dei 27 Stati Membri della UE al fine di stabilire la loro relazione. **MATERIALI E METODI:** Sono state condotte analisi di serie temporali (1995-2011) di dati relativi alla produzione di RSU e allo stato economico dei paesi considerati, sintetizzato dall'indicatore di reddito (prodotto interno lordo - PIL); sono state inoltre effettuate analisi di regressione lineare semplice per stimare, per ciascuna Nazione, la relazione tra l'indicatore economico PIL e la relativa produzione di RSU. **RISULTATI:** La Figura 1 mostra rispettivamente l'andamento temporale della produzione annuale di RSU e l'andamento del PIL per ciascuno dei 27 Stati Membri dal 1995 al 2011. Il PIL mostra un incremento costante in ciascun paese, mentre trend differenti emergono per la produzione di RSU. In quasi tutti i paesi la produzione di RSU è aumentata nel corso degli anni, mentre la produzione di Germania, Bulgaria e Ungheria è diminuita costantemente nel tempo e in Spagna tale produzione ha subito una riduzione dal 2000 in poi. I Paesi dell'Est non presentano un trend definito, ma un andamento altalenante negli anni. Tali dati rappresentano, verosimilmente, un fattore determinante i risultati delle analisi di regressione lineare semplice (Figura 2): la Germania, la Bulgaria e l'Ungheria sembrano aver disaccoppiato la produzione di RSU dalla crescita economica, mentre la produzione



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di RSU della Spagna e di alcuni paesi dell'Est non presenta una relazione lineare rispetto al PIL; in tutti gli altri paesi considerati, invece, produzione di RSU e crescita economica sono risultate direttamente proporzionali. **CONCLUSIONI:** La Germania, la Bulgaria e l'Ungheria emergono come paesi virtuosi, mentre gli altri sono ancora lontani dall'obiettivo di decoupling auspicato nella Waste Framework Directive per i paesi europei. Le differenze potrebbero essere determinate dal contributo di diversi fattori quali il livello di istruzione, urbanizzazione, le caratteristiche della popolazione, il tasso di occupazione/disoccupazione, investimenti per ricerca e salute che svolgono un ruolo importante che merita ulteriore approfondimento.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 577

PERCEZIONE DEL RISCHIO DA ESPOSIZIONE LAVORATIVA A SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE E NUOVI MATERIALI: STUDIO DI VALIDAZIONE.

M. Pettinaro 1, V. Simonelli 1, F. Zazzara 1, L. Tobia 1, P. Vittorini 1, L. Fabiani 1

1 Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente (MeSVA), Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila

INTRODUZIONE: Il Progetto dell'Università dell'Aquila- Inail ha come principale obiettivo lo studio dell'esposizione dei lavoratori e della popolazione ad amianto e polveri derivanti dall'uso di nuovi materiali nella ricostruzione, il monitoraggio dei livelli espositivi ad agenti chimici pericolosi nuovi e storici nell'ambiente di vita e di lavoro. La valutazione della percezione del rischio chimico e amianto dei lavoratori dei cantieri della ricostruzione è un ulteriore obiettivo del Progetto. Lo strumento di rilevazione utilizzato è un questionario sulle abitudini di vita e di lavoro volto ad evidenziare il rischio percepito dal lavoratore per esposizione ad amianto e agenti chimici pericolosi. La fase pilota del progetto è stata la validazione (stabilità, riproducibilità, predittività) dello strumento di rilevazione elaborato. **MATERIALI E METODI:** Il questionario, somministrato su base volontaria e in forma anonima, è strutturato in sezioni: due di anamnesi personale e lavorativa e una terza con items riguardanti l'uso dei DPI, DPC e il livello informativo e formativo in merito al rischio chimico e amianto. La validazione è stata condotta in un gruppo di lavoratori edili, corrispondenti a tutti i dipendenti di un'unica ditta. Le caratteristiche valutate sono state: la comprensibilità delle domande, la capacità di autocompilazione, il tempo necessario per la compilazione, la frequenza di risposte mancanti. È stato effettuato un test-retest a distanza di una settimana, per valutare le stabilità delle risposte in assenza di cambiamenti significativi. Per l'analisi dei dati è stata calcolata la K di Cohen utilizzando il software statistico STATA. **RISULTATI:** I nostri risultati mostrano una riproducibilità ottima riguardo gli item sull'abitudine tabagica, sulla formazione e l'utilizzo dei DPI (dispositivi di protezione individuale) e DPC (dispositivi di protezione collettiva) e sul giudizio del proprio comportamento attuale relativo alla gestione del rischio. In tutti questi item l'indice della K di Cohen assume valori sopra lo 0,6. Per quanto concerne gli item riguardanti la percezione del rischio si riscontra un'alta instabilità nelle risposte. In questo caso, infatti, gli item sulla percezione dei rischi hanno tutti valori sotto lo 0,5. **CONCLUSIONI:** La spiegazione della scarsa validità degli item sulla conoscenza dei rischi ci dimostra come i lavoratori non abbiano un'appropriata percezione dei rischi riguardanti gli ambiti di lavoro e hanno una bassa competenza nozionistica riguardo i pericoli in edilizia. Anche i risultati degli item relativi la pericolosità delle polveri e la pericolosità dell'amianto evidenziano una scarsa conoscenza della materia da parte dei lavoratori. Si nota, invece, come nelle abitudini attuali (ad esempio l'abitudine tabagica) e nei comportamenti lavorativi c'è una maggior consapevolezza. Anche nella gestione del rischio nello svolgimento delle proprie mansioni le risposte dei lavoratori hanno avuto



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

un'alta attendibilità, a dimostrazione di una grande consapevolezza riguardo le proprie responsabilità.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 774

CANNE FUMARIE: ASPETTI IGIENICO SANITARI, LINEE GUIDA OPERATIVE E PERCORSO AUTORIZZATIVO

A. Zoccali 1, A. Conti 1, M. Aglio 1, O. C. Grillo 2, G. Arena 3

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva - Messina

2 Dipartimento di Scienze biomediche e delle immagini morfologiche e funzionali

3 Resp. U.O. Edilizia Pubblica e Privata – ASP Messina

INTRODUZIONE: Il processo di smaltimento delle esalazioni e degli aeriformi, e con esso la gestione dei camini e delle canne fumarie, implica una moltitudine di impatti (igienico sanitario, igienico ambientale, urbanistico, architettonico, di sicurezza, ecc) regolati da norme tecniche, leggi nazionali e locali. Detti quadri normativi sono caratterizzati da mancanza di coordinamento generale ed ognuno di essi opera autonomamente.

L'applicazione delle regole previste per i controlli sugli impianti, che siano mirati alla salvaguardia della sicurezza individuale e collettiva, sono uno degli interventi determinanti ai fini della prevenzione. La buona qualità dell'aria è indispensabile per la salute e la sicurezza di chi abita o lavora all'interno di un organismo edilizio, per l'igiene degli alimenti (nel caso delle cucine) e anche per color che stanno all'esterno di tale organismo (igiene ambientale).

Scopo del nostro lavoro è quello di valutare la suddetta problematica approcciando l'impatto igienico sanitario integrato ad una traccia del percorso autorizzativo. **MATERIALI E METODI:** Attenta analisi delle varie leggi nazionali e locali, delle norme tecniche (D.P.R. n. 1391/1970), e delle linee guida operative esistenti

(UNI 10845 Febbraio 2000, UNI 7129 Dicembre 2001, EN 1443 Marzo 2003, EN 1856/1 Aprile 2004, EN 1856/1-2 Maggio 2005,

UNI 10738 Settembre 2012, UNI 10683 Ottobre 2012, Le principali norme tecniche sono:

UNI 9615 "Calcolo delle dimensioni interne dei camini";

UNI 9731 "Classificazione dei camini in base alla resistenza termica";

UNI 10640/41 "Calcolo delle dimensioni interne delle canne fumarie collettive";

UNI EN 13384 "Gruppo di norme destinate alla progettazione dei camini";

UNI EN 13502 "Requisiti per comignoli di terracotta e ceramica, collegati a camini in pressione negativa";

E, ancora, UNI EN 12391-1, UNI EN 12446, UNI EN 13063, UNI EN 14471, UNI EN 1457, UNI EN 1857, UNI EN 1858, UNI EN 1859.

Con la legge 90 del 3 Agosto 2013 (modifiche al comma 9, art.5 del DPR 412/93 relativo allo scarico dei fumi) decorre il divieto dello scarico a parete e l'obbligo dello sbocco sopra il tetto dell'edificio alla quota prescritta dalla regolamentazione tecnica vigente, per gli impianti termici installati successivamente a tale data, esteso a tutte le tipologie di edificio, comprese le villette



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

unifamiliari. **RISULTATI:** L'efficienza dell'intero sistema dipende dalle condizioni di aereazione/ventilazione del locale. Infatti, la principale causa degli incidenti legati agli impianti di smaltimento (39,4%), è stata attribuita all'insufficiente ricambio d'aria per insufficiente aereazione/ventilazione del locale, seguito da mancata espulsione dei prodotti della combustione (20%), per ostruzione o malfunzione del sistema di scarico. La carenza di manutenzione e l'incuria sono la terza causa di incidenti provocandone il 17,6%. L'utilizzo improprio degli apparecchi da parte del cliente (disattenzione, utilizzo irregolare) causa il 10 % degli incidenti. Il 7 % degli incidenti è provocato dall'installazione non conforme. Non è stato possibile accertare la causa per il 6 % degli incidenti.

La pericolosità degli impianti di smaltimento è dovuta non solo alla infiammabilità del gas combustibile, ma anche alla formazione e ristagno dell'ossido di carbonio (CO), un gas inodore, e quindi inavvertibile. Altri prodotti inquinanti della combustione sono idrocarburi alifatici policiclici (IPA), e composti organici volatili (VOC), sostanze non solo tossiche ma anche cancerogene, nocive per la salute delle persone che si trovano all'interno del locale.

Lo scarico dei fumi all'esterno, più correttamente chiamati PDC (Prodotti della Combustione) implica anche un importante impatto in atmosfera, infatti essi contengono: ossido di azoto (NO), biossido di azoto (NO₂), anidride carbonica, ossido di zolfo e polveri sottili. I PDC creano disagi ai residenti, soprattutto bambini o persone anziane con aumento di allergie, asma, affezioni cardio-respiratorie, impossibilità di aprire le finestre poste nelle vicinanze.

E' evidente, per quanto detto, che il generatore di esalazioni, la cappa, il percorso distributivo della canalizzazione ed i dispositivi di dispersione atmosferica dell'impianto, implicano un rapporto intimo con l'organismo edilizio e la conseguenziale attivazione di misure di tutela da parte delle figure di volta in volta coinvolte nel processo di smaltimento, sia dal punto di vista igienico-sanitario (interno dell'organismo edilizio), che igienico - ambientale (esterno dell'organismo edilizio), oltre che urbanistico, di sicurezza, di codice civile, strutturale ed architettonico. **CONCLUSIONI:** Nella disamina della problematica di che trattasi, al fine di evitare sovrapposizioni di competenze per la moltitudine di interessi coinvolti, in ottemperanza alle disposizioni normative nazionali (D.L. 4 dicembre 1993 n. 496 e L. n. 61 del 1994) che indicano le competenze procedurali, si chiarisce che l'aspetto igienico - sanitario è rivolto alla valutazione delle caratteristiche prestazionali dell'impianto, cioè alla funzionalità del medesimo in relazione alla tutela della salute negli spazi interni all'organismo edilizio. Il sistema di smaltimento degli aeriformi viene valutato: se e in quanto incide sulle condizioni di microclima e di ricambio d'aria dei locali, requisiti prescritti dalle norme di igiene del lavoro (all. 4 del DLgs n. 81/08: art 1.9.1 aereazione dei luoghi di lavoro chiusi; art 1.9.2 temperatura dei locali; art. 1.9.3. umidità); se e in quanto incide sulle condizioni di sicurezza microbiologica e chimica del ciclo di attività, requisiti prescritti dalle norme di igiene degli alimenti (C. Ass. Reg. Sanità n. 907/97: art 4, illuminazione e ricambio dell'aria; C. Ass. Reg. Sanità n. 1001/1999:LLGG per le ispezioni nella ristorazione collettiva). Alla luce delle vigenti norme di adempimenti amministrativi, si rileva che la



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

progettazione e la realizzazione dell'impianto di smaltimento degli aeriformi è soggetta all'acquisizione del titolo abilitativo edilizio secondo le modalità prescritte dall' art. 11 del DM 37/08 (Legislazione sulla sicurezza degli impianti) , in combinazione con le altre modalità operative previste dall' art. 269 e dagli allegati alla parte 5 del DLgs n.152/2006 (autorizzazioni delle emissioni in atmosfera: Testo Unico dell' Ambiente). Gli uffici comunali competenti verificheranno la documentazione prodotta ed eventualmente, per le problematiche di impatto ambientale (inquinamento atmosferico, rumore, vibrazioni e quant'altro), si potranno avvalere della collaborazione degli Enti competenti per legge e cioè ARPA, gli uffici provinciali o gli uffici comunali preposti alla Tutela dell'Ambiente. La conformità dell'impianto (da realizzare, realizzato o gestito) alle norme tecniche, alle prescrizioni del DM 37/08 e alle norme di tutela ambientale costituisce il presupposto per l'idoneo funzionamento del sistema di smaltimento.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 747

VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ARIA IN UNA SALA OPERATORIA A FLUSSO D'ARIA MISTO

V. Ciorba¹, E. Sacconi¹, L. Faccini¹, R. Giordano¹, P. Manotti¹, B. Rossi¹, C. Boccuni¹, F. Spagnoli¹, A. Ferrari¹, S. Visciarelli¹, R. Albertini², C. Signorelli¹, C. Pasquarella¹

1. Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali - S.Bi.Bi.T. Università degli Studi di Parma

2. Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Parma

INTRODUZIONE: Gli interventi di artroprotesi hanno rappresentato uno dei maggiori successi della chirurgia ortopedica. Una delle più temute complicanze per tali interventi è l'infezione del sito chirurgico (ISC) che può avere conseguenze disastrose, in quanto molto spesso si rende necessaria la rimozione della protesi inserita, con interventi assistenziali aggiuntivi e un relativo aggravio di costi per il Servizio Sanitario.

La frequenza di ISC è andata progressivamente diminuendo negli anni, grazie alla profilassi antibiotica perioperatoria e all'uso di sale operatorie ultraclean, con sistemi di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC) a flusso unidirezionale, che garantiscono bassi livelli di contaminazione microbica dell'aria.

Nonostante ancora ad oggi il ruolo del flusso unidirezionale nella riduzione delle ISC sia dibattuto, tale sistema di ventilazione è ancora diffusamente utilizzato nelle sale operatorie adibite alla chirurgia ortopedica protesica. Considerando che la realizzazione e la gestione di una sala operatoria ultraclean comporta un notevole investimento di risorse economiche, diventa fondamentale verificare il suo corretto mantenimento, l'efficienza del sistema VCCC e l'adesione a comportamenti appropriati da parte dell'équipe chirurgica.

Il progetto multicentrico ISChIA (Infezioni del Sito Chirurgico in Interventi di Artroprotesi), proposto dal GISIO-S.It.I. (Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera) ed approvato dal CCM del Ministero della Salute nell'ambito del programma 2009, aveva l'obiettivo di valutare l'associazione tra impianto VCCC, carica microbica dell'aria e rischio di infezione del sito chirurgico durante interventi di protesi di anca e ginocchio, al fine di contribuire al dibattito sul ruolo del flusso unidirezionale nell'insorgenza delle ISC.

In questo studio vengono riportati i risultati relativi ai controlli sulla qualità dell'aria effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto nel periodo febbraio-ottobre 2011 in una sala operatoria a flusso misto (unidirezionale a livello del lettino operatorio e turbolento al perimetro della sala), presso il Comparto Operatorio di Ortopedia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Alla valutazione della contaminazione batterica dell'aria, prevista dal progetto, è stata associata anche quella della contaminazione fungina. Inoltre i controlli microbiologici dell'aria sono stati estesi anche al corridoio del comparto operatorio, in prossimità della sala operatoria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

I campionamenti sono stati effettuati a livello dell'area paziente (AP) e a fondo campo (FC) della sala operatoria, sia in condizioni at rest che in operation, durante 45 interventi. Sono state utilizzate piastre di sedimentazione di 9 cm di diametro, esposte per 1 ora, ad 1 m da terra, e a circa 1 m da ogni ostacolo fisso, per la determinazione dell'Indice Microbico Aria (IMA). È stato utilizzato il terreno nutritivo Tryptone Soy Agar, incubato a 37° per 48 ore, per l'isolamento dei batteri e il terreno Sabouroud Dextrose Agar, incubato a 22° per 120 ore, per l'isolamento dei miceti. Per l'interpretazione dei risultati si è fatto riferimento alle raccomandazioni svizzere H+, 2008, in cui il valore IMA di 2 viene indicato come valore obiettivo; valori di 3 e 4 come livello di allerta e un valore di 5 come livello di azione. Durante ciascun intervento sono stati registrati il numero medio di persone in sala operatoria e il numero di aperture della porta d'accesso. Sono state calcolate media, deviazione standard, mediana e percentili della contaminazione microbica in sala operatoria ed in corridoio, con l'applicazione dei test di Mann-Whitney e Kolmogorov-Smirnov per valutarne le differenze. Per l'analisi delle correlazioni è stato utilizzato il test dei ranghi di Spearman. E' stato considerato significativo un valore di $p < 0,05$. **RISULTATI:** La contaminazione microbica dell'aria a sala operatoria at rest è risultata pari a 0, a dimostrazione dell'efficienza dell'impianto VCCC. Nella Tabella 1 sono riportate le statistiche descrittive relative ai valori IMA registrati in sala operatoria durante l'attività chirurgica e nel corridoio. Nel 20% dei campionamenti il valore IMA è risultato al di sotto del valore obiettivo ($IMA \leq 2$), nel 15,6% è rientrato nel livello di allerta ($IMA 3-4$), mentre nel 64,4% ha superato il livello di azione ($IMA \geq 5$). In un campionamento a fondo campo si è rilevata la presenza di miceti. Il numero di persone presenti durante l'intervento chirurgico ha oscillato tra 4 e 11. La porta della sala operatoria è stata aperta in media 36,7 volte negli interventi di protesi d'anca e 29 volte in quelli di ginocchio. E' stata evidenziata una differenza statisticamente significativa tra la contaminazione microbica dell'aria in sala operatoria e nel corridoio, e una correlazione statisticamente significativa tra la contaminazione microbica dell'aria della sala operatoria e il numero di aperture della porta. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti evidenziano un'ampia variabilità di contaminazione microbica dell'aria nella sala operatoria in esame e valori, in diverse occasioni, superiori a quelli raccomandati. Una maggiore contaminazione è stata evidenziata a livello del fondo campo, dove è stata riscontrata anche la presenza di miceti, verosimilmente provenienti dal corridoio a seguito delle numerose aperture della porta di accesso. Tale situazione rappresenta un rischio anche alla luce della collocazione del tavolo madre al di fuori del plenum di ventilazione. Il nostro studio conferma che la qualità dell'aria in sala operatoria non dipende solo dal corretto funzionamento dell'impianto VCCC installato. E' necessario, pertanto, un controllo di tutti i fattori che contribuiscono ad aumentare la carica microbica dell'aria e il monitoraggio microbiologico può rappresentare un utile strumento per evidenziare situazioni critiche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 161

INATTIVAZIONE DI MYCOBACTERIUM AVIUM CON UV IN ACQUA POTABILE.

G.F. Schiavano 1, M. Sisti, G. Brandi 1

1Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomolecolari, Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo", Urbino (PU)

INTRODUZIONE: *Mycobacterium avium* (M. avium) è un micobatterio non tubercolare che raramente causa infezioni in soggetti sani, ma può comportarsi da patogeno opportunista in soggetti immunocompromessi. La presenza di M. avium, nelle reti di distribuzione dell'acqua potabile, può costituire una condizione di rischio per l'uomo, in particolare in ambienti nei quali sono presenti persone suscettibili al bacillo. Il microrganismo è stato ripetutamente isolato in reti idriche di distribuzione, è in grado di persistere per lungo tempo nell'acqua, mostra resistenza ai classici metodi di disinfezione delle acque e sembra difficile l'eradicazione dei micobatteri dai biofilm. In un recente lavoro abbiamo riscontrato che una serie di 21 ceppi di M. avium isolati da pazienti con AIDS risultavano insensibili alle dosi di cloro che si riscontrano nella rete idrica ed erano resistenti a dosi anche elevate di acido peracetico. L'irradiazione con la luce ultravioletta è un metodo alternativo alle sostanze chimiche, efficace per la disinfezione dell'acqua potabile soprattutto perchè non induce formazione di prodotti secondari. Sulla base di tali considerazioni, l'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare gli effetti della disinfezione con UV nei confronti di M. avium in acque destinate al consumo umano. **MATERIALI E METODI:** Campioni di acqua di rete, previa neutralizzazione con sodio tiosolfato dell'eventuale cloro attivo libero presente, sono stati contaminati artificialmente in recipienti cilindrici di diametro rispettivamente di 10 e 20 cm con diversi ceppi di M. avium ad una concentrazione di 105 UFC/ml, quindi esposti a dosi di UV-C da 16 mJ/cm² a 384.8 mJ/cm² (corrispondente a tempi di esposizione da 5 s a 120 s) utilizzando una lampada UV a mercurio a bassa pressione (Philips TUV PL-L 18W 60 volts) che emette radiazioni con un picco a 253.7 nm. Gli esperimenti sono stati condotti a T° di 20-25°C e a diversi tempi è stata prelevata un'aliquota del campione, eseguite diluizioni seriali, piastrato in triplicato su Middlebrook 7H10 agar e, dopo incubazione a 35°C per 7-10 giorni è stato valutato il titolo batterico, espresso in UFC/ml. In una serie di esperimenti è stata valutata la ricrescita batterica in seguito a riattivazione alla luce e al buio. L'inattivazione batterica è stata definita come la riduzione, espressa in log, della concentrazione dei bacilli coltivabili, dopo esposizione ad una dose di UV durante un determinato tempo di contatto t. **RISULTATI:** Tutti i ceppi di M. avium saggiati sono risultati particolarmente sensibili all'azione UV, anche se in misura differente. In particolare, ad una dose di UV C di 32 mJ/cm² si è riscontrato una riduzione della vitalità batterica che andava da 1 a 2.8 log tra i diversi ceppi, mentre alla dose di 64 mJ/cm² il 90% dei ceppi risultava inattivato. Dopo 60 sec di esposizione tutti i ceppi erano completamente inattivati. Raddoppiando il diametro del recipiente, quindi la distanza dalla lampada, l'attività germicida si



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

riduceva di circa il 50%. In tutti i casi non è stata riscontrata ricrescita batterica fino a 18 ore di riattivazione alla luce e al buio. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti indicano che *M. avium* è un microrganismo piuttosto sensibile agli UV, anche se con variabilità tra diversi ceppi. Va tenuto in considerazione che l'efficacia germicida della lampada, si riduce significativamente con l'aumentare del diametro del contenitore.

In conclusione, l'irradiazione con luce ultravioletta può rappresentare una valida soluzione per il trattamento di disinfezione di *M. avium* dell'acqua potabile in considerazione anche del fatto che non viene alterato il sapore dell'acqua, non vi è ricrescita batterica e non si formano sottoprodotti e forme microbiche resistenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 364

VALUTAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA NEI LAVORATORI DELLE CENTRALI ELETTRICHE ESPOSTI AL BIOSSIDO DI AZOTO: PRIMI RISULTATI

C. Novi 1; U. Carbone 1; P. Montuori 1; R. Alfano 1; A. Nardone 1; M. Triassi 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Università "Federico II", Napoli.

INTRODUZIONE: Il processo di combustione per la produzione di energia elettrica nelle centrali termoelettriche genera una miscela complessa di sostanze inquinanti, quali gas acidi, composti organici, rifiuti solidi ed in particolare Biossido di Azoto (NO₂). Quest'ultimo inquinante può essere responsabile di una maggiore incidenza di asma, infezioni respiratorie e quindi di un aumento della mortalità nei lavoratori esposti. A tal proposito, la spirometria essendo un'indagine molto semplice e non invasiva, rappresenta il test più comune per la valutazione della funzionalità respiratoria consentendo di monitorare nel tempo la sua progressione; infatti, nelle ostruzioni delle vie aeree si osserva una riduzione del volume espiratorio forzato nel primo secondo (FEV₁) rispetto alla capacità vitale forzata (FVC). L'efficacia dei test utilizzati dipende da una serie di fattori oramai ben esplicitati e normalizzati in campo internazionale dall'American Thoracic Society (ATS) e dall'European Respiratory Society (ERS).

L'obiettivo del presente studio consiste nel valutare gli effetti delle esposizioni ambientali al Biossido di Azoto sulla funzionalità respiratoria dei lavoratori delle centrali elettriche. **MATERIALI E METODI:** L'indagine è stata condotta sui lavoratori di sesso maschile delle tre principali centrali elettriche del Sud Italia, sottoposti a sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 81/08. La coorte oggetto dello studio è rappresentata da circa 350 lavoratori, tra elettricisti ed addetti alla manutenzione, professionalmente esposti a NO₂ e da un gruppo di controllo di 350 impiegati amministrativi. Ulteriori informazioni relative agli stili di vita e quindi alle possibili variabili di confondimento sono state ottenute attraverso la somministrazione di un questionario. Per quanto concerne l'abitudine al fumo, nel gruppo "fumatori" sono stati inclusi, oltre ai fumatori, anche coloro i quali hanno smesso di fumare da meno di dieci anni. Relativamente alle concentrazioni ambientali di NO₂, si è proceduto ad effettuare delle misurazioni durante l'attività quotidiana delle centrali elettriche (per 24 ore consecutive), in più punti del locale utilizzando un analizzatore specifico BABUC A, LSI Italia a 11 ingressi corredato di sonde specializzate (range di misura 0-20 ppm; ripetibilità di misura del 2%). La funzionalità respiratoria è stata valutata con l'ausilio di uno spirometro computerizzato adeguatamente calibrato mediante l'immissione di un volume noto (siringa di tre litri). Il Volume espiratorio forzato nel primo secondo (FEV₁), la capacità vitale forzata (FVC) e il rapporto espiratorio forzato (FER = FEV₁/FVC) sono stati correlati con le caratteristiche demografiche, l'abitudine al fumo e l'esposizione ambientale a NO₂. È stato considerato come criterio di ostruzione delle vie aeree un rapporto di espirazione forzata (FER = FEV₁/FVC) <70% e viceversa, un modello di tipo restrittivo FVC 70%. **RISULTATI:** Allo stato attuale



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

sono stati elaborati i dati relativi alle concentrazioni ambientali di NO₂ (range: 1,21 - 7,82 mg/m³; valore medio: 3,91 + 1,51 mg/m³) e quelli relativi a 104 lavoratori (46 lavoratori professionalmente esposti a NO₂ e 58 impiegati amministrativi considerati gruppo di controllo). Il consumo medio di sigarette riscontrato è stato di circa 20 sigarette/die (età 29-58; media 42 anni). I primi risultati indicano che i parametri spirometrici (FEV₁ e FVC) sono significativamente più bassi nei lavoratori delle centrali termoelettriche rispetto al gruppo di controllo (P < 0.001). Il FER risulta significativamente correlato all'età, all'esposizione ambientale di NO₂, al fumo ed all'altezza. CONCLUSIONI: I primi risultati dello studio indicano un ruolo causale dell'esposizione professionale a NO₂ nelle patologie respiratorie, quali irritazione bronchiale, asma e BPCO. Tale correlazione risulta evidente anche dopo la correzione dei dati per l'abitudine al fumo, a sottolineare gli effetti negativi di NO₂ sulla funzionalità respiratoria. Il meccanismo biologico alla base della genesi della patologia ostruttiva è probabilmente da attribuirsi all'azione infiammatoria diretta del NO₂ sulla mucosa polmonare. In conclusione, la determinazione delle concentrazioni ambientali di NO₂ nelle centrali elettriche, oltre che un parametro fondamentale per la valutazione del rischio chimico, può rappresentare un ottimo indicatore per una appropriata gestione della qualità dell'aria attraverso programmi mirati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 057

L'UTILIZZO DI ADENOVIRUS COME INDICATORE VIROLOGICO DI QUALITÀ IN MATRICI IDRICHE

M. Verani 1; A. Carducci 1

1. Laboratorio di Igiene e Virologia Ambientale, Dipartimento di Biologia, Università di Pisa, Pisa

INTRODUZIONE: La contaminazione delle acque dovuta a scarichi non adeguatamente trattati può rappresentare un rischio rilevante per la salute pubblica a causa della presenza, in questi, di agenti patogeni enterici. In ottica di gestione della qualità delle acque e di valutazione dei rischi per la salute umana, sarebbe, quindi, opportuno la rilevazione diretta di tali agenti; tuttavia con oltre 100 tipi di virus enterici umani, di numerosi batteri e protozoi potenzialmente presenti, risulta estremamente difficile identificare un patogeno indice generale. Al momento gli standard di qualità idrica sono rappresentati dagli indicatori batterici di contaminazione fecale come gli enterococchi intestinali, *Escherichia coli* ed i colifagi somatici. Ciò nonostante, è ben nota la mancanza di una correlazione tra questi ed i virus patogeni che invece sono estremamente abbondanti e che rappresentano un rischio molto spesso sottovalutato. Per tale motivo molti autori hanno proposto gli adenovirus umani (HAdV) come indicatori di qualità virologica da affiancare a quelli classici: questi appartengono al genere Mastadenovirus nella famiglia Adenoviridae, sono classificati con oltre 50 tipi e possono essere responsabili di patologie respiratorie, oculari ed enteriche. Inoltre sono ampiamente diffusi sia nell'ambiente che nella popolazione ed hanno una elevata resistenza ai trattamenti di abbattimento fisici e chimici.

MATERIALI E METODI: In questo lavoro sono stati analizzati i dati ottenuti da diverse campagne di monitoraggio ambientale su matrici di origine idrica (acque marine, superficiali, reflue e trattate con ultrafiltrazione) per un totale di 242 campioni, con lo scopo di evidenziare la prevalenza di HAdV e la correlazione con i classici indicatori di qualità microbiologica delle acque.

Gli adenovirus sono stati rilevati previa concentrazione di questi mediante ultrafiltrazione a flusso tangenziale a 2 stadi e successiva analisi con test biomolecolari (PCR e PCR quantitativa), mentre per gli indicatori tradizionali sono stati utilizzati metodi standard: ISO 9308-3 per *E.coli*, ISO 7899-1 per gli enterococchi e ISO/DIS 10705/2 per i colifagi. **RISULTATI:** Complessivamente i virus sono stati ritrovati nel 58% dei campioni analizzati: in particolare, nel 100% di acque reflue, nel 81% di quelle superficiali, nel 46% dei campioni di acque trattate e nel 21% di acque marine. La concentrazione media variava da un massimo di 8.79 log copie genomiche/l nei campioni di acque reflue a valori pari a 3.8 Log copie genomiche/l per le acque di mare, 3.53 Log copie genomiche/l per le acque superficiali e 2.1 Log copie genomiche/l per quelle trattate. I dati ottenuti con gli indicatori classici per gli stessi campioni sono risultati non statisticamente correlati con quelli di HAdV. Inoltre, riferendosi ai limiti stabiliti dalle varie direttive associati a tali indicatori, nel 21% di acque marine, nel 63% di quelle superficiali e nel 57% di quelle trattate, dove questi non sono stati superati, è stata tuttavia evidenziata la presenza virale. **CONCLUSIONI:** I nostri dati sono in accordo



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

con altri studi pubblicati confermando il possibile ruolo degli adenovirus come indicatori per la qualità delle matrici idriche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 145

QUALITÀ DELL'ARIA DI AMBIENTI CONFINATI: RISULTATI DI UN'INDAGINE IN ALCUNI IMPIANTI SPORTIVI.

N. Mucci 1, F. Valeriani 2, C. Cianfanelli 1, S. Santucci 1, G. Gianfranceschi 2, V. Romano-Spica 2
 1 INAIL Settore Ricerca Certificazione e Verifica, Roma; 2 Università degli Studi di Roma "Foro Italico", Roma

INTRODUZIONE: La pratica di attività sportiva in ambienti indoor è un fenomeno che si è rapidamente esteso in tutte le diverse fasce di età. Si stima che circa il 40% della popolazione svolga attività fisica con frequenza almeno settimanale. Negli ultimi decenni, le abitudini di vita e di lavoro hanno determinato un aumento del numero di ore trascorse in ambienti confinati, e tra questi sono incluse anche palestre e piscine, e non solo i tradizionali luoghi adibiti a dimora, lavoro o trasporto. È stato stimato, che la popolazione dei paesi industrializzati trascorra più del 90% del tempo in ambienti confinati. Ne consegue che la qualità dell'aria, cosiddetta indoor air quality (IAQ) possa determinare un impatto sanitario rilevante, con implicazioni sulla salute e sul benessere psico-fisico degli individui. Nell'aria indoor, infatti, è noto come possano accumularsi inquinanti quali CO, CO₂, ossidi di azoto, ozono, particolato, VOCs, in concentrazioni anche maggiori dell'aria esterna.

Tra i fattori di rischio fisico alcuni studi hanno considerato anche inquinamento da radon, campi elettromagnetici, e rumore. Tra i diversi agenti biologici, riportati nell'aria di ambienti confinati, anche alcuni microrganismi potenzialmente patogeni quali Miceti, Legionella spp, micobatteri, Attinomiceti, virus e allergeni. Vari fattori, tra cui i parametri microclimatici, influenzano la presenza e azione dei diversi agenti chimici e biologici in ambienti confinati. D'altra parte non si dispone a tutt'oggi di una normativa specifica per l'IAQ, probabilmente perché finora l'attenzione è stata rivolta quasi esclusivamente allo studio dell'inquinamento outdoor, e solo recentemente anche i contesti sportivi o ludico-ricreativi sono stati considerati. Si ravvisa quindi l'opportunità di approfondire metodi, procedure e linee guida e poter così porre le basi per un controllo normativo dell'IAQ.

Si riportano i risultati preliminari di un'indagine effettuata in impianti sportivi allo scopo di saggiare la qualità dell'aria indoor e fare una stima dell'esposizione, sia occupazionale sia dei frequentatori, attraverso indagini ambientali, con particolare riferimento ai parametri microbiologici. **MATERIALI E METODI:** Il campionamento ambientale è stato condotto in 15 impianti sportivi del comune di Roma (identificati da I a XV), durante diversi periodi dell'anno. Le rilevazioni sono state effettuate mediante un campionatore attivo a piastra di impatto, tipo fessura, SAS (Surface Air System, International PBI, Italia). Per ogni singola rilevazione sono state utilizzate due tipologie di piastre, una realizzata con terreno agarizzato PCA (Plate count agar; Oxoid, Germany), per la determinazione della carica batterica, e l'altra con terreno agarizzato SDA



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(Sabouraud Dextrose Agar; Oxoid, Germany), per la determinazione di muffe e lieviti. **RISULTATI:** Nei siti da I a VII è stata osservata nel periodo invernale una carica batterica mesofila compresa tra 11 e 214 UFC/m³ e nello stesso periodo una carica micotica compresa tra 5 e 264 UFC/m³, ad eccezione del sito VII dove era sovra-soglia. Per i siti dal VIII al XIV nel periodo primaverile la carica mesofila è risultata compresa tra 5 e 183 UFC/m³, nello stesso periodo per la carica micotica si è sempre osservato un valore sovra-soglia. I livelli di carica mesofila, psicrofila e micotica nello stesso periodo del sito XIV risultano al di sotto di 500 UFC/m³ in tutte le aree analizzate. Nel sito XV, monitorato in primavera ed estate, la contaminazione microbiologica è principalmente legata ai batteri, con un massimo di 844 UFC/m³ per i mesofili (primavera) e di 533 UFC/m³ per gli psicrofili (estate); per i miceti è stato osservato un valore massimo di 733 UFC/m³ nel periodo estivo. **CONCLUSIONI:** Il tema della qualità microbiologica dell'aria indoor in impianti per lo sport ed attività motorie, e il relativo impatto sulla salute della popolazione e dei lavoratori del settore, è oggetto di interesse crescente da parte della comunità scientifica e delle istituzioni. L'attualità del tema è connessa anche al ruolo prioritario che l'OMS ha indicato per la diffusione della attività fisica per la prevenzione e promozione della salute. I dati osservati evidenziano una qualità microbiologica degli ambienti monitorati generalmente accettabile. Per quanto concerne i valori guida e gli indici da usare per classificare il grado di qualità dell'aria, è necessario però sottolineare che gli stessi sono stati elaborati diversi anni orsono e avrebbero la necessità di un aggiornamento basato sulle nuove conoscenze scientifiche e tecnologie disponibili. Anche alla luce del confronto con altre tipologie di ambienti indoor quali uffici, archivi, biblioteche, opifici o altri stabilimenti industriali, sarà possibile definire eventuali valori di riferimento per la salubrità di ambienti confinati per lo sport o attività ludico-ricreative, anche di tipo riabilitativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 334

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DETENUTA: I DATI TOSCANI 2012

T. Tanini 1, V. Ceccherini 1, E. Sinisgalli 1, C. Silvestri 2, S. Bravi 2, F. Cipriani 2, G. Bonaccorsi 3
F. Voller 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

2 Unità di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità, Toscana, Firenze

3 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

INTRODUZIONE: Attualmente, quasi 10 milioni di persone risultano detenute negli istituti penitenziari di tutto il mondo. Nelle carceri italiane, nel 2012, si sono verificati 56 suicidi e 1308 tentativi di suicidio, con una frequenza rispettivamente 17 e 300 volte superiore rispetto a quella della popolazione generale e 6983 atti di autolesionismo. Pertanto, la popolazione detenuta è da considerarsi un gruppo a rischio per condotte auto aggressive, presentando alcuni fattori di rischio specifici (storia di tentato suicidio, diagnosi psichiatrica, assunzione psicofarmaci, reato ad alto indice di violenza e sistemazione in cella singola).

ARS Toscana monitorizza lo stato di salute dei detenuti presenti nelle strutture regionali attraverso rilevazioni svolte con cadenza triennale (2009 e 2012).

ARS Toscana è inoltre capofila nel progetto CCM “Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari”, che ha l’obiettivo di effettuare un monitoraggio dello stato di salute dei detenuti e l’individuazione di uno strumento clinico volto al riconoscimento di persone ad elevato rischio suicidario che verrà adottato e sperimentato in alcune strutture detentive coinvolte nel progetto.

Obiettivo del presente lavoro è tracciare il profilo dello stato di salute della popolazione detenuta in Toscana, al fine di individuare le criticità principali di una popolazione a rischio e pianificare strategie di intervento volte al miglioramento delle condizioni sanitarie di questa popolazione. Vengono anche rilevate le condotte auto aggressive messe in atto, al fine di pianificare strategie di prevenzione specifiche, in accordo con il programma OMS per la prevenzione del rischio suicidario in carcere. **MATERIALI E METODI:** E’ stato condotto uno studio trasversale con valutazione dello stato di salute in un unico momento temporale.

La coorte in studio è composta da tutti i detenuti presenti nelle strutture penitenziarie toscane nel giorno indice individuato; su 4.172 detenuti adulti presenti ne sono stati arruolati 3.329, con una copertura del 79,8%, moderatamente superiore rispetto al 71,6% dell’indagine 2009.

Attraverso l’utilizzo di una scheda clinica informatizzata sono state raccolte informazioni socio-demografiche e sanitarie (diagnosi internistiche e psichiatriche classificate secondo ICD IX–CM), i trattamenti farmacologici, il consumo di tabacco, il BMI e informazioni riguardanti il tentato suicidio e gli atti di autolesionismo. **RISULTATI:** La popolazione detenuta è composta da uomini per



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

il 96,5% con età media di 38,5 anni. Gli stranieri rappresentano il 50% della coorte, una percentuale nettamente superiore rispetto alla composizione della popolazione generale in Toscana.

Per quanto riguarda gli stili di vita, il 71,5% dei detenuti è fumatore, con una media di 20,3 sigarette giornaliere, dato che appare fortemente superiore a quanto osservato nella popolazione libera toscana (23,0% di fumatori con una media di 13 sigarette/die). Riguardo al peso corporeo si rileva che il 50,7% dei detenuti è normopeso vs. il 53,3% dei cittadini liberi toscani. Ogni detenuto trascorre, in media, 17,4 ore al giorno in cella con una differenza di genere che vede le donne, con una permanenza media in cella di 14,8 ore, in regime più “aperto”.

Il 28,3% dei detenuti esaminati risulta esente da malattia. Tra coloro che presentano almeno una patologia, il 41% è affetto da disturbi psichiatrici, il 52,5% dei quali è rappresentato da un disturbo da dipendenza da sostanze, in aumento rispetto al 33,2% della rilevazione 2009. A questi seguono i disturbi dell'apparato digerente (14,4%) e le malattie infettive e parassitarie (11,1%), entrambe in diminuzione rispetto al dato 2009.

In relazione al trattamento farmacologico, il 48,8% dei detenuti assume almeno un farmaco e di questi il 62,3% è un farmaco psicotropo.

Relativamente al tema delle condotte autoaggressive, sono stati registrati 46 tentativi di suicidio, effettuati da 44 detenuti, con una frequenza sull'intera popolazione detenuta dell'1,3%, e 264 atti di autolesionismo compiuti da 204 detenuti (frequenza 6,1%). **CONCLUSIONI:** La popolazione detenuta, pur essendo giovane, presenta numerosi fattori di rischio e stili di vita non corretti che potrebbero determinare nel futuro un importante carico di malattie cronico degenerative con conseguente invalidità.

Il suicidio e l'autolesionismo in carcere sono un problema con forti ripercussioni sociali e sanitarie, in un ambiente già a forte rischio di disuguaglianze. I possibili interventi da adottare nell'ambito della prevenzione dei suicidi sono l'individuazione dei fattori di rischio e l'adozione di una scala il più possibile standardizzata per eseguire misure di screening all'interno della popolazione detenuta, sulla cui base poter effettuare azioni mirate.

Per questi motivi, nell'ottica del rispetto dell'uguaglianza nell'assistenza sanitaria per tutti i cittadini, appare di primaria importanza l'implementazione di programmi di prevenzione e promozione della salute focalizzati alla tutela della popolazione detenuta.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 701

VERSO L'OSPEDALE VERDE: UNA VALUTAZIONE ECONOMICA TRA TECNICHE DI IN E OUT - SOURCING PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI.

V. Cerabona², G. Citoni⁴, A. Poscia¹, M. Di Donato⁶, D. Lamilia¹, M. Wachocka¹, C. Di Pasca³, A. Cambieri⁵, R. Cabras⁵, W. Ricciardi¹, U. Moscato¹

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina Preventiva, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

² Azienda Sanitaria Locale, Asl Rm A, Roma

³ Azienda Sanitaria Locale Asp Potenza, Potenza

⁴ Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina Preventiva, Università La Sapienza Roma

⁵ Policlinico Universitario "A. Gemelli" Roma

⁶ Complesso Integrato Columbus Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE: I problemi di efficienza sono sempre più centrali nei dibattiti sui servizi sanitari. Recenti studi hanno dimostrato che il consumo di energia all'interno degli ospedali e le spese di gestione dei rifiuti ospedalieri sono in costante aumento, pari, nel servizio sanitario nazionale italiano, a oltre € 1,2 miliardi. Le linee guida europee, mirate alla promozione dell'economia verde, incentivano le spese per l'abbattimento del consumo di energia, favoriscono l'auto-produzione di energia da fonti rinnovabili e la riduzione dei rifiuti nonché il loro riciclaggio. Il nostro studio ha l'obiettivo di eseguire una valutazione economica attraverso il confronto tra tecniche di out-sourcing dello smaltimento dei rifiuti ospedalieri e sistemi di smaltimento interni alle strutture sanitarie, suggerendo la realizzazione di un termovalorizzatore con recupero di energia in un grande ospedale. **MATERIALI E METODI:** E' stato utilizzato un semplice modello di analisi costo-beneficio per confrontare due diverse strategie di gestione dei rifiuti ospedalieri: la prima considerando l'attuale assetto che ricorre a tecniche di Out-sourcing di smaltimento dei rifiuti sanitari e la seconda considerando la ipotesi di uno smaltimento interno mediante la tecnica della termovalorizzazione con recupero energetico. I dati inerenti la produzione dei rifiuti sanitari sono stati acquisiti dagli archivi amministrativi dell'ospedale in esame, mentre i dati per i costi di costruzione e di esercizio di un ipotetico termovalorizzatore con recupero di energia sono stati acquisiti dalla letteratura scientifica. Abbiamo stimato in 0,50 Euro / Kg i costi di gestione e mantenimento del termovalorizzatore ed abbiamo utilizzato il software 'EcoTransIT' per calcolare il consumo di energia ed il relativo impatto ambientale derivante dal trasporto dei rifiuti sanitari verso l'impianto di incenerimento attualmente utilizzato per lo smaltimento dei rifiuti sanitari. I rifiuti pericolosi inviati all'incenerimento dall'ospedale in esame sono circa 1.151.719 kg / anno, di conseguenza abbiamo determinato che la capacità dell'inceneritore da realizzare è pari a 150 kg / h. **RISULTATI:** I risultati hanno dimostrato che, al termine del piano di ammortamento relativo all'acquisto dell'impianto di termovalorizzazione con recupero di energia, si determina un risparmio del 65% rispetto agli attuali costi di gestione (564.062 vs. 1.606.039 €). Un'ulteriore



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

analisi ha mostrato che, nel caso in cui più ospedali scelgono di conferire i rifiuti presso un unico impianto di termovalorizzazione, si determina una ulteriore ottimizzazione dei costi.

CONCLUSIONI: Questa valutazione economica dimostra che, attraverso la tecnica della termovalorizzazione dei rifiuti sanitari con recupero di energia, si può determinare un significativo risparmio sui costi di gestione dei rifiuti ospedalieri con effetti positivi per l'ambiente in termini di riduzione delle emissioni in atmosfera per il mancato trasporto dei rifiuti in impianti di incenerimento lontani dal luogo di produzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 653

RISULTATI DEL MONITORAGGIO DI ELEMENTI IN TRACCE NEL PARTICOLATO ATMOSFERICO AERO-DISPERSO PM_{2.5} E PM₁₀ DELLA ZONA INDUSTRIALE DI AUGUSTA/PRIOLO/MELILLI (SIRACUSA, ITALIA).

C. Copat 1, M. Ferrante 1, G. Arena 1, A. Grasso 1, A. Dimartino 1, A. Gambadoro 2, R. Fallico 1, S. Sciacca 2.

1 Dipartimento di Anatomia, Biologia e Genetica, Medicina Legale, Neuroscienze, Patologia Diagnostica, Igiene e Sanità Pubblica "G. F. Ingrassia", Università di Catania

2 CIPA, Consorzio Industriale protezione Ambiente, Siracusa

INTRODUZIONE: Al fine di valutare l'impatto degli inquinanti atmosferici emessi dall'insediamento industriale di Augusta/Priolo/Melilli (Italia), il Consorzio Industriale Protezione Ambiente (CIPA) di Siracusa effettua giornalmente il monitoraggio atmosferico dell'area, e tra gli inquinanti valuta mensilmente le concentrazioni degli elementi in tracce nelle frazioni PM 2.5 e PM 10 di particolato atmosferico aero disperso. Il D.Lgs 155/2010 fissa dei valori limite per le concentrazioni di piombo nel PM 10 (Pb-0.5 µg/mc), PM 10 (40 µg/mc come media annuale e 50 µg/mc da non superare più di 35 volte per anno civile) e PM 2.5 (25 µg/mc), e dei valori obiettivo per arsenico (As-6,0 ng/mc) cadmio (Cd-5 ng/mc) e nichel (Ni-20 ng/mc) presenti nella frazione PM 10 e calcolati come media su un anno civile. Obiettivo del lavoro è quello di presentare i dati raccolti nel 2013 ed analizzare le tendenze rispetto ai risultati dei monitoraggi effettuati dal 2008. MATERIALI E METODI: I campioni analizzati sono stati prelevati in filtri Wathman tramite il campionatore e misuratore bicanale di polveri in atmosfera SWAM 5a Dual Channel Monitor sito nelle località di Ogliastro, Augusta, Melilli e Siracusa. I dati meteorologici, direzione e velocità del vento, umidità relativa, temperatura e precipitazioni, sono stati raccolti dalla centralina presente presso la sede del CIPA. I filtri contenenti le polveri sono stati mineralizzati con un sistema di digestione aperto (DigiPrep), miscelati con 6mL di HNO₃ e 2mL di H₂O₂. La determinazione analitica dei metalli è stata effettuata con un ICP-MS Elan DRC-e (Perkin Elmer). L'ANOVA two-way e il coefficiente di correlazione di Pearson sono stati effettuati con il software IBM SPSS 20.0. RISULTATI: Dall'elaborazione statistica dei dati è emerso che la frazione di polveri PM 10, nel corso del 2013, è sempre stata significativamente superiore a quella delle polveri PM 2.5, con maggiori concentrazioni nei periodi più caldi (p<0.001) (Fig.1). Sulla base della direzione dei venti, suddividendo le frazioni di particolato provenienti dall'area industriale da quelle provenienti da altre zone, il contributo del polo industriale è risultato più alto, indipendentemente dal tipo di particolato (p<0.001), ma non si sono osservati superamenti dei limiti di legge. Le medie annuali delle concentrazioni di particolato hanno un andamento in linea con quelle degli anni precedenti. Inoltre nel 2013, sono stati registrati solo due casi di superamento delle concentrazioni giornaliere del PM 10 superiori a 50 µg/mc, a fronte del limite di 35 casi ammessi per legge, verificatisi nel



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

2009 e 2010 presso la centralina di Augusta. Dall'analisi dei metalli regolamentati non sono stati osservati superamenti dei valori limite e obiettivo previsti dal regolamento (Tab.1) così come dal 2008 ad oggi. Analizzando le tendenze dei singoli metalli è emerso che il Pb e il Ni hanno concentrazioni significativamente più alte nelle polveri provenienti dall'area industriale ($p < 0.001$), non risultano associati ad un particolare tipo di frazione, ma le loro concentrazioni crescono proporzionalmente all'aumentare delle polveri ($r=352$ ed $r=327$ rispettivamente per Pb e Ni, $p < 0.001$). Il Pb inoltre ha valori significativamente più bassi nella stagione invernale, mentre il Ni sia in quella invernale che in quella autunnale ($p < 0.001$). Le concentrazioni di Cd non variano significativamente in base alla provenienza del particolato, ma risultano maggiormente associate alla frazione PM 2.5 ($p < 0.01$) e alle stagioni più calde ($p < 0.01$). L'As così come il Pb è risultato maggiore nel particolato proveniente dalla zona industriale ($p < 0.05$), maggiormente associato alla frazione PM 2.5 ($p < 0.01$) e con un andamento stagionale del tutto sovrapponibile a quello del Cd.

CONCLUSIONI: Dai dati ottenuti emerge una forte associazione tra il particolato PM 10, il Pb, il Ni e l'As con il polo industriale, sebbene non siano emersi nel corso dell'anno dei valori critici. I dati ottenuti mostrano un quadro positivo per quanto riguarda le emissioni di elementi in tracce in atmosfera, che necessitano un continuo monitoraggio specialmente nei periodi più caldi. I dati sono in linea con le tendenze osservate dal 2008 in poi dal CIPA, confermando l'efficacia delle misure di miglioramento adottate negli anni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 765

IL PROGETTO AL.P.I (ALTITUDINE E PATOLOGIA IN ITALIA). IL PRIMO STUDIO ITALIANO SULL'EPIDEMIOLOGIA DEL MALE ACUTO DI MONTAGNA

F. Marchiori 1, I. Rucci 1, G. Nadali 2, M. Cavana 3, L. Fortunato 4, L. Bastiani 5, M. Bartesaghi 4, G. Misericocchi 4, G. Giardini 6, L. Pratali 5, G. Romano 1

1 Università degli Studi di Verona Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità; 2 Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona Policlinico G.B. Rossi; 3 Ospedale S. Chiara - APSS Trento; 4 Università di Milano - Bicocca, Milano; 5 Institute of Clinical Physiology, CNR, Pisa; 6 Ambulatorio di Medicina di Montagna Ospedale "U. Parini" - USL della Valle d'Aosta

INTRODUZIONE: Il mal di montagna (Acute Mountain Sickness: AMS) è una patologia diffusa fra coloro che frequentano la montagna ed è ancora poco conosciuta tra la popolazione generale. La comprensione dei meccanismi di questa patologia consentirebbe di delineare con maggiore chiarezza l'approccio terapeutico e di fornire linee guida finalizzate a ridurre i rischi dell'esposizione all'alta quota. La Società Italiana di Medicina di Montagna ha avviato nel gennaio 2012 il progetto ALPI (ALTitudine e Patologia in Italia), patrocinato dal CAI (Club Alpino Italiano), che si propone di studiare questo fenomeno nel contesto delle nostre montagne. L'obiettivo del progetto AL.P.I. è quindi quello di creare un database italiano sull'epidemiologia del male acuto di montagna. Nella letteratura internazionale sono presenti numerosi studi sulle caratteristiche d'insorgenza e di gravità dell'AMS ma ad oggi nulla si conosce sulla specifica realtà della popolazione italiana che pur presenta una forte frequentazione della montagna soprattutto quella residente nei territori alpini ed appenninici. **MATERIALI E METODI:** E' stato elaborato un questionario di 32 items suddivisi in tre sezioni: sezione caratteristiche generali, sezione caratteristiche AMS, sezione caratteristiche attività fisica). Sono state create due versioni del questionario: una tradizionale cartacea e una informatizzata accessibile via web. Il questionario è stato distribuito nelle sedi locali del CAI, durante congressi o eventi sportivi e inoltre pubblicizzato sul web tramite la diffusione su siti di pertinenza alpinistica e su facebook.

La popolazione inclusa nello studio è rappresentata da tutti coloro che si recano in montagna con nazionalità italiana siano essi agonisti, turisti o lavoratori.

I dati illustrati sono stati raccolti in un periodo compreso tra il 1° gennaio 2012 e il 31 dicembre 2013. **RISULTATI:** I risultati preliminari dello studio sono riferiti ad un campione di 594 soggetti, 435 dei quali di sesso maschile, con età media di 44 anni (DS 12, range 16-86 anni). La maggioranza dei soggetti ha dichiarato di risiedere al di sotto dei 1500 metri sul livello del mare (563/590). Solo il 13,4% (75/594) del campione era rappresentato da atleti agonisti. Il 42,5% (250/594) della popolazione ha dichiarato di aver sofferto di almeno un attacco di AMS nel passato; di questi il 40% (100/250) ha riportato più di un attacco. L'AMS è risultato essere più frequente tra i maschi 186/250 (74,4%). In 104/205 (43%) soggetti la quota di insorgenza della



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

patologia è stata tra i 3500 e i 4499 metri, nel 40,9% (99/250) tra i 2500 e i 3499 e nel 14,1% (29/250) oltre i 4500 metri (Tabella 1).

Con riferimento al Lake Louise Score (LLS), l'AMS è stato di livello moderato (punteggio LLS compreso tra 3 e 6 punti) nel 47,6% dei casi (119/250) e severo (punteggio maggiore di 6) nel 4,4% (36/250). In 6 soggetti è stato diagnosticato un edema polmonare da alta quota (HAPE): 5 maschi e 1 femmina con età media di 38 anni (range 25-53 anni). In 4 di questi casi la quota di insorgenza è stata tra i 3500 e i 4499 metri e in 2 casi tra i 4500 e i 5499 metri. Due di questi soggetti sono stati ricoverati in una struttura ospedaliera a seguito dell'HAPE.

Inoltre in due soggetti è stato diagnosticato un edema cerebrale da alta quota (HACE) insorto tra i 4500 e i 5499 metri senza però necessitare di ricovero. **CONCLUSIONI:** Questo studio dimostra come ci sia una sottostima dell'importanza dell'AMS tra la popolazione italiana che frequenta la montagna. Questo può essere dovuto all'ampia varietà dei sintomi con cui la patologia si manifesta che può portare ad un'errata o ad una mancata diagnosi. L'alta prevalenza può essere spiegata anche con la facile accessibilità delle strutture turistiche in quota a cui accedono, nelle stagioni turistiche, migliaia di turisti non adeguatamente preparati all'ambiente montano d'alta quota.

Il miglioramento dei percorsi informativi/formativi relativi all'AMS può rappresentare un importante strumento di prevenzione di questa patologia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 504

UN DEVICE PORTATILE AD UV LED UTILE ALLA DISINFEZIONE AUTOMATICA DELLE MEMBRANE STETOSCOPICHE

G Messina 1, S Burgassi 1, D Messina², V Montagnani³, G Cevenini⁴

1 Laboratorio di Igiene Ambientale, Università degli Studi di Siena, Italia

2 Fondazione Monte dei Paschi di Siena, Italia

3 ASR-R, Siena, Italia

4 Dipartimento di Biotecnologia Medica, Università degli Studi di Siena, Italia

INTRODUZIONE: La letteratura scientifica ritiene le infezioni correlate all'assistenza (ICA) alcune delle complicanze più frequenti e, talvolta, fatali dei pazienti ricoverati in ospedale.

Le pratiche di pulizia, sterilizzazione e disinfezione di superfici e strumentazione medica rientrano, a pieno titolo, tra le misure volte al contenimento di tale fenomeno.

Lo steto/fonendoscopio è lo strumento più utilizzato dai medici, la sua scorretta o mancata pulizia può favorire la trasmissione di microrganismi e, quindi, l'insorgenza di ICA.

Questo studio propone e valuta una soluzione tecnologica alternativa utile alla disinfezione dello steto/fonendoscopio.

MATERIALI E METODI: Abbiamo creato il prototipo di uno strumento portatile e personale che si attacca al camice dell'operatore sanitario come se fosse un badge e che permette di accogliere la testa dello steto/fonendoscopio. Il device contiene componenti microelettronici, tra cui dei diodi ad emissione luminosa (LED: Light Emitting Diode) di raggi ultravioletti (UV-C), in grado di sterilizzare/disinfettare i diaframmi degli steto/fonendoscopi. Il prototipo è stato creato usando il software Sketchup 3D ed una stampante 3D. La tecnologia è stata valutata testando la sua efficacia contro le seguenti specie batteriche: *Staphylococcus* spp., *Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp. e *Enterococcus* spp., per le quali sono state considerate le unità formanti colonia (UFC) con la conta batterica a 36°C. I test di efficacia sono stati condotti seminando tali specie sulle membrane stetoscopiche e poi trasferendole in piastre Petri. Il trattamento è consistito nel sottoporre le piastre alla luce emessa da LED UV-C per un minuto. Le differenze di contaminazione tra le piastre Petri sottoposte al trattamento ed i controlli sono state valutate con il test di Wilcoxon. Il test di Kruskal-Wallis è stato, invece, utilizzato per valutare le differenze di percentuale di riduzione tra le diverse specie batteriche. La significatività statistica è stata fissata al 99%. **RISULTATI:** Il test di Wilcoxon ha sempre messo in evidenza che la riduzione di UFC è stata compresa nel range tra 85,5% e 94,9% in seguito a trattamento con UV (p0.01).

CONCLUSIONI: Lo steto/fonendoscopio, simbolo indiscusso della professione medica, rappresenta un'estensione delle mani e dei "sensi" del personale medico e può fungere da carrier di microrganismi. Il nostro studio dimostra che la membrana stetoscopica può essere efficacemente disinfettata usando LED ad UV-C. Nel 1847 Ignaz Philipp Semmelweis introdusse il lavaggio delle mani nella pratica assistenziale, misura che ha significativamente influito sulla riduzione del rischio



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

infettivo. La disinfezione dello steto/fonendoscopio, prolungamento delle mani del personale sanitario, potrebbe rappresentare una pratica altrettanto importante. Il device ha mostrato dei risultati incoraggianti in tal senso e potrebbe, pertanto, essere utilizzato di routine nella pratica assistenziale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 428

I BATTERI LUMINOSI NEL CONTROLLO DI QUALITA' DELLE ACQUE DI BALNEAZIONE

F. Serio 1, F. Bagordo 1, A. Idolo 1, T. Grassi 1, M. R. Tumolo 2, M. Guido 1, A. De Donno 1

1. Laboratorio di Igiene, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università del Salento

2. Istituto di Fisiologia Clinica, CNR, Lecce

INTRODUZIONE: L'aumento della pressione antropica sugli ambienti marini costieri richiede nuovi metodi per rilevare e quantificare le modificazioni indotte dalle attività umane basati non solo su un approccio antropocentrico ma finalizzati anche alla valutazione delle modificazioni qualitative di componenti dell'ecosistema marino.

Un parametro utile e sensibile per valutare queste alterazioni potrebbe essere la stima dei batteri eterotrofi coltivabili e della relativa frazione luminescente.

È stato dimostrato che l'abbondanza dei batteri eterotrofi è correlata alla concentrazione di sostanza organica presente nell'acqua. I batteri luminosi si distinguono come unità funzionale nel gruppo degli eterotrofi sulla base della loro capacità di generare luce visibile poichè possiedono geni lux coinvolti nella produzione di luce. La sensibilità della componente luminescente alla presenza di inquinanti ha portato numerosi ricercatori a considerare la possibilità di utilizzare questi batteri per la valutazione della qualità delle acque marino costiere e/o di balneazione. Numerosi studi basati su strategie convenzionali di identificazione hanno evidenziato differenze sito-specifiche nella loro distribuzione, ed in particolare in aree "pulite", l'abbondanza relativa dei batteri in grado di emettere luce sembra essere significativamente maggiore rispetto ai punti impattati.

La distribuzione dei batteri luminosi è stata filogeneticamente studiata nei diversi mari del mondo, mentre i dati relativi al Mar Mediterraneo sono scarsi e principalmente di carattere fenotipico. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la distribuzione complessiva in specie dei batteri luminosi nel basso Adriatico in aree di balneazione soggette a pressioni antropiche e in punti controllo, attraverso un approccio sia fenotipico che molecolare. **MATERIALI E METODI:** I campioni d'acqua di mare sono stati prelevati con cadenza stagionale nel biennio 2012-2013. Sono stati esaminati 6 siti di campionamento, comprendenti sia siti impattati che punti di controllo distribuiti lungo il litorale del basso Adriatico, per un totale di 144 campioni prelevati ad 1 m dalla costa e ad una profondità di circa 30 cm dalla superficie. Su ogni campione d'acqua è stato effettuato il conteggio vitale dei batteri luminosi (BL) impiegando il terreno Sea Water Complete Agar. Il Dna genomico dei ceppi batterici isolati, che sottoposto ad analisi di tipizzazione mediante BOX-PCR ha mostrato pattern elettroforetici diversi, è stato amplificato mediante la tecnica della PCR per l'amplificazione dell'intera sequenza codificante per il 16S rRNA. **RISULTATI:** I valori relativi alla frazione luminescente hanno dimostrato una variabilità stagionale per tutti i punti, in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

particolare nelle aree di controllo, in cui l'abbondanza relativa dei batteri luminosi è risultata maggiore rispetto ai punti impattati.

L'identificazione molecolare delle colonie luminose ha permesso di ottenere alla BOX-PCR, 10 pattern elettroforetici diversi, che hanno mostrato omologia con sequenze presenti in banca dati. La specie più abbondante è risultata essere *Vibrio harveyi* con valori pari al 67%. Particolarmente rilevante è stata l'individuazione del ceppo bioluminescente *Vibrio gigantis*, isolato per la prima volta nel 2005 e definito luminescente nel 2012. **CONCLUSIONI:** L'adozione della frazione luminescente di batteri eterotrofi marini, come indicatore assoluto dello stato di qualità delle acque marino-costiere, evidenzia alcune difficoltà legate soprattutto all'ampia variabilità stagionale. E' comunque ipotizzabile un suo impiego come "indicatore relativo" di qualità, se confrontato con un sito di riferimento. I dati molecolari mostrano che nel basso Adriatico, la comunità microbica luminosa risulta maggiormente rappresentata dal genere *Vibrio*, confermando quanto già osservato in altre aree del Mediterraneo. In particolare la specie più rappresentata, per questa zona, è risultata *Vibrio harveyi* con un'abbondanza che tende ad aumentare nei mesi caldi e nei punti impattati. Questo andamento positivo in relazione a stress termici e/o antropici potrebbe essere legato ad una maggiore resistenza di questa specie luminosa rispetto alle altre.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 191

PROGETTO “INDOOR AIR QUALITY”: PRIMI DATI RACCOLTI E ANALISI DELLE NORME VIGENTI IN MATERIA DI AREAZIONE

I.Ciaramella 1, G.Adamo 2, C.Giustiniani 2, A.Moschetto 2, M.Zingaretti 2, A.Scriboni 1
F.Magrelli1

1 SISP Dipartimento di Prevenzione ASL RM/B – Roma

2 Collaboratori a Progetto SISP ASL RM/B - Roma

INTRODUZIONE: L'importanza di comprendere le caratteristiche dell' aula costituisce lo scopo di questo lavoro, che prende in esame il panorama normativo che le regola dal punto di vista igienico-sanitario nell'ambito di un più ampio progetto di valutazione dell'Indoor Air Quality.

MATERIALI E METODI: I decreti dagli anni 90 in poi, riguardanti le «Disposizioni concernenti la riorganizzazione della rete scolastica, la formazione delle classi scolastiche...» in particolare sul tema “affollamento” presentano delle lacune. Lo studio basato su due parametri: il primo, stabilito dal DM 18/12/1975 fissa i criteri progettuali di un edificio scolastico, relativamente all' affollamento delle aule, derivante dall'indice di progetto di mq x alunno; il secondo, legato all' aspetto igienico-sanitario del rispetto della superficie di areazione naturale minima, pari almeno ad 1/8 della superficie calpestabile dell' aula (DM Sanità 05/07/1975). Il lavoro esamina inoltre l' excursus storico-normativo in tema di areazione e ricambi d'aria nelle aule. In fase di verifica verrà utilizzato come descrittore diretto la concentrazione differenziale di CO₂ tra ambiente interno ed esterno, legata alla concentrazione di sostanze bioeffluenti (molecole chimiche rilasciate nell' aria dall' attività umana) causa della sensazione di aria “pesante”. La necessità di un descrittore indiretto in fase progettuale non può che essere al numero di ricambi orari previsti dalla legge.

RISULTATI: Sono stati raccolti i dati, relativi ai due parametri descritti precedentemente, in 182 aule didattiche di 14 scuole oggetto di studio dopo valutazione dell'intero edificio nei suoi aspetti morfologici costituenti. Il DM 18/12/1975, pur non contenendo alcun obbligo riguardo alla presenza di un impianto di ventilazione meccanica, richiede che siano garantiti “mediante opportuni sistemi” valori minimi di ricambi orari: 2,5 nella Primaria e 3,5 nella Secondaria di 1° grado. Valori piuttosto alti da raggiungere esclusivamente con una ventilazione/areazione naturale e che, in assenza di un obbligo specifico, ha probabilmente rappresentato una lacuna del DM; successivamente abrogato dalla legge 23/1996 che “in sede di prima applicazione e fino all'approvazione delle norme regionali al comma 2” (norme NON emanate!), ne ha comunque mantenuto in vita il testo come indicazione tecnica. Attualmente, il DM '75 è da considerarsi una norma di buona tecnica alla stregua della UNI 10339/1995, che tratta degli impianti aeraulici a fini di benessere. In pratica gli standards della UNI 10339, più recenti, andranno a sostituire quei parametri del DM '75 che risultano con essa in conflitto, come ad esempio l' umidità relativa (UR); laddove, come nel caso dell'introduzione di nuovi parametri per il calcolo della portata d'aria di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

progetto per ventilazione meccanica, lo andrà invece ad integrare. La ventilazione naturale, "areazione in assenza di ventilazione meccanica", ad oggi garantita dal DM Sanità 05/07/1975 con il rispetto della superficie di aerazione minima ($1/8$ della superficie calpestabile dell'aula), presenta forti controindicazioni derivanti dall'apertura delle finestre, quali ad esempio: portata d'aria non quantificabile, variazione delle condizioni microclimatiche interne, correnti d'aria, apertura delle finestre condizionata dalla maggiore o minore sensibilità dell'utenza. E' bene aggiungere che il DPR 59/2009 sul rendimento energetico in edilizia, per quanto riguarda la ventilazione naturale, ha reso cogente la norma tecnica UNI TS 11300-1 la quale fissa procedure di calcolo, di fatto modificando un parametro tecnico della UNI 10339, per la portata d'aria naturale per tutti gli edifici, e quindi anche per quelli scolastici. CONCLUSIONI: Sono state programmate misure strumentali allo scopo di valutare il ricambio d'aria naturale e come esso incida sul microclima delle aule. In futuro il normatore dovrà soppesare la maggiore garanzia per la qualità dell'aria indoor rappresentata dall'installazione di un impianto di areazione artificiale con i costi di installazione e manutenzione che da esso derivano.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 230

RISULTATI DEL SISTEMA DI CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE DA LEGIONELLA NELL'ACQUA SANITARIA DEI PO DI RAVENNA, LUGO E FAENZA NEL PERIODO 2007-2014

C. Ravaioli¹, P. Fusaroli², P. Tarlazzi², M. Giordani¹, A. Stefanati¹

1. Dipartimento di Scienze Mediche - Sezione di Medicina di Sanità Pubblica, Università di Ferrara

2. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Azienda USL della Romagna - Ravenna

INTRODUZIONE: Il controllo delle infezioni ospedaliere rappresenta un intervento preventivo fondamentale per le strutture sanitarie e, tra le varie infezioni correlate all'assistenza, la legionellosi rappresenta un rischio evitabile. I dati delle notifiche nella Regione Emilia Romagna riportano, nel periodo dal 1998 al 2008, 560 casi di legionellosi, di cui il 6,4% di origine nosocomiale. I tre ospedali sottoposti ad indagine sono dotati di impianti idraulici installati e ristrutturati in epoche diverse a partire dagli anni '60, con tubature sia in ferro, sia in polietilene che in polipropilene. I metodi di controllo della diffusione e della moltiplicazione di *Legionella* spp. negli impianti che erogano acqua sanitaria sono numerosi, e la scelta effettuata già dal 2007 è stata quella di adottare, per l'acqua sanitaria del PO di Ravenna, principalmente il trattamento a base di biossido di cloro, mentre per gli ospedali di Faenza e Lugo il trattamento con l'alta temperatura. Lo scopo dello studio effettuato è quello di valutare l'efficacia dei due sistemi attraverso l'analisi dei dati raccolti nel periodo 2007-2014. **MATERIALI E METODI:** Il piano di sorveglianza della contaminazione da *Legionella* nei 3 PO prevede campionamenti in vari punti di erogazione dell'acqua (rubinetti, docce), eseguiti dal personale del servizio di Igiene Ospedaliera, con periodicità circa bimensile, a rotazione tra le varie UUOO. Sono stati effettuati 1674 (961 rubinetti e 713 docce) campioni dell'acqua sanitaria trattata mantenendo alta la T, e 661 (386 rubinetti e 275 docce) campioni nelle aree del PO di Ravenna trattate con ClO₂. Tale gas solubile in acqua è un ossidante molto forte che viene prodotto in loco in un reattore a partire da clorito di sodio ed acido cloridrico. I campioni sono stati raccolti dopo flussaggio di circa 5 minuti prelevando l'acqua con bottiglie in vetro da 1 l e sono stati inviati all'ARPA di Bologna per le analisi microbiologiche. Al momento del prelievo venivano misurate la T di erogazione con un termometro digitale certificato e il cloro libero mediante un fotometro.

Come parametro di riferimento per la stratificazione del rischio si sono utilizzate le indicazioni della DGR n. 1115 del 21/07/2008 dell'Emilia Romagna (Approvazione linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi), che prevedono nessun intervento, in assenza di casi, fino a 1000 CFU/l; la verifica che siano in atto le misure di controllo, in assenza di casi, con contaminazione da 1000 a 10000 CFU/l; l'adozione immediata di misure di bonifica sia in presenza che in assenza di casi oltre 10000 CFU/l (contaminazione importante). **RISULTATI:** I tre ospedali sottoposti ad indagine nel periodo dal 2007 al 2014 non hanno registrato alcun caso di legionellosi nosocomiale. I dati raccolti evidenziano che con una concentrazione di ClO₂ > 0,2 mg/L, l'8,4% dei



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

rubinetti e il 2,6% delle docce riportano una concentrazione di *Legionella* spp. > 1.000 CFU/l, che scendono a 3,0% per i rubinetti e a 1,8% per le docce quando la concentrazione è > 0,3 mg/l. Nei casi di solo utilizzo di alta T abbiamo rilevato che, con $T \geq 55^\circ\text{C}$, il 10,4% dei campioni dei rubinetti e il 15,5% delle docce presentano valori superiori a 1000 CFU/l, mentre, con una $T \geq 58^\circ\text{C}$, solo il 5,6% dei rubinetti e il 7,8% delle docce presentano valori > 1000 CFU/l. Nel 4,6% delle docce e nel 2,2% dei rubinetti dei tre presidi si rilevano valori superiori a 10000 CFU/l. **CONCLUSIONI:** Dallo studio effettuato emerge che i metodi di prevenzione adottati permettono un buon controllo della *Legionella* in Ospedale, anche se, in alcuni punti di erogazione poco utilizzati, si registrano alti valori di contaminazione e livelli mediamente insufficienti di ClO₂ o non viene raggiunta una temperatura adeguata. Trattandosi, però, di episodi isolati, non sono attuate misure preventive aggiuntive generali, ma nel punto di prelievo contaminato, durante le operazioni di pulizia, si attua, come bonifica, un flussaggio dell'acqua di almeno 30 minuti al giorno per tre giorni consecutivi, in modo da raggiungere le concentrazioni di ClO₂ e i livelli di T efficaci. Il ClO₂ e l'alta T rappresentano dunque buoni metodi di controllo della contaminazione da *Legionella* degli impianti idrici sanitari, purché si mantengano concentrazioni di ClO₂ $\geq 0,3$ mg/L e $T \geq 58^\circ\text{C}$ in tutti i rami del sistema. E' necessario, tuttavia, mantenere un monitoraggio costante e uniforme, ponendo attenzione particolare ai punti di erogazione più periferici e meno frequentemente utilizzati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 534

CASI DI POLMONITE DA LEGIONELLA SPP NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA: SORVEGLIANZA E APPROFONDIMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO CLINICI

M. Santangelo 1, R. Cagarelli 2, C. Gualanduzzi 2, F. Baldacchini 2, A. Bargellini 3, P. Borella 3
1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena; 2 Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia Romagna, Bologna; 3 Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

INTRODUZIONE: Legionella spp è un batterio ubiquitario presente in basse concentrazioni negli ambienti acquatici naturali e conseguentemente in grado di colonizzare quelli artificiali, che fungono da amplificatori per la sua diffusione: meno della metà dei 70 sierogruppi appartenenti alla famiglia delle Legionellacee sono associata all'insorgenza di patologie opportunistiche. Fra queste l'infezione con esiti più gravi, a volte fatali, è una severa forma di polmonite denominata Malattia dei Legionari. Le infezioni da Legionella sono considerate un problema emergente in Sanità Pubblica, tanto che sono sottoposte a sorveglianza speciale da parte della Comunità Europea (con l'European Legionnaires' Disease Surveillance Network - ELDSNet) e dell'Istituto Superiore di Sanità. L'insorgenza di legionellosi ha caratteri spiccatamente opportunistici, essendo correlata ad una situazione di compromissione dello stato di salute dell'ospite dovuta principalmente a immunodeficienza, patologie cronico-degenerative e abitudini voluttuarie dannose, quali quella tabagica. Nel rapporto annuale sulla legionellosi in Italia del 2012 emerge un'ampia percentuale di casi in cui non erano presenti patologie concomitanti (49,3%, in aumento rispetto al 2011). Scopo dello studio è quello di approfondire le informazioni riguardo le condizioni sanitarie dei casi di legionellosi notificati nella Regione Emilia-Romagna con particolare attenzione alla co-morbilità, per verificare i fattori che predispongono alla insorgenza della malattia.

MATERIALI E METODI: Lo studio si articola in tre fasi principali: la prima fase prevede una revisione sistematica delle schede di sorveglianza presenti in regione Emilia-Romagna e conseguente selezione dei casi, ovvero quei pazienti affetti da legionellosi a carico dei quali non risulta nessun tipo di fattore di rischio per la patologia (malattie concomitanti, terapia sistemica con corticosteroidi o immunosoppressori, abitudine al fumo di sigaretta, abitudine all'alcol). Ad ogni caso selezionato vengono appaiati due controlli, rappresentati dalle notifiche con presenza di fattori di rischio subito precedente e subito seguente il caso nell'ambito della medesima provincia. Nella seconda fase si effettua una consultazione della documentazione relativa a casi e controlli presso le sedi delle AUSL di notifica (materiale sanitario comprendente lettere di dimissione, referti di esami diagnostici, tipo d'indagine laboratoristica effettuata). Infine si consultano i medici dei pazienti coinvolti per ricavare ulteriori notizie sullo stato di salute dei soggetti, sia nel periodo precedente la legionellosi che in quello subito seguente. Sono state revisionate le notifiche pervenute dalle province di Modena e di Bologna degli anni 2009-2010 e si sta procedendo ad



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

esaminare le schede relative al triennio 2011-2013. **RISULTATI:** La revisione delle schede condotta ha fatto emergere aspetti interessanti relativi alla presenza di casi non associati ad alcuna patologia in atto: in alcuni la mancanza di fattori di rischio era giustificabile con una reale assenza di comorbidità e/o stati predisponenti, mentre in altri si trattava semplicemente di un'incompleta compilazione della scheda di sorveglianza. Particolarmente rilevanti sono inoltre i casi di polmonite da legionella da interpretarsi come evento sentinella, spia di una patologia cronica non ancora diagnosticata. **CONCLUSIONI:** Lo studio ci ha permesso di stabilire, anche in seguito all'approfondimento delle schede e al colloquio con i medici, che a volte la legionellosi non è associata a presenza di carenza immunitaria e/o di malattie predisponenti. Si può ipotizzare che ciò sia dovuto ad una predisposizione genetica a patologie polmonari, oppure alla presenza di stati d'immunodepressione non facilmente individuabili, per esempio dovuti ad assunzione non dichiarata di sostanze stupefacenti. Particolarmente rilevante è anche la constatazione che la legionellosi può essere un evento sentinella di altre patologie, in particolare neoplastiche, che sono diagnosticate successivamente o durante gli accertamenti legati alla polmonite. Inoltre l'allargamento dello studio al triennio 2011-2013 potrebbe confermare la relazione tra Malattia dei legionari e patologie croniche come le disfunzioni tiroidee finora non incluse tra i fattori di rischio associati a questa malattia. L'indagine inoltre fornisce indicazioni per un aumento di attenzione nella diagnosi di laboratorio della polmonite e nella compilazione delle schede di sorveglianza.

L'approfondimento che si sta effettuando può ampliare lo spettro di conoscenze sulle caratteristiche personali che predispongono all'insorgenza di legionellosi, in particolare in soggetti all'apparenza privi di fattori di rischio noti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 420

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO AMBIENTALE DEL FIUME SARNO NEL MAR MEDITERRANEO DA PESTICI ORGANOFOSFORICI: PRIMI RISULTATI

P. Montuori 1; S. Aurino¹; I. Russo¹; P. Mainardi¹; A. Nardone¹; M. Triassi 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Università "Federico II", Napoli.

INTRODUZIONE: I Pesticidi Organofosforici (OPPs), in qualità di inibitori dell'acetilcolinesterasi, sono largamente utilizzati in agricoltura a causa del loro basso costo, della pronta disponibilità, della loro efficacia e capacità di combattere un gran numero di parassiti. Numerosi studi hanno evidenziato che l'esposizione cronica a bassi livelli di OPPs può causare gravi conseguenze per la salute, come disturbi neurologici, in particolare nei lattanti e nei bambini, e persino la morte in alcuni casi di esposizione ad elevate concentrazioni. Come confermato da recenti studi, l'ambiente acquatico rappresenta una delle sedi principali di OPPs. Le vie di ingresso di OPPs nell'ambiente acquatico sono gli scarichi di acque reflue agricole ed industriali, il deflusso da fonti non puntuali ed il dumping diretto dei rifiuti. Pertanto la valutazione di OPPs in ambienti costieri è di grande importanza in quanto queste aree possono ricevere notevoli quantità di immissioni di inquinanti che potrebbero minacciare le risorse biologiche.

Detentore del primato di "fiume più inquinato d'Europa", il fiume Sarno nasce sul versante occidentale dell'Italia Meridionale e, con un'estensione di bacino di 715,42 Km², percorre la Piana del Sarno, fino ad arrivare nel Golfo di Napoli dove sfocia nel Mar Mediterraneo. Il terreno della Piana del Sarno rappresenta uno dei suoli più fertili. Si riescono ad ottenere tre, quattro raccolti l'anno con una facile lavorabilità del terreno, senza un grosso dispendio di energie e di macchine. L'elevata presenza umana, l'uso massiccio di fertilizzanti e pesticidi in elevate quantità in agricoltura, lo sviluppo dell'industria agro-alimentare rappresentano le principali cause di inquinamento del fiume ma d'altra parte sono anche il volano economico per lo sviluppo dell'area. Le attività agro-alimentari si concentrano lungo le principali vie d'acqua mentre le aree di pianura sono a vocazione agricola.

L'obiettivo del presente contributo consiste nel valutare l'impatto ambientale del Fiume Sarno nel Mar Mediterraneo relativamente al carico di OPPs. **MATERIALI E METODI:** Considerando le variazioni di flusso legate alle stagioni, sono state effettuate 4 campagne di campionamento nelle quali si è proceduto ad effettuare prelievi di acqua e di sedimento sia lungo il decorso del Fiume Sarno (4 punti) sia a differenti distanze dalla foce (9 punti; a 50, 150 e 500 metri rispettivamente a nord, centro e sud). Su ciascun campione di acqua (frazione disciolta e frazione corpuscolata) e di sedimento sono stati determinati i seguenti pesticidi organofosforici (OPPs): Diazinon, Dimethoate, Malathion, Chlorpyrifos, Dichlorvos, Fenitrothion, Methidathion, Tolclofos Methyl, Azinphos-Methyl. Gli OPPs sono stati quantificati mediante un GC-NPD, utilizzando un GC-2014 Shimadzu (Kyoto, Japan) equipaggiato con un autocampionatore AOC-20i Shimadzu (Kyoto,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Japan). **RISULTATI:** A tutt'oggi sono disponibili i risultati, sia per la frazione disciolta che per la frazione corpuscolata, di 16 campioni di acqua su un totale di 51 (31.3%). Relativamente a questi 16 campioni di acqua, le concentrazioni di OPPs totali oscillano tra 0,11 e 1,39 ng L-1 (somma della frazione disciolta e corpuscolata). Le concentrazioni di OPPs totali costituiscono nella frazione disciolta circa l'82% del totale come media dei 16 campioni analizzati. Dai primi risultati si evince che nel periodo invernale, in concomitanza ad una portata massima e ad elevate percentuali di frazione corpuscolata, le concentrazioni di OPPs totali, espresse in ng L-1, sono più elevate nella frazione corpuscolata; tuttavia, riferendosi alla concentrazione di OPPs nella frazione corpuscolata in ng G-1, i valori più elevati sono stati trovati nei mesi con una minore portata ed una più bassa percentuale di frazione corpuscolata. L'aumento di portata e della percentuale di frazione corpuscolata nel periodo invernale induce la mobilitazione di una maggiore quantità di OPPs che sono trasportati in mare. In base ai dati idrologici, dai primi risultati si evince che la quantità di OPPs totali immessi annualmente dal Fiume Sarno in mare può essere stimata in circa 2,2 kg.

CONCLUSIONI: Dai primi risultati si può concludere che l'inquinamento da OPPs del Fiume Sarno e del suo estuario può comportare rischi potenziali per le risorse biologiche dell'ambiente acquatico. Infatti, come si evince dalle concentrazioni riscontrate, il Fiume Sarno rappresenta un'importante fonte di inquinamento da OPPs. Inoltre, i risultati dello studio mostrano che la direzione predominante di dispersione dell'impatto di OPPs del Fiume Sarno nel Golfo di Napoli e quindi nel Mar Mediterraneo è verso sud (direzione Sorrento) anche se una minore dispersione preferisce come obiettivo la direzione nord (direzione Napoli).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 081

**INTEGRAZIONE DELLA VIS NEI PROCEDIMENTI DI VALUTAZIONE RICHIESTI DALLA NORMATIVA:
L'ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELL'AZIENDA N. 4 "MEDIO FRIULI".**

S. Padovani 1, F. Acchiardi 1, M. Favaro 1, E. Polato 1

1 Azienda per i Servizi Sanitari "Medio Friuli" - Dipartimento di Prevenzione.

INTRODUZIONE: L'OMS nel definire la VIS come "una combinazione di procedure, metodi e strumenti con cui una politica, un programma o un progetto può essere valutato in relazione ai potenziali effetti sulla salute di una popolazione e sulla distribuzione di questi effetti tra la popolazione" ha deliberatamente utilizzato una definizione molto generale, caratterizzata dalla massima flessibilità e adattabilità a ogni ambito e contesto. Ne consegue che non esiste un'unica tipologia di VIS, ma tante tipologie che variano a seconda dell'oggetto della valutazione e della situazione specifica. Per tale motivo anche i procedimenti, che gli operatori di sanità pubblica seguono, per la formulazione dei pareri loro richiesti ai fini della valutazione di piani, programmi e progetti, potrebbero essere considerati come forme particolari di VIS, anche se non gestite in modo autonomo, ma integrate in altre tipologie di procedimenti richiesti dalla normativa: VAS, VIA, art. 230 TULS, AIA. L'obiettivo dello studio è quello di individuare eventuali strumenti utili a favorire l'integrazione della VIS nei procedimenti richiesti dalla normativa e aumentare il grado di tutela della salute pubblica. **MATERIALI E METODI:** Si sono presi in considerazione i seguenti procedimenti di valutazione effettuati dagli operatori di sanità pubblica ai fini del rilascio dei pareri richiesti dalla normativa:

- 8 procedimenti di VAS: Piano di Governo del Territorio del Friuli Venezia Giulia, Piano Regolatore del Comune di Udine, Programma Operativo Regionale – Fondi Europei di Sviluppo Regionale, 2 piani di zonizzazione acustica e 3 piani urbanistici relativi a 5 Comuni dell'area udinese
- 2 procedimenti di VIA relativi all'apertura di una discarica e di una cava.
- 4 procedimenti richiesti dall'art.230 del TULS relativi a 4 Comuni dell'area udinese.

I procedimenti sono stati esaminati in relazione alla documentazione inviata dal soggetto proponente, alle difficoltà riscontrate nell'analisi dei dati e della letteratura scientifica. **RISULTATI:** La revisione dei procedimenti ha evidenziato che la capacità degli operatori di sanità pubblica di incidere efficacemente sulle procedure richieste dalla normativa dipende essenzialmente dai seguenti fattori:

- risorse e tempo a disposizione
- preparazione e capacità di analisi
- informazioni disponibili e comunicazione

Considerato che le risorse sono in molti casi limitate e il tempo a disposizione è fisso, si deve necessariamente cercare di migliorare gli altri due fattori. Tralasciando per il momento la



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

preparazione e la capacità di analisi, si è deciso di concentrare l'attenzione sull'informazione e la comunicazione. Uno strumento utile allo scopo potrebbe essere l'utilizzo di una checklist strutturata dei determinanti di salute, preparata dagli operatori di sanità pubblica e da quelli delle agenzie regionali per la protezione ambientale e inviata ai soggetti proponenti. In una checklist strutturata per ogni determinante vengono riportate alcune indicazioni che si riferiscono a parametri standard dettati dalla normativa o a valori consigliati da linee guida e da studi epidemiologici e contestualmente vengono richieste al proponente alcune informazioni utili per l'identificazione e la caratterizzazione del rischio. Se consideriamo ad esempio il determinante inquinamento atmosferico outdoor, è opportuno evidenziare alcune indicazioni relative ai seguenti argomenti: emissioni, distanze tra aree residenziali e sorgenti di emissioni, mobilità sostenibile, consumo di suolo e urban sprawl, limiti per gli inquinanti atmosferici previsti dalla normativa o indicati dalla linee guida dell'OMS. Le informazioni richieste per l'identificazione del rischio dovrebbero riferirsi ai possibili effetti del piano proposto in relazione a: tipologia, livelli e provenienza delle emissioni, eventuale variazione delle distanze tra sorgenti di emissione e aree residenziali, aumento del consumo di suolo e urban sprawl, interventi che favoriscono o ostacolano la mobilità sostenibile. Le informazioni per la caratterizzazione del rischio faranno riferimento ai seguenti parametri: verosimiglianza, grandezza, distribuzione, severità e effetti cumulativi. Ogni determinante della checklist deve essere descritto seguendo lo stesso metodo utilizzato per l'inquinamento atmosferico. CONCLUSIONI: Si ritiene che l'utilizzo di una checklist strutturata possa essere uno strumento utile per indirizzare sia i soggetti proponenti che gli operatori di sanità pubblica ad adottare un approccio proattivo e multisettoriale, che metta in primo piano la salute già nelle prime fasi dei procedimenti di valutazione e favorisca l'integrazione della Vis nei procedimenti richiesti dalla normativa.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 356

PARERE IGIENICO SANITARIO PER I NUOVI INSEDIAMENTI PRODUTTIVI: ESPERIENZA DELLA REGIONE LAZIO.

S. Ursino¹ ; V. Iannucci¹; P. Buetti¹; M. Raffo²; E. Di Rosa²

¹ Azienda Sanitaria Locale ROMA F

² Azienda Sanitaria Locale Roma E

INTRODUZIONE: Tra gli interventi di prevenzione primaria messi in atto dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle Aziende Sanitarie Locali assume una particolare rilevanza l'attività di controllo degli insediamenti produttivi in fase di progettazione o di inizio dell'attività produttiva. In tale ambito agli operatori dei SISP viene richiesta l'espressione di un parere igienico-sanitario, perlopiù in sede di conferenza dei servizi, che richiede un'attenta analisi di processi di lavorazione, emissioni in atmosfera, idoneità degli spazi in rapporto all'attività lavorativa, scarichi finali dei processi di lavorazione e ambiente destinato ad ospitare il nuovo insediamento, in funzione del possibile impatto sulla salute.

Il presente studio si propone di valutare se la metodologia di espressione di tale parere è uniforme su tutto il territorio della Regione Lazio. **MATERIALI E METODI:** E' stata condotta un'indagine dai SISP delle ASL RME e RMF effettuando delle interviste ai dirigenti preposti nelle 12 ASL del territorio.

Nel corso delle interviste sono stati richiesti il numero di pareri espressi per la realizzazione degli insediamenti, per l'apertura delle attività, le tipologie di attività, i requisiti igienico sanitari verificati e le modalità di espressione del parere. I dati raccolti sono stati elaborati mediante software Excel. **RISULTATI:** Nell'anno 2013 sono stati espressi circa 750 pareri in sede di rilascio di permesso a costruire, per insediamenti destinati a diventare piccole e medie industrie, aree recupero materiali inerti, aree stoccaggio rifiuti o movimentazione di merci pericolose, etc. Circa 900 sono stati i pareri espressi per l'apertura di attività produttive.

Sono stati identificati i requisiti igienico sanitari ed i percorsi utilizzati per l'espressione del parere.

CONCLUSIONI: E' stata rilevata una notevole variabilità geografica che si riflette anche nella distribuzione del personale dedicato a questa attività, nel numero dei pareri espressi, nella tipologia delle attività valutate e nelle modalità di elaborazione del parere.

Omogeneità invece è stata rilevata nei requisiti igienico sanitari accertati dai professionisti addetti all'espressione del parere.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 724

L'ATTIVITA' DI VIGILANZA REACH & CLP IN REGIONE CALABRIA: I CONTROLLI UFFICIALI E I PROGETTI REACH EN FORCEMENT - ECHA.

M.A. Soccio. 1, R. Pirrone 2, L. Lione 3, U. Mezzotero 4, E. Malacaria 5, D. Macchioni 5

1 Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Lamezia Terme - ASP di Catanzaro

2 Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - ASP di Catanzaro

3 Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - ASP di Cosenza

4 Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di Lamezia Terme - ASP di Crotone

5 Settore LEA- Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie Regione Calabria

INTRODUZIONE: Il REACH è il Regolamento CE n.1907/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 18 dicembre 2006, concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche, che istituisce un' Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) con sede ad Helsinki, e che insieme al Regolamento (CE) n.1272/20082 - CLP "Classification Labelling and Packaging" - sulla classificazione, etichettatura e imballaggio delle sostanze e delle miscele, riforma a livello europeo il preesistente quadro normativo sulle sostanze chimiche ai fini della produzione ed immissione sul mercato comunitario, con l'obiettivo prioritario di raggiungere un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente. Il regolamento REACH obbliga le imprese che fabbricano e importano sostanze chimiche, in quanto tali o contenute in miscela, a valutare i rischi derivanti dal loro uso ed a prendere le misure necessarie per la loro gestione. Tutti i soggetti "attori della catena di approvvigionamento", fabbricante, importatore, utilizzatore a valle, distributore e utilizzatore finale sono coinvolti per diversi aspetti nell'adempimento degli obblighi previsti dal REACH e dal CLP. L'applicazione dell'intero sistema normativo, disciplinato dall'art.125 del REACH, prevede che ogni Stato Membro instauri un sistema di controllo ufficiale, che in Italia spetta alle Regioni (Accordo Stato Regioni Rep.181/CSR del 29/10/09 GU n°285 del 07.12.20093), pertanto la Regione Calabria che ha recepito tale accordo ha istituito l'Autorità Competente Regionale in materia di controlli e vigilanza, di cui al Regolamento REACH, identificando strutture competenti a livello regionale e territoriale deputate alla vigilanza in ambito REACH e CLP. Obiettivo: Ridurre l'esposizione della popolazione, professionalmente esposta e non, ai "chemicals" attraverso le attività di controllo della Rete Regionale di Vigilanza REACH & CLP su imprese che producono e/o importano sostanze chimiche o che si configurano come utilizzatori a valle. Sensibilizzare i soggetti interessati nei confronti degli obblighi di cui al regolamento REACH & CLP, promuovendo azioni di comunicazione, workshop e incontri.

MATERIALI E METODI: Attività della Rete di Vigilanza REACH-CLP della Regione Calabria mediante i "controlli ufficiali" (All. A - Accordo Stato Regioni 29.10.2009), pianificati annualmente dal Piano Nazionale Controlli dell'Autorità Competente Nazionale (AC) e secondo le indicazioni del Forum dell'ECHA - progetti REACH En-Forcement: En Force 1, En Force 2 ed En Force 3, rispettivamente



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

per i target groups dei “fabbricanti”, “utilizzatori a valle” e “importatori”. Il progetto REF-3 ha realizzato per la prima volta l'opportunità di collaborazione tra le autorità responsabili dell'applicazione degli Stati Membri e le autorità doganali. Operatività in tre fasi: a) fase preparatoria: l'elaborazione di un piano di azione, invio alle imprese selezionate per lo specifico "target group" di un questionario informativo preliminare, b) fase operativa: effettuazione dei "controlli ufficiali", c) fase di rendicontazione: elaborazione dati e trasmissione report alla AC nazionale, nei termini di tempo prefissati, per il successivo invio all' ECHA. **RISULTATI:** In Regione Calabria sono state effettuate durante il biennio 2012-2013 i seguenti "controlli ufficiali": n.1 ispezione secondo REF-1, focalizzata alla verifica dell'adempimento, da parte di fabbricanti e importatori, degli obblighi giuridici concernenti la registrazione preliminare e la registrazione delle sostanze, in quanto tali o in quanto componenti di preparati, soggette a regime transitorio, nonché l'adempimento, da parte degli stessi, di varie disposizioni concernenti la SDS; n. 7 ispezioni REF-2 sul rispetto dei requisiti giuridici imposti agli utilizzatori a valle, responsabili della formulazione di miscele, dai regolamenti REACH e CLP, e sugli obblighi legati alla comunicazione all'interno della catena di approvvigionamento; N.1 ispezione REF-3 sull'osservanza degli obblighi di registrazione di cui al regolamento REACH presso i fabbricanti, gli importatori e i rappresentanti esclusivi (only representative - OR). **CONCLUSIONI:** I due principali obiettivi del Regolamento REACH mirano al raggiungimento di un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente dai rischi legati alle sostanze chimiche, e al migliorare nel contempo la competitività ed l'innovazione dell'industria chimica in EU. In tale contesto, la fase di vigilanza e di verifica dell'attuazione di quanto prescritto dai due regolamenti comunitari, rappresentano un aspetto di fondamentale importanza, quale valido strumento di verifica dell'applicazione dei regolamenti REACH e CLP, per il perseguimento degli obiettivi prioritari di protezione della salute e dell'ambiente dai rischi legati all'attuale, oramai sempre più crescente, evoluzione delle tecnologie e processi di utilizzo dei "chemicals" in tutti i settori di produzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 691

SEDAZIONE COSCIENTE IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA: L'IMPATTO AMBIENTALE ED IL RISCHIO DI ESPOSIZIONE DA MISCELA A BASSO TENORE DI PROTOSSIDO D'AZOTO

D. I. La Milia 1, A. Poscia 1, V. Camisa 2, N. Continolo 3, M. Sammartino 3, L. PetruzzIELLO 4, G. Colaiacomo 1, C. Laurini 1, F. Pattavina 1, M. Wachocka 1, S. Zaffina 2, W. Ricciardi 1, U. Moscato 1

1. Istituto di Sanità Pubblica – Sezione Igiene - Dipartimento di Sanità Pubblica - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2. Servizio Prevenzione e Protezione - IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

3. Dipartimento di Emergenza e Accettazione – Policlinico A. Gemelli, Roma

4. Dipartimento di Scienze Chirurgiche – Policlinico A. Gemelli, Roma

INTRODUZIONE: L'esposizione a gas anestetici può rappresentare uno dei principali fattori di rischio di natura chimica per il personale sanitario, esistendo ormai vasta letteratura in relazione all'insorgenza, ad elevate concentrazioni di esposizione, di sintomi quali cefalea, alterazioni neuro-comportamentali e modificazioni della performance, mentre l'esposizione cronica a basse dosi, oggetto di numerosi studi epidemiologici, è stata ipotizzata essere prevalentemente fattore di rischio per aborti spontanei e malformazioni congenite.

Per ridurre il rischio espositivo a gas anestetici è necessario garantire un adeguato numero di ricambi d'aria/ora grazie all'utilizzo di sistemi evacuatori o scavenger. Se questi sono previsti dalla normativa e dalle linee guida nel blocco operatorio, altrettanto non si può dire per gli ambienti dedicati all'esecuzione di interventi diagnostico-terapeutici in regime ambulatoriale (ad es. in endoscopia digestiva, odontoiatria o nel parto naturale assistito), per i quali, nonostante sia in aumento l'utilizzo della sedazione cosciente con Protossido d'Azoto (N₂O) in alternativa alla via endovenosa, non è espressamente richiesto/normato un sistema impiantistico idoneo all'evacuazione dei gas.

Nonostante diversi lavori abbiano indagato l'efficacia e la sicurezza clinica sul paziente della sedazione con N₂O durante procedure diagnostico-terapeutiche di endoscopia digestiva, nessuno studio ha significativamente valutato i corrispondenti livelli di esposizione ambientale per il personale che quotidianamente vi opera. A tal proposito, l'obiettivo del nostro studio è valutare l'esposizione a N₂O del personale di ambulatori di endoscopia digestiva durante analgo-sedazione con miscela di O₂/N₂O al 50% sia in presenza che in assenza di un sistema di captazione ed evacuazione attivo del N₂O. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato effettuato presso l'unità di Endoscopia Digestiva Chirurgica di un Policlinico Universitario, durante 45 procedure di pancolonscopia diagnostica e/o terapeutica, nel periodo compreso tra febbraio e maggio 2014. Gli interventi sono stati divisi in due gruppi: un primo gruppo (39 interventi) in cui i pazienti sono stati sedati con miscela di O₂/N₂O erogata con l'ausilio di un sistema di evacuazione mobile a doppia



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

maschera di tipo “NIKI 2002 Airnova”; un secondo gruppo (6 interventi) in cui i pazienti sono stati sedati con la stessa miscela di O₂/N₂O, ma senza l’ausilio del sistema di evacuazione mobile. La diffusione ambientale del O₂/N₂O è stata valutata attraverso l’impiego in continuo, durante le sedute di endoscopia digestiva, di uno spettroscopio fotoacustico all’infrarosso di tipo Bruel & Kjaer “Multi-gas monitor modello 1312” associato ad un multi-campionatore “1309” Bruel & Kjaer con software “Innova 1312-7300”, attraverso cinque punti di misura posizionati all’interno dell’ambulatorio endoscopico, con le sonde disposte in “area breathing zone” ed a differenti altezze.

I risultati rilevati sono stati elaborati mediante analisi statistica descrittiva attraverso il software “Stata IC 9.2 for Mac”. Le analisi di confronto tra le concentrazioni puntuali registrate nei due gruppi sono state realizzate mediante il test U di Mann-Whitney, considerando come statisticamente significativo un valore di $p \leq 0.05$. I dati sono riportati come medie $\pm$ deviazione standard. **RISULTATI:** La media complessiva delle concentrazioni di O₂/N₂O rilevata nelle 45 procedure è stata di 145 ± 239 ppm, con andamento significativamente diverso nei due gruppi: nel gruppo in cui non è stato utilizzato il sistema di captazione ed evacuazione dei gas anestetici la concentrazione media del N₂O è risultata di 450 ± 347 ppm, mentre nel gruppo in cui è stato utilizzato il sistema di captazione ed evacuazione dei gas anestetici la concentrazione media di N₂O è stata di 28 ± 55 ppm. I valori rilevati indicano significativa la differenza tra i due gruppi con $p \leq 0.001$. **CONCLUSIONI:** I risultati dello studio mostrano che la concentrazione di O₂/N₂O varia considerevolmente in funzione dell’utilizzo o meno del sistema di evacuazione mobile dei gas anestetici, evidenziando un maggior rischio espositivo durante le sedazioni coscienti effettuate senza l’ausilio del suddetto sistema. In particolare, le concentrazioni rilevate nei 6 interventi monitorati in assenza del sistema di scavenging, in assenza di limiti per ambienti non operatori, sono significativamente maggiori dei valori di riferimento se confrontati con quelli previsti per le sale operatorie secondo le Linee Guida ISPEL 2009. Pertanto, un sistema di evacuazione mobile dei gas anestetici potrebbe rappresentare un valido strumento per garantire la sicurezza degli operatori che utilizzano O₂/N₂O, a scopo sedativo cosciente, in ambienti che non possiedono i requisiti impiantistici e strutturali per l’utilizzo dei gas e vapori anestetici ad elevato tenore in miscela.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 158

PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI UN PIANO AMBIENTALE CONDIVISO DAGLI ENTI LOCALI E DESTINATO ALLA POPOLAZIONE IN TEMA DI USO SOSTENIBILE DELLE RISORSE E RIDUZIONE DELL'IMPATTO E DELL'INQUINAMENTO AMBIENTALE: RETI E ALLEANZE PER DIFFONDERE LA CULTURA DEL RISPETTO DELL'AMBIENTE

F. Dragani 1, E. Cavazzon 1, E. Berni 1, G. Tromba 1, L. Ripa 1, S. Sanson 1, D. Zaro 1, A. Maggiore 1, E. Croci 2, A. Brexel 3, A. Grim 3, U. Laurenzi 3, V. Zollia 4, C. Cianciolo 5, M. Giorgi 5, D. Della Toffola 6, T. Vivante 7, M. Stefani 8, P. Dalmaso 8

1 Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina", Trieste

2 Università degli Studi di Udine, Udine

3 Comune di Trieste

4 Provincia di Trieste

5 Istituto Tecnico per Geometri Max Fabiani, Trieste

6 ARPA FVG

7 Istituto Tecnico Grazie Deledda, Trieste

8 AcegasAps Società del Gruppo Hera

INTRODUZIONE: La sensibilità e l'evoluzione normativa a livello internazionale e nazionale enfatizzano politiche di minimizzazione della produzione di rifiuti, soprattutto indifferenziati, permettendo così un uso sostenibile delle risorse e riducendo al minimo impatto e inquinamento ambientale.

In questo contesto ASS n.1 Triestina, in collaborazione con enti ed istituzioni locali, quali Comune e Provincia di Trieste, Regione Autonoma FVG e ARPA ed altri stakeholders si è impegnata nella realizzazione di un piano ambientale con l'obiettivo di diffondere, nella cittadinanza, una cultura di tutela e valorizzazione della natura e dell'ambiente attraverso una corretta gestione dei rifiuti, promuovendo un regime di efficacia, efficienza, economicità e sostenibilità. **MATERIALI E METODI:** Ad oggi i programmi e progetti realizzati sono:

1. Prevenzione ed educazione Agenda 21, rivolto alle scuole di ogni ordine e grado, all'interno di Agenda 21, piano d'azione per lo sviluppo sostenibile su scala globale, nazionale e locale. Il progetto prevede lo studio dell'ambiente, attività nell'ambiente quali esperienze sul campo con laboratori didattici e attività per l'ambiente quali la raccolta differenziata nelle classi e la realizzazione dell'iniziativa "Rifiuto con affetto": in ciascuna scuola si è identificato uno spazio adibito a cassonetto dei rifiuti che diventa luogo di scambio: il rifiuto lasciato da una persona diventa l'oggetto di un altro.

Il progetto è alla sua seconda edizione. Hanno aderito 23 classi di 9 scuole per un totale di 399 alunni (3-19 anni). Novità apportate:

- utilizzo peer education;



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- sostituzione lezioni frontali con interattive;
- estensione dell'offerta alle scuole dell'infanzia;
- possibilità di realizzare nell'ambito del laboratorio didattico oltre ai contenitori per la raccolta differenziata anche un riciclabolario con illustrazioni ed informazioni (da distribuire a tutta la popolazione della Provincia) o un riciclabolario tattile-sensoriale per i più piccoli;
- organizzazione di concorsi a premi interni alle scuole.

Questo progetto pedagogico-culturale è un percorso interdisciplinare e trasversale alle diverse materie di insegnamento: la cultura del rispetto dell'ambiente e della sua tutela è diventato strumento didattico ed educativo.

2. Progetto "Microarea si differenzia" per i residenti delle Microaree, zone cittadine a maggior disagio socioeconomico in cui è attivo un progetto di salute e sviluppo di comunità. Organizzati 4 incontri informativi/formativi sulla corretta gestione dei rifiuti domestici di 2 ore ciascuno.

3. Scelta aziendale di utilizzare prodotti ecolabel per la pulizia degli ambienti e di conversione del parco macchine da benzina a diesel.

4. AmbientArte: dai rifiuti nascono le idee.

Realizzazione del murales con tappi di plastica più grande del mondo (300 m²) all'interno della Microarea Melara grazie alla partecipazione dei bambini dei ricreatori comunali e di un'associazione artistica no profit. Il murales ha coinvolto tutti i ricreatori con la partecipazione di 171 bambini (6-14 anni).

È stato progettato dagli artisti dell'associazione MelArt in tema di raccolta differenziata e tutela dell'ambiente lungo il corridoio che porta alla sede locale dell'Azienda ed è stato in parte dipinto ed in parte realizzato con tappi di plastica.

7. Partecipazione alla 2° edizione di TriesteNext, Salone Europeo della Ricerca Scientifica, dedicata al tema dell'acqua con la presentazione delle attività educative realizzate all'interno dei ricreatori e dei dati ottenuti dalla somministrazione di 521 questionari sul tema dell'acqua (relazioni tra acqua e salute, ambiente e attività umane). **RISULTATI:** Gli interventi educano i cittadini al rispetto dell'ambiente e alla sua preservazione, creando consapevolezza e coscienza. Inoltre i percorsi dedicati ai bambini vogliono, all'interno di una cornice didattico-educativa, favorire lo sviluppo di competenze artistiche, la socializzazione e il senso di appartenenza ai propri luoghi di vita. I risultati raggiunti fino ad ora sono il frutto di un complesso lavoro di reti e alleanze che permettono concretamente di realizzare interventi di promozione della salute. **CONCLUSIONI:** Attualmente in fase di realizzazione:

- Formazione dipendenti enti ed istituzioni pubbliche locali;
- Concorso a premi "Stampa la tua idea in 3D" in collaborazione con il centro di fisica teorica: destinato agli alunni delle scuole secondarie di secondo grado prevede la progettazione di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

oggetti originali. I vincitori parteciperanno ad un corso sulla stampa 3D e stamperanno in 3D il loro progetto con plastica riciclata;

- Realizzazione di murali nei ricreatori;
- Partecipazione alla 3° edizione di TriesteNext sul tema dell'energia con 2 progetti di educazione ambientale (laboratori radiofonici a tema; percorso educativo-didattico, ma anche ludico-ricreativo, nei ricreatori con la misurazione del consumo di corrente elettrica di elettrodomestici di uso comune e l'ideazione di un progetto di eliminazione degli sprechi e di riduzione dei consumi).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 434

SORVEGLIANZA SANITARIA EX ESPOSTI AMIANTO 2012/2014

F. Giugliano 1; A. Cirillo 1; C. Amalfitano 1; I. Nappi 1; M.R. Afeltra 1;

1 ASL Napoli 3 Sud – Dipartimento di Prevenzione – Servizio Igiene e Medicina del Lavoro - Unità Operativa Amianto

INTRODUZIONE: Istituzione dell' Unità Operativa Amianto (UOA) n. 4 per le attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti all'amianto, Delibera Regionale n. 20133 del 24/12/2007.

Con Delibera n. 119/2011 del Direttore Generale dell'ASL Napoli 3 sud è stata attivata la UOA, individuando nel Servizio di Igiene e Medicina del Lavoro la struttura di coordinamento per l'attuazione del programma e la gestione del budget costituito con fondi regionali.. **MATERIALI E METODI:** Implementazione e organizzazione in rete dell' attività di sorveglianza:

- Acquisizione elenchi di lavoratori ex esposti redatto dalla Regione Campania sulla scorta delle richieste dei lavoratori per il riconoscimento dei benefici previdenziali entro giugno 2004;
- Rielaborazione degli elenchi dei lavoratori ex esposti forniti dalla Regione Campania, interfacciandoli con l'anagrafe degli assistiti della ASL per l'individuazione dei soggetti deceduti e l'aggiornamento degli indirizzi.
- Predisposizione, realizzazione e attivazione della cartella informatica per una compilazione standardizzata e omogenea della rilevazione di dati statistici epidemiologici;
- Organizzazione ambulatorio medico UOA per l'anamnesi clinica e lavorativa del lavoratore ex esposto;
- Realizzazione e attivazione di una rete con i presidi ospedalieri dell'ASL, quali: P.O. di Sorrento, P.O. di Pollena T. e P.O di Boscotrecase, per agevolare l'esecuzione degli esami strumentali quali TAC Torace, es. di funzionalità respiratoria e cons. pneumologica, senza lista di attesa e con modalità dedicata, prescritti durante la visita medica effettuata presso l'UOA;
- Collaborazione con l'Istituto di Chirurgia Toracica della Facoltà di Medicina Seconda Università di Napoli per i lavoratori che necessitano di approfondimenti clinico-diagnostici.

RISULTATI: Risultati ottenuti dall'attività di sorveglianza sanitaria

periodo Aprile 2012 / Aprile 2014:

I dati di maggiore riscontro sono:

Convocati n. 2727

Presentati n. 1495 54,8%

Assenti n. 1169 42,9%

Rifiuti n. 63 2,3%

Questo risultato è ascrivibile a:

- specificità delle patologie: è ancora molto vivo il ricordo dell'esposizione e dei rischi correlati anche in lavoratori che sono in pensione da oltre 20 anni



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- attività di counseling: ben svolta grazie alla sensibilità, alla capacità informativa e di sostegno psicologico da parte di personale esperto e motivato;
- programma sanitario: la possibilità di poter effettuare esami strumentali in tempi rapidi, senza lunghe attese e mediante percorsi dedicati.

Protocollo di sorveglianza sanitaria

- Visite effettuate n. 1495

E' stata redatta una cartella sanitaria informatizzata per la raccolta di dati anamnestici, clinici e approfondita anamnesi lavorativa con dettaglio delle mansioni e degli ambienti di lavoro. Si è indagato sulle condizioni ambientali di vita inerenti le attività di hobby e/o secondo lavoro dei singoli, nonché i luoghi di residenza e le possibili fonti di inquinamento ambientale nelle vicinanze.

☐ TAC spirale torace ad alta risoluzione n. 1364

☐ Esame di funzionalità respiratoria (Spirometria, DLCO, Sp O2, ecc)
e Cons. Pneumologica n. 1340

☐ Cons. Chirurgia Toracica n. 118

- Approfondimenti clinico strumentali: PET – Tc Total Body, TAC spirale con e senza mdc.

Patologie asbesto correlate accertate: Aprile 2012 – Dicembre 2013

Le patologie asbesto correlate sono state raccolte in 3 gruppi:

1) placche e/o ispessimenti pleurici:	n. 268
2) interstiziopatie e asbestosi :	n. 144
3) quadri combinati dei gruppi 1 e 2 :	n. 82

Patologie neoplastiche accertate

in combinazione con i gruppi precedenti:

N. 10 ca polmonare

N. 3 mesoteliomi

N. 3 ca laringei

N. 23 lesioni nodulari pleuroparenchimali sospette, oggetto di follow up CONCLUSIONI:

Correlazioni patologie asbesto correlate e aziende

E' stata elaborata una verifica del grado di incidenza delle patologie asbesto correlate e le aziende interessate, ricavandone l'elenco di cui alla Tab. 1.

Conclusioni

Il numero di ex esposti che ha aderito al programma di sorveglianza è di gran lunga più elevato di altri screening di massa (ca mammario, ca colon retto, ecc.).

Il programma di sorveglianza sanitaria prosegue con la convocazione di altri lavoratori ex esposti non presenti in elenco regionale ma che hanno la possibilità di dimostrare l'esposizione. Si sta



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

promulgando un'informazione più incisiva per l'attuazione della sorveglianza sanitaria diretta agli ex dipendenti delle aziende che hanno la maggior incidenza di patologie, di cui alla TAB. 1. Sono in itinere rilievi circa l'associazione fumo – amianto – patologie correlate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 112

EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF LEGIONELLOSIS ON THE ISLAND OF ISCHIA

F. Carraturo¹, F. Cicotti¹, G. Gargiulo¹, M. Guida¹, E. Gargiulo¹, F. Aliberti¹

¹Università degli Studi di Napoli "Federico II" Dipartimento di Biologia - Laboratori di Igiene

INTRODUZIONE: A characterization of Legionellosis Health Risk assessment was conducted for the island of Ischia (Naples, Italy), where, due to the tourism-based economy, Hotels and Thermal spas represent the ideal reservoirs for *Legionella pneumophila* proliferation. **MATERIALI E METODI:** The research was based on the definition of an epidemiological survey for Legionellosis in Ischia that counts, for Regione Campania, the highest number of travel-associated Legionellosis cases. Data were collected through Ischia Hospital clinical records and ASL Napoli 2 Nord - Distretto 36 cases reports.

The study additionally pointed out the need to support diagnosis with a clinical approach. In regards to this issue, WUH Scoring System, a classification developed by Winthrop University Hospital, was experimented: the method consists on assigning specific points to each clinical symptom linkable or not to *Legionella* infection and the total score provides a diagnostic aid for the identification of Legionellosis cases. **RISULTATI:** Examining the 82 Legionellosis cases notified from Ischia during the 2005-2011 period, a prevalence comprised in the 55-80 years range, in concordance with the European mean, is evident. The same concurrence is shown in regards to sex ratio, with an higher prevalence of infection in males. International travelers who contracted the infection came from Germany, followed by Swiss and Austria; Italy residents that allegedly contracted Legionellosis in Ischia, mostly came from Northern Italy, while an increase in cases from Southern Italy was reported since 2009. The trend of cases by month traces Italian trend: higher observations of the infection refer to the summer season and to the September-October period. Crucial resulted the cluster analysis: the worst year with the highest clusters registration was 2007, with 7 clusters over the 13 cases notified in the same year.

Focusing the analysis on 2007-2011 five-year period, 58 Legionellosis cases were notified. Data were compared to those provided by ARPA Campania: within the same period, about 1/4 Regione Campania Legionellosis cases were notified from Ischia, whose 21% diagnosed at Ischia Hospital: rates that, in 2011, considering notifications from Ischia, result with a substantial increase (37%) referring to mean values.

In order to verify whether clinical criteria evaluation could be useful to Legionellosis earlier diagnosis, WUH scoring system was applied to 6 patients hospitalized between 2010 and 2011, whose 5 with a confirmed diagnosis of *Legionella pneumoniae*. Scores of 5 patients affected with Legionellosis confirmed the WUH scoring reliability; a further prove of its efficiency was provided by the low score of the 6th patient, considered ad hoc as a negative control. **CONCLUSIONI:** Cases of Legionellosis notified from Ischia, between 1993 and 2011, scored a substantial growth over



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

time, linked not only to the incidence rate increase, but rather to monitoring intensification and to more targeted Legionellosis risk management strategies. Precise and fast diagnoses (especially through rapid pathogen detection tests), the support of clinical criteria (WUH scoring system) addressing the right therapy, the development of quicker methods for the identification and quantification of Legionella within the contaminated facilities, the targeted application of disinfection protocols and adequate epidemiological studies represent an efficient approach to Legionellosis Risk Management.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 516

EFFICACIA DELLA BIOLUMINOMETRIA NEL VALUTARE LA PULIZIA OSPEDALIERA. UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

G Messina¹⁻², E Ceriale², N Nante¹⁻²⁻³, P Manzi³

¹Laboratorio di Igiene Ambientale, Università di Siena

²Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

³Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria "Le Scotte", Siena

INTRODUZIONE: Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) costituiscono una delle complicanze più frequenti dei pazienti ricoverati in ospedale. In base alle evidenze scientifiche disponibili si può affermare che almeno il 30% delle ICA sia potenzialmente prevenibile attraverso l'adozione di specifiche pratiche assistenziali, di corretti comportamenti professionali e di adeguati assetti organizzativi e strutturali. Tra tali misure un ruolo primario è ricoperto dalle pratiche di pulizia, sanificazione e disinfezione delle superfici ospedaliere e, di conseguenza, dalle metodologie che ne monitorano la corretta effettuazione. Tradizionalmente queste ultime consistono nell'ispezione visiva e nella conta microbica su piastra; più recentemente sono state introdotte altre metodiche, quali la bioluminometria ed i markers fluorescenti. Il sistema della bioluminescenza rileva molecole di ATP sulle superfici, segno di presenza di materiale organico e, quindi, anche di contaminazione microbica. L'ATP entra in contatto con un reagente, scatenando una reazione che determina l'emissione di luce, la cui unità di misura è l'URL (Unità di Luce Relativa). Diversi studi hanno valutato l'efficacia di tale metodica in ambiente sanitario. Lo scopo di questo studio è sintetizzarne i principali risultati. **MATERIALI E METODI:** Abbiamo effettuato una revisione della letteratura in lingua inglese, pubblicata tra il 1 gennaio 2000 e il 31 marzo 2014. I lavori sono stati individuati inserendo nelle banche dati Pubmed e Scopus le seguenti parole chiave: <>. Dalla ricerca In Pubmed sono risultati 17 studi, 4 dei quali sono stati esclusi. Da Scopus abbiamo ottenuto 96 articoli, 25 dei quali utili al nostro studi. Tra questi 13 erano stati già acquisiti da Pubmed; pertanto abbiamo globalmente considerato 25 articoli (vedi fig.1). **RISULTATI:** La distribuzione geografica degli articoli esaminati è la seguente: 11 studi sono stati condotti nel Regno Unito, 8 negli USA, 3 in Australia, 1 in Turchia, Giappone ed Italia. 12 articoli (48%) paragonano l'efficacia della bioluminometria alla conta microbica su piastra nel determinare la contaminazione di superfici ospedaliere, tra questi 11 evidenziano una significativa correlazione tra le 2 metodiche, sebbene giudicata debole in 5. Una buona parte delle ricerche analizzate (20) indica un valore benchmark di URL, utile a discernere tra superfici sporche e pulite. Questo valore è: 500 secondo 4 studi, 100 per 3. Un articolo prende in considerazione 2 valori di URL: 250 e 500. Gli altri 3 studi assumono come cutoff: 127, 45 e 300 URL. **CONCLUSIONI:** La bioluminescenza non può essere considerata una metodica standardizzata: ogni strumento ha dei valori di riferimento diversi, non sempre definiti. Ciò rende complicati eventuali paragoni tra rilevazioni effettuate con



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

bioluminometri diversi. Inoltre sembrerebbe esistere una correlazione tra Unità Formanti Colonia (UFC) rilevate con il metodo colturale e le URL, sebbene debole in molti casi. La metodologia non mostra un'elevata accuratezza, tuttavia potrebbe essere utilizzata per superfici che non richiedono sterilità, ma sono sottoposte a pratiche di sanificazione spinta e in situazioni in cui è necessario ottenere dei risultati in tempo reale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 038

TERRA DEI FUOCHI: UN MODELLO DI STUDIO

G. D'Orsi 1; M. Romualdo 2; P. Bove 3; E. Bianco 4; A. Parlato 4

1. Dipartimento di Prevenzione ASL NA 2 NORD, Casavatore (Na)

2. M.M.G. D.S. n. 40 ASL NA2 NORD, Mugnano (Na)

3. UOC Accreditamento e Controllo della Spesa Sanitaria ASL NA 2 NORD, Pozzuoli (Na)

4. Dipartimento di Prevenzione ASL NA 2 NORD, Casavatore (Na)

INTRODUZIONE: Le scelte di politica sanitaria di una comunità hanno necessità della disponibilità di dati epidemiologici di qualità e quanto più possibile derivanti da processi organizzativi commisurati plasticamente al territorio di riferimento. La popolazione del Comune di Mugnano, ha visto per gli anni 2004/2011 un incremento stabile della mortalità per patologie neoplastiche come è emerso dalle analisi del registro aziendale delle cause di morte. Questo territorio sebbene geograficamente all'interno della cosiddetta Terra dei Fuochi, è privo di quelle criticità ambientali, quali soprattutto l'interramento di rifiuti industriali o speciali, che hanno interessato i Comuni limitrofi, alle quali, associazioni ambientaliste e talune associazioni mediche, presumono aprioristicamente essere imputati tali decessi. E' da queste premesse che nasce lo Studio MO.S.S. (Monitoraggio dello Stato di Salute) al fine di valutare le possibili correlazioni con l'aumento della mortalità oncologica. **MATERIALI E METODI:** Lo studio MOSS intende effettuare un monitoraggio e valutazione dello stato di salute dei cittadini del comune di Mugnano, attraverso uno studio poliedrico multifattoriale, che si articolerà con diversi approcci:

1) Retrospectivo, incentrato sulla storia residenziale, sanitaria, lavorativa e comportamentale dei soggetti deceduti nell'ultimo triennio per patologie tumorali, realizzato attraverso l'analisi di una scheda di rilevazione ad hoc, somministrata ai familiari dei deceduti;

2) Trasversale, per la valutazione degli stili di vita e comportamentali, dei cittadini residenti nel Comune di Mugnano di Napoli, con l'ausilio dell'esperienza dello Studio PASSI, attraverso la compilazione di un questionario, ad opera di personale addestrato, tramite una intervista telefonica o frontale, di un campione casuale di residenti;

3) Prospettico, in collaborazione con i Medici e Pediatri di famiglia, per l'analisi ed il monitoraggio nel tempo dell'insorgenza delle patologie tumorali, avvalendosi della banca-dati, propria di ciascun medico e la compilazione di un questionario dedicato somministrato ai soggetti affetti da Patologie Neoplastiche.

In base alle risorse disponibili, si opererà un'analisi ematica mirata e individuale sul carico inquinante corporeo dei cittadini individuati, riguardante sostanze quali le Diossine e Metalli Pesanti. Parimenti all'analisi sullo storico e clinico-comportamentale, si avvierà una campagna di formazione/informazione, rivolta ai cittadini di tutte le età, su tematiche preventivologiche, volte a prevenire l'insorgenza delle principali malattie cronico-degenerative. **RISULTATI:** Organizzazione



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

del lavoro: Lo studio prevede la realizzazione di circa 250 indagini epidemiologiche sui deceduti nel Comune di Mugnano di Napoli per patologie tumorali; 600 interviste a residenti del Comune di Mugnano di Napoli, selezionati casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria e realizzate attraverso la somministrazione di un questionario, con domande inerenti la storia medica, l'ambiente in cui vivono, le abitudini di vita, inclusa la dieta, la storia lavorativa e riproduttiva; n. interviste a soggetti a cui sarà diagnosticato una patologia neoplastica dall'inizio dello studio; n. prelievi ematici riguardante l'analisi di sostanze quali Diossine e Metalli Pesanti, su precise indicazioni sanitarie ed epidemiologiche. **CONCLUSIONI:** Lo studio prevede un crono programma della durata di 18 mesi, in cui si individua una fase: Organizzativa, della durata di 3 mesi, per la elaborazione delle opportune strategie di intervento, per la elaborazione della documentazione, dei questionari, moduli ed altri manoscritti, per la realizzazione della piattaforma informatica e per la formazione del personale destinato alla somministrazione delle interviste; Esecutiva, della durata di 12 mesi, in cui si realizzeranno le interviste e le indagini necessarie al raggiungimento degli obiettivi dello studio; Analitica, della durata di 3 mesi, per l'analisi statistica-epidemiologica e la realizzazione del report finale; Comunicativa, per la diffusione dei risultati dell'indagine. Alle persone che parteciperanno allo studio verrà richiesto il consenso informato esplicativo delle finalità dello studio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 599

**NORMATIVA E AMBIENTE LAVORATIVO: INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SULLA POPOLAZIONE
AFFERENTE ALL'AMBULATORIO DI MEDICINA DEL LAVORO DELLA ASL RM B**

L. Morciano 1; M. Iosue 2; M.G. Bosco 2

1. Università degli Studi di Roma Tor vergata, Roma; 2. Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro ASL Rm B, Roma

INTRODUZIONE: Lo stress è una condizione di prolungata tensione che può ridurre l'efficienza sul lavoro e determinare un cattivo stato di salute. Può essere accompagnato da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psichica o sociale e può essere scatenato da svariati fattori. In recepimento dell'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004, nel D. Lgs 81/08 lo stress lavoro-correlato è stato individuato come uno dei rischi oggetto sia di valutazione, sia di una conseguente adeguata tutela. Per tale motivo il Servizio PreSAL della ASL Rm B, nel corso dell'anno 2012, ha avviato le attività dell'Ambulatorio di Medicina del Lavoro e Prevenzione del Disagio da Lavoro e del Mobbing, proponendosi come organo di congiunzione fra le aziende e i lavoratori. Scopo del presente lavoro è valutare l'attività del Centro per individuare potenziali fattori stressogeni per proporre iniziative preventive ai fini del miglioramento della qualità dell'ambiente lavorativo. **MATERIALI E METODI:** Sono stati raccolti i dati di tutti i pazienti che hanno terminato il percorso di certificazione nei primi due anni di attività dell'Ambulatorio. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un iter composto da 5 visite al termine del quale è stata rilasciata una certificazione che correla o meno il disagio avvertito dal paziente con l'ambiente lavorativo. Oggetto di studio è stata l'analisi dei principali fattori di correlazione fra lo stress rilevato e alcune caratteristiche, per individuare situazioni potenzialmente a rischio negli ambienti lavorativi e individuare possibili elementi correttivi. I dati sono stati raccolti in ambiente excel. **RISULTATI:** I risultati definitivi sono ancora in fase di elaborazione, ma da una prima analisi emerge come, nonostante in letteratura non vengano riportati dei requisiti specifici predisponenti allo sviluppo di stress lavoro-correlato, tuttavia alcune caratteristiche individuali e particolari eventi lavorativi scatenanti sembrano ricorrere maggiormente fra gli utenti afferenti all'ambulatorio. **CONCLUSIONI:** Nonostante l'Ambulatorio sia ancora molto giovane, e questi siano solo dati preliminari, offrono uno spunto interessante per il proseguimento del lavoro e la denotazione di margini di miglioramento. La speranza è che in futuro si possa prevenire anziché curare, e che anche i datori di lavoro adoperino la promozione della salute e la riduzione dello stress quali strumenti per il miglioramento della qualità dell'ambiente lavorativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 108

IL RUOLO DEGLI EVENTI SENTINELLA NELLA MISURAZIONE DELLO STRESS DA LAVORO CORRELATO. UNA PROPOSTA METODOLOGICA

G. Boccia 1, R. Ruggieri 2, F. De Caro 1, E. Santoro 1, W. Longanella 3, A. Cozzolino 1, M. Paolillo 1, L. Brunetti 1, M. Capunzo 1

1 Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Campus di Baronissi, Baronissi (SA)

2 Dipartimento di Scienze Umane, Filosofiche e della Formazione/DISUFF, Fisciano (SA)

3 Azienda Ospedaliera OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, Salerno

INTRODUZIONE: La letteratura ha rilevato che lo stress-lavoro correlato rappresenta uno dei maggiori problemi di salute nei luoghi di lavoro le cui conseguenze negative si ripercuotono sul benessere psico-fisico e sociale dei lavoratori e sulla produttività e la competitività delle imprese. Recependo quanto stabilito dall'Accordo Europeo sullo Stress nei luoghi di lavoro (8/10/2004), il D. Lgs. 81/2008 e la successiva circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18/11/2010 hanno reso obbligatoria anche in Italia la valutazione dello stress lavoro-correlato, proponendo linee guida che lasciano liberi gli operatori di utilizzare le metodologie ritenute più appropriate. **MATERIALI E METODI:** Si tratta di un campione non probabilistico bilanciato e a scelta ragionata e rispetto alle variabili di tipo organizzativo legate ai contenuti del lavoro. È costituito da 250 soggetti su una popolazione di 770 persone; quindi esso rappresenta circa il 30% della popolazione. È stato utilizzato il questionario OPRA (Organizational and Psychosocial Risk Assessment) per la valutazione dello stress lavoro-correlato. L'OPRA è un questionario multifattoriale sviluppato per valutare efficacemente la presenza di fattori di rischio psicosociale e di condizioni di stress lavoro-correlato. È stato creato un Database Eventi Sentinella (DBES) costituito da una tabella a doppia entrata: in riga sono riportati i codici identificativi dei soggetti; in colonna le variabili relative agli Eventi Sentinella (turnover, malattia, straordinari, cambio Unità organizzativa, assenze etc.). **RISULTATI:** I risultati del nostro studio mostrano come gli Eventi Sentinella non sempre siano associati correlano a condizioni di malessere psico-fisico e più in generale alle condizioni relative al rischio come alle fonti dello stesso. In questo senso esso conferma solo in parte quanto presente nella letteratura. **CONCLUSIONI:** Per cui le future ricerche dovranno indagare la relazione tra fattori stressanti e tempo di esposizione agli stessi tenendo in considerazione la dinamicità dell'ambiente di lavoro.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 467

PROGETTO INDOOR AIR QUALITY NELLE SCUOLE

F. Magrelli 1; C. Giustiniani 1; G. Adamo 1; M. Zingaretti 1; A. Moschetto 1; M. G. Bosco 2

1. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL Rm B, Roma; 2. Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro ASL Rm B, Roma

INTRODUZIONE: L'inquinamento dell'aria negli ambienti confinati, o indoor, rappresenta un problema importante per la sanità pubblica. Infatti, il peso economico e sociale di malattie allergiche ed asmatiche è talmente elevato che lo si può considerare come uno dei maggiori problemi di salute pubblica; i bambini, trascorrendo negli ambienti chiusi una percentuale di tempo molto alta, rappresentano una popolazione particolarmente vulnerabile agli effetti acuti e cronici da inquinanti ambientali.

Poiché i due principali ambienti indoor "a rischio" per la salute respiratoria dei bambini/ragazzi sono rappresentati dall'abitazione e dalla scuola, dove trascorrono la maggior parte delle ore della giornata, è da questi ambienti che si riportano i dati più significativi riguardo la valutazione degli effetti sanitari.

In considerazione di ciò, per iniziativa del Dipartimento di Prevenzione della Asl Roma B, è stato realizzato il Progetto IAQ volto allo studio di un campione di scuole primarie e secondarie di primo grado che insistono sul proprio territorio di competenza. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato articolato in diverse fasi operative che sono consistite, innanzi tutto, nel censimento delle scuole primarie e secondarie di primo grado appartenenti ai diversi Istituti Comprensivi al quale è succeduto un incontro a carattere divulgativo e informativo con le Istituzioni competenti ovvero Municipi, Ufficio Scolastico Regionale Lazio, Dirigenti scolastici.

Sono stati inoltre realizzati alcuni strumenti operativi, come un questionario di raccolta dati generali indirizzato ai Dirigenti Scolastici, una scheda di sopralluogo, una check list, un questionario di percezione e due database Access necessari al proseguimento dello studio.

Il primo questionario è stato inviato, in formato digitale, ai dirigenti che hanno aderito al progetto. La raccolta dei dati è stata utilizzata per la formazione del campione di scuole che successivamente sono state oggetto di sopralluogo. **RISULTATI:** Hanno aderito all'iniziativa 38 dirigenti scolastici su 56 i quali ci hanno restituito 101 questionari, riferiti allo stesso numero di Istituti, su un totale di 191 scuole. Ad oggi, sono stati effettuati i sopralluoghi nelle 14 scuole entrate a far parte del campione, visionando un totale di 356 locali di cui 182 aule didattiche.

Tutti gli elementi così acquisiti sono stati inseriti nel secondo database Access dal quale è stato possibile individuare le aule che saranno oggetto di campionamenti mirati all'individuazione di inquinanti chimici, fisici e biologici. **CONCLUSIONI:** Un primo esame dei dati finora archiviati mette in evidenza come siano presenti importanti non conformità quali, ad esempio, l'insufficiente superficie apribile delle finestre, il sovraffollamento delle aule, la presenza di umidità e muffa.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Destano, inoltre, perplessità la distanza limitata degli edifici scolastici dalle strade con traffico veicolare intenso, la presenza di parcheggi, fermate di autobus, distributori di carburanti, elettrodotti, campi di graminacee nelle zone limitrofe alla scuola, di locali seminterrati adibiti a mensa e ad aula didattica, oltre che la presenza di lavagne in ardesia, appendiabiti, arredi vecchi, tende in tessuto, cartelloni, ecc. all'interno delle aule didattiche.

Le successive previste analisi ambientali, che verranno effettuate durante periodi climatici diversi, in presenza ed in assenza di persone, unitamente alle risposte ottenute dalla somministrazione ad alunni ed insegnanti del questionario di percezione, avranno lo scopo di valutare l'effettiva qualità dell'aria indoor negli ambienti scolastici.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 082

IMPATTO UMANITARIO DELLE ARMI NUCLEARI

M.DI PAOLANTONIO 1

1 IPPNW INTERNATIONAL PHYSICIANS FOR THE PREVENTION OF NUCLEAR WAR

INTRODUZIONE: Dopo 50 anni, per la prima volta, il Comitato Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa (CIRC, ICRC) ha adottato all'unanimità una storica risoluzione contro le armi nucleari, che indica a tutta la propria rete mondiale l'impegno a lavorare per l'eliminazione delle armi nucleari. Questo è uno sviluppo nuovo ed inaspettato che impegna il mondo della sanità e della prevenzione. Nasce da lontano, dall'impegno dell'Internazionale Medici per la Prevenzione della Guerra Nucleare (IPPNW), International Physicians for the Prevention of Nuclear War (www.ippnw.org) (www.ippnw-italy.org), organizzazione Premio Nobel per la Pace 1985, e dalla diretta collaborazione tra IPPNW ed ICRC (entrambe organizzazioni Premi Nobel per la Pace), a Roma, in sede di Summit Mondiale dei Premi Nobel per la Pace, che ha prodotto ad Oslo (marzo 2013) e Nayarit, Messico (febbraio 2014) I e II Conferenza Diplomatica Mondiale sull'Impatto Umanitario delle Armi Nucleari, al fine di educare Stati e Governi alla necessità di lavorare in sedi istituzionali nazionali e sovranazionali, attivamente e normativamente, per abolire le armi nucleari. In tale prospettiva torna centrale (e si descrive) il ruolo degli operatori della prevenzione e delle loro società scientifiche ed organizzazioni professionali, descrivendone esempi, in particolare in Italia, dove con il I Incontro Scientifico Internazionale per la Prevenzione della Guerra Nucleare "Medicina per la Pace" (Roma, Accademia Nazionale dei Lincei, 11 marzo 1983) ed il II Incontro Scientifico Internazionale "Terra/Spazio: una via per la Pace" (Roma, Sala del Cenacolo della Camera dei Deputati, ottobre 2014) nacque il percorso internazionale che portò all'IPPNW il Premio Nobel per la Pace 1985 ed alla comunità internazionale il Trattato INF (Intermediate Nuclear Forces) del 30 maggio 1987 che portò allo smantellamento dei missili nucleari a raggio intermedio dall'Europa, Italia compresa. **MATERIALI E METODI:** Viene presentata la Risoluzione del CIRC (ICRC) "Lavorare per l'eliminazione delle armi nucleari" (Sidney, 18 novembre 2013). **RISULTATI:** Viene illustrato il Rapporto dell'IPPNW "Fame Nucleare", prodotto in occasione della II Conferenza Diplomatica Internazionale sull'Impatto Umanitario delle Armi Nucleari (Nayarit, Messico, febbraio 2014). **CONCLUSIONI:** Viene proposto un piano d'azione alla SITI per la divulgazione in Italia della Risoluzione del CIRC e del Rapporto "Fame Nucleare" e per la costruzione di sinergie scientifiche e professionali a questo fine con altri soggetti del Servizio Sanitario Nazionale, della Medicina e delle professioni sanitarie, al fine di rafforzare conoscenza e consapevolezza collettive che sono alla base di azioni e decisioni istituzionali fondamentali per l'effettiva implementazione degli obiettivi assunti dal Comitato Internazionale della Croce Rossa/Mezzaluna Rossa per l'eliminazione delle Armi Nucleari.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 073

MONITORAGGIO MICROCLIMATICO CONTINUO DELLE SALE OPERATORIE

F. De Caro 1, G. Boccia 1, E. Santoro 1, A. Cozzolino 1, G. Corrente 2, A. Annecchiarico 2, M. Capunzo 1.

1. Dipartimento di Medicina e Chirurgia - Università di Salerno; 2. A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona

INTRODUZIONE: L'installazione all'interno delle sale operatorie di centraline per la misura continua dei parametri di temperatura, umidità e delta pressorio può diventare uno strumento efficace di valutazione della tenuta microclimatica delle sale operatorie. **MATERIALI E METODI:** Le sale operatorie da noi monitorate sono state dotate di due centraline elettroniche relative una alla misurazione dell'umidità relativa e della temperatura ed un'altra alla misurazione della differenza di pressione rispetto al locale attiguo. È stato predisposto un protocollo per la lettura dei dati e la registrazione quotidiana dei valori su apposito registro. Contemporaneamente sono state effettuate: rilevazioni microclimatiche con apposita centralina di cui i valori rilevati venivano elaborati con apposito software per l'indicazione del PMV e PPD delle persone esposte ad un ambiente termico moderato; misurazione dei ricambi d'aria e della velocità dell'aria con sonda anemometrica a filo caldo; misurazione della differenza pressoria ambientale con manometro differenziale analogico. **RISULTATI:** Dopo tre mesi di rilevazioni sono stati analizzati i dati delle centraline di sala operatoria che hanno mantenuto un andamento costante nel tempo con un media per la temperatura di 22 °C, l'umidità del 44% e il deltaP di 29 Pascal. Tali valori sono stati confrontati con le rilevazioni microclimatiche effettuate con l'apposita centralina che hanno evidenziato i valori di: Voto Medio Previsto PMV=0,43, Percentuale prevista di insoddisfatti PPD=8,94; ricambi d'aria garantiti dall'impianto di ventilazione (30/h) e velocità dell'aria (0,28 m/sec). **CONCLUSIONI:** La rilevazione costante dei parametri termoigrometrici e della differenza pressoria con la semplice annotazione dei dati con analisi periodica degli stessi può essere un valido strumento di valutazione della tenuta ambientale generale della sale operatorie sia dal punto di vista del confort termico per gli operatori, sia del numero di ricambi ora e della differenza pressoria correlata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 417

I FENOLI DELL'OLIO EXTRA-VERGINE DI OLIVA PREVENGONO IL DANNO AL DNA INDOTTO DAL PM10

R. Fuccelli 1; R. Fabiani 1; P. Rosignoli 1

1 Università degli Studi di Perugia - Dipartimento di Chimica, Biologia e Biotecnologia

INTRODUZIONE: Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato una correlazione positiva tra elevati livelli di Particolato atmosferico (PM) e tassi di morbosità e mortalità per malattie cardio-respiratorie. Evidenti sono pure i dati riguardanti la correlazione tra esposizione cronica al PM e mortalità per tumore al polmone, ed infatti lo IARC (International Agency for Research on Cancer) ha recentemente classificato il PM come cancerogeno per l'uomo (gruppo 1). Sebbene i meccanismi con cui questo inquinante eserciti effetti dannosi sulla salute umana non siano ancora del tutto noti, ci sono crescenti evidenze che la sua cancerogenicità sia associata alla capacità di indurre un danno al DNA diretto e/o mediato dalla formazione di specie reattive dell'ossigeno. Dato che differenti ricerche hanno messo in evidenza che i fenoli dell'olio extra-vergine di oliva sono in grado di ridurre il danno al DNA provocato da uno stress ossidativo, in questo studio abbiamo voluto valutare la capacità di tali fenoli di proteggere il DNA dei linfo-monociti (PBMC), isolati di fresco da sangue periferico umano, dal danno indotto da un estratto organico del PM10 (EOPM). **MATERIALI E METODI:** Il PM10 è stato campionato durante il periodo autunno/inverno del 2011 (ottobre, novembre, dicembre) in un sito urbano di Perugia ad alto traffico autoveicolare (stazione ferroviaria di Ponte San Giovanni). Il campionamento è stato eseguito mediante campionatori ad alto volume con testa di taglio per PM10. I test tossicologici sono stati eseguiti con un estratto organico dei filtri ottenuto tramite Soxhlet (esano:metanolo, 4:1). L'estratto è stato quindi portato a secco sotto flusso di azoto, pesato e risospeso in DMSO (0.49mg/μl). La soluzione madre così ottenuta è stata diluita in terreno completo (RPMI addizionato con 10% FBS, 1% Glutamina, 1% streptomicina/penicillina) per le successive prove. La genotossicità dell'estratto è stata valutata tramite il COMET assay, mentre lo stress ossidativo è stato determinato sia tramite COMET modificato (aggiunta di Endonucleasi III, Endo III, enzima che introduce rotture a singola elica in corrispondenza di basi pirimidiniche ossidate) sia tramite citofluorimetria con 2,7-diclorofluoresceina-diacetato (DCFH-DA). I PBMC (1x10⁶/ml in RPMI completo) sono stati esposti a EOPM a varie concentrazioni (0-0.17-0.33-0.66-1.35-2.70 mg/ml) per 2h sia in presenza che in assenza dei fenoli dell'olio d'oliva [Idrossitiroso (DPE, 10μM) ed un estratto fenolico totale (OO-PE, 1μg/ml)]. Al termine del trattamento è stata valutata la vitalità cellulare tramite la tecnica di esclusione al tripan blu (solo la dose pari a 2.70 mg/ml ha manifestato un effetto citotossico con una riduzione della vitalità cellulare fino al 46%). **RISULTATI:** EOPM ha indotto un danno genotossico dose-dipendente statisticamente significativo a partire dalla dose di 0.33 mg/ml. I fenoli hanno efficientemente ridotto il danno al DNA provocato da EOPM, (Figura 1A). L'uso di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Endo III ha messo in evidenza la presenza di basi ossidate sul DNA. Il trattamento dei PBMC con i fenoli ha determinato una riduzione statisticamente significativa delle basi ossidate, il danno ossidativo, espresso in Unità Arbitrarie, viene ridotto da 38 a 8 da parte del DPE, a 12 da parte dell'OO-PE (Figura 1B). La produzione di H₂O₂ da parte di EOPM è stata osservata a tutte le concentrazioni testate con valori che vanno dal 34% di cellule fluorescenti con dosi di EOPM pari a 0.17 mg/ml fino all'82% con EOPM pari a 1.35 mg/ml. In generale entrambe i fenoli hanno ridotto la formazione di H₂O₂ intracellulare, l'effetto maggiore si è osservato alla dose di EOPM pari a 0.17 mg/ml, OO-PE si è rivelato più efficiente del DPE (Tabella 1). CONCLUSIONI: L'estratto organico del PM₁₀ è in grado di danneggiare il DNA dei PBMC umani e tale danno è parzialmente dovuto alla formazione di specie reattive dell'ossigeno. I fenoli presenti nell'olio extra-vergine di oliva sono in grado di prevenire il danno genotossico provocato dal PM₁₀. Il maggiore effetto inibente sulla produzione di H₂O₂ intracellulare da parte dell'OO-PE rispetto al DPE potrebbe essere dovuto a un effetto sinergico tra i vari fenoli presenti nella miscela.



SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C2: SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 588

ABITUDINE VEGETARIANA IN ITALIA: PREVALENZA E CARATTERIZZAZIONE DEI CONSUMATORI

G. Mazzarini 1; S. Vallorani 1; C. Recanatini 1; P. Bardadoro 1; E. Ponzio 1; F. Di Stanislao 1; E. Prospero 1

1. Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica – Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

INTRODUZIONE: La dieta vegetariana è seguita da un gran numero di persone nel mondo. Si stima, ad esempio, che in America 6-8 milioni di adulti siano vegetariani (circa il 2,2% della popolazione). La scelta vegetariana ha alla base motivazioni di natura morale, etica, salutistica, ambientale. L'obiettivo di questo studio è stato valutare la prevalenza di abitudine e le variabili associate alla dieta vegetariana in Italia. **MATERIALI E METODI:** I dati sono stati ricavati dall'indagine multiscopo Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". L'indagine, condotta tra Dicembre 2004 e Settembre 2005, ha raccolto i dati di 50.474 famiglie per un totale di 128.040 individui. Le caratteristiche socio – demografiche disponibili per ogni partecipante sono: età, area di residenza, benessere familiare, livello di istruzione. Lo studio ha investigato anche l'esposizione a stili di vita non salutari, tra cui l'abitudine tabagica. Abbiamo considerato le domande relative ai seguenti fattori: sesso, età, livello di istruzione, stato civile, abitudine al fumo, BMI, ipertensione e malattie croniche come il diabete, l'asma, i tumori e le malattie cardiovascolari. Per la finalità di questo studio un vegetariano è stato definito come una persona che dichiarava di seguire una dieta vegetariana. E' stato costruito un modello di regressione multipla per valutare i fattori associati in maniera indipendente con la dieta vegetariana. Il livello di significatività alla bivariata per l'inclusione delle variabili nel modello di regressione multipla è stato stabilito a ≤ 0.2 e per l'esclusione dal modello a ≤ 0.4 . Per valutare la validità del modello sono stati usati test standard: test F, Pseudo R2 e Hosmer – Lemeshow. L'andamento della curva ROC ha permesso di stimare l'accuratezza del modello. Le analisi sono state condotte con STATA, versione 9. Il livello di significatività è stato posto a 0.05. **RISULTATI:** Lo 0.79% (N = 1.009) del campione della popolazione italiana segue una dieta vegetariana, con una differenza significativa di prevalenza tra femmine e maschi (0.57% dei maschi, 1% delle femmine, $p < 0.05$). Alla analisi bivariata la dieta vegetariana era associata con un'età più avanzata (0.96% nei soggetti con più di 65 anni di età vs. 0.17% in quelli con meno di 18 anni, $p < 0.05$), con un più alto livello di istruzione (1.64% nei soggetti con un livello di istruzione più alto vs. 0.63% in quelli con un più basso grado di istruzione, $p < 0.05$), con lo stato civile "separato" o "divorziato" (1.34% vs. 0.81% delle persone single, $p < 0.05$). Circa le malattie croniche la dieta vegetariana è risultata associata col diabete (1.37% vs. 0.76% nei non diabetici, $p < 0.05$), con una precedente diagnosi di infarto miocardico (1.61% vs. 0.77, $p < 0.05$), con una precedente diagnosi di angina pectoris (1.45% vs. 0.78%, $p < 0.05$), e con l'ipertensione (1.01% vs. 0.75%, $p < 0.05$). I vegetariani sono per lo più fumatori (0.89% vs. 0.13%



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dei non fumatori, $p < 0.05$), e soggetti con BMI $< 25 \text{ kg/m}^2$ (0.98% vs. 0.63%, $p < 0.05$). L'analisi multivariata ha confermato l'associazione tra la dieta vegetariana e il sesso femminile (OR 1.58; 95% CI 1.38- 1.82; $p < 0.0001$), un alto grado di istruzione (OR 2.44; 95% CI 1.95- 3.07; $p < 0.0001$), lo stato civile separato/divorziato (OR 1.58; 95% CI 1.18-2.11; $p = 0.002$) e single (OR 1.55; CI 95% 1.31-1.82; $p < 0.0001$), la presenza di diabete (OR 1.37; 95% CI 1.06- 1.75; $p = 0.015$). CONCLUSIONI: La frequenza dei vegetariani in Italia nel 2004-2005 era dello 0.79% ($N = 1.009$), inferiore a quanto registrato in altri Paesi. L'abitudine vegetariana è frequente soprattutto nel sesso femminile. Analogamente, è stata evidenziata un'associazione tra la dieta vegetariana e fattori demografici, quali l'età avanzata, un elevato livello di istruzione, lo stato civile, e il diabete. Queste associazioni sono state confermate dalla letteratura scientifica internazionale. Di notevole interesse risulta l'allargamento dell'indagine a dati più recenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 310

ELEMENTI ESSENZIALI E TOSSICI IN LATTE FORMULATI PER NEONATI.

A. Bargellini¹, F. Venturelli¹, A. Ferrari¹, I. Marchesi¹, G. Ferranti¹, N. Saini¹, P. Borella¹

1. Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Modena

INTRODUZIONE: L'allattamento al seno viene raccomandato dall'OMS come unica fonte di sostentamento dei bambini fino ai sei mesi di vita. Nonostante questo, a livello mondiale, meno del 35% dei neonati di questa fascia di età sono nutriti esclusivamente con latte materno ed in Europa tale percentuale si aggira intorno al 3%. Nei paesi Occidentali, i sostituti più comuni del latte materno sono i latte formulati, o latte di mucca umanizzati. Questi sostituti devono fornire un apporto adeguato di energia e nutrienti per supportare la rapida crescita che avviene nei primi sei mesi di vita. Un apporto insufficiente o non proporzionato può avere effetti diretti sul ritmo di crescita e provocare effetti a lungo-termine, alterando il corretto sviluppo e la funzionalità dell'organismo. La composizione degli alimenti per neonati è regolamentata dal Decreto Ministero Lavoro 09.04.2009 n° 82, che attua la direttiva 2006/141/CE.

Gli elementi minerali sono indispensabili nella dieta umana, che ne rappresenta la principale fonte di assunzione; carenze o eccessi del loro contenuto possono comportare eventi avversi, soprattutto nei bambini. Nonostante ciò, le più recenti indagini sugli alimenti per l'infanzia si sono concentrate sui contenuti proteici e calorici, prestando minor attenzione alle concentrazioni degli elementi essenziali in tracce.

Scopo del presente studio è quello di determinare le concentrazioni di macroelementi (Ca e Mg), elementi in traccia (Cu, Fe, Mn, Zn, Cr, Ni e Se) e due elementi tossici quali Cd e Pb in un campione rappresentativo di latte formulati, concepiti per lattanti fino al sesto mese di vita, al fine di aumentare le conoscenze riguardanti l'esposizione neonatale a tali elementi. **MATERIALI E METODI:** Sono stati raccolti 40 latte formulati, scelti tra quelli commercializzati in Italia, tutti derivanti da latte vaccino e destinati a lattanti fino a sei mesi di età. Una parte di questi sono latte per bambini sani e nati a termine, una parte sono destinati a neonati di basso peso e pretermine, con patologie allergiche o transitorie. I latte disponibili sono presenti sul mercato sia in forma liquida, pronta all'uso, sia in polvere. Questi ultimi vengono ricostituiti in laboratorio con acqua demineralizzata, secondo le istruzioni riportate in etichetta.

Aliquote di 2 ml di latte pronto all'uso sono state sottoposte a mineralizzazione acida controllata con sistema a microonde, e, successivamente, sottoposte ad analisi spettrofotometrica di assorbimento atomico. Per il controllo di qualità interno è stato trattato ed analizzato un campione di latte in polvere a contenuto certificato dal BCR (Community Bureau of Reference). I risultati, espressi in mg o µg/L, sono stati convertiti in mg o µg/Kcal per il confronto con i limiti presenti nella normativa vigente. **RISULTATI:** Dalle analisi preliminari condotte su una parte dei



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

campioni di latte selezionati, emerge che le concentrazioni di tutti gli elementi essenziali in studio rientrano nei limiti stabiliti dalla normativa. Degno di attenzione è il riscontro di concentrazioni significativamente più elevate rispetto al latte materno di alcuni elementi essenziali quali Fe e Mn. La concentrazione media di Fe nei latti destinati a bambini a termine e sani ($6,0 \pm 1,3$ mg/l), sovrapponibile a quella rinvenuta nei latti con specifiche indicazioni cliniche ($6,0 \pm 2,2$ mg/l), è risultata circa 20 volte superiore rispetto al suo contenuto medio nel latte materno rilevato in altre indagini condotte in Europa ($0,3 \pm 0,1$ mg/l) (Ljung Björklund et al. 2012). Il manganese, a sua volta, presenta livelli medi da 30 a 60 volte superiori al latte umano, rispettivamente nei formulati normali ($85,9 \pm 32,1$ µg/l) e in quelli con specifiche indicazioni cliniche ($171,3 \pm 124,8$ µg/l). Tutti i latti investigati presentavano concentrazioni relativamente elevate di Pb ($72,6 \pm 8,9$ µg/l), Cd ($4,8 \pm 3,2$ µg/l) e Cr ($62,0 \pm 5,1$ µg/l), e comunque superiori ai valori medi che si possono riscontrare nel latte materno. CONCLUSIONI: I risultati preliminari del presente studio mettono in evidenza due importanti aspetti: la costante presenza di elementi tossici quali Pb e Cd che, per normativa, negli alimenti per lattanti non dovrebbero essere presenti, e la maggior presenza rispetto ai latti materni di elementi essenziali come Fe e Mn. Per questo ultimo elemento, in particolare, è prevista la fortificazione nei prodotti destinati a bambini con problemi digestivi o intolleranze alle proteine, giustificata dal ruolo del Mn come cofattore degli enzimi che favoriscono la digestione. Secondo la nostra opinione, sostenuta anche da altri ricercatori che hanno condotto analoghe indagini, tale aggiunta è potenzialmente nociva, dato che il Mn ha un documentato effetto neurotossico a dosi superiori a 2 mg/die nei bambini.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 540

SHELF-LIFE DEI PRODOTTI ITTICI CONFEZIONATI IN ATMOSFERA PROTETTIVA (AP) CON DIFFERENTI MISCELE DI GAS.

M. Boccellino 2; M. Triassi 1; G. Modano 2; G. Scarfigieri 2; T. Rea 1

1 Dipartimento Sanità Pubblica, Università "Federico II" Napoli

2 Corso di Laurea Magistrale Scienze della Prevenzione, Università "Federico II" Napoli

INTRODUZIONE: La filiera produttiva dei Prodotti Ittici, tempo fa considerata mercato di nicchia e correlata a particolari culture gastronomiche regionali, ha fatto registrare negli ultimi anni un trend di consumo positivo, che ha attirato l'attenzione degli operatori della Grande Distribuzione Organizzata (GDO).

La commercializzazione attraverso i circuiti e dell' Ho.Re.Ca (Hotel Restaurant Catering) è strettamente correlata alla shelf-life del prodotto, quindi alla tecnologia di confezionamento, che rappresenta un indiscusso valore aggiunto nei diversi comparti della filiera agro-alimentare e, in modo particolare, nella commercializzazione delle carni fresche. Il confezionamento in atmosfera protettiva è, tra le varie tecnologie di packaging attualmente utilizzate, quella che maggiormente si presta al confezionamento di alimenti porzionati e destinati alla vendita mediante libero acquisto (self-service) attraverso i canali dell GDO.

Confezionare un prodotto alimentare in atmosfera protettiva equivale ad applicare una tecnologia non distruttiva (mild technology): togliere l'aria dall'interno della confezione e sostituirla con una miscela di gas ad alta purezza, priva di germi, di umidità e di contaminanti chimici, limita la degradazione degli alimenti. **MATERIALI E METODI:** L'indagine è stata effettuata su fettine (circa 150g) di pesce spada (*Xiphias gladius*) (Denominazione obbligatoria: 31/01/2008), in una importata azienda italiana che ha provveduto al sezionamento ed alla successiva distribuzione. La parte più delicata del campionamento consistita nel reperire con certezza campioni di Pesce spada fresco. Tutti i dati pertinenti (sesso, luogo e data di cattura, trattamento termico, ecc.) sono stati registrati al fine di mantenere la tracciabilità di quanto impiegato.

Queste fettine, inviate al laboratorio di sezionamento, sono state stoccate alla temperatura di 4° fino al momento del sezionamento e per un periodo non superiore alle 24 ore. È stato preso in esame il taglio commerciale denominato "reale" e successivamente la confezione è stata sottoposta a trattamento per la conservazione in AP con differenti miscele gassose (O₂, CO₂, N₂). All'apertura delle confezioni, è stata eseguita un'analisi dei parametri microbiologici e organolettici; successivamente è stato valutato il PH.

Modalità di confezionamento dei campioni in AP

Indagini microbiologiche

Indagini organolettiche



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Determinazione del pH **RISULTATI:** Vengono riportati i risultati microbiologici relativi alle differenti miscele utilizzate per lo studio della conservazione in AP del Pesce Spada. **CONCLUSIONI:** Dalle nostre indagini è emerso che tutte le miscele contenenti O2 non consentono il mantenimento del pesce spada confezionata in AP per periodi superiori a quelli previsti dal semplice confezionamento o dal mantenimento in regime di refrigerazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 259

UTILIZZO DEL GIS (GEOGRAPHIC INFORMATION SYSTEM) PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE AZIENDE OVINE TARGET NELL'AMBITO DEL PIANO NAZIONALE DI MONITORAGGIO DEI CONTAMINANTI AMBIENTALI IN ALIMENTI DI O.A. PRODOTTI NEI SITI DI INTERESSE NAZIONALE (MIN.SAN. 10/02/2011)

F. Sgarangella (1), G.Bitti (2), M.C.Suelzu (2), F.Dettori (1), P.Desini (2)

(1) Dipartimento di Prevenzione, Asl n.1 Sassari

(2) Servizio Sanità Animale, Asl n.1 Sassari

INTRODUZIONE: Il Dipartimento di Prevenzione della Asl di Sassari, al fine di migliorare le proprie attività istituzionali, si è avvalso di strumenti informativi innovativi per l'analisi, la valutazione e la realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano di monitoraggio in oggetto.

L'indagine conoscitiva sui contaminanti ambientali presenti nel SIN (Sito di interesse nazionale di P.Torres istituito con Legge n. 179/2002 e successivamente esteso alla discarica di Calancoi con D. M. 3 agosto 2005), ha comportato l'utilizzo di una piattaforma multistrato GIS, al fine di consentire valutazioni territoriali e strutturali, per l'individuazione di un campione di aziende situate nelle aree circostanti i siti e potenzialmente esposte a rischio di contaminazione.

Il GIS, in questo contesto, è stato uno strumento appropriato che ha permesso la contestualizzazione di elementi multidisciplinari presenti nell'ambito oggetto di studio (orografia del territorio, altimetria, idrografia) permettendo l'analisi e la scelta del target da parte degli Operatori Sanitari. Si tratta, infatti, di un sistema informativo computerizzato che permette l'acquisizione, la registrazione, la visualizzazione e la restituzione di informazioni derivanti da dati geografici. A ciascun elemento è associato un record del database che contiene tutti gli attributi dell'oggetto rappresentato. **MATERIALI E METODI:** E' stata predisposta con tecnologia GIS una cartografia vettoriale per consentire lo studio del territorio attorno al centroide geografico del SIN. La sovrapposizione delle curve di livello con la visualizzazione del drenaggio idro-geologico e con il posizionamento geografico delle aziende, ha consentito, in prima battuta, l'estrapolazione di 78 allevamenti ovi-caprini e avicoli all'interno di un buffer di 5km. La successiva implementazione di un database con dati relativi alla densità della popolazione animale, alla tipologia di allevamento e all'approvvigionamento alimentare di tutte le aziende presenti nelle aree di indagine, ha permesso la definitiva cernita, anche su indicazione del Ministero della Salute, di n°60 allevamenti ovi-caprini, con comune fattore di rischio rappresentato dall'alimentazione con produzioni foraggere aziendali e pascolo brado, rispettivamente n°30 per il sito di Calancoi e n°30 per il sito di P.Torres. Il Piano ha previsto quale matrice di elezione il latte di massa degli allevamenti target al fine di verificare l'eventuale migrazione di contaminanti nella catena alimentare. Su tutti è stato effettuato un campionamento, suddiviso in tre aliquote per la ricerca di inquinanti ambientali quali metalli pesanti (As, Be, Cd, Cr, Hg, Ni, Pb, Tl), Diossine e PCB diossina simili, PCB non diossina



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

simili (laboratorio I.Z.S Sassari), Pentaclorofenolo (laboratorio I.Z.S.Umbria e Marche), Nonilfenolo (I.S.S.). I dati raccolti sono stati successivamente inseriti all'interno del sistema S.I.N.V.S.A., applicativo del Portale Ministeriale del Sistema Informativo Veterinario, e restituiti su base cartografica e digitale. **RISULTATI:** La realizzazione delle mappe tematiche ha consentito di differenziare il Target dei due siti, Porto Torres, (comprendente l'area industriale di P.Torres e il polo petrolchimico, con una estensione di oltre 1.800 ha) e Calancoi (discarica dismessa situata a Est della città di Sassari), sulla base di un'analisi che ha tenuto conto della tipologia del sito e dei fattori di rischio connessi, delle loro caratteristiche idrogeologiche, che hanno determinato la scelta delle aziende target. In particolare, il sito di Calancoi rappresenta una discarica dismessa con possibili ripercussioni di inquinamento verso il bacino idrografico presente, in quanto ricadente su un promontorio di circa 400 mt. s.l.m. Questo ha permesso di indirizzare prioritariamente la scelta delle aziende situate in prossimità dei corsi d'acqua. Diversa è stata la scelta degli allevamenti del sito di P.Torres, in cui solamente un'azienda ovicaprina ricadeva all'interno del perimetro del SIN. Si è ritenuto, quindi, estendere l'area di studio, all'interno di un buffer di 5 km dal centroide individuato nell'area industriale, in direzione sud, estendo l'area in direzione nord-ovest fino allo stagno di Pilo. **CONCLUSIONI:** Un approfondimento analitico sulla migrazione delle sostanze inquinanti nella catena alimentare, oltre a fornire uno strumento per la valutazione del rischio sanitario, allo scopo di garantire un elevato livello di protezione della salute, rappresenta un supporto alle Autorità competenti in materia ambientale e può scongiurare l'adozione di interventi non dettati da un reale rischio per la salute pubblica, ma che comportano un indubbio riflesso economico sulle produzioni agro-alimentari.

L'utilizzo del GIS ha permesso di essere un importante, innovativo e affidabile strumento informativo che consente al Dipartimento di Prevenzione di operare in maniera efficace nel campo dell'epidemiologia ambientale, medica e veterinaria, utilizzando mappe tematiche collegate a database presenti nei software a disposizione degli operatori di sanità.

Il GIS consente, inoltre, di mettere in relazione tra loro dati diversi, sulla base del loro comune riferimento geografico, al fine di creare nuove informazioni a partire dai dati esistenti ed offrire ampie possibilità di interazione con il servizio utilizzatore.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 439

ATTUALI RISCHI PER L'EPATITE A IN ITALIA E INDICAZIONI PER LA PREVENZIONE

V. Dugo 1; L. Zaratti 2; V. Mita 2; E. Franco 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma Tor Vergata

2 Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata

INTRODUZIONE: L'epatite A è una malattia virale acuta con un decorso generalmente autolimitante benigno, che però può assumere maggiore severità clinica con forme a decorso protratto e fulminanti soprattutto quando insorge in soggetti adulti. In Italia, negli ultimi decenni, i profondi cambiamenti dovuti al miglioramento delle condizioni igieniche, si sono tradotti in una riduzione dell'incidenza e della diffusione delle epidemie e in uno shift epidemiologico dall'età infantile, quando l'infezione è per lo più asintomatica, all'età adolescenziale ed adulta, quando l'infezione si manifesta clinicamente talora con gravi conseguenze. Nell'attuale scenario epidemiologico, l'epatite A continua a rappresentare un problema di sanità pubblica per l'impatto economico e sociale delle epidemie che periodicamente si verificano in diverse aree geografiche. Il nuovo trend epidemiologico dell'epatite A nel nostro paese viene dai dati SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta) che hanno rivelato come i fattori di rischio più importanti nella diffusione epidemica dell'epatite A siano i comportamenti a rischio, i viaggi in aree a media e alta endemia e i fattori alimentari

(<http://www.iss.it/seieva/index.php?lang=1&anno=2014&tipo=4>). Nel 2002 è stato redatto dall'Istituto superiore di sanità un documento d'indirizzo sull'uso del vaccino anti epatite A in Italia che fornisce indicazioni circa l'utilizzo di tale vaccino in corso di epidemie e nelle categorie a rischio (http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_vaccino_epatiteA.pdf). Lo scopo del nostro lavoro è stato lo studio della letteratura mirato a confermare quanto già noto in merito alle indicazioni per la prevenzione e a mettere in luce eventuali novità aggiornando il documento di indirizzo.

MATERIALI E METODI: Sono stati ricercati, letti e valutati i dati aggiornati riportati dal SEIEVA relativi all'incidenza e ai fattori di rischio dell'epatite A in Italia, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (PNPV 2012-2014), i report dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) riguardo le attuali epidemie in corso in Europa ed è stata effettuata una ricerca su PubMed degli articoli (2003-2014) inerenti categorie a maggior rischio di infezione. **RISULTATI:** In Italia il principale gruppo a rischio rimane quello dei viaggiatori che rappresentavano 30% dei casi nel 1992-1994 e il 52% nel 2008-2010 (Rapporti ISTISAN 12/4). Particolare attenzione va riservata a coloro che da aree a bassa endemia si recano in Paesi in via di sviluppo dove nonostante si sta assistendo ad uno spostamento nell'età dell'infezione primaria il virus continua ad essere presente nell'ambiente.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Nel gruppo dei viaggiatori rientrano anche i bambini da 0 a 6 anni figli di immigrati che ritornano nel paese d'origine per i quali la vaccinazione viene offerta gratuitamente, come riporta il PNPV 2012-2014.

Negli ultimi anni si è verificato un aumento di casi di infezione da epatite A negli omosessuali maschi dal 1,7% nel 1992-1994 al 30% nel 2008-2010 e anche il PNPV 2012-2014 sottolinea come la vaccinazione deve essere offerta a tali categorie (Rapporti ISTISAN 12/4).

Per quanto riguarda il rischio di contrarre l'infezione tramite gli alimenti le ultime evidenze mostrano una stretta correlazione tra malattia e consumo di frutti di bosco congelati che ha determinato un numero di casi di epatite A nell'ultimo anno superiore a quello rilevato nei due anni precedenti (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/epatite/aggiornamenti.asp>). Queste grandi epidemie sono correlate all'utilizzo di acqua contaminata nel trattamento di prodotti vegetali e il personale addetto alla catena alimentare continua a non rimanere target di vaccinazione.

Per le altre categorie a rischio è in corso la revisione della letteratura per aggiornare le indicazioni alla vaccinazione. **CONCLUSIONI:** La profilassi attiva dei gruppi a rischio, strategia in atto in Italia, rappresenta dal punto di vista della sanità pubblica un valido strumento di prevenzione della malattia, avendo a disposizione un vaccino efficace immunogeno e sicuro che conferisce una protezione a lungo termine. La prevenzione dell'epatite A con il cambiamento delle abitudini alimentari, il consumo di cibi esotici e di importazione, la crescente mobilità della popolazione insieme alla più diffusa suscettibilità anche tra gli adulti non può basarsi esclusivamente su programmi di controllo ambientale o alimentare, ma vede nella vaccinazione il mezzo più efficace di protezione. Il concetto di infezione legata ai viaggi non esaurisce le molte occasioni di contagio attualmente possibili quindi l'attenzione nei confronti di questa patologia deve rimanere alta, anche alla luce della crescente suscettibilità della popolazione generale nei confronti dell'infezione come evidenziato dai focolai epidemici verificatisi nell'ultimo anno.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 088

ASPETTI GIURIDICI E DI SANITÀ PUBBLICA IN SEGUITO ALLA PRESENZA DI E. COLI IN GERMOGLI DI SOIA: IMPLICAZIONI PRATICHE

C. Lanzilotti 1; V. Marcotrigiano 1; V. Baù 2; R. De Noni 1; S. Cinquetti 3

1. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

2. Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Ferrara

3. Direzione Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

INTRODUZIONE: I focolai infettivi di *Escherichia coli* produttori di tossine Shiga, insorti nell'Unione europea (UE) nel maggio 2011, inizialmente verificatisi in Germania e successivamente sviluppatisi in Francia, hanno coinvolto gli Stati membri e comportato a livello europeo un'evoluzione legislativa con ripercussioni in materia di Sanità Pubblica e di sicurezza alimentare. **MATERIALI E METODI:** E' stata eseguita una ricerca sistematica, integrata con aspetti pratici sul campo, delle evidenze scientifiche e delle normative emanate dal 2011 inerenti la tematica in esame ed, in particolare, in materia di produzione e commercio di germogli, identificati come matrice alimentare avente più probabile origine del fenomeno. Per germogli si intendono i prodotti ottenuti dalla germinazione del seme e dalla sua crescita in acqua o in altro mezzo di coltura, raccolti prima dello sviluppo di foglie vere e proprie e destinati ad essere consumati integralmente, incluso il seme. **RISULTATI:** L'Autorità europea per la Sicurezza Alimentare – EFSA – ha organizzato una task-force che ha coinvolto membri della Commissione europea, lo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Food and Agriculture Organization (FAO), per coordinare trasversalmente le indagini volte ad individuare l'origine dei semi germogliati contaminati nell'UE.

L'OMS ha fornito supporto alla coordinazione di informazioni, collaborando attraverso l'International Health Regulations and the International Food Safety Authorities Network (INFOSAN) ed operando in maniera sinergica con le Autorità Sanitarie nazionali. L'Organizzazione ha inoltre attuato una strategia globale per ridurre la gravità dei casi di malattie trasmesse da alimenti, applicata in tutti i Paesi membri, anche con lo sviluppo delle "Five keys to safer food message".

Il legislatore europeo ha di conseguenza emanato i Regg. (CE) n. 208, 209, 210 e 211 del 2013 in materia di: prescrizioni riguardanti la rintracciabilità per i germogli e i semi destinati alla produzione di germogli; criteri microbiologici applicabili anche ai germogli; riconoscimento degli stabilimenti di produzione dei germogli; prescrizioni in tema di certificazione per l'importazione nell'UE di germogli e semi destinati alla produzione di germogli. I sopra citati Regolamenti - adottati in data 11/03/2013 ed applicabili a far data 01/07/2013 ad eccezione del Reg. (CE) n. 211/2013 in quanto entrato in vigore in data 01/04/2013 - prevedono, tra l'altro, il riconoscimento



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

degli stabilimenti che producono germogli e che, dunque, non sia sufficiente la notifica finalizzata alla registrazione prevista dal Reg. (CE) n. 852/04 sull'igiene dei prodotti alimentari.

Nella Regione del Veneto, l'attuale Piano Regionale Integrato dei Controlli – PRIC – prevede che i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione delle Aziende Sanitarie Locali effettuino annualmente un totale di 99 campioni di germogli per la ricerca di *Salmonella* spp. e di *Escherichia coli* STEC.

CONCLUSIONI: L'incertezza iniziale sia di EFSA che di ECDC circa la causa dell'epidemia, portò a raccomandare di evitare il consumo di cetrioli, pomodori ed insalata. Solo successivamente EFSA, emanando uno specifico report, dichiarava che i germogli fossero il probabile alimento incriminato. Tramite il Rapid Alert System for Food and Feed è stato garantito il rapido scambio di informazioni in modo che le Autorità Sanitarie potessero attuare nell'immediato, anche a livello locale, le azioni a garanzia della tutela del consumatore, quali il ritiro dal commercio della specifica matrice alimentare. Si è trattato di un evento improvviso, di rilevanza internazionale, gestito trasversalmente da più Enti ed organizzazioni e che ha coinvolto diverse professionalità nonché molteplici stakeholder; il coordinamento delle attività a livello centrale ha permesso di raggiungere l'obiettivo primario di individuazione della potenziale fonte di pericolo nonché l'attuazione di interventi di prevenzione, anche tramite l'emanazione di specifici Regolamenti comunitari, per evitare il ripetersi di simili situazioni emergenziali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 093

LA TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI DEL COMPARTO RISTORAZIONE: STRATEGIE PER LA PREVENZIONE E COMPARAZIONE DI DATI DI LETTERATURA INTERNAZIONALE

V. Marcotriggiano 1; G. Finotto 2; R. De Noni 1; G. Moro 3; S. Cinquetti 4

1. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

2. Ca' Foscari Challenge School, Università Ca' Foscari Venezia

3. Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione Veneto

4. Direzione Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

INTRODUZIONE: Il bilancio infortunistico pubblicato dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) nel 2013 e relativo all'anno 2011, permette di trarre numerosi elementi di riflessione: in linea assoluta diminuiscono le morti e gli infortuni sul lavoro, confermando il trend degli ultimi anni; tuttavia il dato va opportunamente integrato con l'effettivo numero di ore lavorate, anche in considerazione dei pesanti riflessi sul piano produttivo che ha portato l'attuale crisi economica.

Il rapporto annuale elaborato da INAIL evidenzia come sia significativa la presenza di infortuni occorsi nel settore degli alberghi e ristoranti dove l'indice di frequenza per inabilità temporanea sia pari a 26,99, per inabilità permanente 1,25, per morte 0,02, per un indice di frequenza totale di 112,32. Riguardo alla sola industria alimentare gli indici appaiono pressoché sovrapponibili.

L'obiettivo in disamina è la tutela dei prestatori di lavoro del comparto ristorazione, trattandosi tra l'altro di un tema attuale avente inevitabili risvolti in materia di Sanità Pubblica. **MATERIALI E**

METODI: Nell'Unione europea quasi 8 milioni di soggetti prestano attività professionale nel campo della ristorazione in cui, come ribadito dall'European Agency for Safety and Health at Work, è richiesto un grande sforzo mentale e fisico e sono presenti evidenti fattori critici tra cui, ad esempio, attività lavorativa svolta su più turni giornalieri e nei giorni festivi, presenza di scale, carichi pesanti, utilizzo di lame e coltelli, pavimentazione scivolose, acqua ed oli bollenti. Le Restaurant Safety Guidelines proposte dall'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) confermano che i lavoratori del comparto ristorazione operano in condizioni che espongono a numerosi rischi di infortunio. Congiuntamente, gli atti del Work Health and Safety Act 2011 asseriscono la necessità di una struttura di base di consistenza nazionale per assicurare la sicurezza dei lavoratori e dei luoghi di lavoro attraverso la promozione dell'informazione, della formazione e dell'addestramento in relazione ai rischi specifici. Sono state analizzate le metodologie proposte dalle succitate Organizzazioni internazionali. **RISULTATI:** Dati di letteratura biomedica pongono l'attenzione sulla preminente causa di infortuni tra i lavoratori nell'ambito della ristorazione, ossia sulle cadute su pavimento dello stesso livello e scivolamenti. A tal proposito, alcuni studi ribadiscono che la scelta della pavimentazione adeguata a prevenire il



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

rischio da scivolamenti e cadute assume un ruolo decisivo correlato alla prevenzione dai rischi specifici. Altri studi recentemente condotti negli USA hanno previsto l'analisi triennale di cinque differenti compagnie di hotel, tramite un metodo proposto da OSHA, per valutare i rischi di infortunio ed evidenziare l'eventuale sussistenza di correlazione con le caratteristiche demografiche dei lavoratori; a tal proposito, lo studio evidenzia la differenza di numerosità di infortuni a seconda di caratteristiche basate su sesso ed etnia dei lavoratori. L'analisi dei casi permette di individuare gli specifici rischi connessi al comparto ristorazione; quelli maggiormente rappresentativi sono dati da cadute e scivolamenti; da esposizione a rischio elettrico e meccanico; da esposizione ad agenti pericolosi o sostanze xenobiotiche di natura chimica, fisica e biologica; da esposizione a rischi trasversali da organizzazione del lavoro e da rischio collegato alla movimentazione manuale di carichi. **CONCLUSIONI:** La valutazione del rischio insiste nell'attività più ampia dell'analisi del rischio, che si articola in tre processi principali: la valutazione, la gestione e la comunicazione del rischio. Si tratta di un'attività diversificata, complessa e multifattoriale che tiene conto sia delle tipologie di messaggi e informazioni da diffondere, sia dei diversi soggetti che la comunicazione deve raggiungere. Esercitare oggi un'azione preventiva per la salute dell'ambiente, degli animali, degli alimenti e dell'uomo, significa quindi mantenere sotto costante, accurato ed intelligente monitoraggio sistemi socio-economici molto complessi ed interattivi. L'applicazione della legislazione a livello di impresa sembra, dunque, costituire talvolta un problema significativo. A tal proposito, OSHA asserisce che azioni di successo per la prevenzione dei rischi si realizzano con una buona identificazione e valutazione dei rischi e con il coinvolgimento dei lavoratori per assicurare che tutte le problematiche occupazionali vengano adeguatamente individuate ed affrontate con il supporto necessario ad un'attuazione di successo delle misure di prevenzione. Per assicurare il successo di questi progetti, devono essere coinvolti tutti gli stakeholder e deve essere garantita l'acquisizione di conoscenze, competenze ed abilità attraverso azioni che possano accrescere l'obiettivo di sicurezza generale e specifica del settore della ristorazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 039

OLII ESSENZIALI DI CANNELLA: UNA POSSIBILE STRATEGIA PER CONTRASTARE LA FORMAZIONE DI BIOFILM IN CAMPO ALIMENTARE

P. Messi 1, C. Condò 1, I. Anacarso 1, C. Sabia 1, S. de Niederhäusern 1, R. Iseppi 1, L. Forti 1, M. Bondi 1

1 Dipartimento di Scienze della Vita, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

INTRODUZIONE: Nonostante i miglioramenti registrati nel campo delle tecniche di produzione degli alimenti, la sicurezza alimentare rappresenta ancora oggi un importante motivo di preoccupazione per la salute pubblica. Ogni anno circa il 30% della popolazione dei Paesi industrializzati è affetto da patologie di origine alimentare e milioni di persone muoiono per malattie diarroiche nel mondo. Tra queste oltre 2 milioni sono neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni e tra le più comuni cause di diarrea infantile nei paesi in via di sviluppo sono da annoverare le infezioni dovute a *Escherichia coli* dotati di componenti di patogenicità. E' dunque particolarmente attuale la necessità di approfondire o sviluppare nuovi metodi per ridurre ed eliminare i microrganismi patogeni, in particolare quelli in grado di formare biofilm, sia in alimenti sia in strutture impiegate per la loro produzione. Sin dai tempi antichi è riconosciuto l'effetto antimicrobico degli olii essenziali, tra i quali quello di cannella, già rinomata per le sue eccellenti proprietà antinfiammatorie, antiossidanti, antitumorali e antibatteriche. Nel presente studio è stata valutata l'attività degli olii essenziali estratti dalla cannella mediante distillazione acquosa sia sulla formazione di biofilm, sia su cellule planctoniche di *E. coli*, batterio utilizzato come modello poiché, nell'ambito della specie sono presenti dei ceppi dotati di fattori di virulenza e associati a ben definite patologie intestinali, che soddisfano molti dei criteri proposti per le infezioni biofilm-associate. **MATERIALI E METODI:** Estrazione degli olii essenziali dalla cannella. Gli olii essenziali sono stati estratti mediante distillazione a partire da 30 gr di cannella e la soluzione ottenuta filtrata e concentrata con un evaporatore rotante. Ad evaporazione ultimata, gli olii sono stati pesati, sottoposti ad analisi GC/MS per l'identificazione dei componenti e conservati a 4°C. **Valutazione dell'attività antibatterica della cannella sulle cellule planctoniche di *E. coli*:** L'attività antibatterica degli olii essenziali estratti è stata valutata mediante agar well diffusion method. Precisamente sono state preparate soluzioni in etanolo al 20% a diverse concentrazioni (100 mg/ml, 50 mg/ml, 25 mg/ml, 12 mg/ml, 6 mg/ml) e 100 µl di ciascuna sono stati testati nei confronti di *E. coli* ATCC 8739. Una soluzione di etanolo al 20% è stata impiegata come controllo. **Valutazione dell'attività della cannella sulla formazione di biofilm:** da test preliminari, *E. coli* ATCC 8739 usato come modello si è dimostrato un ottimo produttore di biofilm dopo 10 giorni di incubazione; pertanto la valutazione dell'attività degli olii essenziali estratti dalla cannella sulla produzione di biofilm è stata eseguita dopo 10 giorni aggiungendo in piastre multipozzetto 96-wells, utilizzate per lo sviluppo del biofilm, 100 µl di una soluzione in etanolo al 20% di olii



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

essenziali di cannella con concentrazione di 50 mg/ml (concentrazione impiegata sulla base dei risultati ottenuti su cellule planctoniche mediante agar well diffusion) La determinazione della formazione di biofilm è stata poi effettuata con lettura della densità ottica a 570 nm, dopo aver eseguito una colorazione con cristal-violetto al 2% per 15 minuti e risolubilizzato il colorante legato alle cellule con 150 µl di etanolo al 95% per pozzetto. **RISULTATI:** Estrazione degli olii essenziali dalla cannella: a partire da 30 gr di cannella sono stati ottenuti circa 400 mg di olii essenziali con una resa del 1,3%. Dall'analisi GC/MS risulta che il prodotto analizzato è composto da aldeide cinnamica (corrispondente al picco più rilevante del cromatogramma), rinomato per essere il componente principale dell'essenza di cannella, e da altri composti minori (i cui picchi si sono dimostrati poco rilevanti). Figura 1.

Valutazione dell'attività antibatterica della cannella su cellule planctoniche di *E. coli*: dai risultati dell'agar well diffusion è emerso che gli olii essenziali estratti dalla cannella presentano una buona attività fino alla concentrazione di 25 mg/ml. Figura 2.

Valutazione dell'attività della cannella sulla formazione di biofilm: un'ottima azione è stata anche esercitata sulla formazione di biofilm: si è ottenuto, infatti, un passaggio da forte produttore a non produttore in presenza degli estratti di cannella. Figura 3. **CONCLUSIONI:** Il biofilm rappresenta una seria problematica nel settore alimentare specie quando questa complessa struttura è sviluppata da microrganismi patogeni quali *E. coli* eterotossigeni e da altri importanti food-borne pathogens (*L. monocytogenes* e *Salmonella* spp.). L'impiego di composti naturali capaci di agire non solo come sostanze antibatteriche, ma anche di interferire con lo sviluppo del biofilm, risulta quindi di grande interesse e gli estratti di cannella potrebbero rappresentare un'importante risorsa naturale anche nel campo della sicurezza alimentare. Nel presente studio gli olii essenziali estratti dalla cannella mediante idro-distillazione hanno dimostrato una buona attività nei confronti del ceppo indicatore *E. coli* ATCC 8739 e un'ottima azione è stata anche esercitata sulla formazione di biofilm prodotto dello stesso microrganismo.

In futuro sarà interessante valutare l'azione degli olii essenziali di cannella, da soli o in combinazione con altri composti naturali (come ad esempio le batteriocine) per determinare un loro possibile effetto sinergico su indicatori patogeni alimentari anche diversi da *E. coli* e sul biofilm costituito da una flora microbica eterogenea, situazione che più verosimilmente si riscontrerà nella pratica di tutti i giorni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 513

RISCHIO ALIMENTARE IN GRAVIDANZA: QUANTO NE SANNO LE DONNE?

A. Verzuri 4, A. Serafini², N. Nante¹⁻²⁻³, F. Petraglia³, G. Messina¹⁻²

1 Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

3 Azienda Ospedaliera Universitaria "Le Scotte", Siena

4. Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

INTRODUZIONE: Durante la gravidanza si sviluppa nelle donne una maggiore attenzione e preoccupazione per i possibili rischi derivati dall'alimentazione. Solitamente le donne attingono informazioni riguardo a questo argomento da internet, per la sua accessibilità, da libri e riviste, considerati fonti affidabili, e da personale sanitario, percepito come una fonte di informazione personalizzata. Gli obiettivi di questo studio sono: 1) Valutare la percezione e la conoscenza delle donne in gravidanza riguardo al rischio alimentare in gravidanza; 2) stabilire le fonti più consultate dalle donne riguardo a questo argomento. **MATERIALI E METODI:** I dati sono stati raccolti mediante un questionario anonimo, usato precedentemente in un altro studio Italiano, consegnato a tutte le donne ricoverate in attesa di partorire presso l'Azienda Ospedaliera "Le Scotte" di Siena da Settembre 2013 a Febbraio 2014. Sono stati consegnati un totale di 260 questionari. Per standardizzare l'inserimento dei dati ed evitare possibili errori i questionari sono stati processati con un dispositivo di lettura ottica. Odds Ratio e test χ^2 sono stati usati nell'analisi dei dati. **RISULTATI:** I questionari riconsegnati sono stati il 57,3%. Più del 90% delle donne si è interessato al rischio alimentare in gravidanza; il 79,5% ha ricevuto informazioni dal ginecologo, e/o almeno il 45% da Internet. Inoltre la parità, la nazionalità e il livello di educazione hanno influito sulla consapevolezza e sulla conoscenza di alcuni aspetti dei rischi alimentari in gravidanza: le donne straniere hanno ricevuto informazioni dal ginecologo in misura minore rispetto alle Italiane (OR 0,32, $p=0,01$); le laureate rispetto alle non laureate hanno una maggior consapevolezza del problema della Listeria (OR 3,86, $p<0,001$); le primipare rispetto alle multipare considerano più pericoloso il toxoplasma ($p=0,004$). **CONCLUSIONI:** Le donne sostengono di avere una buona consapevolezza dei rischi legati all'alimentazione, tuttavia non sempre le loro conoscenze sono risultate corrette. Questa discrepanza può essere dovuta ad un uso sbagliato delle fonti di informazione; infatti, molte di esse come internet o gli amici non sempre sono affidabili. Sarebbe auspicabile una migliore educazione nutrizionale ad opera di personale sanitario addestrato come l'ostetrica, la dietista e il ginecologo, che lavorino insieme per migliorare la conoscenza delle donne riguardo ai rischi alimentari in gravidanza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 258

COMPARTO VINICOLO: PREVENZIONE DEI RISCHI SPECIFICI E TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI

G. Moro 1; C. Lanzilotti 2; V. Marcotriggiano 2; R. De Noni 2; S. Cinquetti 3

1. Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione Veneto

2. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda ULSS7 Pieve di Soligo – Regione Veneto

3. Direzione Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS7 Pieve di Soligo – Regione Veneto

INTRODUZIONE: Il settore vinicolo rappresenta un comparto che, per specifiche peculiarità ed aspetti pratici relativi alla metodologia professionale, espone i lavoratori a rischi specifici che impattano a loro volta su aspetti di Salute Pubblica.

L'andamento degli infortuni elaborato dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro (INAIL) nel 2012 e relativo all'annualità 2011, evidenzia come nell'industria alimentare gli infortuni occorsi rappresentino il 2,15 % degli infortuni totali, mentre quelli del comparto agricoltura il 6,48 %. L'obiettivo specifico prefissato è la tutela della salute del lavoratore tramite l'adeguata identificazione di misure di prevenzione e protezione, anche considerata la consistente presenza di oltre 300 cantine nel territorio di competenza dell'Azienda ULSS 7.

MATERIALI E METODI: E' stata effettuata una puntuale analisi delle fasi che espongono i lavoratori del settore a rischi specifici e sono state raccolte le evidenze presenti in letteratura per l'eliminazione o la riduzione del rischio. **RISULTATI:** Nell'analisi del processo produttivo del vino o bevande alcoliche assimilabili, le fasi da considerare per procedere ad una valutazione del rischio specifico sono rappresentate da: conferimento dell'uva e scarico in tramoggia, pigiatura e diraspatura, pressatura vinacce, vinificazione/fermentazione, imbottigliamento, pallettizzazione e deposito. Tenuto conto della complessità del sistema produttivo, è necessario valutare adeguatamente i rischi legati a transito di veicoli nei piazzali di carico e scarico, a lavorazioni che avvengono in prossimità di organi meccanici in movimento o di aperture nel pavimento, movimentazione manuale dei carichi, posture incongrue, movimenti ripetitivi, esposizione a rumore, spazi confinati e produzione di gas e vapori (CO₂, SO₂, composti organici volatili, azoto, vapori di etanolo, radon), vibrazioni, rischio elettrico, rischio incendio, lavori in quota e discomfort microclimatico.

Dati di letteratura internazionale pongono l'attenzione sulle preminenti cause di infortuni tra i lavoratori del settore che, nell'ambito del comparto vinicolo, sono rappresentate dalle lavorazioni eseguite in ambienti confinati, dalla presenza di concentrazioni elevate di gas utilizzati ai fini tecnologici (es. azoto) che comportano la riduzione della concentrazione di ossigeno, esponendo i lavoratori a rischio di asfissia soprattutto nelle operazioni di lavaggio e controllo dei vasi vinari. A



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

riguardo, risultano utili alcune misure preventive come l'utilizzo di apparecchiature per la verifica della qualità dell'aria; l'utilizzo di autorespiratori o dispositivi a filtro per la protezione delle vie respiratorie; la verifica delle dimensioni adeguate dell'apertura di accesso ai vasi vinari; la presenza di squadre composte da almeno due persone in modo che un collega sia in grado di aiutare l'operatore in caso di necessità; la formazione e l'addestramento per gli interventi di emergenza e di primo soccorso. Riguardo alla valutazione del rischio aeromicrobiologico delle cantine, studi di settore evidenziano come la biocontaminazione ambientale negli specifici ambienti indoor sia spesso quantificabile con notevole rilevanza in termini di carica batterica totale, pertanto un'adeguata areazione potrebbe garantire livelli accettabili di cariche batteriche e fungine potenzialmente presenti.

Infine dati di letteratura biomedica evidenziano come i lavoratori del settore vinicolo possano manifestare nel tempo problematiche a carico del sistema muscolo-scheletrico, nonché allergie e sensibilizzazioni a diverse sostanze xenobiotiche. Studi eseguiti dalla Canadian Vintners Association sottolineano come i produttori e gli assaggiatori di vino manifestino nel tempo "significative erosioni dentali e sensibilizzazioni dovute alla natura acida del vino che assaporano con frequenza rilevante".

CONCLUSIONI: Dall'entrata in vigore del D. Lgs. 81/08 è considerevolmente aumentata nel nostro Paese l'attenzione dei lavoratori e dei datori di lavoro agli aspetti di sicurezza in generale; tuttavia l'introduzione di una normativa specifica non pare abbia ancora trovato concreta applicazione, specialmente nelle piccole aziende dove i costi legati al sistema prevenzionistico spesso non vengono interpretati come investimento, bensì come una tra le tante voci di spesa che gravano sul bilancio di un'azienda del settore alimentare. Rimane evidente come gli aspetti legati alla tutela dei prestatori di lavoro siano correlati, nel complesso del management della valutazione dei rischi, anche alla sicurezza del prodotto finito; di conseguenza, un'attenta analisi relativa ai prerequisiti d'esercizio ed ai punti critici di controllo previsti dalle normative del settore alimentare, comporta anche un miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 594

VALUTAZIONE DEI RISCHI NELLE LAVORAZIONI DI ALLESTIMENTO DEI PRODOTTI DOLCIARI SOTTOPOSTI AI PROCESSI DI REFRIGERAZIONE

J. Mosca 1

1 Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli

INTRODUZIONE: L'obiettivo di questo lavoro è di individuare e valutare i rischi connessi alle lavorazioni di allestimento dei prodotti alimentari sottoposti ai processi di refrigerazione, in particolare il gelato.

Il lavoro si è svolto da ottobre 2010 a febbraio 2012 in una nota azienda leader del settore con diversi impianti produttivi in tutto il mondo, sito in Campania.

Infatti l'evoluzione continua della normativa in materia ambientale, salute e sicurezza è sicuramente indice di una maggiore attenzione che vuol porre in relazione l'attività industriale e i rischi a essa connessi, con l'interesse sempre maggiore di mitigare o, ancora meglio, prevenire gli effetti indesiderati conseguenti ad eventuali rischi presenti.

La refrigerazione è un'applicazione della termodinamica classica, ed il ciclo di Carnot per la refrigerazione è un ciclo reversibile che consiste in una zona di compressione adiabatica, una zona di espansione adiabatica ed infine la zona di addizione isoterma del calore.

Il ciclo di Carnot è un ciclo ideale non realizzabile praticamente, ma fornisce un valido termine di paragone, oltre che una guida sulle temperature che devono essere mantenute per avere la massima efficienza.

Nell'industria si presenta la necessità di dover abbassare la temperatura di determinate fasi di un processo o di un oggetto e, se le temperature da raggiungere non sono troppo basse, si adoperano i liquidi freddi disponibili, primo fra tutti l'acqua, mentre per quelle più basse si usano le macchine frigorifere, che utilizzano procedimenti simili, evaporazione e condensazione, per scambiare calore, e si differenziano tra loro solo per il modo in cui è realizzata la compressione del gas.

Il sistema più utilizzato per le applicazioni industriali è quello del ciclo a compressione, che utilizza energia meccanica.

I due principali sistemi ad assorbimento sono costituiti da soluzioni acquose di bromuro di litio ed ammoniaca; il primo sistema ha dei limiti per quanto concerne le temperature ottenibili, poiché in questa miscela è l'acqua che funge da refrigerante, mentre nel sistema ammoniaca-acqua la prima viene utilizzata come refrigerante e può quindi facilmente raggiungere temperature più basse.

MATERIALI E METODI: La prima fase si è svolta prendendo i contatti con i referenti aziendali.

Inoltre durante questa fase ho effettuato diversi sopralluoghi atti ad individuare i rischi lavorativi presenti e, in particolare, i rischi per la sicurezza e la salute connessi alla refrigerazione.

Durante la fase d'individuazione, sono stati intervistati anche i lavoratori allo scopo di comprendere nel dettaglio quali fossero le loro specifiche attività e modalità di esecuzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

In questa fase iniziale ho acquisito anche le procedure e le disposizioni in materia di salute e sicurezza dei lavoratori per capire se determinati comportamenti fossero dovuti ad una specifica valutazione e formazione, oppure al semplice buonsenso del lavoratore.

Nella fase di individuazione dei rischi lavorativi, ho richiesto e successivamente ottenuto informazioni sui cosiddetti “near miss”, per poter intervenire su eventuali criticità presenti nonostante la valutazione dei rischi.

Dopodiché sono passata alla fase successiva, ovvero la valutazione dei rischi lavorativi, approfondendo quelli legati alla refrigerazione, sia per quanto riguarda il rischio legato alle condizioni microclimatiche, poiché i lavoratori sono esposti a temperature basse operando essi in un ambiente con “clima severo”, sia per quanto attiene ai rischi connessi all’uso di ammoniaca, che caratterizza la sussistenza di un potenziale rischio chimico. Per questo tipo di rischio, per consentire il monitoraggio in continuo, sono installate specifiche attrezzature, i cosiddetti nasi, che effettuano un monitoraggio ambientale continuo: al raggiungimento di predefiniti valori limite, mediante un segnale acustico, il sistema indica una situazione d’allarme, con obbligo di evacuazione della zona interessata per ridurre l’esposizione e per far intervenire i manutentori. La valutazione è stata resa complessa a causa della molteplicità delle lavorazioni presenti e delle differenti mansioni espletate. A questo si aggiunge la costante presenza nelle aree di lavoro di tante altre aziende che si occupano di pulizia, edilizia, manutenzione, facchinaggio e altre funzioni, le quali operano contemporaneamente sovrapponendo tempi, percorsi e spazi lavorativi con conseguenti interferenze nella determinazione dei rischi e nell’interazione tra essi. Durante questo lavoro, si è potuto notare che sarebbe quindi opportuno, già in fase di progettazione, concepire una sala macchine che contenga le apparecchiature per il ciclo di refrigerazione, ed un luogo separato dove collocare i quadri di controllo dell’impianto stesso. Lo stesso locale macchine può a sua volta contenere delle cabine insonorizzate dove ubicare il/i compressore/i e le altre apparecchiature.

Nel locale di installazione deve essere garantita un’adeguata ventilazione per evitare la formazione di miscele esplosive ed il relativo innesco; è quindi opportuno dotare la sala macchine di estrattori d’aria, anch’essi realizzati in materiale antiscintilla con motore antideflagrante azionato da un circuito indipendente che ne garantisca il funzionamento anche in caso di blocco dell’impianto ed in presenza del gas tossico stesso.

Gli estrattori, che in condizioni normali di esercizio funzionano a bassa portata, in caso di incidente saranno comandati dai rilevatori di ammoniaca, collocati a diverse distanze e tarati per percepire diverse concentrazioni di gas.

I rilevatori possono essere tarati sia per le concentrazioni tossiche sia per quelle esplosive, e i primi possono comandare anche l’apertura e la chiusura della porta della sala macchine, per isolarla in caso di incidente fino al momento in cui tutta l’aria presente non sarà stata lavata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'aria che si aspira può essere convogliata in un'apposita vasca di abbattimento dell'ammoniaca contenente acqua, su cui si possono eseguire controlli del pH per valutare il rilascio e la sua cessazione.

Nel locale dove sono posti i quadri di controllo devono essere installate una doccia, una doccia lava occhi ed eventuali dispositivi medici specifici per il contatto/inalazione di ammoniaca, oltre che i rilevatori e un estraattore che garantisca il ricambio dell'aria.

Altri rilevatori possono essere collocati in diversi punti dell'impianto, al fine di permettere una rapida localizzazione della perdita oltre che ridurre notevolmente i tempi necessari per dare l'allarme ed attuare i piani di emergenza.

Notevole importanza in un impianto del genere rivestono le apparecchiature a pressione, la cui scelta ed utilizzo sono vincolate dalle norme UNI 8011/5.3 contenute nel D.L. n°93, 25/02/00 e che prevedono la preassemblazione ed il collaudo da parte della ditta realizzatrice, per verificare la tenuta della pressione di bollo minima/ massima dichiarata; anche i controlli di temperatura e pressione sono vincolati dal punto 5.6 delle norme UNI8011. **RISULTATI:** La disposizione delle misure preventive e cautelative, oltre che di quelle eventualmente mitigative, emerge da una valutazione approfondita di molti elementi, tra cui le condizioni atmosferiche al momento del rilascio di un gas tossico e le condizioni operative dell'impianto; grande importanza, oltre all'esperienza dell'analista stesso, ricopre l'analisi degli incidenti storici, attraverso cui è possibile avanzare delle ipotesi calzanti per l'impianto esaminato.

L'attività svolta in un impianto di refrigerazione riguarda sostanzialmente lo stoccaggio e l'utilizzo in un ciclo chiuso di ammoniaca, quindi la sua pericolosità intrinseca è legata alla tossicità e all'infiammabilità della stessa, oltre ovviamente alla nocività rispetto all'ambiente circostante il rilascio, nel caso ad esempio, di contaminazione di corsi d'acqua.

Attraverso l'analisi storica degli incidenti verificatisi nello stesso impianto o in impianti analoghi è possibile valutare se le condizioni di rischio si ripresentano nell'impianto in esame e se le misure preventive e mitigative adottate siano consone e sufficienti.

Un rilascio accidentale di ammoniaca in atmosfera può avere conseguenze molto gravi per la salute pubblica e per la salute ambientale; analizzando i principali incidenti avvenuti recentemente, si evince che il maggior numero di incidenti si verifica per anomalie di funzionamento delle apparecchiature.

Nell'azienda oggetto di studio in base all'analisi storica degli incidenti sono state stilate delle procedure in caso di infortunio, incidente e near miss; in modo da poter oltre ridurre il rischio ma soprattutto ridurre possibili infortuni ed incidenti sul luogo di lavoro. **CONCLUSIONI:** Un impianto di refrigerazione ad ammoniaca non costituisce innovazione tecnologica in virtù della diffusione di questa tipologia di impianto, ed inoltre il ciclo è da considerarsi chiuso, tranne che nei momenti, comunque poco frequenti, di carico/scarico/reintegro dell'ammoniaca.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La pericolosità dell'ammoniaca è riconducibile agli effetti tossici per la salute umana e l'ambiente e all'ampia scala di miscele esplosive che forma con l'aria.

Il deposito di ammoniaca in grandi quantità, così come il trasporto e l'utilizzo, è regolamentato dal R.D. n° 147/27; esso sancisce che la sostanza deve essere stoccata lontano da altre fasi di lavorazione e da luoghi di passaggio casuale; il deposito deve essere inoltre realizzato per garantire un contenimento, seppur minimo del rilascio e, allo stesso tempo, deve poter garantire lo sfogo di un'ipotetica onda d'urto in caso di esplosione.

Anche in questo caso comunque, l'adeguata formazione, informazione ed addestramento con regolare uso dei DPI del personale addetto ai lavori rispetto alla modalità corretta permette di operare normalmente ed in caso di emergenza rimane un aspetto fondamentale della prevenzione e delle procedure di sicurezza attuabili.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 153

LE NOTIFICHE RASFF RELATIVE ALLA PRESENZA DI VIRUS NEGLI ALIMENTI NEL BIENNIO 2012-2013

V. Rebella 1, S. Colletta 1, A. Baiguini 2

1 Dipartimento di Prevenzione ASUR Area Vasta 3, Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - Civitanova Marche; 2 Dipartimento di Prevenzione ASUR Area Vasta 3, Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche - Civitanova Marche

INTRODUZIONE: L'articolo 50 del Regolamento CE 178/2002 ha istituito il Sistema di Allerta Rapido per gli Alimenti ed i Mangimi (RASFF), che vede protagonisti gli Stati Membri dell'UE, la Commissione e l'Autorità Europea della Sicurezza Alimentare (EFSA).

Il RASFF è uno strumento per lo scambio di informazioni fra Paesi membri, nei casi in cui siano identificati rischi per la salute e sia necessario comunicare e/o attivare misure di sicurezza, come il richiamo, il sequestro o il respingimento del prodotto.

Le notifiche di allerta interessano tutte le tipologie di alimenti, di origine animale e vegetale e comprendono anche i mangimi ed i materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti. Gli Stati Membri raggiunti da una notifica di allerta devono immediatamente intraprendere le necessarie misure a salvaguardia della salute pubblica, degli animali e dell'ambiente.

Il lavoro propone l'analisi osservazionale degli episodi di allerta verificatisi nel biennio 2012-2013, relativi alla presenza di virus negli alimenti. **MATERIALI E METODI:** Tramite il portale RASFF

(<https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/portal>) sono state selezionate le notifiche di allerta relative ai virus nel biennio 2012-2013. I dati sono stati esportati su foglio di calcolo Excel ed analizzati, riportando frequenze e percentuali di distribuzione dei dati. Sono stati quindi posti appositi filtri per valutare il tipo di notifica (allerta, informazione o respingimento al confine), tipo di controllo (controlli ufficiali, controlli e respingimenti al confine, episodi di tossinfezioni), contaminante rintracciato (tipologia di virus) ed alimento in cui è stato rilevato. **RISULTATI:** Nel biennio 2012-2013 si è assistito alla notifica di 60 episodi di allerta alimentare causati da virus: 12 nel 2012 e 48 nel 2013. Sommando i due anni, 42 notifiche sono relative a contaminazione da Norovirus e 18 da Virus dell'epatite A. Di queste notifiche, 31 (52% circa) sono notifiche di allerta in senso stretto, che hanno comportato il ritiro/richiamo dell'alimento, 7 (11% circa) derivano da respingimenti dell'alimento al confine e 22 (36% circa) sono notifiche informative. La maggior parte delle notifiche di allerta derivano da tossinfezioni: delle 31 notifiche di allerta, ben 13 (il 41% circa) derivano da episodi tossinfettivi, con un ben definito rapporto causa-effetto.

Nel 2013 è aumentato il numero di episodi derivanti da virus dell'epatite A: 15 notifiche vs 3 notifiche del 2012. Gli alimenti in cui si è maggiormente riscontrata la presenza di Norovirus sono i molluschi bivalvi, mentre il virus dell'epatite A è stato rilevato nei frutti di bosco surgelati.

CONCLUSIONI: L'analisi osservazionale indica che i virus responsabili delle allerte sono i Norovirus



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ed il virus dell'epatite A, riscontrati prevalentemente in alimenti di origine animale, anche se non mancano diversi casi legati ai vegetali (frutti di bosco). L'origine delle allerte deriva soprattutto da tossinfezioni e controlli ufficiali sul mercato.

Le notifiche dovute al virus dell'epatite A, hanno subito un incremento nel 2013 e l'attenzione si è spostata dagli alimenti di origine animale ai frutti di bosco, a causa di un importante episodio di epidemia di epatite A notificato in Italia nella prima metà dell'anno, che ha coinvolto diversi Paesi europei. Mentre per i Norovirus la contaminazione è distribuita nel tempo, secondo intervalli conosciuti (prevalentemente durante il periodo invernale), gli episodi tossinfettivi per epatite A sono concentrati a partire da maggio 2013, probabilmente per una ricerca più specifica del virus anche in matrici nelle quali prima non era ricercato.

L'elemento di "novità" è stata quindi l'epidemia di epatite A nei frutti di bosco surgelati, dovuta con buona probabilità ad una contaminazione della materia prima durante il ciclo lavorativo. Tale episodio ha portato ad una rivisitazione della scheda italiana per la sorveglianza delle malattie derivanti dai virus dell'epatite (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, SEIEVA) ed ad una specifica campagna informativa del Ministero della Salute.

Anche se non esiste uno specifico flusso informativo dedicato alla sorveglianza delle malattie umane da Norovirus, è importante non sottovalutare anche gli episodi di allerta ad essi dovuti: i Norovirus infatti ad oggi sono i principali agenti di malattia gastroenterica infettiva virale nei paesi sviluppati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 408

EPIDEMIA DI EPATITE A CORRELATA AI FRUTTI DI BOSCO IN VENETO- ANNO 2013

F. Russo 1, M. Longone 2, F. Zanella 1, V. Baldo 2

1. Regione Veneto Venezia;

2. Università Degli Studi di Padova, Padova.

INTRODUZIONE: Il sistema di Sorveglianza integrato delle epatiti SEIEVA integra le informazioni ricavate da questionari epidemiologici con i risultati di laboratorio. Grazie a questo sistema informatizzato è possibile stimare l'incidenza, valutare il contributo di ogni singolo fattore di rischio relativo alle epatiti e avere a disposizione rapidamente sul web i dati epidemiologici che possono essere visionati dalle istituzioni regionali e nazionali in modo da definire misure e programmi di prevenzione. Nel corso dell'anno 2013, il sistema SEIEVA ha permesso di rilevare un aumento di incidenza con andamento epidemico di casi di epatite A in diverse regioni d'Italia, tra cui il Veneto. A questo allarme sono susseguite varie indagini, che hanno evidenziato una correlazione tra il consumo di frutti di bosco e i focolai di epatite A. **MATERIALI E METODI:** In seguito all'evidenza di un aumento dei casi di epatite A segnalato dal sistema SEIEVA, la Regione Veneto si è attivata, con la collaborazione dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica delle varie Aziende Ulss coinvolte, del Servizio Veterinario e dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) per individuare la fonte di contaminazione e confermare l'ipotesi sospetta legata al consumo di frutti di bosco (ipotesi formulata in seguito all'allarme lanciato dai Paesi del Nord Europa dove si era evidenziata una correlazione frutti di bosco/ focolai di epatite A).

I Servizi Igiene e Sanità Pubblica territoriali hanno approntato una scheda ad hoc di indagine alimentare mirata al consumo di alimenti sospettati in alcune occasioni di focolai di epatite: insalate vendute come pronte al consumo (IV gamma); fragole; frutti di bosco; pomodorini secchi. Le Aziende Ulss e le Aziende Ospedaliere del Veneto in cui si sono verificati i casi, hanno prontamente adottato per i contatti dei casi sia misure di profilassi come l'offerta del vaccino antiepatite A, che misure di controllo come l'effettuazione di prelievi per la ricerca sierologica dei markers di epatite A al fine di evidenziare eventuali infezioni recenti. Inoltre sono stati raccolti campioni biologici (feci e sangue) dei casi di epatite A ospedalizzati per una successiva tipizzazione da eseguire presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Le misure di controllo sono state effettuate anche per tutti gli alimenti segnalati dai casi HAV, eseguite da parte del personale SIAN che si è occupato di prelevare i campioni di matrici alimentari sospetti. Successivamente sono stati inviati e analizzati all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLERL), Centro di referenza nazionale dei rischi emergenti in sicurezza alimentare. **RISULTATI:** I risultati del sistema SEIEVA hanno mostrato nel corso del 2013 nella regione Veneto un importante aumento dell'incidenza dei casi di epatite A contando 112 casi totali, con una media di 11casi/mese rispetto ai 3-4casi/mese degli anni



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

precedenti, stimando un incremento di circa il 70% rispetto ai casi attesi già registrabile durante i primi mesi dell'anno 2013. Vedi Fig 1.

Dall'analisi epidemiologica condotta sui casi tramite le schede di segnalazione inserite in SEIEVA, non risultava responsabile nessun fattore di rischio presente nelle schede. È iniziata così un'indagine volta ad individuare i possibili fattori responsabili dei focolai epidemici, l'ipotesi più accreditabile è risultata essere quella di origine alimentare, in quanto i soggetti contagiati abitavano in comuni diversi e non si conoscevano tra loro (tranne in pochissimi casi di contagio interfamiliare), questo escludeva un possibile contagio interumano. CONCLUSIONI: Grazie all'attività di Sorveglianza si è prontamente individuato un andamento epidemico di Epatite A dando un importante contributo all'analisi della situazione epidemiologica sul territorio nazionale e regionale. Ha inoltre reso possibile l'attivazione dell'indagine epidemiologica territoriale che ha coinvolto vari servizi delle Aziende Ulss del Veneto, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLERL) ed infine l'ISS. La collaborazione di questi Enti ha permesso di dimostrare un'associazione tra i frutti di bosco surgelati e i focolai epidemici di epatite A del 2013.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 203

LA SORVEGLIANZA DELL'EPATITE A SUL TERRITORIO DELL'AZIENDA ASL DI FERRARA

N. Valente 1, M. Bergamini 1, M. Franchi 1, R. Pirani 1, M. Cova 2

1. Dipartimento di Scienze Mediche - Sezione di Medicina di Sanità Pubblica, Università di Ferrara

2. Dipartimento Prevenzione e Controllo delle Malattie Trasmissibili, Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

INTRODUZIONE: L'infezione da virus dell'epatite A (HAV), facente parte del genere Heparnavirus della famiglia dei Picornaviridae, è una delle maggiori cause di epatite virale acuta, specialmente nei paesi in via di sviluppo. L'epidemiologia dell'infezione da HAV differisce secondo le aree geografiche; si stima che vi siano 10 milioni di infezioni ogni anno. Si distinguono nel mondo zone ad endemicità alta, intermedia, bassa e molto bassa: l'Italia è tra le zone a endemicità bassa-intermedia.

I tassi d'incidenza hanno mostrato una riduzione dei casi dal 1985, tuttavia negli ultimi decenni si sono riscontrati picchi endemici specialmente nelle regioni del Sud Italia (Puglia e Campania) nel 1996-1997, nel 2004 e nei primi mesi del 2013. **MATERIALI E METODI:** L'epatite A è una malattia soggetta a denuncia; i casi sono segnalati dai medici alle aziende sanitarie locali (ASL), le notifiche vengono poi inviate alle autorità sanitarie regionali (RHAs) e da qui al Ministero della Salute. Nel 1984 è stato inoltre istituito un sistema di sorveglianza sentinella specifico per l'epatite virale acuta (SEIEVA-Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta) che raccoglie i dati forniti dalle ASL, che coprono più del 73% della popolazione italiana.

L'andamento dell'epatite A nella provincia di Ferrara nel 2013 (Gennaio-Agosto) è stato valutato confrontandolo con i dati regionali e nazionali. Inoltre sono stati analizzati i fattori di rischio con cui sono entrati in contatto i pazienti affetti da HAV per trovare un'eventuale collegamento con l'outbreak legato al consumo dei frutti di bosco surgelati, segnalato dall'autorità sanitaria.

RISULTATI: Nel periodo preso in considerazione sono stati segnalati complessivamente 11 casi di malattia (5 a Ferrara e 6 in provincia), che hanno coinvolto sia soggetti italiani (10) che stranieri (1).

I tassi d'incidenza (per 100.000 abitanti) dell'ASL di Ferrara sono risultati essere maggiori rispetto a quelli regionali e nazionali con un tasso di 3,14 contro 2,0 in Emilia Romagna e 1,9 in Italia (tabella 1).

Relativamente al contagio sono state individuate possibili correlazioni con diversi fattori di rischio non mutualmente esclusivi, quali consumo di verdure crude, frutti di mare, pesce crudo, frutti di bosco (in un caso surgelati). L'ipotesi di un contagio legato ad un viaggio è stata posta per 6 casi: in 2 casi il viaggio si è verificato entro i confini nazionali, nei restanti 4 la destinazione è stata all'estero (Marocco, Cina, Olanda).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

È stato rilevato un solo cluster familiare; il caso indice aveva consumato pesce fresco. Per il focolaio è stato eseguito un controllo ufficiale nei vari ristoranti dove è stato consumato pesce crudo e uno dei campioni analizzati ha dato esito favorevole per la presenza del virus dell'Epatite A.

Tutti i pazienti hanno presentato sintomi e in quasi tutti i casi è stato necessario il ricovero ospedaliero. Il decorso della malattia si è concluso favorevolmente con la guarigione senza sviluppo di segni clinici d'insufficienza epatica. **CONCLUSIONI:** Dal Gennaio 2013 è stato rilevato nel Nord Italia un insolito aumento di casi di epatite A rispetto agli anni precedenti, con un picco raggiunto nei mesi di aprile-maggio (le incidenze per anno sono riportate in figura 1). Buona parte dell'aumento dei casi è stata correlata al consumo di frutti di bosco surgelati; in Emilia Romagna il 50% dei casi (34 su 78) ha dichiarato di averli consumati. Nella casistica ferrarese non è stata riscontrata nessuna correlazione con il consumo di frutti di bosco surgelati.

Analizzando i casi di epatite A registrati nella provincia di Ferrara non è stato possibile identificare un fattore di rischio prevalente. Fatta eccezione per un focolaio familiare di tre persone, i pazienti non si conoscevano tra di loro e abitavano in località diverse, portando ad escludere la possibilità di una trasmissione da persona a persona della malattia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 778

LE BIOTOSSINE MARINE NEI MOLLUSCHI EDULI LAMELLIBRANCHI: QUALI RISCHI PER LA SALUTE DEI CONSUMATORI

S. Rubini 1, E. Bolognesi E. 1, Boschetti 2, G. Fedrizzi 1, S. Menotta 1, M. Pompei 3, M. Bergamini 4, S. Barbieri 5, A. Milandri 3

1. Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna; 2. Azienda USL Ferrara – Servizio Veterinario, 3. Fondazione Centro Ricerche Marine – Cesenatico (FC), 4. Sezione di Medicina di Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara, 5. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Ferrara

INTRODUZIONE: Il gruppo delle biotossine marine lipofile comprende diversi gruppi di sostanze biologicamente attive:

- Acido okadaico (OA) e derivati (dinofisitossine - DTXs)
- Pectenotossine (PTXs)
- Yessotossine (YTXs)
- Azaspiracidi (AZAs)

In Italia l'acido okadaico e i suoi derivati dinofisitossina-1 (DTX-1), dinofisitossina-2 (DTX-2) e dinofisitossina-3 (DTX-3) sono i composti maggiormente responsabili della sindrome diarroica, un tempo denominata DSP (Diarrhetic Shellfish Poison). Questi composti lipofili si accumulano soprattutto nella ghiandola digestiva dei molluschi (Yasumoto et al., 1985). Si tratta di composti prodotti da alghe appartenenti ai generi *Dinophysis* e *Prorocentrum* (Yasumoto and Murata, 1993) responsabili della contaminazione di molluschi bivalvi in diverse aree del mondo (Hallegraeff, 2004).

La presenza di queste tossine nei molluschi eduli comporta rischi per la salute umana in quanto il consumo di frutti di mare contaminati da OA, DTXs e AZAs provoca una sintomatologia gastroenterica caratterizzata da diarrea, nausea, vomito e dolori addominali che inizia 3-12 ore dopo l'assunzione di molluschi contaminati (Hallegraeff, 2004, Yasumoto et al., 1978).

L'OA è un potente promotore tumorale che inibisce l'attività delle proteine fosfatasi tipo 1 e 2A (Fujiki and Suganuma, 1993).

L'Unione Europea ha emanato numerosi provvedimenti legislativi atti a tutelare la salute pubblica nei confronti delle biotossine marine.

Il presente lavoro intende illustrare le modalità di controllo e di gestione delle biotossine marine lipofile. **MATERIALI E METODI:** Il Piano di Monitoraggio dei molluschi lamellibranchi o bivalvi viene applicato, in Regione Emilia Romagna, dal 1994. L'UE con l'emanazione delle norme note con il termine "pacchetto igiene", ha affinato un controllo già in essere da vari anni. I campioni destinati all'esame biotossicologico vengono prelevati con frequenza diversa a seconda della specie di mollusco da esaminare, del luogo di allevamento e della concentrazione di biotossine rilevate negli



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

esami precedenti. Dal 1992 al 2011 la ricerca delle biotossine lipofile veniva effettuata con prova biologica su topo (Mouse test). Dal 2012 si è passati definitivamente al metodo chimico: la cromatografia liquida con rivelatore di massa a triplo quadrupolo (LC-MS/MS). Questa evoluzione è stata anche indotta dall'emanazione del Regolamento (CE) 15/2011 che prevede la progressiva riduzione delle prove biologiche per la determinazione delle biotossine lipofile fino alla completa cessazione entro il 31 dicembre 2014. L'analisi chimica viene eseguita estraendo le biotossine con con metanolo. Una frazione dell'estratto è sottoposta direttamente ad analisi LC-MS/MS per la determinazione di OA e DTXs non esterificati, YTXs, PTXs e AZAs, mentre un'altra frazione è sottoposta a processo di idrolisi alcalina prima della determinazione analitica di OA e DTXs totali.

RISULTATI: Dal 1994 al 2012 i casi di positività per tossine lipofile sono stati rilevati esclusivamente nei mitili (*Mytilus edulis*). Nel maggio 2012 sono comparsi i primi risultati positivi nella vongola verace (*Tapes philippinarum*). La concentrazione di biotossine lipofile era ben al di sotto dei limiti di legge, ma l'insolito risultato ha imposto un innalzamento della soglia di attenzione, nonché un aumento della frequenza e della copertura geografica dei campionamenti. Alla fine dell'estate 2012 sono comparsi i primi risultati non conformi nelle vongole veraci, ricomparsi poi tra febbraio e marzo 2013. Nonostante il caso sia ancora oggetto di studio alcune ipotesi sono state fatte. Negli ultimi anni si è assistito alla comparsa in Sacca di Goro di una macroalga esotica, *Gracilaria vermiculophylla*, che ha praticamente sostituito la macroalga autoctona *Ulva lactuca*. Il prelievo di *Gracilaria vermiculophylla* e sedimenti ha consentito di evidenziare la presenza di alte concentrazioni di *Prorocentrum lima*, alga bentonica ed epifita. Nei campioni di acqua di mare prelevati dalla colonna d'acqua P. lima non era presente.

Quando si riscontrano livelli di biotossine marine superiori ai limiti di legge la raccolta dei molluschi viene sospesa con un atto di divieto dell'Autorità Competente. La raccolta potrà essere nuovamente consentita dopo l'esecuzione di 2 esami con esito negativo a distanza di non meno di 48 ore.

Dal momento che la distribuzione delle biotossine non era uniforme all'interno dell'area di prelievo, si è ritenuto necessario rideterminare la stessa. Si sono quindi create due distinte stazioni di campionamento. La suddivisione è stata fatta seguendo la direttrice Nord-Sud in quanto gli esami eseguiti hanno permesso di constatare che il fenomeno di decontaminazione aveva un andamento da Ovest verso Est.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 371

RECENTI CASI DI AVVELENAMENTO FALLOIDEO NELLA REGIONE CALABRIA: LA RACCOLTA AMATORIALE DI FUNGHI QUALE FONTE DI RISCHIO.

E.Marra 1 ; D.Macchioni²

1 Dirigente Medico Veterinario e Micologo Ispettorato Micologico ASP Cosenza

2 Responsabile Ufficio Igiene Alimenti e Bevande e Micologo Regione Calabria

INTRODUZIONE: Focalizzare l'attenzione sulla potenziale pericolosità del consumo di funghi, in un contesto di Sicurezza degli alimenti, continua ad essere tristemente attuale. Sono tre, infatti, gli episodi di avvelenamento falloideo verificatisi in Calabria, con 7 persone coinvolte e un decesso. Causa degli eventi è il consumo di funghi derivante da raccolte amatoriali, non sottoposti a preventivo controllo di commestibilità presso gli Ispettorati Micologici delle ASP. Ciò crea facili presupposti per il verificarsi di episodi di avvelenamento a cui spesso è esposta l'intera famiglia del raccoglitore. **MATERIALI E METODI:** Gli episodi di avvelenamento

Il primo caso, nell'Ottobre 2013, ha coinvolto cinque componenti di un nucleo familiare di Rende (CS), per un pranzo a base di funghi raccolti. La grave sintomatologia gastro-intestinale è insorta a dieci ore dal consumo, con ricorso alle cure ospedaliere nella mattinata successiva. La consulenza del Micologo dell'ASP orientava i medici verso un caso di avvelenamento falloideo. La conferma si otteneva dall'esame macroscopico dei residui della pulitura dei funghi e di funghi congelati rinvenuti presso l'abitazione, nonché dalle indagini microscopiche sui reperti, con rinvenimento di spore di *Amanita phalloides*. Il danno epatico significativo, imponeva il ricovero di tre degli intossicati nel reparto di Terapia Intensiva dell'Ospedale di Cosenza e degli altri due, i più anziani, presso quello di Cetraro (CS). Tutti i pazienti venivano trattati con il protocollo terapeutico per avvelenamento falloideo, con la consulenza rispettivamente del Centro Antiveneni di Milano e del Centro Antiveneni di Pavia. Per tutti i cinque soggetti, compresi gli anziani più gravi, per i quali si era temuta la necessità di ricorrere al trapianto di fegato, si è giunti alla remissione clinica ed alla loro dimissione.

Il secondo episodio ha riguardato una donna di Cosenza, ancora per consumo di funghi raccolti in proprio, con esordio della sintomatologia dopo 9 ore e ricovero a breve distanza. Anche in questo caso gli elementi riscontrati dal Micologo consentivano di indirizzare verso avvelenamento di tipo falloideo. Il ricovero avveniva presso il reparto di terapia intensiva dell'Ospedale di Cetraro (CS) dove, sentita la consulenza del CAV di Pavia, il caso veniva trattato secondo il relativo protocollo terapeutico. Il lento ma progressivo miglioramento delle condizioni cliniche unitamente al recupero del danno epatico inizialmente di tipo grave, hanno consentito di pervenire alla dimissione della paziente.

Il terzo caso ha riguardato una donna di 63 anni della provincia di Vibo Valentia, sempre per consumo di funghi raccolti personalmente. Il classico esordio tardivo della sintomatologia



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

gastrointestinale in questo caso è stato sottovalutato e la donna ricorreva alle cure ospedaliere solo in quarta giornata. Per l'irreversibile danno epatico, veniva disposto il trasferimento della paziente in un centro specialistico per il trapianto d'organo, non realizzatosi però per il decesso avvenuto al quinto giorno dall'ingestione. Per la particolare dinamica dell'episodio, mancando la consulenza micologica nella immediatezza dell'evento, si è potuto solo ipotizzare *Amanita verna* quale specie fungina responsabile dell'avvelenamento. La presenza di tale specie primaverile, in quel periodo, era stata infatti particolarmente segnalata in varie zone della Calabria. **RISULTATI:** L'analisi dei dati complessivi sulle intossicazioni da funghi in Calabria evidenzia quale causa costante, le raccolte per autoconsumo; nessun caso riguarda funghi commercializzati. Ciò ha fatto rilevare la necessità di formazione dei raccoglitori privati. Cogliendo tale urgenza il Comitato Tecnico, istituito dalla L.R n. 30/01 ha presentato, di recente, una proposta di Regolamento attuativo della Legge Regionale sulla raccolta dei funghi, che prevede l'obbligatorietà della frequenza di un corso di formazione preventivo al rilascio dei permessi per la raccolta amatoriale. **CONCLUSIONI:** In merito ai casi segnalati, ancora una volta, si è dimostrato determinante per il successo terapeutico il precoce ricorso alle cure ospedaliere, nonché l'approccio multidisciplinare dei casi, con il supporto dell'Ispettorato Micologico per la rapida individuazione della specie fungina ingerita, la consulenza tossicologica dei Centri Antiveneni e la pronta applicazione dello specifico protocollo terapeutico. Tutto ciò dimostra che, nonostante la gravità dell'avvelenamento falloideo, è possibile contenerne le drammatiche conseguenze.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 328

IL SIAN COME STRUMENTO DI EMPOWERMENT DI IMPRESA IN TEMA DI SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE

G. Giostra 1

1 ASUR Marche Area Vasta 2 sede di Ancona Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione

INTRODUZIONE: L'azione del SIAN quale Servizio costituente il Dipartimento di Prevenzione deve espletare tali azioni di prevalente Prevenzione in ogni circostanza compresa quella del controllo ufficiale che può assumere anche una connotazione formativa all'imprenditore alimentare

MATERIALI E METODI: Metodi.

Con l'avvento del "pacchetto di igiene" tutta la logica e la filosofia del controllo ufficiale si è spostata dalle valutazioni soggettive formali giuridiche, alla analisi e valutazione della gestione del rischio sanitario alimentare/nutrizionale considerate fattispecie per fattispecie di impresa con evidenze di processo e di esito.

Il contesto è quello del Dipartimento di Prevenzione, ovvero "dello strumento strategico atto a garantire gli interventi previsti dal 1° livello assistenziale del SSN" e la mission è quella di intervenire, verso le cause, anche inesprese, che possono arrecare un peggioramento della salute che, per il SIAN, si esprime sulle sostanze alimentari e le bevande.

Pertanto, pur operando in veste di Autorità Competente in tema di sicurezza alimentare con ogni potenzialità repressiva, la impronta del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione resta quella fortemente Preventiva. Come renderla operativa?

La Formazione

L'OSA deve possedere competenza tecnico igienistica per consentirgli, in autonomia, di ridurre, per quanto possibile e nei limiti delle sue possibilità anche economiche, i rischi alimentari nella propria impresa.

A questo proposito l'assenza di uno strumento formativo riconosciuto omogeneo in tema di sicurezza alimentare non ha facilitato il rapporto SIAN/OSA avendo reso possibile il fiorire di metodi, criteri, ambiti formativi i più disparati e slegati tra di loro. Tutto ciò rende ancor più necessario che gli stessi Operatori SIAN abbiano una base di conoscenza, abilità e competenza di grado elevato intorno alle tematiche di tipo igienistico ed ineludibile la presenza di un Servizio sanitario in specifica disciplina vista la complessità delle questioni in gioco.

L'Assistenza all'Impresa

Lo stesso impianto normativo non poche volte presenta postulati soggetti a valutazione. Basti ricordare l'Allegato II del Reg. CE 852/2004 allorché, riguardo ai requisiti di struttura, parla di: *ove necessario....*se necessario...*evitare per quanto ragionevolmente possibile...



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Tutte condizioni, queste, che non possono sottendere un “arbitrio”, ma bensì facoltà di adottare compiutamente, parzialmente od affatto certi requisiti previsti che, però, resta subordinata alla dimostrabilità igienistica di non aggravio del gradiente di rischio alimentare connesso alle scelte attuate. Quindi è obiettivo del SIAN porsi in ascolto dell’OSA fin dalla sua programmazione imprenditoriale e fino all’espletarsi degli atti di controllo ufficiale esprimendo, su sua richiesta, ipotesi valutative in ottica di sicurezza igienistica, intorno alle scelte in attuando dell’OSA sia di processo che di esito.

Il Controllo Ufficiale

Oltre alla valutazione della presenza o meno di non conformità nell’impresa alimentare, nostro compito è quello di procedere alla delicata valutazione di processo/esito del ciclo tecnologico produttivo di ogni impresa alimentare improntato sulla logica del costante miglioramento pur nella considerazione delle disponibilità economiche dell’OSA.

L’Empowerment di Impresa

L’Empowerment è un processo di crescita, sia dell’individuo sia del gruppo, basato sull’incremento della stima di sé, dell’autoefficacia e dell’autodeterminazione per far emergere risorse latenti e portare l’individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale. Questo processo porta ad un rovesciamento della percezione dei propri limiti in vista del raggiungimento di risultati superiori alle proprie aspettative. Per raggiungere tali obiettivi viene richiesto un incremento delle conoscenze, che determina una modifica degli atteggiamenti verso una problematica e quindi dei comportamenti. Dunque è importante che i nostri SIAN agiscano in termini di empowerment di impresa con ricadute positive sia individuali che, di conseguenza, anche dei corrispondenti livelli di organizzazione imprenditoriale e ciò sia in ottica di sicurezza alimentare che volano di informazione per suggerire pratiche di produzione da orientare verso alimenti anche nutrizionalmente migliori. Il tutto anche visto come contributo al PIL. **RISULTATI:** La rispondenza tra il numero contenuto di evidenze di non conformità riscontrate in funzione del numero di controlli ufficiali effettuati rende ragione del contributo positivo apportato dall’adozione dell’Empowerment di Impresa. **CONCLUSIONI:** Il Sian è atteso a compiti di sicurezza alimentare e nutrizionale che concorrono al fine della tutela della salute umana ed al sostegno all’impresa alimentare.

Per raggiungere questi obiettivi diviene essenziale percorrere i processi di Formazione, Assistenza all’Impresa, Empowerment di Impresa.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 013

VALUTAZIONE MULTICRITERIALE DI MODELLI ORGANIZZATIVI NELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA REGIONALE, IL CASO DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

G. Barocco¹, T. Del Pio¹

1 ASS 1 TRIESTINA, Trieste

INTRODUZIONE: Il settore della refezione scolastica, in ragione della sua collocazione sociale e della forte relazione tra processo educativo e nutrimento per l'infanzia, è il setting privilegiato per la declinazione delle cogenti tematiche sanitarie, ambientali, sociali, economiche e culturali. Il potenziale strategico del servizio mensa caratterizzato da questa concentrazione di elementi catalizza l'attenzione dell'Unione Europea e dei ministeri con la conseguente predisposizione di atti di programmazione tematici, e tra questi il piano nazionale per la sostenibilità ambientale - sociale. I Comuni, ai quali compete la gestione del servizio, a causa delle limitate risorse economiche, strutturali e professionali di cui dispongono e della frammentarietà sul territorio, non sono in grado di rispondere alle chiamate sui temi stringenti della sostenibilità della filiera, indotto che garantisce ogni giorno nella nostra nazione oltre 2 milioni di pasti scolastici.

Lo scopo dello studio è di individuare adeguati modelli organizzativi per la gestione dei servizi di refezione scolastica e di valutarne le performance in relazione alla capacità di risposta ai piani d'azione ministeriali sulla sostenibilità ambientale, sociale, economica e sui piani di prevenzione. Nello specifico, l'obiettivo è di individuare un sistema dimensionato sulle peculiarità della oltre 200 municipalità della Regione Friuli Venezia Giulia, caratterizzata da una produzione che supera i 50 mila pasti al giorno, con una media di circa 200 pasti per Comune. **MATERIALI E METODI:** I materiali utilizzati sono le banche dati dell'ISTAT, di Bio Bank, dell'Osservatorio ristorazione collettiva EBNT, del CNR per il progetto SANPEI; la guida FERCO – EFFAT, l'Atlante dei Servizi Sociali e Sociosanitari in Friuli Venezia Giulia.

La valutazione dei modelli organizzativi in esame ha seguito due metodi di analisi. In una prima fase, per la misurazione delle economie di scala prodotte dall'aggregazione degli Enti comunali, si è scomposto il costo del pasto nelle sue voci sostanziali. Nella seconda fase si è proceduto alla valutazione tenendo conto di più criteri, in modo da considerare gli effetti multidimensionali operati sulla collettività dalle alternative organizzative individuate. Il metodo di valutazione impiegato nella seconda fase è l'Analisi Multi Attributi, e nello specifico la Tecnica delle Funzioni di Valore e delle Funzioni di Utilità. La strutturazione del processo decisionale ha scomposto il macro obiettivo in 8 criteri adatti a valutare le alternative progettuali in termini di: sostenibilità per la promozione della salute; sostenibilità ambientale; sostenibilità sociale; sostenibilità economie locali; costo pasto; qualificazione servizio; integrazione delle politiche e complessità di gestione. Successivamente si sono ipotizzati 3 scenari decisionali caratterizzati da pesi criteriali diversi.

RISULTATI: I 2 modelli organizzativi individuati, strutturati prendendo a riferimento le aggregazioni



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

degli ambiti comunali socio – sanitari, sono in grado di soddisfare in maniera diversa agli otto attributi. Il modello A1 individua tre macro – aree coincidenti con i territori provinciali di Gorizia – Trieste, Pordenone e Udine. Il modello A2 raggruppa tutti i Comuni in una unica piattaforma. La soluzione organizzativa che massimizza l'utilità è rappresentata da una unica centrale di acquisto articolata in lotti corrispondenti agli ambiti socio – sanitari. Nel processo di valutazione finale, anche con l'attribuzione agli otto criteri di pesi significativamente diversi si configurano 3 scenari decisionali in cui la soluzione del modello unico di gestione A2 è sempre in grado di massimizzare l'utilità, ottenendo punteggi VAL molto più alti rispetto ad A1 e ad A0 (stato di fatto).

CONCLUSIONI: A partire dal secondo millennio si assiste, sia a livello internazionale con gli atti dell'UNEP e della WHO, che comunitario e nazionale, a una maggiore consapevolezza del ruolo strategico che il servizio di refezione scolastica può svolgere su numerosi fronti delle policy. Oltre alle consolidate funzioni volte a garantire pasti sani, sicuri, con sempre maggiore evidenza si pone la questione della sostenibilità degli approvvigionamenti, definita da puntuali criteri ambientali, sociali e di economia inclusiva. Per mantenere alto il livello qualitativo del pasto scolastico, rispondere alle potenti sfide di sostenibilità del servizio, prime tra tutte quella economica, ma anche costruire la supply chain dedicata alle mense scolastiche dei territori regionali in grado di sviluppare le peculiari potenzialità strategiche, la soluzione che si dimostra più efficace è la creazione di una unica piattaforma. Questa configurazione permetterebbe di attirare verso il nuovo modello organizzativo anche i segmenti della ristorazione collettiva assistenziale, accentuando le economie di scala. La soluzione organizzativa proposta si allinea all'orientamento di ANCI FVG verso gli Smart Land secondo la visione Europe 2020.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 612

STRATEGIE DI SORVEGLIANZA ATTIVA E NETWORKING PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA L. MONOCYTOGENES

B.M. Are¹, S. Deidda², E. Mura², R. Are³, I. Maida³, C. Fozza⁴, A. Piana², E. Muresu², C. Scarano⁵, C. Spanu⁵, V. Spanu⁵, C. Cossu⁵, M. Ibba⁵, E.P.L. De Santis⁵

1Struttura Complessa di Igiene e Medicina Preventiva, A.O.U. Sassari; 2Dipartimento di Scienze Biomediche, Igiene e Med. Prev., Università degli Studi di Sassari; 3Struttura Complessa di Malattie Infettive, A.O.U. Sassari; 4Dipartimento di Scienze Biomediche, Ematologia, Università degli Studi di Sassari; 5Settore di Ispezione degli Alimento di Origine Animale del Dipartimento di Medicina Veterinaria, Università degli Studi di Sassari

INTRODUZIONE: *Listeria monocytogenes* (Lm) è uno dei principali patogeni alimentari responsabile di patologie caratterizzate da bassa incidenza ma da elevato tasso di mortalità. Generalmente, colpisce soggetti appartenenti a categorie sensibili, donne in gravidanza, neonati, soggetti ospedalizzati ed immunocompromessi (YOPI-young, old, pregnant and immunocompromised). La sorveglianza epidemiologica è resa complessa a causa delle molteplici fonti di esposizione al microrganismo attraverso la via alimentare e dalla difficoltà di stabilire una relazione causale tra consumo di alimenti e patologia a causa del lungo periodo di incubazione. Le manifestazioni cliniche più frequenti sono a carico dell'apparato gastrointestinale (listeriosi non invasiva); tuttavia, possono manifestarsi anche setticemie, meningiti o meningoencefaliti (listeriosi invasiva). La maggior parte dei casi di listeriosi è imputabile al consumo di alimenti contaminati, in particolare quelli pronti al consumo (Ready To Eat - RTE), estremamente diffusi sul mercato. Il presente lavoro, inserito nell'ambito di un ampio progetto di ricerca finanziato dalla Regione Autonoma della Sardegna, si propone di attivare un sistema di sorveglianza dei casi di listeriosi che si verificano nel territorio del Nord Sardegna, attraverso la ricerca del microrganismo in pazienti, alimenti di origine animale e vegetale e negli stabilimenti di produzione. I dati raccolti consentiranno di descrivere le principali caratteristiche fenotipiche e genotipiche dei microrganismi isolati in rapporto al profilo immunitario dei soggetti coinvolti. **MATERIALI E METODI:** Il progetto, che coinvolge diverse Unità Operative dell'Università degli Studi di Sassari e dell'AOU di Sassari, è stato strutturato in diverse fasi. Nella prima, sono stati sviluppati protocolli operativi per la ricerca di Lm da campioni biologici, alimentari ed ambientali. Contestualmente, si è proceduto con la preparazione della documentazione necessaria per l'approvazione da parte del Comitato etico del Complesso Azienda Sanitaria Locale n. 1-Università di Sassari e la predisposizione di una scheda per la raccolta dei dati clinici ed epidemiologici dei soggetti coinvolti. È stato, inoltre, creato un sito internet dove saranno resi disponibili procedure, protocolli operativi e diffusi i risultati ottenuti, al fine di favorire una maggiore fruibilità delle informazioni a disposizione di operatori del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) dell'area medica e della



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

prevenzione e di Operatori del Settore Alimentare (OSA). In una seconda fase, operativa, si è proceduto con il prelievo dei campioni biologici da pazienti ricoverati nei reparti di Malattie infettive, Ematologia ed Oncologia, di alimenti e di matrici ambientali. Gli isolati sono stati caratterizzati fenotipicamente e con tecniche molecolari (PCR, PFGE, AFLP, MLVA) al fine di definirne le possibili relazioni di clonalità. **RISULTATI:** I risultati fino ad oggi rilevati sono riferiti alla valutazione della presenza di Lm in prodotti lattiero-caseari ed al monitoraggio ambientale negli stabilimenti di produzione. In due aziende casearie, partner del progetto, si è valutato il livello di contaminazione sia su superfici a contatto con l'alimento (SCA-scaffali, carrelli, macchine lava-formaggio, utensili) che non a contatto (SNCA-pavimenti, canalette di drenaggio). Nel primo caseificio i dati preliminari hanno evidenziato, su 12 prelievi SCA, il 16,7% di positività per Lm, mentre, su 16 prelievi SNCA, il 12,5% di positività per *Listeria* spp. Il 22,2% dei campioni alimentari analizzati per *Listeria* spp. Nel secondo caseificio, su 14 prelievi SCA, il 42,9% sono risultati positivi per Lm, mentre, su 23 prelievi SNCA, il 13,0% è risultato positivo a Lm, mentre tutte le matrici alimentari sono risultate negative. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti, seppur parziali e riferiti per il momento alla ricerca del microrganismo nei prodotti lattiero-caseari e negli ambienti di produzione, ha evidenziato la diffusa presenza ambientale di Lm e la possibile contaminazione alimentare. Considerando il vasto consumo di tali prodotti in Sardegna, in assenza di una sorveglianza epidemiologica dei casi di gastroenterite sostenuta dal microrganismo, si ritiene che la diffusione di *Listeriosi* possa essere sottostimata. In tale ambito, la collaborazione tra le unità operative coinvolte nel progetto di ricerca e la costituzione di un network per l'attuazione di programmi di sorveglianza attiva, può rappresentare uno strumento fondamentale per valutare l'incidenza di *listeriosi* nel territorio considerato e studiare come il profilo immunitario possa favorire lo sviluppo della malattia invasiva.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 314

USO ED ABUSO DI INTEGRATORI ALIMENTARI IN UN CAMPIONE DI POPOLAZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

G. Perri 1; M. La Rocca 1; V. Rocchino 1; M.B. Rosato 1; G. Furgiuele 1

1 Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro - Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione di Lamezia Terme

INTRODUZIONE: L'attenzione crescente alla salute, alla nutrizione e ai corretti stili di vita atti a favorire un maggiore benessere, ha prodotto una riscoperta su basi scientifiche dell'importanza delle abitudini alimentari. In questo contesto, nuove conoscenze sulle componenti della nostra alimentazione e sull'azione diretta che esercitano nel mantenimento della buona salute e nella prevenzione di molti stati patologici, ha portato ad una notevole espansione del ricorso all'integrazione alimentare. Le informazioni su queste sostanze però rispecchiano le tendenze e gli interessi di chi le fornisce e quindi si è creata una grande confusione in coloro che sono i diretti interessati, cioè i consumatori finali. Tutto ciò ha portato ad un uso sconsiderato degli integratori nonostante il legislatore non ha mancato di disciplinarne l'utilizzo e la commercializzazione ponendo dei limiti sia sulle quantità sia sui modi di assunzione. In questo contesto e dalla constatazione del divario esistente tra la crescita sempre più marcata del ricorso all'integrazione alimentare e il basso livello medio di conoscenza anche negli addetti ai lavori, su formulazioni, ambiti d'uso, benefici e sicurezza è stato sviluppato da parte del SIAN di Lamezia Terme un progetto di indagine con l'obiettivo di avere un quadro esaustivo sull'impiego degli integratori alimentari nel territorio dell'ASP di Catanzaro. **MATERIALI E METODI:** Il progetto che si è articolato da maggio 2012 a novembre 2013, ha previsto due diverse indagini denominate: "l'uso di integratori alimentari nella popolazione adulta della provincia di Catanzaro" e "rilevazione dell'attività motoria e dell'uso di integratori alimentari in un campione di studenti di età compresa tra 13 e 18 anni delle scuole medie superiori del comprensorio di Lamezia Terme".

L'indagine sulla popolazione adulta ha previsto la somministrazione di questionari specifici per classe di intervistati ad un campione costituito da titolari e frequentatori di palestre, titolari di Farmacie, Parafarmacie ed Erboristerie, principali operatori di distribuzione farmaceutica ed informatori scientifici di alcune importanti case di integratori alimentari. L'indagine sui ragazzi ha invece riguardato un campione di 265 studenti di età compresa tra 13 e 18 anni, provenienti da 5 Istituti superiori situati nell'ambito territoriale di Lamezia Terme, ai quali è stato somministrato un questionario costituito da tredici domande a risposta multipla atte ad indagare tre aree comportamentali cruciali: pratica di attività fisica, disturbi del comportamento alimentare, uso di sostanze atte ad integrare la normale alimentazione. La somministrazione dei questionari è stata preceduta da una serie di incontri nei quali sono stati affrontati i temi dell'educazione alimentare, del movimento per stare in salute e dei rischi e utilità dell'uso e abuso degli integratori. **RISULTATI:**



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda il settore Farmacia, i risultati hanno confermato i dati diffusi negli ultimi anni da diverse ricerche cioè a trainare il mercato sono i prodotti dell'area salustico-specifica, quali i multiminerali e i multivitaminici seguiti da dimagranti, fermenti lattici e prodotti di stampo più prettamente farmaceutico. Nelle Parafarmacie e nelle Erboristerie il dato cambia di poco, e vede i dimagranti al primo posto seguiti da multivitaminici, drenanti, lassativi e prodotti sistemici per capelli. Questi dati sono stati confermati dai principali operatori di distribuzione farmaceutica. Il dato fornito dalle case di integratori riguardante il canale palestre è invece in netto contrasto con quello ottenuto dal nostro campionamento. Secondo i dati ottenuti dall'indagine sul campione di palestre, gli integratori maggiormente utilizzati sono quelli a base di sali minerali e vitamine, mentre secondo i dati forniti dalle due case di integratori i più venduti contengono proteine a lento rilascio, amminoacidi ramificati e creatina, principalmente sotto forma di barrette, gel monodose e polveri. Per quanto riguarda i questionari compilati dai ragazzi delle scuole medie superiori, l'indagine ha evidenziato come 48 studenti (pari al 18%) dichiarano di aggiungere alla propria alimentazione qualche integratore o di averlo fatto in passato. Dall'analisi in base al nome commerciale compiuta sulle sostanze contenute nei prodotti segnalati dagli studenti emerge che gli integratori più utilizzati contengono sali minerali, vitamine, aa ramificati e proteine.

CONCLUSIONI: I dati emersi dalla ricerca effettuata nel territorio dell'ASP di Catanzaro, sono risultati in linea con quanto riportato da altre indagini indirizzate a sondare l'uso e abuso degli integratori alimentari. In questo contesto è dovere del medico, del farmacista e di tutti gli operatori sanitari coinvolti, ricordare che, come per ogni sostanza, l'assunzione eccessiva di integratori può provocare effetti nocivi, al momento non sempre ben conosciuti. Ma anche i Dipartimenti di Prevenzione attraverso i SIAN dovranno essere capaci di rispondere adeguatamente alla notevole diffusione di queste sostanze attraverso la formazione di nuove figure professionali con competenze avanzate che possano supportare gli organi di controllo.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C3: PROMOZIONE DELLA SALUTE E LOTTA AL TABAGISMO



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 104

"A TORZEON PAL ORT" PROGETTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE

D.Belotti 1, D.Gnesutta 1, L.Montina 1, M.Pupini 2, F.Borghi 3,

1 A.S.S.n.4 "Medio Friuli"

2 Istituto comprensivo di Cividale del Friuli

3 Lega Friulana per il Cuore

INTRODUZIONE: Tra gli obiettivi strategici generali individuati per la Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) dal Piano Regionale della Prevenzione, assumono rilevanza gli interventi per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità nella fascia 0-5 anni e la prevenzione cardiovascolare, di cui prioritario l'intervento su alcuni fattori di rischio modificabili come il consumo inadeguato di frutta e verdura.

Anche le linee guida europee del 2012 per la prevenzione cardiovascolare confermano il ruolo protettivo nei confronti della salute di una sana alimentazione e del consumo regolare (5 porzioni al giorno) di frutta e verdura. E' riconosciuto inoltre, che gli interventi di promozione di sani stili alimentari sono tanto più efficaci quanto più precoci, in particolare se coinvolgono contestualmente istituzioni come Scuola, Comune, Sanità e famiglia.

Obiettivo:

promuovere una sana alimentazione aumentando il consumo di frutta e verdura sperimentando l'uso della lingua straniera (inglese) e minoritaria (friulano). **MATERIALI E METODI:** Il progetto pilota vede coinvolte cinque scuole dell'infanzia (275 bambini) del territorio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.4 "Medio Friuli", insieme ai relativi Comuni. Lo sviluppo della tematica avviene attraverso un percorso educativo che comprende un kit in versione italiano, inglese e friulano composto da una fiaba raccontata nel libro di testo, un libro operativo dove sono ripresi disegni e testi della fiaba e un gioco dell'oca, redatti dall'insegnante e dagli operatori sanitari. Il racconto motiva i bambini a intraprendere un percorso didattico educativo in cui giocare con i nomi dei vegetali imparando a riconoscerli sia per i colori, le caratteristiche stagionali, il sapore e le loro funzioni nutrizionali, sperimentandone anche la semina e la raccolta.

Il bruco, protagonista della storia, accompagna i bambini nel percorso e diventando farfalla permette a loro di confrontarsi con la propria crescita.

Particolare importanza è stata data alle 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura e ai 5 colori.

Sono stati attivati nelle scuole anche laboratori di cucina che hanno permesso ai bambini di sperimentare con lo chef nuove ricette con frutta e verdura e di coinvolgere anche famiglie e cuochi delle scuole.

L'intervento è strutturato secondo l'approccio C.L.I.L. (Content and Language Integrated Learning), un metodo sostenuto in Italia anche dagli studi e dalle ricerche dell'Università "Ca' Foscari" di Venezia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il materiale didattico è stato realizzato grazie ai finanziamenti previsti dalla Regione FVG per l'impiego delle lingue minori (LR 482/92) e alla Lega Friulana per il Cuore.

E' prevista la somministrazione di un questionario ai genitori per valutare a fine percorso l'impatto dell'iniziativa. **RISULTATI:** Il progetto è ancora in corso.

Un punto di forza è il gruppo di progetto composto da , insegnanti, genitori, amministratori locali, referenti della Lega Friulana per il Cuore e operatori sanitari, che ha promosso e sostenuto l'iniziativa.

La progettualità proposta ha permesso alle insegnanti di sviluppare il progetto in piena autonomia, sfruttando tempi e risorse proprie di ogni scuola.

Il progetto, presentato alle scuole d'infanzia del territorio aziendale (132 per circa 10.000 bambini), ha suscitato interesse e richieste di adesione per il prossimo anno scolastico, con riflesso sulle altre Aziende Sanitarie del territorio della Regione.

Il kit didattico e l'uso delle lingue a sostegno delle attività scolastiche, permettono un apprendimento integrato di lingua e contenuto e un'importante integrazione tra gli insegnanti, i cuochi e le famiglie. **CONCLUSIONI:** La promozione di una sana alimentazione è una buona strategia sia per invertire il trend di prevalenza dell'obesità infantile, sia per la prevenzione cardiovascolare, ed è efficace quando tutti gli "attori" vengono coinvolti nelle varie fasi della progettazione.

Grazie alla collaborazione attiva delle insegnanti, il progetto si avvale di strumenti educativi idonei ed efficaci, oltre che innovativi e di grande impatto, che determinano un coinvolgimento costante e ripetuto da parte dei bambini che a loro volta diventano educatori nei confronti delle loro famiglie.

Apprendere, anche in lingua inglese e in "madrelingua", la storia del bruco che diventa farfalla imparando a mangiare tutte le verdure dell'orto, il significato delle 5 porzioni al giorno e dei 5 colori, ha dato maggior "consistenza" ai messaggi di salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 255

STUDIO EPIDEMIOLOGICO DESCRITTIVO IN TEMA DI SESSUALITA' IN STUDENTI ADOLESCENTI NELLA CITTA' DI PAVIA

E. Benni 1, C. Zanini 2, M. Arpesella 1, M.T. Tenconi 1, F. Barbieri 1

1. Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Pavia

2. Segretariato Italiano Studenti Medicina (SISM), Pavia

INTRODUZIONE: Un'attività sessuale precoce è determinante nell'incrementare il rischio di infezioni sessualmente trasmesse e di gravidanze indesiderate: l'incidenza di infezioni sessualmente trasmesse tra gli adolescenti è in aumento. In Europa, l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) è ancora una questione di prioritaria importanza per la salute pubblica. Nel 2011, nei Paesi dell'Unione Europea (EU) sono state riportate 28.038 nuove diagnosi di infezione da HIV, con un'incidenza complessiva di 5,7 per 100.000 persone: più del 10% di queste nuove diagnosi ha riguardato i giovani tra i 15 e i 24 anni di età. In Italia, nel 2011, l'incidenza di HIV è stata di 5,8 per 100.000 soggetti residenti: il 78,8% delle nuove infezioni è da attribuire a contatti sessuali non protetti. Gli obiettivi di questo studio sono stati quelli di indagare sulle conoscenze, le attitudini, i comportamenti in tema di sessualità e delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) in un campione di adolescenti delle classi quarte delle scuole secondarie di II grado della città di Pavia. **MATERIALI E METODI:** Per lo studio sono state reclutate 6 scuole secondarie di II grado pubbliche di Pavia che avevano partecipato ad una precedente ricerca di valutazione del corso di educazione sessuale svolto dal Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM). L'indagine è stata condotta su un campione di 665 di studenti iscritti a tipologie di scuole diverse (2 licei, 2 istituti tecnici, 2 istituti professionali). Il questionario utilizzato nell'indagine, costituito da 21 domande di tipo chiuso con risposta a scelta multipla, relativo alle conoscenze, alle attitudini ed ai comportamenti in tema di sessualità, è stato costruito con domande del questionario HBSC validato a livello europeo e, con domande, tradotte in italiano, dei questionari validati del CDC di Atlanta. L'analisi effettuata è prevalentemente descrittiva (frequenze assolute e percentuali). **RISULTATI:** Tutte le scuole reclutate hanno aderito alla ricerca e tutti i ragazzi presenti alla somministrazione hanno compilato il questionario. Il campione, di età media pari a 18,2 $\pm$ 0,6 anni d'età, è composto da 287 maschi (43%) e 375 (57%) femmine. Il 95% degli studenti è italiano. Le informazioni dei ragazzi presi in esame in tema di sessualità sono state apprese tramite corsi di educazione sessuale con il SISM, con esperti, e tramite internet, amici e familiari. Dall'analisi descrittiva effettuata, emerge che il 53% degli studenti dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi. Il 21% (137) dichiara di avere avuto rapporti sessuali all'età di 16 anni, 16% (103) a 15 anni, 5% (33) a 17 anni e 11% (73) a 14 anni o meno. Il 33% degli studenti dichiara che l'ultima volta che avuto un rapporto sessuale completo, ha fatto uso del preservativo, mentre il 20% dichiara di non averne fatto uso. L'83% del campione è a conoscenza che il virus dell'HIV è



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

presente nei fluidi corporei (liquido seminale, fluido vaginale e sangue). Il 72% del campione non sa che una persona infetta dal virus HIV può risultare negativa al test anticorpale; oltre il 92% del campione pensa che si può contrarre il virus dell'HIV durante un rapporto sessuale non protetto, mentre il 39% del campione non è conoscenza che il virus HIV si può contrarre con un tatuaggio o con un piercing. **CONCLUSIONI:** Le scuole reclutate e gli studenti hanno accettato di buon grado di partecipare alla ricerca. Dal quadro descrittivo emerge che i ragazzi sono informati in tema di trasmissione di MST ed in particolare di HIV, ma che non hanno un'informazione completa e precisa.

La metà dei ragazzi ha avuto rapporti completi: un quinto dei ragazzi ha iniziato a 16 anni, altri hanno dichiarato di avere iniziato già a 15 anni e a 14 anni o meno; sono a conoscenza che si può contrarre il virus con rapporti completi non protetti, ma molti ammettono di non aver usato il preservativo nell'ultimo rapporto sessuale.

Come si evince da questa analisi e dalla letteratura internazionale, al fine di una corretta prevenzione che coinvolga soprattutto i comportamenti, diventa importante che l'educazione sessuale inizi già nelle prime o seconde classi della scuola secondaria di secondo grado.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 029

URBANIZZAZIONE E FUMO PASSIVO DI TABACCO COME FATTORI CHE INDUCONO STRESS OSSIDATIVO IN ETA' ADOLESCENZIALE

R. Bono 1; R. Tassinari 1; V. Bellisario 1; M. Bugiani 2; G. Gilli 1

1 Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche. Università di Torino; 2 ASL TO2, Torino

INTRODUZIONE: L'inquinamento atmosferico urbano e l'esposizione passiva al fumo di tabacco sono associati a diverse condizioni di rischio di insorgenza di numerose patologie, specialmente negli adolescenti, che possono essere precedute dalla formazione di stress ossidativo.

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di comprendere il ruolo di alcuni fattori di rischio ambientali nel realizzarsi di una condizione di stress ossidativo in una popolazione di adolescenti in salute e non fumatori residenti in diverse aree nella Regione Piemonte. **MATERIALI E METODI:**

Metodi. Per valutare i livelli di stress ossidativo è stato quantificato il F2t-Isoprostano (15 F2t-IsoP) nell'urina di 390 adolescenti (12 anni 1,0) e, per verificarne il ruolo in questa biosintesi, sono state prese in considerazione le seguenti variabili indipendenti: a) il livello di urbanizzazione di 3 aree geografiche piemontesi dove i soggetti selezionati vivono e frequentano la locale scuola: Torino (6.700 abitanti/km²), Chivasso (507 abitanti/km²), Casalborgone (93 abitanti/km²); b) il livello di cotinina urinaria per valutare l'intensità dell'esposizione passiva al fumo di tabacco; c) alcune caratteristiche individuali dei soggetti.

RISULTATI: Risultati. Il livello medio di 15 F2t-IsoP [ng/mg creatinina] è significativamente differente nei 3 siti considerati ($p < 0.0001$) e direttamente proporzionale al livello di urbanizzazione: Torino 7.2 $\pm$ 4.0; Chivasso 6.4 $\pm$ 5.4; Casalborgone 4.8 $\pm$ 3.0. Inoltre, l'analisi della regressione Lineare Multipla (MLR) ha evidenziato come il 15 F2t-IsoP correli con l'esposizione passiva al fumo di tabacco, misurata mediante la cotinina urinaria: $p < 0.0001$ C.I. 0,119-0,197 e con il livello di urbanizzazione (Torino versus Chivasso versus Casalborgone $p < 0.0001$ C.I. 0,152-0,561). Al contrario, il 15 F2t-IsoP si dimostra correlato negativamente con l'età dei soggetti.

L'analisi univariata ha evidenziato, aggiustato per residenza, un ruolo positivo e diretto del fumo passivo di tabacco nella distribuzione numerica del 15 F2t-IsoP e, parallelamente, quando aggiustato per esposizione al fumo passivo, il 15 F2t-IsoP ha evidenziato una relazione positiva, significativa e diretta con il livello di urbanizzazione dei soggetti studiati.

CONCLUSIONI: Conclusioni. Sia il livello di urbanizzazione, immaginabile come un generico "fattore urbano", sia l'esposizione passiva al fumo di tabacco evidenziano un indipendente, positivo e significativo ruolo nell'insorgenza di stress ossidativo, e quindi di rischio per la salute, nell'ampio gruppo di soggetti adolescenti sani presi in considerazione nel presente studio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 699

5 MAGGIO 2014: MANI PULITE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.4 MEDIO FRIULI (ASS4)

G. Brianti 1; E. Bertola 4 ; G. Degani 3; S. Degano 2 ; A. Fabbro 1 ; M. Gri 4 ; S. Miceli 1 ; V. Vaccher 4 ; T. Gallo 1

1. ASS 4 "Medio Friuli", Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Udine

2. ASS 4 "Medio Friuli", Accreditamento, qualità, risk management , Udine

3. Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, Università degli Studi di Udine

4. Corso di Laurea Assistenza Sanitaria, Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE: Il lavaggio delle mani rappresenta un mezzo di prevenzione efficacissimo contro il diffondersi di molte malattie infettive in ambito comunitario come diarrea e infezioni respiratorie. Inoltre nelle infezioni correlate alla pratica assistenziale, la trasmissione crociata di microrganismi si verifica soprattutto attraverso le mani degli operatori. Tra le misure preventive, l'igiene delle mani è senza dubbio la più importante quanto a combinazione di efficacia, semplicità e costi di applicazione. Infatti il solo lavaggio delle mani può ridurre significativamente i decessi conseguenti alle infezioni, le giornate di ricovero e le spese sanitarie.

Malgrado queste evidenze gli audit semestrali effettuati in ambito aziendale per valutare la percentuale di adesione al lavaggio delle mani del proprio personale sia a livello territoriale che ospedaliero evidenzia rispettivamente una percentuale di adesione al lavaggio delle mani del 62% e del 59%.

In occasione della giornata internazionale dell'igiene delle mani, presso l'ASS4, il giorno 5 Maggio 2014, sono state intraprese iniziative informativo/divulgative nei confronti dell'utenza e dei propri dipendenti, al fine di sensibilizzare sull'importanza che tale pratica ha nella lotta alle infezioni.

MATERIALI E METODI: Il Dipartimento di Prevenzione ha aderito all'iniziativa promossa dall'Azienda attivando un punto informativo dedicato nell'atrio del Dipartimento ed effettuando numerose attività diversificate per target (operatori del Dipartimento, adulti, bambini). Il punto informativo è stato allestito con un grande striscione colorato, uno schermo su cui è stato riprodotto in continuo un video dove veniva illustrato come si diffondono le infezioni attraverso le mani e le modalità del lavaggio delle mani. È stato predisposto e distribuito materiale informativo, effettuato un laboratorio didattico con giochi specifici per spiegare ai bambini come si trasmettono le infezioni attraverso le mani sporche, distribuite confezioni di soluzione idroalcolica.

RISULTATI: Le attività messe in atto in occasione della Giornata internazionale dell'igiene delle mani sono state ben accolte dall'utenza del Dipartimento di Prevenzione: gli operatori sono stati sensibilizzati sull'importanza dell'adesione a tale pratica, anche fornendo loro i dati dell'audit, gli utenti adulti hanno mostrato interesse per l'iniziativa e ne hanno compreso lo scopo. I bambini hanno imparato giocando e attraverso le attività del laboratorio didattico hanno scoperto come si trasmettono i microbi e imparato l'importanza di pulire le mani per eliminarli e non trasmetterli. È



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

stato infine predisposto un report di tutte le attività corredato da immagini fotografiche messo a disposizione degli operatori sul sito aziendale. **CONCLUSIONI:** Risulta fondamentale insistere sulle attività di informazione e sensibilizzazione, non solo del personale sanitario ma dei cittadini in generale, nei confronti di un gesto così semplice ma di fondamentale importanza come il lavaggio delle mani. La giornata del 5 maggio è stata una grande occasione per informare ed educare adulti e bambini sulla modalità di trasmissione delle infezioni e sulla possibilità di prevenzione in modo chiaro e divertente in particolare per i bambini, utilizzando poster e striscioni colorati, video, giochi interattivi e materiale informativo di tutti i tipi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 752

LA TASSA SUL TABACCO E I GIOVANI: UNO STUDIO PILOTA

MS. Cattaruzza¹, M. Amendola¹, V. Calcaterra¹, F. Giordano¹, A. Marani¹, D. Renzi¹, R. Orioli¹, F. Ferretti¹, P. Lancia.

¹ Università Sapienza, Roma.

INTRODUZIONE: La tassazione del tabacco è il tema scelto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per celebrare la Giornata mondiale senza Tabacco nel 2014. Il tabacco è la prima causa di morte evitabile a livello mondiale ed è attualmente responsabile del 10% dei decessi tra gli adulti di tutto il mondo.

Ci sono evidenze scientifiche che dimostrano come un aumento del 10% del prezzo del tabacco sia in grado di diminuirne il consumo di circa il 4% nei paesi ad alto reddito e fino all'8% nella maggior parte dei paesi a basso e medio reddito. Questa strategia si è dimostrata utile soprattutto per scoraggiare l'uso del tabacco tra i giovani.

Il World Health Report 2010 ha indicato che con l'aumento delle tasse sul tabacco, i governi potrebbero avere a disposizione dei fondi da utilizzare per la salute delle popolazioni.

L'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) ha recentemente lanciato la proposta di imporre una tassa di un euro su ogni pacchetto di sigarette e verificato il gradimento di tale proposta con un sondaggio estemporaneo condotto per le strade di Milano. Sorprendentemente l'80% dei giovani di età inferiore ai 25 anni si è dichiarato favorevole.

Obiettivo del presente studio è stato quello di valutare il gradimento di questa eventuale nuova tassa tra un campione di giovani studenti, frequentanti l'Università Sapienza di Roma. **MATERIALI E METODI:** In occasione della celebrazione della Giornata mondiale senza Tabacco, l'Unità di Tabaccologia della Sapienza (UNITAB) ha allestito, un punto informativo-formativo sul tabacco all'interno della città universitaria, di fronte al Centro Informazioni, Accoglienza, Orientamento degli studenti (CIAO). Il punto è stato operativo nella giornata del 28 maggio 2014 dalle ore 11.00 alle ore 15.00. A tutti coloro che sono passati davanti al punto informativo-formativo è stato proposto di compilare un questionario anonimo. Le informazioni raccolte dal questionario hanno riguardato i dati anagrafici, le conoscenze sul tabacco, sul suo consumo (inclusa la sigaretta elettronica) e sul gradimento di un'eventuale nuova tassa di 1 euro su ogni pacchetto di sigarette/tabacco da destinare alla prevenzione. Dopo la compilazione del questionario ciascun partecipante ha potuto controllare le proprie conoscenze, approfondire le tematiche di interesse parlando con i medici e gli psicologi presenti ed effettuare la misurazione del monossido di carbonio nei propri polmoni. E' stata condotta un'analisi descrittiva, con calcolo di frequenze e medie, e un'analisi multivariata (regressione logistica) per valutare l'effetto di alcune variabili sul gradimento della tassa. **RISULTATI:** Dei 112 questionari raccolti, 6 sono stati esclusi dall'analisi per dati incompleti, non confrontabili (fumatore di sigaro) o per non aver risposto alla domanda sul



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

gradimento della tassa. Gli studenti intervistati, di età compresa tra i 19 e i 30 anni (media 23 anni), erano per il 45% maschi. Il 53% del campione (senza differenze tra maschi e femmine) ha riferito di fumare e il 54% si è dichiarato favorevole alla tassa.

Il gradimento per la tassa è fortemente influenzato dall'essere o meno fumatore, e benché i non fumatori abbiano una probabilità 9 volte maggiore di essere favorevoli alla tassa ($OR = 9,65$; $IC_{95\%} 3,68-25,30$; $p < 0,01$), il 30% dei fumatori sembra essere d'accordo con l'introduzione di questa nuova tassa. La percentuale di favorevoli tra i fumatori risulta leggermente più alta (33,3%) prendendo in considerazione soltanto gli studenti di età inferiore ai 25 anni. **CONCLUSIONI:** Questi risultati, sebbene forniti da un campione non rappresentativo e potenzialmente soggetto a bias di selezione, sembrano indicare come oltre il 50% della popolazione giovanile e un terzo dei giovani fumatori siano favorevoli a pagare una tassa di un euro in più su ogni pacchetto di sigarette finalizzata a favorire la prevenzione. I risultati del sondaggio di Milano riportano dati ancora più favorevoli (80% degli intervistati), ma non sono disponibili, almeno per il momento, dati disaggregati per l'abitudine al fumo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 402

“LA PERCEZIONE DEL RISCHIO COME MOTORE DELLA PREVENZIONE. UNO STUDIO DELLA PERCEZIONE DEL RISCHIO TRA GLI STUDENTI DI ISTITUTI TECNICI DELLA REGIONE CAMPANIA”

C. Costagliola di Fiore 2; M.Triassi 1; M. Laurentino 2; G. Galasso 2; T. Rea 1;

1 Dipartimento Scienze Mediche Preventive, Università “Federico II” Napoli

2 Corso di Laurea Magistrale Scienze della Prevenzione, Università “Federico II” Napoli

INTRODUZIONE: Il decreto legislativo 81/08 prevede "Attività Promozionali", finanziate da parte del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, finalizzate all'inserimento, in ogni attività scolastica, "di specifici percorsi formativi interdisciplinari alle diverse materie scolastiche volti a favorire la conoscenza delle tematiche della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro" (articolo 11 comma 1c, comma 4).

Il progetto “Sicurezza in Cattedra”, prende avvio dall'esperienza condotta dall'ITI-IPIA L. da Vinci di Firenze, e si configura nella realizzazione di un percorso didattico sviluppato nel triennio '99-2002, con lo scopo sostanziale di formare gli allievi degli istituti tecnici nel campo della sicurezza negli ambienti di lavoro e di indagare sul modo in cui la percezione del rischio è influenzata da fattori di carattere socio-anagrafico, culturale, ambientale ecc.

L'obiettivo dello studio è quello di esplorare se esiste un uniformità territoriale dei risultati ricavati dal test di ingresso, e compararli a quelli ottenuti da studenti di Istituti Tecnici della nostra Regione, per saggiare eventuali differenze di percezione dei rischi tra gruppi omogenei di diversa provenienza geografica. MATERIALI E METODI: L'intervento è stato eseguito secondo le linee guida stabilite dall'Istituto Capofila ITI-IPIA "Leonardo da Vinci" di Firenze. E' stato predisposto un questionario semi strutturato costituito da 38 domande a risposta multipla e aperta, suddiviso in 4 sezioni attinenti a diversi ambiti di indagine:

- PARTE A: Caratteristiche socio-anagrafiche dei campioni
- PARTE B: Abitudini e stili di vita
- PARTE C: Percezione del rischio e comportamenti
- PARTE D: Ambito lavorativo: esperienze ed attribuzione di valore

E' stato somministrato in 10 classi a diverso indirizzo tecnico-professionale per un totale di 120 studenti, appartenenti al quarto e quinto anno di un istituto tecnico di Miano. Tale campione è in fase di ampliamento. RISULTATI: Non sono state individuate, tra i due gruppi a confronto, differenze apprezzabili immediatamente riconducibili alla mera provenienza geografica.

CONCLUSIONI: Da una analisi preliminare, ed in attesa che il progetto venga esteso a più scuole, non è possibile sostenere che la provenienza geografica influisca sul grado di percezione dei rischi. Si intuisce, di contro, la tendenza ad una maggiore accettazione dei rischi professionali, da parte degli studenti dell'Istituto di Miano, probabilmente legata alla maggiore precarietà occupazionale del meridione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 174

ATTIVITA' CHEMIOPREVENTIVE DI COMPOSTI TIO-DERIVATI DI SINTESI DELL'IDROSSITIROSOLO

P. Rosignoli 1, R. Fuccelli 1, T. Mazza1, M.V. Sepporta1, R. Fabiani1

1Università degli Studi di Perugia

INTRODUZIONE: L'idrossitirosolo è un composto orto-difenolico presente quasi esclusivamente nell'olio extravergine di oliva che ha ricevuto una particolare attenzione per le sue caratteristiche anti-ossidanti e chemiopreventive. Esso si è dimostrato capace di inibire sia la fase di iniziazione (prevenzione del danno genotossico) che di promozione/progressione tumorale (inibizione della proliferazione di cellule tumorali) in diversi sistemi in vitro. Tuttavia le dosi necessarie per avere tali effetti sono risultate particolarmente alte, comprese nell'intervallo 10-800 μM , e difficilmente raggiungibili in vivo. Anche alcuni composti presenti nell'aglio, caratterizzati dalla presenza di atomi di zolfo (composti organo-solforati), hanno mostrato proprietà chemiopreventive simili a quelle dell'idrossitirosolo. In questo studio si è voluto valutare se alcuni tio-derivati di sintesi dell'idrossitirosolo, caratterizzati dalla presenza sulla stessa molecola della funzionalità catecolica (caratteristica dell'idrossitirosolo) e tiolica (tipica dei composti organo-solforati) avessero un effetto chemiopreventivo maggiore rispetto all'idrossitirosolo. **MATERIALI E METODI:** I 3 tio-derivati (tio-acetato, tiolo e disulfide) (Figura 1A), sintetizzati a partire dall'idrossitirosolo attraverso una procedura precedentemente pubblicata [M. V. Sepporta, M. Á. López-García, R. Fabiani, I. Maya, J. G. Fernández-Bolaños. Eur. J. Pharm. Sci. 48 (2013) 790–798.], sono stati testati al fine di valutare sia la loro attività anti-proliferativa su cellule tumorali derivate da carcinoma del colon umano (HCT116 e SW480) che il loro potere preventivo nei confronti del danno al DNA indotto da un agente ossidante (H_2O_2) sui linfociti (PBMC) isolati dal sangue periferico umano. La proliferazione cellulare è stata valutata mediante il test dell'MTT e il danno al DNA attraverso il "Comet assay". Nel primo caso le cellule sono state seminate in piastre da 96 pozzetti in terreno D-MEM completo in assenza e in presenza di crescenti concentrazioni dei composti in esame e dopo 96 ore di incubazione è stata determinata la densità cellulare. L'effetto anti-genotossico è stato determinato dopo 30 min di incubazione dei PBMC con varie dosi di H_2O_2 in assenza e in presenza dei composti in esame alla concentrazione di 1 μM . **RISULTATI:** I risultati riportati in Figura 1 B e 1C, in cui è mostrato l'effetto antiproliferativo dell'idrossitirosolo e dei 3 tio-derivati nelle due linee cellulari studiate, indicano che nelle cellule HCT116 il disulfide è risultato più attivo rispetto agli altri 2 composti di sintesi e in particolare molto più attivo rispetto all'idrossitirosolo (Figura 1B). Infatti, la concentrazione necessaria per provocare una inibizione della proliferazione del 50% ($\text{IC}_{50}\%$) è risultata pari a 25 μM per il disulfide e pari a 100 μM per l'idrossitirosolo. Nel caso delle cellule SW480, i 3 composti di sintesi avevano un effetto anti-proliferativo simile tra loro, ma anche in questo caso molto più evidente rispetto all'idrossitirosolo (Figura 1C). Infatti i valori di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

IC50% per i tio-derivati rientrano nell'intervallo di concentrazione compreso tra 15-20 μM , mentre l' IC50% per l'idrossitiroso è risultata pari a 70 μM .

Per quanto riguarda il danno al DNA, come si può osservare dalla Figura 2, a basse dosi di H_2O_2 (40 e 80 μM) i diversi composti di sintesi e l'idrossitiroso hanno mostrato un effetto anti-genotossico simile. Alla concentrazione più alta (160 μM), invece, l'idrossitiroso è stato in grado di ridurre il danno in maniera lieve e non statisticamente significativa al contrario dei tio-derivati che hanno ridotto il danno di oltre il 50%, tra questi il tiolo è risultato quello più attivo (73% di riduzione). CONCLUSIONI: I dati ottenuti indicano chiaramente che i tio-derivati di sintesi possiedono attività chemiopreventive più potenti rispetto all'idrossitiroso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 712

IL SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE: IL PROCESSO DI COSTRUZIONE DI UN PERCORSO ORGANIZZATO PER LA GESTIONE DELL'EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELL'ESPERIENZA DELL'ASL NAPOLI 2 NORD

A. Parlato 1, P. Fallace 2, G. Lampitelli 3, E. Bianco 4

1 *Direttore UOC Epidemiologia e prevenzione ASL Napoli 2 Nord*

2 *Responsabile UOS Educazione alla Salute ASL Napoli 2 Nord*

3 *Psicologa tirocinante UOS Educazione alla Salute ASL Napoli 2 Nord*

4 *Direttore Dipartimento di prevenzione ASL Napoli 2 Nord*

INTRODUZIONE: Obiettivo principale di un'Azienda Sanitaria Locale è quello di salvaguardare e promuovere il patrimonio di salute della popolazione.

Il monitoraggio epidemiologico assicura la conoscenza del contesto territoriale, dei problemi di salute emergenti, dei bisogni sottesi, delle risorse disponibili, dell'esito delle azioni sanitarie e sociali intraprese al fine di programmare azioni sanitarie mirate al benessere della popolazione.

Il Dipartimento di Prevenzione detiene la responsabilità tecnica dei programmi e delle iniziative di educazione alla salute e integra la propria azione con i Distretti sanitari avvalendosi della loro organizzazione e operatori per realizzarli.

L'opera di educazione alla salute mira a stimolare la responsabilità individuale delle persone sulla propria salute e sulle proprie scelte. In tal senso rappresenta un investimento a lungo termine verso il miglioramento della qualità della vita degli individui, della riduzione dell'incidenza delle malattie croniche e della spesa sanitaria conseguenziale. Per questo è indispensabile valorizzare e governare la funzione "Educazione alla salute". **MATERIALI E METODI:** L'attuazione di interventi di promozione ed educazione alla salute richiede l'attivazione di un idoneo processo di programmazione e un'elevata professionalità degli operatori impegnati.

Per fronteggiare adeguatamente tali esigenze organizzative l'ASL Napoli 2 Nord, ha adottato una metodologia partecipata del governo della funzione e, mediante delibera aziendale, ha istituito un Centro di Documentazione di educazione alla salute ed ha costituito un Tavolo Tecnico finalizzato alla programmazione delle attività di Promozione della Salute. Principale fonte di riferimento normativo è stata la DGR n. 1584/2005 con cui la Regione Campania aveva emanato l'Atto di indirizzo per le AA.SS.LL. in materia di Educazione alla Salute. Riferendosi alle normative vigenti e alla letteratura più accreditata, il documento fornisce riferimenti scientifici ed indicazioni metodologiche, delinea, inoltre, un modello organizzativo che possa efficacemente rispondere all'esigenza di implementare l'attività di Educazione alla Salute nelle ASL della Regione: "La ricerca scientifica, la normativa nazionale e regionale, nonché le indicazioni dell'OMS (...) hanno sottolineato che l'educazione sanitaria è un'attività diffusa, di tutti gli operatori del SSN, che si realizza contestualmente agli specifici compiti che ciascun operatore svolge, ma è anche



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

un'attività che si realizza tramite specifiche attività, interventi e progetti, attuati da personale appositamente preposto e con adeguate competenze in tale disciplina" attraverso una struttura aziendale dedicata all'educazione alla salute che assolve... "... i seguenti compiti:

- promozione, coordinamento, sostegno, progettazione e valutazione delle attività di educazione alla salute;

- attuazione di specifici progetti di priorità aziendale in collaborazione con le uu.oo. distrettuali/dipartimentali/ospedaliere;

- azioni di implementazione, sul versante metodologico, dei progetti di educazione alla salute predisposti dai Distretti e dagli altri contesti organizzativi." (D.G.R. n. 1584 del 18\11\05).

Nell'ASL NA 2 Nord la funzione complessa di Educazione alla Salute è stata allocata nell'UOC di Epidemiologia e Prevenzione che la presidia mediante l'adozione di un modello organizzativo a cui partecipano coralmemente, con un loro referente, tutte le articolazioni aziendali in un Tavolo tecnico a salvaguardia della trasversalità della funzione dell'educazione alla salute.

Ciascun referente a sua volta garantisce, isomorficamente la costituzione di gruppi di lavoro a livello locale, a cui vengono chiamati a partecipare i referenti dei diversi Servizi, consentendo così il più capillare fluire della comunicazione e della partecipazione centrifugo/centripeta secondo il modello schematicamente riportato nel seguente Schema A. **RISULTATI:** Il Tavolo tecnico, ufficialmente attivato il 16/2/2014, data di adozione della Delibera che lo ha formalizzato, ha compiti di promozione, coordinamento, progettazione e valutazione delle attività di educazione alla salute e il ruolo di Coordinamento Aziendale di tutte queste attività con l'obiettivo di facilitare l'attivazione di un processo condiviso tra i vari attori della rete aziendale in merito alla promozione della salute partendo dalle emergenze epidemiologiche rilevate.

A oggi il gruppo di lavoro ha prodotto un pacchetto divulgativo formativo a supporto della campagna vaccinale di contrasto alla rosolia congenita, un analogo pacchetto per la prevenzione della Leishmaniosi. **CONCLUSIONI:** Per dare risposta alla condivisa esigenza di condividere linguaggi e riferimenti teorici e metodologici sono stati attivati due corsi di formazione riservati agli operatori di educazione alla salute accreditati ECM. È inoltre attiva una rubrica periodica via mail: "Sapere in briciole" attraverso la quale i componenti del tavolo tecnico si scambiano brevi saggi e contributi su tematiche di educazione alla salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 436

MODALITA' DI ACCESSO ALLA SCUOLA IN PROVINCIA DI SONDRIO: STUDIO PER VALUTARE L'EFFICACIA DEL PROGRAMMA PIEDIBUS

L. Cecconami 1, G. Del Nero¹, AC. Fanetti 1, J. Frizza¹, G. Prezioso¹, N. Castelli 1

1 ASL della Provincia di Sondrio, Dipartimento di Prevenzione, Sondrio

INTRODUZIONE:

Sovrappeso, obesità e stili di vita non salutari rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica. In particolare, la loro diffusione tra i bambini è preoccupante in quanto predittori di future condizioni di salute sfavorevoli, considerando l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dall'alta prevalenza delle malattie cronic-degenerative.

L'attività fisica costante è necessaria per contrastare l'insorgenza di sovrappeso e obesità nel bambino. In questo contesto si inseriscono le attività di promozione dell'attività fisica durante il percorso tra la casa e la scuola.

Obiettivo: Nella città di Sondrio il servizio Piedibus è attivo da anni, mentre in altri comuni della provincia deve ancora essere attivato. Il presente studio indaga le modalità di spostamento per raggiungere la scuola da parte dei bambini nella provincia di Sondrio, per valutare l'efficacia del programma Piedibus dove presente e per valutare l'eventualità di inserimento del programma Piedibus nei comuni dove non esiste ancora. **MATERIALI E METODI:** Lo stesso giorno di novembre 2013 ai bambini delle scuole elementari sono stati somministrati 1229 questionari nella città di Sondrio e 2218 questionari ai bambini delle scuole situate negli altri comuni. Il giorno della somministrazione del questionario il tempo era sereno. **RISULTATI:** I risultati indicano che a Sondrio il 65% dei bambini accede alla scuola a piedi o in bicicletta. L'adesione al Piedibus è tuttavia scarsa (6%). Negli altri comuni, i bambini che accedono a piedi o in bicicletta a scuola rappresentano il 36% del totale. **CONCLUSIONI:** Lo studio permette di identificare aree geografiche con caratteristiche diverse. A Sondrio i bambini che accedono a piedi a scuola sono molti e l'impatto del Piedibus è limitato. Al contrario, negli altri comuni l'accesso alla scuola a piedi o in bicicletta è limitato e appare utile proporre programmi di promozione della salute quali il Piedibus.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 028

PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI NEGLI ADOLESCENTI: IL PROGETTO GOVERNO CLINICO DELL'ASL DELLA PROVINCIA DI PAVIA IN COLLABORAZIONE CON I PEDIATRI DI FAMIGLIA

S. Nieri 1; L. Camana 1; C. Martinotti 1; G. Rosa 1; E. Frisone 1; G. Fontana 1

1. Azienda Sanitaria Locale della provincia di Pavia

INTRODUZIONE: Le linee guida dell'O.M.S. sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno tra frutta e verdura, ritenute adeguate per il corretto apporto di fibre e sali minerali e per limitare la quantità di calorie introdotte, prevenendo il sovrappeso. E' inoltre raccomandata agli adolescenti l'assunzione di una adeguata colazione e la riduzione consistente del consumo di bevande zuccherate e gassate.

L'attività fisica è un fattore decisivo per mantenere o migliorare la salute dell'individuo, in quanto in grado di ridurre il rischio d'insorgenza di molte malattie cronico-degenerative e, secondo le indicazioni dell'OMS, si consiglia che i ragazzi si dedichino ad attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora.

Nella Provincia di Pavia operano 59 Pediatri di Famiglia (PdF) che assistono 47.000 bambini; la pediatria di famiglia, in un territorio vasto come quello provinciale, è organizzata prevalentemente in moduli di rete e collabora con l'ASL in numerosi progetti per la promozione di stili di vita sani. L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) dei Pediatri dispone (art. 58 comma 15) che sia istituita una quota capitaria regionale per finanziare progetti di Governo Clinico. Tale incentivo è vincolato, ogni anno, al raggiungimento di obiettivi generali definiti negli Accordi Integrativi Regionali a loro volta declinati nei singoli Accordi Aziendali tra Azienda Sanitaria Locale e Organizzazioni Sindacali rappresentative a livello locale.

Per l'anno 2014 Regione Lombardia ha individuato per i PdF, tra gli obiettivi prioritari, il potenziamento delle attività di prevenzione. **MATERIALI E METODI:** In linea con gli obiettivi regionali l'ASL di Pavia ha voluto sviluppare una campagna per promuovere stili di vita sani fra gli adolescenti, focalizzando l'attenzione sui benefici che derivano da una corretta alimentazione e dallo svolgimento di un'adeguata attività fisica. A tale scopo è stato posto l'obiettivo di integrare i periodici bilanci di salute rivolti ai ragazzi assistiti, l'ultimo dei quali - il decimo - si colloca nella fascia di età tra 11 e 13 anni, chiedendo ai pediatri di affrontare, durante la visita, argomenti mirati a promuovere stili di vita sani. Nello stesso tempo si è sfruttata l'occasione per raccogliere dati riguardanti lo stato di salute (BMI, attività fisica, etc) della popolazione in carico. L'ASL di Pavia si è dotata, nel proprio sito web, di un'area informatizzata a ingresso sicuro per i PDF, accessibile tramite autenticazione da parte di ciascun medico.

Il medico può scaricare dal sito: modulistica aggiornata, normative d'interesse, materiale didattico e documentazione riferita a progetti in corso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'area interattiva è inoltre utilizzata per la rendicontazione di progetti aziendali con inserimento diretto del dato da parte del medico. **RISULTATI:** Ogni pediatra aderente al progetto di Governo Clinico si è impegnato a sensibilizzare gli assistiti in carico di età 11-13 anni, in occasione delle viste di controllo in ambulatorio, attraverso un colloquio individuale mirato entrando nel merito della tipologia e frequenza dei cibi assunti, sottolineando l'importanza del consumo di frutta e verdura e, di contro gli effetti nocivi dei cibi inadeguati anche nell'ottica di prevenire lo sviluppo di futuri disturbi del comportamento alimentare, quali anoressia e bulimia.

Nel promuovere l'attività fisica il PdF valuterà il tempo dedicato all'attività fisica extrascolastica ricordando i benefici del movimento a fronte dei rischi legati alla sedentarietà.

Durante il colloquio il pediatra toccherà anche argomenti relativi all'utilizzo di sostanze tra le quali anche alcool e tabacco.

Anche allo scopo di documentare l'attività svolta, il Pediatra in occasione del Bilancio di salute n.10 (11-13 anni), registrerà in Area Interattiva i dati anagrafici, il BMI, la Pressione Arteriosa Sistolica e Diastolica, la tipologia dell'attività sportiva eventualmente effettuata, il numero di ore settimanali di attività fisica e l'eventuale iscrizione a società sportive. Le informazioni così raccolte confluiranno nella Data-Base Aziendale (DBA) e potranno essere utilizzate per studi epidemiologici.

Il progetto prevede che i PdF si impegnino almeno a valutare il 90 % dei ragazzi 11-13 a loro in carico tra quelli in fascia di età che non sono già stati valutati nel corso del 2012 e 2013.

CONCLUSIONI: Al momento attuale il progetto è in corso.

Nel mese di marzo 2014 si è sviluppato il software necessario per l'inserimento dati da parte di Pediatri e il progetto ha preso avvio nel successivo mese di aprile; si attende un numero stimato di circa 40 ragazzi valutati per ogni pediatra aderente. Nel DBA sono già confluiti i dati di 89 ragazzi inseriti da 21 pediatri. Nel mese di ottobre del corrente anno l'ASL di Pavia sarà in grado di produrre i risultati riferiti all'attività di 6 mesi di progetto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 074

ABITUDINE AL FUMO: ANALISI DELLE CONOSCENZE SULLA SIGARETTA ELETTRONICA IN DUE POPOLAZIONI DI STUDENTI ISCRITTI ALL'UNIVERSITÀ DI PAVIA. NOTA 3.

C.Gallotti 1, G.Tettamanti 1, M.Macchi 1, A.Varetta 1, M.Arpesella 1, M.S.Laddomada 1

1. Università degli Studi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Unità di Igiene, Pavia

INTRODUZIONE: Il rapporto annuale sul fumo pubblicato nel 2013 dall'OSSFAD (Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità) descrive il fenomeno della sigaretta elettronica in crescita: in Italia i consumatori sono circa 1 milione (stima per difetto), il fatturato del 2012 è di 350milioni di euro e il totale dei punti vendita dedicati alla fine del 2012 ammonta a circa 1.500.

Il 91.2% degli Italiani dichiara di essere a conoscenza della sigaretta elettronica, il 10.2% dice di volerla provare, il 3.2% dichiara di utilizzarla occasionalmente, l'1% di utilizzarla regolarmente.

Scopo del seguente lavoro è quello di esaminare in due popolazioni di studenti iscritti all'Università di Pavia il livello di conoscenza relativo alla sigaretta elettronica e la prevalenza di utilizzo di questo dispositivo. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto su due popolazioni di studenti afferenti all'Università degli Studi di Pavia, la prima costituita da 226 futuri medici e la seconda da 145 studenti del corso di laurea in Scienze motorie.

Per la rilevazione dei dati è stato autosomministrato un questionario costruito basandosi sui dati forniti annualmente nei rapporti OSSFAD. **RISULTATI:** Tra gli studenti di Medicina la prevalenza di fumatori è risultata pari a 11.95%, quella di ex-fumatori pari a 6.64% e di non fumatori pari a 81.42%, mentre per gli studenti di Scienze motorie la prevalenza di fumatori, di ex-fumatori e di non fumatori è risultata pari rispettivamente a 31.72%, a 8.28% e a 60%.

La quasi totalità degli studenti esaminati dichiara di conoscere la sigaretta elettronica: il 100% dei fumatori e degli ex-fumatori e il 98.91% dei non fumatori fra i futuri medici; il 93.48% dei fumatori, il 100% degli ex-fumatori e dei non fumatori tra gli studenti di Scienze motorie.

Nello Schema 1 sono riportati i risultati relativi all'utilizzo della sigaretta elettronica e/o all'intenzione di provarla. In entrambi i gruppi di studenti il confronto tra fumatori, ex-fumatori e non fumatori ha evidenziato una differenza statisticamente significativa (test χ^2 di Pearson, $p=0.00000$).

Le credenze relative alla sigaretta elettronica, rilevate rispettivamente tra i fumatori e i non fumatori (comprendenti questi ultimi gli ex-fumatori) dei due gruppi di studenti, sono risultate in complesso statisticamente non differenti ad eccezione dell'affermazione "la e-cig fa più male delle sigarette tradizionali" per gli studenti di medicina, in cui i fumatori sono convinti di una maggiore nocività della sigaretta elettronica rispetto a quella tradizionale (test χ^2 di Pearson, $p=0.0007$) (Tabella1).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda l'opinione sulla possibilità di estendere il divieto di usare la sigaretta elettronica in luoghi pubblici chiusi è risultato che si dichiarano molto favorevoli tra i futuri medici il 58.70% dei non fumatori e il 53.33% degli ex-fumatori e solo il 33.33% dei fumatori, mentre tra gli studenti di Scienze motorie rispettivamente il 33.33% dei non fumatori e degli ex-fumatori e il 13.04% dei fumatori. **CONCLUSIONI:** L'analisi dei dati evidenzia che:

- in linea con i dati nazionali, le popolazioni indagate conoscono la sigaretta elettronica;
- la prevalenza di chi ha provato la sigaretta elettronica, tra gli studenti esaminati, non è inferiore al 10%, valore di gran lunga superiore al 3.2% del dato nazionale. Tuttavia la sigaretta elettronica viene utilizzata abitualmente solo da 1 studente nel gruppo dei futuri medici (7% degli ex-fumatori) e da 2 studenti nel gruppo degli iscritti a Scienze motorie (4% dei fumatori);
- per quanto riguarda le credenze, è interessante notare che non si rileva una differenza statisticamente significativa tra fumatori e non fumatori in entrambi i gruppi, escludendo tra i futuri medici dell'affermazione "la e-cig fa più male delle sigarette tradizionali", ritenuta vera in maggior misura dai fumatori. È generalmente ritenuto vero che la sigaretta elettronica permette di fumare anche dove non è consentito e che faccia meno male delle sigarette tradizionali perché non vi è combustione di tabacco. Sono generalmente ritenute false le affermazioni che sostengono che la sigaretta elettronica sia un buon metodo per smettere di fumare, che sia più dannosa delle sigarette tradizionali e che non faccia alcun male alla salute;
- nonostante la prevalenza di chi si dichiara molto favorevole all'estensione del divieto di fumare la sigaretta elettronica nei luoghi pubblici chiusi sia inferiore in entrambi i gruppi tra i fumatori, il dato relativo ai futuri medici è di gran lunga superiore a quello nazionale (13%), probabilmente per una maggiore consapevolezza in questi studenti dei possibili danni derivanti dal fumo passivo.

Dall'analisi dei dati emerge la necessità di un intervento educativo in entrambe le popolazioni di studenti esaminati per migliorare ulteriormente le loro conoscenze relative alla sigaretta elettronica, anche se queste si sono rivelate superiori a quelle attese sulla base dei dati nazionali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 602

IL CAMBIAMENTO DELLE ABITUDINI TABAGICHE NEGLI STUDENTI DI MEDICINA: I RISULTATI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO

G. Licitra 1; L. Borsari 1; E. Carluccio 1; M.C. Rompianesi 1; E. Ferretti 1; E. Arcolin 1; E. Bisaccia 1; M. Favale 1; M. Bocchi 2; A. Capici 2; A. Canello 2; F. Campanella 2; G. Tettamanti 2; R. Palladino 2; M. Passaro 2; R. Bellopede 2; S. Parisi 2; V. Restivo 2; A. Ricciardi 2; L. Pennacchietti 2; G. Andreoli 3; S. Rovesti 4; S. Storani 1.

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia; 2 Consulta Specializzandi Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti), (Pavia, Verona, Ancona, Napoli e Palermo); 3 Direzione Sanitaria Ospedale Santa Maria Bianca di Mirandola, AUSL Modena; 4 Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

INTRODUZIONE: Il riscontro di una prevalenza dell'abitudine tabagica maggiore fra gli studenti iscritti alle professioni sanitarie rispetto alla popolazione generale (22,4%-44% vs 19,6%-22,4%, Doxa, 2013), e il fatto che solo il 3,5% degli studenti di medicina dichiara di aver ricevuto un training sulle metodiche di cessazione dal fumo (La Torre, 2012), pone una criticità nella formazione dei futuri operatori sanitari nonché promotori di salute. Lo studio, in collaborazione con la Consulta dei Medici in Formazione specialistica di Igiene (Siti), si propone di: valutare l'eventuale modifica delle conoscenze e degli atteggiamenti rispetto al fumo ed indagare la prevalenza dell'abitudine tabagica, a seguito di un intervento di formazione specifica sul counselling antitabagico, degli studenti di Medicina nel corso di due anni di frequenza. **MATERIALI E METODI:** Si è trattato di uno studio longitudinale prospettico della durata di 2 anni. Ad inizio 2012 è stata condotta un'indagine conoscitiva, mediante somministrazione di un questionario agli studenti del quarto anno di corso di Medicina e Chirurgia in sei Atenei italiani: Modena, Pavia, Verona, Napoli, Ancona e Palermo. Il questionario ha indagato: sia la prevalenza dei fumatori fra gli studenti, che le conoscenze in merito alla tabaccologia e alle tecniche di cessazione specifiche. L'indagine è stata seguita da una formazione in situ sul counselling e le tecniche di somministrazione dell'avviso breve al paziente tabagista, composta di 2 moduli di 4 ore ciascuno. Tale formazione, nel secondo modulo, prevedeva l'assegnazione randomizzata o al braccio di intervento basato su role-playing e problem-based learning (CASI), o al braccio che utilizzava un metodologia didattica frontale (CONTROLLI). A distanza di 24 mesi è stato somministrato lo stesso questionario iniziale. I dati sono stati elaborati con package SPSS 22.0. **RISULTATI:** All'indagine iniziale hanno aderito 635 studenti pari al 51 % degli iscritti agli anni IV. La prevalenza totale di studenti fumatori è risultata del 17,3 %. Di questi, all'indagine post hanno risposto 158 studenti per cui il linkage è stato possibile con il 24,9% del campione (con proporzione di drop out del 75,1%). Fra coloro che hanno partecipato sia alla prima che alla seconda somministrazione del



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

questionario, 19 hanno partecipato al corso di formazione sul counselling (15,2%). All'inchiesta pre i fumatori erano il 10,7% (n = 11) e 10,7% (n = 11) erano ex fumatori da almeno 6 mesi. Nella fase post i fumatori erano il 12,3% e gli ex fumatori l'11,3% (n.2 hanno smesso di fumare). In merito alle competenze tabaccologiche, si è riscontrato un netto miglioramento nelle conoscenze soprattutto rispetto al tema delle terapie farmacologiche e non, finalizzate alla cessazione dell'abitudine tabagica, tra la prima e la seconda somministrazione ($p < 0.05$). Anche la conoscenza dei centri anti fumo della propria città è risultata aumentata, pur rimanendo piuttosto scarsa, dal 26,3% al 37,6% ($p < 0.05$).

I risultati più marcati ed interessanti si sono rilevati tra gli studenti che hanno frequentato il corso sul counselling: in questo sottogruppo è stato registrato un aumento del 55,3% delle risposte esatte fra pre e post ($p < 0.01$). CONCLUSIONI: Il dato certamente più sorprendente dello studio è la bassa prevalenza di fumatori nelle indagini pre e post rispetto ai valori della popolazione generale; l'evidenza del lieve aumento dei fumatori e degli ex fumatori è plausibile con l'alto numero di tentativi di smettere, seguiti da brevi periodi di astinenza che caratterizza l'età e la categoria del campione. Interessante è anche il dato che i fumatori e gli ex fumatori siano stati più sensibili alla proposta della formazione rispetto alla proporzione dei campione (50% del totale), possibile evidenza dell'attivazione di un percorso motivazionale negli studenti che ha trovato rinforzo nella nostra proposta. I limiti principali dello studio sono rappresentati dal basso numero di linkage pre-post (24,9%) e dalla limitata adesione all'intervento formativo, entrambi dovuti, fra l'altro, all'uscita dallo studio degli atenei di Ancona e Palermo. I partecipanti hanno espresso alto gradimento rispetto alla proposta; dalla maggioranza di essi è emersa la necessità che la formazione universitaria introduca un modulo specifico sulla tabaccologia e un training interattivo sulle tecniche di cessazione del fumo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 483

LA PROGETTUALITÀ IN TEMA DI EDUCAZIONE SESSUALE DEGLI ADOLESCENTI: IL PUNTO DI VISTA DEI GENITORI. PROGRAMMA DI PREVENZIONE E DI PROMOZIONE DELLA SALUTE IN TEMA DI AFFETTIVITÀ E SESSUALITÀ NELLE SCUOLE SECONDARIE DI I° E II° DELLA PROVINCIA DI TARANTO

C. Licomati¹; M.R. Dinoi¹; M. T. Vinci¹; R. Lattarulo¹; R. Coniglio¹; W. Liuzzi¹; T. Battista¹; A. Menna¹; R. Stifini¹; M. G. Lentini¹; K. Pierri¹; I. Di Giovanna¹; M. Valente¹; F. Picaro¹; V. Calò¹; A. Pesare¹.

¹Azienda Sanitaria Locale, Taranto

INTRODUZIONE: L'adolescenza si contraddistingue per i rapporti controversi tra genitori e figli, infatti la definizione dell'individualità negli adolescenti, comporta un ascolto diverso di quelle che sono le esigenze emergenti da parte dei genitori. Conoscere il punto di vista dei genitori sui temi dell'educazione sessuale rappresenta, quindi, la base di partenza per l'avvio di un progetto dedicato attraverso il quale comprendere le esigenze di formazione e di informazione dei ragazzi e allo stesso tempo fornire un modello relazionale per gli stessi genitori. Oggi l'obiettivo finale è quello di rendere essi più consapevoli del ruolo educativo che potrebbero avere nei confronti dei propri figli e al contempo, stimolare la loro collaborazione con il mondo della scuola. **MATERIALI E METODI:** In linea col Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole, il Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Taranto ha sviluppato, nell'anno scolastico 2013-2014, il programma di prevenzione "Affettività e Sessualità" che ha visto la partecipazione di 789 genitori di scuola secondaria di I° e II°, di cui 581 di genere femminile e 202 maschile, con un'età media di 44 anni. A ciascun genitore è stato somministrato un questionario, in forma anonima, da restituire alla scuola in busta chiusa; inoltre è stata consegnata una lettera informativa con relativo consenso affinché il ragazzo potesse prendere parte agli incontri compilando in seguito un questionario anonimo. **RISULTATI:** Dall'analisi delle risposte è emerso come il 40% svolga la professione di casalinga, con un titolo di studio relativamente basso; in più il 44% ha frequentato la scuola secondaria di I° e l'11% è in possesso di laurea.

Alla domanda n° 1 "secondo lei è importante che i genitori educino all'affettività e sessualità?" , il 96,1% ha risposto in modo affermativo, in quanto ciò sviluppa nei ragazzi la capacità di vivere adeguatamente la sessualità inserita in un progetto globale di evoluzione.

Di particolare interesse è la risposta fornita alla domanda n° 3 quando viene chiesto loro "si sente adeguatamente preparato ad affrontare l'educazione sessuale di suo figlio?" infatti a fronte di un 65,4% assertivo, il 33,3% conferma come il problema di fondo di questo argomento sia trovare un linguaggio appropriato per ragazzi di questa età e di come ci sia imbarazzo nel trattare alcuni argomenti e ciò ha avuto una maggiore rilevanza su quei genitori con un titolo di studi inferiore. Ecco il presupposto da cui nasce il connubio tra scuola, esperti e famiglia. Ci sorprende



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

favorevolmente e ci conforta sapere che il 65% dei genitori ritiene che ci sia un'età specifica per fare educazione sessuale, tra i 12-15 anni, e che fautrice di questa informazione sia per prima la famiglia (34,47%) supportata dal contesto scolastico e dagli esperti (53,61%). Per il 74% dei genitori è più importante dare informazioni piuttosto che trasmettere contenuti affettivi, emotivi e relazionali e gli stessi approvano come la scuola e gli esperti rappresentino l'interlocutore a cui spesso i ragazzi si rivolgono per risolvere dubbi e avere maggiori informazioni. **CONCLUSIONI:** Dall'indagine è emerso come, rispetto al passato, i genitori siano più consapevoli dell'importanza di una buona educazione all'affettività e alla sessualità dei propri figli. L'educazione sessuale è infatti un processo complesso e delicato che dovrebbe essere avviato fin dai primi momenti relazionali tra genitore e figlio. Non è solo parlando esplicitamente ai bambini che li si educa alla sessualità ma soprattutto con un atteggiamento accogliente e pronto all'ascolto. Appare inoltre evidente il ruolo cruciale rivestito dalla scuola, come agenzia educativa, la quale, grazie alla collaborazione di esperti in ambito sanitario (ginecologi, sessuologi), si fa promotrice del benessere e della salute degli adolescenti attraverso interventi formativi/informativi mirati che riducano i comportamenti a rischio e sviluppino nei ragazzi la capacità di fare scelte autonome e responsabili.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 229

INDAGINE SU CONSUMI DI ALCOOL, COMPORTAMENTI SESSUALI E INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENTE DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

R.M. Limina¹, M. Capelli², A. Matteelli³, G. Sulis³, G. Toninelli², A.C. Carvalho³, C. Bonfanti⁴, A. Caruso⁴, F. Donato¹ e Gruppo Studio Clamigon

1 Unità di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica - Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia, Brescia

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia, Brescia

3 Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia, Brescia

4 U.O. Virologia e Indagini Microbiologiche-Microbiologia e virologia - Dipartimento Medicina Molecolare e Traslazionale, Università degli Studi di Brescia, Brescia

INTRODUZIONE: Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) sono molto diffuse, soprattutto nella fascia d'età 15-25 anni. L'assunzione di bevande alcoliche, a causa dell'effetto di disinibizione e di riduzione della capacità di valutare i rischi, può portare il soggetto ad assumere comportamenti sessuali considerati ad elevato rischio di contrarre le IST. **MATERIALI E METODI:** Lo studio si poneva l'obiettivo di valutare le associazioni tra il consumo di alcool, i comportamenti sessuali e l'esito dei test diagnostici per *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* in adolescenti che frequentano le scuole secondarie di 2° grado della provincia di Brescia.

A tal fine è stata condotta un'indagine campionaria su di un campione casuale di studenti maggiorenni nell'anno scolastico 2012/2013. In ciascuna scuola coinvolta sono stati effettuati incontri informativi sulle IST, al termine dei quali è stato consegnato il modulo di consenso informato, un questionario per la raccolta di dati anagrafico-comportamentali e un kit per la raccolta di un campione di urine. L'identificazione di *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* è stata effettuata con un test di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT).

Il questionario prevedeva domande sul consumo di alcolici almeno una volta alla settimana, sulla frequenza di episodi di binge drinking (almeno 5 bicchieri nella stessa occasione) e ubriacatura nel mese precedente, e sui comportamenti sessuali, concernenti il numero di partner nella vita e nei sei mesi precedenti e l'uso del profilattico.

Per valutare associazioni tra consumo di alcolici, caratteristiche demografiche, comportamenti sessuali ed esito dei test per *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*, sono stati utilizzati metodi statistici uni- e multivariati, utilizzando modelli di regressione logistica per stimare gli odds ratio (OR) come misure di associazione. Tutti i test statistici erano a due code, con una soglia di 0,05 per rifiutare l'ipotesi nulla, con intervalli di confidenza al 95%. **RISULTATI:** Sono stati contattati in totale 4.960 studenti. Il 62,8% di questi ha aderito allo studio e di essi 2.718 hanno fornito un campione di urina adeguato per l'analisi e un questionario compilato in modo corretto. Il 91,9% del campione è



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nato in Italia, 58,9% è di genere femminile, il 36,4% residente a Brescia, con un'età media di 18,4 anni. Nessun campione di urine è risultato positivo per *N. gonorrhoeae*, invece la prevalenza dell'infezione da *C. trachomatis* è dell'1,7% (IC 95% 1,2-2,4). La maggior parte degli studenti partecipanti ha avuto rapporti sessuali (75,8%), le femmine in proporzione maggiore rispetto ai maschi (80,8% vs 68,5%), con età media al primo rapporto sessuale di 16 anni. Più della metà (56,9%) ha avuto due o più partner sessuali nel corso della vita. L'87,9% del campione era stato sessualmente attivo nei sei mesi precedenti all'indagine e di essi il 27,4% ha dichiarato di aver usato sempre il profilattico. Il 57% non ha utilizzato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale. Si è osservato un forte aumento del rischio di avere l'infezione in chi aveva avuto almeno due partner sessuali (OR 6,8; IC95% 1,5-30,2) e in chi non aveva usato sempre il profilattico (OR 5,5; IC95% 1,3-23,3) nei sei mesi precedenti. Per quanto riguarda il consumo di alcolici nell'ultimo mese, circa la metà del campione (42,8%) ha riferito di aver consumato alcolici abitualmente (53,7% dei maschi e 34,4% delle femmine), il 28% episodi di binge drinking (39% dei maschi e 20,2% delle femmine) e il 22% di ubriacatura (27,8% dei maschi e 17,9% delle femmine).

CONCLUSIONI: Tra gli studenti maschi, la proporzione di coloro con almeno un episodio di binge drinking o ubriacatura nel mese precedente è significativamente maggiore tra chi è attivo sessualmente, ha avuto due o più partner sessuali nella vita o negli ultimi sei mesi (tabelle 1 e 2). La proporzione di maschi positivi al test per *C. trachomatis* è significativamente maggiore tra coloro che hanno riferito episodi di binge drinking e/o ubriacatura nel mese precedente (80 vs 45,2% e 70 vs 33,4%, rispettivamente). Tra le femmine si osservano risultati analoghi, anche se le associazioni tra uso e abuso di alcol e comportamenti sessuali appaiono più deboli per il ridotto numero di studentesse che consumano alcolici.

L'aver avuto due o più partner nella vita è associato ad un aumento del rischio di consumo abituale di alcolici, episodi di binge drinking e di ubriacatura, con OR di 1,9 (IC 95% 1,5-2,3), 1,8 (1,4-2,2) e 2,1 (1,6-2,6) rispettivamente. Non si osservano associazioni significative per le altre variabili concernenti i comportamenti sessuali.

CONCLUSIONI

I risultati della ricerca mostrano che, in entrambi i generi, vi è un'associazione tra il comportamento sessuale e l'uso e abuso di alcolici tra gli adolescenti. Nei maschi anche l'infezione da *C. trachomatis* è risultata essere associata ad episodi di binge drinking e ubriacatura.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 438

INDAGINE CONOSCITIVA SUL RAPPORTO TRA ADOLESCENTI E FUMO DI SIGARETTA NELLA SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO DELLA PROVINCIA TARANTINA: IL PROGRAMMA “LIBERI DI SCEGLIERE”

W. Liuzzi 1; C. Licomati 1; M.R. Dinoi 1; M.T. Vinci 1; C. Nanula 1; N. Pignataro 1; A. Pesare 1
1 Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: Numerosi studi nazionali evidenziano come l'uso di tabacco tra gli adolescenti sia in continuo aumento, focalizzando l'attenzione sull'abbassamento dell'età media della “prima sigaretta”. Lo scopo di questa indagine è stato quello di analizzare l'entità del fenomeno tra gli adolescenti di Taranto e provincia, ponendo l'attenzione sulle pressioni sociali e gli atteggiamenti propri nei confronti del fumo, con l'intento di organizzare interventi di prevenzione più adatti alle esigenze del nostro tempo.

Questa indagine si colloca nell'ambito del Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole e del Programma di Educazione alla Salute Respiratoria e Prevenzione del Tabagismo promosso dall'ARES (Agenzia Regionale Sanitaria) dal titolo “Liberi di Scegliere” che si integra con il Progetto Ministeriale “Guadagnare salute”. **MATERIALI E METODI:** Il programma, rivolto agli studenti di 19 scuole secondarie di I grado della provincia tarantina, ha previsto la partecipazione attiva da parte degli insegnanti, previamente formati dal personale sanitario, che durante l'a.s. 2012-2013 hanno sviluppato una serie di “attivazioni” in classe con l'intento di indirizzare i ragazzi verso scelte libere e consapevoli contro il fumo, valorizzando appunto la figura del “non fumatore”. Per la valutazione è stato somministrato un questionario al Tempo 0 e uno al Tempo 1. I questionari sono stati inseriti in un database (File Maker Pro 9.0v3) e successivamente elaborati con EpiInfo 6.0. **RISULTATI:** Al T0, tra i dati che meritano maggior attenzione, possiamo notare come ci sia una percentuale significativa in cui almeno un membro della famiglia fuma (56%). I luoghi di aggregazione (pub/bar) e la scuola sono quelli in cui si trovano più ragazzi che fumano con percentuali rispettivamente del 18% e dell'8%. Altra informazione da non sottovalutare è quella che vede il 15% dei ragazzi che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita e tra questi la maggior parte ha iniziato a 12 anni. I ragazzi che hanno fumato almeno una sigaretta nell'ultimo mese, si attestano attorno a un dato di gran lunga inferiore a chi non ha mai fumato e l'80% di loro non accetterebbe mai una sigaretta da un amico. Tra tutti gli studenti, un'alta percentuale (38%) pensa che la sigaretta rappresenti un modo per sentirsi adulti e più sicuri di sé. La maggior parte dei ragazzi pensa che i film possano influenzare l'iniziazione all'uso della sigaretta. Non di minor rilevanza è il dato del 12% di chi pensa che in futuro proverà a fumare almeno una sigaretta. Un dato positivo è dato dalla consapevolezza tra i ragazzi, che il fumo di sigaretta sia elemento dannoso per la salute anche in piccole quantità. Dall'indagine conoscitiva, risulta anche che la quasi totalità dei genitori è a conoscenza dello svolgimento del



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

programma svolto, con un'alta percentuale di approvazione dell'iniziativa. **CONCLUSIONI:** Sulla base di tali evidenze ottenute risulta di fondamentale importanza la ricerca di nuove metodologie didattiche utili a migliorare gli atteggiamenti nei confronti di questo problema sociale.

Questo programma ha rappresentato per i ragazzi un valido strumento di riflessione sui problemi legati al fumo di sigaretta e ha aiutato a rinforzare ancora di più la figura del "non fumatore". È necessario quindi sviluppare ulteriori azioni efficaci a livello comunitario e in ambito scolastico attraverso il rafforzamento della rete "sanità pubblica- scuola- famiglia".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 240

HPV-TEST E IMPATTO SULLA PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE: ANALISI DI UN QUESTIONARIO AD HOC

D. Loconsole 1; A.L. De Robertis 2; A. Sallustio 2; A. Morea 2; M. Quarto 1-2; M. Chironna 2

1. Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - BARI

2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - BARI

INTRODUZIONE: L'infezione da HPV è molto frequente nella popolazione sessualmente attiva e si stima che fino al 70% degli adulti possa infettarsi almeno una volta nel corso della vita. Nella maggior parte dei casi l'infezione è transitoria e inapparente, solo in una quota minima di soggetti può persistere causando lesioni all'apparato genito-urinario; inoltre l'infezione da HPV può avere effetti negativi sul benessere fisico, psicologico e relazionale, nonché sulla qualità della vita. E' stata eseguita un'indagine finalizzata a valutare le indicazioni alla richiesta di HPV-test e l'impatto dell'infezione da HPV sulla percezione dello stato di salute. **MATERIALI E METODI:** La popolazione in studio era costituita da donne afferite per la prima volta alla U.O.C. Igiene della Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari nel corso dell'ultimo trimestre del 2012 per effettuare HPV-test.

L'indagine si è svolta tramite somministrazione telefonica di questionario standardizzato anonimo, strutturato in diverse sezioni, ciascuna delle quali indagava uno specifico aspetto della salute relativo alla percezione del problema e della qualità della vita. Sono state escluse le donne che hanno effettuato HPV-test in regime di ricovero ospedaliero o non in grado di eseguire l'intervista.

RISULTATI: Sono state intervistate 200 donne, con tasso di adesione del 77%. L'età mediana delle donne arruolate era di 36 anni (range: 17-71 anni). Il 48% delle donne riferiva HPV-test positivo. Le intervistate hanno riferito di essersi rivolte all'U.O.C. Igiene per effettuare HPV-test su indicazione del ginecologo per presenza di lesioni sospette nel 26,0% dei casi, a scopo preventivo nel 41,6% dei casi, a seguito di Pap-test positivo nel 27,3% dei casi, per altri motivi nel 5,1% dei casi (Figura 1).

Il 92,2% delle donne riferiva di essere a conoscenza dell'esistenza del vaccino anti-HPV, in particolare l'89,2% delle donne HPV positive e il 95% delle donne HPV negative. Le intervistate sono venute a conoscenza dell'esistenza di tale vaccinazione tramite TV/giornali/internet nel 35,2% dei casi, il proprio ginecologo nel 29,6% dei casi, parenti/amici/conoscenti nel 19,7% dei casi ed il medico di medicina generale nel 15,5% dei casi. Il 64,9% delle donne riferiva di essere disposta a vaccinarsi contro l'HPV (il 59,5% delle donne con HPV-test positivo e il 70% delle donne con HPV-test negativo). Il 37,6% delle rispondenti riportava l'esistenza di pregiudizi nei confronti di chi è affetto da tale infezione. Il dato risultava sovrapponibile tra le donne con e senza infezione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'85,7% delle intervistate riferiva di aver informato il proprio partner di essersi sottoposta ad HPV-test. Tra queste, il 69,7% riteneva che fosse giusto informarlo, il 27,3% l'aveva informato su suggerimento del ginecologo e il 3,0% aveva fornito altre motivazioni. Tra le donne che non avevano informato il proprio partner di essersi sottoposta al test, l'81,8% lo aveva fatto perché non aveva una relazione stabile in quel momento, il 9,1% perché pensava che il proprio partner avrebbe pensato di essere stato tradito, il 9,1% perché riteneva di non aver contratto l'infezione per via sessuale.

L'esito positivo di HPV-test ha suscitato sconforto per la possibile evoluzione dell'infezione nel 40,5% delle donne HPV-positive. Il 16,2% delle positive aveva timore di trasmettere l'infezione al proprio partner, il 16,2% riferiva risentimento verso chi l'aveva contagiata, il 13,5% dichiarava di non avere nessun timore per la salute considerata l'esistenza di strumenti di prevenzione e cura delle lesioni e il 5,4% non manifestava alcun sentimento ritenendola un'infezione come tante altre (Figura 2). L'8,1% delle donne con infezione da HPV non aveva informato il partner sessuale della propria condizione, il 33% di queste per mancanza di un partner stabile. L'86,5% delle donne con HPV-test positivo riferiva che tale diagnosi non aveva cambiato la relazione con il proprio partner. **CONCLUSIONI:** Il timore di una possibile evoluzione neoplastica genera nelle donne HPV positive uno stato di ansia. Un terzo delle donne intervistate percepiva l'infezione da HPV come oggetto di pregiudizio. La maggior parte delle donne HPV positive intervistate riferiva di aver comunicato al partner la diagnosi e il 90% circa riferiva che tale diagnosi non aveva cambiato lo stato della relazione con il proprio partner.

I risultati dello studio evidenziano la necessità di una comunicazione più efficace al momento del test sulle caratteristiche dell'infezione da HPV, la possibile trasformazione neoplastica delle eventuali lesioni, il rischio reale e i tempi di evoluzione. Le donne intervistate hanno manifestato un forte bisogno di interazione con la struttura sanitaria pubblica e la necessità di un adeguato counselling e di campagne informative e formative mirate dedicate alla prevenzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 030

EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE FARMACIE DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

S. Monarca¹, M. Villarini¹, M. Moretti¹, L. Dominici¹, M. Peverini¹

¹Università degli Studi di Perugia, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche - Unità di Sanità Pubblica

INTRODUZIONE: Attualmente la figura del Farmacista di comunità sta subendo profonde trasformazioni e sta ampliando le sue competenze nell'ambito della sanità pubblica, attraverso interventi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute. L'emanazione del D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153, "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", ha puntualizzato in maniera netta il ruolo nuovo che le farmacie avranno per quanto riguarda la realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie. Per raggiungere l'obiettivo di migliorare la salute dei cittadini il Farmacista deve acquisire nuove conoscenze scientifiche ed abilità nel campo dell'educazione sanitaria e della sanità pubblica. **MATERIALI E METODI:** A tale scopo è stata effettuata un'indagine mediante un questionario anonimo per rilevare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti nei confronti dell'educazione sanitaria e della promozione della salute in Farmacia ed i bisogni formativi dei titolari o direttori di farmacie private e pubbliche della provincia di Perugia. Inoltre è stata effettuata una rilevazione circa l'organizzazione strutturale e strumentale delle farmacie per favorire la comunicazione tra farmacisti e cittadini e la realizzazione di interventi preventivi efficaci in farmacia. **RISULTATI:** Il questionario è stato distribuito a 122 farmacie pubbliche e private della provincia di Perugia ed è stato compilato da 105 farmacisti tra titolari (76) e direttori (29) con età media di circa 51 anni. In contraddizione con il loro ruolo il 24,8% dei farmacisti ha ammesso di fumare regolarmente. Molta importanza viene data dalla maggioranza degli intervistati agli interventi di educazione sanitaria in farmacia, in particolare da parte dei farmacisti più giovani, e ben l'81% delle farmacisti ha effettuato interventi di educazione sanitaria nell'ultimo anno, anche se solo il 53,3% ritiene che il tempo richiesto per gli interventi di educazione sanitaria sia compatibile con i ritmi della farmacia. Per oltre il 50% del campione, l'educazione sanitaria dovrebbe essere effettuata attraverso interventi personalizzati (colloqui personali) e il 60% dei farmacisti considera fondamentale la presenza di uno spazio dedicato. La quota dei farmacisti che sono a conoscenza dei contenuti del D.Lgs. 153/2009 risulta elevata (82,9%). Nella maggior parte delle farmacie erano presenti strumenti per la rilevazione della pressione sanguigna (99%) e del peso (90,5%), mentre l'angolo della salute destinato ai colloqui era presente nel 71,4% delle farmacie. Solo una modesta percentuale di farmacie utilizzava mezzi di comunicazione più avanzati, quali schermi TV per la divulgazione di informazioni scientifiche (26,2%) e postazioni internet da utilizzare per la valutazione dei profili di rischio o per la compilazione di questionari online (10,5%). **CONCLUSIONI:** I farmacisti della Provincia di Perugia



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

intervistati hanno dimostrato un'elevata attenzione ai temi dell'educazione sanitaria e un notevole impegno in tale attività, in particolare tra i farmacisti più giovani. Permane comunque elevata la percentuale di farmacisti fumatori, in contraddizione con la loro missione educativa e preventiva. Le dotazioni delle farmacie per quanto riguarda le metodologie di comunicazione più avanzate risultano ancora carenti e dovrebbero essere implementate, considerando il crescente ruolo educativo che i farmacisti dovrebbero assumere nella società.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 518

PROMUOVERE STILI DI VITA SANI NELLE FASCE SVANTAGGIATE DI POPOLAZIONE

S. Morgante 1, D. Soave 2, L. Valenari 2, L. Speri 3

1. Servizio Promozione ed Educazione alla Salute – Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 Regione Veneto. Responsabile del programma regionale veneto di promozione dell'attività fisica.

2. Programma regionale veneto di promozione dell'attività fisica (collaboratore)

3. Servizio Promozione ed Educazione alla Salute (Responsabile) – Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 Regione Veneto

INTRODUZIONE: L'equità è un principio fondante del Servizio Sanitario Nazionale ma spesso le comunità più a rischio sono più esposte alle malattie e usufruiscono meno delle azioni preventive. Anche l'emergenza obesità, legata a comportamenti come passare gran parte della giornata seduti e/o mangiare in maniera inadeguata, coinvolge principalmente i gruppi sociali svantaggiati: la sedentarietà è più presente nelle persone con difficoltà economiche o con basso titolo di studio e anche il sovrappeso presenta lo stesso andamento, sia negli adulti che nei bambini (dati Passi e Okkio alla Salute 2012). In Veneto ad esempio la sedentarietà è presente nel 32% delle persone con titolo di studio elementare e scende progressivamente fino al 18% nei laureati. Nei bambini la diffusione dell'obesità è correlata al livello di istruzione della madre (dati Passi e Okkio 2012). Per quanto riguarda la popolazione con patologia psichiatrica, alcuni studi epidemiologici hanno evidenziato un tasso di mortalità 1,6-2,6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale ed un tasso di prevalenza delle patologie croniche (in particolare quelle cardiovascolari e metaboliche) e dei fattori di rischio correlati più elevato rispetto alla popolazione generale, tale da spiegare circa il 60% delle morti premature non dovute a suicidio. La situazione descritta è correlabile a fattori quali stili di vita a rischio, effetti metabolici degli psicofarmaci, scarsa attenzione alla salute fisica da parte degli operatori dei Servizi Psichiatrici e dei pazienti stessi.

Date tali premesse si riportano qui alcune buone pratiche rivolte alle persone socialmente svantaggiate, in particolare alcuni gruppi di origine straniera e di pazienti psichiatrici, messe a punto nell'ambito del Programma MuoverSi, il programma veneto di promozione dell'attività motoria, che attualmente fa capo al Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica della regione (capofila del progetto il Servizio Promozione ed Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione ULSS 20). Il sito del programma è

http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html.

Obiettivo:

Promuovere stili di vita sani nelle fasce svantaggiate di popolazione **MATERIALI E METODI:** Metodi: Per quanto riguarda i pazienti psichiatrici, sin dal 2004 nell'Ulss 20 di Verona è iniziato un progetto pilota di educazione alimentare e promozione del cammino e dell'attività fisica. L'intervento ha compreso incontri formativi su alimentazione e attività fisica, sia con gli operatori che con gli



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

utenti, esercitazioni pratiche, uscite di cammino e laboratori di cucina. Gli operatori del CD hanno raccolto i dati antropometrici, i valori di pressione arteriosa e l'abitudine al fumo riferita, i parametri ematochimici ed alcuni test relativi al funzionamento psico-sociale degli utenti. A questi ultimi è stato anche consegnato un contapassi per le uscite di cammino. Inoltre è stata effettuata una valutazione del servizio mensa, rilevando ordinativi giornalieri e scarti di ortaggi e frutta relativi al pranzo dei pazienti. Il gruppo di cammino si è inserito agevolmente nella routine del centro; questa esperienza ha permesso successivamente altre attività (piscina, palestra) e la realizzazione di iniziative di formazione e di un manuale per gli operatori. Successivamente è stato realizzato, dal 2008 al 2013, il protocollo di ricerca PHYSICO (Physical co-morbidity, poor health behaviour and health promotion), un trial clinico randomizzato controllato che ha coinvolto i pazienti dei 4 servizi psichiatrici veronesi. I soggetti reclutati sono stati divisi in due gruppi, "trattati" e "controlli"; ogni paziente del gruppo di intervento partecipava alle attività per 6 mesi, seguendo le sessioni di educazione all'attività fisica e alla sana alimentazione e le uscite di cammino. PHYSICO ha prestato particolare attenzione alla valutazione analizzando la prevalenza della comorbidità fisica e dei comportamenti a rischio e confrontandola con quella della popolazione generale.

Per quanto riguarda gli stranieri, si è scelto di mirare l'intervento ai bambini in età scolare e attraverso di loro coinvolgere l'intera famiglia. L'approccio scelto è stato quello interculturale, cercando di valorizzare le abitudini di vita comportamentali del paese di origine. Molti di questi bambini provengono ad esempio da realtà dove il gioco in strada rappresenta un'abitudine; questi costumi vanno preservati il più possibile al momento dell'arrivo in un contesto urbanistico e sociale che scoraggia l'utilizzo degli spazi urbani e l'autonomia del bambino tout court: così otterremo il doppio vantaggio di rinforzare il valore attribuito alla cultura d'origine e di proporre ai ragazzini italiani modelli di comportamento virtuosi.

Queste considerazioni hanno portato alla stesura di "Muovimondo", un manuale per gli insegnanti nato dalla collaborazione tra il mondo della sanità e quello della scuola; questa collaborazione ha condotto allo sviluppo di attività didattiche, laboratoriali e di gioco per i ragazzini delle scuole primarie e secondarie di primo grado, con metodologie e contenuti poi raccolti nel manuale. Il testo, scritto insieme a insegnanti e dirigenti della rete Tante Tinte (dell'Ufficio Scolastico Territoriale di Verona), raggruppa una serie di unità didattiche di apprendimento che coinvolgono in modo inter-disciplinare tutte le materie scolastiche e mirano alla promozione del cammino, della bicicletta, dei giochi di movimento, della sana alimentazione attraverso la didattica interculturale. In appendice vi è una raccolta di giochi tradizionali provenienti da diverse culture, che vanno a completare la raccolta di giochi italiani del volume "Patapunfete", e anche 12 giochi di movimento per facilitare l'apprendimento dell'italiano nei bambini non italofoni.

Materiali:

- Articolo "Un intervento di promozione della salute fisica nel Centro di Salute Mentale di Verona Sud"



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/AttivitaMotoria/Dialogo/Dialogo5_08.pdf

- Manuale per la promozione del cammino e degli stili di vita sani nei servizi psichiatrici

http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/AttivitaMotoriaNazionale/Documenti/Manuali/Indirizzi_operativi_psichiatrici.pdf

- "Muovimondo": presentazione, testo scaricabile, testo sfogliabile a video

<http://www.newsletterattivitamotoria.info/index.php?module=Pagesetter&func=viewpub&tid=3&pid=221>

- Gioco dell'oca multi-lingue

<http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/AttivitaMotoria/Materiali/0612-ENERGIE-gioco-oca-A3.pdf>

- Patapunfete

<http://prevenzione.ulss20.verona.it/patapunfete.html>

- Newsletter elettronica del programma MUOVERSI! <http://www.newsletterattivitamotoria.info>

- Altri materiali e video per la promozione del cammino e del movimento

http://prevenzione.ulss20.verona.it/materiali_attmot.html **RISULTATI:** Il progetto pilota di educazione alimentare e promozione del cammino nei pazienti psichiatrici ha coinvolto 17 utenti e 12 operatori del Centro Diurno (CD) di Verona Sud confermando la fattibilità dell'intervento. Gli operatori hanno aderito con entusiasmo all'iniziativa avendo già sottolineato loro stessi l'opportunità di intervenire sugli stili di vita dei pazienti. Potremmo definire il progetto come "nato dal basso", ciò che si è confermato nell'elevato gradimento dimostrato nonostante l'iniziale diffidenza di utenti e operatori. Per quanto concerne il progetto PHYSICO sono stati reclutati oltre 350 soggetti e 14 gruppi di cammino sono stati attivati nei servizi. Le attività pratiche si sono concluse a settembre 2013; le elaborazioni dei dati dello studio sono in corso e saranno disponibili a luglio 2014. E' inoltre previsto ora un nuovo progetto, che verrà lanciato all'evento finale di PHYSICO.

Per quanto riguarda Muovimondo, il manuale è stato pubblicato a fine 2013; sono state distribuite 2500 copie nelle scuole di tutte le ulss del Veneto ed è stata iniziata la formazione degli insegnanti, che proseguirà nell'anno scolastico 2014/15. Un primo evento di formazione ha coinvolto 91 insegnanti e dirigenti di 38 istituti comprensivi della provincia di Verona e alcuni mediatori culturali. Altre iniziative analoghe sono previste in tutte le altre province venete entro settembre 2014. E' stato anche distribuito agli insegnanti contestualmente al manuale un questionario che indaga gradimento ed efficacia di Muovimondo, i cui risultati saranno disponibili a settembre 2014. Contestualmente sta proseguendo la riflessione sull'andare a scuola da soli dal punto di vista delle persone di origine non italiana, mediante approfondimenti e focus group con leader culturali delle varie etnie. Stiamo anche iniziando a progettare la diffusione delle attività educative di Muovimondo nelle diverse comunità attraverso i mediatori culturali. **CONCLUSIONI:** E' sempre più urgente ridisegnare tutte le politiche d'intervento che possono avere impatti diretti o indiretti sulla salute in modo da favorire i gruppi più deboli da un punto di vista socio-economico e



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

culturale, ottenendo, ove sia possibile, la riduzione delle disuguaglianze. Anche il programma Guadagnare Salute è in linea con questo approccio e sottolinea la necessità di un'azione etica per garantire l'equità per tutti i cittadini, creando condizioni sociali ed ambientali senza discriminazioni e proteggendo le fasce più deboli per età (bambini, anziani) e per condizioni socio-economiche. Su questi temi in Italia si sta lavorando solo da pochi anni ma alcune regioni sono attualmente molto coinvolte nella lotta alle disuguaglianze di salute, anche sulla spinta delle indicazioni delle maggiori agenzie sanitarie internazionali, in primo luogo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. E' quindi indispensabile che le competenze di base che possono essere utili per combattere tali disuguaglianze vengano acquisite trasversalmente da tutti i Dipartimenti di Prevenzione e che gli operatori imparino a guardare con occhio attento ad esse qualsiasi problema di sanità pubblica si trovino ad affrontare. I pazienti psichiatrici e i bambini stranieri (e le loro famiglie) rappresentano sicuramente gruppi di popolazione a rischio per quanto riguarda gli stili di vita e necessitano di un intervento personalizzato. E' auspicabile che in futuro tali iniziative vengano continuate, ampliate ed estese anche ad altri gruppi socio-economicamente svantaggiati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 138

PROGETTO DI FORMAZIONE PER I DOCENTI DELLE SCUOLE PRIMARIE STATALI DELLA CITTÀ DI PAVIA: CONTENUTI, METODI E STRATEGIE PER L'INSEGNAMENTO DELL'EDUCAZIONE ALIMENTARE

S. Moro 1, L. Testa 2, E. Porzio 1, P. Mangiarotti 3, M. Rossi 1, C. Roggi 2, G. Turconi 2, L. Maccarini¹

1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Igiene, Università degli Studi di Pavia

2. Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Scienza dell'Alimentazione, Università degli Studi di Pavia

3. Comune di Pavia, Settore Istruzione, Pavia

INTRODUZIONE: È ampiamente dimostrato che un'alimentazione scorretta incide negativamente sullo stato di salute, costituendo un importante fattore di rischio per molte patologie (obesità, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, alcuni tipi di tumore, ecc.) che tendono a manifestarsi non solo in età adulta, ma anche in età infantile. Azioni educative mirate già a partire dall'infanzia consentono di correggere abitudini alimentari inadeguate e a far acquisire comportamenti corretti e duraturi anche nell'età adulta.

Il MIUR nel 2011 ha promosso le Linee Guida per l'Educazione Alimentare nella Scuola Italiana, ma le azioni educative realizzate non sono risultate omogenee né per contenuti né per metodologie di insegnamento, poiché affidate al giudizio e alle attitudini dei singoli insegnanti.

L'Educazione Alimentare, perciò, risulta frammentaria e non uniforme, rischiando, così, di essere svuotata della sua valenza preventiva. Dalla necessità di fornire un supporto ai docenti che si trovano ad affrontare l'insegnamento dell'Educazione Alimentare, nasce l'idea di questo progetto di formazione rivolto agli insegnanti delle scuole primarie statali della città di Pavia.

Gli obiettivi dell'intervento formativo, frutto della collaborazione tra il Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezioni di Scienze dell'Alimentazione e di Igiene - dell'Università di Pavia ed il Settore Istruzione del Comune di Pavia, sono:

- fornire ai docenti una corretta ed esaustiva informazione, chiarire dubbi ed approfondire conoscenze in campo alimentare;
 - supportare i docenti nella definizione dei contenuti e nell'elaborazione di efficaci strategie di insegnamento dell'Educazione Alimentare, privilegiando l'aspetto operativo a quello nozionistico e potenziando interventi interdisciplinari;
 - sperimentare con gli alunni le competenze acquisite e verificare l'efficacia dell'intervento educativo.
- MATERIALI E METODI:** Hanno aderito all'intervento formativo tutti i docenti delle 14 scuole primarie statali della città di Pavia.

Il progetto è suddiviso nelle seguenti fasi:



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- prima fase (da ottobre a marzo 2013): si è articolata in un ciclo di lezioni frontali tenute da ricercatori e docenti universitari esperti in alimentazione, nutrizione e salute.

Gli incontri hanno trattato i seguenti temi: “Gli O.G.M. ed il biologico”, “L’attività fisica del bambino”, “Conservazione ed additivi alimentari”, “Disturbi del comportamento alimentare nei bambini in età scolare”, “Allergie ed intolleranze alimentari”.

- Seconda fase (sviluppata nell’Anno Scolastico 2013-2014): ha previsto una serie di incontri a cadenza mensile tra le maestre ed i docenti dell’Università di Pavia. Nel corso della prima riunione sono stati individuati, tra le maestre, 4 gruppi di lavoro ed è stato loro fornito, attraverso una piattaforma informatica, un elenco di riferimenti bibliografici e sitografici inerenti l’Educazione Alimentare.

La finalità degli incontri successivi è stata quella di definire i contenuti dell’insegnamento di Educazione Alimentare e strutturare strategie didattiche attraverso confronti, discussioni e tecniche di brainstorming, sotto la supervisione tecnico-scientifica del personale universitario.

- Terza fase (Anno Scolastico 2014-2015): sarà dedicata alla sperimentazione dell’intervento educativo e verrà valutata la sua efficacia mediante specifici indicatori. **RISULTATI:** - Nonostante la partecipazione agli incontri formativi caratterizzanti la prima fase del progetto fosse facoltativa, si è registrata la totale presenza degli insegnanti.

- 20 insegnanti, 4 per ogni anno di corso, rappresentanti i 4 Circoli Didattici di Pavia hanno aderito alla seconda fase del progetto.

Dopo un primo incontro dedicato alla formazione dei gruppi di lavoro ed alla distribuzione della bibliografia e sitografia, gli insegnanti, supportati dai docenti dell’Università, hanno progettato dettagliate schede di lavoro relative a tematiche individuate come fondamentali nel processo educativo alimentare, che saranno sperimentate nella terza fase del programma (durante l’Anno Scolastico 2014-2015). **CONCLUSIONI:** La grande partecipazione dei docenti alla prima fase del progetto di formazione dimostra come gli insegnanti sentano l’esigenza di approfondimenti nel campo dell’Educazione Alimentare, materia dalle molteplici implicazioni psico-fisiche e socio-culturali, per poter attuare interventi organici e strutturati nelle proprie classi.

Programmi di aggiornamento continuo possono essere uno strumento adeguato per supportare gli insegnanti in questo tipo di intervento educativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 117

DONNE E ALCOL NELL'ASL SALERNO: RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PASSI" ANNI 2009-2012.

L. Pezzulo¹, M.G. Panico², A. D'Anna², R. Nicolino¹, G. Paoli³

1Dipartimento di Medicina Pubblica Clinica e Preventiva Seconda Università degli Studi di Napoli, 2Servizio Epidemiologia ASL Salerno, 3Dipartimento Scienze Mediche e Preventive Università degli Studi di Napoli "Federico II".

INTRODUZIONE: l'abuso di alcol è una delle cause più rilevanti di morbidità e mortalità nel mondo occidentale. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Un tempo considerato un comportamento quasi esclusivamente maschile, l'uso/abuso di bevande alcoliche sta oggi dilagando sempre più tra le donne a partire già dall'adolescenza. Ciò è tanto più grave in quanto i danni alcol-correlati sono più severi nella donna che nell'uomo in quanto la fisiologia femminile differisce da quella maschile per struttura fisica, corredo enzimatico ed ormonale. In Italia circa il 67% delle donne consuma bevande alcoliche a fronte del 43% degli anni '80 (Ministero della Salute). L'effetto sullo stato di salute non ha tardato a manifestarsi attraverso l'incremento della problematiche e delle patologie alcol-correlate tra le donne. I dati più recenti indicano in circa 13.000 le alcoliste in trattamento presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e in 24.000 all'anno i ricoveri di donne negli ospedali italiani per cause totalmente attribuibili all'alcol (Ministero della Salute). Ogni anno in Italia si stima che, al di sopra dei 20 anni, 25.000 - 35.000 persone muoiono a causa dell'alcol (7.000 donne e 18.000 uomini, anno 2002). **MATERIALI E METODI:** L'obiettivo è quello di stimare la proporzione di donne, della Provincia di Salerno, che consumano alcol e la frequenza di consumo a rischio (binge, consumo fuori pasto e forte consumatore) e valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari riguardo l'uso di alcol.

I dati sono stati rilevati dal Sistema di Sorveglianza Passi, uno studio trasversale di prevalenza effettuato tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato. La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni, iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL Salerno. La dimensione del campione analizzato è di 2025 individui (anni 2009-2012), calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un intervallo di confidenza al 95%. **RISULTATI:** I dati PASSI 2009-2012 indicano che in Provincia di Salerno quasi la metà della popolazione di entrambi i sessi, tra 18 e 69 anni, consuma bevande alcoliche ed il 9% (Pool nazionale PASSI: 17%) abbia abitudini di consumo considerate a rischio (il 2% beve fuori pasto, il 6% è bevitore "binge" ed il 3% è forte bevitore). Per quanto riguarda le donne la percentuale delle bevitrici a rischio è del 5% (Pool nazionale PASSI: 12%) di cui il 2% (Pool nazionale PASSI: 4%) ha bevuto 4 o più unità alcoliche in una singola occasione almeno



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

una volta negli ultimi 30 giorni (binge). Il 4% (Pool nazionale PASSI: 3%) delle donne dichiara, inoltre, di aver guidato, nell'ultimo anno, almeno una volta sotto l'effetto dell'alcol.

In Provincia di Salerno il 12% degli operatori sanitari si informa sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e solo il 10% consiglia di ridurre il consumo di alcol nei consumatori di unità elevate di alcol. **CONCLUSIONI:** Anche se i dati 2009-2012 del Sistema di sorveglianza PASSI evidenziano, percentuali di bevitrici a rischio non preoccupanti rispetto al pool nazionale, è necessario incrementare la diffusione di strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio (giovani di età compresa tra i 18-24 anni e le donne) ed elaborare una strategia di comunicazione in grado di aumentare la conoscenza e la consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute della popolazione in genere ed in particolare delle donne.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 118

OKKIO ALLA SALUTE – PASSI. ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA NELLA PROVINCIA DI SALERNO, PATRIA DELLA DIETA MEDITERRANEA.

R. Nicolino¹, M.G. Panico², A. D’Anna², , L. Pezzulo¹, G. Paoli³

1Dipartimento di Medicina Pubblica Clinica e Preventiva Seconda Università degli Studi di Napoli, 2Servizio Epidemiologia ASL Salerno, 3Dipartimento Scienze Mediche e Preventive Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

INTRODUZIONE: La Dieta Mediterranea è caratterizzata da un modello nutrizionale costituito principalmente da olio di oliva, cereali, frutta e verdure, erbe aromatiche, pesce e una moderata quantità di vino. Nel novembre 2010, la Dieta Mediterranea è stata inclusa dall’Unesco nella Lista del Patrimonio Culturale Immateriale dell’Umanità’. Con questo riconoscimento, l’Unesco ha affermato il valore culturale di questo grande patrimonio dei popoli del Mediterraneo.

Il termine “Dieta” si riferisce all’etimo greco “stile di vita”, cioè all’insieme di comportamenti, pratiche e conoscenze propri delle popolazioni del Mediterraneo.

La provincia di Salerno è considerata la patria della dieta Mediterranea. Sessant’anni fa, infatti, uno studioso statunitense, Ancel Keys, si riferì con questo termine all’alimentazione in uso allora a Creta e nel Cilento, quest’ultima un’area a sud della provincia di Salerno. L’obiettivo è quello di stimare l’adesione alla Dieta Mediterranea nella popolazione della provincia di Salerno utilizzando i dati dei sistemi di sorveglianza PASSI e OKKIO alla Salute attivi nella provincia di Salerno.

MATERIALI E METODI: OKKIO alla Salute e PASSI sono due sistemi di sorveglianza attraverso i quali vengono, tra le altre, raccolte informazioni sullo stato nutrizionale, abitudini alimentari e attività fisica rispettivamente nei bambini di 8-9 anni e negli adulti della fascia di età tra i 18 e i 69 anni.

RISULTATI: nell’ASL Salerno il 35% della popolazione di età compresa tra i 18 ed i 64 anni, risulta in sovrappeso ed il 13% obeso, contro il 31% in sovrappeso e l’11% obeso del livello nazionale (dati PASSI 2009-2012). L’eccesso ponderale è trattato nel 27% dei casi con dieta e solo nel 58% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l’8% aderisce alle raccomandazioni internazionali (five-day). L’eccesso ponderale aumenta significativamente al crescere dell’età, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Tra le persone in eccesso ponderale il 61% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 52% delle persone in sovrappeso ed l’81% delle persone obese. Il 43% del campione non svolge alcuna attività fisica e tra le persone in eccesso ponderale il 42% è sedentario (40% nei sovrappeso e 48% negli obesi) e solo il 36% ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 31% delle persone in sovrappeso e il 48% di quelle obese.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda i bambini i dati OKKIO alla Salute 2012 rilevano che il 44% dei bambini con età tra gli 8 e i 9 anni presenta un eccesso ponderale (5% obesità severa, il 16% obeso, il 24% sovrappeso). Si conferma la grande diffusione di abitudini alimentari scorrette che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti: il 9% dei bambini, infatti, salta la prima colazione e il 31% fa una colazione non adeguata; il 65% fa una merenda di metà mattina abbondante e solo il 22% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 44% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate.

Il 18% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 17% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44% ha la TV in camera, il 36% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta.

CONCLUSIONI: I risultati delle indagini PASSI e OKKIO alla Salute nell'ASL Salerno mostrano comportamenti alimentari e stili di vita, soprattutto nei bambini, che si discostano sensibilmente dal modello "Dieta Mediterranea". D'altra parte dalla letteratura risulta un abbandono della Dieta Mediterranea nel nostro Paese da alcuni decenni e l'attuale crisi economica sicuramente non favorisce l'adozione di comportamenti alimentari propri di questo "modello". Nei primi due mesi del 2014, secondo la Coldiretti, rispetto allo stesso periodo del 2013 sono calati del 5% gli acquisti della pasta, del 4% di olio extravergine, del 7% pesce, del 4% verdura fresca. I prodotti base della Dieta Mediterranea, sottolinea l'analisi della Coldiretti, sono quelli che hanno maggiormente subito il taglio della spesa alimentare.

Ben vengano quindi le iniziative come quelle del Comune di Pollica. Di fronte alla crisi economica il comune di Pollica decide di "regalare salute". Tutti presidi slow food in accordo con l'amministrazione comunale, infatti, hanno deciso di regalare i prodotti della Dieta Mediterranea tipici del territorio cilentano quali l'olio d'oliva, il cacioricotta e le olive 'ammaccate' a chi sceglie di trascorrere almeno una settimana nelle strutture ricettive del territorio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 681

RACCOMANDAZIONI PER CHI FA USO COMBINATO DI SIGARETTE ELETTRONICHE E TRADIZIONALI

L. Pieri 1, C. Lorini 2, F. Santomauro 2 G. Gorini 3 E. Chellini 3 G. Bonaccorsi 4

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze

2 Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze

3 SC di epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), Firenze

4 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze

INTRODUZIONE: L'epidemia da tabacco è responsabile di oltre 100 milioni di decessi nel XX secolo e ad oggi di quasi 6 milioni di morti nel mondo ogni anno, di cui oltre 600.000 per fumo passivo. In Italia, i decessi attribuibili al fumo erano oltre 70.000 nel 2010, ben il 12,5% dei decessi totali, la maggior parte dei quali (36,4%) per tumore del polmone e il 27,5% per patologie cardiovascolari. Sebbene i benefici in termini di salute derivanti dallo smettere di fumare siano notevoli e ben documentati, in Italia nel 2013 si registrano oltre 10 milioni di fumatori (20,6%), con un consumo medio 12,7 sigarette al giorno.

Negli ultimi anni circa 510.000 fumatori italiani hanno iniziato a usare la sigaretta elettronica (e-cig). Circa il 10% di questi smette di fumare il tabacco, mentre gli altri ne fanno un uso combinato con la sigaretta tradizionale. Il 75% di questi diminuisce, talvolta anche di molto, il numero di sigarette fumate ogni giorno (sig/die), senza però smettere.

Obiettivo dello studio è valutare se esista un valore soglia del numero di sigarette di tabacco fumate al giorno, sotto il quale i rischi per patologie fumo-correlate diminuiscono significativamente. Questo è pensato in particolare per quei fumatori che utilizzano e-cig e che non riescono o non vogliono smettere di fumare sigarette tradizionali in un'ottica di riduzione del danno. **MATERIALI E METODI:** È stata fatta una revisione dei più recenti studi che hanno valutato nel tempo l'effetto della riduzione del numero di sig/die sul rischio, in termini di incidenza e di mortalità, di patologie fumo-correlate. A tal fine sono stati selezionati gli studi di coorte che hanno seguito nel tempo non-fumatori, ex-fumatori e fumatori in base al numero di sig/die. **RISULTATI:** La riduzione nell'uso di tabacco si associa generalmente a una riduzione del rischio di sviluppare tumore del polmone ma di entità minore rispetto alla concomitante riduzione del numero di sigarette fumate. Rispetto ai forti fumatori (fumatore di ≥ 15 sig/die) che non avevano cambiato abitudini, i forti fumatori che 30 anni prima avevano ridotto il loro consumo di sigarette mediamente del 62% (riduttori), registrano una diminuzione nel rischio di sviluppare tumore del polmone del 27%; i fumatori leggeri (fumatore di < 15 sig/die) e coloro che avevano smesso da meno di dieci anni riportano una riduzione del rischio rispettivamente del 56% e 50%. Coloro che invece avevano smesso da oltre dieci anni o non avevano mai fumato riducono il rischio rispettivamente dell'83% e 91%.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda invece i tassi di ospedalizzazione per bronco-pneumopatie cronico-ostruttive e il rischio di sviluppare infarto del miocardio si registra una riduzione rispettivamente del 43% e 30% solo in coloro che avevano smesso, e non nei riduttori.

Anche fumando soltanto 1-4 sig/die si ha un rischio 3-4 volte superiore di morire per malattie cardiovascolari e tumore del polmone rispetto a un non-fumatore. Al crescere del numero di sigarette fumate cresce soprattutto il rischio di morire per tumore al polmone, che risulta 36 volte più alto nei fumatori di oltre 25 sig/die rispetto ai non fumatori, mentre il rischio di morire per patologie cardiovascolari rimane più o meno intorno a 3. **CONCLUSIONI:** Alla luce di tali risultati, emergerebbe come a poter beneficiare di una riduzione significativa del rischio di sviluppare patologie fumo-correlate, in particolare tumore del polmone, sono circa un terzo degli svapatori, tra coloro che hanno smesso o ridotto drasticamente, assumendo che questo voglia dire ridurre il consumo a meno di 5 sigarette al giorno. Gli altri utilizzatori, in particolare il 44,4% che dichiara di aver diminuito leggermente di fumare sigarette tradizionali, non avrà nessun beneficio dall'uso contemporaneo della e-cig, per non parlare del 22,1% che dichiara di continuare a fumare lo stesso numero di sigarette al giorno.

Smettere di fumare dunque rappresenta la scelta che riduce di più i rischi per tutte le patologie fumo-correlate e anche agli svapatori dovremmo consigliare prima di tutto di smettere, in modo da trarne il massimo beneficio, e solo in seconda istanza, nel caso non riescano o non vogliano smettere di fumare sigarette tradizionali, di ridurre il consumo a meno di 5 sig/die, in modo che possano avere un beneficio significativo almeno sul rischio di sviluppare tumore del polmone.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 474

“UNA COLONNA FORTE ... SOSTIENE TUTTA LA VITA!!!” PROGRAMMA DI EDUCAZIONE SANITARIA PER LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DELLA COLONNA VERTEBRALE NELLA SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO.

N. Pignataro 1, W. Liuzzi 1, S. Insogna 1, A.D. Menna 1, C. Nanula 1, A. Pesare 1

1. Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: Com'è noto, le patologie della colonna vertebrale oltre ad essere tra le più diffuse nella popolazione occidentale, sono quelle che possono essere prevenibili attraverso l'adozione di adeguati comportamenti appresi e posti in essere soprattutto in età evolutiva. Per tali considerazioni, il Dipartimento di Prevenzione della ASL di TA ha riservato ai giovanissimi, uno specifico Progetto di Educazione alla Salute.

Il progetto intitolato “Una Colonna Forte ... Sostiene Tutta La Vita!!!” (Piano strategico Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole, anno 2013/2014)

Gli obiettivi principali:

- Valutare le conoscenze degli studenti sulla struttura e sulle funzioni della colonna vertebrale;
- Prevenire i Dismorfismi ed i Paramorfismi promuovendo la corretta postura ed una vita attiva;
- Educare al giusto utilizzo e alla corretta scelta degli zaini scolastici.

I contenuti sviluppati nel progetto hanno riguardato la struttura anatomica, le funzioni e i disturbi della colonna vertebrale; i corretti comportamenti e l'importanza dell'attività fisica per la “salute” della colonna vertebrale. MATERIALI E METODI: Il progetto ha coinvolto 19 classi (6 di scuola primaria-13 di scuola secondaria di I grado), per un totale di 327 studenti suddivisi in 149 maschi e 178 femmine con età compresa tra i 10-13 anni.

Gli interventi sono stati realizzati nell'ambito del singolo gruppo-classe al fine di poter disporre di un setting adeguato alle attività previste dal Progetto. Gli strumenti utilizzati sono stati: brochure + lettera informativa consegnate alle famiglie degli studenti; opuscolo informativo consegnato ai ragazzi ed ai docenti; diario settimanale nel quale gli studenti hanno inserito il peso del loro zaino pieno ogni mattina per una settimana prima della presentazione in Power Point. È stato altresì somministrato un questionario (T₀) per misurare le conoscenze di base ed un questionario al T₁ per valutare l'efficacia dell'intervento educativo e l'apprendimento degli studenti. Entrambi somministrati mediante la piattaforma online “Eduscuola”; slides, computer e proiettore utilizzati in classe. I dati sono stati elaborati con Epi-Info 6. RISULTATI: Analizzando nel dettaglio alcune tra le risposte date dagli studenti ai questionari a tempo 0 (T₀) e nel post test (T₁) si possono notare miglioramenti significativi di conoscenze. Infatti alla domanda sul numero totale di vertebre hanno risposto correttamente il 61,2% al T₀, con un miglioramento al T₁ (76%). Anche



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

sul numero delle curve fisiologiche si è passati dal 18,7% a T_0 al 41% a T_1 . Il 54% ha risposto correttamente alla domanda su cosa sono i dischi intervertebrali a T_0 , con un incremento notevole a T_1 (71%). Alla domanda sulla funzione principale della colonna vertebrale un'alta percentuale ha risposto correttamente sia a T_0 che a T_1 (87%). Come sollevare un peso correttamente e come indossare lo zaino in maniera corretta sono le domande che hanno visto un notevole miglioramento di risposte corrette passando dal 61,1% T_0 al 97% T_1 per la prima e dal 79,8% T_0 al 100% al T_1 per la seconda. Anche la domanda sulla corretta postura da assumere davanti alla tv o al computer ha visto un netto miglioramento (28,7% T_0 - 98,6% T_1). Come riempire correttamente lo zaino e il peso corretto dello zaino hanno visto rispettivamente il 47,1% e 39,8% a T_0 di risposte corrette, percentuale aumentata nel T_1 rispettivamente al 70% e 57%.

Infine l'analisi dei diari del peso dello zaino, ha fatto emergere che il 45,4% degli studenti indossa uno zaino eccessivamente pesante in rapporto al proprio peso corporeo. CONCLUSIONI: La fase valutativa ha testimoniato una diffusa disinformazione sull'argomento che è nettamente migliorata alla fine del percorso progettuale. Considerati i risultati positivi dell'indagine si ritiene opportuno prendere in considerazione di estendere l'offerta formativa ad un target maggiore. Per salvaguardare i ragazzi in questa fase della vita e per prevenire Dismorfismi e Paramorfismi sarebbero altresì necessarie delle iniziative per garantire la riduzione del peso degli zaini (ad esempio attraverso l'utilizzo di armadietti nelle scuole o mediante l'uso di nuove tecnologie come ipad o tablet in genere) e allo stesso modo per far capire ai ragazzi l'importanza dell'attività fisica, spingendoli verso sport simmetrici e ginnastica posturale utilissimi per un corretto sviluppo della colonna.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 719

HEALTHY AGEING: UNA REVISIONE SISTEMATICA SULLE EVIDENZE AL SERVIZIO DELLE POLICY PER LA LONGEVITÀ.

V. Collamati 1, A. Collamati 2, U. Moscato 3, N. Magnavita 3, F. Landi 2, G. Onder 2, D. I. La Milia 3, G. Giannetti 4, W. Ricciardi 3, A. Poscia 3

1 INAIL, Jesi

2 Dipartimento di Geriatria, Ortopedia e Neuroscienze, Policlinico "A.Gemelli", Roma

3 Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

4 Ministero della Salute, Roma

INTRODUZIONE: L'aumento della longevità è un grande traguardo, ma rappresenta anche una sfida formidabile di sanità pubblica che coinvolge non solo i sistemi sanitari, ma anche gli operatori, gli anziani stessi e le loro famiglie.

Obiettivo del lavoro è presentare le più recenti evidenze di letteratura sulla quale si dovrebbero basare le strategie di politica sanitaria, come l'“European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations”, a sostegno dell'invecchiamento attivo. **MATERIALI E METODI:** Nel periodo tra febbraio ed agosto 2013 è stata condotta, indipendentemente da due ricercatori, una revisione sistematica della letteratura (articoli primari e revisioni in lingua inglese) utilizzando le parole chiave: (healthy or active or positive or successful or productive or optimal) AND (aging or ageing). Per essere inclusi nella revisione i lavori dovevano essere pubblicati in riviste peer-reviewed journals o da agenzie/società internazionali, essere scritte in inglese, italiano o spagnolo e riguardare soggetti con più di 65 anni. Nessuna restrizione per data di pubblicazione è stata inserita. **RISULTATI:** La revisione ha evidenziato come l'active ageing sia oggetto di una crescente attenzione da parte della letteratura, con più di 50.000 pubblicazioni, di cui oltre 16.000 solo negli ultimi 5 anni. Visto il numero di lavori primari la revisione è stata limitata prevalentemente alle revisioni (2187). Attraverso la lettura del titolo ed abstract sono stati escluse 2058 reviews. Alla fine del processo di revisione, gli autori hanno selezionato 124 reference di cui 82 revisioni, 22 articoli primari, 22 documenti da agenzie internazionali e 6 libri. L'elevata incidenza di comorbidità in soggetti con malattie cronico-degenerative pone gli operatori sanitari di fronte a pazienti complessi con vari gradi di deficit funzionale, deterioramento cognitivo, problemi nutritivi e sindromi geriatriche (delirio, incontinenza, cadute), oltre che con scarsi rapporti sociali e problemi finanziari. La revisione è stata strutturata per capitoli riguardanti: fumo, alcol, obesità, attività fisica, denutrizione e fragilità, cadute, demenza, vaccinazioni, screening e policy. **CONCLUSIONI:** Sebbene agli inizi del 2000 ci fosse la tendenza a considerare antieconomiche le strategie di promozione dell'healthy ageing, oggi molti studi evidenziano come agire sui fattori di rischio modificabili, specie quelli ad alto impatto sulla qualità della vita (fumo, attività fisica, nutrizione, obesità, alcol) sia cost-effective. Questa “transizione epidemiologica” richiede interventi di



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

promozione di stili di vita salutari, accompagnati ad una particolare attenzione degli aspetti sociali e culturali, che devono essere iniziati quanto più precocemente possibile, anche se per invecchiare in salute è dimostrato il detto “it’s never too late”.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 698

COMPETENZE IN PROMOZIONE DELLA SALUTE IN EUROPA: AFFINITA' FORMATIVE CON LA PROFESSIONE DELL'ASSISTENTE SANITARIO

E. BIANCHIN 1 , C. RUSSO 2

1. Azienda ULSS 15 del Veneto

2. Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria-Università degli Studi di Padova - Sede di Conegliano ULSS 7 del Veneto

INTRODUZIONE: La Commissione della Comunità Europea nel 2007 ha redatto il documento: "Insieme per la salute. Un approccio strategico per l'Europa 2008-2013 con la finalità di proporre a tutti gli stati membri nuove strategie di politica sanitaria e assistenza. Lo scopo è sviluppare un nuovo concetto di promozione della salute sempre più vicino ad un modello comune europeo, nel quale ci siano figure professionali sempre più specifiche e competenti in tema di prevenzione e promozione della salute. La Comunità Europea può contribuire ad una salute globale, condividendo i suoi valori, esperienze e competenze così come adottare misure concrete per migliorare la salute. Gli obiettivi strategici in questo documento sono: 1. Promuovere la salute in un' Europa che invecchia; 2. Proteggere i cittadini dalle minacce per la salute; 3. sostenere nuovi e dinamici sistemi sanitari e le nuove tecnologie. Si può quindi sostenere, grazie a questi presupposti che il concetto di "salutogenesi" che appare nel panorama europeo oggi non è più una tematica solamente di interesse locale. Per questo è necessario un approccio sistemico e una condivisione di valori in merito alla promozione della salute che rientrino in un'ottica di strategie che prevedano anche la formazione di figure professionali con delle abilità specifiche e delle competenze comuni che siano spendibili e commisurate su tutto il territorio europeo. Lo studio si concentra sulla descrizione dell'attuale formazione dell'Assistente Sanitario in Italia, ricercando eventuali affinità formative nei Paesi europei. **MATERIALI E METODI:** Mediante la ricerca sul web sono stati visitati i più importanti siti internazionali delle organizzazioni che si occupano di sanità pubblica e promozione della salute. In particolare, attraverso l'esplorazione del sito dell'organizzazione internazionale IUHPE si è giunti all'individuazione del progetto CompHP. Obiettivo di tale progetto era lo sviluppo di competenze chiave e standards professionali europei in merito alla promozione della salute con il fine di sviluppare un sistema di accreditamento professionale pan-europeo per la promozione della salute e l'educazione. Sono stati consultati i siti dei corsi universitari di alcuni Paesi europei ricercando quelli che avessero come obiettivo formativo lo sviluppo di competenze orientate alla prevenzione e promozione della salute. Le denominazioni più usate sono state: "Health Promotion", "Health Care", "Epidemiology and Public Health". Un approfondito lavoro di traduzione ha anticipato la sistematizzazione della documentazione trovata. **RISULTATI:** Una panoramica delle informazioni disponibili nella letteratura più recente ha rilevato che in Europa c'è stata una proliferazione dei corsi di laurea con



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

programmi di formazione nella promozione della salute. Questi programmi sono oggetto di discussione all'interno della Comunità Europea in un contesto di miglioramento della qualità dell'educazione e dell'istruzione in tema di promozione. Sono stati classificati 12 corsi di formazione in prevenzione e promozione della salute gestiti da 11 enti di educazione ed istruzione in 9 Paesi Europei. Negli ultimi anni in Europa si è riconosciuto che la promozione della salute è un settore in piena evoluzione con una forza lavoro crescente e diversificata, la cui formazione trae origine da una vasta gamma di discipline che si differenziano tra loro a livello europeo a seconda del contesto in cui si analizza tale tema e di come ogni Paese intende la promozione della salute. **CONCLUSIONI:** Nei limiti della presente ricerca, si è visto che diversi Paesi Europei prevedono una figura sanitaria dedicata ad attività di prevenzione, educazione e promozione alla salute. I percorsi formativi segnalati dal progetto CompHP rilevano delle sostanziali affinità e complementarità con la formazione di Assistente Sanitario nel nostro Paese. L'obiettivo della Comunità Europea di sviluppare l'attivazione di progetti che mettono in relazione diversi Paesi con un scopo comune richiederà un notevole impegno e tempo, ma la sua realizzazione porterà sicuramente ad aumentare i livelli qualitativi di insegnamento dei vari ambiti specialistici della promozione della salute rendendo i professionisti maggiormente competitivi. Inoltre le competenze saranno spendibili su tutto il territorio europeo e determineranno una forza lavoro sempre più preparata qualitativamente e adeguata ad affrontare i problemi di salute pubblica. Tra le figure professionali italiane il progetto COMPH ha individuato l'Assistente sanitario come l'unica figura accreditabile, visto il suo curriculum formativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 755

“ATTIVA LA TUA ATTESA”: PROGETTO DI PROMOZIONE DELL’ATTIVITÀ FISICA DURANTE I MOMENTI DI ATTESA

C. Pasquarella 1; E. Saccani 1; L. Veronesi 1; M.L. Pasquarella 2; F. Brunelli 3; C. Costantino 1; C. Signorelli 1

1. Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotechnologiche e Traslazionali, Università degli Studi di Parma; 2. Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia; 3. Medico di Medicina Generale, Perugia

INTRODUZIONE: L'attività fisica è attualmente riconosciuta come uno dei principali determinanti di salute, con effetti positivi oltre che sul piano della salute, anche sul piano dello sviluppo sostenibile e sul piano economico; l'attività fisica promuove il benessere, la salute fisica e mentale, previene le malattie, migliora le relazioni sociali e la qualità della vita, produce benefici economici e contribuisce alla sostenibilità ambientale (Carta di Toronto, 2010).

Purtroppo, in molti Paesi, in particolare in quelli industrializzati, i livelli di attività fisica sono diminuiti a seguito dei grandi cambiamenti delle organizzazioni delle città e della vita sociale: lo sviluppo dell'automazione, la riduzione del lavoro manuale, la dominanza del trasporto motorizzato, la riduzione di spazi e sicurezza per pedoni e ciclisti, spazi più ristretti per attività motorie libere, sono tutti ostacoli che rendono difficili comportamenti motori attivi. In base ai risultati del progetto PASSI (2012), in Italia circa un terzo della popolazione tra i 18 e i 69 anni risulta completamente sedentario perché non svolge alcun tipo di attività fisica, né al lavoro, né nel tempo libero.

Diventa pertanto urgente l'impegno a livello individuale e collettivo verso la valorizzazione e lo sviluppo dell'attività fisica, rafforzando tutte le azioni che possano contribuire alla modifica dei comportamenti e all'empowerment dei singoli e delle comunità. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per attività fisica si intende qualsiasi movimento corporeo associato ad una contrazione muscolare, che aumenta il dispendio di energia sopra i livelli di riposo; pertanto, questa definizione comprende non solo lo sport, ma anche semplici movimenti quotidiani. Considerando che uno dei maggiori fattori che limitano l'attività fisica è la mancanza di tempo, al fine di “accumulare attività fisica”, cioè riuscire a raggiungere i 30 minuti giornalieri o i 150 minuti settimanali raccomandati dall'OMS, può diventare importante approfittare di qualsiasi occasione che ne possa favorire lo svolgimento. **MATERIALI E METODI:** Obiettivo del progetto è trasformare i momenti di attesa della vita quotidiana (es. sale di attesa dei medici, uffici, fermata dell'autobus o metropolitana, musei) in una opportunità per svolgere attività fisica. Il progetto tende, inoltre, a responsabilizzare la popolazione sull'importanza dell'attività fisica, sensibilizzando sull'utilità anche del semplice atto di mobilitazione articolare e contrazione muscolare.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il progetto prevede: 1) la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare; 2) la predisposizione del protocollo del progetto; 3) la preparazione del materiale informativo-educativo e del questionario di valutazione; verranno preparati il poster da affiggere nella sala d'attesa e la brochure da consegnare ai soggetti in attesa, in cui vengono illustrati gli esercizi fisici isometrici facilmente eseguibili in posizione seduta o in piedi (nel caso di attesa in piedi); ad esempio, esercizi da effettuarsi in posizione seduta prevedono: mobilizzazione del collo (esercizi di flesso-estensione, lateralità, circonduzione della testa); mobilizzazione del cingolo scapolare, del gomito e delle mani (rotazione delle braccia, flesso-estensione dei gomiti, prono-supinazione di avambracci e mani, apertura e chiusura delle mani); mobilizzazione del cingolo inferiore, delle gambe, della caviglia (distensione in avanti delle gambe, flesso-estensione delle ginocchia, flesso-estensione delle caviglie); 4) studio pilota presso ambulatori di medici di medicina generale (MMG); 5) estensione ad un campione rappresentativo di MMG; 6) analisi dei risultati e revisione del protocollo da applicare in altri luoghi di attesa.

Inizialmente il progetto verrà realizzato nelle sale d'attesa dei medici di MMG, considerando che: - il MMG è una figura prioritaria nella promozione della salute e dell'attività fisica in particolare; - raggiunge tutte le fasce di popolazione; - dal progetto PASSI emerge che meno di un terzo degli intervistati riferisce che i loro medici si sono informati e hanno consigliato di svolgere regolare attività fisica; - come professionista sanitario può fornire un valido contributo nel monitorare lo svolgimento del progetto e fornire consiglio per eventuali aggiustamenti del protocollo, prima del trasferimento in altri luoghi di attesa. **RISULTATI:** Risultato atteso del progetto è la sensibilizzazione dei singoli individui e della popolazione verso l'importanza di uno stile di vita attivo, anche in momenti non tradizionalmente dedicati all'attività fisica, come i periodi di attesa che possono, a volte, costituire causa di nocumento per la salute. Inoltre, il coinvolgimento dei MMG favorirà una maggiore attenzione da parte di questi all'attività fisica dei propri assistiti.

CONCLUSIONI: In un contesto in cui le opportunità per svolgere attività fisica continuano a diminuire, mentre la prevalenza di stili di vita sedentari va aumentando, con gravi conseguenze per la salute e ricadute a livello sociale ed economico, il progetto proposto rappresenta un contributo verso la promozione dell'attività fisica con l'offerta di un'opportunità facilmente accessibile nei diversi contesti di vita, per tutte le fasce d'età.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 367

PROGETTO “LAVORARE IN OSPEDALE: MOVIMENTI IN SALUTE”

M.Sacco 1; L.Marin 2 ; E. Bergonzi 2; A.Mastretti 2; D. Moro 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense. Sezione di Igiene.
Università degli Studi di Pavia

2 Istituto di Cura Città di Pavia, Gruppo Ospedaliero San Donato

INTRODUZIONE: La promozione di un posto di lavoro sano è tra gli standard richiesti dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) alle strutture aderenti al programma HPH (Health Promoting Hospitals).

Per “ospedale sano” si intende un luogo in grado di promuovere salute per gli utenti ma anche per coloro che lavorano all'interno della struttura. Infatti assicurare un ambiente di lavoro sano e sicuro ed offrire allo staff attività di promozione della salute rientrano tra gli obiettivi delineati dall'OMS.

Le patologie muscoloscheletriche della colonna vertebrale rappresentano le più importanti cause di inabilità e assenza dal lavoro per malattia nei Paesi industrializzati. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) pone tali patologie al secondo posto nella lista dei dieci problemi di salute più rilevanti nei luoghi di lavoro e riporta una prevalenza di lombalgia nell'arco della vita nella popolazione generale del 70%. Tra i principali fattori di rischio occupazionale compaiono la movimentazione manuale dei carichi, gli sforzi, i movimenti di flessione o torsione del tronco e le posture incongrue.

Tra le numerose attività lavorative nelle quali il rischio di movimentazione manuale dei carichi assume un ruolo significativo nella comparsa di lombalgia sono menzionate le attività sanitarie. Inoltre, anche figure professionali che svolgono mansioni d'ufficio possono essere afflitte da sintomatologie secondarie a postura scorretta per le quali esistono strategie di prevenzione da attuare quotidianamente.

Alla luce di tali evidenze, un intervento mirato alla prevenzione di queste problematiche sembra essere prioritario nell'ottica dell'HPH. Per questo, presso l'Istituto di Cura Città di Pavia è stato concepito il progetto “Lavorare In Ospedale: Movimenti In Salute” rivolto a tutto il personale.

L'iniziativa è nata con i seguenti obiettivi:

- aumentare le conoscenze del personale
 - modificare eventuali comportamenti errati
 - prevenire patologie secondarie ai comportamenti errati
- MATERIALI E METODI:** Il progetto consiste nella realizzazione di un corso formativo mirato all'educazione alla postura corretta e all'apprendimento di tecniche per la movimentazione dei carichi.

La partecipazione è su base volontaria e l'intervento è esteso a tutti i lavoratori della struttura senza differenze di mansione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

È strutturato in 4 workshop, di mezz'ora l'uno, per gruppi di 8 partecipanti. Gli incontri si svolgono presso la palestra della struttura e sono gestiti dai fisioterapisti che, in qualità di docenti esperti, hanno contribuito alla stesura del progetto, in collaborazione con il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dei Rischi (RSPP) e con la Direzione Sanitaria.

Aree tematiche:

1. Percezione della dinamica respiratoria
2. Percezione corporea
3. Esercizi per il rinforzo del core
4. Esercizi per il rinforzo della muscolatura degli arti inferiori

Metodologia:

La scelta del workshop come metodo nasce dall'esigenza di garantire un tipo di apprendimento attivo in cui consapevolezza e possibilità di discussione all'interno del gruppo conferiscano a ciascun partecipante la sensazione costruttiva di partecipare alla formulazione di un modello positivo di comportamento mirato a salvaguardare la propria salute.

La progettazione del workshop si ispira al "ciclo di apprendimento empirico", offrendo tre tipi di esperienza didattica come spunti per avviare il processo di apprendimento:

- eventi reali ricordati dai partecipanti
- avvenimenti creati artificialmente come simulazioni
- esperienze vissute effettivamente nel contesto del processo formativo

Il questionario:

Ai partecipanti sarà richiesto di compilare un questionario che comprende domande sulle conoscenze e abitudini in merito a posture e manovre di movimentazione dei carichi e raccoglie dati anamnestici relativi alle affezioni dolorose osteoarticolari. Tale strumento renderà possibile una valutazione finale dell'efficacia dell'intervento, oltre ad una preliminare analisi del rischio, del danno e delle misure preventive messe abitualmente in atto dai lavoratori. **RISULTATI:** Sono previste una valutazione dell'efficacia a breve termine, per verificare eventuali risultati ottenuti nell'immediato sul comportamento e sulle conoscenze dei partecipanti, ed una a lungo termine a distanza di 6 mesi dalla fine dell'intervento per verificare se sia avvenuto il consolidamento delle conoscenze e se i comportamenti sani siano divenuti abitudine.

Inoltre è prevista una valutazione della flessibilità del rachide e della catena di coordinazione neuromuscolare posteriore attraverso l'utilizzo del SIT AND REACH TEST, ripetuto all'inizio e al termine dell'intervento. **CONCLUSIONI:** È auspicabile che la realizzazione di un corso formativo costituisca un valido strumento per ottenere l'implementazione tra il personale di comportamenti sani al fine di prevenire l'insorgenza di disturbi e problemi secondari a posture scorrette.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 532

PREVENZIONE IN MOVIMENTO: STILI DI VITA E ATTIVITÀ FISICA TRA GLI STUDENTI UNIVERSITARI

N. Saini 1; A. Bargellini 1; M. Malavolti 1; A. Martino 1; G. Venturi 2; I. Marchesi 1; G. Ferranti 1; P. Borella 1

1 Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

2 Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

INTRODUZIONE: L'attività fisica è un elemento chiave per uno stile di vita salutare e, se svolta regolarmente, non solo "aggiunge anni alla nostra vita" ma anche "aggiunge vita ai nostri anni". Per questo motivo, la Sanità Pubblica si sta muovendo per sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo, allo scopo di migliorare lo stato di salute. L'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, per iniziativa degli studenti del terzo anno di Medicina e Chirurgia, ha ospitato la prima corsa/camminata salutistica "Prevenzione in Movimento". L'iniziativa era riservata a studenti iscritti, specializzandi, dottorandi e docenti dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Gli studenti del corso di laurea in Medicina hanno deciso il percorso della corsa (4,5 km); quelli del corso di laurea in Dietistica hanno consigliato la merenda (acqua e frutta fresca), mentre quelli del corso di laurea in Ostetricia hanno vigilato sulla astensione dal fumo durante e dopo l'evento. Obiettivo primario dello studio è stato quello di sensibilizzare la comunità sull'importanza di fare sport a qualsiasi età e promuovere l'educazione all'attività fisica come prevenzione delle malattie cronico-degenerative. Si è anche valutato se la popolazione in esame rispettasse i livelli di attività motoria raccomandati dall'OMS (600 minuti di attività moderata o 300 minuti di attività vigorosa al mese), e quali fossero gli eventuali fattori in grado di condizionare la partecipazione alla gara. **MATERIALI E METODI:** Tutti gli studenti del III anno di Medicina hanno compilato in forma anonima, il questionario internazionale sull'attività motoria (IPAQ), integrato da una scheda per la rilevazione di dati anagrafici, abitudine al fumo, eventuali allergie, nonché l'adesione o meno alla manifestazione. Il giorno della corsa, a 8 dei partecipanti (4 attivi e 4 sedentari), scelti su base volontaria, è stato fatto indossare a livello del tricipite destro un accelerometro di ultima generazione "Armband" per valutare il dispendio energetico (EE), il numero di passi, l'intensità dell'attività fisica svolta (METS) e la durata dell'attività. A fine corsa, questi volontari hanno anche compilato la Scala di Borg (0-120 punti) per l'autovalutazione dello sforzo compiuto durante l'attività. **RISULTATI:** Sono stati raccolti ed analizzati i questionari di 113 studenti (58 maschi e 55 femmine) con un'età media di 23,0±2,6 anni. Dall'analisi dell'IPAQ si evince che i sedentari (attività 30 h/mese; n=39) il genere maschile è quello più rappresentato (24 vs 15). Analizzando le dichiarazioni di adesione alla corsa, si desume che tra i fattori in grado di influenzare la partecipazione, uno dei più importanti e significativi è il BMI (p<0,01); infatti più del



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

90% dei ragazzi sovrappeso ha dichiarato di non prendere parte all'attività, mentre i normopeso hanno aderito per un 53% e i sottopeso per un 50%. Anche il livello di attività motoria sembra giocare un ruolo significativo sull'adesione alla corsa ($p < 0,05$); infatti il 22% dei sedentari ha dichiarato la propria partecipazione rispetto al 40% degli attivi e al 64% degli iperattivi. Solo 15 soggetti su 113 sono fumatori (13,3%). Anche l'abitudine tabagica sembra incidere sull'adesione alla corsa, pur non raggiungendo la significatività statistica ($p = 0,092$). Difatti 11 su 15 fumatori hanno dichiarato di non prendere parte alla manifestazione, portando a considerare il fumo un ulteriore limite allo svolgimento di attività fisica. Confrontando i dati ottenuti dagli accelerometri portatili, si è osservato che la durata della gara, come prevedibile, è stata minore per i ragazzi attivi rispetto ai sedentari (25.2 ± 1.2 vs 33.5 ± 6.9 min) così come il numero di passi registrati (3572 ± 768 vs 4463 ± 768). L'intensità dell'attività fisica misurata in METS è risultata superiore negli studenti attivi rispetto ai sedentari ($8,7$ vs $7,0$ ml O₂/kg), pur rientrando entrambi nella stessa categoria di METS motori, e la spesa energetica EE (258 ± 55 vs 256 ± 26 Kcal/die) è stata pressoché equivalente. A fine gara i soggetti sedentari rispetto a quelli allenati hanno percepito una fatica inferiore (60 vs 80 punti sulla scala di Borg). CONCLUSIONI: La popolazione studentesca oggetto dello studio rivela di condurre un corretto stile di vita, evidenziato dal basso numero di fumatori e di sovrappeso, e dalla propensione a svolgere attività motoria, aderendo largamente ai livelli di attività raccomandati dall'OMS e partecipando numerosi all'evento proposto. L'analisi degli accelerometri portatili ha messo in evidenza che per unità di tempo i soggetti sedentari consumavano di meno rispetto a quelli allenati, e percepivano un minor affaticamento, dimostrando di aver affrontato la performance con una minor spirito agonistico. Questo evidenzia la capacità da parte degli studenti di saper dosare le loro potenzialità, non sottoponendo il fisico a stress eccessivi spesso conseguenza di spirito competitivo. Il successo dell'iniziativa è testimoniato non solo dalla larga adesione degli studenti ma anche di docenti e personale tecnico-amministrativo appartenente all'Università, dimostrando una concreta risposta della collettività e portando un segnale positivo all'interno dell'Ateneo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 054

UN EURO DI SALUTE - PROMOZIONE ATTIVITA' FISICA

R. Pacchetti 1, F. Sambo 1, G. Lana1, M. Bianchi 1, D. Montalto 1, M. Nieri 1, P. Bulgheroni1, S. Taborelli 2

1. Dipartimento di Prevenzione Medico ASL Varese, Varese

2. Direzione Sanitaria ASL Varese, Varese

INTRODUZIONE: Nel Febbraio 2013 la Direzione Aziendale dell'ASL di Varese, in una logica di tutela globale della salute, considerato che nei luoghi di lavoro i dipendenti trascorrono gran parte della loro vita, ha deciso di promuovere una serie di iniziative finalizzate a migliorarne lo stile di vita, impegnandosi a facilitare e incentivare la pratica di attività fisica.

E' stato pertanto stipulato un accordo con una struttura sportiva, nelle immediate vicinanze della sede centrale dell'ASL, per consentire l'accesso agevolato dei dipendenti in orario extra lavorativo, al fine di svolgere un programma di Attività Fisica, incentrato sull'attività aerobica, prescritto dall'U.O. Medicina dello Sport e con la supervisione di Laureati in Scienze Motorie operanti nella struttura; inoltre, per la parte nutrizionale è stata prevista la partecipazione dell'U.O. Qualità della Nutrizione, Stili ed Educazione Alimentare, per una valutazione della composizione corporea e eventuali consigli dietetici. **MATERIALI E METODI:** La selezione dei partecipanti è avvenuta in due fasi: nella prima, tramite un questionario di valutazione motivazionale alla pratica di Attività Fisica validato a livello internazionale (P.A.C.E. Patient-centered Assessment and Counseling for Exercise); nella seconda fase, ai lavoratori selezionati sulla base del livello di motivazione alla pratica di Attività Fisica, è stato somministrato un secondo questionario per valutare anche la situazione clinica, privilegiando lavoratori portatori di documentate limitazioni funzionali di tipo motorio e/o affetti da fattori di rischio: ipertensione arteriosa, diabete mellito, ipercolesterolemia, obesità o sovrappeso.

Il Programma prevede la frequenza della palestra per un anno con tre sedute settimanali (di circa 45') e controlli medici di valutazione all'inizio, di monitoraggio e valutazione al 6° mese e dopo un anno.

Il rispetto del programma costituisce condizione indispensabile per proseguire la partecipazione al progetto.

La tariffa agevolata e speciale per i dipendenti equivale al costo massimo di un caffè al giorno (€ 30 al mese) con un vantaggioso rapporto costo/beneficio.

Il modello organizzativo adottato ha previsto le seguenti macro-fasi:

1. reclutamento dei partecipanti a seguito di diffusione dell'iniziativa e adesione volontaria;
2. valutazione clinico-strumentale (Primo controllo) effettuata presso l' U.O. Medicina dello Sport dell'ASL con prescrizione dell'esercizio fisico da effettuarsi per 6 mesi presso la palestra



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

individuata con rilascio di certificazione per attività sportiva non agonistica e specifica scheda di allenamento;

3. inserimento di tutti i dati in apposita scheda;

4. rivalutazione clinico-strumentale a 6 mesi (Secondo controllo) effettuata presso l' U.O. Medicina dello Sport dell'ASL con nuova prescrizione dell'esercizio fisico da effettuarsi per ulteriori 6 mesi presso la palestra ed alla conclusione rivalutazione clinico-strumentale (Terzo controllo) dopo 12 mesi di effettuazione dell' esercizio fisico.

Valutazione clinico-strumentale

Per tutti i soggetti partecipanti sono state effettuate, presso l'U.O. Medicina dello sport dell'ASL, le seguenti prestazioni:

- Visita Medico dello Sport;
- ECG basale (sec. Protocollo COCIS) e dopo sforzo sub massimale con rilevazione della P.A. a fine prova (IRI test);
- Test da campo (Test dei 6 minuti o six minutes walking test - 6MWT, Sit and reach o test di flessibilità, Back Stratch);
- Valutazione antropometrica + BIA (bioimpedenziometria);
- Nei soggetti in sovrappeso: ev. visita dietologica e counselling alimentare;

E' stata quindi prescritta attività in palestra trisettimanale a prevalente componente aerobica individualizzata sotto la guida di un laureato in Scienze motorie. L'attività proposta ha anche lo scopo di stimolare la consapevolezza dei partecipanti sull'utilità della pratica motoria per la conservazione del proprio stato di salute e, inoltre, deve essere tale da permetterne l'esecuzione autonoma da parte del soggetto/paziente successivamente al progetto.

Le fasi di arruolamento e Prima valutazione clinico-strumentale hanno avuto inizio alla fine del mese di maggio 2013 e l'inizio della frequenza in palestra è stato nel mese di giugno 2013, l'ultimo arruolamento è del mese di marzo 2014.

Il protocollo di allenamento (volume totale, durata delle sedute, intensità dell'esercizio) è stato personalizzato in base alla eventuale patologia in atto, ai fattori di rischio presenti e ai risultati della valutazione funzionale e per ogni paziente è stata realizzata una specifica scheda di allenamento da consegnare in palestra. **RISULTATI:** Risultati del controllo a 6 mesi: Sulla base delle valutazioni eseguite è emerso, per quanto riguarda i partecipanti seguiti dall'U.O. Medicina dello Sport (26 persone: uomini n. 6 donne n. 20 , età media 48,7 anni):

- riduzione media del peso corporeo di kg 1,81 (da 71,17 kg a 69,36 kg) con una corrispondente riduzione del BMI di -0,8 (da 26,5 a 25,7);
- modificazione della composizione corporea con una riduzione media della massa grassa di 1,44 kg (da 22,57 kg a 21,13 kg) e un modesto decremento medio della massa muscolare di 0,56 kg . Dato ancor più significativo anche la circonferenza addominale si è ridotta mediamente di 2,20 cm (da 92,61 cm a 90,41 cm);



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- miglioramento della capacità funzionale (six minutes walking test): si nota un deciso miglioramento globale sia nei Maschi che nelle Femmine, con un incremento medio di 128 m. (coperti in 6 minuti all'inizio 521 m di media e al controllo 649 m medi);
- miglioramento complessivo della flessibilità con un incremento positivo di oltre 2 cm (da -3 cm a -0,66 cm) a riprova dell'efficacia globale dell'esercizio;
- i valori pressori si sono stabilizzati e si è rilevato una diminuzione della frequenza cardiaca basale media da 70 battiti/min a 67 battiti/min. in conseguenza di un miglior adattamento allo sforzo. CONCLUSIONI: L'esperienza maturata con questa sperimentazione ha sicuramente consolidato quanto affermato dalla letteratura scientifica sull'efficacia dell'esercizio fisico quale strumento non solo di prevenzione ma anche di terapia nei confronti di soggetti affetti da malattie cronico degenerative.

Un ulteriore aspetto rilevante del progetto è stato il riscontro di una non corretta informazione degli utenti sulla dose di attività fisica necessaria per il mantenimento di un buono stato di salute: abbiamo infatti rilevato una generale sottostima dei carichi e delle intensità di lavoro necessari e una relativa sovrastima delle proprie attività. Quasi nessuno dei soggetti valutati ha dimostrato una buona capacità di gestione dell'attività motoria : non sono noti i tempi di recupero necessari e i criteri alimentari connessi con la pratica di attività fisica, né l'eventuale modifica del dosaggio dei farmaci in rapporto all'attività.

Questo conferma la necessità di un costante e sinergico rapporto tra tutti gli attori del processo (MAP, Specialisti in Medicina dello Sport e laureati in Scienze motorie) per diffondere una cultura della pratica motoria che attraverso la consapevolezza e l'apprendimento attivo, consenta alle persone di autogestirsi nell'esercizio e di essere messaggeri efficaci nella pratica quotidiana, soprattutto in considerazione dello specifico ruolo ricoperto in ambito sanitario.

Un altro aspetto rilevante e comunque manifestato globalmente da tutti i soggetti partecipanti al progetto, anche da quei pochi nei quali non si sono evidenziate sostanziali modifiche clinico strumentali migliorative, è stata la percezione di benessere e di consapevolezza dell'importanza della pratica dell'esercizio fisico ai fini del mantenimento di un buono stato di salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 597

TOBACCO SMOKING HABITS ON BOARD MERCHANT SHIPS

I. Grappasonni 1, S. Scuri 1, D. Marconi 1-2, F. Petrelli 1, and F. Amenta 1-2

1 University of Camerino, School of Pharmacy

2 Centro Internazionale Radio Medico (CIRM)

INTRODUZIONE: Deaths attributable to tobacco smoke represent a very high percentage of the total number of deaths (between 25 and 50%) and it has been estimated that smokers lose an average of about 15 years of life. The total number of deaths attributable to tobacco smoke and those related to the development of various diseases such as ischemic heart disease, cerebrovascular diseases (stroke), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and many other diseases is expected to increase from 5.4 million in 2004 to 8.3 million in 2030, an increase of approximately 10% more deaths worldwide. However, 80% of these deaths will occur in developing countries. Cardiovascular diseases represent the main cause of death, also in the maritime sector. The life on board (work shifts, stress, lack of physical exercise, hyperlipidic diet, low intake of fruit and vegetables, etc) could cause physical and psychological problems that can explain the un-correct lifestyle. In addition, the risk of cardiovascular disease is often linked to long stay on board. Some studies highlighted the increased need to smoke related to stress factors. Therefore, the working environment on board could represent a critical factor for tobacco addiction. Some surveys showed that the prevalence of smokers between seafarers were higher than general population ashore. This study was aimed to acquire information on knowledge and awareness of the problem of tobacco smoking on board ships. **MATERIALI E METODI:** An anonymous questionnaire was proposed, on a voluntary basis, to seafarers on board ships belonging to three international leaving companies.

The questionnaire was divided into: a) demographic data, b) awareness of damages caused by tobacco smoke, c) questions about smoking habits, d) test to evaluate the tobacco dependence. The results were processed in Microsoft Excel 2010. Chi square test was used to examine the relationship between the level of tobacco dependence and nationality, age, and rank of interviewed people. **RISULTATI:** 1234 people filled in the questionnaire (response rate 98.3%). Over two-thirds of the participants (92.2%) were aware that smoking cigarettes or other tobacco products can seriously damage one's health, with only 3.6% responding that they were not aware of the damage. However, 4.2% of the participants did not answer the question. Lung and mouth cancer (83.6%), cardiovascular diseases (18.8%) and respiratory diseases (11.1%) were indicated as the main diseases related to tobacco smoking. Questionnaire responses revealed a general awareness of the damage caused by tobacco smoke and the dangerous nature of second-hand smoke (68.6% stated that second-hand smoke is very dangerous).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

About half of the participants answered to have never smoked, while about the 30% said to smoke and the 15.2% claimed to have stopped smoking. 40.7% of smokers stated that they continued to smoke because it is relaxing, confirming the fact that nicotine is not only addictive but also creates a general state of relaxation throughout the whole body.

Heavy smokers (21-30 cigarettes per day) did not seem fully aware that they were smoking too much. Indeed, only 15.2% estimated their smoking as "very much", simply declaring that they smoked enough (33.3%) (Figure 1d).

The data from the Fagerström test (an instrument to help determine nicotine dependence) revealed that 55.9% of those who smoke had a mild addiction to cigarette smoking, 25.0% had moderate nicotine dependence, yet another 14.0% had high nicotine dependence and 5.1% had very high nicotine dependence.

Although, the majority of respondents were Indians, Italians represented the main smokers. Fagerström Test results showed that the Italians were those with the main percentage of tobacco dependence. Finally, Italians also were those who smoke more cigarettes per day.

The sample of interviewed people included smokers of all ages: from less than 20 years to more than 60. Those who were more than 40 smoked the higher number of cigarettes per day (21-30) and failed not to smoke in places where it is forbidden and where there are non-smokers. In addition, the results highlighted differences between ranks. In fact, the higher smokers were the officers, and the dependence was higher in captains (Table 1). CONCLUSIONI: The data obtained from the questionnaire allow to understand that tobacco smoke is also a matter of concern for those who work at sea. Seafarers should be the target of specific educative campaigns about health risks linked with behaviours to minimize the exposure during travel/life at sea.

It is important to inform on the risks and damages linked to smoking habit, with the aim to promote good behaviors to health protection.

REFERENCES

- Lawrie T., Matheson C., Ritchie L., Murphy E. and Bond C. (2004). The health and lifestyle of Scottish fishermen: a need for health promotion. *Health Education Research*, Aug; 19(4), 373-379.
- Oldenburg M., Baur X. and Schlaich C. (2010). Occupational risks and challenges of seafaring. *Journal of occupational health*, 52: 249-256.
- Pougnet R., Pougnet L., Loddé B. L., Canals-Pol M. L., Jegaden D., Lucas D. and Dewitte J. D. (2013). Cardiovascular risk factors in seamen and fishermen: review of literature. *International maritime health*, 64(3), 107-113.
- Oldenburg M., Baur X. and Schlaich C. (2010). Cardiovascular diseases in modern maritime industry. *Int Marit Health*, 61(3), 101-6.
- Frantzeskou E., Kastania A. N., Riza E., Jensen O. C. and Linos A. (2012). Risk factors for fishermen's health and safety in Greece. *International maritime health*, 63(3), 155-161.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 505

IL PROCESSO DI COINVOLGIMENTO DELLE FAMIGLIE NEL PROGRAMMA INTERASSESSORILE INTEGRATO “SBAM!” IN TARANTO E PROVINCIA

M.D. Simeone 1; R. Cipriani 1; A.R. Cavallo 1; S. Liuzzi 1; C. Licomati 1; L. Mongelli 1; A. Pesare 1
 1. Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: La frequenza di sovrappeso e obesità nei bambini di 8-9 anni osservata a livello nazionale nella rilevazione di “OKkio alla Salute 2012” conferma livelli preoccupanti di eccesso ponderale: il 22,2% è in sovrappeso e il 10,6% obeso, con percentuali più alte nelle regioni del centro e del sud. Si conferma anche la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari scorrette che possono favorire l’aumento di peso. Una collaborazione costruttiva e rispettosa tra scuola e famiglia è, pertanto, indispensabile, poiché permette di aumentare la credibilità degli adulti rispetto ai bambini e contribuisce a creare coerenza all’interno della comunità educante. Di contro, l’eventuale mancanza di interazione tra Scuola e famiglia può sottoporre i bambini a stimoli a volte contrastanti, generando in loro confusione e incertezza. Peraltro, la famiglia stessa, se esclusa dal percorso educativo scolastico, può assumere atteggiamenti negativi o contraddittori che, partendo da una sorta di scetticismo, possono diventare di insofferenza e sfociare addirittura in competitività. Si rendono a tal fine necessarie, oltre che le misure di sorveglianza nutrizionale, quelle di prevenzione del fenomeno, attraverso l’attivazione di programmi specifici basati su prove di efficacia. A tal proposito è intervenuto il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 che, con l’intento di rafforzare le alleanze tra mondo della Salute e mondo della Scuola, ha previsto uno specifico progetto, denominato “Scuole in Salute”, gettando così le basi per la strutturazione organica di intenti e attività da condividere tra Sistema Sanitario Regionale e Istituzioni Scolastiche. Il Progetto si è poi concretizzato nella realizzazione di un Programma Regionale Interassessorile Integrato triennale denominato “SBAM!” (Sport, Benessere, Alimentazione, Mobilità), promozione del benessere che utilizza un approccio integrato e multisettoriale, con metodologie e strumenti opportunamente modulati sull’età dei fruitori. Il primo anno del Programma triennale (2012-13) ha previsto la formazione e il coinvolgimento di 2147 alunni e 148 docenti di 104 terze classi primarie, per un totale di 25 scuole di Taranto e provincia.

MATERIALI E METODI: In sintonia con le raccomandazioni presenti in letteratura, il percorso progettuale di SBAM! è caratterizzato fortemente da una metodologia partecipativa e comunicativa finalizzata all’attivazione di processi di coinvolgimento della scuola, delle famiglie e della comunità. Il percorso comunicativo di “SBAM!” prevede, infatti, tra le azioni primarie il coinvolgimento diretto dei genitori. A tal fine, nella seconda annualità è stata inserita una fase di divulgazione/informazione/formazione rivolta ai genitori dei bambini attualmente iscritti alle classi quarte della scuola primaria, dal momento che i comportamenti alimentari del bambino sono decisamente influenzati dal modello culturale che caratterizza il suo contesto socio-familiare, dallo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

stile di vita e dalle abitudini della famiglia. Questo stadio è stato connotato da iniziative di comunicazione finalizzate all'attivazione di processi di sensibilizzazione delle famiglie che sono chiamate a una partecipazione collaborativa sui temi affrontati dal Programma, affinché le conoscenze acquisite a scuola dai figli possano tradursi nella pratica quotidiana nel nucleo familiare. Gli incontri, basati principalmente sulla metodologia del dibattito/discussione, sono risultati utili per sensibilizzare i genitori, promuovere una loro partecipazione attiva, veicolare la "promozione della salute" che riguarda la vita dei bambini nella loro interezza psico-fisica e fornire indicazioni nutrizionali semplici e pratiche, corredate da esempi di abbinamenti di alimenti nell'ambito dei pasti, volti a formare giornate ideali dal punto di vista nutrizionale, comprendenti porzioni adeguate all'età dei bambini nel rispetto delle tradizioni locali. **RISULTATI:** Nell'anno scolastico 2013-14 il Programma ha visto la partecipazione attiva di 420 genitori e 136 docenti per un totale di 109 classi coinvolte. La valutazione di esito è stata incentrata sul coinvolgimento dei portatori di interesse. Si è proceduto alla raccolta dei dati qualitativi attraverso un questionario di gradimento, somministrato alle famiglie e ai docenti. Gli items indagati riguardavano la rilevanza della finalità e della qualità educativa del Progetto e la qualità organizzativa, attraverso l'utilizzo di una scala di gradimento. **CONCLUSIONI:** I risultati hanno mostrato che il 90% dei genitori e dei docenti riconoscono come "molto rilevante" la finalità educativa, ed "eccellente" la qualità educativa ed organizzativa, mostrando quindi, in generale, un elevato livello di gradimento. Tra le osservazioni registrate si è evidenziata la necessità di reiterare il Programma anche negli anni successivi in maniera sistematica e continuativa nel tempo. Alla luce di questi risultati ci proponiamo di ampliare la numerosità del campione negli anni successivi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 361

PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE CORRELATE ALLA SEDENTARIETA'

A. Azzollini¹, A. Spica¹, R. Colamaria¹, V. Gigantelli¹, A. Ramunni, M. Surico¹, L. Spinelli¹, A. Tommasi³, M.G. Lopuzzo³, E. Viesti³, G. Labate³, M.T. Balducci², C. A. Germinario², D. Lagravinese¹

¹ Dipartimento di Prevenzione – ASL Bari

² Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

³ Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità – Regione Puglia

INTRODUZIONE: Il binomio tra attività fisica e salute, oltre ad essere inscindibile da un punto di vista scientifico (WHO, 2002 – WHa, 2002 – ACSM-AHA, 2007), appare come immediato ed intuitivo. Tuttavia l'idea di esercizio fisico come attività "sportiva" ha portato per lungo tempo a sottovalutare il ruolo dell'esercizio fisico come strumento di salute e la necessità di una sua diffusione, non solo in termini di prestazione sportiva e/o di attività ricreativa, ma anche in termini di recupero, mantenimento e miglioramento dello stato di salute.

Le indicazioni della ricerca internazionale, le "buone pratiche" locali, le sempre più numerose azioni delle organizzazioni sanitarie internazionali e delle amministrazioni pubbliche forniscono elementi molto espliciti per definire economicamente vantaggioso, culturalmente rilevante e politicamente necessario l'investimento preventivo pubblico e privato sull'attività fisica per una corretta idea di salute e di benessere. La promozione dell'attività fisica ha ricevuto una crescente considerazione da parte delle autorità sanitarie nazionali che l'hanno inserita nelle linee progettuali:

- del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, che prevede di ampliare ulteriormente le iniziative di prevenzione primaria (soprattutto quelle legate alla promozione degli stili di vita sani) e di estendere gli interventi di prevenzione secondaria e terziaria" per le malattie cardiovascolari, metaboliche e oncologiche;
 - del programma nazionale "Guadagnare in Salute" che promuove l'attività fisica, la sana alimentazione e la lotta al fumo e all'alcol (DPCM 3.5.2007);
 - dei Livelli Essenziali di Assistenza, che includono esplicitamente la promozione dell'attività fisica per la prevenzione;
- MATERIALI E METODI:** Recentemente, il Ministero della Salute attraverso la pubblicazione della "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011" ha evidenziato come la dilagante obesità sia uno dei principali problemi di sanità pubblica in Italia. Ebbene, i dati di prevalenza di sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Puglia, rispettivamente 34% e 12%, sono ancora più



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

preoccupanti di quelli medi nazionali, pari al 32% per il sovrappeso e 11% per l'obesità. Questo vuol dire che, in

Puglia, quasi la metà delle persone di età compresa tra i 18 e 69 anni presenta un eccesso di peso; il 40% dei soggetti in

sovrappeso e il 47% degli obesi, inoltre, riferiscono di non svolgere alcuna attività fisica.

Secondo i dati PASSI 2012, i soggetti sedentari risultano essere il 36% della popolazione pugliese.

In quest'ottica la Regione Puglia con Deliberazione di Giunta regionale n. 2374 del 27.11.2012 e la Asl BA con Delibera n.923 del 22/5/2013, con la collaborazione dell'OER Puglia, hanno approvato il progetto sperimentale di promozione dell'attività fisica "Movimento in Salute".

Il documento sancisce l'inizio di una fase fondamentale in materia di prevenzione ed è rivolto al 2% della popolazione sedentaria della ASL BARI di età compresa fra i 50 ed i 70 anni, pari a 2240 pazienti che saranno avviati a gruppi di cammino (98 gruppi da 20 pazienti) o ad attività fisica adattata in palestra (20 gruppi da 14 pazienti) **RISULTATI:** Con il progetto "Movimento in salute" la ASL Bari ha centrato un fondamentale obiettivo di salute posto dal Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) e dal successivo Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010-2012: il contrasto alla sedentarietà quale elemento che determina l'insorgenza di numerose patologie cardiovascolari e metaboliche come obesità, diabete ed ipertensione nonché di patologie neoplasiche.

Il progetto esalta il ruolo degli stakeholders (Amministrazioni Comunali, Associazioni Sportive, Facoltà di Scienze Motorie), tutti chiamati ad interagire con la Azienda Sanitaria Locale di Bari, ed in particolare con il Dipartimento di Prevenzione in qualità di direzione scientifica e coordinamento e con i Distretti Socio-Sanitari con il compito di coordinare i MMG e gli specialisti ambulatoriali. La rete operativa territoriale comprende inoltre:

- La sezione provinciale di Bari della FMSI
- La sezione provinciale di Bari del CONI
- 118 Laureati in Scienze Motorie

- 9 palestre **CONCLUSIONI:** L'obiettivo di raggiungere il 2% della popolazione inattiva e, quindi, di indurre un cambiamento nello stile di vita è indubbiamente ambizioso, ma raggiungibile. E questo è solo uno dei punti di forza di questo programma. In realtà esso vorrà dimostrare, alla sua conclusione, che i risultati saranno soddisfacenti anche in termini di spesa sanitaria, a fronte di un investimento finanziario di entità esigua, pari a circa 210 euro pro-capite per tutta la durata del progetto. Sul piano economico, infatti, un tale intervento di promozione dell'attività fisica inciderà positivamente sui costi diretti ed indiretti dell'assistenza sanitaria, a fronte di un atteso miglioramento delle condizioni di salute dei soggetti interessati e di una conseguente riduzione dell'uso di farmaci e di prestazioni sanitarie.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 072

ABITUDINE AL FUMO: INDAGINE CONDOTTA IN DUE POPOLAZIONI DI STUDENTI ISCRITTI ALL'UNIVERSITÀ DI PAVIA. NOTA1.

G.Tettamanti 1; M.Macchi 1; A.Varetta 1; M.Arpesella 1; M.S.Laddomada 1, C.Gallotti 1

1. *Università degli Studi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Unità di Igiene, Pavia*

INTRODUZIONE: In Italia il fumo attivo rappresenta la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile, anche se negli ultimi 50 anni si è assistito nel nostro paese, come in tutto il mondo occidentale, ad una graduale diminuzione dei fumatori. L'andamento della prevalenza dei fumatori è stato caratterizzato negli ultimi anni da una progressiva riduzione nei maschi e un costante lieve aumento nelle femmine.

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno: oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

Il "Rapporto sul fumo in Italia 2012" dell'OSSFAD (Osservatorio fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità) evidenzia un quadro in cui il 20.7% della popolazione italiana è ancora costituita da fumatori (10.6 milioni).

Obiettivo del presente lavoro è la valutazione dell'abitudine al fumo in due popolazioni di studenti dell'Università degli Studi di Pavia. **MATERIALI E METODI:** Sono state analizzate due popolazioni di studenti afferenti all'Università degli Studi di Pavia, la prima costituita da 226 futuri medici e la seconda da 145 studenti del corso di laurea in Scienze motorie con lo scopo di indagarne le abitudini al fumo.

Per la rilevazione dei dati è stato autosomministrato un questionario costruito basandosi sui dati forniti annualmente nei rapporti OSSFAD. **RISULTATI:** A fronte di un dato nazionale che vede il 20.7% della popolazione fumatrice, la prevalenza dei fumatori tra i futuri medici è pari all'11.95% (maschi: 11.96%; femmine:11,94%) e al 31.72% tra gli studenti di Scienze motorie (maschi: 35.29%; femmine:25,42%) (Figura 1). Le differenze tra maschi e femmine non sono risultate statisticamente significative in nessuno dei due gruppi (studenti di Medicina e Chirurgia: $p=0.29$; studenti di Scienze motorie: $p=0.44$).

Il 67% dei futuri medici fumatori dichiara di fumare meno di 5 sigarette al giorno; la percentuale si riduce al 37% tra gli studenti di Scienze motorie i quali, per il 39%, dichiarano di fumare tra le 5 e le 9 sigarette/die.

In entrambi i gruppi di studenti i fumatori dichiarano di fumare prevalentemente sigarette confezionate (63% tra gli studenti di Medicina e 70% tra quelli di Scienze motorie), mentre il 33% tra gli studenti di Medicina e il 26 % tra quelli di Scienze motorie dichiara di preferire le sigarette fatte a mano. I dati nazionali mostrano una preferenza per le sigarette confezionate pari al 95.8%.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Sono state analizzate le risposte fornite nei due gruppi dai fumatori e dagli ex-fumatori (18.56% fra i futuri medici e 31.72% fra gli studenti di Scienze motorie) relative all'età di inizio e alle motivazioni che hanno indotto a fumare. In linea con la popolazione italiana, l'85.71% dei futuri medici e il 77.58% degli studenti di Scienze motorie indica come età di inizio quella compresa fra 15 e 20 anni. Le motivazioni sono sovrapponibili a quelle nazionali: il 45.24% degli studenti di Medicina e il 43.1% di quelli di Scienze motorie dichiarano di essere stati influenzati dagli amici e il 21.43% e 31.03% rispettivamente segnalano la curiosità come movente. Tutte le altre opzioni ("perché mi piaceva", "perché mi sentivo stressato", "per sentirmi più grande", ecc.) hanno ottenuto minori preferenze. Da sottolineare i dati relativi all'opzione "per ridurre l'appetito", che è risultato pari a 7.14% e a 3.45% di gran lunga superiori al dato nazionale pari allo 0.4%.

CONCLUSIONI: L'analisi dei dati evidenzia che:

- la prevalenza dei fumatori tra gli studenti di Medicina e Chirurgia è sensibilmente inferiore a quella della popolazione italiana. Questo dato è incoraggiante proprio per il percorso di studi scelto poiché questi studenti dovrebbero essere maggiormente sensibili al tema della prevenzione e della promozione della salute;
- la prevalenza dei fumatori tra gli studenti di Scienze motorie è superiore al dato nazionale. Questo risultato appare particolarmente interessante e andrebbe ulteriormente indagato se si considera che questi ragazzi dovrebbero essere sensibili e attenti al benessere e alla preparazione atletica;
- un dato positivo riguarda il numero di sigarette fumate al giorno, che si mantiene per lo più al di sotto delle 9 sigarette/die o addirittura delle 5 sigarette/die;
- un dato da tenere in considerazione, dovuto probabilmente alla giovane età degli intervistati e al desiderio di contenere i costi, riguarda la percentuale di ragazzi che preferisce utilizzare sigarette fatte a mano. Come è noto, queste presentano numerosi problemi dovuti soprattutto, ma non solo, alla quantità non nota di nicotina che viene assunta a seconda della quantità di tabacco usata per la preparazione della sigaretta;
- non stupisce l'allineamento dei dati inerenti l'età di inizio e le motivazioni per iniziare a fumare con i dati nazionali, in quanto entrambe le variabili si riferiscono ad un periodo della vita, l'adolescenza, dove gli studenti partecipanti all'indagine appartenevano ancora alla popolazione generale e non erano stati influenzati dai corsi di studio intrapresi successivamente.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 146

ABITUDINE AL FUMO: ANALISI DELLE INTENZIONI, DELLE MOTIVAZIONI E DEI METODI PER SMETTERE DI FUMARE IN DUE POPOLAZIONI DI STUDENTI ISCRITTI ALL'UNIVERSITÀ DI PAVIA. NOTA 2.

A. Varetta 1, G. Tettamanti 1, M. Macchi 1, M. Arpesella 1, C. Gallotti 1, M. S. Laddomada 1
1. Università degli Studi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Unità di Igiene, Pavia

INTRODUZIONE: Il fumo di sigaretta continua ad essere la maggior causa di disabilità e morte in Europa.

Le raccomandazioni dell'O.M.S. definiscono le linee guida per condurre un'efficace azione integrata contro il fumo di tabacco e identificano come principali i seguenti quattro ambiti d'intervento:

- 1) la promozione della salute e la prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti;
- 2) l'assistenza e il supporto alla disassuefazione ai soggetti fumatori;
- 3) il controllo del fumo passivo;
- 4) la comunicazione, la formazione, la ricerca e la valutazione (trasversale ai primi tre).

Scopo di questo lavoro è l'analisi, in due popolazioni di studenti iscritti all'Università di Pavia, dell'intenzione di smettere di fumare per i soggetti fumatori e delle motivazioni e dei metodi che hanno portato a smettere gli ex-fumatori. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto su due popolazioni di studenti afferenti all'Università degli Studi di Pavia, la prima costituita da 226 futuri medici e la seconda da 145 studenti del corso di laurea in Scienze motorie.

Per la rilevazione dei dati è stato autosomministrato un questionario costruito sulla base dei dati forniti annualmente nei rapporti OSSFAD (Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità). **RISULTATI:** La prima parte dell'indagine si riferisce ai fumatori (27, pari all'11.95% per gli studenti di Medicina e 46, pari al 31.72% per gli studenti di Scienze motorie). 16 su 27 (59.26%) futuri medici dichiarano che di "pensare di smettere di fumare nei prossimi 6 mesi", ma solo 3 su 27 (11.11%) dichiarano di "pensare di smettere di fumare nei prossimi 30 giorni"; nel gruppo degli studenti di Scienze motorie la percentuale diminuisce nel paragone tra le due domande, passando dal 34.78% (16 su 46) a solo 4.35% (2 su 46).

La seconda parte dell'indagine è relativa agli ex-fumatori, il 6.64% (15 su 226) e l'8.28% (12 su 145) rispettivamente tra gli studenti di Medicina e quelli di scienze motorie. Le motivazioni per cui questi studenti hanno deciso di smettere di fumare sono riportate nel grafico 1.

L'ultima parte dell'indagine riguarda il metodo per smettere di fumare scelto dagli ex-fumatori e dai fumatori che dichiarano di aver fatto almeno un tentativo. Questi ultimi rappresentano il 59.26% (16 su 27) tra i futuri medici e il 58.70% (27 su 46) tra gli studenti di Scienze motorie. Tra i futuri medici il 100% degli ex-fumatori e dei fumatori che hanno fatto almeno un tentativo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dichiara di aver tentato di smettere di fumare senza alcun tipo di supporto psicologico o farmacologico. Nel gruppo degli studenti di Scienze motorie tale dichiarazione è rilevata nel 91.67% degli ex-fumatori e nel 96.3% dei fumatori. Il 46.67% degli ex-fumatori e il 50% dei fumatori tra gli studenti di Medicina e il 33.33% degli ex-fumatori e il 40.74% dei fumatori tra gli studenti di Scienze motorie aveva pianificato il tentativo di smettere di fumare.

La quasi totalità degli studenti intervistati (100% dei fumatori ed ex-fumatori tra i futuri medici; 100% degli ex-fumatori e 88.89% dei fumatori tra gli studenti di Scienze motorie) dichiara di non aver chiesto l'aiuto del medico di famiglia per smettere di fumare.

Alla domanda rivolta a tutti i fumatori, se il medico di famiglia avesse mai parlato loro dei centri anti-fumo, il 92.59% degli studenti di Medicina e Chirurgia e il 91.3% degli studenti di Scienze motorie risponde negativamente, mentre il 7.41% dei futuri medici e l'8.7% degli studenti di Scienze motorie non dà alcuna risposta. CONCLUSIONI: L'analisi dei dati evidenzia che:

- in entrambi i gruppi di studenti esaminati è presente la consapevolezza dei danni alla salute provocati dal fumo di sigaretta, come si evince dalle motivazioni addotte dagli ex-fumatori per smettere di fumare: il 59% tra i futuri medici e il 42% tra gli studenti di Scienze motorie dichiara di aver smesso di fumare "perché fa male" e "per motivi di salute";
- l'intenzione di tentare di smettere di fumare fatica a concretizzarsi, come si nota dalla brusca diminuzione delle percentuali fra coloro che dichiarano di voler smettere di fumare nei prossimi 6 mesi e coloro che continuano a dichiarare di voler smettere quando il tempo si riduce a 30 giorni;
- il dato più interessante riguarda chi ha effettuato un tentativo di smettere di fumare: indipendentemente dal risultato ottenuto, lo ha fatto senza alcun tipo di supporto psicologico o farmacologico, senza chiedere l'aiuto del medico di famiglia e solo in circa la metà dei casi si è trattato di un tentativo pianificato;
- un dato allarmante invece è quello relativo alla totale mancanza di informazioni fornite dai medici di famiglia ai fumatori relativamente ai centri anti-fumo.

I dati riportati rendono evidente la necessità di intervenire a livello dell'assistenza e del supporto alla disassuefazione nell'ambito della prevenzione e della promozione della Salute, così come suggerito anche dall'OMS. In particolare sembrerebbe utile agire sul territorio formando i medici di medicina generale, che dovrebbero essere i primi a fornire un supporto ai fumatori nel loro percorso di disassuefazione e rendendo nota l'esistenza dei centri anti-fumo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 266

IL PROGETTO "DISABILI E SPORT" DELL'AREA VASTA MODENA E REGGIO EMILIA; VALUTAZIONE DELLE ABITUDINI ALIMENTARI.

F. Tripi 1; A.C. Caregnato 5; S. Severi 3, C. Luppi 2; A.V. Ciardullo 4

1 UOC Medicina dello Sport, Dipartimento di Sanità Pubblica Ausl di Modena

2 SIAN, Dipartimento di Sanità Pubblica Ausl di Reggio Emilia

3 Progetto RUN 5.30 - ASD Vaniglia

4 Servizio di Diabetologia Area Nord, Ausl di Modena

5 Medicina Riabilitativa - Nuovo Ospedale Sant'Agostino - Estense, Ausl di Modena

INTRODUZIONE: La disabilità consiste nella incapacità di svolgere attività nelle misure considerate normali per una persona. Il progetto "Disabili e Sport" nasce nel 2007 da un'iniziativa del Panathlon International Club di Modena, in collaborazione con il Servizio di Medicina dello Sport dell'AUSL di Modena, con l'obiettivo di favorire sani stili di vita e mantenere le abilità residue nella popolazione disabile. Prevede un'equipe di specialisti (medici, tecnici sanitari, operatori sociali) al servizio dei cittadini disabili desiderosi di praticare un'attività motoria in condizioni di sicurezza: sono analizzate le condizioni di salute in relazione alla pratica sportiva e verificato lo stato nutrizionale. Nel caso di disabili inseriti nello sport, indirizza verso un'attività adeguata mediante una "rete sociale" territoriale. Tale progetto prevede la collaborazione con le Scuole Medie Superiori della Provincia di Modena e la condivisione dell'esperienza con la Medicina dello Sport dell'AUSL di Reggio Emilia. Ha conseguito riconoscimenti a livello pubblico e di comunità scientifica nazionale ed internazionale. **MATERIALI E METODI:** Al progetto afferiscono disabili senza distinzione per tipologia di disabilità, età, sesso ed attività sportiva. Per definire il grado di disabilità si è applicata una scala di valutazione, il sistema FIM®, standard internazionale di misura della disabilità, che misura l'autosufficienza in 18 attività della vita quotidiana della persona: 13 motorie, 5 cognitive. La facilità nella raccolta dei dati, la ripetibilità nel tempo e la diffusione del sistema hanno fatto sì che il Sistema FIM® sia il principale standard di misura dell'autosufficienza in medicina riabilitativa e nell'area socio-assistenziale. Oltre alla somministrazione della FIM, nel corso della visita medica atta al rilascio della certificazione Medico -Sportiva, vengono raccolti i dati antropometrici e richiesta la compilazione di un questionario che indaga le abitudini alimentari dei pazienti, con lo scopo di valutarne lo stato ponderale e fornire consigli rivolti al miglioramento delle abitudini alimentari. **RISULTATI:** Il 92% dei pazienti consuma la prima colazione. Il 59% consuma almeno una porzione di verdura al giorno, il 41% la consuma raramente o affatto. Il 42% degli intervistati beve almeno 1,5 lt di acqua al giorno, il 58% ne assume meno di 1 lt., il 74% consuma bevande diverse dall'acqua. Il consumo giornaliero di dolci interessa il 36%; sommandolo al consumo settimanale (3-4 volte/settimana), si arriva al 74%. L'assunzione settimanale di pesce interessa il 59% dei pazienti; il 41% non lo consuma mai o ogni 15 giorni. Gli



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

spuntini (metà mattina e metà pomeriggio) sono un'abitudine dell'84% dei pazienti. Il 40% dei pazienti ha mantenuto costante il proprio peso corporeo, il 16% lo ha ridotto; nel 44% è stato registrato un incremento. **CONCLUSIONI:** Lo studio dei questionari evidenzia l'abitudine a consumare regolarmente i cinque pasti quotidiani, ovvero la prima colazione, pranzo e cena e gli spuntini. Sono significativamente presenti abitudini alimentari scorrette quali assunzione quotidiana di snack e dolci, ridotto consumo di verdura e pesce, preferenza di bibite zuccherate all'acqua. Il lavoro di counseling nutrizionale del dietista inizia in occasione della visita e prosegue durante i controlli periodici: si rivolge al paziente, famiglie e operatori sociali che assistono i disabili prevedendo per questi ultimi specifici momenti di informazione. Obiettivo è il controllo del peso corporeo e la limitazione del suo incremento. Uno stile di vita sano ed equilibrato, che preveda l'assunzione di cinque pasti al giorno, prevalentemente a base di alimenti di origine vegetale come frutta, verdura, legumi e cereali, è il passaporto per poter mantenere un peso corporeo adeguato favorendo la difesa delle abilità residue degli sportivi disabili.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 268

VALUTAZIONE E CONTRASTO DEL FENOMENO DOPING IN AMBITO SPORTIVO NON PROFESSIONISTICO, UN PROGRAMMA DEL CENTRO REGIONALE ANTIDOPING DELL'EMILIA ROMAGNA

G.Savino 1, F. Tripi 1; T.Trenti1

1Centro Regionale Antidoping - Regione Emilia Romagna

INTRODUZIONE: Il Fenomeno del Doping è estremamente diffuso soprattutto in ambito non professionistico, nelle competizioni nazionali delle serie maggiori delle discipline sportive maggiormente diffuse vi è un capillare programma di controlli antidoping sia federale che nazionale/internazionale. Purtroppo risulta impossibile, per disponibilità di fondi, risorse e numero di manifestazioni sportive settimanali controllare ogni evento sportivo a qualsiasi livello. Spesso in molti contesti sportivi non vi è il supporto di una adeguata formazione/informazione a sostegno di una politica antidoping e il desiderio di emulazione del campione, unito alla assenza di una adeguata sorveglianza e promozione di sani stili di vita nello sport può produrre casi di impiego di sostanze spesso inosservati e potenzialmente pericolosi da parte di soggetti di ogni età.

MATERIALI E METODI: Il programma del Centro Regionale Antidoping ha previsto eventi di formazione in ambito scolastico, presso società sportive, partecipazione con stand informativo per consulenze agli atleti nel contesto di gare e competizioni di categoria sportiva dilettantistica con distribuzione di materiali redatti da specialisti in medicina dello sport e farmacologia, somministrazione di un questionario (7 domande) sulla competenza di base in materia di doping e pericolosità circa l'impiego di farmaci e sostanze finalizzata al miglioramento delle prestazioni in ambito sportivo. Nel contesto di 5 eventi sportivi sono stati selezionati 20 atleti di differenti discipline (ciclismo, podismo, pallavolo) con proposta di esame ematochimico e urinario su parametri biologici comuni senza ricerca di sostanza d'abuso o dopanti previo consenso informato.

RISULTATI: Gli eventi formativi hanno riscosso notevole riscontro con esito positivo sulla valutazione della qualità degli argomenti trattati, gli eventi di consulenza in gara hanno visto la partecipazione di numerosi atleti, preparatori ed allenatori, oltre a familiari e curiosi. Dai questionari somministrati (450) si evince una competenza di base scarsa sul tema del doping con approssimativa o assente conoscenza degli effetti dannosi sull'organismo delle principali sostanze dopanti, Dei 100 atleti coinvolti negli esami ematochimici soltanto 82 hanno fornito consenso e nell'78% dei casi i parametri sono risultati nella norma, il restante 22% ha presentato alterazioni dei parametri dell'emocromo (iperemoglobinemia ed elevazione dell'ematocrito), alterazioni della CPK e degli enzimi epatici (transaminasi), alterazioni dei parametri relativi alle proteine urinarie (proteinuria) **CONCLUSIONI:** Il lavoro di informazione e formazione sul tema del doping e sulla sua pericolosità alla luce dei dati osservati acquista notevole importanza per vari motivi. Il tema risulta accattivante e di notevole interesse per i giovani, la competenza minima sull'argomento risulta



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

molto scadente e va stimolata. La accurata e periodica valutazione sanitaria dell'atleta si pone, inoltre, come questione da approfondire, non solo per la ricerca delle sostanze dopanti, ma per la valutazione dello stato di salute dell'atleta. I parametri avversi rilevati nel 22% degli atleti testati può costituire uno spunto di approfondimento per poter suggerire al soggetto che pratica sport una migliore alimentazione, una costanza nella pratica di allenamento ed un invito a non consumare arbitrariamente integratori senza un necessario consulto medico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 196

CONSUMO DI ALCOL: DIFFUSIONE DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI AGLI OPERATORI DELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA ASL ROMA D

R.Trivellini 1, O. Angelosanto 2, D. Follacchio 3, M.C.Proietti 4

1 Dipartimento di Prevenzione ASL ROMA D- UOSD Flussi Informativi e Valutazione Attività

2 e 3 Dipartimento di Prevenzione ASL ROMA D - UOC SPreSAL

4 Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASL ROMA D

INTRODUZIONE: P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza della popolazione adulta che stima la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute derivanti da comportamenti inadeguati e la diffusione delle misure di prevenzione atte a contrastarli. Nella ASL Roma D l'attività è coordinata dal Dipartimento di Prevenzione. Personale specificamente formato somministra, mediante interviste telefoniche, un questionario standardizzato ad un campione rappresentativo della popolazione residente di età compresa tra i 18 e i 69 anni. L'indagine interessa anche le tematiche relative al consumo di alcol che, oltre a determinare dipendenza e numerose malattie croniche, espone nell'immediato a un aumentato rischio di incidenti stradali e di infortuni sul lavoro. Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età in relazione principalmente agli incidenti stradali. Anche l'impatto economico è notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontano a più dell'1% del Pil. Nella ASL Roma D nel periodo 2009-2012 sono stati intervistati 1289 soggetti, di età compresa tra 18 e 69 anni. Tra questi il 44,8% degli intervistati ha dichiarato di aver bevuto almeno una unità alcolica nell'ultimo mese. Nel periodo 2010-2012, i bevitori considerati "a rischio" sono stati il 14,2%, definiti tali in quanto forti bevitori (2,8%), bevitori binge (6,1%) o bevitori fuori pasto (7,5%) o per una combinazione delle tre modalità precedenti. Soltanto il 6,5% degli intervistati ha ricevuto il consiglio di bere meno. Il 7,1% ha riferito di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.

OBIETTIVO

Presentare i risultati della sorveglianza PASSI sul consumo di alcol nella ASL Roma D al personale operante presso strutture sanitarie del territorio. **MATERIALI E METODI:** I dati relativi al consumo di alcol riferiti al territorio della ASL Roma D, confrontati con i dati regionali e nazionali, sono stati presentati nel corso di eventi formativi/informativi rivolti a gruppi di 20-25 operatori di due strutture sanitarie insistenti sul territorio di competenza. I corsi tenuti da medici del lavoro sono stati realizzati nel periodo marzo – ottobre 2013 con l'obiettivo di formare ed informare i lavoratori sui risultati della sorveglianza PASSI e sulla normativa vigente che regola il consumo di alcol nei luoghi di lavoro (Legge 125 del 2001, Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 2006, Decreto 81 del 2008). Ai partecipanti è stata consegnata la scheda sul consumo di alcol nella



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ASL Roma D con i dati PASSI 2009-2012. **RISULTATI:** Nel periodo sopraindicato, sono stati effettuati 18 corsi di formazione rivolti a 392 lavoratori del comparto sanità, le cui mansioni sono inserite nell'elenco del Provvedimento del 2006 e per le quali, quindi, vige il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche. Gli incontri, mirati alla conoscenza della normativa specifica vigente e dei danni provocati dall'alcol, hanno altresì avuto lo scopo di sensibilizzare i lavoratori sull'uso e abuso dell'alcol nel territorio ove prestano la loro attività lavorativa. Sono stati pertanto presentati loro i risultati della sorveglianza PASSI, allo scopo di far comprendere la diffusione del consumo di alcol, anche in considerazione del fatto che una percentuale che va dal 4 al 20% degli infortuni sul lavoro dipende dall'assunzione di bevande alcoliche. **CONCLUSIONI:** La semplice applicazione della normativa, che da alcuni anni vieta l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche per le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro o per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, non trova pieno riscontro se non si aumenta fra i lavoratori la consapevolezza del rischio da consumo di alcol. I dati PASSI mettono in risalto uno scarso interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti: solo pochi bevitori a rischio (6,5%) riferiscono di aver ricevuto il consiglio di bere meno. Pertanto è risultato utile fornire a tali lavoratori le informazioni derivanti dalla sorveglianza PASSI, per comprendere meglio la diffusione dell'abuso di alcol nel territorio ove si lavora. Per gli operatori del Dipartimento di Prevenzione è risultato altresì importante collaborare, in modo da rendere più efficace il lavoro che si svolge, sia per coloro che effettuano la sorveglianza PASSI, sia per i medici del lavoro coinvolti negli interventi di promozione della salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 574

L'ABITUDINE AL FUMO NELL'AREA VASTA 2 DELLE MARCHE

E. Ambrogiani 1; M. Morbidoni 1; A. Guidi 1; S. Vallorani 2.

1. U.O. Epidemiologia, Area Vasta 2 Ancona, ASUR Marche

2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche, Ancona

INTRODUZIONE: Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie crónico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. In Italia negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano. L'obiettivo di questo lavoro è descrivere la prevalenza dell'abitudine al fumo e le caratteristiche dei fumatori nell'Area Vasta 2 della Regione Marche (che comprende la provincia di Ancona con in aggiunta i comuni di Apiro, Cingoli e Poggio San Vicino) confrontando tali dati con quelli nazionali. **MATERIALI E METODI:** I dati sono tratti dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) e si riferiscono al quadriennio 2009-2012. L'indagine, che viene svolta attraverso interviste telefoniche, coinvolge un campione rappresentativo della popolazione nella fascia di età 18-69 anni estratto con metodo casuale semplice dalle liste dell'anagrafe degli assistiti ed ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Uno dei temi indagati è quello del fumo: per identificare i non fumatori, i fumatori e gli ex fumatori sono state usate le definizioni operative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: coloro che non hanno avuto un contatto importante col fumo di sigaretta, cioè chi dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella propria vita, sono classificati come non-fumatori; gli individui che hanno fumato più di 100 sigarette nella vita, se dichiarano di fumare attualmente (o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi), sono classificati come fumatori, se invece dichiarano di non fumare al momento dell'intervista e di aver smesso da più di sei mesi sono classificati come ex-fumatori. I dati raccolti sono stati analizzati con il software Epi-Info 3.5.3. **RISULTATI:** A livello nazionale, su 147020 intervistati di 18-69 anni, la prevalenza di fumatori è pari al 28% (più di un quarto della popolazione) mentre nell'Area Vasta 2 la percentuale è minore (23,7%; totale intervistati=1508). In Italia la prevalenza di fumatori è più alta tra le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (37%), è maggiore fra gli uomini (33%) rispetto alle donne (24%) ed è minore fra i laureati (22%). Nell'Area Vasta 2 si è osservata in maniera statisticamente significativa una prevalenza più elevata di fumatori soprattutto nella fascia di età 18-34 anni (31,5%; IC95% 27,3-36,1) e negli uomini (23,6%; IC95% 23,6-29,9). In Italia quasi quattro fumatori su dieci (39,2%) hanno tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo e l'80% di chi ha tentato di smettere di fumare fallisce; nell'Area Vasta 2 il 41,9% ha tentato di smettere di fumare e



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

il 92,3% ha fallito. In Italia nella quasi totalità dei casi (94%), chi ha tentato di smettere nell'ultimo anno l'ha fatto da solo, nell'Area Vasta 2 il 98%. **CONCLUSIONI:** Da tali dati emerge che la quasi totalità dei fumatori prova a smettere di fumare da solo nonostante siano operativi molti Centri Antifumo sia a livello nazionale sia nell'Area vasta 2. Ciò sottolinea la necessità di una maggiore comunicazione tra operatori sanitari e pazienti al fine di valorizzare l'opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 378

“IL GIOCO DELLA RETE ... CHE PROMUOVE SALUTE” - PREVENZIONE NEW ADDICTION

M.T. Vinci 1, M.R. Dinoi 1, R. Coniglio 1, R. Stifini 1, A. Menna 1, T. Battista1, V. Ariano 2, M. Taddeo 2, L. Sileno 2, L. Pozzetta 2, A. Pesare 1

1. Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

2. Dipartimento delle Dipendenze Patologiche ASL, Taranto

INTRODUZIONE: Negli ultimi anni lo scenario relativo alle dipendenze patologiche si è allargato e, accanto alle tradizionali forme di dipendenza da sostanze, troviamo le cosiddette new addiction - collegate alla ripetitività compulsiva di comportamenti normali, tra queste la dipendenza dal gioco d'azzardo on-line, da internet, ecc.. Si tratta di attività che, se ripetute ossessivamente, finiscono per determinare comportamenti problematici che possono interferire con l'apprendimento e con l'integrazione sociale.

Per contrastare questo fenomeno, l'ASL di Taranto ha realizzato un progetto dal titolo “IL GIOCO DELLA RETE ... CHE PROMUOVE SALUTE” (inserito nel Piano Strategico per la Promozione della Salute nelle Scuole della Regione Puglia A.S. 2013/2014) con la finalità ultima di ridurre l'insorgenza di comportamenti a rischio in tema di new addiction, sia stimolando il confronto e il dialogo aperto tra preadolescenti e adulti di riferimento e sia aumentando conoscenze, abilità e competenze (life skills) di tutti i destinatari, attraverso l'introduzione di metodologie didattiche interattive che sono risultate efficaci nell'ambito della promozione della salute. **MATERIALI E METODI:** Per realizzare il progetto l'ASL di Taranto ha formato un'equipe multidisciplinare costituita da personale del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche che hanno dapprima formato gli insegnanti delle scuole secondarie di I grado attraverso metodi e strumenti didattici dedicati (Manuale pratico e schede didattiche) per migliorare le capacità e le competenze dei ragazzi (life skills) necessarie per affrontare il rischio delle “new addiction”.

I genitori sono stati informati, con una lettera, dell'avvio del progetto ed è stato chiesto loro di compilare un questionario. Per la famiglia è stato realizzato un manuale pratico con lo scopo di aiutarli a conoscere i pericoli legati al mondo mediatico al fine di difendere i propri figli, inoltre è stato previsto un incontro per la diffusione e condivisione dei dati raccolti attraverso i questionari. Il Progetto è costituito da 5 attivazioni, tutte sviluppate a cura dei docenti.

Nell'ambito del progetto è stato svolto uno studio che ha coinvolto 515 studenti (11-13 anni) ai quali è stato somministrato un questionario che ha indagato su una serie di aspetti correlati al fenomeno. I questionari sono stati inseriti in un database (File Maker Pro 9.0v3) ed elaborati con Epi-Info 6.0. **RISULTATI:** Dai risultati è emerso che il 66% dei ragazzi può accedere su internet senza limiti orari e il 74% dichiara di non avere nessun filtro per l'uso del PC; inoltre il 38% resta



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

collegato per meno di 1 ora, il 45% da 1-2 ore e il 17% >3 ore e ciò crea condizioni di stress da cui bisognerebbe liberarsi per imparare a trovare un giusto equilibrio per l'utilizzo della connessione. All'item che riguarda la possibilità di avere un sostegno per il corretto uso di internet il 47% degli intervistati dichiara di volerlo dai genitori, il 25% dagli amici, il 23% dagli esperti, l'11% dagli insegnanti e il 10% altro.

Altro dato rilevante riguarda l'utilizzo dei videogiochi, dove il 69% dichiara di utilizzare i videogiochi e di questi il 76% per 1 o 2 ore, il 18% da 2 a 3 ore e più di 4 ore il 7%.

Il 74% degli intervistati dichiara di essere iscritto su Facebook e di questi il 54% da circa tre anni e cioè ben prima dell'età minima prevista per la registrazione al social network.

Il dato indicato dall'item "Quanti mi piace metti in un giorno", ha una rilevanza particolare in considerazione del target (preadolescenti), poiché riproduce il fenomeno che ha reso famoso Facebook (e tanti altri social network), chiamato "Riprova Sociale". Uno dei mezzi utilizzati per decidere che cos'è giusto è di cercare di scoprire quello che gli altri considerano giusto. Inoltre emerge che tra chi ha dichiarato di aver già avuto esperienze sgradevoli attraverso l'uso dei social network (17%), il 55% dichiara una sola volta, il 19% 2 volte e ben il 25% più di 2; questo dato ci deve far riflettere attentamente "sugli effetti collaterali" dei Social Network, soprattutto per i preadolescenti, che utilizzano tali strumenti senza aver maturato una vera consapevolezza delle possibili ripercussioni. **CONCLUSIONI:** L'analisi impone di sostenere, educare e formare in maniera appropriata, sin dalla preadolescenza, i soggetti, prima ancora che il rischio di essere sempre "on-line", manifesti i suoi svantaggi quali, la perdita della privacy, l'impersonalità delle relazioni, la continua ricerca dell'identità e della visibilità. Tali risultati indicano inoltre la necessità di sviluppare strategie che ricerchino con più forza il coinvolgimento del mondo della scuola e soprattutto dei genitori che devono conoscere gli strumenti che consentano ai loro figli di navigare su internet in tutta sicurezza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 524

PROGRAMMA DI PREVENZIONE E DI PROMOZIONE DELLA SALUTE IN TEMA DI AFFETTIVITÀ E SESSUALITÀ NELLE SCUOLE SECONDARIE DI I° E II° DELLA PROVINCIA DI TARANTO

M. R. Dinoi 1; M. T. Vinci1; T. Battista1; R. Coniglio1; C. Licomati1; W. Liuzzi1; A. D. Menna1
R. Stifini1; M. G. Lentini1; K. Pierri1; I. Di Giovanna1; M. Valente1; F. Picaro1, V. Calò1; A. Pesare1
1Azienda Sanitaria Locale, Taranto

INTRODUZIONE: "Hai mai pensato che solo la "Persona" può amare e che solo la "Persona" può essere amata?". Questo è stato il quesito da cui si è partiti per avviare la riflessione sui processi di maturazione interiore emozionale, valoriale e psicologica che avvengono in adolescenza e per strutturare il progetto. Tale introspezione è ancora più necessaria se riferita all'epoca che stiamo vivendo in cui il materialismo imperante, l'edonismo (inteso come ricerca di una bellezza più estetica che del proprio essere), il perseguimento del piacere tout court e del divertimento a tutti i costi, pongono ai margini l'affettività, intesa come i sentimenti, il rispetto per se stessi e per chi condivide le esperienze, i valori e la dignità umana. D'altra parte, è proprio nell'adolescenza che si delinea il difficile rapporto fra affettività e sessualità.

Il progetto "Affettività e Sessualità", afferente al Piano Strategico della Promozione della Salute nelle scuole della Regione Puglia, è stato sviluppato a livello locale dal Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con il personale specialistico in Psicologia dell'ASL di Taranto. Gli obiettivi del Programma rientrano nelle indicazioni dell'OMS:

- Comprendere ed esprimere emozioni e sentimenti
 - Gestire il cambiamento della crescita fisica ed emotivo relazionale
 - Migliorare la capacità di convivere all'interno di un gruppo
 - Sviluppare la capacità di fare scelte autonome e responsabili
- MATERIALI E METODI:** Il primo step è stato l'invio di una lettera ai genitori degli alunni per ottenere il consenso degli stessi a partecipare in aggiunta ad un questionario conoscitivo indirizzato ai genitori. Agli studenti è stato somministrato un questionario on-line anonimo T0, inviato alla piattaforma di Eduscuola E-Learning LMS. Le attività didattiche sono state realizzate su ogni singolo gruppo-classe. Completata questa fase preliminare, si è passati agli incontri frontali con gli esperti Psicologo e Ginecologo, della durata di circa due ore.

L'intervento dello Psicologo ha riguardato il riconoscimento delle emozioni e sentimenti con un'attività dal titolo "Se dico amore..", inoltre è stata utilizzata la "Scatola dei Perché", in cui gli studenti hanno depositato domande e curiosità sul tema. Inoltre sono stati coinvolti nella scrittura di una lettera d'amore a un personaggio immaginario per poi inviarla sulla piattaforma. Queste faranno parte di un libro online dal titolo "Parole..d'amore".

Il secondo incontro è stato tenuto dal Ginecologo con un intervento dal titolo "Io Cambio... Tu cambi" riguardante l'anatomia e la pubertà e in cui si è risposto alle domande poste dai ragazzi in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

maniera anonima. Inoltre è stata prevista un'attività di Braistorming riguardante false credenze, luoghi comuni e verità sul tema della gravidanza. In chiusura è stato proposto un video "Non per caso, ma per scelta" riferito alla contraccezione e seguito da un intervento sulle malattie sessualmente trasmesse dal titolo "Ti dico di sì...se".

L'impegno lasciato ai ragazzi è stato la realizzazione di uno slogan che potrà essere utilizzata come locandina del progetto per il prossimo anno scolastico.

A distanza di un mese circa si è provveduto alla somministrazione di questionari di verifica (T¹).

RISULTATI: La proposta formativa ha coinvolto 7 Istituti scolastici di I e II grado di Taranto e provincia per un totale di 744 ragazzi di età tra i 12 e 14 anni. Dall'elaborazione dei dati è emerso che per il 32% degli adolescenti affrontare le tematiche in oggetto è servito ad aumentare le proprie conoscenze, e il 71% dichiara che gli argomenti trattati dagli operatori sanitari sono stati "utili". **CONCLUSIONI:** I feedback ottenuti su tutte le fasi del progetto hanno evidenziato la buona riuscita dello stesso. Alcune attività del progetto hanno previsto l'opportunità da parte dei ragazzi di poter intervenire in maniera anonima, consentendo di relazionarsi ed esprimersi con il personale sanitario con maggiore spontaneità su dubbi, domande e riflessioni riguardanti la sessualità.

Data l'evidenza che l'agire in rete tra Istituzioni, in modo particolare su temi riguardanti i comportamenti legati alla salute, è un elemento fondamentale per incidere significativamente sull'adozione di corretti stili di vita, l'intento è quello di proseguire con la linea di intervento già intrapresa, migliorando la struttura sulla base dei dati emersi dai questionari e dalle richieste pervenute dai ragazzi e dai genitori.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 466

ANALISI PONDERALE DI UNA POPOLAZIONE SCOLASTICA: STILI DI VITA E PERCEZIONE DEI GENITORI

F. Spagnoli¹, S. Vattini², N. Bolsi², A. Miduri², J. Barbuti², G. Patanè², S. Visciarelli¹, C. Latini¹, F. Pezzetti¹, R. Antolini¹, L. Faccini¹, A. Ferrari¹, A. Rampini¹, P. Camia¹, P. Manotti¹, C. Boccuni³, L. Veronesi¹, C. Pasquarella¹, C. Signorelli¹

1. Dipartimento S.Bi.Bi.T, Unità di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Parma

2. SIAN, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

3. Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

INTRODUZIONE: L'incremento dei livelli di sovrappeso ed obesità costituisce uno dei maggiori problemi di Sanità Pubblica. Tra i bambini la situazione risulta essere preoccupante per le ripercussioni dirette sulla loro salute ed il maggior rischio associato di obesità e malattie cronico-degenerative nell'età adulta (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito di tipo 2, infarto/ictus, asma bronchiale, ecc.). In Italia più di un bambino su tre è attualmente sovrappeso e ciò pone il nostro Paese al secondo posto dopo la Grecia nella classifica dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Dalla recente iniziativa promossa dal Ministero della Salute/CCM/CNESPS/ISS "OKkio alla SALUTE – Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria" (2012) sono emersi livelli preoccupanti di eccesso ponderale: il 22,1% dei bambini valutati è risultato in sovrappeso e il 10,2% obeso. Fattori che contribuiscono all'instaurarsi di tali condizioni patologiche sono: l'inadeguatezza quali/quantitativa dell'alimentazione del bambino e l'insufficiente attività fisica.

Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare la prevalenza del fenomeno sovrappeso-obesità nei bambini, in relazione ai loro stili di vita ed alla percezione dei genitori circa l'alimentazione e lo stato ponderale dei propri figli. **MATERIALI E METODI:** La partecipazione allo studio epidemiologico osservazionale è stata proposta agli alunni (8-12 anni) delle classi 3°, 4° e 5° elementari (Scuole Primarie Collodi, De Amicis e Ongaro) e 1° medie (Scuola Secondaria Zani) di Fidenza (PR), considerando le età inferiori poco attendibili. Gli stili di vita dei bambini sono stati valutati tramite la somministrazione di due questionari anonimi semi-strutturati, uno per ogni alunno (23 items) ed uno per i rispettivi genitori (34 items), aventi un codice identificativo. Previo consenso dei genitori e dopo aver accuratamente standardizzato le procedure e formato gli operatori, ad Aprile 2014 sono state effettuate misurazioni antropometriche di peso e altezza. Si è calcolato poi il Body mass index (BMI) z-score tramite il programma "Pediatric z-score Calculator" dell'Ospedale Pediatrico di Philadelphia, basato sulle tavole di crescita dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Criteri di esclusione sono stati: assenza degli alunni e mancato consenso informato dei genitori. I dati sono stati poi analizzati con SPSS Statistics 21, usando il test chi-quadrato di Pearson ed assumendo come significativo il valore di $p \leq 0,05$. **RISULTATI:** Hanno



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

aderito allo studio 270 alunni delle Scuole Primarie e 147 della Scuola Secondaria, per un totale di 417 bambini (53% maschi). Di questi il 39% presenta un BMI z-score oltre l'85°percentile: il 22% risulta sovrappeso (85°-95°) ed il 17% obeso (>95°) (Figura 1). Il 93% dei genitori ha risposto al questionario proposto, e dall'analisi dei dati emergono consolidate abitudini alimentari scorrette, infatti questi per il 18% dichiarano che il proprio figlio abitualmente fa colazione meno di 4 volte a settimana. Inoltre il 38% dei bambini nel campione in studio afferma di bere bibite e/o bevande energetiche durante i pasti ed il 12% di non aver fatto colazione la mattina in cui è stato somministrato il questionario per mancanza di tempo e/o fame. Dal questionario dei genitori si denota altresì la tendenza alla sedentarietà dei figli: il 58% infatti si reca a scuola con mezzi motorizzati, il 57% fa sport al massimo per due giorni a settimana e il 39% gioca all'aperto meno di quattro giorni a settimana. Emerge inoltre dall'analisi delle risposte degli alunni che il giorno precedente il 29% ha guardato la televisione almeno due ore e l'8% di questi anche più di 4; il 37% ha giocato ai videogiochi, e dei suddetti il 24% ha trascorso davanti al computer più di 2 ore. Si è riscontrato che il 44% delle madri e il 61% dei padri di bambini obesi presentano un BMI ≥ 25 e da ciò deriva una correlazione statisticamente significativa tra bambino obeso e madre sovrappeso ($p=0,007$). Riguardo la percezione dello stato ponderale del bambino, il 93% dei genitori, i cui figli hanno un BMI maggiore al 95° percentile, considera loro: leggermente sovrappeso (60%), normopeso (36%) e sottopeso (4%). Il 67% di questi genitori ritiene inoltre che il proprio figlio si alimenti correttamente. CONCLUSIONI: Dal nostro studio emerge come sovrappeso, obesità e stili di vita non salutari (anche in bambini normopeso) siano ampiamente diffusi nella popolazione in età pediatrica, rappresentando un'attuale sfida per la Sanità Pubblica. E' necessario che i genitori prendano coscienza che la condizione di sovrappeso dei propri figli non costituisce la normalità ma una condizione patologica, spesso predittiva, nel corso degli anni, di malattie cronico-degenerative. Tali risultati evidenziano la primaria necessità di programmi di promozione della salute coinvolgenti sia genitori che bambini, per contrastare la marcata tendenza al sovrappeso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 372

ALLEANZA TRENTINA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE NELLA SCUOLA: DAI PROGETTI ALLA METODOLOGIA DI SISTEMA

W. Mantovani 1,2; N. Zanetti 3; D. Depentori 4; E. Gadotti 5; C. Vivori 1; R. Tabarelli 1; E. Torri 6; S. Pancheri 1,2; D. Kaisermann 1; M. Migazzi 1.

1 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento; 2 Dip. Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Università di Verona; 3 Dipartimento della Conoscenza, PA Trento; 4 IC Brentonico, Trento; 5 Ist. Pavoniano, Trento
6 Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, PA Trento

INTRODUZIONE: Il progetto "La scuola che promuove la salute" si è collocato all'interno del Piano provinciale di Prevenzione 2010-2012, prorogato per l'anno 2013. Attualmente costituisce uno degli obiettivi della Provincia Autonoma di Trento per l'Azienda Sanitaria (APSS). Il Dipartimento di Prevenzione (DP) dell'APSS e il Dipartimento della Conoscenza della Provincia Autonoma di Trento da anni collaborano per analizzare i vari contesti scolastici e condividere linguaggi e metodologie a favore di una cultura della salute garantendo un'equa offerta. Il progetto, ispirato a valori e principi della Rete europea delle scuole che promuovono la salute, prevedeva inizialmente l'autovalutazione alle Scuole utilizzando il manuale degli standard (dall'esperienza della rete HPH). Nel corso del primo trimestre 2013 tuttavia, condivisi i principi della promozione della salute (PdS), il progetto ha assunto complessità più rilevanti di quanto prospettato.

L'iniziativa è orientata alla sperimentazione di un modello di alleanza intersettoriale per la promozione della salute nella scuola che agevoli la transizione da un approccio a "progetti nella scuole" per il benessere verso un approccio di "progetto scuola". Successivamente alla valutazione del modello sperimentato si procederà alla sua estensione proponendolo a tutte le scuole della Provincia Autonoma di Trento. **MATERIALI E METODI:** Il progetto pilota 'Alleanza Trentina per la Promozione della Salute e del Benessere nella Scuola' ha durata di anni 2, coincidente con gli anni scolastici (AS) 2013/14 e 2014/15. Gli attori sono: Azienda Sanitaria di Trento; Dipartimento della Conoscenza di Trento; Istituto Comprensivo di Brentonico; Istituto Comprensivo Bernardo Clesio; Istituto di Istruzione Marie Curie; Istituto Pavoniano Artigianelli per le Arti Grafiche. I principi guida sono: 1) Le organizzazioni della Alleanza formalizzano la propria politica di PdS nella scuola; 2) I programmi di promozione di salute vengono approvati dopo aver effettuato un'analisi dei bisogni. 3) Realizzazione e valutazione delle attività programmate. 4) Sviluppo di un posto di lavoro e di studio sano per il personale e lo studente; 5) Assicurare il lavoro in rete ed avviare partnership con il servizio sanitario, enti e associazioni per ottimizzare l'integrazione delle attività di PdS nei percorsi educativi. **RISULTATI:** Per l'Anno Scolastico 2013/14, i risultati conseguiti sono stati: consolidamento dell'alleanza tra le organizzazioni aderenti; sviluppo di modelli per la garanzia di omogeneità delle attività previste; formazione delle organizzazioni coinvolte. Nel maggio 2013, presso ciascuno degli istituti scolastici, sono state tenute riunioni tra il dirigente scolastico, alcuni



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

insegnanti e i referenti per l'Educazione alla Salute della APSS: gli operatori sanitari hanno presentato i risultati dei sistemi di sorveglianza (HBSC, OKkio, PASSI), gli insegnanti della scuola hanno descritto i Percorsi Salute attivi nella scuola e i bisogni emersi nei diversi organi di governo, al fine di programmare le attività per il nuovo AS. Durante l'estate le 4 scuole si sono costituite in rete ottenendo un finanziamento con una iniziativa formativa di ricerca/azione: "Attuazione di percorsi didattici per competenze aventi come oggetto la salute e le life skills". Il percorso, attivato nel settembre del 2013 ed entrato in fase di progettazione delle unità di apprendimento nel novembre 2013, si concluderà nel giugno 2014. Sono stati identificati i criteri per arruolare 10 nuovi istituti scolastici da inserire nella sperimentazione. A fine 2013 i Dirigenti delle scuole "pilota" hanno contattato i Dirigenti delle nuove scuole, che si sono riunite nel marzo 2014, in vista della formazione congiunta scuola-sanità a maggio.

Per il secondo anno (2014/15) i risultati attesi sono: coinvolgimento di altri settori; applicazione degli strumenti metodologici prodotti; consolidamento della alleanza; valutazione del raggiungimento degli obiettivi e proposta di un modello organizzativo per assicurare continuità all'alleanza. **CONCLUSIONI:** Tale iniziativa rappresenta un'occasione di forte integrazione tra il mondo della scuola e della sanità e un'opportunità per applicare nel contesto scolastico, interlocutore privilegiato per la promozione della salute, un modello di approccio alla salute basato su logiche di sistema piuttosto che di singoli progetti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 175

RETI E ALLEANZE FORMALI E SOLIDALI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE GIOVANILE NEI CONTESTI DI VITA: L'ACCORDO TRA IL COMUNE E L'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE

A Maggiore¹, S Sanson¹, E Croci², A Brecel³, A Grim³

1 Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, Trieste

2 Università degli Studi di Udine, Udine

3 Comune di Trieste, Trieste

INTRODUZIONE: In un momento storico di crisi socioeconomica e di spending review la realizzazione di interventi sinergici di promozione della salute, la condivisione di risorse, contenuti e competenze e la creazione e l'ufficializzazione di un sistema interistituzionale diventa determinante per ottimizzare le attività rendendole sostenibili, riproducibili e diffusibili su tutto il territorio e a tutta la popolazione, in particolare giovanile. **MATERIALI E METODI:** L'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina" ha stipulato con il Comune di Trieste, Area Educazione, Università e Ricerca, Cultura e Sport un accordo triennale con lo scopo di realizzare interventi sinergici, sulla base dei bisogni espressi dal territorio finalizzati, nel rispetto degli ambiti istituzionali di entrambi gli enti, sia ad uno sviluppo dell'integrazione delle funzioni socio-sanitarie che alla promozione della salute dei giovani attraverso la diffusione di una cultura di sana alimentazione, pratica regolare di attività fisica, acquisizione di abilità di vita e prevenzione dei comportamenti a rischio.

RISULTATI: ☐ sostegno reciproco e attivazione di modalità di relazione e collaborazione permanente secondo un'ottica di rete

- ☐ individuazione di piani di intervento da realizzare nel rispetto dei ruoli e negli ambiti di competenza delle parti
- ☐ realizzazione di incontri e confronti semestrali di verifica dei progetti in essere, programmazione di ulteriori interventi e definizione di budget da destinare a tali iniziative
- ☐ progettazione di iniziative comuni aperte al coinvolgimento delle parti sociali e di altri soggetti pubblici e privati
- ☐ individuazione delle fonti di finanziamento necessarie

Progetti e le iniziative realizzate ad oggi:

- ☐ Orto in condotta: creazione di orti nei giardini delle scuole
- ☐ Introduzione pannolini lavabili nei servizi educativi 0-3 anni
- ☐ Educazione ambientale (scuole e ricreatori comunali)
- ☐ Rilevazione precoce di difficoltà che possano preludere a disturbi specifici dell'apprendimento (scuole di infanzia)
- ☐ Gestione di bambini con malattia nei contesti educativi e scolastici
- ☐ Gruppo Caronte contro la violenza ai minori e la pedofilia



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- Allattamento al seno, alimentazione complementare ed educazione alimentare
 - Laboratori di giornalismo radiofonico
 - Attività sportiva nei ricreatori comunali
 - Prevenzione comportamenti a rischio in età adolescenziale (consumo di sostanze psicoattive, utilizzo consapevole delle nuove tecnologie informatiche, gioco d'azzardo, prevenzione malattie sessualmente trasmesse)
- CONCLUSIONI:** La collaborazione degli enti portatori di interesse in tema di salute e la creazione di reti e sistemi stabili e riconosciuti (standard 1 e 5 del manuale della rete Health Promoting Hospitals and Health Services della World Health Organization) permette di analizzare al meglio i bisogni di salute della popolazione e di strutturare, sulla base di tali bisogni, interventi mirati ed efficaci con un risparmio e un'ottimizzazione di risorse. L'accordo quadro costituisce un documento formalizzato di programmazione condivisa che integra la programmazione sociosanitaria istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 289

CAMPAGNA “NON LAVARTENE LE MANI!”: VALUTAZIONE DI IMPATTO DELLA STRATEGIA DI IMPLEMENTAZIONE QUINQUENNALE IN SCALE-UP DELLE LINEE GUIDA OMS IN TUTTE LE AREE DI DEGENZA ORDINARIA DELL’AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA.

M. Bergamini¹, P.M. Antonioli², M.C. Manzalini², B. Bonato¹, L. Maniscalco¹, M. Giordani¹, A. Stefanati¹

1. Dipartimento di Scienze Mediche-Sezione di Medicina di Sanità Pubblica, Università di Ferrara

2. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Azienda Ospedaliero-Universitaria

"Arcispedale S. Anna" Ferrara

INTRODUZIONE: L’igiene delle mani ha un ruolo fondamentale nelle infezioni correlate all’assistenza. Il frizionamento con soluzione idroalcolica o il lavaggio con acqua e sapone possono ridurre: giornate di ricovero, spese sanitarie, decessi conseguenti ad infezioni. Dal 2006 in AOUE, seguendo una strategia multimodale-multidimensionale, è attivo un progetto per migliorare l’adesione alle buone pratiche igienico-assistenziali in operatori, care-givers e visitatori e un monitoraggio del consumo di gel alcolico nelle UU.OO. Nel 2007-2008, AOUE è stata sito pilota del progetto OMS “Clean care is safer Care”. Dal 2009 è attiva un’osservazione sul campo che misura la compliance alla pratica di igiene delle mani in tutte le aree di degenza ordinaria per acuti e di riabilitazione, al fine di: determinare l’adesione, identificare interventi di miglioramento e promuovere buone pratiche tra il personale. **MATERIALI E METODI:** Condotta da Osservatori formati, utilizzando la scheda standard OMS, l’ultima rilevazione (maggio 2013-marzo 2014) ha consentito di completare tutte le aree di degenza ordinaria AOUE. Le azioni svolte sono state classificate nei 5 momenti fondamentali OMS: pre-contatto (prima del contatto con il paziente o l’ambiente circostante), dopo-contatto, pre-asepsi (prima di una manovra asettica), dopo-fluido (dopo operazioni a rischio di contatto con fluidi), dopo-circ (dopo contatto con l’ambiente circostante il paziente). Per ogni opportunità è stata segnalata l’esecuzione di un’azione d’igiene (frizione, lavaggio o nessuna azione). L’uso dei guanti è stato segnalato quando sostitutivo dell’igiene delle mani. Sono state osservate 200 opportunità per le UU.OO. mai esaminate e 100 per quelle già studiate. In accordo con la letteratura scientifica, è considerata critica (non sicura) una compliance <40%, e problematica una compliance compresa tra 40 e 50 (standard Ita2008: 65%; OMS 2011: 75%). Il consumo di gel alcolico viene valutato annualmente (rif.: OMS 20L/1000gg di degenza e RER 10L/1000gg). **RISULTATI:** L’osservazione ha riguardato 16 UU.OO. per acuti, 671 operatori, 3.174 opportunità di igiene delle mani; compliance: 43.5% (range 10.3-67.6) (Ita2008 65%); 2 UU.OO. di riabilitazione: 65 operatori, 216 opportunità, compliance: 47.7% (range 38.6-57.8) (Ita2008 59.4%). Stratificando per “disciplina”: Ch-OST-Gin 40.1% (Ita2008 61.3%), Medicina 46.3% (Ita2008 63.9%), Pediatria 42.6% (Ita2008 57.4%). Riguardo agli operatori, sono sotto la soglia critica: Medici (33.4%) e Infermieri (35.5%) nelle Chirurgie-OST-Ginecologia; Medici



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Spec. (38.2%) nelle Medicine; Infermieri (37.1%) e Stud.Infermieri (27.3%) in Pediatria; Fisioterapisti (27.3%) in RHB. I valori più elevati nei Medici (Medicine) 57.6% e nei Chirurghi (Ch-OST-Gin) 54.6%. Stratificando per i 5 momenti OMS, si ha: 56.2% (dopo-fl), 54.8% (dopo-cont), 51.0% (dopo-circ) 35.6% (pre-cont), 28.7% (pre-asepsi). Mancata adesione per uso dei guanti è risultata pari a: 32.0% (RHB), 29.1% (Ch-OST-Gin), 22.3% (Medicine), 9.8% (Pediatrie). Il consumo di gel alcolico nel 2013 è stato pari a 12.9L/1000gg (aree di degenza), vs. 7.8L del 2012; 10.1L in Riabilitazione vs 13.6 nel 2012. CONCLUSIONI: I dati evidenziano una flessione nella compliance rispetto agli anni precedenti sia nelle UU.OO. per acuti (43.5% vs. 53% 2009-2010 $p<0.0001$) che in Riabilitazione (47.7% vs. 62% 2012 $p<0.0001$, 32% 2011). Il buon risultato nella Riabilitazione del 2012 è frutto di un intervento di formazione e addestramento continuo, inserito in uno specifico progetto di miglioramento svolto nel corso del 2012, con contestuale studio di incidenza delle ICA che indica l'opportunità di un processo continuo di osservazione/feedback. Valori problematici si sono rilevati per Chir-OST-Gin (40.1%) e Pediatrie (42.6% prima osservazione). La scarsa compliance di Medici Spec. (Medicine 28.8%) e Stud.Infermieri (27.3% Pediatria) indica la necessità di una maggiore attenzione alle pratiche di igiene già nei corsi di studio e di un adeguato tutoraggio durante i tirocini. La bassa adesione nei momenti precedenti il contatto col paziente (Pre-Cont, Pre-Asepsi) è spesso dovuta ad interruzione delle sequenze di cura e scarsa attenzione per alcune manovre asettiche (igiene cavo orale, iniezioni, medicazioni in genere). La mancata adesione per utilizzo dei guanti non sterili è data da errato utilizzo, ritenendoli sostitutivi dell'igiene delle mani. Il loro ampio e inappropriato uso li rende la terza voce di spesa tra i DM in Emilia-Romagna e in AOUE. L'aumento del consumo di gel alcolico associato alla riduzione della compliance all'igiene delle mani rende necessaria una valutazione di appropriatezza di utilizzo di questo prodotto nell'effettuazione dell'igiene delle mani (QUANDO=5 momenti OMS). Saranno necessari interventi formativi e audit mirati in specifiche UU.OO. per incrementare la consapevolezza che l'igiene delle mani è la pratica più semplice ed efficace per ridurre le complicate infettive correlate all'assistenza. "SAVE LIFE: CLEAN YOUR HANDS!".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 637

SCUOLA: BOCCIATO LO SPRECO ALIMENTARE!

F. Santomauro 1; S. Vezzosi 2; L. Capecchi 3; G. Niccolai 3; M. Carucci 2; P. Picciolli 2; R. Berti 2; G. Bonaccorsi 4

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; 2 UFC Igiene Pubblica e Nutrizione, ASL3 Pistoia; 3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; 4 Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Firenze.

INTRODUZIONE: Il fenomeno degli sprechi alimentari, a lungo considerato un co-prodotto della nostra "società dell'abbondanza", è molto complesso e le stime più recenti rilevano un trend in costante crescita. La sfida lanciata dal Parlamento Europeo nel proclamare il 2013 "Anno europeo contro lo spreco alimentare" è di ridurre gli sprechi alimentari, entro il 2025, del 50%. In Italia, come nel resto dei Paesi sviluppati e a differenza di quanto avviene in quelli in via di sviluppo, gli sprechi maggiori sono localizzati a valle della filiera agro-alimentare e riguardano le fasi di distribuzione, consumo domestico e consumo presso ristorazioni collettive commerciali o di servizio. Rientra tra queste la ristorazione scolastica che, secondo le linee di indirizzo nazionale emanate dal Ministero della Salute, deve avere valenza educativa alimentare e, in quanto tale, essere anche strumento di sensibilizzazione al problema degli sprechi alimentari per quel 53,4% (oltre 3 milioni) di iscritti alla scuola d'infanzia, primaria e secondaria di primo grado che pranza a scuola.

Da tali presupposti nasce l'idea di condurre un'esperienza pilota all'interno del servizio di ristorazione scolastica di due scuole primarie della provincia di Pistoia con l'obiettivo di misurare e valutare l'entità degli sprechi alimentari e poter sviluppare strategie efficaci di gestione e di educazione mirate alla loro riduzione. Obiettivo dello studio è anche quello di evidenziare l'impatto che il servizio di ristorazione scolastica può esercitare sulle risorse ambientali, in particolare sulla risorsa acqua, attraverso il calcolo dell'impronta idrica degli alimenti e delle preparazioni alimentari presenti nel menu. **MATERIALI E METODI:** Nelle due scuole primarie della provincia di Pistoia sono state eseguite complessivamente 9 rilevazioni.

Per la classificazione dei rifiuti alimentari sono state adottate le seguenti definizioni:

- Spreco: alimenti avviati alla distribuzione che non sono stati distribuiti (potenzialmente riutilizzabili).
- Scarto: alimenti somministrati agli utenti che sono stati lasciati nel piatto (non più riutilizzabili).
- Rifiuti: somma degli sprechi e degli scarti.

La valutazione degli sprechi e degli scarti è stata effettuata tramite misurazione diretta delle singole preparazioni alimentari/alimenti sprecati e scartati (primo piatto, secondo piatto, contorno e pane) ed è stata preceduta dalla misurazione delle preparazioni alimentari/alimenti avviati alla distribuzione nelle due scuole.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'impronta idrica è stata ottenuta utilizzando il calcolatore disponibile sulla piattaforma Water Footprint Network che permette anche di suddividere l'acqua nelle sue tre componenti: verde (acqua piovana), blu (acqua che proviene dai corpi idrici superficiali e dalle falde acquifere sotterranee) e grigia (acqua inquinata dai processi produttivi). **RISULTATI:** Durante i 9 giorni di osservazione sono stati monitorati 786 pasti (735 somministrati ai bambini e 51 agli insegnanti). La quantità complessiva di cibo arrivato nelle scuole è stata di circa 425 kg e di questi circa il 20% è stato sprecato e altrettanto è stato scartato. In termini assoluti ciò equivale a oltre 200 g di rifiuti alimentari per ogni singolo pasto. Le percentuali di spreco e di scarto sono legate alla tipologia di alimento somministrato, infatti, analizzando i dati per singola giornata si osservano valori molto variabili compresi tra 11,9% e 27,5% per lo spreco e tra 15% e 34,3% per lo scarto. Considerando le tre portate principali (primo, secondo e contorno), quella che viene in maggior quantità sprecata e scartata è il contorno (57%). Un ulteriore dato da sottolineare è l'elevata percentuale di pane che viene scartato (15%) e soprattutto sprecato (30%).

Il costo in termini di "acqua" utilizzata per la preparazione dei pranzi è pari mediamente a 75.000 litri di acqua/die. Naturalmente, l'impronta idrica è influenzata da numerose variabili, prime fra tutte la tipologia di prodotti alimentari utilizzati (animali vs vegetali). In media, per produrre un primo piatto per ogni bambino sono necessari circa 200 l di acqua che salgono a oltre 450 per una porzione di secondo. La ripartizione dell'acqua nelle sue tre componenti è risultata, in media, la seguente: 78,3 % verde, 12,9% blu e 8,8% grigia. **CONCLUSIONI:** Sebbene le grammature utilizzate per le preparazioni alimentari presenti nel menu scolastico corrispondano a quanto previsto nelle Linee di Indirizzo Nazionali per la Ristorazione Scolastica, sono state riscontrate percentuali di rifiuti alimentari elevate.

Occorre pertanto riflettere sulle possibili cause e sulla necessità di ampliare il monitoraggio degli sprechi e degli scarti in maniera sistematica su tutto il territorio al fine giungere alla definizione condivisa di nuove "piste di lavoro" concretizzabili nelle diverse realtà territoriali che consentano di implementare un più "nuovo" sistema di pianificazione pasti e un consumo alimentare più sostenibile, in sintonia con gli attuali bisogni di salute e le esigenze ambientali, economiche e sociali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 278

SPERIMENTAZIONE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE PUGLIESI: TEEN EXPLORER

P. Pedote 1, M. Veronico 2, A. Cammalleri 2, G. Labate 1, A. Tommasi 1, Antonella Povia 1, Rosa Colamaria 3, M. T. Balducci 4, D. De Iaco 5, M. G. Foschino 5.

1. Servizio PATP Assessorato al Welfare – Regione Puglia, Bari

2. Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia, Bari

3. Dipartimento di Prevenzione ASL BA, Bari

4. Osservatorio Epidemiologico Regionale Puglia, Bari

5. Servizio di Psicologia Osp. Pediatrico Giovanni XXIII - A.O. Policlinico Consorziale, Bari

INTRODUZIONE: Il mondo della scuola riceve annualmente proposte di adesione a progetti da parte dei più vari soggetti (sanità pubblica o privata, volontariato, privati, etc), quasi sempre azioni senza alcuna analisi dei bisogni, evidenza scientifica, monitoraggio degli esiti.

Per tale motivo la Regione Puglia e l'USR per la Puglia nel 2011 hanno sottoscritto un Protocollo d'Intesa che mira alla governance delle azioni in materia di Promozione alla Salute in ambito scolastico. Per l'anno scolastico 2013/14 è stato predisposto, e diffuso a tutti gli Istituti Scolastici, il "Piano Strategico per la Promozione alla Salute nelle Scuole". Alla stesura del Catalogo si arriva dopo l'analisi di dati epidemiologici, la lettura dei bisogni formativi dalla scuola, l'analisi delle proposte progettuali pervenute da soggetti terzi (Ministeri, Università, A.S.L., assessorati/enti, associazioni di volontariato, soggetti privati, etc.), il monitoraggio di processo e di esito delle azioni proposte l'anno precedente.

Il Catalogo 2013-14 ha contemplato una sezione "Sperimentale" in cui, per la tematica attuale, per la metodologia utilizzata, per l'innovazione, è stato inserito il programma TEEN EXPLORER.

Obiettivo di questo studio è di comprendere le dinamiche sottostanti al cyberbullismo e la consapevolezza che gli adolescenti hanno sui potenziali pericoli del web. **MATERIALI E METODI:** Teen Explorer è un progetto di promozione della salute per la prevenzione dei pericoli del web, come l'adescamento on line e il cyber bullismo. Rivolto ai ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado. Ideato e coordinato dal Servizio di Psicologia-Progetto GIADA dell'Osp. Pediatrico Giovanni XXIII, in partnership con Dipartimento di Prevenzione e la Neuropsichiatria Infantile dell'Asl Bari, la Polizia Postale, ed attuato in via sperimentale nel territorio della Provincia di Bari. Tale programma viene realizzato dagli insegnanti dopo aver sviluppato il percorso educativo con gli alunni di alcune classi delle scuole aderenti.

Le classi coinvolte nel progetto, a conclusione del percorso didattico, hanno dato espressione alle loro riflessioni sui pericoli del web, cyberbullismo e adescamento on line, creando diversi prodotti di comunicazione sociale (spot, cortometraggi, slogan, poster, fumetti, gadget).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Ai partecipanti è stato chiesto di compilare un questionario conoscitivo al quale si accedeva per il tramite del Portale della Salute della Regione.

Le informazioni raccolte sono state registrate su software File-MakerPro ed elaborate utilizzando software STATA. I dati sono stati diffusi in modo aggregato. **RISULTATI:** Al progetto hanno aderito n° 8 istituti scolastici ma il programma è stato totalmente completato in 7 istituti: 3 scuole secondarie di primo grado e 4 scuole secondarie di secondo grado (2 istituti tecnici-economici, 2 istituti alberghieri)

Hanno compilato il questionario 1080 studenti. L'età media è stata di 14 anni (il 41% femmine, il 43% maschi, il 16% non ha dichiarato il sesso).

E' emerso che solo lo 0,4% dei ragazzi ha dichiarato di non possedere un telefono cellulare. Tra chi possiede un cellulare, il 72% riceve la ricarica telefonica da parte del genitore. La maggior parte dei ragazzi (78%) usa il cellulare per navigare su internet; tra questi il 39% dice di esser rimproverato dai genitori per il troppo tempo passato su internet ma solo nel 22% dei casi c'è un reale controllo da parte loro. Tra le attività che i ragazzi fanno su internet troviamo la consultazione dei propri profili sui social network (46%), il fare ricerche per la scuola (36%), giocare online (16%) e gestire un blog (2%). Le altre attività che i ragazzi fanno col cellulare sono: scattare e scambiarsi fotografie, chattare, condividere video. Tra tutti gli intervistati solo il 39% lo utilizza solo per fare telefonate.

Circa la consapevolezza che i ragazzi hanno dei pericoli connessi dall'uso di internet, per il 36% troviamo il rischio di dipendenza, per il 20% il rischio di diffusione dei propri dati/furto dell'identità, per il 24% incontri pericolosi.

Il 51% ha risposto che proporrebbe in incontro ad una persona conosciuta sul web, il 38% accetterebbe invece l'invito. L'età media di chi accetterebbe è di 15 anni e sono per il 57% maschi. Il 44% ha dichiarato di aver avuto esperienze di cyberbullismo; tra questi solo il 42% ritiene che siano atti punibili penalmente. **CONCLUSIONI:** Dallo studio è emerso come il mondo virtuale e le nuove tecnologie costituiscono un contesto significativo di vita per le nuove generazione. I social network, internet, i cellulari sono mezzi attraverso cui la comunicazione può essere facilitata e la rete sociale potenziata. Accanto a questi processi positivi, possono però presentarsi anche alcune insidie tra cui il cyberbullismo, di cui però i ragazzi non riescono a cogliere i reali pericoli. Lo scarso coinvolgimento delle famiglie nella vita dei figli e la scarsa considerazione del cyber bullismo pongono i ragazzi in una situazione di pericolo per cui le Istituzioni devono adoperarsi per preservarli.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 484

LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA FISICAMENTE ATTIVI TRA SOGGETTI SOCIALMENTE SVANTAGGIATI: BUONE PRATICHE E DETERMINANTI PER IL SUCCESSO

C. Capelli 1; S. Digennaro 1; A. Borgogni 1

1 *Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, Cassino*

INTRODUZIONE: L'attività fisica è considerata oggi come un importante fattore per un salutare e corretto stile di vita oltre che come un efficace mezzo d'intervento sociale, in grado di agire come un meccanismo attraverso cui migliorare lo stato di benessere degli individui (Stewart-Withers & Brook, 2009). Ad ogni modo, ci sono documentate ragioni per affermare che i positivi effetti di uno stile di vita attivo siano ancora una prerogativa che non interessano in maniera omogenea i membri della società: coloro i quali appartengono a gruppi di popolazione più disagiate (migranti, diversamente abili...) tendono ad avere livelli di pratica ridotti rispetto alla media della popolazione. I lavori di carattere scientifico che hanno cercato di spiegare i motivi per cui soggetti socialmente svantaggiati tendono ad essere fisicamente meno attivi, hanno preso in considerazione diversi fattori: individuali, connessi con la personalità e/o i bisogni specifici degli individui; contesto sociale e fisico nel quale gli individui vivono; fattori esperienziali legati alle dinamiche di vita individuali; fattori dipendenti dalle agenzie di socializzazione che operano su un dato contesto. La letteratura in materia è piuttosto vasta e le descrizioni di come tali fattori influenzano le scelte degli stili di vita personali, hanno raggiunto buoni livelli di approfondimento e di dettaglio. Partendo da questo background il gruppo di ricerca del Dipartimento di Scienze Umane, Sociali e della Salute, nell'ambito di un triennale progetto di ricerca-intervento denominato «MOVE» e finanziato dalla Agenzia Esecutiva per i Consumatori, la Salute e la Sicurezza Alimentare dell'Unione Europea, ha sviluppato una ricerca tesa a raccogliere ed analizzare esperienze di buone pratiche che hanno dimostrato di essere in grado di intervenire positivamente sui fattori succitati, favorendo l'assunzione di stili di vita fisicamente attivi con interventi mirati per gruppi di soggetti socialmente svantaggiati. In particolare, la ricerca ha perseguito i seguenti obiettivi: a) descrivere e analizzare esperienze di progetto; b) definire determinanti organizzative e manageriali che risultano essere fattori che influenzano in maniera decisiva l'efficacia di un intervento MATERIALI E METODI: A partire da ottobre 2011, per nove mesi, è stata condotta una raccolta di buone pratiche attraverso differenti sistemi di comunicazione: il sito internet del progetto MOVE, contatti diretti con potenziali stakeholder, call diffuse tramite network europei e nazionali, newsletter e comunicati diffusi attraverso i canali dell'Unione Europea. Il sistema di raccolta era basato su di una metodologia relativamente semplice e sull'utilizzo di un questionario standardizzato adottato come principale strumento di ricerca. La costruzione del questionario ha seguito un corso logico (Silverman, 2009), partendo dalla definizione di buona pratica adottata (si veda oltre) e passando attraverso



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

l'operazionalizzazione della stessa in items misurabili ed osservabili. Più nel dettaglio, in coerenza con le specifiche del progetto e con un'estesa analisi della letteratura svolta, è stata adottata la seguente definizione di buona pratica: «Un'iniziativa che ha (avuto) un significativo impatto, che può essere considerata come innovativa e che può essere replicata in un altro contesto. In particolare, è un progetto/programma che include sostanziali e ben documentate prove di successo, che ha avuto effetti positivi sulla popolazione target e che ha con successo raggiunto gli obiettivi prefissi». In aggiunta alla definizione, sono stati poi adottati cinque (5) ulteriori criteri di qualità: evidenza di successo in relazione agli obiettivi definiti e alla popolazione target; sostenibilità, considerata sia in termini di durata degli effetti del programma che in termini di un adeguato utilizzo delle risorse a disposizione; qualità degli aspetti organizzativi (structural quality); qualità dei processi organizzativi (process quality); qualità dei risultati (outcome quality). Il questionario nella sua forma finale era composto di venti-sette (27) domande aperte suddivise in sette (7) sezioni: informazioni generali; approccio e attività chiave; gruppo target; finanziamenti e collaborazioni; monitoraggio e valutazione; sostenibilità e trasferibilità; lezioni apprese. L'utilizzo del questionario come strumento per la raccolta dati ha offerto benefici in termini di flessibilità e facilità nella distribuzione attraverso i meccanismi previsti. In aggiunta, in conformità con la natura stessa dello strumento, ha permesso di avere vantaggi in termini di standardizzazione e uniformità nella raccolta dati. Un processo di pilot-test con un piccolo sottogruppo di potenziali organizzazioni rispondenti (n=10) è stato condotto prima dell'utilizzo del questionario nella sua versione definitiva. **RISULTATI:** La raccolta è stata in grado di raggiungere un numero molto ampio di potenziali stakeholder. Cento-trenta-due (132) organizzazioni hanno risposto inviando le descrizioni di cento-sessanta-quattro (164) pratiche. Diciotto (18) di esse non sono state accettate per incompletezza nelle informazioni fornite e non pertinenza delle attività proposte. Dal punto di vista geografico, l'Europa è risultato essere il continente più rappresentato con Regno Unito (n=43), Germania (n=21), Danimarca (n=13), Italia (n=11) e Spagna (n=9). Progetti di piccole dimensioni (budget disponibile inferiore a € 10.000) hanno rappresentato il 23% dei casi mentre il 33% di essi hanno riportato un budget ricompreso tra i € 10.001 e i € 100.000. La promozione dell'attività fisica tra soggetti socialmente svantaggiati è stata implementata attraverso diversi approcci: campagne informative, attività sportive e competizioni, mentoring e consultation, programmi di formazione, e programmi educativi. È rilevante notare che le organizzazioni rispondenti tendono ad assumere una dimensione regionale e locale (70,6% dei rispondenti) e ad intervenire sul gruppo target per un periodo medio di tre (3) anni.

In riferimento ai criteri di qualità adottati, a seguito di una revisione double-bind delle pratiche raccolte, quarantuno (41) progetti sono stati considerati come buone pratiche e ulteriormente analizzate nelle loro componenti progettuali e organizzative. L'analisi è stata condotta attraverso una codifica dei dati qualitativi raccolti con il questionario. Il contenuto è stato dapprima analizzato induttivamente attraverso un processo open-coding (Charmaz, 2002; Strauss & Corbin, 1998) e l'utilizzo del software RQDA; in seguito, la codifica ottenuta è stata triangolata, attraverso



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

un approccio deduttivo, con un'ampia analisi della letteratura. Le categorie finali sono state poi elaborate attraverso una serie d'ipotesi atte a definire un set comune di determinanti organizzative e progettuali. **CONCLUSIONI:** Otto (8) determinanti per il successo sono stati identificati come fattori organizzativi e manageriali chiave che incidono in maniera significativa sull'efficacia di interventi di promozione di stili di vita attivi per soggetti socialmente svantaggiati. Essi possono essere descritti brevemente come segue:

1. Adattabilità delle regole: l'attività fisica è uno strumento flessibile che ha il potenziale per poter essere inclusivo per tutte le categorie di soggetti attraverso l'adattamento delle regole e delle modalità di pratica alle esigenze individuali;
2. Combinazione di più componenti: la promozione attività fisica deve essere integrata con interventi che incidono positivamente sulle abitudini quotidiane degli individui (campagne di sensibilizzazione, ecc.);
3. Community-based approach: la comunità, considerata come un'entità sociale dinamica all'interno della quale ogni componente è in stretta relazione, deve essere oggetto d'intervento al fine di ricreare un contesto favorevole al cambiamento;
4. Flessibilità organizzativa: le organizzazioni che operano con soggetti socialmente svantaggiati devono essere agire in maniera pro-attiva, adattandosi ai costanti cambiamenti che interessano i soggetti e i contesti nei quali operano, ed essendo capaci di gestire elevati livelli d'incertezza;
5. Staff multidisciplinare: è necessario poter contare su di un gruppo di lavoro competente che metta assieme più professionalità al fine di assicurare un intervento ad ampio raggio;
6. Empowerment: la partecipazione del gruppo target e dei principali stakeholder deve essere assicurata durante tutte le fasi delle attività proposte, permettendo loro di assumere un ruolo rilevante nei processi decisionali e rendendo possibile anche l'assunzione della leadership del progetto in un'ottica di sostenibilità e continuazione delle attività;
7. Collaborazione con gli stakeholder: partnership sviluppate soprattutto a livello locale con soggetti che hanno un'influenza sul gruppo target.
8. Monitoraggio e valutazione: le due azioni devono essere considerate sia sotto l'aspetto informativo – devono fornire dati certi sull'andamento delle attività – che formativo, fornendo informazioni che possono portare ad un miglioramento delle attività ed ad un processo di "apprendimento organizzativo".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 677

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE: UNA PROFESSIONE SEMPRE PIU' VALORIZZATA IN EUROPA.

E.Bianchin¹, C.Russo¹

¹Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, Polo didattico di Conegliano Veneto.

INTRODUZIONE: La Commissione della Comunità Europea nel 2007 redige il documento: “Insieme per la salute. Un approccio strategico per l'Europa 2008-2013” con la finalità di proporre a tutti gli stati membri

nuove strategie di politica sanitaria e assistenza. Lo scopo è sviluppare un nuovo concetto di promozione della salute sempre più vicino ad un modello comune europeo, nel quale ci siano figure professionali sempre più specifiche e competenti in tema di prevenzione e promozione della salute. La Comunità Europea può contribuire ad una salute globale, condividendo i suoi valori, esperienze e competenze così come adottare misure concrete per migliorare la salute. Gli obiettivi strategici in questo documento sono: 1. Promuovere la salute in un' Europa che invecchia; 2. Proteggere i cittadini dalle minacce per la salute; 3. sostenere nuovi e dinamici sistemi sanitari e le nuove tecnologie. Si può quindi sostenere, grazie a questi presupposti che il concetto di “salutogenesi” che appare nel panorama europeo oggi non è più una tematica solamente di interesse locale. Lo studio si concentra sulla descrizione dell'attuale profilo dell'Assistente Sanitario in Italia e del suo corrispondente negli altri paesi europei.

Obiettivo della ricerca è colmare in piccola parte quel “lack of knowledge” riguardol'identificazione di figure similari e di competenze affini alla professione di Assistente Sanitario nel panorama europeo. L'aumento degli operatori di salute pubblica a livello internazionale ha portato un rinnovato interesse per tutti quegli approcci che si basano sulle competenze e sui sistemi di accreditamento che individuano un'efficace pratica di educazione e promozione della salute. Attraverso un contesto di potenziamento delle capacità e di incremento di queste figure professionali, nasce il bisogno di sviluppare una visione condivisa che offra i mezzi per capire cosa costituisca una specifica conoscenza e quali siano le competenze per una effettiva buona pratica di promozione della salute a livello europeo.

MATERIALI E METODI: Mediante la ricerca sul web sono stati visitati i più importanti siti internazionali delle organizzazioni che si occupano di sanità pubblica e promozione della salute. In particolare, attraverso l'esplorazione del sito dell'organizzazione internazionale IUHPE si è giunti all'individuazione del progetto CompHP. Obiettivo di tale progetto era lo sviluppo di competenze chiave e standards professionali europei in merito alla promozione della salute con il fine di sviluppare un sistema di accreditamento professionale pan-europeo per la promozione della salute e l'educazione. Il metodo utilizzato è stato attuare una ricerca a livello europeo dei corsi universitari che formano professionisti in prevenzione e promozione della salute. A tal fine è stato fatto un approfondito lavoro di traduzione per capire la formazione in Europa dei professionisti in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

promozione della salute e le affinità con la professione di Assistente Sanitario. Secondo questo modello si prevede un impatto positivo sulla capacità degli operatori di migliorare la loro attività di tutela della salute pubblica in Europa. L'approccio che si adotta è di costruire attraverso un consenso condiviso, una base di competenze e standard professionali comuni di promozione della salute mediante la collaborazione di professionisti, politici ed istituti scolastici provenienti da tutta Europa.

Il programma ha riunito 24 partners europei con esperienza nell'ambito dello sviluppo professionale, politico e del mondo accademico.

Il progetto si basa sul lavoro dell'International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), sottocomitato regionale europeo per la formazione, l'accreditamento e gli standards professionali che ha cercato di sviluppare un sistema europeo di competenze per la promozione della salute pubblica.

Questo studio è cominciato nel settembre 2009 ed è terminato nell'ottobre 2012.

Le aree di interesse che hanno indirizzato la ricerca sono:

capire se esistono in Europa dei percorsi accademici specifici che formano figure professionali simili e confrontabili con l'assistente sanitario; il tipo di percorso formativo che viene proposto e a quale Paese appartiene approfondire se sia possibile creare e sviluppare delle competenze e degli standard professionali comuni per il potenziamento delle capacità di promozione della salute in Europa.

Il progetto ComphP si avvale di approcci mirati alla costruzione di un consenso comune per stabilire i mezzi ed i metodi attraverso i quali possono essere attuati in tutta Europa degli standard di governance della qualità nella promozione della salute con il fine di stimolarne l'innovazione e la buona pratica. Gli obiettivi generali del progetto sono:

Individuare, concordare e pubblicare competenze di base per la pratica della promozione della salute, l'istruzione e la formazione di professionisti in Europa, sviluppare e pubblicare standard professionali basati sulle competenze per la pratica della promozione della salute ,promuovere una qualità di garanzia attraverso lo sviluppo di un sistema di accreditamento europeo, fare una mappa delle competenze e delle norme nei corsi accademici che formano promotori della salute e collegare all'accREDITAMENTO gli ambienti accademici formare competenze, standard e un sistema di accREDITAMENTO con professionisti che operano all'interno di una vasta gamma di impostazioni in tutta Europa, avviare una consultazione con le parti fondamentali interessate e diffondere le informazioni sui risultati del progetto in tutti e 27 gli Stati Membri e in tutti i Paesi candidati.

Il progetto si attiva attraverso i canali e le reti esistenti che coinvolgono la promozione della salute in tutta Europa, con collegamenti agli sviluppi internazionali in tema di salute pubblica. Si prevede che tutti gli Stati Membri siano coinvolti ed impegnati nel progetto tramite processi di consultazione. **RISULTATI:** Una panoramica delle informazioni disponibili nella letteratura più recente ha rilevato che in Europa c'è stata una proliferazione dei corsi di laurea con programmi di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

formazione nella promozione della salute. Questi programmi sono oggetto di argomento all'interno della Comunità Europea in un contesto di miglioramento della qualità dell'educazione e dell'istruzione in tema di promozione. Sono stati classificati 12 corsi di formazione in prevenzione e promozione della salute gestiti da 11 enti di educazione ed istruzione in 9 Paesi Europei. Le denominazioni più usate sono state: "Health Promotion", "Health Care", "Epidemiology and Public Health". Negli ultimi anni in Europa si è riconosciuto che la promozione della salute è un settore in piena evoluzione con una forza lavoro crescente e diversificata, la cui formazione trae origine da una vasta gamma di discipline che si differenziano tra loro a livello europeo a seconda del contesto in cui si analizza tale tema e di come ogni Paese intende la promozione della salute. Negli ultimi vent'anni l'Unione Europea ha pubblicato numerose direttive e decisioni al fine di istituire sistemi di istruzione più flessibili per il riconoscimento delle qualifiche professionali e garantire la qualità e l'accesso ai servizi sanitari.

All'interno del progetto CompHP, il pacchetto di lavoro numero 7 aveva l'obiettivo di mettere in relazione delle competenze chiave, degli standards e un sistema di accreditamento con i programmi di formazione ed educazione che esistono attualmente in Europa. Per fare questo si prevedeva la stesura di una mappatura delle competenze base nei confronti dei curricula accademici europei e la ricerca di un accreditamento dei corsi di formazione.

Uno degli obiettivi concordati del gruppo di lavoro era quello di identificare nella comunità europea non meno di 10 enti erogatori di istruzione e formazione in materia di promozione della salute contattando le università, le istituzioni competenti. Grazie a questi contatti era possibile accedere ai documenti dei corsi e ad altro materiale e facilitare degli incontri e dei laboratori con gli istituti e le accademie di formazione al fine di creare una mappa delle competenze chiavi confrontandosi con i curricula già esistenti per la promozione della salute. CONCLUSIONI: Nei limiti della presente ricerca, si è visto che diversi Paesi Europei prevedono una figura sanitaria dedicata ad attività di prevenzione, educazione e promozione alla salute. I percorsi formativi segnalati dal progetto CompHP rilevano delle sostanziali affinità e complementarietà con la formazione di Assistente Sanitario nel nostro paese. Tra le conclusioni della panoramica in letteratura si rileva che i corsi di formazione a livello della promozione della salute hanno diversità sostanziali in tutte le dimensioni. Dai risultati emersi dai loro confronti si può dedurre che essi riflettono la diversità del concetto di promozione della salute che esiste in ogni Paese Europeo e che è anche specchio delle anguste differenze che esistono tra i vari Paesi.

A livello europeo comunque esistono, oltre ai vari corsi e programmi nazionali degli sviluppi pan-europei nel campo dell'istruzione e della formazione della promozione della salute. Un esempio è l'European Master's in Health Promotion project (EUMHP)¹ il cui obiettivo è quello di migliorare la qualità della formazione professionale e dell'istruzione nella promozione della salute. L'obiettivo della Comunità Europea di sviluppare l'attivazione di progetti che mettono in relazione diversi Paesi con un scopo comune richiederà un notevole impegno e tempo ma la sua realizzazione porterà sicuramente ad aumentare i livelli qualitativi di insegnamento dei vari ambiti



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

specialistici della promozione della salute rendendo i professionisti maggiormente competitivi. Inoltre le competenze saranno spendibili su tutto il territorio europeo e determineranno una forza lavoro sempre più preparata qualitativamente e adeguata ad affrontare i problemi di salute pubblica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 307

PERCORSO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE PER CELIACI NEODIAGNOSTICATI E LORO FAMIGLIE

E.Guberti 1, P. Navacchia1, L. Bianco1, E.Centis1, C.Coppini1, R.Marzocchi1, F.Visani1, C. Rizzoli1, M. Sardocardalano1, M. Negosanti1, F. Celenza, R. Domina1

1Unità Operativa Complessa Igiene Alimenti e Nutrizione città – Dipartimento Sanità Pubblica - Az. USL Bologna

INTRODUZIONE:

La celiachia è un'intolleranza permanente al glutine, contenuto nei cereali di più comune impiego, in grado di determinare, in soggetti geneticamente predisposti, un danno della mucosa intestinale con manifestazioni gastrointestinali e extraintestinali significative. E' una patologia emergente che si stima interessi 1 soggetto su 100 nella popolazione mondiale. Nel 2012 sono state 148.662 le diagnosi in Italia) di cui 12.082 in Emilia Romagna ed oltre 2.000 in provincia di Bologna.

OBIETTIVI

- 1)Supportare l'adesione da parte dei celiaci all'unica terapia possibile: la dieta senza glutine, in grado di condizionare l'evoluzione della malattia e le sue complicanze,
- 2)Fornire strumenti per la gestione di difficoltà quotidiane e limitazioni della vita sociale che la dieta comporta. MATERIALI E METODI:

L'UOC di Igiene degli Alimenti e Nutrizione dell'Azienda USL di Bologna ha attivato dal 2012 un programma di interventi diretti ai celiaci neodiagnosticati e famigliari, per supportare il cambiamento da una dieta con glutine ad una senza glutine da mantenere nell'ambito di uno stile alimentare e di vita salutare. Il reclutamento è avvenuto attraverso l'attivo coinvolgimento dei centri diagnostici e le associazione dei pazienti .

Il percorso motivazionale di gruppo (max 20 partecipanti) prevede 7 incontri settimanali di 2 ore, tesi ad aumentare conoscenza e consapevolezza del problema celiachia e far sperimentare graduali modifiche comportamentali verso uno stile alimentare e di vita idoneo a mantenersi in salute. Vengono affrontati aspetti legati all'alimentazione(evitare le contaminazioni, suggerimenti per gli acquisti, lettura delle etichette ecc.), all'attività fisica e si prendono in esame gli aspetti psicologici legati a diagnosi e gestione della malattia. Il percorso è condotto da un team multidisciplinare di medici, dietiste, psicoterapeuta, pedagoga esperta in counseling motivazionale, sociologa e chef, formati su celiaca e colloquio motivazionale (stile di counseling finalizzato a promuovere il cambiamento dei comportamenti non salutari). Le informazioni teoriche sono precedute da una raccolta di conoscenze già acquisite ed esperienze personali degli utenti e seguite da una riflessione/confronto circa l'effettiva possibilità di mettere in pratica la dieta senza glutine.Si conclude con gli accordi per il cambiamento ed indicazioni per il follow-up (dopo 3 mesi). Viene, inoltre, offerta l'opportunità di partecipare ad una riflessione su "assertività e celiachia" e ricevere una consulenza psicologica individuale. E' noto, infatti, che a seguito della



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

diagnosi il celiaco e la sua famiglia si trovano a vivere un importante momento di cambiamento che induce uno stato di stress e difficoltà nelle relazioni. A conclusione del percorso è previsto un laboratorio di cucina, con degustazione, dove è possibile imparare ricette e modalità di preparazione di piatti senza glutine. L'approccio utilizzato nella realizzazione del percorso affonda le sue radici nel modello biopsicosociale, che pone l'individuo malato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili (cliniche, psicologiche, sociali, familiari dell'individuo) fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. **RISULTATI:**

Dal 2012 ad oggi sono stati arruolati 128 soggetti fra celiaci neo diagnosticati e familiari. L'analisi quali-quantitativa è stata appositamente costruita per la rilevazione dei bisogni dei partecipanti ai percorsi. Per la valutazione dell'aderenza alla dieta senza glutine è stato somministrato un questionario pre-post che ha rilevato il 100% di adesione alla dieta a seguito dell'intervento. Il gradimento è stato rilevato con un questionario attraverso scala Likert (risultati di customer satisfaction: tra molto buono e ottimo).

Alla richiesta di molti partecipanti di mantenere attivo un canale di comunicazione fra Az. USL ed utenti si è risposto attivando una pagina Facebook: "Celiabò. Essere celiaci a Bologna" con info, comunità, esperto risponde, che si aggiunge alla pagina dedicata alla celiachia già presente sul sito web dell'Az. USL di Bologna. **CONCLUSIONI:**

L'approccio biopsicosociale, ha consentito la messa in atto di modalità di intervento e l'acquisizione di conoscenze utili ad affrontare in modo sempre più completo la problematica che rappresenta un paradigma utile anche per altre patologie croniche correlate all'alimentazione. I risultati raccolti dall'analisi dei bisogni e dalla valutazione di processo sottolineano l'importanza di continuare su strada intrapresa, mantenendo attivi il maggior numero possibile di interventi formativi rivolti non solo al celiaco e ai familiari, ma anche ai ristoratori, alle figure sanitarie di riferimento, agli insegnanti, per garantire una conoscenza diffusa della celiachia e una sua corretta gestione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 182

PROGETTAZIONE INTEGRATA DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE: UN ESEMPIO RELATIVO ALLA PREVENZIONE DEL TABAGISMO NELLA ASL DI BIELLA

M.BACCHI 1; P.TREVISAN 2; M.G. COMUNIELLO 3; C.DE MARCHI 4; A.FORNARO; 5; L.C. SALA 6.

1. *Direttore S.C. Igiene e sanità Pubblica ASL BI*; 2. *Direzione Sanitaria Ospedale di Biella*; 3. *SISP ASL BI*; 4. *SERT ASL BI*; 5. *LILT Biella*, 6. *Direttore Dipartimento Prevenzione ASL BI*

INTRODUZIONE: Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le sigarette sono la causa del 20% delle morti nei Paesi sviluppati, oltre ad essere causa del 90-95% dei tumori polmonari, l'80-85% delle bronchiti croniche ed enfisema polmonare, il 20-25% delle malattie cardiovascolari. Tra i fattori di rischio che concorrono maggiormente alla perdita di anni vita in buona salute un posto di primo piano spetta sicuramente al fumo di tabacco.

L'inizio della dipendenza da fumo in età precoce/adolescenziale aumenta la probabilità di rischio, mentre è provato che smettere di fumare in età giovanile permette un recupero quasi totale degli anni di vita persi.

Anche nel territorio della ASL BI il quadro epidemiologico è analogo (Studio PASSI – 2012 e Studio Epidemiologico “Uscire dal Cerchio” di B. Guglielminotti- 2010).

E' indispensabile un approccio integrato alla prevenzione e promozione della salute in relazione alla lotta al tabagismo, in modo da agire su fasce d'età e su setting differenti, con approcci personalizzati mirati sui diversi target per ottimizzare l'efficacia degli interventi., **MATERIALI E METODI:** Sono stati individuati come prioritari il setting sanitario, costituito da operatori, lavoratori della sanità, cittadini afferenti ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali ed il setting educativo, individuato negli studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado (medie e superiori).

Si è scelto di lavorare in rete coinvolgendo anche le associazioni del privato sociale operanti sul territorio biellese, di pianificare l'attività in sintonia con i contenuti dei Piani Regionali e Locali della Prevenzione, di valorizzare le reti già esistenti ed in particolare l'adesione della ASL BI alla rete HPH ed alla rete “Aziende sanitarie senza fumo” operante in Piemonte e Valle d'Aosta.

Infine, si è deciso di integrare gli ambiti sanitari, sociali ed educativi.

Partendo dalla costituzione di un gruppo di lavoro aziendale che coinvolge la Direzione Sanitaria, il Dipartimento di Prevenzione e il Sert, è stato sviluppato un programma di azioni. **RISULTATI:** Nel setting sanitario:

1) Indagine conoscitiva tra i dipendenti della ASL BI. Hanno aderito all'indagine 900 dipendenti su un totale di 1900. Più del 98% dei lavoratori, che hanno risposto al questionario, è d'accordo che l'ASL BI di Biella si occupi di salute e di prevenzione. L'abitudine al fumo è dichiarata dal 16% dei dipendenti. I fumatori sono per il 25% dell'area di dirigenza sanitaria, per il 50% dell'area comparto, per il 5% dell'area amministrativa e per il 20% appartiene ad altra professioni. Per il



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

27% dei dipendenti il divieto di fumo è poco o per nulla rispettato. Oltre ai dati sinteticamente riportati l'indagine ha fornito molte altre utili informazioni;

- 2) Approvazione di un nuovo Regolamento per il divieto di fumare, contenente elementi innovativi in quanto punta più sul counseling e sulla disassuefazione al fumo piuttosto che sulla repressione;
- 3) Formazione FAD di tutti i medici del territorio biellese (3 edizioni, 150 formati);
- 4) Protocollo d'intesa tra i tre CTT operativi nella ASL BI (uno pubblico e due privati) con integrazione, specializzazione (agopuntura, terapia individuale e di gruppo) per favorire l'accesso alla disassuefazione;
- 5) formazione FAD del comparto (in preparazione);
- 6) formazione di accertatori e facilitatori per reparto/struttura, per la diffusione ed applicazione dei contenuti del Regolamento (in preparazione);
- 7) produzione di materiale informativo.

Nel setting scuola:

- 1) adesione e sviluppo del programma UNPLUGGED nella scuola media inferiore (attivo da tre anni);
- 2) Peer education, social media marketing e facebook utilizzati come strumenti nella scuola media superiore. Questo progetto in particolare, sviluppato con il concorso "We like la prevenzione", ha dato i seguenti risultati: N° scuole partecipanti:8; N° di studenti coinvolti: circa 170. Gli studenti erano invitati a creare pagine facebook contro il fumo di sigaretta e, dopo un anno scolastico, la tabella seguente evidenzia i rilevanti risultati: **TABELLA 1 CONCLUSIONI:** L'integrazione tra diverse azioni e procedure aumenta l'efficacia degli interventi di promozione della salute.

Il metodo sperimentato nel settore "lotta al tabagismo" potrà essere esteso facilmente ad altri settori prioritari, quali il consumo di alcol e sostanze, la prevenzione degli incidenti domestici, l'alimentazione sana.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 265

STUDIO CASO-CONTROLLO RANDOMIZZATO PER VALUTARE L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO DI EDUCAZIONE NUTRIZIONALE PER DONNE OBESE IN GRAVIDANZA

R. Caporizzi¹; M.F. Panunzio¹; E.P. Cela¹; A. Pisano¹

¹ Università degli Studi di Foggia; Dipartimento di prevenzione SIAN SUD ASL Foggia

INTRODUZIONE: Molti studi hanno dimostrato che l'eccessivo incremento ponderale gestazionale delle donne obese aumenta il rischio di complicanze materno-infantili; tuttavia non è stato ancora ben indagato se un programma di educazione nutrizionale possa prevenire tale aumento di peso. L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia del protocollo di educazione nutrizionale per le donne obese in gravidanza, messo a punto dal SIAN dell'ASL FG, nell'incremento ponderale del periodo gestazionale rispetto ad un gruppo di controllo, senza l'ausilio di programmi dietetici personalizzati. **MATERIALI E METODI:** Criteri di inclusione: donne in buona salute con BMI compreso tra 30,0 e 39,9; età tra i 25 e i 35 anni. Criteri di esclusione: presenza di patologie infettive e non infettive contratte nel corso della gestazione; parto prima della 37a settimana). Sono state reclutate 45 donne in obesità di I e II grado. 21 gestanti con BMI compreso tra 30,0 e 34,9 (gruppo-1), e 24 gestanti tra 35,0 e 39,9 (gruppo-2). Sono state assegnate casualmente al gruppo di trattamento (T) e a quello di controllo (C): 7 al gruppo-1-T, 14 al gruppo-1-C, 8 al gruppo-2-T e 16 al gruppo-2-C. Hanno completato lo studio 37 gestanti, così distribuite: 5 al gruppo-1-T, 9 al gruppo-1-C, 7 al gruppo-2-T e 16 al gruppo-2-C. Le 8 gestanti perse allo studio non hanno completato la 37a settimana di gestazione.

Per ciascuna donna partecipante allo studio è stato calcolato il BMI alla 5a settimana (BMI base-line) della gravidanza ed alla 37a settimana (BMI terminale). Le gestanti dei due gruppi non hanno ricevuto alcun piano dietetico personalizzato.

Le 12 gestanti del gruppo di trattamento hanno partecipato al programma di Educazione nutrizionale, così articolato: sono stati realizzati 7 incontri, ciascuno della durata di 3 ore, tenuti dai nutrizionisti del SIAN SUD ASL FG. I temi trattati sono stati i seguenti: i rischi della gravidanza legati al peso corporeo; linee guida di una alimentazione corretta con particolare riguardo alla gravidanza; fabbisogno nutrizionale in gravidanza con particolare riguardo a proteine, Ca, Fe, Mg, vit. C, acido folico, acqua, fibra alimentare; obesità e complicanze del parto; psicoprofilassi al parto. **RISULTATI:** Il gruppo dei trattati (gruppo-T) ha guadagnato dalla 5a alla 37a settimana mediamente Kg 10,3 con un BMI base-line che è passato da 35,1 (21,908) a 37,9 (21,448) ed il valore $P = 0,006$; mentre nel gruppo-C l'incremento medio del peso gestazionale nelle medesime settimane considerate è stato di 15,8 Kg, con una variazione del BMI da 35,7 (21,65) a 41,2 (22,618) ed un valore $P < 0,0001$. Esaminando nel dettaglio i risultati nei due gruppi, emerge quanto segue. Nel gruppo-1-T la variazione del BMI è stato da 33,3 (21,43) base-line a 35,8 (21,11). Nel gruppo-1-C il BMI base-line da 32,9 (22,01) a 36,8 (22,74). Nel gruppo-2-T il BMI base-line da



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

36,4 (22,25) a 39,4 (21,69). Nel gruppo-2-C il BMI base-line da 37,2 (21,44) a 43,8 (22,55). Applicando la stima di Mantel-Haenszel il Chi-quadroM-H è risultato 11,458 ($P < 0,001$). Mentre, considerando che la differenza globale di medie è pari a $-1,962$ e quella delle medie ponderate è di 4,009, il BMI base-line (obesità di I o di II grado) è risultato essere un fattore di confondimento. CONCLUSIONI: Il programma di Educazione Nutrizionale messo a punto dal SIAN SUD ASL FG, rivolto alle donne obese in gravidanza, è risultato efficace nell'incremento ponderale delle gestanti trattate rispetto a quelle del gruppo di controllo. L'incremento rilevato nel gruppo trattato rientra nel range di aumento di peso auspicabile previsto dalla Commission of the European Communities 2002. Per la esiguità del campione tale studio necessita di ulteriori ricerche e nel caso i risultati fossero concordanti verrebbe enfatizzata la conoscenza delle tematiche nutrizionali acquisite in specifici programmi educativi, anche in assenza di schemi dietetici personalizzati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 687

REVISIONE SISTEMATICA DELL'EVOLUZIONE DELLA LETTERATURA IN MERITO ALLA SIGARETTA ELETTRONICA

C. De Meo 1, M. Colotto 1, E.M. Frisicale 1, D.I. La Milia 1, P. Campanella 1, A. Poscia 1, W. Ricciardi 1, U. Moscato 1

1. Istituto di Sanità Pubblica - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE: La sigaretta elettronica (E-Cig) nasce nel 2003 dal brevetto di un farmacista cinese e, nell'arco di poco più di un decennio, ha visto ampliare il proprio mercato in maniera esponenziale, dapprima nella regione cinese e successivamente in tutto il mondo. Tra il 2011 e il 2012 il mercato delle E-cig ha registrato un volume di affari di circa 500 milioni di dollari; la stima per l'anno 2014 rileva che tale volume di affari è destinato a crescere ulteriormente.

Se lo sviluppo del mercato delle Sigarette Elettroniche è stato dirompente, le conoscenze scientifiche su questo prodotto, sulle sostanze chimiche in esso presenti, sui potenziali risvolti positivi o negativi per la salute individuale e pubblica, solo da pochi anni cominciano ad essere disponibili. Dal 2007 ad oggi si è assistito ad un crescente interesse della comunità scientifica riguardo a questo tema. Pertanto, scopo del presente lavoro è stato quello di valutare l'incremento della conoscenza in letteratura relativo alla sigaretta elettronica. **MATERIALI E METODI:** I database elettronici, PubMed e Scopus, sono stati interrogati attraverso le parole chiave "electronic cigarette", "electronic cigarettes", "e-cigarette", "e-cigarettes", "vaping", variamente combinate con l'operatore booleano "OR". La ricerca è stata limitata all'intervallo temporale 2003-2014, corrispondendo al periodo successivo all'introduzione in commercio della sigaretta elettronica. I ricercatori hanno pertanto provveduto alla lettura di titoli, abstract ed eventualmente dei full text degli articoli al fine di comprendere se i record prodotti dalla ricerca fossero attinenti o meno al tema della sigaretta elettronica. Infine i record derivanti dalla ricerca sono stati classificati secondo l'anno di pubblicazione, la tipologia (revisione, studio sperimentale, meta-analisi, case-report, studio osservazionale, altro) e la tematica dell'articolo suddivisa in analisi chimica, ricerche basate sul consumatore, contenuto di nicotina e farmacocinetica, effetti clinici e fisiologici ed altro. **RISULTATI:** La stringa ha permesso l'identificazione di 449 articoli pubblicati dal 2006 ad oggi, con la distribuzione temporale riportata in figura 1. Il grafico evidenzia la crescita esponenziale delle pubblicazioni in questo ambito, con oltre il 70% degli articoli pubblicati negli ultimi 18 mesi. Riguardo la tipologia di articoli, le review sono 50 (11,1%), gli studi osservazionali 130 (29%) e i clinical trials 32 (7,1%). Per quanto riguarda l'argomento oggetto dell'articolo sulla sigaretta elettronica gli articoli hanno evidenziato la seguente distribuzione: 38 riguardanti le caratteristiche chimiche, 74 riguardanti abitudini e motivazioni dei consumatori, 25 su contenuto di Nicotina e caratteristiche farmacocinetiche, 65 articoli su effetti fisiologici e patologici, 70 articoli riguardanti più argomenti tra quelli citati e 177 riguardanti argomenti diversi,



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

in modo particolare legislazioni, policy e normative sulla E-cig. **CONCLUSIONI:** L'incremento degli studi sulla sigaretta elettronica disponibili in letteratura scientifica rappresenta un concreto segnale di aumento dell'interesse da parte della comunità scientifica e della società, che sottintende un sempre maggiore miglioramento delle conoscenze relative a questo device che ha ormai invaso il mercato mondiale. E' auspicabile che questo trend riscontrato nel presente studio si confermi anche nei prossimi anni, in considerazione del fatto che, almeno per quanto riguarda i potenziali effetti sulla salute del vaping, alcune manifestazioni cliniche potrebbero impiegare lungo tempo, anche decenni, prima di manifestarsi. Sviluppare una robusta conoscenza scientifica evidence-based sulla sigaretta elettronica rappresenta il primo fondamentale passo nel coadiuvare i decisori politici e gli operatori di salute pubblica affinché redigano norme orientate in primis alla promozione della salute dei cittadini, evitando così che gli interessi del mercato, con i propri messaggi pubblicitari talvolta fuorvianti, diventino gli attori principali in grado di guidare le scelte individuali e pubbliche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 715

INIZIAZIONE, USO E PERCEZIONE DEL RISCHIO MANIFESTATI DAGLI STUDENTI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO DI TRIESTE NEI CONFRONTI DEL FUMO DI TABACCO NEL 2003/2005 E NEL 2011/13

L. Leon 1; G. B. Modonutti 2; F. Costantinides 2

1 Dottorando, Scuola di dottorato di ricerca in scienze della riproduzione – IRCCS Burlo Garofolo, Università degli Studi di Trieste; 2 Gruppo di ricerca sull'educazione alla salute (GRES), Trieste

INTRODUZIONE: La prevenzione e la promozione della salute nei confronti del fumo di tabacco è oramai da qualche decennio una priorità delle Istituzioni sanitarie e delle Agenzie Educative. Uno degli obiettivi principali delle azioni preventive consiste nel procrastinare il più possibile l'età d'approccio al fumo di tabacco obiettivo che prevede una serie di interventi che, a nostro avviso, devono essere, precoci, continui e supportati da conoscenze scientifiche acquisite. Questo studio si propone di monitorare l'iniziazione e l'uso del fumo di tabacco degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado al fine di acquisire informazioni che consentano di valutare l'efficacia degli eventuali interventi di promozione della salute proposti nel periodo considerato e bagaglio culturale per nuove iniziative. **MATERIALI E METODI:** Nel 2003/2005 abbiamo coinvolto 677 studenti (P1) (M:41,2%;F:58,8%; $p<0,0001$) provenienti da un Istituto Tecnico e due Licei Scientifici di Trieste di età 13-25 anni (M:13-25aa;F:13-20aa) ed età media di 16,2 anni (M:16,2aa;F:15,7aa). In un secondo momento (2011/2013), nei medesimi Istituti scolastici, abbiamo proposto lo stesso strumento d'indagine a 441 adolescenti (P2) (M:45,8%;F:54,2%) fra i 13 ed i 21 anni (M:14-21aa;F:13-19aa) ed età media di 15,8 anni (M:15,8aa;F:15,8aa). **RISULTATI:** L'iniziazione tabagica ha interessato il 52,1% degli studenti della P1 ed il 54,4% dei coetanei della P2 ed in entrambe le fasi della ricerca le femmine (P1:65,8%;P2:59,0%) prevalgono (P1: $p<0,0001$;P2: $p<0,05$) sui maschi (P1:32,6%;P2:49,0%). Limitatamente alla popolazione maschile le differenze percentuali rilevate fra la P1 e la P2 sono statisticamente significative. Nel periodo considerato si è verificato un aumento significativo (P1vsP2: $p<0,0005$) degli studenti maschi che hanno sperimentato il fumo di tabacco.

Gli studenti della P1 collocano il loro primo approccio al fumo di tabacco fra 1-18 anni (M:3-18aa;F:1-18aa) in media di 12,9aa ed i maschi si sono rivelati decisamente più precoci delle coetanee (M:12,4aa;F:13,1aa; $p<0,009$). Per i componenti della P2 l'iniziazione tabagica si è concretizzata fra 1-18 anni (M:1-18aa;F:1-18aa), mediamente a 13,4aa (M:13,3aa;F:13,4aa). Nel periodo della ricerca registriamo nella popolazione generale (P1vsP2: $p<0,02$) ed in quella maschile (P1vsP2: $p<0,03$) una sensibile diminuzione delle percentuali di studenti sperimentatori. La prevalenza degli studenti fumatori era pari al 26,1% nella P1 ed ammontava al 24,3% nella P2. Sia nella prima che nella seconda fase della ricerca le fumatrici (P1:31,4%;P2:27,6%) sono



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

percentualmente più numerose dei fumatori (P1:18,6%;P2: 20,3%) e la differenza evidenziata fra i generi nella P1 è significativa ($p<0,0005$).

I fumatori occasionali (M:6,1%;F:9,0%;P2=> M:7,4%;F:10,9%).

Contemporaneamente, registriamo un decremento della prevalenza dei fumatori/ici abituali ($>1,0\text{sig}/\text{die}$;P1:18,3%;P2:15,0%), tendenza che trova conferma in particolare nelle femmine e rivela, in entrambi i momenti della ricerca, una netta prevalenza (P1:pM:16,6aa;F:16,1aa;P2=>M:16,4aa;F:6,1aa).

L'utilizzo del fumo di tabacco è molto diffuso in ambiente familiare tant'è che il 50,4% degli studenti della P1 abita con familiari fumatori (M:52,7%;F:48,7%), abitudine che appare meno diffusa ($p<0,001$) nell'ambito della P2 dove nel 39,9% delle famiglie ci sono conviventi fumatori (M:33,7%;F:45,2%; $p<0,005$).

In entrambe le popolazioni considerate gli studenti fumatori (P1:31,4%; P2:34,4%) conviventi con familiari fumatori (FF) sono più numerosi dei coetanei fumatori (P1: 20,8%;P2:15,6%) che vivono in nuclei familiari nei quali non ci sono conviventi fumatori (FN).

Sia nella P1 (F: $p<0,005$;PT: $p<0,005$) che nella P2 (M: $p<0,0001$;F: $p<0,005$;PT: $p<0,0001$) gli studenti fumatori rilevati nelle FF prevalgono nettamente sui coetanei presenti nelle FN. CONCLUSIONI:

Nell'arco di tempo considerato rimane costante la prevalenza degli sperimentatori, dei fumatori abituali e/o occasionali, e non ci sono significative differenze nei consumi tabagici e nell'età media dei fumatori. Benché sia diminuita la prevalenza delle FF appare chiaro che lo stile di vita dei familiari condiziona il comportamenti tabagico dei figli.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 168

PREVENZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI NEGLI ADOLESCENTI

A. Pannese¹; Corrado²; N.Fedele¹; M.Elefante¹; F. Fiorini¹; R. Manzo³

1 Tecnico della prevenzione

2 Docente IS "Caravaggio" San Gennaro Vesuviano, Napoli.

3 Docente a Contratto di Psicologia del Lavoro - Corso di Laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute, Università Del Molise

INTRODUZIONE: La diffusione delle MST (o STDs acronimo di Sexually Transmitted Diseases) e l'aumento della loro incidenza, soprattutto di quelle provocate da virus (l'AIDS ne è un esempio emblematico), hanno reso evidente la necessità di promuovere interventi volti alla prevenzione di comportamenti sessuali rischiosi e alla promozione di campagne rivolte a una "cultura della sessualità" che possa arginare il fenomeno a partire dai più giovani. I fattori che hanno determinato il cambiamento nello stile di vita dei giovanissimi sono di natura economica, politica, sociale, familiare, oltre che da una nuova e, per certi versi preoccupante, concezione del rischio, percepito come emozionante e irrinunciabile. In tale ottica si ha la sensazione che le scelte siano reversibili e che quindi si possa sempre retroagire eludendo eventuali drammatiche conseguenze. Secondo l'OMS l'incidenza delle MST è di 340 milioni di casi all'anno con esclusione dell'HIV; di questi, un terzo riguarda soggetti di età inferiore ai 25 anni. Si stima che ogni anno un adolescente su venti contrae una malattia a trasmissione sessuale e che l'età d'insorgenza va progressivamente a ridursi in quanto l'età al primo rapporto sessuale tende ad abbassarsi. I dati sono allarmanti se si pensa all'incostante utilizzo del profilattico da parte degli adolescenti, che li rende più suscettibili alle MST, compresa l'infezione da HIV. Nel nostro paese, inoltre, si è osservato che l'utilizzo dei metodi contraccettivi è inferiore a quello degli altri Stati Europei e meno del 20% delle adolescenti italiane adotta una contraccezione di tipo ormonale.

L'indagine, inserendosi nell'ambito di analoghe ricerche di più vasta risonanza, mira a delineare un quadro del panorama giovanile, ricercando indicazioni per la programmazione di interventi volti a soddisfare le richieste degli adolescenti rispetto all'educazione sessuale, non più intesa come sola acquisizione di informazioni, ma inquadrata nell'ambito più globale dello sviluppo delle capacità comunicative e affettive della persona. **MATERIALI E METODI:** Somministrazione di un questionario ad hoc, costituito da 41 item, agli studenti di tre scuole secondarie di II grado delle città di Monza, Napoli e Taranto, per valutare il loro grado di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti rispetto alle tematiche sessuali, anche in relazione agli aspetti affettivi ed emozionali, con particolare riferimento alle MST e alla contraccezione. **RISULTATI:** Per l'indagine sono stati intervistati 311 studenti di istituti superiori, di età media 17 anni che hanno frequentato il secondo biennio nell'anno scolastico 2012/13.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il 55% del campione dichiara di avere avuto rapporti completi, il 69% ritiene che il proprio comportamento sia responsabile riguardo al sesso consapevole e protetto. La conoscenza dei metodi contraccettivi è stata rilevata attraverso tredici opzioni di risposta come da tabella n.1. Oltre la metà degli intervistati usa metodi contraccettivi e circa il 13 % del campione non è a conoscenza che i rapporti sessuali non protetti possano causare infezioni genitali. Il 79% conosce l'HIV, mentre sono scarsamente sconosciute le altre MST (Tabella n.2) e il 24% denuncia la propria paura delle MST e solo il 5% per l'AIDS. Le "fonti" di informazione sessuale preferite dai giovani sono per il 30% gli amici, per il 44% i mass-media, e il 64% ritiene che la scuola debba attuare interventi di educazione sessuale condotti da esperti esterni. CONCLUSIONI: Nella presentazione sarà illustrato il progetto d'intervento di promozione della salute, e le metodologie sviluppate dagli Autori, trattano la sessualità non solo in una logica di rischio. Riteniamo che, affinché un comportamento virtuoso possa concretizzarsi, sia importante sì realizzare corsi e/o formazione sulle malattie sessualmente trasmesse ma, lo è ancor di più, partire proprio da quelle che sono le maggiori difficoltà a riconoscere un pericolo da parte dell'adolescente. E' necessario ascoltare i bisogni degli adolescenti, e ciò che cercano, per poi capire quali sono i meccanismi cognitivi che impediscono una corretta valutazione di una situazione e portano l'adolescente ad accettare il pericolo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 689

PERCEZIONE DEL RISCHIO E MODALITA' D'USO DELLA SIGARETTA ELETTRONICA: UNO STUDIO TRASVERSALE

M. Fiore¹, GB. Modonutti², C. Ledda¹, C. Di Mari¹, F. Costantinides², L. Leon², R. Fallico¹, M. Ferrante¹

1Dipartimento "GF Ingrassia" Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Catania, Catania; 2Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

INTRODUZIONE: Introduzione /Obiettivo

Diversi studi suggeriscono che la sigaretta elettronica (e-cig) può aiutare i fumatori nella cessazione/riduzione del fumo di tabacco. Nonostante ciò i provvedimenti legislativi, le evidenze scientifiche carenti e non conclusive, insieme ad una informazione scorretta, hanno scoraggiato i potenziali utilizzatori di tale dispositivo elettronico. Inoltre, pochi studi hanno indagato le preoccupazioni della popolazione in merito alle possibili ricadute in termini di sicurezza per la salute. Pertanto scopo dello studio è stato indagare la percezione del rischio della popolazione generale e le modalità d'uso della e-cig. MATERIALI E METODI: Materiali e metodi

Il disegno dello studio è di tipo cross-sectional. I partecipanti sono stati reclutati durante le prime sessioni di laurea, dell'anno accademico 2013-2014, dell'Università degli Studi di Catania. In particolare, il reclutamento è avvenuto presso le aree per fumatori e ai partecipanti è stato chiesto di compilare un questionario autosomministrato anonimo e semi-strutturato volto alla raccolta di dati socio-demografici, abitudini tabagiche e opinioni in merito alla sigaretta elettronica. Sono stati considerati "svapatori" i soggetti che hanno dichiarato di fumare la e-cig giornalmente. La gestione dei dati e l'analisi statistica è stata effettuata con l'ausilio del package statistico SPSS 20.

RISULTATI: Risultati

Sono stati reclutati 209 soggetti (52.2% maschi) di età mediana pari a 25 anni (min:18, max:80), 93 di questi non avevano mai usato la sigaretta elettronica e 59 non avevano mai fumato. Il 27,3% (45/165) erano riusciti a smettere di fumare, il 58,3% (21/36) aveva smesso da meno di sei mesi e il 41,7% (15/36) erano ex-fumatori. Cinquantaquattro (36,7%) avevano provato la e-cig e, al momento dell'indagine solo 16 (35,6%) continuavano a usarla giornalmente. Essi avevano una età mediana paria a 25 anni (min:19aa, max:58aa), 13 erano diplomati e 3 laureati. Il 38,7% (12/31), il 16,1% (5/31) e il 41,9% (13/31) dei soggetti che avevano smesso di fumare ritenevano di essere stati aiutati dalla e-cig rispettivamente: un po', molto e per niente. L'80,4% (37/46) riferiva di essere tornato a fumare la sigaretta tradizionale.

Il 47,4% della popolazione non ha risposto alle domande sulla percezione del rischio e-cig, il 29,2% riteneva la sigaretta tradizionale più pericolosa della e-cig viceversa il 5,7% considerava la e-cig più pericolosa della sigaretta tradizionale. Alla domanda "Se i suoi figli fossero fumatori consiglierebbe



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

loro di usare la e-cig?" il 23,4% (M: 17,4% F: 30,0%) rispondeva "NO", il 21,1% rispondeva "SI", il 24,4% era incerto e il 31,1% non ha risposto.

Gli svapatori usavano la e-cig da 90 (30-180) giorni, ed effettuavano 40 (10-195) puffs/dì. Il 31,3%, 37,5% e il 31,3% usavano rispettivamente i seguenti dosaggi di nicotina 4-8 mg, 12-14 mg e 16-24 mg. Il 100% degli svapatori ha dichiarato di usare la e-cig anche in casa o in ambienti chiusi.

Dalla tabella 1, si evince che le ragioni più frequenti per cui gli svapatori usavano la sigaretta elettronica erano il fatto che essa ha un buon gusto e buon odore, per ridurre i rischi per la salute oltretché per smettere/ridurre il numero di sigarette fumate. I principali effetti indesiderati erano la difficoltà a controllare attentamente la dose di nicotina, il costo, gli effetti di secchezza di labbra e gola. I principali benefici risultano essere la riduzione del consumo di sigarette tradizionali, la mancanza di cattivi odori, il miglioramento della respirazione e della tosse, la riduzione dell'espettorato e l'aiuto a smettere di fumare. **CONCLUSIONI:** Conclusioni

Nonostante le modalità di reclutamento non abbiano consentito di avere un campione rappresentativo della popolazione generale, per esempio in relazione alla prevalenza dei fumatori e al livello di istruzione, i risultati dell'indagine hanno confermato le preoccupazioni della popolazione in merito all'uso della e-cig, quasi il 6% dei soggetti reclutati riteneva di avere delle "certezze" in merito agli effetti negativi sulla salute della e-cig nonostante a tutt'oggi non si abbiano evidenze scientifiche oggettive in merito a tali effetti. Inoltre, i nostri risultati evidenziano che più della metà degli svapatori usa la e-cig per smettere di fumare e che questa potrebbe essere una valida alternativa alla sigaretta convenzionale. Sebbene i nostri risultati non siano generalizzabili alla popolazione generale e debbano essere interpretati con cautela, per via anche della ridotta numerosità campionaria degli svapatori, essi forniscono informazioni preliminari utili e interessanti sugli utilizzatori della e-cig. Infine, effettuare ulteriori studi longitudinali sulla efficacia e la tossicità di questo dispositivo e implementare una opportuna regolamentazione permetterebbe ai fumatori di poter scegliere con maggiore serenità come e quando smettere di fumare oltretché ridurre nel tempo sensibilmente i costi della Sanità legati alla cura delle malattie fumo-correlate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 646

IL RUOLO DELL'HEALTH LITERACY NELLA COMPLIANCE ALLA TERAPIA DEI PAZIENTI DIABETICI: PROGETTO DHELI (DIABETE E HEALTH LITERACY)

C. Conti 1; O. Disoteo 2; M Nobile 3; A. Piccoli 4, G. Pizzi 2, P. Schulz 4, F. Auxilia 5

1 Università degli studi di Milano

2 SSD Diabetologia AO Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano

3 Dottorato in Sanità Pubblica, Università degli Studi di Milano

4 Institute of Communication and Health (ICH), Università della Svizzera italiana

5 Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli studi di Milano

INTRODUZIONE: In diversi studi è stata studiata la correlazione tra livello di HEALTH LITERACY (HL) e outcome di salute nelle patologie croniche, quali il diabete, tuttavia i risultati in letteratura non sono concordi (Morris et al , 2006; Mancuso, 2010; Powell, 2007; Tang, 2008; Schillinger, 2006). La relazione HL e salute è complessa ed articolata.

Basandoci sul modello proposto da Schulz e Nakamoto si vuole studiare l'impatto dell' HL sul processo decisionale relativo alla salute e sugli esiti di salute in pazienti con diabete di tipo II. Obiettivo generale del progetto è di valutare il livello di HL nei pazienti diabetici che aderiscono e non aderiscono alla terapia proposta , ipotizzando che un basso livello di HL si correli con una mancata adesione alla proposta terapeutica e quindi ad outcome di salute peggiori. **MATERIALI E METODI:** È stato messo a punto un questionario nel quale vengono utilizzate diverse scale di misure dell' HL:

Il Newest Vital Sign è un test in cui viene mostrata una etichetta analoga a quella di un barattolo di gelato con gli ingredienti e la composizione percentuale. Il test consta di 6 domande volte a verificare se il paziente è in grado di leggere, capire quanto indicato e di fare alcuni calcoli .

Il TOFHLA, di cui esiste anche una versione breve, misura la capacità del paziente di interpretare documenti e numeri in contesto sanitario. (Connor, Mantwill & Schulz, 2012).

Vi sono inoltre alcune domande di screening per l'identificazione rapida dei pazienti che hanno difficoltà a comprendere il linguaggio medico (Chew 2004, 2008) ed una scala di valutazione della capacità di autogestione della patologia (Toobert, 2000).

Il questionario viene somministrato a pazienti maggiorenni, con diabete di tipo II e con sufficiente conoscenza dell'italiano.

Di questi pazienti vengono registrate le informazioni sociodemografiche e l'ultimo valore di emoglobina glicata rilevato. **RISULTATI:** Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato etico. Il questionario è stato inizialmente somministrato a 20 soggetti per verificarne la comprensibilità prima di iniziare con la raccolta dei dati. Attualmente sono stati raccolti 130 questionari, ma la raccolta è ancora in corso. **CONCLUSIONI:** I livelli di HL riscontrati saranno correlati non solo ad alcune variabili socio-demografiche, ma anche ad alcuni outcome di salute relativi al diabete.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Verranno inoltre studiati i principali fattori che concorrono a mediare o moderare la relazione tra HL e diabete e i risultati ottenuti potranno costituire una base per sviluppare interventi formativi e informativi mirati ed efficaci.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 037

LA PEER EDUCATION. PREVENZIONE DELLE I.S.T

F. Faillace 1, M.G Splendore 2, M.A Villelli 3, C. Falbo 4, C. Marino 5

1. 2.3 U.O Educazione Alla Salute Dip Prevenzione ASP CZ

4.5 Centro Calabrese di Solidarietà-Settore Prevenzione-CZ

INTRODUZIONE: Molti percepiscono l' AIDS e le IST come problemi soltanto di "categorie a rischio", invece appartengono a tutta la popolazione, anzi negli ultimi anni si contano ogni anno nuovi casi infezione da HIV e IST particolarmente nella fascia d' età 14/24 anni.

Tra i progetti inseriti nel Piano Regionale di Prevenzione 2010/12, nella Macroarea Prevenzione Universale, linea di intervento generale: Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni , si colloca il progetto La Peer education. Prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili

Obiettivi

Aumento delle conoscenze e competenze dei giovani sul tema dei comportamenti sessuali a rischio; partecipazione attiva dei giovani nelle azioni di prevenzione sui temi dell' educazione sessuale e delle infezioni sessualmente trasmissibili nei loro contesti di riferimento (scuola, famiglia, gruppo dei pari). **MATERIALI E METODI:** La peer education (educazione tra pari) rappresenta oggi uno dei più significativi modelli di lavoro con e per gli adolescenti. Consiste nel formare un gruppo di studenti (peer educator) che si fa promotore di benessere all' interno della scuola realizzando varie attività rivolte ai pari, soprattutto nel contesto della prevenzione dell'HIV e delle IST. **RISULTATI:** Anno scolastico 2012-13: 1 gruppo di coordinamento attivato, 4 Istituti coinvolti, 4 insegnanti referenti formati, con ricaduta sui propri colleghi d'Istituto, 4 gruppi di Peer educators attivati, 93 Peer educators formati.

Anni scolastici 2012-13 e 2013-14: 34 interventi tra pari (in totale 671 studenti sensibilizzati), effettuati dai Peer educators , utilizzando messaggi di prevenzione ideati dai gruppi degli stessi Peer. **CONCLUSIONI:** Le adesioni degli studenti al progetto sono state numerose e i gruppi di peer costituiti si sono mantenuti costanti nel percorso formativo; la partecipazione degli studenti è stata interessata, attiva e propositiva, con ideazione e realizzazione dei messaggi di prevenzione da proporre ai pari attraverso l' utilizzo di diversi strumenti multimediali e cartacei.

Gli studenti hanno partecipato all' attività anche attraverso i social network ed alcuni di loro ponendosi, già durante il percorso, quali referenti per le tematiche relative alla sessualità nell' ambito del contesto scolastico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 313

PEER EDUCATION ED EDUCAZIONE ALIMENTARE (NUTRILANDIA): L'ESPERIENZA DEL SIAN DELL'AZIENDA ULSS 19 DI ADRIA (RO)

L. Beltrame 1; M.Cibin 1; G.Cortese 1; A. Del Sole 1

1. Azienda ULSS 19 Adria (RO)

INTRODUZIONE: Nel territorio dell'Azienda ULSS 19 la prevalenza di sovrappeso e obesità è più alta rispetto al dato medio regionale in tutte le fasce di età: secondo i dati locali Passi 2011-2012 il 46% degli intervistati di età compresa fra i 18 e i 69 anni è in sovrappeso o obeso e il 28% è completamente sedentario. Il SIAN dell'Azienda ULSS 19 di Adria organizza e promuove il progetto Progetto "Nutralandia", giunto al suo 11° anno, in collaborazione con le amministrazioni comunali e le associazioni di categoria. L'obiettivo generale del progetto è la promozione della sana alimentazione e dell'attività motoria nelle scuole di ogni ordine e grado del territorio anche attraverso tecniche di peer education e utilizzo dei nuovi media basati sullo sviluppo di competenze chiave. **MATERIALI E METODI:** Nel corso dell'anno scolastico 2013-2014 il progetto Nutralandia ha promosso l'iniziativa "Nutralandia Peer Education", rivolta alle scuole secondarie di secondo grado del territorio, che si è articolato nelle seguenti fasi: presentazione e programmazione dell'intervento con gli insegnanti, reclutamento dei peer educators, formazione dei peer (n° 8 incontri) attraverso lo sviluppo e l'organizzazione dei seguenti temi e iniziative: sana alimentazione, attività motoria, lettura critica delle etichette dei prodotti alimentari e relativi spot pubblicitari con uscita guidata al supermercato, elaborazione e sperimentazione di ricette sane, utilizzo consapevole e critico delle immagini e dei nuovi media, tecniche di comunicazione e di conduzione del gruppo. **RISULTATI:** Il progetto "Nutralandia-peer education" si è svolto nel periodo Dicembre-Maggio 2014, sono stati reclutati n° 6 peer educators, che hanno condotto interventi pratici di educazione fra pari sui temi dell'alimentazione e attività motoria su circa 120 ragazzi del proprio istituto anche attraverso la realizzazione di un video a tema realizzato con lo smartphone. Sono in corso di elaborazione i risultati di un questionario somministrato ai peer. **CONCLUSIONI:** Il futuro del progetto "Nutralandia" guarda all'implementazione sempre maggiore di tecniche di media-peer education e life skills training, metodi di provata efficacia nell'incrementare l'empowerment e le competenze chiave utili per promuovere scelte di vita sane e contrastare comportamenti a rischio negli adolescenti, favorendo al contempo un maggior coinvolgimento giovanile, una comunicazione immediata e maggiore contaminazione tra pari.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 435

VERSO L'UNIVERSITÀ PROMOTRICE DI SALUTE

A Lai¹, A Mereu¹, C Sardu¹, G Masia¹, P Contu¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare - Università degli Studi di Cagliari

INTRODUZIONE: L'università è un contesto ideale per la promozione della salute. È il luogo in cui quotidianamente studenti, docenti e personale lavorano, imparano, scambiano le idee, risolvono i problemi, utilizzano e condividono attivamente l'ambiente.

A partire dal 2012 l'Università di Cagliari ha dato avvio al progetto Università Sana. **MATERIALI E METODI:** Il progetto ha avuto inizio con un approccio bottom up, includendo il tema Università Sana nel tirocinio di Promozione della salute del CdS in Assistenza Sanitaria. Nell'AA 2012/2013 gli studenti hanno effettuato l'analisi del contesto della cittadella universitaria con il metodo qualitativo del photo voice: i punti di forza e di debolezza sono stati identificati e rappresentati con fotografie accompagnate da un breve commento. Successivamente, la partecipazione all'analisi del contesto è stata ampliata, coinvolgendo gli 80 rappresentanti degli studenti dei CdS della Facoltà di Medicina con il metodo qualitativo del World Cafè. È stata riprodotta l'atmosfera informale di un caffè per permettere a piccoli gruppi di studenti di dialogare e confrontarsi sulle tematiche proposte, annotando le proprie idee su dei poster; al termine dell'attività le idee emerse sono state condivise e commentate.

Le criticità e le proposte emerse nell'analisi del contesto sono state portate all'attenzione del Consiglio di Facoltà.

Nel successivo anno accademico gli studenti hanno deciso di approfondire una delle criticità precedentemente emerse e ancora non affrontate, relativa agli ambienti esterni. Tale tematica è stata approfondita mediante un photovoice, organizzato mediante la creazione di un gruppo facebook, che ha coinvolto gli studenti della facoltà. **RISULTATI:** L'analisi del contesto, realizzata nel 2012/2013, ha evidenziato diverse esigenze e proposte, riconducibili principalmente alle seguenti aree tematiche:

- Rete viaria: migliorare i collegamenti viari per la cittadella universitaria riorganizzando frequenza e percorsi dei mezzi pubblici, favorire l'uso della bicicletta per raggiungere la cittadella universitaria
- Servizi: potenziamento del servizio mensa con riorganizzazione degli orari e ampliamento della qualità e varietà dei cibi offerti, con particolare riferimento a frutta e verdura. Adeguata manutenzione dei servizi igienici con particolare riferimento alla regolare fornitura di materiali consumabili.
- Aree studio e relax: utilizzo degli spazi vuoti dell'asse didattico della Facoltà di Medicina creando aree studio e aree relax attrezzate con tavoli, sedie, stipetti, prese elettriche, Wi-Fi.
- Spazi esterni: maggiore cura del verde, con più alberi e più piante, creazione di aree



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

attrezzate per studio, relax e tempo libero, realizzazione di spazi che favoriscano l'attività fisica.

Il Consiglio di Facoltà ha preso atto delle istanze presentate dagli studenti e si è attivato per affrontare le problematiche nell'ambito dell'asse didattico di sua competenza: ha deliberato l'allocatione delle risorse per la realizzazione della rete Wi-Fi, per la manutenzione dei servizi igienici e per la creazione di spazi studio/relax con tavoli, sedie, panchine, stipetti.

Nell'anno accademico 2013/2014 l'attenzione degli studenti è stata focalizzata sulla riqualificazione degli spazi esterni, con particolare riferimento all'idea di creare un contesto favorevole per lo svolgimento di attività fisica. Il photovoice su facebook, attualmente ancora in corso, sta consentendo di individuare le esigenze degli studenti, quali ad esempio disponibilità di spazi verdi con attrezzature sportive, percorsi riservati ai pedoni per muoversi in sicurezza all'interno della cittadella, rastrelliere per le biciclette. Per iniziare a sensibilizzare le strutture centrali di ateneo in merito alla necessità di riqualificare gli spazi esterni, gli studenti hanno presentato il progetto Università Sana in occasione delle Olimpiadi Universitarie. **CONCLUSIONI:** Le prime fasi del progetto Università Sana hanno consentito di cogliere la visione degli studenti e di individuare un ampio ventaglio di proposte per trasformare la cittadella universitaria in un contesto capace di promuovere la salute. Ciò che colpisce maggiormente è che si tratta di una visione realistica che, con il coinvolgimento di alcune figure chiave interne ed esterne all'università, può essere concretamente realizzata. Alcune delle richieste degli studenti sono già state soddisfatte: oggi nell'asse didattico di medicina è attiva la rete Wi-Fi ed è stata bandita la gara d'appalto per la fornitura degli arredi per le aree studio e relax. Per la riqualificazione dell'ambiente esterno è in via di completamento la fase di rilevazione delle esigenze e delle proposte.

L'esperienza evidenzia che, grazie alla partecipazione attiva degli studenti, è possibile attivare all'interno delle università un processo di cambiamento per creare un'università sana.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 302

IL PROGRAMMA-INTERVENTO “GUADAGNARE SALUTE” IN ITALIA: VALUTAZIONE DELL’IMPATTO SUI COSTI DELLA CRONICITÀ

N. Angelini 1; F.V. Pollidoro 1; D. Martinelli 1; P. Ciavarella 1,2; V. Cozza 1; F. Fortunato 1; R. Prato 1

1 Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Foggia

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola/Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

INTRODUZIONE: L’OMS stima che le malattie croniche siano responsabili dell’86% dei decessi e del 77% della perdita di anni di vita in buona salute, e incidano per il 75% sulla spesa sanitaria in Europa e in Italia. Promuovere stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini è l’obiettivo alla base del programma europeo “Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari”, approvato dal Governo con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007. Al fine di monitorare il raggiungimento degli outcome di salute fissati dal Programma, nel 2007 è stata avviata la sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che raccoglie, attraverso indagini campionarie, informazioni nella popolazione italiana adulta tra 18 e 69 anni, sugli stili di vita, sui fattori di rischio connessi all’insorgenza delle malattie croniche e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di prevenzione messi in atto dalle Aziende Sanitarie. Sullo stesso modello, sono state avviate le indagini OKKIO alla Salute - Progetto di promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria nel 2008 e PASSI d’Argento - La qualità della vita vista dalle persone con più di 64 anni nel 2009.

Attualmente, poco si conosce sull’impatto economico degli interventi proposti nel Programma “Guadagnare Salute” e monitorati con le sorveglianze “PASSI”. Con l’obiettivo di migliorare l’efficienza allocativa delle risorse, risulta opportuno valutare il vantaggio economico che potrebbe derivare dalla modificazione di fattori di rischio per le malattie croniche e/o dall’adozione di corretti stili di vita nella Regione Puglia. **MATERIALI E METODI:** Sulle informazioni raccolte dai sistemi di sorveglianza tra il 2007 e il 2014, verranno individuate le aree sulle quali effettuare la valutazione economica.

Sarà condotta una revisione sistematica della letteratura scientifica prodotta a livello nazionale e internazionale per stimare il peso dei fattori di rischio modificabili e degli errati stili di vita sull’insorgenza e la progressione, nonché sulle possibilità di cura delle patologie croniche più frequenti (malattie cardiovascolari, polmonari, renali e ed epatiche, neoplasie, diabete).

L’analisi dei costi utilizzerà: i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie pugliesi per promuovere gli interventi previsti da Guadagnare Salute e per le attività connesse al monitoraggio PASSI; i costi diretti per la gestione dei pazienti cronici in termini di ricoveri ospedalieri in strutture per acuti e di lungodegenza, di visite specialistiche, di consumo di farmaci e protesi, di interventi riabilitativi. Per



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

la valutazione farmaco-economica saranno adottati i modelli di analisi di costo-efficacia, di costo-utilità e di impatto sul budget nella prospettiva del Sistema Sanitario Regionale. **RISULTATI:** Nell'analisi di costo-efficacia, i risultati saranno espressi in termini di anni di vita guadagnati, numero di casi e di ricoveri evitabili/evitati.

Nell'analisi di costo-utilità, i costi saranno comparati con i benefici espressi in QALY's, tenendo conto, oltre che degli anni di vita guadagnati, della qualità della vita ad essi associata.

L'ICER (Incremental Cost-effectiveness Ratio) valuterà il costo incrementale da sostenere per garantire alla popolazione un'unità aggiuntiva dei benefici offerti dal programma in esame.

I risultati ottenuti a livello regionale saranno inferiti al contesto nazionale. **CONCLUSIONI:** È sempre più evidente la necessità che l'allocazione delle risorse a disposizione dei sistemi sanitari regionali sia guidata in modo congruo ed etico. In tal senso, le valutazioni di impatto delle politiche sanitarie dedicate alla cronicità rappresentano la sfida prioritaria con cui il sistema si confronterà nei prossimi anni. La verifica dell'efficienza allocativa delle risorse costituisce un elemento cardine su cui fondare la razionalizzazione degli interventi, nell'ottica di massimizzare le azioni evidence based, sia in termini di guadagno di salute che di risparmio economico. I risultati dell'analisi economica, che si avvarrà di dati epidemiologici e statistici regionali ampiamente consolidati, potranno fornire alla comunità scientifica, ai decisori politici e agli operatori sanitari, informazioni non più prescindibili, ma al momento non ancora disponibili in Italia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 562

HEALTH E NUTRITIONAL LITERACY: L'ALFABETIZZAZIONE SANITARIA COME STRUMENTO DI EMANCIPAZIONE SOCIALE ED EQUITA' NELLA VITA DI TUTTI I GIORNI E NEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

T. Grassi¹, V. Ceccherini¹, L. Indiani¹, M. Chellini¹, G. Niccolai¹, L. Capecchi¹, C. Lorini¹, F. Santomauro², G. Bonaccorsi³, P. Rinaldi³, S. Vezzosi⁴, M. Carucci⁴.

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

² Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

³ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

⁴ ASL 3, Pistoia

INTRODUZIONE: L'health literacy (HL) è definita come "il livello di capacità delle singole persone di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base ed i servizi necessari per compiere scelte appropriate sulla salute" ed è oggi considerata come strumento indispensabile per la "relazione compiuta" tra cittadini, professionisti della salute e organizzazioni sanitarie. Uno dei domini della HL è la "functional literacy", ovvero la capacità di comprensione scritta e orale di messaggi sanitari (prose literacy, sommatoria di written e oral literacy) oltre alla comprensione dei semplici calcoli necessari a eseguire, ad esempio, una corretta assunzione di terapia (numeracy literacy). L'HL è ad oggi considerata tra i più importanti determinanti di natura sociale della salute e la sua valutazione e gestione all'interno dell'inquadramento multidimensionale di individui e comunità è una delle più rilevanti dimensioni nel controllo delle disuguaglianze di salute derivanti da determinanti distali. Individuare i soggetti con bassa HL d'altro canto è niente affatto agevole, sia per la mancanza di strumenti validati, sia per la tendenza dei soggetti con bassa HL a celare il proprio deficit cognitivo.

Uno dei versanti più interessanti da studiare è la nutrition literacy (NL), ovvero il grado di comprensione e gestione che i singoli individui sono in grado di attuare per seguire un corretto stile di vita alimentare.

Obiettivo del presente lavoro è indagare il grado di HL e di NL in un campione di convenienza di soggetti apparentemente in buono stato di salute, reclutati tra la popolazione generale di una città toscana. MATERIALI E METODI: E' stato costruito e somministrato a soggetti reclutati tra coloro che frequentavano un pubblico mercato della città di Pistoia un questionario comprensivo di domande relative alla sfera anagrafica, allo stile di vita, all'abitudine a leggere e interpretare le etichette alimentari. Ai medesimi soggetti è stato somministrato il Newest Vital Sign (NVS), un test che identifica i pazienti a rischio di bassa alfabetizzazione sanitaria nelle componenti della functional literacy, ivi comprese alcune skills proprie della NL. La somministrazione consiste nell'interpretazione di un'etichetta nutrizionale rispondendo a 6 domande che valutano written literacy e numeracy. Il punteggio finale viene calcolato assegnando un punto per ogni risposta



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

corretta e attribuendo un basso livello di HL per punteggi tra 0 e 1, intermedio tra 2 e 3 e alto se >4. **RISULTATI:** Il campione è costituito da 56 soggetti (38 Femmine/18 Maschi). Il 53,6% è risultato possedere un elevato livello di HL, il 35,7% è risultato con intermedio livello e infine il 10,7% con basso livello. Dall'analisi dei dati è emersa, in linea con la letteratura, una correlazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) tra i punteggi di alfabetizzazione sanitaria e l'età. I soggetti nella fascia d'età intermedia (44-64 anni) hanno presentato un elevato livello di HL nel 61,1% dei casi, intermedio nel 33,3% e basso nel 5,6% dei casi. Infine tra i soggetti della fascia d'età più giovane (18-44 anni), il 68% risulta con ottima alfabetizzazione sanitaria, il 32% intermedia e addirittura non si è rilevato nessun soggetto con bassa HL. Altra associazione statisticamente significativa ($p < 0,05$), anch'essa attesa, è emersa tra grado di scolarità e livello di HL: nei soggetti con alto grado di scolarità, il 76,5% ha elevato livello di alfabetizzazione sanitaria, il 17,6% intermedio ed il 5,9% basso. Tra i soggetti con livello di scolarità più basso, invece, nessuno ha presentato alto livello di HL. E' stata infine riscontrata associazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) con la presenza di patologie: in generale è emerso un minor livello di alfabetizzazione sanitaria tra i soggetti affetti da più patologie.

Non sono state riscontrate invece associazioni significative tra livello di HL e genere, livello di attività fisica praticata, consumo di frutta e verdura. **CONCLUSIONI:** Comprendere a fondo il grado di alfabetizzazione sanitaria degli individui è fondamentale ai fini di riuscire a fornire le risposte sanitarie appropriate alla parte di popolazione più bisognosa di supporto e conseguentemente più a rischio di seguire comportamenti errati in termini di salute, con maggiore difficoltà ad utilizzare in maniera efficace i servizi sanitari e di seguire e comprendere le indicazioni mediche preventive e terapeutiche, esitando spesso quindi in scarsa aderenza tanto alle terapie appropriate, quanto agli screening di popolazione. Considerate queste premesse, risulta quanto mai necessario impegnarsi nello sviluppare e validare nuovi strumenti valutativi della health e NL data la purtroppo effettiva carenza degli stessi nell'attuale scenario sanitario italiano.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 342

LA STAGIONALITÀ DEGLI ALIMENTI ED IL LORO CORRETTO CONSUMO: LE CONOSCENZE DEGLI STUDENTI DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE PRIMARIA

M.L. Sammarco¹, M. Tamburro¹, I. Fanelli¹, G. Ripabelli¹

¹Cattedra di Igiene, Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute, Università degli Studi del Molise, Campobasso

INTRODUZIONE: Negli ultimi anni, si è assistito a progressivi cambiamenti degli stili di vita e a radicali modifiche delle abitudini alimentari. Inoltre, grazie all'introduzione di moderne tecniche di coltivazione e alle esigenze del mercato, la maggior parte dei prodotti ortofrutticoli e ittici è disponibile in qualunque periodo dell'anno, non considerando il ciclo produttivo naturale che essi hanno. Seguire nell'acquisto la stagionalità dei prodotti garantisce, oltre alla sicurezza, alla genuinità e alla qualità organolettica, anche un notevole risparmio economico e significa mangiare in modo naturale e sano, assicurando un migliore livello di freschezza e, quindi, un maggiore apporto nutritivo. La scelta del consumo di prodotti di stagione, tuttavia, è solo parzialmente condivisa e adottata, essendo ancora poco noti i principali vantaggi. .

Obiettivo dello studio è stato di valutare le conoscenze degli studenti di Scienze della Formazione Primaria riguardo gli aspetti della stagionalità e, in particolare dei periodi stagionali di frutta e prodotti ittici. Il possesso di un bagaglio di corrette conoscenze da parte degli insegnanti è propedeutico ad una corretta formazione degli alunni in merito all'adozione di stili di vita salutari.

MATERIALI E METODI: Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario compilato autonomamente dagli studenti del corso di laurea in Scienze della Formazione Primaria dell'Università degli Studi del Molise. Il questionario, oltre a una sezione anagrafica, comprendeva una parte riguardante le conoscenze relative alla stagionalità di alcuni alimenti. **RISULTATI:** Sono stati intervistati 281 studenti, la maggior parte femmine (95,7%), con un ampio range di età (19-50 anni), dei quali il 67% aveva un diploma di maturità, mentre la restante parte aveva già conseguito un altro diploma di laurea. Solo il 44,7% dei partecipanti è a conoscenza dell'elevato impatto ambientale del consumo di alimenti fuori stagione e il 77% conosce la notevole differenza tra frutta di stagione e non; il 6,8% ritiene, invece, che non vi sia nessuna differenza e il 16,2% ammette di non sapere nulla in merito. In particolare, è stata valutata la conoscenza della stagionalità di alcune tipologie di frutta: l'81,4% e l'83% dei partecipanti ha individuato, rispettivamente, il periodo stagionale delle arance (novembre-maggio) e delle pesche (giugno-settembre), mentre solo il 62% è a conoscenza della stagione delle fragole (aprile-agosto) e il 48,6% di quella dei kiwi (novembre-maggio), ritenuti presenti per tutto l'anno da circa il 18% degli intervistati.

Riguardo ai prodotti ittici, circa il 10% dei partecipanti non è a conoscenza di una stagionalità legata ai cicli vitali della fauna marina e il 33,9% non conosce se vi siano prodotti ittici di stagione e



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

non. Solo il 32% ha individuato la corretta stagionalità delle mitili (aprile-giugno) e il 27% ritiene che sia tutto l'anno; anche per la sogliola, solo il 30,2% sa che il periodo stagionale è aprile-giugno e il 34,7% ritiene che sia tutto l'anno. CONCLUSIONI: Dai risultati sono emerse scarse conoscenze riguardo la stagionalità di frutta e prodotti ittici, in particolare per questi ultimi. Questo determina l'adozione di comportamenti scorretti, anti-economici e non salutari, come anche un impatto sull'ambiente. Infatti, i prodotti non stagionali sono spesso stoccati in altre aree del mondo e, quindi, importati, con problemi associati a tempi e modalità di conservazione ed una graduale degradazione e perdita di principi nutritivi. L'impatto ecologico dell'acquisto di prodotti fuori stagione è senza dubbio negativo, contribuendo fortemente all'inquinamento ambientale, con il trasporto e, quindi, l'emissione di notevoli quantità di CO₂. Inoltre, seguendo i ritmi naturali di accrescimento, i prodotti necessitano di minore energia di produzione e di un uso inferiore di pesticidi e fertilizzanti, che si traduce in una maggiore salubrità dell'alimento, in un minor impatto ambientale e in un costo mediamente inferiore. È, quindi, necessario che l'insegnante abbia adeguate conoscenze di igiene della nutrizione, utili a formare ed informare i propri alunni, poiché è proprio in età scolare che si consolidano quei comportamenti che molto probabilmente saranno presenti per tutta la vita. La corretta formazione degli insegnanti è, quindi, indispensabile per rispondere positivamente ai continui mutamenti imposti dalla società odierna. Questo studio evidenzia, ancora una volta, quanto sia importante completare alcuni percorsi di studio universitario fornendo competenze di area igienistica, utili a promuovere comportamenti virtuosi e l'adozione di stili di vita salutari.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 345

DORMIRE DOLCE DORMIRE. STUDIO OSSERVAZIONALE SULL'ASSOCIAZIONE TRA GLI STILI DI VITA E LA LUNGHEZZA DEL RIPOSO NOTTURNO NEGLI ADOLESCENTI.

A. Vinelli 3; L. Gallimberti 2; A. Buja 1; S. Chindamo 2; C. Lion 3; E. Marini 2; A. Terraneo 2; V. Baldo 1.

1. Dipartimento di Medicina Molecolare, Laboratorio Sanità Pubblica e Studi di Popolazione, Università degli Studi di Padova, Padova.

2. Fondazione Novella Fronda, Fondazione per gli studi e le ricerche cliniche applicate nel campo della Medicina e delle Dipendenze, Padova.

3. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova, Padova.

INTRODUZIONE: I comportamenti legati al sonno nei ragazzi coinvolgono una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici, ambientali, comportamentali e possono essere un indicatore di un rischio di avere difficoltà emozionali e comportamentali in età adulta.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di verificare se esista un'associazione tra la lunghezza del sonno notturno e gli stili di vita riguardanti comportamenti di abuso come il consumo di alcol, il fumo, l'uso di marijuana e di eccitanti (Extasy e cocaina), inoltre è stata valutata anche l'associazione con la frequenza dell'utilizzo del cellulare, di internet, dei social-network, dei videogiochi e della televisione nei ragazzi delle scuole medie inferiori. **MATERIALI E METODI:** Lo studio Pinocchio è stato condotto durante l'anno scolastico 2013-2014 presso le scuole medie di Padova. E' stato somministrato a 1326 studenti un questionario anonimo composto da 106 quesiti a risposta multipla. Le analisi preliminari sono state volte a verificare la presenza di un'associazione tra consumo di sostanze d'abuso, utilizzo dei media e la variabile sonno notturno dicotomizzata (< 8 ore per notte). **RISULTATI:** Il campione di ragazzi intervistati era costituito da 441 ragazzi di prima media, 496 di seconda media e 389 di terza media. Analizzando i dati si è osservato che è presente un'associazione positiva tra il dormire meno di 8 ore al giorno e l'aver sperimentato il fumo di sigarette, l'essere attuale fumatore di sigarette, l'aver sperimentato il consumo di bevande alcoliche, l'essere attuale consumatore di alcolici, l'aver bevuto più di 5 unità alcoliche in una sola volta, l'aver sperimentato gli spinelli e gli eccitanti. Il poco sonno (< 8 ore) risulta anche associato all'utilizzo di internet e videogiochi per più di 2 ore al giorno, all'avere un profilo sui social network, e all'inviare 500 messaggi o più al giorno dal cellulare. Non risulta statisticamente significativa l'associazione con il guardare la televisione per più di 2 ore al giorno. Il sonno infine risulta associato con il redimendo scolastico: inferiore per i soggetti che dormono meno di 8 ore. **CONCLUSIONI:** Lo studio ha dimostrato che il dormire un numero non adeguato di ore sia associato ai comportamenti di protratto utilizzo di internet, videogiochi, e cellulare (SMS), insieme a una maggior attitudine a provare e diventare consumatore di sostanze d'abuso. Tali risultati sono utili al fine di aiutare le famiglie a educare i ragazzi a corrette abitudini come il sonno notturno e considerare un ridotto tempo di sonno come un indicatore di possibili comportamenti di abuso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 040

L'AIUOLA VA A SCUOLA

R. Labonia¹, F. Falcone¹

¹Unità Operativa Igiene degli Alimenti e Nutrizione Distretto Sanitario Valle Crati ASP Cosenza

INTRODUZIONE: Il progetto si pone lungo il percorso per la promozione dell'educazione alla salute, per l'educazione verso la sostenibilità come valore attivo e strumento chiave per modificare gli stili di vita.

L'aiuola va a scuola è stato presentato agli alunni delle scuole elementari e materne, due pubbliche quelle di Montalto Scalo (Cs) e Castrolibero (Cs), ed una Scuola paritaria di Taverna di Montalto (Cs). L'orto a scuola serve a favorire fin dalle prime fasi della sua formazione, una conoscenza significativa dell'ambiente, della buona alimentazione, del cibo sano veicolato dall'azione e dal coinvolgimento diretto e condiviso.

Gli obiettivi del progetto sono molteplici, si va dalla valorizzazione dell'agricoltura biologica, alla filiera corta, agli alimenti a km zero, alla sostenibilità ambientale, all'educazione alimentare, alla lotta all'obesità infantile, alla socializzazione ed alla riscoperta del rapporto uomo-natura. L'orto a scuola è anche un modo per rileggere la storia, lo spunto per scoprire il proprio territorio, può diventare un modo per conoscere le tradizioni, le colture tipiche e la cultura popolare.

Gli obiettivi sono collegati indissolubilmente tra di loro e si riconducono tutti ad una sensibilizzazione verso la "cultura della salute ad ampio raggio". **MATERIALI E METODI:** L'orto biologico nella propria scuola è una esperienza tra le più stimolanti, reali, interessanti, che si possono fare con i bambini ed i ragazzi, nel panorama scolastico italiano. Coltivare un orto piantando verdure, frutta, averne cura, produrre cibo, è una delle attività più antiche dell'uomo e poterlo fare concretamente è un'occasione di crescita, che può produrre cambiamenti nel nostro stile di vita. Si mettono a frutto infatti, oltre alle abilità manuali, le nozioni basilari di una buona alimentazione fatta di cibi sani e naturali uniti alla consapevolezza che l'uomo è parte integrante dell'ambiente da cui dipende e su cui influisce.

Con gli orti, quindi, si riscoprono abitudini messe transitoriamente in ombra dalla tumultuosa urbanizzazione conseguente allo sviluppo di tipo industriale. C'è la magia della nascita, la responsabilità di accudire le piante, la sorpresa di vedere qualcosa che sboccia e cresce. E' con la curiosità, si diventa attivi nei percorsi di scoperta ed apprendimento. **RISULTATI:** Con una semplice area di circa 6 mq, con semi, piantine, terriccio, attrezzi per potare, ogni bambino può diventare un piccolo agricoltore. In collaborazione con la Cia che ha offerto le piantine, i bambini aiutati dai più grandi hanno piantato, pomodori, meloni, zucchine ecc. ossia frutta e verdura di stagione. La curiosità, lo stare all'aria aperta, la manualità, le nozioni di educazione alimentare apprese, hanno stimolato i bambini, che divertendosi, hanno imparato. Alla fine del percorso i bambini raccoglieranno quello che hanno seminato e lo consumeranno a scuola. **CONCLUSIONI:** La strada



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

intrapresa e' impegnativa ,ma ricca di soddisfazioni e di conoscenze anche per noi operatori . Questo percorso ludico-didattico da implementare e distribuire nelle varie realtà scolastiche italiane, forse e' la principale strada da seguire , poiche' come diceva Rousseau , il gioco è la piu' seria attivita' dell'infanzia. Le cifre allarmanti di bambini in sovrappeso e/o obesi tra gli 8 e i 9 anni in tutta Italia ed in particolar modo nelle Regioni meridionali(Calabria 39.2%), inducono ad una seria ed urgente riflessione .Per quel che concerne l'educazione ambientale è la formazione di una coscienza ecologica, l'obiettivo su cui puntare; in questo momento storico non e' sufficiente parlarne, si deve promuoverla e sostenerla come processo dinamico, permanente e partecipativo. L'orto a scuola potrebbe essere veramente uno strumento importante di crescita e di formazione pedagogica, un campo strategico di educazione alimentare, ambientale e quindi di educazione alla vita.

Dobbiamo lavorare tutti insieme perche' mai come oggi si avverte la necessita' di un nuovo modo di alimentarsi e di mangiare coerente con le istanze della tradizionalità, della salute e dell'equilibrio tra uomo ed ambiente . Un cibo economico per ri-territorializzare le derrate e le filiere corte, ecologico e culturale per tutelare la salute e l'ambiente e per certi versi innovativo, per salvaguardare il proprio se identitario dai processi di omologazione al gusto.

Cominciamo dalla scuola , investiamo nei bambini, piantiamo in loro il seme della curiosita', istituzionalizziamo l'orto a scuola inserendolo nelle politiche dell'infanzia. Una societa' moderna ed evoluta che vede nei suoi figli il suo bene piu' prezioso , deve investire in salute a lungo termine, partendo proprio dalla terra, piantando i germogli,per poi far nascere l'albero della vita.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 100

CONSENSUS DOCUMENT SU ALCOL E LAVORO DEL GRUPPO LARA

N.Magnavita¹, U.Moscato ¹, A. Poscia ¹, W.Ricciardi (1) A.Messineo ², ed il Gruppo LaRA.

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 Corso Laurea Tecnici Prevenzione Univ.Roma Tor Vergata

INTRODUZIONE: L' utilizzazione dell'alcol nei luoghi di lavoro è stato oggetto di numerose valutazioni da parte del mondo della prevenzione e vi è stato un variegato e talora difforme orientamento normativo a livello regionale e locale. La normativa vigente nel nostro Paese affida ai datori di lavoro il compito di contrastare l'uso di alcol nei da parte dei lavoratori che svolgono mansioni a rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi. Il gruppo LaRA (Lavoratori Rischiosi per gli Altri) si è posto il compito di valutare se quanto disposto garantisca compiutamente la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e dei terzi, senza pregiudizio per i diritti civili dei lavoratori. **MATERIALI E METODI:** È stato prodotto un documento di consenso nel confronto tra medici del lavoro, igienisti, medici legali, tossicologi, psichiatri, medici di medicina generale, giuristi, bioeticisti, e parti sociali. Il documento è stato compilato valutando in comparazione le numerose norme esistenti e i pareri giurisprudenziali sulla materia, mediante riunioni del network e formali **RISULTATI:** Si è evidenziata l'importanza di un corretto approccio al problema della utilizzazione dell'alcol in particolare in ambienti di lavoro particolarmente rischiosi per i lavoratori e per terzi. Tuttavia la normativa vigente presenta lacune e incongruenze che rendono difficoltosa l'attuazione uniforme di comportamenti di prevenzione. Di fronte ad una generale condivisione dei concetti preventivi di base, esistono difformità nelle disposizioni delle autorità locali e regionali che non consentono di applicare una strategia unitaria sul territorio nazionale. Diversamente da quanto finora statuito dalle norme, l'obbligo del datore di lavoro di vigilare sull'osservanza del divieto di assunzione di alcolici sul luogo di lavoro non dovrebbe essere espletato "solo" attraverso medico competente, il cui ruolo istituzionale dovrebbe essere di fiducia e non fiscale. Inoltre, alcune categorie per le quali è previsto il contrasto dell'uso di alcol non sono attualmente sottoposte a sorveglianza sanitaria. Gli addetti alla guida di veicoli stradali non esposti ad altri rischi, possono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria solo in regioni ove leggi regionali lo prevedano. In altri casi, la valutazione del rischio per terzi e la sorveglianza sanitaria, sono considerate da alcuni giuristi accettabili, da altri illegittime. E non di rado il medico competente nell'eseguire i controlli alcolimetrici e gli accertamenti per alcol-dipendenza affronta un dilemma etico, dal momento che la comunicazione dei risultati al datore di lavoro o agli organismi preposti al rilascio di licenze potrebbe non rispettare l'obbligo del segreto professionale. L'enfasi posta solo sui controlli ha inoltre indotto aziende e organi di vigilanza a trascurare in generale gli aspetti educativi e quelli riabilitativi. Il coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli educatori e dei servizi specialistici è indispensabile per



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

affrontare le problematiche dell'abuso alcolico in una prospettiva di informazione/formazione, recupero e riabilitazione. I pochi studi disponibili indicano che le norme sono ancora poco applicate e l'inosservanza non sempre è oggetto di controlli favorendo la diffusione di comportamenti assai dissimili **CONCLUSIONI:** Tutti i datori di lavoro dovrebbero valutare il rischio per terzi derivante da uso di sostanze alcoliche dotandosi di una strategia condivisa (policy) sull'alcol. Il controllo di tale rischio negli ambienti di lavoro richiede una più chiara definizione dei ruoli degli Organi di Controllo e Vigilanza e del Medico Competente e il passaggio da un atteggiamento reattivo ad uno proattivo di tutte le parti in causa. Indispensabile appare l'apporto dei Medici di Medicina Generale in un quadro generale di formazione ed informazione ed educazione sanitaria per l'adozione di corretti stili di vita



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 090

FACILITARE LA CORRETTA ALIMENTAZIONE: PROGETTO DI UN CENTRO SPERIMENTALE PUBBLICO/PRIVATO

E. Ravaglia¹, M. Lisi¹, F. Viti¹, M. Fresina¹, W. Baffone², A. Pianetti², G.F. Schiavano²
1 ASUR Marche Area Vasta 1 Dip. di Prevenzione, Servizio Ig. Alimenti e della Nutrizione, Pesaro
2 Dipartimento di Scienze Biomolecolari-Sezione di Igiene, Università di Urbino "Carlo Bo".

INTRODUZIONE: Secondo l'OMS (2005), in Europa oltre la metà delle cause di morte più frequenti sono il risultato di 7 fattori di rischio: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, elevato consumo di alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, scarsa attività fisica. Di questi 7 fattori, 5 sono connessi in modo diretto all'alimentazione e 1 (scarsa attività fisica) in modo indiretto. Anche il fumo a volte è connesso, visto il diffuso timore, smettendo di fumare, di un incremento ponderale. Nonostante il diffondersi di queste conoscenze, i sistemi di sorveglianza epidemiologica attivi in Italia dimostrano in generale, un'alimentazione quotidiana, nelle diverse fasce di età, troppo ricca in densità calorica, grassi, zuccheri, sale ed additivi che contribuiscono alla diffusione di patologie cronico-degenerative con elevatissimi costi socio-economici. Tuttavia, l'accesso costante e semplice ad alimenti equilibrati risulta difficile per svariati motivi, come anche emerso dall'esperienza diretta dello Sportello di consulenza nutrizionale, attivo dall'anno 2010 presso il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione sede di Pesaro, e può contribuire al rischio di disuguaglianze sociali. I Programmi Gaining Health, Guadagnare salute, i Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione orientano verso azioni concrete e lo sviluppo di sinergie positive tra i diversi stakeholders. Rendere facile la corretta alimentazione attraverso una maggiore diffusione e reperibilità, a tutti i livelli, di alimenti equilibrati, anche riferiti alla tradizione popolare, è lo scopo che si prefigge il Centro Sperimentale di Ricerca Applicata in Nutrizione Umana in cui possa compiersi l'auspicato incontro di domanda ed offerta sul tema e che valorizzi le risorse culturali dei numerosi giovani che nella nostra Regione si sono formati nelle discipline inerenti la salute, il marketing, la comunicazione, altre. **MATERIALI E METODI:** Il Progetto è nato e cresciuto nel corso degli ultimi due anni con il coinvolgimento dei giovani tirocinanti universitari e post universitari che frequentano la nostra struttura e alcuni specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva. Attraverso incontri di brainstorming e di riflessione critica, partendo da costante ricerca bibliografica, attenzione alle esperienze mutate dalla rete internet e confronto con vissuti anche personali, abbiamo strutturato una progettualità che affonda le proprie radici nella complessità dell'attuale mondo, laddove si interseca una molteplicità di stimoli ed esperienze, spesso anche contraddittori. Per far incontrare domanda ed offerta si è progettato di creare un abbinamento Pubblico/Privato che consenta coinvolgimento istituzionale e flessibilità organizzativa compreso il reperimento di giovani laureati in diverse discipline e connessione con i diversi stakeholders coinvolti (Sanità, Università, Produzione, Consumatori, Scuola, Istituti alberghieri, altri). Il Centro



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Sperimentale di Ricerca Applicata in Nutrizione Umana vuole offrire nuove opportunità di sviluppo anche economico della collettività collegato al possibile miglioramento della salute partendo dall'alimentazione. **RISULTATI:** Si riporta il Progetto in estrema sintesi

Primo anno

1. Organizzazione evento pubblico promozionale di conoscenza del progetto
2. Messa a punto, emanazione e gestione, da parte dell'Azienda Sanitaria, di un bando pubblico di manifestazione di interesse per la ricerca di Partners
3. Costituzione di Tavolo open con i diversi portatori di interesse scelti come partners sulla base delle risposte al bando pubblico
4. Reperimento finanziamenti da varie fonti attraverso l'apporto di tutti i partners, in particolare per la stipula dei contratti con i laureati previsti nel Centro

Secondo anno

1. Avvio concreto del Centro con identificazione e reperimento di spazi adeguati per la teoria (accoglienza, sale riunioni, formazione, biblioteca, postazioni informatiche ecc.) e per la pratica (laboratori, cucine, ecc.), possibilmente quale contributo diretto da parte di eventuali partners
2. Costituzione del Pull tecnico-scientifico, previa stipula di borse lavoro e/o altra forma di contratto retribuito con giovani laureati nelle discipline di interesse
3. Avvio delle prime attività scelte sulla base del Tavolo open permanente e flessibile

CONCLUSIONI: Il Progetto è in attesa di approvazione interna e relativo iniziale finanziamento di circa 4000 euro, anche in vista di EXPO 2015.

Particolare attenzione sarà riservata all'assegnazione di una identità specifica del Centro, stante l'idea di interconnessione tra Pubblico e Privato mediata da diversi stakeholders appartenenti alle due diverse realtà. Tale modalità, abbastanza inedita nella nostra Regione, necessita di essere seguita secondo i migliori principi di correttezza e trasparenza.

Si ringraziano i tirocinanti, gli specializzandi e gli altri collaboratori volontari per il loro fattivo contributo alla stesura e valutazione del progetto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 423

IMPRONTE. LE MISURE DELLA SALUTE

L. Prete¹; L. Intrieri¹; A. Marolla¹; F. Francia¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna

INTRODUZIONE: Le scelte a tavola incidono in maniera positiva o negativa sulla salute dell'individuo e, al tempo stesso, su quella del pianeta, ma se dell'impatto degli alimenti sull'organismo buona parte della popolazione è consapevole, lo è molto meno rispetto al loro impatto sull'ambiente.

Ogni alimento infatti, nel suo ciclo di vita - produzione, trasformazione, confezionamento, trasporto, conservazione, distribuzione e smaltimento degli scarti - lascia un'impronta in termini di emissione di gas ad effetto serra (Carbon Footprint), uso delle risorse idriche (Water Footprint) e del suolo (Ecological Footprint).

L'impatto più rilevante è legato alla produzione industriale di cibo, in particolare quello di origine animale. Se per 1 kg di verdura sono necessari da 1 a 10 m² per fornire le risorse e assorbire le emissioni associate al sistema produttivo, per una stessa quantità di carne bovina si va da 92 a 157. Se per lo stesso chilo di ortaggi si produce una massa di gas ad effetto serra che va da 255 a 5.020 g, per la carne questo valore oscilla fra 6.270 e 58.445. Allo stesso modo, se si quantifica l'acqua necessaria per chilo di prodotto, per la verdura si va da 95 a 900 litri, mentre per la carne si arriva a 15.400 litri.

Se è vero che i maggiori carichi ambientali si concentrano nella fase produttiva, è altrettanto vero che anche trasformare, conservare, trasportare e cuocere gli alimenti ha un impatto sull'ambiente. Se poi il bene alimentare acquistato viene sprecato, ossia gettato via senza essere utilizzato, l'ambiente sarà stato inquinato, sfruttato o alterato invano.

In un Pianeta le cui risorse sono in progressivo esaurimento e in cui la diffusione di patologie legate ad una cattiva alimentazione è in aumento, risulta fondamentale trovare uno stile di vita e di consumo che favorisca il benessere umano e quello ambientale.

Obiettivo del progetto dunque, mostrare lo stretto legame tra alimentazione sana e sostenibile e promuovere un'alimentazione bilanciata come quella mediterranea, che non solo contribuisce al benessere dell'individuo, ma ha un impatto ambientale del 60% inferiore rispetto ad una sbilanciata verso prodotti di origine animale. **MATERIALI E METODI:** Attraverso un percorso espositivo interattivo, i visitatori vengono sollecitati a compiere un "viaggio virtuale" tra gli alimenti. Dotati di un lettore ottico, sono posti di fronte ad alcune scelte alternative in termini di tipologie di prodotti (piselli o polpette? olio o burro?) o modalità di acquisto/consumo (fresco o conservato? locale o importato?) e invitati a selezionare, tramite la lettura dei relativi codici a barre, quelle che maggiormente si avvicinano alle loro scelte abituali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Alla fine del percorso, suddiviso in 18 tappe, uno scontrino restituisce una “fotografia” dell’impatto delle scelte effettuate sul corpo e sull’ambiente tenendo conto di diversi indicatori, di salute per l’individuo (quantità di zuccheri, grassi e sale contenuti negli alimenti “acquistati”) e per il pianeta (emissioni in atmosfera e consumo di risorse naturali connessi al ciclo di vita del prodotto).

Il percorso si conclude con una lettura commentata dello scontrino e la visione di un video che riporta il visitatore da un contesto individuale ad uno globale, evidenziando come le azioni del singolo, moltiplicate esponenzialmente, si ripercuotano sull’ecosistema e condizionino lo stato di salute di intere popolazioni.

Il percorso espositivo è stato proposto nell’ambito della Scienza in Piazza (Bologna 28 marzo - 13 aprile 2014), iniziativa di diffusione della cultura scientifica organizzata dalla Fondazione Marino Golinelli, dedicata quest’anno al tema del CIBO in vista di EXPO Milano 2015 “Nutrire il pianeta, Energia per la Vita”. **RISULTATI:** In 17 giorni di esposizione, il percorso è stato seguito da circa 1.200 visitatori, tra cui quasi 800 studenti provenienti da Istituti sia dell’Emilia-Romagna (Bologna, Modena, Piacenza, Cesena) che di altre Regioni (Veneto, Lombardia, Trentino Alto Adige).

CONCLUSIONI: L’elevato numero di presenze, oltre alle numerose richieste di materiali informativi e di “repliche” in altri contesti, dimostra l’interesse sia per il tema sia per la modalità di fruizione con cui viene proposto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 470

ATTIVAZIONE DI UN PERCORSO DI COUNSELING NUTRIZIONALE NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI SCREENING CARDIOVASCOLARE E RESPIRATORIO CORRELATO AGLI STILI DI VITA – PIANO STRAORDINARIO SALUTE E AMBIENTE PER IL TERRITORIO PROVINCIALE DI TARANTO

S. Liuzzi 1; M.D. Simeone 1; A.R. Cavallo 1; A. Pesare 1

1. Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: In seguito all'approvazione del Piano Straordinario Salute e Ambiente (DGR n. 1935 del 02.10.2012) per il territorio provinciale di Taranto, il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL TA ha avviato, tra le attività di prevenzione e promozione attiva, un Programma di Screening cardiovascolare e respiratorio correlato anche agli stili di vita, al fine di individuare precocemente coloro che sono esposti a queste malattie ed aiutarli a ridurre o eliminare i fattori di rischio. Il Programma prevede, tra le numerose attività, il miglioramento delle abitudini alimentari e la promozione di corretti stili di vita, attraverso l'attivazione di un Percorso di Counseling Nutrizionale finalizzato a limitare i danni derivanti dal peso in eccesso e da altri fattori di rischio (sedentarietà, diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, ecc) e promuovere il raggiungimento delle capacità di autocontrollo e il mantenimento nel tempo dei comportamenti acquisiti.

MATERIALI E METODI: Sulla base dei dati disponibili sulla prevalenza delle malattie dell'apparato cardiovascolare e respiratorio riferiti alla popolazione residente nei quartieri più vicini alla zona industriale di Taranto, il Programma di Screening sarà rivolto a tutti i soggetti maschi (a partire da 40 anni) e femmine (a partire da 45 anni) con residenza proprio nelle aree definite "a rischio". Dopo un'accurata valutazione dei soggetti eleggibili e successiva attribuzione della classe di rischio, i pazienti vengono indirizzati verso i "percorsi wellness" più idonei. Al Percorso di Counseling Nutrizionale, in particolare, vengono inviati i soggetti a rischio CV, classificati nei seguenti gruppi:

Gruppo A: BMI > 25.30 + un fattore di rischio CV

Gruppo C: BMI > 30 con più fattori di rischio

Il Percorso di Counseling Nutrizionale si articola in:

1. PRIMA VISITA INDIVIDUALE (T0 = presa in carico del paziente):

- colloquio finalizzato alla valutazione dei bisogni/motivazione e all'illustrazione del percorso;
- compilazione della Scheda Nutrizionale informatizzata sui comportamenti alimentari, gli stili di vita e i pregressi tentativi di dieta;
- consegna del Diario Alimentare.

2. SEDUTE INDIVIDUALI: vengono programmate in maniera differenziata a seconda del gruppo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

target (4 per il gruppo target A e 5 per i gruppi B e C). Durante le sedute i pazienti ricevono nuovi input informativi per acquisire corrette abitudini alimentari e, in generale, uno stile di vita improntato al benessere.

I gruppi target A, B e C seguono i seguenti percorsi comuni:

- T1 (1 mese) e T3 (3 mesi): monitoraggio di processo e aggiornamento Scheda Nutrizionale;
- T6 (6 mesi): valutazione di esito 1 (obiettivo: perdita del 5% del peso iniziale);
- T12 (12 mesi): valutazione di esito 2 (obiettivo: mantenimento del peso perso e/o ulteriore perdita di peso).

Solo i gruppi target B e C proseguono il percorso fino a 18 mesi dalla prima seduta individuale (T18), per la valutazione di esito 3 (obiettivo: mantenimento del peso perso e/o ulteriore perdita di peso).

3.SEDUTE DI GRUPPO: Si articolano in un ciclo di 6 incontri della durata di 1 ora e 30. Il gruppo, composto da 10/12 partecipanti, dopo un primo incontro conoscitivo, si riunisce a diversi intervalli di tempo, necessari per l'attuazione delle strategie individuate in ciascun incontro.

RISULTATI: I risultati saranno valutati mediante follow up e valutazione di esito nell'ambito del percorso individuale, secondo la tempistica illustrata precedentemente, differenziata a seconda dei gruppi target. In particolare, verrà effettuata una valutazione dello stadio motivazionale del paziente, al fine di realizzare l'intervento nutrizionale più adatto ed efficace, ed una valutazione dell'efficacia della consulenza nutrizionale attraverso il cruscotto degli indicatori/traccianti definiti "ad hoc" nella Scheda Nutrizionale (tasso di abbandono, % perdita di peso a 3, 6 e 12 mesi, cambiamento comportamentale/alimentare, attività fisica, ecc.). **CONCLUSIONI:** Il counseling nutrizionale può rappresentare un importante metodo/strumento per promuovere il cambiamento dello stile di vita. Attraverso azioni educative e tecniche comunicative proprie della metodologia del counseling, si aiuta il soggetto a sviluppare la capacità di operare scelte autonome e consapevoli nell'ottica generale di una migliore qualità di vita e, in particolare, di prevenzione e riduzione dei fattori di rischio correlati alle patologie cardiovascolari. Le prospettive future del Percorso di Counseling Nutrizionale, così come dei Percorsi Wellness, non si limitano alla prevenzione primaria, che resta comunque la finalità principale, ma possibili sbocchi di attività si possono presentare anche nel campo della prevenzione secondaria e terziaria (ad esempio soggetti celiaci, diabetici, cardiopatici) o per la gestione di problematiche relative all'alimentazione sulle quali, come noto, interagiscono difficoltà di tipo psicologico e sociale, così come nella gran parte dei soggetti affetti da patologie a decorso cronico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 027

DIVIETO DI CONSUMO DI SIGARETTE ELETTRONICHE NEGLI AMBIENTI CONFINATI: LE GIRAVOLTE NORMATIVE.

L. Capasso 1.2, M.R. Gualano 3, M.E. Flacco 1.4.5, L.M. 1.4 ,R. Siliquini 3, L. Manzoli 1.2.3.4

1 Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università di Chieti

2 U.O. Epidemiologia e Management dell'Invecchiamento, e Salubrità degli Ambienti Confinati (EMISAC), CeSI Biotech, Chieti

3 Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

4 U.O. Analisi e Verifica dell'Appropriatezza, ASL di Pescara

5 Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo, Pescara

INTRODUZIONE: La normativa relativa alla vendita e al consumo nei luoghi pubblici delle sigarette elettroniche varia notevolmente tra le nazioni e all'interno delle stesse. D'altronde, considerata la scarsità di evidenze disponibili su efficacia, sicurezza e impatto sull'ambiente indoor delle sigarette elettroniche, qualsiasi decisione verso questa tipologia di fumo può essere discutibile. **MATERIALI E METODI:** La legislazione italiana sull'uso delle sigarette elettroniche in luoghi pubblici è cambiata radicalmente quattro volte nel giro di sei mesi, durante i quali le evidenze scientifiche sull'inquinamento indoor legato al fumo elettronico non si sono modificate in modo sostanziale.

RISULTATI: Nel giugno 2013, le sigarette elettroniche sono state bandite dai luoghi pubblici, equiparandole al fumo tradizionale (D.L. 76/2013). A soli quattro mesi di distanza, nel settembre 2013, una nuova legge autorizzava il fumo elettronico in tutti i locali pubblici, con l'unica eccezione delle scuole (D.L. 104/2013). Due mesi dopo, il Parlamento torna nuovamente sui suoi passi e, nel cosiddetto "Decreto Salva-Roma", approva un nuovo divieto di fumo elettronico nei luoghi pubblici, insieme ad un aumento del 200% della tassazione (D.L. 126/2013). Infine, quest'ultimo decreto viene in seguito ritirato dal Governo, ed il divieto di fumo elettronico in luoghi pubblici decade, mentre l'aumento della tassazione permane, poiché inserito in successivi provvedimenti.

CONCLUSIONI: In ogni ramo della sanità pubblica l'instabilità normativa rischia di creare confusione nella popolazione e negli operatori sanitari, diminuendo la fiducia ed il rispetto nei regolamenti. Più cautela è richiesta ai governi nella emanazione delle norme sul fumo elettronico, e una volta che una strategia viene decisa, questa dovrebbe essere mantenuta fino a che non siano raccolte solide evidenze in senso contrario. Certamente, dopo due anni dal boom, vi è ancora grande necessità di dati scientifici sulla efficacia, sicurezza e capacità di inquinamento indoor delle sigarette elettroniche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 309

BRINDIAMO ALLA PREVENZIONE: RISULTATI DI UN INTERVENTO DI FORMAZIONE PER IL CONSUMO RESPONSABILE DI ALCOOL TRA UN CAMPIONE DI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE

F. Di Stefano 1, A. Poscia 2, C. de Waure 2, V. Soffiani 2, W. Ricciardi 2, E. Sgreccia 1

1 Istituto di antropologia per la cultura della famiglia e della persona di Milano

2 Istituto di Sanità Pubblica – Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

INTRODUZIONE: Il consumo di alcool, esploso tra i giovani soprattutto negli ultimi anni, è un fenomeno di particolare interesse per la Sanità Pubblica per le gravi ripercussioni che può avere non solo sul singolo, ma sulla società intera. La facile reperibilità, il grado di accettazione sociale, la scarsa conoscenza dei danni provocati dall'abuso, la disinibizione e l'euforia associati all'assunzione, concorrono ad alimentarne il consumo smodato che, specie in età giovanile, si associa ad altri comportamenti a rischio per la salute, con possibilità di gravi implicazioni anche in ambito psico-sociale e sullo sviluppo cognitivo ed emotivo. Il presente lavoro ha l'obiettivo di presentare i risultati di un progetto scolastico di promozione della salute per favorire il consumo responsabile di alcool tra i preadolescenti. **MATERIALI E METODI:** L'intervento di promozione della salute è stato effettuato nell'anno scolastico 2013/2014 in due scuole medie di Roma, attraverso tre incontri ai quali partecipavano, singolarmente, tutte le classi. La conduzione di gruppo è stata attuata attraverso le tecniche di: circle time, teatro interattivo e focus group, con l'ausilio di un questionario di rilevazione delle percezioni del fenomeno abuso di alcol. Il questionario, composto di 15 domande a risposta multipla e volto ad indagare le caratteristiche di assunzione dell'alcool e le relative ripercussioni comportamentali tra i preadolescenti, è stato oggetto di confronto e dibattito tra studenti e professori. L'analisi descrittiva ed inferenziale è stata condotta attraverso il software IC Stata 12 per Mac. I confronti tra gruppi (genere e classi) sono stati effettuati utilizzando i test non parametrici di Kruskal Wallis e di trend. Sono stati considerati significativi valori di $p < 0.05$. **RISULTATI:** Il campione, 200 studenti fra i 10 e 13 anni, è costituito da 98 ragazze e 102 ragazzi. Tutti i questionari sono stati restituiti correttamente compilati. Da un punto di vista generale, si può notare come, fortunatamente, sia ancora piuttosto elevata la percentuale dei ragazzi che non abbia ancora iniziato a bere: l'85.5% dichiara di non aver mai bevuto superalcolici, il 74.5% mai birra ed il 71.5% mai vino. La frequenza di consumo, disaggregata per tipologia di alcolico, è riportata nella figura seguente

Considerando il 24.5% dei ragazzi che dichiara di aver iniziato a bere, la maggior parte (il 64%) lo ha fatto tra gli 11 e i 12 anni, ma il 27% ha iniziato prima, tra i 9 e i 10 anni, mentre solo il 9% tra i 13 e i 14 anni. Il 19% ha dichiarato di essersi ubriacato almeno una volta, prevalentemente durante l'uscita del sabato sera con gli amici (7%), ma anche durante una festa di compleanno (2.5%) o in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

gita scolastica (1%). Il grafico a radar di seguito riportato, scelto per fornire una visione d'insieme del livello medio di rischio disaggregato per classe, evidenzia chiaramente come i comportamenti a rischio aumentino al progredire dell'età degli studenti. Le differenze risultano significative per tutti i comportamenti eccetto l'età di inizio (età bere). Inoltre l'analisi per trend mostra un significativo incremento del rischio all'aumentare del percorso scolastico (dalla 1° media alla 3° media) per tutti i comportamenti sopracitati. L'analisi disaggregata per genere ha evidenziato un rischio leggermente superiore per i maschi, anche se questa differenza è risultata significativa solo per l'età della prima ubriacatura. **CONCLUSIONI:** Il nostro studio ha confermato come il consumo, di alcool risulti, soprattutto tra i più giovani, il frutto di un comportamento volontario, radicato nella curiosità di sperimentazione e motivato da molteplici fattori socio-psicologici. La non completa consapevolezza dei rischi associati all'alcol sottolinea l'importanza di proseguire nell'attività di prevenzione, non solo attraverso campagne e normative nazionali ed internazionali, ma anche con interventi formativi mirati a carattere locale, specialmente nelle scuole. In considerazione della progressione nel rischio per i comportamenti a rischio analizzati, appare opportuno proseguire nell'attività formativa focalizzandosi in particolare nel target degli studenti della seconda media, che presentano ancora un profilo di rischio basso, e quindi con una potenzialmente elevata efficacia delle attività di prevenzione, ma al contempo un maggior grado di comprensione e partecipazione alle attività.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C4: EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE TUMORI MALIGNI



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 519

TUMORE DELLA PROSTATA IN UMBRIA: EFFETTO DELLO SCREENING OPPORTUNISTICO NELLA VARIAZIONE DEI TRENDS DI INCIDENZA E DI MORTALITA'?

V. Anemoli 1, F. Stracci 2, F. Bianconi 3, G. Masanotti 2, F. La Rosa 2.

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Perugia.

2 Dipartimento Specialità Medico-Chirurgiche e Sanità Pubblica, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia.

3 Dipartimento Ingegneria Elettronica e dell'Informazione, Università degli Studi di Perugia.

INTRODUZIONE: In Italia il tumore della prostata è la neoplasia più frequente nella popolazione maschile con più di 50 anni di età, rappresentando oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati. Tra le principali cause di morte oncologica occupa la terza posizione e la maggior parte dei casi riguardano soggetti maschi con più di 70 anni.

In Umbria il tasso standardizzato di incidenza (1994-2010) è di 79 casi per 100.000 abitanti, quello di mortalità è di 19 casi per 100.000 abitanti.

Negli anni '90 l'introduzione e la diffusione del test per la ricerca dell'antigene prostatico specifico (PSA) come screening opportunistico ha profondamente modificato l'epidemiologia del carcinoma prostatico, oltre ad essere causa di sovra diagnosi e sovra trattamento.

Lo scopo dello studio è delineare l'andamento epidemiologico del tumore della prostata in Umbria dal 1994 al 2012, mettendo in evidenza l'effetto dello screening opportunistico nei trends di incidenza e mortalità analizzati per fasce d'età. **MATERIALI E METODI:** I casi incidenti (Decima Classificazione Internazionale delle malattie, ICD-X C61) provengono dal Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), quelli relativi alla mortalità dal Registro Nazionale delle Cause di Morte (RENCAM) dell'Umbria. Si sono considerati soggetti con più di 50 anni di età. Sono stati calcolati tassi età specifici e standardizzati (popolazione standard europea del 2011). I trends temporali sono stati analizzati mediante la regressione "joinpoint" che ci ha permesso di quantificare la variazione media annuale dei tassi (APC) e la relativa significatività statistica. **RISULTATI:** In Umbria il trend di incidenza del tumore della prostata nel periodo 1994-2005 mostra un andamento in crescita con APC significativo (APC +4.6*; IC: +2.9;+6.4), nel periodo successivo (2005-2012) invece, presenta un inversione di tendenza con un decremento non statisticamente significativo.

Suddividendo i dati per fascia d'età, nella classe 50-69 anni si evidenzia lo stesso andamento del trend: marcato aumento statisticamente significativo nel primo periodo (1994-2005) con APC +8.8* (IC: +6.3;+11.5) a cui segue una diminuzione (2005-2012) non statisticamente significativa. Nella fascia d'età 70-79 anni si evidenzia un aumento costante con significatività statistica (APC +1.6*; IC: +0.6;+2.6) in tutto il periodo considerato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda la popolazione più anziana (80+) il trend presenta un andamento in costante diminuzione con APC significativo (APC -9.8*; IC: -13.9;-5.6) solo nel periodo 2005-2012.

La mortalità nel periodo 1994-2012 mostra un lieve decremento con significatività statistica in tutto il periodo considerato (APC -1.56*; IC: -2.4;-0.7). Scomponendo i dati per fasce d'età si mantiene tale andamento, con riduzione statisticamente significativa della mortalità nella fascia d'età 50-69 anni (APC: -3.6*; IC: -5.3;-1.8) e 70-79 anni (APC: -4.0*; IC: -5.6;-2.4). Nella popolazione più anziana si presenta un trend stabile in flessione con valori inferiori di APC (APC: -2.3*; IC: -3.4;-1.3). CONCLUSIONI: Il quadro epidemiologico del tumore della prostata in Umbria nel periodo 1994-2012 è caratterizzato da un aumento considerevole dell'incidenza iniziato negli anni '90, legato alla diffusione del test del PSA a cui segue il raggiungimento di un plateau nell'ultimo decennio e da una riduzione costante e moderata della mortalità; in linea con i dati nazionali. L'esame dei due indicatori epidemiologici mette in evidenza come l'effetto dello screening opportunistico ha determinato un aumento notevole dei casi di tumore, intercettando anche quelli che sarebbero rimasti "silenti" nel corso della vita (sovradiagnosi). La riduzione della mortalità può essere attribuita sia all'effetto dell'anticipazione diagnostica che al miglioramento dei nuovi trattamenti.

Analizzando i trends nelle diverse fasce d'età emerge che le notevoli differenze riscontrate nella variazione dell'incidenza non sono accompagnate da analoghi cambiamenti della mortalità, tali da giustificare il diffondersi dello screening spontaneo, in particolare negli over 70. In età avanzata l'incidenza e l'utilizzo del PSA indicano indirettamente che lo screening è comunque diffuso con il rischio di aumentare la sovradiagnosi e il conseguente sovra trattamento, senza effetti positivi sulla storia naturale della malattia.

E' necessario quindi, a livello individuale informare le persone sui rischi e benefici nel sottoporsi al test del PSA e a livello di Sanità Pubblica concordare linee guida comuni per lo "screening" e per i percorsi diagnostico-terapeutici sulla base di evidenze scientifiche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 740

LA PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLON RETTO IN PROVINCIA DI RAGUSA, PERIODO 2011-2013

G. Ferrera 1; F. Blangiardi 1; S. Cilia 1; E. Aprile 1; R. Venga 1; C. Interlandi 1
 1 Dipartimento Di Prevenzione ASP 7 Ragusa

INTRODUZIONE: I programmi di screening oncologici rappresentano un'importante azione di prevenzione della mortalità per tumore e l'ASP di Ragusa ha impegnato notevoli risorse umane e materiali per la sua realizzazione.

Lo screening del tumore del colon retto in provincia di Ragusa è stato avviato nel 2010, inizialmente con una fase organizzativa sperimentale, ed è tuttora in itinere nel 2014.

OBIETTIVI:

L'obiettivo è studiare i dati dell'attività di prevenzione oncologica svolta in un triennio, al fine di poter osservare in via preliminare l'efficacia dello screening del tumore del colon retto sulla salute pubblica provinciale. **MATERIALI E METODI:** Nel periodo studiato l'ASP di Ragusa ha invitato la maggior parte della popolazione target residente in provincia di età 50-69 anni, su un totale di popolazione residente di 317.000 persone. È stato proposto come test di primo livello la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) e come esame di approfondimento la colonscopia totale (CT). I dati epidemiologici sono stati raccolti ed elaborati tramite un software gestionale e riguardano sommariamente tipologia di inviti, adesioni, esami diagnostici, referti, stadiazioni dei tumori, terapie oncologiche e follow up. **RISULTATI:** L'attività espletata dal programma di screening in provincia di Ragusa nel periodo 2011-2013 è stata estesa a quasi tutta la popolazione target, in media è stato invitato l'80% della popolazione target ogni anno. Nello specifico su una popolazione target 50-69 anni di circa 70.000 persone/anno, l'ASP di Ragusa ha invitato nel 2011 l'80% della popolazione target, nel 2012 il 74% e nel 2013 l'85%.

L'adesione della popolazione target al programma di screening, rispetto agli inviti, è stata del 22% nel 2011, del 27% nel 2012 e del 26% nel 2013. Sono risultati positivi al FOBT il 4.82% dei test nel 2011, il 5.4% nel 2012 e 5.7% nel 2013. Nel 2011 sono state eseguite il 92% di CT sui positivi al test FOBT, il 78.8% nel 2012 e l'82.5% nel 2013. Durante la CT Sono state eseguite polipectomie/biopsie lesioni maligne nel 47% dei casi nel 2011, nel 55.48% nel 2012 e nel 49% nel 2013. Non sono state riscontrate complicanze alla CT, tali da richiedere il ricovero ospedaliero ed è stata rispettata la tempistica indicata dal GISCOR.

Nel triennio preso in considerazione risultano riscontrate n.166 neoplasie maligne, di cui n.86 adenocarcinomi e n.80 adenomi avanzati (>10 mm, componente villosa >20%, displasia alto grado). Si stima che l'alto numero di adenocarcinomi diagnosticati rispetto al numero degli adenomi avanzati sia da riferire al fatto che si tratti di un primo round di screening su una popolazione che non aveva mai eseguito prima esami di prevenzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La detection rate (DR), cioè il rapporto del numero di persone con patologie neoplastiche maligne riscontrate sul numero di persone sottoposte a screening, è stato in media ogni anno del 4.5°/oo. Il valore predittivo positivo (VPP), cioè il rapporto del numero di persone con patologie neoplastiche maligne sul numero di persone che hanno eseguito una colonscopia totale di approfondimento per FOBT positivo è stata in media del 11%.

Degli interventi chirurgici eseguiti, l'80% sono stati effettuati presso la struttura sanitaria indicata dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (ASP), mentre il resto dei pazienti ha scelto di operarsi fuori ASP. Per il 32% dei pazienti operati è stato possibile eseguire un intervento in laparoscopia, con migliore e rapida ripresa postoperatoria. Le stadiazioni delle neoplasie riscontrate nel triennio sono state suddivise in quattro stadi con le seguenti percentuali: stadio 0 (Tis, N0, M0) il 17%, stadio 1 (T1/T2, N0, M0) il 41%, stadio 2 (T3/T4, N0, M0) l'11%, stadio 3 (T1/T2/T3/T4, N1/N2, M0) il 29%, stadio 4 (ogni T, ogni N, M1) CONCLUSIONI: Il registro tumori di Ragusa accreditato fin dal 1981, ha registrato mediamente in provincia nell'ultimo quinquennio circa 178 nuovi casi/anno e 80 decessi /anno per tumore del colon retto. Ogni sforzo organizzativo gestionale dell'ASP che riguardi gli screening mira a incrementare la partecipazione della popolazione al fine di ridurre notevolmente la mortalità specifica registrata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 743

LO SCREENING DEL TUMORE DEL COLON RETTO IN PROVINCIA DI RAGUSA :DESCRIZIONE DELLE NEOPLASIE MALIGNI RISCONTRATE NEL PERIODO 2011-2013

F. Blangiardi 1; G. Ferrera 1; S. Cilia 1; E. Aprile 1; R. Venga 1; C. Interlandi 1

1 Dipartimento di prevenzione ASP 7 Ragusa

INTRODUZIONE: Gli screening oncologici di popolazione rappresentano un intervento fondamentale in sanità pubblica, al fine della riduzione della mortalità specifica per tumore. La tipologia dei tumori maligni riscontrati allo screening del colon retto e lo studio delle patologie tumorali registrate dal Registro Tumori della provincia di Ragusa, permetteranno tra qualche anno di studiare l'impatto della prevenzione oncologica nell'ambito della salute pubblica

OBIETTIVI:

L'obiettivo principale dello studio è descrivere la tipologia delle neoplasie maligne riscontrate attraverso lo screening del tumore del colon retto nel periodo 2011-2013

MATERIALI E METODI: Nel periodo preso in considerazione, dal 2011 al 2013, sono stati invitati circa 30.000 soggetti ogni anno, su una popolazione target annuale (50-69 anni) di circa 35.000 persone.

Nel triennio hanno partecipato al programma di screening in totale 22.132 soggetti (circa il 25% degli invitati/anno), eseguendo un test di ricerca del sangue occulto fecale. Ogni anno sono risultati positivi al test il 5% dei partecipanti e hanno eseguito colonscopia totale come esame di approfondimento 81% dei positivi al test. Sono state effettuate nel triennio 474 polipectomie e biopsie intestinali.

Le neoplasie riscontrate sono state classificate secondo il seguente riferimento anatomico patologico:

Tis (carcinoma in situ: tumore intraepiteliale o invasione della lamina propria), T1 (invasione della sottomucosa), T2 (invasione della muscolare propria), T3 (invasione della sottosierosa o dei tessuti pericolici o perirettali non peritonealizzati), T4 (tumore che invade direttamente altri organi o strutture e/o perfora il peritoneo viscerale, N0 (assenza di metastasi nei linfonodi regionali), N1 (metastasi in uno/tre linfonodi regionali), N2 (metastasi in 4 o più linfonodi regionali), M0 (assenza di metastasi a distanza), M1 (metastasi a distanza). Lo studio delle stadiazioni delle neoplasie riscontrate ha fatto riferimento a quattro stadi: stadio 0 (Tis, N0, M0), stadio 1 (T1/T2, N0, M0), stadio 2 (T3/T4, N0, M0), stadio 3 (T1/T2/T3/T4, N1/N2, M0), stadio 4 (ogni T, ogni N, M1). **RISULTATI:** Nel triennio preso in considerazione risultano riscontrate n. 166 neoplasie maligne, di cui 86 adenocarcinomi e 80 adenomi avanzati (>10 mm, componente villosa >20%, displasia alto grado). Si stima che l'alto numero di adenocarcinomi diagnosticati rispetto al numero degli adenomi avanzati sia da riferire al fatto che si tratti di un primo round di screening su una popolazione che non aveva mai eseguito prima esami di prevenzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La Detection Rate, il rapporto del numero di persone con patologie neoplastiche maligne riscontrate allo screening e il numero di persone sottoposte a screening, è stato del 4.43°/oo. Il Valore Predittivo Positivo, il rapporto del numero di persone con carcinoma/adenoma avanzato e il numero di persone che hanno eseguito una colonscopia di approfondimento, è stato del 11%. Degli interventi chirurgici eseguiti, l'80% sono stati effettuati presso la struttura sanitaria scelta dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa (ASP), mentre il resto dei pazienti ha scelto di operarsi fuori ASP. Per il 32% dei pazienti operati è stato possibile eseguire un intervento in laparoscopia, con migliore e rapida ripresa postoperatoria. Le stadiazioni delle neoplasie riscontrate nel triennio sono state suddivise in quattro stadi con le seguenti percentuali: stadio 0 il 17%, stadio 1 il 41%, stadio 2 l'11%, stadio 3 il 29%, stadio 4 l'1% **CONCLUSIONI:** In attesa di studiare, alla conclusione del terzo round biennale, l'impatto dello screening del tumore del colon retto sulla salute pubblica, in maniera preliminare può essere considerato che ogni anno con una partecipazione della popolazione target del 25%, sono state riscontrate in media circa 55 neoplasie maligne. Aumentando la partecipazione della popolazione fino a quanto previsto dagli standard GISCOR (>45%), tale numero potrebbe raddoppiare. Considerato che il Registro tumori della provincia di Ragusa, nel periodo 2003- 2007, ha registrato 180 nuovi casi/anno di tumore del colon retto e 78 deceduti/anno per tale patologia (banca dati AIRTUM), si può ipotizzare che la campagna di screening ridurrà notevolmente l'incidenza di cancro in fase avanzata e la mortalità specifica per tali tumori.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 514

ATTIVITÀ ANTIAROMATASICA DEL DERIVATO TETRAMERICO CICLICO DELL'INDOL-3-CARBINOLO CTET PER LA CHEMIOPREVENZIONE DEL TUMORE AL SENO

M. De Santi¹, E. Carloni¹, L. Galluzzi¹, A. Diotallevi¹, S. Lucarini¹, M. Magnani¹, G. Brandi¹
1Dipartimento di Scienze Biomolecolari, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Urbino (PU)

INTRODUZIONE: I vegetali appartenenti alla famiglia delle Brassicaceae (cavolfiore, broccoli, etc.) hanno dimostrato in numerosi studi epidemiologici di prevenire l'insorgenza di diversi tipi di tumore. L'indol-3-carbinolo (I3C) è ritenuto uno dei maggiori responsabili dell'attività oncoprotettiva di questi vegetali, ed insieme ai suoi derivati dimerici e polimerici è stato ampiamente studiato sia in modelli in vitro che murini.

Presso il nostro Ateneo è stato sintetizzato il derivato tetramerico ciclico dell'I3C (CTet), molecola notevolmente più stabile del suo precursore che ha dimostrato una buona attività antiproliferativa in vitro, e, formulato in soluzione acquosa di ciclodestrine, ha dimostrato di non avere effetti tossici in vivo e di arrestare la crescita della massa tumorale in uno studio preliminare in modello murino.

Recentemente abbiamo valutato il ruolo di CTet come agente chemiopreventivo, dimostrando come la molecola sia in grado di inibire la stimolazione della proliferazione cellulare in vitro indotta da testosterone, in cellule di tumore mammario umano (MCF-7) che overesprimono il gene CYP 19 che codifica per il complesso enzimatico dell'aromatasi. L'aromatasi è responsabile della conversione del testosterone in estrogeno, e riveste un ruolo fondamentale nella stimolazione della crescita di tumori al seno positivi per il recettore degli estrogeni (ER+) in donne in post-menopausa. Gli inibitori delle aromatasi (AIs) come letrozole ed exemestane vengono quindi ampiamente utilizzati sia per la prevenzione che per il trattamento di tumori al seno ER+. In questo lavoro riportiamo un approfondimento dello studio sull'attività antiaromatasi di CTet nel modello in vitro. **MATERIALI E METODI:** L'inibizione di CTet sull'attività dell'aromatasi è stata valutata indirettamente quantificando la conversione di testosterone in estrogeno, analizzando l'attivazione (fosforilazione) di ER e valutando i livelli proteici di Bcl-2 e IGF-1R, i cui geni sono noti target trascrizionali del recettore stesso. La fosforilazione di ER è stata valutata in western blotting utilizzando un anticorpo specifico per la forma fosforilata del recettore. Inoltre, poiché il complesso enzimatico dell'aromatasi è localizzato sul reticolo endoplasmatico, è stato valutato lo stress da reticolo indotto da CTet in cellule stimulate con testosterone, mediante analisi dello splicing del gene XBP-1 e overespressione del gene CHOP. **RISULTATI:** I risultati hanno evidenziato come CTet sia in grado di inibire la fosforilazione di ER indotta da testosterone, e in particolare viene ridotta la quantità di recettore fosforilato presente nel nucleo, che rappresenta la porzione trascrizionalmente attiva. I risultati hanno inoltre dimostrato una riduzione di Bcl-2 e IGF-1R



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

indotte da testosterone in cellule trattate con CTet, a dimostrazione di una ridotta attività trascrizionale del recettore.

Infine, CTet si è dimostrato in grado di indurre splicing di XBP-1 e overespressione di CHOP, a dimostrazione dell'induzione di un marcato stress da reticolo endoplasmatico. Questo fenomeno potrebbe essere il responsabile della mancata conversione di testosterone in estrogeno da parte dell'aromatasi. **CONCLUSIONI:** Questi dati confermano il potenziale di CTet come chemiopreventivo, ponendolo come candidato per la sperimentazione in modelli animali per valutare la sua capacità di inibire la crescita tumorale indotta da testosterone.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 376

TREND DI INCIDENZA, 'MORTALITA' E SOPRAVVIVENZA DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA IN UMBRIA ANALIZZATI PER STADIO

C. Lupi 1, A. Rocca 2, S. Cigliano 2, R. Palano 1, A. Gili1, V. Brunori1, F. La Rosa 1,2, F. Stracci 2
 1 Registro Tumori Umbro di Popolazione, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia; 2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia.

INTRODUZIONE: Si stima che la sopravvivenza relativa a 5 anni per il carcinoma del mammella sia dell'86% in Italia e dell'82% in Europa (Eurocare-5). La sopravvivenza ha presentato negli ultimi decenni un aumento costante probabilmente dovuto all'utilizzo dello screening mammografico ed al miglioramento dei protocolli terapeutici.

L'obiettivo del nostro studio è valutare i trend di incidenza, mortalità e sopravvivenza, analizzati per stadio ed età, dei casi di carcinoma della mammella diagnosticati in Umbria .

MATERIALI E METODI: Abbiamo analizzato 9.900 carcinomi invasivi e 688 carcinomi in situ della mammella diagnosticati tra il 1994 e il 2009 presenti del database del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP). I casi sono stati classificati in base agli stadi SEER (in situ , localizzati, regionali e metastatici). L'analisi dei trend è stata eseguita con regressione Joinpoint. La sopravvivenza

relativa a 5 anni standardizzata per età è stata calcolata utilizzando il metodo Ederer 2; l'analisi è stata compiuta per periodi di 5 anni e per stadio nelle donne di tutte le età e di età inferiore a 75.

RISULTATI: Lo stadio era disponibile per 8.142 carcinomi invasivi (56,2 % localizzati, 37,9% regionali e 5,9% metastatici). I carcinomi localizzati sono aumentati significativamente (APC +1,7, 95% CI: 0; 3,5). Un aumento significativo è stato registrato anche per i carcinomi in situ (APC 6,50, 95% CI: 3,4; 9,7). Il tasso di mortalità ha mostrato una riduzione significativa (APC -1.7, 95% CI: -2,7; -0,6).

La sopravvivenza relativa a cinque anni è di 87,4% per le donne di tutte le età e di 89,2% per il gruppo di età <75. La sopravvivenza relativa a cinque anni è di 85,7% nel primo periodo, di 88,6 % nel secondo e di 87,7 % nell'ultimo. Il gruppo di età <75 ha mostrato nell'analisi per periodi un trend positivo e tassi di sopravvivenza più elevati rispetto al gruppo delle donne di tutte le età, con sopravvivenza relativa a 5 anni rispettivamente di 87,7%, 89,7% e 89,9%. Mentre i carcinomi localizzati hanno presentato una lieve riduzione della sopravvivenza, nei regionali e nei metastatici si sono osservati tassi crescenti di sopravvivenza. **CONCLUSIONI:** I trend di mortalità che abbiamo osservato sono presumibilmente dovuti al miglioramento delle terapie e all'effetto dello screening (organizzato e opportunistico), con risultati di quest'ultimo anche su i trend di incidenza. I tassi di sopravvivenza relativa sono coerenti con quelli stimati in Italia; la lieve riduzione dei tassi di sopravvivenza osservati per tutte le età potrebbero suggerire una tendenza ad una minore aggressività terapeutica nelle pazienti più anziane.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 441

DIMINUIZIONE DELL'INCIDENZA DI TUMORI DELLA MAMMELLA IN STADIO AVANZATO IN PROVINCIA DI SONDRIO DOPO L'INTRODUZIONE DELLO SCREENING MAMMOGRAFICO.

L. Cecconami¹, AC. Fanetti¹, R. Fumagalli¹, M. Ambrosino¹, G. Di Maio¹, N. Castelli¹, E. Moroni¹
1ASL della Provincia di Sondrio, Dipartimento di Prevenzione, Sondrio

INTRODUZIONE: Lo studio indaga gli effetti dell'introduzione dello screening mammografico sull'incidenza del tumore della mammella femminile in stadio avanzato in Valtellina. **MATERIALI E METODI:** Sono calcolati mediante SeerStat i tassi di incidenza del tumore della mammella in stadio avanzato (pT2-pT4) negli anni 1998-2010 e nei seguenti periodi: prima dell'introduzione dello screening (1998-1999), fase di avviamento dello screening (2000-2004), screening consolidato (2005-2010). **RISULTATI:** Nel periodo 1998-2010 in Valtellina sono stati registrati 1523 nuovi casi di tumore della mammella, di cui 829 con stadiazione pT pari a 1 e 505 con stadiazione compresa tra pT2 e pT4.

L'introduzione dello screening mammografico nel 2000 ha determinato una diminuzione del tasso di incidenza di tumori in stadio avanzato (pT2-pT4). Dal 2002 si osserva una diminuzione del tasso di incidenza, che si fa stabile a partire dal 2005. Il confronto dei tassi di incidenza di tumore in fase avanzata nei 3 periodi indica una riduzione statisticamente significativa a 5 anni dall'introduzione dello screening, passando da $25,3 \times 100.000$ nel periodo precedente all'introduzione dello screening a $17,5 \times 100.000$ ($p < 0,05$).

Anche il tasso di incidenza dei tumori della mammella con diffusione linfonodale diminuisce, seppur in modo non statisticamente significativo, dopo 5 anni dall'introduzione dello screening, passando da $20,7 \times 100.000$ prima dello screening a $18,1 \times 100.000$. **CONCLUSIONI:** L'analisi dimostra un calo statisticamente significativo dell'incidenza di tumore della mammella in stadio avanzato (pT2-pT4) dopo l'introduzione dello screening mammografico in Valtellina e conferma che l'effetto dello screening si stabilizza a 5 anni dall'introduzione dello stesso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 501

HPV TESTING IN CAMPIONI DI URINA ESSICCATA SU CARTA DA FILTRO COME STRUMENTO DI SCREENING PER IL CANCRO CERVICALE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

E. Frati 1; D. Colzani 1; S. Bianchi 1; M. Martinelli 1; E. Fasoli 1; E. Tanzi 1

1. *Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano*

INTRODUZIONE: HPV è la causa necessaria per lo sviluppo del cancro cervicale (CC), un rilevante problema di Sanità Pubblica a livello mondiale. Attualmente esistono differenti strategie di prevenzione, sia primaria che secondaria, tuttavia queste non sono facilmente applicabili soprattutto dove l'incidenza di CC è più elevata. Nei Paesi in via di sviluppo (PVS), infatti, la mancanza di risorse economiche in primo luogo, ma anche i "gaps" di conoscenza e di educazione sanitaria, nonché problematiche socio-religiose costituiscono ostacoli al raggiungimento della popolazione femminile e, quindi, all'applicazione di adeguate misure preventive. Risulta pertanto prioritaria l'individuazione di nuovi approcci di screening, maggiormente accettabili ed idonei anche in condizioni non ottimali. Diversi studi scientifici hanno evidenziato come il campione di urina possa essere impiegato efficacemente per la determinazione dell'infezione da HPV; non essendo invasivo ed oltrepassando l'esame medico ed il prelievo citologico sembra avere maggiori potenzialità di utilizzo come campione biologico alternativo nei programmi di screening. Obiettivo del presente studio è stato quello di valutare la performance del test molecolare per la determinazione di HPV-DNA (HPV-testing) dal campione di urina. Tuttavia, poiché la raccolta, lo stoccaggio e l'invio del campione al laboratorio per la successiva analisi potrebbero non essere facilmente eseguibili in particolari condizioni/aree geografiche, si è voluto valutare un metodo alternativo di allestimento del campione e quindi lo studio è stato condotto a partire da campioni di urina essiccata su carta da filtro (Dried Urine Spot, DUS). **MATERIALI E METODI:** Sono stati utilizzati 88 campioni di urina, raccolti da donne immigrate in Regione Lombardia, conservati presso il nostro laboratorio e già precedentemente analizzati per la ricerca di HPV-DNA. Di questi, 32 (36,4%) erano HPV-DNA negativi e 56 (63,6%) HPV-DNA positivi: 38/56 (67,9%) presentavano un'infezione sostenuta da singolo genotipo (22/38 dell'HR-clade), 14/56 (25%) da più genotipi (10/14 con almeno un genotipo HR) e 4/56 (7,1%) un'infezione non tipizzabile. Ciascuna DUS è stata preparata spottando 400uL di ogni campione di urina su carta da filtro (50uL per ciascuno degli 8 spot predisegnati), è stata essiccata a TA per 3h e successivamente conservata in busta chiusa ermeticamente posta in ambiente non umido fino al momento delle successive analisi molecolari. L'HPV testing in DUS è stato effettuato a distanza di 1 e 4 settimane dall'inizio della conservazione: gli acidi nucleici sono stati estratti mediante NucliSENS® EasyMAG® da 4 spot per ciascuna DUS allestita. La purezza del DNA estratto è stata valutata tramite lettura allo spettrofotometro, l'integrità e la competenza tramite PCR per l'amplificazione del gene ubiquitario umano β -globina (150pb). La determinazione dell'HPV-DNA è stata eseguita utilizzando una



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nested-PCR per l'amplificazione dell'ORF L1 di HPV (150pb). La performance dell'HPV testing su campioni DUS è stata valutata calcolando la sensibilità e la specificità del test (% e IC95%) e valutando la concordanza dei risultati ottenuti rispetto all'impiego del test sul corrispondente campione di urina (K statistica: $k < 0,2$ =concordanza scarsa; $0,2 < k < 0,4$ =modesta; $0,41 < k < 0,61$ =moderata; $0,61 < k < 0,80$ =eccellente). **RISULTATI:** Tutti i campioni di DUS estratti ad 1 e 4 settimane di conservazione sono risultati competenti e il DNA è risultato integro per l'amplificazione del gene della β -globina. HPV-DNA è stato identificato in 55/56 (98,2%, IC95% 90,6-99,7) e 54/56 (96,4%, IC95% 87,9-99) DUS analizzate dopo 1 e 4 settimane di conservazione, rispettivamente. Tutte le DUS ottenute da urine HPV-DNA negative sono risultate negative per la ricerca di HPV-DNA. Considerando l'HPV-DNA testing sui campioni di urina come gold standard, la sensibilità del test HPV-DNA in DUS è risultata del 98,2% (IC95% 90,6-99,7) ad 1 settimana e del 96,4% (IC95% 87,9-99) a 4 settimane di conservazione. La specificità, per entrambi i tempi di conservazione, è risultata del 100% e la concordanza "eccellente" ($K \geq 0,81$). **CONCLUSIONI:** L'HPV-DNA testing nei campioni di urina essiccata su carta da filtro (DUS) ha mostrato un'elevata sensibilità, specificità e una elevata concordanza rispetto ai risultati ottenuti sul campione di urina. I dati ottenuti evidenziano come questa tipologia di campione risulti adeguata per essere impiegata per la determinazione dell'infezione da HPV mediante metodi molecolari. L'utilizzo del campione DUS sembra pertanto una valida alternativa ai campioni biologici convenzionali e potrebbe essere impiegato nelle strategie di screening nei PVS, superando le problematiche correlate a raccolta, trasporto e conservazione dei campioni. Il campione DUS, inoltre, mantenendo tutti i vantaggi legati all'utilizzo del campione di urina, risulta non invasivo e maggiormente accettabile dalla popolazione femminile, bypassando le barriere etiche e socio-culturali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 669

EFFICACIA DEL SELF-SAMPLING NELL'AUMENTARE LA PARTECIPAZIONE AI PROGRAMMI DI SCREENING CERVICALE: UN RCT PER IL CONFRONTO FRA SOLLECITO STANDARD, INVIO A CASA E RITIRO IN FARMACIA DEL DISPOSITIVO.

A. Lattanzi¹; C. Fortunato²; C. Tufi³; P. Barbarino³; R. Del Mistro⁴; A. Ferro⁵; C. Giammaria⁶; M. Manfredi⁷; A. Pasquini⁷; C. Marziliano¹; T. Moretto⁸; M. Sideri⁹; S. Boveri⁹; C. Cogo¹⁰; G. Scarselli²; P. Roller²; P. Giorgi Rossi¹¹; E. Altobelli^{1, 2}

1 Università degli studi L'Aquila; 2 AUSL Teramo; 3 ASL Roma-G; 4 Istituto Oncologico Veneto Padova; 5 ULSS-17 Este-Veneto; 6 ASL Campobasso; 7 AUSL Bologna; 8 ULSS-7 Pieve di Soligo-Veneto; 9 Istituto Oncologico Europeo Milano; 10 ULSS-4 Alto Vicentino-Veneto, 11 AUSL Reggio Emilia.

INTRODUZIONE: L'HPV come test di screening primario ha permesso di mettere a punto sistemi di autoprelievo per i campioni cervicali da sottoporre ad analisi molecolare. Obiettivo dello studio è confrontare l'effetto sulla partecipazione al programma di screening e sulla copertura dell'invio al domicilio del dispositivo di autoprelievo o dell'invito a ritirare il dispositivo presso una farmacia confrontato alla lettera di sollecito standard in donne non rispondenti all'invito. **MATERIALI E METODI:** studio randomizzato controllato multicentrico. Hanno partecipato tre centri che adottano Pap-test come test primario (Bologna, Pieve di Soligo, Molise) e tre centri in cui è attivo un pilota con HPV primario (Teramo, Este, Roma G). Il controllo è stato la lettera di sollecito standard, ad effettuare il test in uso presso il programma (a Bologna HPV e Pap-test). L'invio del dispositivo a casa era preceduto da una lettera con un opuscolo sull'HPV. L'analisi è intention-to-treat, i rischi relativi con relativi intervalli di confidenza sono stimati tenendo conto della variabilità fra centri. A tutte le donne è stato chiesto di compilare un questionario sui precedenti screening, questi dati sono per ora disponibili per soli 3 centri. **RISULTATI:** sono state randomizzate 14042 donne di cui 5013 al controllo (1998 Pap-test), 4513 all'invio a casa e 4513 al ritiro in farmacia. L'adesione è stata dell'11.9% nel controllo, del 21.6% (RR 1.75 95% CI 1.60-1.93) con l'invio a casa e dell'11.6% con il ritiro in farmacia (RR 0.96 95% CI 0.86-1.07). L'eterogeneità fra centri è stata molto alta, il 94.9% per l'invio a casa, dove tutti i centri eccetto uno hanno avuto un vantaggio nel braccio con self-sampling; 94.1% per la farmacia dove però in tre centri si è osservato uno svantaggio, in due un vantaggio e in uno nessun effetto. Il 31% delle donne che hanno risposto al sollecito standard e il 27% di quelle che hanno risposto con self-sampler a casa non aveva un Pap test negli ultimi 4 anni, il che corrisponde a un impatto sulla copertura di +3.3% e +6.9% rispettivamente per sollecito e self-sampler. **CONCLUSIONI:** l'invio a casa del self sampling si è confermato un metodo efficace per aumentare la partecipazione ai programmi di screening anche quelli con HPV come test primario. Il ritiro in farmacia ha mostrato risultati di segno opposto da centro a centro.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 087

PALLEGGIANDO – CAMPAGNA DI PREVENZIONE DEL TUMORE DEL TESTICOLO RIVOLTA AGLI ATLETI DEL CUS PAVIA

M.Macchi 1; G.Tettamanti 1; A. Varetta 1; C. Da Carro 2; M.S. Laddomada 1; C. Gallotti 1.

1. *Università degli Studi, Dipartimento di Sanità Pubblica Medicina Sperimentale e Forense, Unità di Igiene; Pavia*

2. *Università degli Studi, Presidente Cus Pavia; Pavia*

INTRODUZIONE: Il tumore del testicolo è la neoplasia più comune tra i giovani uomini di età compresa tra 15 e 40 anni e la sua incidenza è in crescita (in Italia 6 casi all'anno per 100.000 persone). I fattori di rischio noti sono: il criptorchidismo, l'elevata esposizione materna agli estrogeni, il fumo di sigaretta personale e della madre durante la gravidanza, la familiarità, la razza caucasica. È in fase di studio la correlazione con traumi testicolari.

Grazie ai progressi degli ultimi anni, attualmente 9 casi di tumore del testicolo su 10 si curano con successo se la diagnosi è effettuata precocemente. Ad oggi non è possibile agire a livello della prevenzione primaria. Diventa quindi estremamente importante la diagnosi precoce facilmente attuabile mediante la manovra di autopalpazione dei testicoli.

Da queste considerazioni è emersa la necessità di una campagna di prevenzione che in prima fase è stata rivolta a tutti gli sportivi di sesso maschile di età tra 15 e 40 anni afferenti ai corsi organizzati dal CUS Pavia che hanno aderito volontariamente alla campagna di prevenzione. Obiettivo dello studio è indagare le conoscenze di base della popolazione a rischio sul tumore del testicolo, aumentare il grado di consapevolezza dell'importanza della diagnosi precoce, incrementare le conoscenze sulla malattia e insegnare la tecnica della manovra di autopalpazione.

MATERIALI E METODI: Nella prima fase è stata effettuata l'autosomministrazione di un questionario volto ad acquisire informazioni su dati anagrafici, abitudini di vita, anamnesi e conoscenze relative al tumore.

È poi stata tenuta una lezione frontale da parte di personale medico all'interno degli spogliatoi con dimostrazione pratica della manovra di autopalpazione e distribuzione di materiale informativo.

Attualmente, a distanza di tre mesi dal primo intervento, è in corso l'autosomministrazione di un questionario al fine di valutare l'eventuale incremento delle conoscenze e di verificare l'acquisizione dell'abitudine all'autopalpazione. **RISULTATI:** I risultati presentati si riferiscono alla prima fase dell'indagine. Hanno partecipato allo studio 67 atleti, di cui 11 della squadra di canoa, 16 canottaggio, 8 pallavolo, 26 rugby, 5 scherma, 1 vela. Età media 25.76 ± 7.89 .

L'indagine dei fattori di rischio ha evidenziato che:

- 21 atleti (31.34%) sono fumatori,
- nessuno ha anamnesi familiare positiva per il cancro al testicolo,
- 2 atleti (2.99%) hanno anamnesi di criptorchidismo,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- nessuno ha avuto atrofia testicolare,
- 8 (11.94%) riferiscono di aver subito traumi testicolari,
- 4 (5.97%) hanno avuto torsione testicolare.

Per quanto riguarda, invece, le conoscenze possedute dagli atleti sul tumore al testicolo è risultato che l'80.6% degli atleti dichiara di aver sentito parlare del cancro del testicolo, 5 atleti (7.46%) dichiarano di conoscere la tecnica di autopalpazione e 3 di loro dichiarano di praticarla "qualche volta".

Il 76.12% dei soggetti esaminati ha dichiarato che un opuscolo con informazioni sui sintomi del tumore al testicolo e consigli sulla prevenzione potrebbe influire sulla pratica dell'autopalpazione; l'88.06% ritiene che sarebbe utile una lezione teorica e pratica sull'argomento; l'85.07% dichiara di essere interessato ad imparare la tecnica di autopalpazione; **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti evidenziano come le conoscenze relative al tumore al testicolo e alla tecnica di autopalpazione, praticata saltuariamente e solo dal 7.46% degli intervistati, siano molto scarse nella popolazione a rischio di sviluppare questo tipo di tumore.

In particolare è rilevante il fatto che vi è una scarsa consapevolezza da parte di questi atleti di essere parte della popolazione a rischio. Infatti il 74,63% dichiara di non ritenersi a rischio o è indeciso.

Utti gli atleti sono consapevoli dell'importanza della diagnosi precoce e dell'utilizzo della manovra autopalpatoria ed è incoraggiante l'interesse per l'argomento dimostrato.

È ora in fase di attuazione la seconda parte dell'indagine, nella quale si valuterà l'efficacia degli interventi effettuati. Se la campagna risulterà essere stata utile, verrà estesa a popolazioni più ampie.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 396

PATTERN ALIMENTARI E RISCHIO DI MELANOMA CUTANEO: STUDIO EPIDEMIOLOGICO MULTICENTRICO IN UNA POPOLAZIONE DEL NORD-ITALIA

M. Malavolti 1, C. Malagoli 1, C. Agnoli 2, C. Fiorentini 3, C. Longo 3, F. Farnetani 3, S. Sieri 2, V. Krogh 2, G. Pellacani 3, M. Vinceti 1

1 CREAGEN – Centro di Ricerca in Epidemiologia Ambientale, Genetica e Nutrizionale, Università di Modena e Reggio Emilia, Reggio Emilia

2 Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, Italia

3 Clinica Dermatologica, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

INTRODUZIONE: Oltre ai fattori genetici ed allo stile di vita quali l'esposizione ai raggi UV, è possibile che altri fattori comportamentali quali la dieta rappresentino un fattore di rischio del melanoma cutaneo. Alcuni studi hanno infatti dimostrato come diversi nutrienti (vitamina C, vitamina D), alimenti (pesce, verdura) e bevande (thè, caffè, spremute di agrumi) possano essere associati al rischio di tale patologia. Un approccio metodologico basato su modelli di pattern dietetici, che permetta di considerare gli effetti cumulativi e le interazioni di più alimenti potrebbe essere tuttavia più adeguato per individuare la relazione tra abitudini alimentari e rischio di melanoma. In questo studio abbiamo analizzato il possibile ruolo di quattro tra i più diffusi pattern alimentari nell'ambito di uno studio caso-controllo di popolazione sui fattori di rischio del melanoma cutaneo condotto in cinque province della regione Emilia Romagna. **MATERIALI E METODI:** Presso le divisioni di dermatologia dell'Emilia-Romagna aderenti allo studio sono stati identificati e reclutati tutti i pazienti con diagnosi di melanoma cutaneo maligno effettuata negli anni 2005-2006 e residenti nelle province di Ferrara, Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza. A ciascun caso sono stati associati sei potenziali controlli tratti dalla popolazione generale estratti dall'anagrafe regionale dei residenti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed appaiati per sesso, età e provincia di residenza. A tutti i soggetti è stato inviato per via postale un questionario atto ad analizzare in modo estremamente accurato la dieta abituale, il Food Frequency Questionnaire di derivazione 'EPIC', da autocompilare a domicilio e reinviare al Centro CREAGEN di UNIMORE. I questionari alimentari restituiti compilati sono stati inviati all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano per la valutazione della loro aderenza a quattro pattern definiti 'a priori': l'Healthy Eating Intake 2010 (HEI-2010) e il Dietary Approaches to Stop Hypertension diet (DASH), ispirati alle raccomandazioni delle Linee Guida Americane, ed il Greek Mediterranean Index e Italian Mediterranean Index, basati invece sulla Dieta Mediterranea. E' stato quindi calcolato il rischio relativo (RR) di melanoma associato a differenti livelli di score, stimato sulla base dell'odds ratio ottenuta con un modello di regressione logistica multivariato condizionato aggiustando per alcuni potenziali confondenti (fototipo, indice di massa corporea (BMI), intake energetico, scottature, reazione della cute al sole e livello di scolarità). **RISULTATI:** Sono stati reclutati 380 casi dai



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dermatologi operanti presso le cliniche partecipanti allo studio, mentre 719 controlli tra i 2825 cui era stato inviato il questionario alimentare hanno accettato di collaborare (tasso di partecipazione dei controlli 26,6%). La lettura di questi 1099 questionari ci ha fornito informazioni sulla quantità e la frequenza di assunzione degli alimenti e nutrienti presenti nella dieta dell'ultimo anno, permettendoci di attribuire degli score di aderenza della dieta di ogni soggetto a ciascuno dei quattro pattern dietetici oggetto di indagine. La distribuzione dei punteggi relativi a ciascuno dei pattern studiati rilevata nel nostro studio è risultata sovrapponibile a quella osservata in altre indagini condotte precedentemente nella popolazione italiana.

Le analisi multivariate aggiustate per i principali fattori confondenti hanno mostrato una riduzione del RR di melanoma in relazione all'aumento degli score, evidenziando così una evidente associazione inversa tra il rischio di tale patologia ed i livelli di aderenza ai pattern dietetici presi in considerazione in questo studio. Questa associazione inversa è particolarmente evidente per l'HEI-2010 e il DASH, con RR rispettivamente di 0,85 (95%CI 0,42-1,74; P trend=0,035) e di 0,55 (95%CI 0,25-1,19; P trend=0,026) per i soggetti appartenenti alla categoria con score più elevati rispetto a quella con score più bassi. Meno evidente è apparsa la relazione tra rischio di melanoma e l'aderenza ai due pattern di derivazione europea (Tabella 1 e Figura 1). Le analisi disaggregate nei due sessi e stratificate per età e BMI hanno evidenziato poi come l'effetto protettivo offerto da questi pattern dietetici sia quasi esclusivamente riservato alle donne e soprattutto a quelle di età inferiore ai 50 anni e con BMI < 25 kg/m². **CONCLUSIONI:** I nostri risultati indicano come la qualità della dieta, valutata in base all'aderenza a quattro tra i più diffusi pattern alimentari 'a priori', sia inversamente e fortemente associata al rischio di melanoma, e ciò vale in particolare per i pattern ispirati alle raccomandazioni delle Linee Guida Americane, ovvero l'HEI-2010 e il DASH. Il nostro studio ha inoltre messo in evidenza come l'effetto protettivo della dieta nei confronti del melanoma sia sensibilmente maggiore per le donne, soprattutto se giovani e normopeso. Queste osservazioni rappresentano un ulteriore esempio dell'importanza della dieta nella prevenzione delle patologie neoplastiche, anche con riferimento a patologie tradizionalmente associate ad altri fattori di rischio quali appunto il melanoma cutaneo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 508

INTRODUZIONE DI UNA NUOVA METODICA DI IMMUNO-AGGLUTINAZIONE NELLO SCREENING COLORETTALE

F Vencia 1, R Turillazzi 2, G Messina¹, S Sancasciani², N Nante 1, M Maccari²

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 Unità Sanitaria Locale 7 della Regione Toscana, Siena

INTRODUZIONE: L'azienda USL 7 di Siena ha recentemente introdotto un nuovo test di immuno-agglutinazione del sangue occulto fecale (SOF) nell'ambito dello screening coloretale. Questa metodica utilizza l'oro-colloidale (gold-FIT) invece del latex (latex-FIT). Gli obiettivi dello studio sono quelli di mettere a confronto sia la positività al SOF che il valore predittivo positivo (VPP) delle due procedure in esame. **MATERIALI E METODI:** Abbiamo calcolato la positività e il VPP basandoci sul database dello screening center aziendale. Per il calcolo del VPP i pazienti eleggibili erano quelli che, dopo il primo livello dello screening (cut-off 100 ng/ml), richiedevano una colonscopia di controllo. Poiché questa nuova metodica era stata introdotta nel 2012, per avere due anni completi da confrontare fra loro, abbiamo analizzato i risultati ottenuti dal 1 Gennaio 2011 al 31 Dicembre 2011 (latex-FIT) con quelli ottenuti dal 1 Gennaio 2013 al 31 Dicembre 2013 (oro-FIT). Abbiamo condotto un'analisi descrittiva dei dati e, successivamente, abbiamo calcolato i rispettivi rischi relativi (RR) ed intervalli di confidenza (IC). **RISULTATI:** Complessivamente, nel periodo studiato, l'azienda USL 7 di Siena aveva condotto 25137 test. Nel 2011 i test effettuati con latex-FIT erano 1556 (2778 primi esami e 10803 secondi esami), registrando una estensione (popolazione bersaglio invitata allo screening) del 68% e una adesione (partecipanti allo screening rispetto agli invitati) del 40,2%. Nel 2013 i test effettuati con gold-FIT erano 13581 (2364 primi esami e 9192 secondi esami), registrando una estensione del 72% e una adesione del 46,7%. La metodica gold-FIT aveva determinato una positività del 4,49%, -0,97% rispetto al 2011 ($p < 0.01$; $RR = 0.82$; $IC: 0.73-0.91$) e un VPP del 44,09%, +8,4% in rispetto al 2011 ($p < 0.01$; $RR = 1.232$; $IC: 1.05-1.44$). **CONCLUSIONI:** Il programma di screening coloretale, indipendentemente con quale delle due metodiche descritte venga implementato, offre alla popolazione un servizio adeguato alle necessità, sostenibile negli anni e che ha portato ad un guadagno di salute misurato e descritto in letteratura. La nuova metodica (oro-FIT) sembra, d'altro canto, significativamente associata con vantaggi sia di tipo economico (riduzione delle colonscopie inappropriate, con liberazione di personale e di risorse) che di tipo sanitario (riduzione del numero dei falsi positivi, con diminuzione dello stress psicologico dei pazienti).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 384

SISTEMA INFORMATIVO UNICO A LIVELLO REGIONALE: SCREENING ONCOLOGICI E RETE MAMMOGRAFICA

L. Gubian 1, N. Raccanello 1, F. Russo 2

1. Sezione controlli governo e personale SSR, Settore sistema informatico, Regione del Veneto

2. Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Regione del Veneto

INTRODUZIONE: Dal 2006 è stato adottato un unico software regionale per la gestione degli screening oncologici, predisposto con un'unica base dati, configurabile per gli aspetti organizzativi di ogni singola Azienda Ulss. Inoltre, grazie all'estensione del progetto con il "sistema rete mammografica" in fase di sperimentazione, si è ottenuta l'opportunità di ottimizzare le competenze di un pool di radiologi altamente specializzati in mammografia di screening, in una logica di collaborazione tra le Aziende sanitarie, garantendo tramite un sistema federato il rispetto per gli investimenti effettuati dai sistemi informativi aziendali, in una logica di economia di scala e di riduzione dei costi. **MATERIALI E METODI:** La soluzione completamente centralizzata a livello regionale consente di eliminare tutta una serie di problematiche legate al riallineamento dei dati, affrontando in un'unica volta l'interazione con tutte le basi dati interne ed esterne al sistema, pur richiedendo dal punto di vista organizzativo uno sforzo maggiore in termini di coordinamento dei diversi ambiti e di presidio continuo degli elementi hardware (server, base dati, rete, ecc.) e software (sviluppo e aggiornamento continuo dell'applicativo), gestiti interamente dalla struttura regionale. Un ulteriore vantaggio derivante dallo sviluppo a livello regionale del sistema informativo è la possibilità di disporre di un pool di competenze che assicura un'analisi approfondita delle problematiche ed un approccio multidisciplinare diversamente non perseguibile. **RISULTATI:** La realizzazione di un Sistema Informativo unico e interoperabile con i Sistemi Informativi aziendali e con gli applicativi regionali centralizzati come l'anagrafe unica regionale, al fine di popolare una base dati con informazioni omogenee e standardizzate e poter quindi garantire la gestione informatizzata dell'intero processo operativo e organizzativo diffondendo le best practice. In particolare, sfruttando l'infrastruttura dell'applicativo regionale per gli screening oncologici, si predispone un'infrastruttura tecnologica denominata "Rete mammografica" per la condivisione di immagini radiologiche e la distribuzione della refertazione tra i professionisti qualificati afferenti ad Aziende sanitarie diverse. **CONCLUSIONI:** Garantire il supporto all'attività gestionale delle Aziende Ulss grazie alla bontà dei dati registrati, nonché attraverso strumenti di Business Intelligence che consentono l'elaborazione di indicatori e grafici per l'adempimento del debito informativo regionale e nazionale. Dare uno strumento agli enti preposti alla programmazione, pianificazione e strategia. Non ultima l'opportunità di ottimizzazione sia dei costi che delle risorse sanitarie disponibili.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 051

TREND E VARIABILITÀ NEL RICORSO ALL'ISTERECTOMIA PER PATOLOGIE BENIGNE DELL'UTERO

M. Saia 1, G. Callegaro 2, R. Cazzaro 3, T. Tassoni 1, A. Buja 4, V. Baldo 4

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Regione Veneto - ULSS 13, 3 Regione Veneto - ULSS 5, 4 Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE: L'isterectomia rappresenta uno tra i più diffusi interventi chirurgici dopo il parto cesareo e il ricorso a tale procedura è di estrema attualità in termini di appropriatezza terapeutica in considerazione della presenza di tecniche più conservative che consentono il mantenimento della capacità riproduttiva.

Allo stato attuale, nei paesi industrializzati, l'isterectomia per indicazioni non legate alla presenza di neoplasie è comunemente praticato per la presenza di leiomiomi sanguinamenti e prolassi degli organi pelvici (Broder MS et al. *Obstet Gynecol* 2000; 95:199–205.), condizioni nelle quali la pratica chirurgica oltre ad essere estremamente controversa presenta un'importante variabilità nei tassi di intervento, come testimoniato dai dati dei principali paesi industrializzati, compreso tra il 10 per 10.000 della Norvegia al 60 per 10.000 degli Stati Uniti d'America, anche in considerazione della disponibilità di approcci meno invasivi quali l'embolizzazione, la terapia ormonale e la termoablazione laser.

Allo scopo di dimensionare il fenomeno nella popolazione veneta nel periodo 2000-2012, analizzando contestualmente la variabilità in base all'azienda sanitaria di residenza è stato condotto uno studio retrospettivo. **MATERIALI E METODI:** L'analisi è stata condotta avvalendosi dell'archivio informatizzato regionale delle schede di dimissione ospedaliera, selezionando le dimissioni con intervento di isterectomia (cod. 68.3, 68.4, 68.5, 68.6, 68.7, 68.9) a carico delle residenti venete di età superiore ai 18 anni, escludendo le procedure praticate in presenza di neoplasie, sia uterine che a carico di altri organi, traumatismi e ferite pelviche e addominali. Oltre all'analisi del andamento temporale nel periodo oggetto di analisi, considerando il tasso di intervento aggiustato per classi di età decennali (std. diretta; pop. Veneto 2006), per le quali si è optato in considerazione dell'influenza del fattore età nel confronto tra realtà territoriali e periodi differenti a livello regionale, è stata condotta un'analisi sulla variabilità interaziendale, relativa al 2012, per azienda sanitaria di residenza. **RISULTATI:** Escludendo gli interventi effettuati in presenza di patologie neoplastiche e traumatiche, sono stati identificati 57.159 dimissioni con intervento di isterectomia nel periodo 2000-2012, per un tasso di incidenza che nel corso dell'analisi ha evidenziato una importante diminuzione, passando da 249,9 a 194,2 interventi per 100.000 residenti (X2 trend: 188,25; $p < 0,05$) e la maggior rappresentazione della classe di età 45-54, con un tasso di intervento annuo pari a 1346,7 per 100.000 e alla quale era attribuibile l'effettuazione di oltre il 40% degli interventi; meno rappresentate e attestatesi su un valore di attività sovrapponibile (18%) le classi di età successive, ovvero le 55-64 e 65-74 anni.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto concerne la variabilità interaziendale, limitata all'analisi dell'attività del 2012, si è evidenziato come a fronte di un tasso regionale pari a 194,2, considerando ogni azienda come singola unità dell'analisi, il valore medio si è attestato a $198,3 \pm 43,8$ evidenziando un range decisamente ampio compreso tra 106,8 e 270,3. **CONCLUSIONI:** Quanto emerso, oltre a confermare come l'impatto delle isterectomie per patologie benigne sia tutt'altro che trascurabile, evidenzia una significativa diminuzione del tasso di incidenza del 22% dal confronto tra il primo e l'ultimo anno dell'analisi, che nel complesso è da considerare in maniera estremamente positiva. Continua però a persistere una variabilità estremamente elevata in ambito regionale nel ricorso a tale pratica, riconducibile parzialmente alle caratteristiche socioculturali della popolazione e in maniera indubbiamente più rilevante alla variabilità nella pratica clinica dei professionisti, a dimostrazione che l'isterectomia per patologie benigne continua, seppur in maniera più limitata, ad essere una procedura ad elevata discrezionalità e variabilità geografica, antagonizzabile esclusivamente con la diffusione e condivisione di linee guida superando tradizioni interventistiche datate e non supportate da evidenze scientifiche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 499

TUMORI PROFESSIONALI: MAPPE DI RISCHIO ELABORATE SUL DATABASE MALPROF IN PROVINCIA DI TARANTO

C Scarnera¹, N Dipalma¹, I Aloise¹

¹Dipartimento di Prevenzione - Spesal ASL Taranto

INTRODUZIONE: La finalità del datawarehouse MalProf (1) è lo studio delle patologie lavoro-correlate in modo che, partendo da dati statistici, sia possibile programmare specifiche attività preventive. Basato sulla registrazione delle segnalazioni ex art. 139 del DPR 1124/65 pervenute ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, assegna dei 'nessi' tra Malattia Professionale segnalata ed attività lavorativa svolta. **MATERIALI E METODI:** Dalla banca dati MalProf sono state enucleate tutte le malattie professionali inserite nel periodo 2006-2013 per il territorio della ASL Taranto. Si è quindi concentrata l'attenzione sulle patologie con nesso causale complessivo "molto probabile" e "probabile" e tra queste si sono analizzate le patologie tumorali. Sono quindi state catalogate le stesse nei diversi comparti lavorativi: Cantieristica navale, Edilizia, Fabbricazione laterizi, Industria cementi, Metalmeccanica, Petrolchimico, Sanità, Servizi, Siderurgico e Trasporti. **RISULTATI:** Sono stati evidenziati in totale 291 tumori. Il settore Siderurgico è quello in cui si evidenzia la percentuale maggiore (59%), seguito dal settore metalmeccanico (16%) e dalla cantieristica navale (10%). La neoplasia più rappresentata è senz'altro quella polmonare (49%), quindi il mesotelioma maligno della pleura (20%) e il tumore vescicale (12%). Tutte le altre patologie tumorali sono rappresentate con percentuali di minor rilievo, sempre inferiori al 5%. **CONCLUSIONI:** L'elevato numero di casi di neoplasia osservati nel comparto siderurgico, settore preponderante nel tessuto produttivo tarantino, riflette l'influenza dell'esposizione alle numerose sostanze cancerogene cui i lavoratori sono stati, negli scorsi decenni, esposti nelle diverse attività lavorative: asbesto, idrocarburi policiclici aromatici, solventi solo per citarne alcuni (2). Partendo da evidenze obiettive, ovvero correlando le neoplasie più frequenti con i reparti a più alto rischio, è possibile poter programmare una specifica attività di vigilanza al fine di verificare l'effettiva eliminazione delle relative noxe professionali.

Una considerazione particolare merita, inoltre, l'elevata prevalenza di mesoteliomi nel navalmeccanico: l'elevato numero di casi registrati in tale settore, seppur la popolazione lavorativa impegnata sia stata di gran lunga inferiore rispetto a quella del siderurgico, conferma l'ingente quantità di asbesto utilizzata negli scorsi decenni in tale comparto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 275

STATO CIVILE E STADIAZIONE DEL TUMORE AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI: UNA REVISIONE SISTEMATICA

L. Lago 3 (presentatore); A. Buja 1; A. Vinelli 2; C. Zanardo 2; C. Bertoncello 1; T. Baldovin 1; V. Baldo 1

1. Dipartimento di Medicina Molecolare, Laboratorio Sanità Pubblica e Studi di Popolazione, Università degli Studi di Padova, Padova; 2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova, Padova; 3. Corso di Laurea magistrale delle professioni sanitarie della prevenzione, Università degli Studi di Padova.

INTRODUZIONE: Numerosi studi in letteratura suggeriscono l'influenza del supporto sociale sul decorso di patologie cronico-degenerative; in particolare molti descrivono l'associazione tra lo stato civile e incidenza ed esiti (in termini di sopravvivenza) di molteplici patologie, tra cui i tumori. Nello specifico gli studi osservazionali che hanno indagato tale associazione, nei soggetti affetti da patologia tumorale, hanno valutato la presenza di un'associazione tra lo stato civile e l'incidenza di malattia, lo stadio alla diagnosi, la sopravvivenza dopo terapia e la qualità di vita dopo la diagnosi e dopo terapia. Lo scopo di questo studio è stato quello di condurre una revisione sistematica degli studi riguardanti l'associazione tra lo stato civile e lo stadio della neoplasia al momento della diagnosi. **MATERIALI E METODI:** È stata condotta una ricerca sistematica della letteratura nelle Banche dati Medline, Scopus, Scholar, nel mese di Aprile 2014. Il processo di selezione degli studi ha previsto la ricerca nel campo "titolo" utilizzando la combinazione dei termini MeSH: "marital status AND cancer" OR "marital status AND tumor" OR "civil status AND cancer (OR tumor)". In totale sono stati trovati 191 articoli in Medline, 79 articoli in Scopus e 83 in Scholar. Il criterio utilizzato per l'inclusione degli studi è stato la presenza di una misura di associazione tra stato civile e stadio della neoplasia al momento della diagnosi. **RISULTATI:** Caratteristiche degli studi. In tale revisione sistematica, dei 353 studi individuati, sono stati ritenuti ammissibili 13 articoli in cui è stata analizzata la relazione tra lo stato civile e lo stadio della patologia tumorale alla diagnosi. Sono stati eliminati quattro articoli in cui non venivano valutate misure di associazione. Solo in 1 degli articoli esaminati sono state considerate più sedi tumorali.

Misure di associazione. Nei 7 studi osservazionali che hanno analizzato l'associazione tra stato civile e lo stadio della patologia tumorale alla diagnosi è stata rilevata un'associazione statisticamente significativa tra l'essere non sposato (celibe/nubile, separato/a, divorziato/a, vedovo/a) e uno stadio più avanzato al momento della diagnosi (late stage at diagnosis): tale associazione è stata evidenziata per il melanoma cutaneo (2 articoli), sia nel genere femminile che nel genere maschile, per il carcinoma a cellule squamose del pene (1), per il carcinoma prostatico (1), per il cancro al seno (1), infine in un caso è stata condotta un'analisi con aggiustamento per genere che ha evidenziato questa associazione per il glioblastoma multiforme (1).



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Uno studio (Aizer et al. 2013) ha invece evidenziato che i pazienti non sposati (rispetto ai pazienti sposati) presentavano un odd maggiore di cancro metastatico al momento della diagnosi, per diversi tumori fra cui ovaio e seno nel genere femminile e prostata nel genere maschile. Inoltre, sia nei maschi che nelle femmine, è stata evidenziata una associazione positiva tra lo stato civile “non coniugato” e lo stadio alla diagnosi per i tumori: fegato/dotti biliari intraepatici, testa/collo, linfoma non-hodgkin, colon-retto, polmone. Mentre per il cancro all’esofago e al pancreas è presente un’associazione positiva significativa solo nel genere maschile. CONCLUSIONI: Lo stato civile, e più specificatamente il non essere sposato (celibe/nubile, separato/a, divorziato/a, vedovo/a), per tutte le patologie neoplastiche considerate è un fattore di rischio per la diagnosi di cancro in uno stadio più avanzato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 242

DIETA MEDITERRANEA, CARENZA DI FOLATI E STILI DI VITA IN DONNE GIOVANI A RISCHIO DI CERVICO-CARCINOMA

M. Barchitta 1, A. Quattrocchi 1, V. Adornetto 1, N. La Rosa 2, A. Scalisi 2, A. Agodi 1

1 Dipartimento "GF Ingrassia", Università degli Studi di Catania

2 UO di Screening Ginecologico, ASP Catania

INTRODUZIONE: Il cervico-carcinoma, causato dall'infezione persistente da HPV (Human Papilloma Virus) è il secondo tumore femminile più frequente in tutto il mondo. La forma invasiva è preceduta da una lunga fase pre-invasiva, CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia), che può essere precocemente diagnosticata attraverso lo screening cervicale. Tuttavia, altri fattori, tra i quali lo stato nutrizionale e la dieta, possono influenzare la persistenza e la progressione dell'infezione (Garcia-Closas et al., 2005). In particolare, un ruolo chiave in tale processo è svolto dai folati; è stato dimostrato che una dieta sana in grado di fornire un elevato apporto di folati è: i) inversamente associato all'inizio della positività all'infezione da HPV ad alto rischio (HR-HPV); ii) positivamente associato all'eliminazione del virus dalla mucosa infetta ed alla conseguente negativizzazione del test per l'infezione ed infine, iii) associato ad un rischio significativamente più basso di CIN 2+ (Piyathilake et al., 2004; Piyathilake et al., 2009). Data la natura complessa della dieta, particolare importanza assume la valutazione dei profili alimentari. I risultati di un recente studio hanno riportato che le donne che seguivano un modello dietetico non sano avevano una probabilità 3,5 volte maggiore di CIN 2+ rispetto alle donne che seguivano un modello alimentare sano (Piyathilake et al., 2012). La dieta mediterranea (DM) è stata proposta come un modello alimentare sano in quanto associata ad una riduzione della mortalità totale, dell'incidenza o mortalità per malattie cardiovascolari, dell'incidenza o mortalità per cancro, dell'incidenza di diabete di tipo 2, dell'ipertensione, della sindrome metabolica e dell'obesità.

L'obiettivo del presente studio è stato quello di valutare il ruolo dell'aderenza alla DM, del consumo di folati e di altri fattori sociali e relativi agli stili di vita, sul rischio di CIN 2+. **MATERIALI E METODI:** Lo studio di tipo cross-sectional ha previsto l'arruolamento prospettico di tutte le donne con diagnosi di ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) afferenti presso l'ambulatorio dell'Unità Operativa di Screening Ginecologico dell'ASP di Catania per effettuare l'indagine colposcopica. Alle donne è stato somministrato un questionario per rilevare i dati socio-demografici e le informazioni sugli stili di vita. Lo stato nutrizionale è stato identificato mediante il Body Mass Index. I dati sui consumi alimentari, necessari per la valutazione dell'aderenza alla DM (mediante il Mediterranean Diet Score, MDS) e dell'intake di folati con la dieta, sono stati raccolti tramite un Food Frequency Questionnaire, precedentemente validato (Agodi et al., 2010). Per la definizione della carenza di folati è stato considerato anche l'uso di integratori. L'associazione tra i diversi fattori di rischio e la presenza di CIN2+ è stata valutata mediante analisi statistica univariata



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

e utilizzando modelli di regressione logistica multivariata. **RISULTATI:** Nell'anno 2013, sono state reclutate 318 donne, di queste, 164 sono state sottoposte ad HPV test e il 53,9% (90) che è risultato HR-HPV positivo è stato incluso nel presente studio.

Sulla base della diagnosi istologica, le donne sono state classificate in casi (il 53,3% con CIN 2+, cioè CIN 2, CIN 3 o carcinoma in situ) e in controlli (il 46,7% con CIN 1, cioè assenza di lesioni o CIN 1) e i due gruppi sono stati confrontati. In generale, le donne hanno riportato una scarsa aderenza alla DM (MDS medio: 4,3) ed un'elevata prevalenza di carenza di folati (86,5%). Rispetto ai controlli, i casi erano significativamente più giovani (35,3 vs. 40,9 anni; $p < 0,001$). Inoltre, sono risultate a più elevato rischio di CIN 2+: le donne fumatrici (OR: 2.59; 95%CI: 1.06-6.32) e quelle con un basso livello d'istruzione (OR: 2.42; 95%CI: 1.021-5.76). In particolare, tra le donne più giovani e tra quelle fumatrici, le donne con una carenza di folati avevano un rischio, quasi tre volte più elevato, di CIN 2+ rispetto alle non carenti (OR: 2.82; 95% CI: 1.13-7.1 e OR: 2.6; 95% CI: 1-6.6, rispettivamente). Precedenti gravidanze, l'uso di contraccettivi orali, l'attività fisica, lo stato nutrizionale e l'aderenza alla DM non differivano significativamente tra casi e controlli.

CONCLUSIONI: I risultati di questo studio, tuttora in corso, confermano il ruolo dei folati nella modulazione del rischio di cervico-carcinoma, e ci consentono di individuare, nelle giovani donne, con un basso livello d'istruzione, fumatrici e carenti in folati, la popolazione target per interventi nutrizionali per la prevenzione primaria del cervico-carcinoma.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 705

STADIO DEI TUMORI DELLA MAMMELLA IN PUGLIA IN UN CAMPIONE DI 320 CASI

M.E. Vitali 1; M.G. Burgio Lo Monaco 2; G.A. Cannone 1; D. Bruno 2; A. Ardizzone 2; L. Bisceglia 2; F. Cuccaro 3; E. Coviello 3 C. Germinario 4

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; 2 Registro Tumori Puglia, Bari; 3 UOC Statistica ed Epidemiologia ASL BT; 4 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi "Aldo Moro" Bari

INTRODUZIONE: Il carcinoma della mammella è, dopo i tumori del polmone, la neoplasia maligna più frequente, costituendo circa il 10,9% di tutti i tumori maligni che insorgono nel mondo. In Italia, con circa 47.000 nuovi casi annui, il carcinoma mammario è la seconda più frequente neoplasia (dopo i tumori del colon-retto) e la prima in assoluto nel sesso femminile, dove rappresenta circa il 29% di tutti i tumori maligni. Tra i vari tipi istologici, i carcinomi duttali(65%) e lobulari(15%) sono i più frequenti. Un'accurata determinazione dello stadio della patologia è considerata di cruciale importanza per la scelta del percorso clinico da intraprendere nel singolo paziente dal momento che l'estensione di malattia è strettamente legata alla prognosi. Nelle diverse sezioni del Registro Tumori Puglia si codificano e si registrano tutti i casi di tumore maligno e in situ della mammella. In particolare nelle sezioni delle ASL BAT e BRINDISI sono stati codificati e registrati tutti i casi incidenti negli anni dal 2006 al 2008.

Obiettivo del nostro studio è stato valutare lo stadio dei tumori maligni della mammella in un campione di casi residenti in alcune aree coperte dal Registro Tumori Puglia **MATERIALI E METODI:** E' stato estratto un campione di 160 casi di tumore maligno della mammella residenti nella ASL BT (Barletta) e 160 casi residenti nella ASL BRINDISI tutti incidenti negli anni dal 2006 al 2008. Il campione è costituito da un ugual numero di casi per ogni fascia d'età considerata: 15-49; 50-59; 60-69; 70-99 anni. E' stato valutato lo stadio di tutti i casi del campione secondo il sistema di stadiazione standard del carcinoma mammario che è quello TNM (Classificazione AJCC 2009). Esso si basa sulla valutazione di tre elementi: estensione del tumore primitivo (T), assenza o presenza ed estensione di metastasi ai linfonodi regionali (N), assenza o presenza di metastasi a distanza (M).

I risultati ottenuti sono stati messi a confronto con quelli pubblicati dallo studio Impatto relativo al tumore della mammella condotto dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM). Le percentuali riportate sono quelle relative all'intero Pool dei registri tumori che hanno partecipato a questo studio **RISULTATI:** Nella tabella 1 si mette a confronto lo stadio clinico dei tumori rilevato nel campione di casi pugliesi analizzato e quello riportato nello studio Impatto.

Nei casi pugliesi il numero di tumori in stadio 1 è risultato del 16% inferiore a quello rilevato dal progetto Impatto. Il numero di casi con stadio non assegnato è risultato del 6% superiore nella ASL pugliesi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il risultato per stadio e fascia di età è nella tabella 2

Le diagnosi in stadio 1 (iniziale) nelle due ASL pugliesi sono inferiori al dato Impatto in modo particolarmente evidente nelle fasce di età da 15-49 e 60-69 anni. Nella fascia 50-59 è presente in modo meno accentuato e nei casi oltre 70 anni è praticamente assente. Inoltre, la percentuale di casi per cui non è stato possibile assegnare lo stadio è più alta nei casi pugliesi di 15 a 69 anni mentre è nettamente superiore nel Pool Impatto nella fascia di età 70+ **CONCLUSIONI:** Nel campione esaminato è risultato che in Puglia la percentuale di casi di tumore in stadio iniziale è nettamente inferiore al dato rilevato dal Pool Impatto. Tale risultato è in parte atteso perché dal 2006 al 2008, anni ai quali si riferisce la casistica raccolta dai registri tumori, lo screening organizzato del tumore della mammella non era ancora operativo. Infatti, i risultati dell'indagine PASSI indicano che nel 2008 solo il 47% delle donne pugliesi tra 50 e 69 anni aveva effettuato una mammografia negli ultimi due anni. E' necessario raccogliere altra documentazione per consentire la stadiazione di una parte dei casi risultati ancora non stadiabili. Tuttavia i risultati presentati costituiscono una valida premessa per l'estensione dello studio all'intera casistica dei tumori della mammella raccolta dai registri tumori pugliesi e alla valutazione dell'impatto che l'attivazione dello screening organizzato in Puglia dovrebbe produrre sulla diagnosi dei tumori mammari in fase precoce



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 164

RISULTATI PRELIMINARI SUI TUMORI MALIGNI DEL POLMONE INCIDENTI NELLA PROVINCIA DI BARI NELL'ANNO 2006

G. Gravina 1, D. Carbonara 1, D. Fracchiolla 1, C. Perrone 2, E. Caputo 2, D. Lagravinese 2
 1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro
 2 Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari

INTRODUZIONE: In Italia il tumore del polmone risulta essere al 2° posto in termini di frequenza fra le neoplasie diagnosticate nel sesso maschile (15% di tutti i tumori) e al 3° posto nel sesso femminile (6% di tutti i tumori). Inoltre, rappresenta la prima causa di morte per tumore nei maschi (26% del totale delle morti) e la terza causa nelle donne (11% del totale delle morti). Il fumo di sigarette è riconosciuto tra i più importanti fattori di rischio. Nella ASL Bari, i dati della sorveglianza Passi mostrano che il 37% degli uomini (33% dato nazionale) e il 21% delle donne (24% dato nazionale) fuma. Obiettivo dello studio è quello di presentare i dati preliminari sull'incidenza dei tumori maligni del polmone nel comune di Bari e in 7 comuni limitrofi (Bitetto, Bitritto, Conversano, Modugno, Mola di Bari, Polignano a Mare e Rutigliano), comuni coperti dall'attività del registro tumori. **MATERIALI E METODI:** La popolazione complessiva residente nei comuni esaminati nell'anno 2006 è di circa 472.000 abitanti. Relativamente a questa popolazione e al periodo considerato, sono stati utilizzati flussi informativi principali (Anagrafe Sanitaria, Schede di Dimissione Ospedaliera, Schede di Morte e i principali servizi di Anatomia Patologica) e complementari (Esenzioni Ticket, Ambulatoriali, Radioterapia, Radiologia, Oncologia ed Ematologia, Invalidità Civile). L'incrocio di questi flussi ha generato una lista di casi; successivamente tali casi sono stati sottoposti ad analisi e codifica da parte di operatori del Registro Tumori Puglia sezione ASL Bari, seguendo le procedure descritte nel Manuale di Tecniche di Registrazione dei Tumori. **RISULTATI:** Sono risultati incidenti 186 casi (tasso grezzo 39/100.000 ab.). L'83,3% dei casi si è verificato nel sesso maschile; l'età media alla diagnosi è risultata pari a 70±10 anni, con un picco di frequenza massima nella fascia di età compresa tra i 75 e i 79 anni per entrambi i sessi.

Nel 50% dei casi la diagnosi è stata istologica su tumore primitivo, nel 13,4% istologica su metastasi, nel 24,7% citologica, nel 5,4% strumentale, nel 4,3% clinica e in 4 casi (2,2%) si è basata sul solo certificato di decesso. La sottosede più frequente è risultata essere il lobo superiore (28,5%), seguita dal lobo inferiore (13,4%), dal bronco principale (6,5%), dal lobo medio (3,8%), mentre nel 6,5% dei casi il tumore ha interessato più sottosedi e nel restante 41,3% dei casi non è stata indicata. L'87,1% dei tumori maligni del polmone esaminati è di origine epiteliale (87,7% nei maschi e 83,9% nelle femmine): Il 24,1% è rappresentato dal carcinoma squamoso (27,2% nei maschi e 7,7% nelle femmine), il 23,5% dall'adenocarcinoma (19,9% nei maschi e 42,3% nelle femmine), il 14,8% dal carcinoma a piccole cellule (14,7% nei maschi e 15,4% nelle femmine), il 3,7% dal carcinoma a grandi cellule (4,4% nei maschi e nessun



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

caso nelle femmine) e il restante 33,9% da altri tipi di carcinoma non a piccole cellule non specificati (33,8% nei maschi e 34,6% nelle femmine). In un solo caso è stato diagnosticato un sarcoma, nello specifico in una donna, mentre nel restante 12% circa, in entrambi i sessi, non è stato possibile risalire all'istotipo tumorale. **CONCLUSIONI:** I risultati mostrano come, in linea con i dati nazionali, questa neoplasia sia molto più frequente nel sesso maschile, in cui l'istotipo tumorale più osservato è il carcinoma squamoso, rispetto a quello femminile in cui, invece, è più frequente l'adenocarcinoma. Questo dato, spiegabile con la maggiore abitudine al fumo degli uomini, concorda con l'osservazione che gli istotipi tumorali più frequenti siano quelli la cui insorgenza è fortemente influenzata dal fumo di sigarette. Di qui la necessità di estendere ad anni successivi l'attività di registrazione e di correlare questi dati con quelli sull'abitudine al fumo, con l'auspicio di poter valutare nel tempo variazioni nei trend di sopravvivenza e mortalità.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C5: ORGANIZZAZIONE E GESTIONE OSPEDALIERA



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 163

INDAGINE SUGLI INFORTUNI TRA IL PERSONALE INFERMIERISTICO E GLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA: ANALISI EPIDEMIOLOGICA DESCRITTIVA NEL PERIODO 2002-2012 IN UN'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA.

A. Stefanati 1, S. Previato 1, P. Kuhdari 1, F. Pinto 2, N. Sulcaj1, C. Ravaioli 1, M. Bergamini 1, G. Gabutti 1.

1. Sezione di Medicina di Sanità Pubblica-Dip. di Scienze Mediche. Università di Ferrara; 2. Corso di Laurea in Infermieristica. Università di Ferrara.

INTRODUZIONE: Il principale rischio professionale in ambiente ospedaliero è quello biologico (95,8% del totale); la maggior parte degli infortuni avviene per via parenterale e le malattie infettive più frequentemente trasmesse sono le epatiti B, C ed HIV. In Italia si verificano oltre 130.000 infortuni in ambito ospedaliero e la categoria professionale più colpita è quella infermieristica (2/3 dei casi). Con questo studio si è voluto:

- valutare l'incidenza degli infortuni da rischio biologico in infermieri professionali e studenti di infermieristica dell'A.O.U. di Ferrara nel periodo 2002-2012

- verificare tramite questionario somministrato agli stessi, le modalità con cui avvengono tali infortuni, le conoscenze sull'argomento e sul comportamento durante l'attività di reparto, in vista di un programma di riduzione degli indici infortunistici. **MATERIALI E METODI:** Mediante uno studio retrospettivo durato 11 anni (2002-2012), sono stati rilevati gli infortuni da rischio biologico e le modalità di accadimento. Su un campione di 8 reparti dell'Azienda (Med. d'urgenza, Cardiologia, Ematologia, Med. Interna Ospedaliera, Pronto Soccorso, Geriatria, Clinica Chirurgica, Med. Interna Universitaria), selezionati per il verificarsi di oltre 30 infortuni biologici per ciascun reparto nel periodo esaminato (considerato che la media degli infortuni in tutti i reparti indagati è stata di circa 15 casi in 11 anni), è stata svolta un'indagine di tipo cross-sectional, somministrando un questionario ad infermieri e studenti di Infermieristica delle UUOO selezionate. **RISULTATI:** Dal 1° Gennaio 2002 al 31 Dicembre 2012 sono stati denunciati 909 infortuni biologici, di cui 738 (81,18%) in infermieri professionali e 171 (18,82%) in studenti. Le percentuali maggiori si riscontrano ogni anno a carico degli infermieri strutturati, con una differenza statisticamente significativa solo nel 2011. Gli infortuni si verificano con maggiore frequenza nel blocco operatorio; gli altri reparti selezionati sono riportati in tab. 1. Il principale materiale biologico coinvolto è il sangue (83,72% dei casi), con esposizione prevalentemente percutanea (84,16% dei casi). Il 59,52% dei casi di infortunio è dovuto a puntura accidentale e schizzo ematico (17,38%). Ago cavo e ago siringa sono gli agenti lesivi coinvolti più frequentemente (52,59%). Riferendoci al paziente fonte, il 2,42% era positivo per HBV, il 13,86% per HCV e l'1,54% per HIV. Nella seconda parte



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dello studio sono stati somministrati 132 questionari. Il 53% del campione composto da infermieri e studenti ha dichiarato di aver avuto almeno un infortunio da rischio biologico durante la propria carriera, il 5,72% non ha denunciato l'accaduto, o per aver ritenuto il paziente non a rischio, o per la procedura post-infortunio troppo lunga. La frequenza degli infortuni aumenta con l'aumentare degli anni di servizio in ospedale ed è maggiore nei turni mattutini (52,85%). Il 7% ha dichiarato di non aver indossato DPI al momento dell'infortunio (perché scomodi/poco confortevoli, o ritenuti poco utili). Per il ricorso ai DPI nelle procedure di routine, i dati sono riportati in tab. 2. Il 46% dichiara di aver effettuato manovre a rischio come re-incappucciare un ago, a causa di un'emergenza (11%) o per mancanza di contenitore di smaltimento dei taglienti vicino (69%). Il 95,45% degli intervistati dichiara di essere stato informato sul corretto uso dei DPI, grazie a corsi di formazione (43%), alle istruzioni di coordinatori e preposti (34%) o ad entrambi (23%). Il 97% degli infermieri e degli studenti afferma che i DPI sono facilmente rintracciabili nelle UUOO, il 3% afferma che sono lontani dalla postazione di lavoro. Infine il 50% dichiara di conoscere in maniera esauriente il protocollo post-infortunio aziendale, il 35,6% lo conosce abbastanza ed il 14,4% non lo conosce completamente. **CONCLUSIONI:** la minor percentuale di infortuni negli studenti di Infermieristica può essere legata a una buona formazione e sensibilizzazione universitaria e a una minore esecuzione di manovre rischiose lasciate al personale con più esperienza lavorativa. Purtroppo re-incappucciare l'ago resta una delle manovre più rischiose tuttora praticata. Emerge la necessità di un corretto uso dei DPI che siano reperibili, ergonomici e di facile utilizzo. E' inoltre indispensabile un aggiornamento continuo per formare nel tempo operatori preparati, abili e consapevoli.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 657

EFFICIENZA OSPEDALIERA: COME SPENDERE MENO ASSICURANDO LA QUALITÀ

A. Izzi¹, P. Campanella¹, E. Azzolini¹, C. De Meo¹, D. La Milia¹, F. Pelone¹, ML. Specchia¹
W. Ricciardi¹

¹Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Sanità Pubblica - Sezione Igiene, Roma

INTRODUZIONE: La recente crisi economica ha avuto un impatto negativo sulla disponibilità di risorse per il sistema sanitario e sta progressivamente portando tutti i governi ad una urgente razionalizzazione delle risorse. Scopo dello studio è quello di fornire, attraverso l'applicazione dell'approccio della Data Envelopment Analysis (DEA), un quadro metodologico utile per analizzare l'efficienza tecnica dell'assistenza ospedaliera erogata. Sono state messe a confronto 50 aziende ospedaliere pubbliche italiane (AOS) per valutarne il relativo grado di efficienza e, successivamente, se e come questa fosse eventualmente influenzata da vari fattori esogeni.

MATERIALI E METODI: Per realizzare il modello di analisi di efficienza, attraverso la tecnica DEA, sono stati assunti come input del modello le seguenti misure: numero di posti letto, numero di medici e numero di infermieri, normalizzati poi per volume di pazienti dimessi dalla singola struttura. Come misure di output, invece, sono stati considerati i seguenti indicatori: rischio aggiustato di mortalità a 30 giorni per IMA, per insufficienza cardiaca e per BPCO. La tecnica del Bootstrapping è stata impiegata per realizzare un'analisi di sensibilità probabilistica. Attraverso la tecnica della Tobit regression, si è poi valutato l'eventuale impatto di alcune variabili non controllabili dal management ospedaliero, almeno nel breve periodo, sul livello di efficienza (indici case- mix e di entropia, la localizzazione in una determinata geografica, se la struttura è sita in una regione a statuto speciale, indice di invecchiamento, livello di spesa sanitaria regionale, pubblica e privata in % sul PIL, e alcuni tassi di ospedalizzazione evitabile).

RISULTATI: In media, le aziende ospedaliere italiane considerate hanno riportato un punteggio di efficienza dell'88% (DS: 0,12). 18 delle 50 strutture hanno conseguito il punteggio massimo di efficienza, mentre il punteggio minore è risultato pari al 60%. L'analisi di sensibilità con il metodo bootstrap ha dimostrato la robustezza del modello, testimoniando una bassa variabilità. I risultati della regressione evidenziano poi, un'associazione positiva tra il livello di efficienza e la localizzazione geografica nel nord del paese, la presenza di uno statuto speciale regionale e un maggior livello di spesa pubblica.

CONCLUSIONI: La Data Envelopment Analysis può essere uno strumento utile ed oggettivo per valutare l'efficienza delle organizzazioni sanitarie e per supportare il management ospedaliero e i policy makers nel prendere decisioni, sviluppare processi di miglioramento e gestire al meglio le risorse disponibili.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 251

**INDAGINE DEMOGRAFICA E VALUTAZIONE DELL'ACCESSO AI SERVIZI DI 138 DONNE
PARTORIENTI PRESSO L'U.O. DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA DELL'OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO
(REGIONE VENETO)**

A. Basile² C. Zuccherato², C. Contessa², M.P. Rizzo¹, A. Buja², V. Baldo², M. Semenzato³, D. Truscia³, G. Angeloni³

¹ULSS 16 Padova Distretto Socio-Sanitario 6

²Dipartimento di Medicina Molecolare, Laboratorio di Sanità Pubblica e Studi di Popolazione - Università degli Studi di Padova

³U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Piove di Sacco

INTRODUZIONE: La gravidanza e il parto sono momenti centrali della vita in grado di determinare in modo fondamentale la salute della donna e dell'individuo che nasce. Le politiche socio-sanitarie del nostro Paese vi dedicano spazio ed attenzione con normative e progetti che intendono tutelare le donne in gravidanza e in puerperio e garantire l'equità di accesso ai Servizi Sanitari. La salute riproduttiva delle donne è un valore da promuovere, essa rappresenta un indicatore di salute della popolazione e di qualità dei Servizi Socio-Sanitari.

Lo studio è una indagine osservazionale sull'accesso ai Servizi da parte delle donne che partoriscono all'Ospedale di Piove di Sacco (Ulss 16), struttura che ha registrato 532 ricoveri per parto nel 2011, di cui il 28% da madre straniera, e che si caratterizza per una stretta vicinanza con il Distretto Socio-Sanitario. **MATERIALI E METODI:** Sono state reclutate 138 partorienti. Prima della loro dimissione è stato somministrato, previo consenso informato, un questionario con raccolta di informazioni socio-demografiche (età, paese di nascita, stato civile, situazione di convivenza, grado di istruzione, attività lavorativa), notizie riguardanti l'attuale gravidanza (settimana di diagnosi e prima visita) e l'accesso ai Servizi (struttura in cui è stata effettuata la diagnosi, struttura che ha seguito principalmente la gravida, n° di ecografie e visite effettuate, eventuale pagamento di quelle previste gratuitamente). Al fine di evidenziare le differenze tra le diverse etnie la variabile è stata categorizzata secondo le seguenti modalità: italiana, balcaniche-est-europea, cinese ed altre nazionalità. **RISULTATI:** Età media al parto: italiane 33, balcaniche 29, cinesi 26, altre etnie 30 aa ($p < 0.001$). Nessuna differenza nel grado di istruzione, nello stato civile, nella settimana di diagnosi di gravidanza e della prima visita tra i quattro gruppi. La struttura a cui si sono rivolte le pazienti per la diagnosi è differente tra i gruppi: la moda della distribuzione tra italiane e balcaniche è l'ambulatorio privato, mentre per altre etnie e per le cinesi è l'ambulatorio del MMG; italiane e balcaniche sono state seguite principalmente privatamente durante la gravidanza mentre le cinesi da un servizio pubblico. Il numero medio di ecografie eseguite durante la gestazione è stato: italiane 5.67, balcaniche 3.64, cinesi 3.37, altre etnie 5 ($p < 0.001$); la media di ecografie eseguite nel primo trimestre è stata: italiane 1.77, balcaniche 0.75, cinesi 0.66, altre



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

etnie 1.55 ($p < 0.001$). Nessuna differenza nelle ecografie eseguite nel terzo trimestre. Il numero medio di visite eseguite durante la gravidanza è stato: italiane 7,06, balcaniche 5,31, altre etnie 7,37, cinesi 7,5 ($p = 0.032$). Il 67,39% delle intervistate ha eseguito a pagamento le ecografie previste gratuitamente dalla legge e l'84,06% delle partorienti desiderava la gravidanza occorsa. CONCLUSIONI: Non si riscontra differenza nella tempistica di diagnosi di gravidanza e di prima visita tra i gruppi, sottolineando che questa non viene influenzata dalla provenienza etnico-culturale. Differente invece la struttura a cui afferiscono per la diagnosi, principalmente ambulatorio privato per italiane e balcaniche, ambulatorio del MMG per cinesi e donne di altre etnie, probabilmente dato da una maggior disponibilità economica delle prime o una maggior fiducia nel MMG delle seconde. Le donne italiane eseguono globalmente più ecografie, dato che potrebbe riflettere una maggior apprensione verso la gravidanza. Poco confortante è la % di donne che ha dovuto eseguire privatamente almeno una delle ecografie previste gratuitamente, probabilmente per un servizio di ecografia ostetrica insufficiente per il bacino di utenza che vi afferisce.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 154

LA GESTIONE DELLE LISTE D' ATTESA PER LE ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERE: L' ESPERIENZA DELL' ASL NAPOLI 1 CENTRO

F.Savoia 1, R.Lanzetta 2, V.Giordano 3, A.Russo 4, R.Palladino 1, R.Bellopede 1, M.E. Porciello 1, M.Papa 5, M.Triassi 6

1 Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli

2 Direttore D.A.O. ASL Napoli 1 Centro

3 Responsabile UOSD Pianificazione Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro

4 Assistente Amministrativo D.A.O ASL Napoli 1 Centro

5 Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale ASL Napoli 1 Centro

6 Direttore Dipartimento Sanità Pubblica-Università Federico II di Napoli.

INTRODUZIONE: I tempi di attesa per le prestazioni sanitarie costituiscono una delle problematiche più diffuse nei sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle stesse, rappresentando una “componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza” in grado di influenzare il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini. Le liste di attesa eccessivamente lunghe, infatti, possono limitare la garanzia d'equità d'accesso alle prestazioni sanitarie e la fruizione dei livelli essenziali. Al fine di programmare le attività di controllo delle liste d'attesa delle attività di ricovero ospedaliero, la ASL Napoli 1 Centro ha redatto il Piano Aziendale Governo Liste d'Attesa Ricoveri ospedalieri (PAGLARO). Tali attività dovranno monitorare e verificare l'andamento dei tempi d'attesa per le attività di ricovero ospedaliero evidenziando eventuali criticità ed ipotizzare interventi migliorativi atti a garantire l'accesso nei tempi stabiliti dalla normativa vigente alle prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri dell'ASL Napoli 1 centro. MATERIALI E METODI: Al fine di avere liste d' attesa accessibili e fruibili si sono messe in atto le attività di pulizia liste di attesa, monitoraggio presenti in lista di attesa, monitoraggio liste di attesa dedicate, monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e verifica liste d'attesa e trasparenza. Il PAGLARO, tra le attività di monitoraggio delle liste d'attesa, prevede di verificare effettivamente se un numero elevato dichiarato di pazienti in lista corrisponda a pazienti che stiano effettivamente aspettando, poiché possono realizzarsi diverse evenienze, quali l'erogazione della prestazione sanitaria in altra struttura, il bisogno di salute non più presente, la rinuncia del ricovero per più di tre volte e la mancata cancellazione dalla lista d'attesa di un paziente ricoverato. Le liste d'attesa sono soggette ad attività di pulizia semestrale. Al fine di analizzare i risultati ottenuti dalle attività di pulizia delle liste di attesa di ricovero ospedaliero, vengono analizzati i trend temporali dei pazienti presenti in lista di attesa disaggregati per giorni di presenza in lista e per classe di priorità. Oltre alle liste di attesa istituzionali, è prevista la possibilità di attivare liste di attesa dedicate a specifici setting assistenziali, individuate secondo criteri di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

evidenza clinica per cui si rende necessario ed indispensabile l'istituzione di una lista dedicata al fine della corretta gestione clinica dei pazienti con precisi criteri di inclusione. In particolare il DAO e l'UOSD Pianificazione Ospedaliera programmano le attività ed i criteri di monitoraggio delle liste di attesa dedicate al fine di garantire per le stesse appropriatezza erogativa ed assistenziale; le Direzioni Mediche di Presidio devono monitorare l'appropriatezza dei setting assistenziali che accedono a tale lista d'attesa e che rispondano effettivamente ai criteri di inserimento secondo l'evidenza clinica rappresentata dai Direttori delle Unità Operative a garanzia della trasparenza e dell'equa fruibilità delle prestazioni di ricovero; i Direttori/Responsabili delle Unità Operative definiscono i criteri di inserimento dei pazienti nelle liste dedicate secondo chiari criteri di EBM, rispettando i vincoli che tali liste prevedono per gli specifici setting assistenziali. Il DAO e l'UOSD Pianificazione Ospedaliera effettuano semestralmente la verifica dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero per specifica classe di priorità, redigendo uno specifico report di monitoraggio che incrocia i dati ricavati dal flusso riferiti alla data di Prenotazione, data di Ricovero, classe di Priorità e codici di diagnosi e procedure. Il D.A.O. e l'UOSD Pianificazione Ospedaliera trasmettono al servizio aziendale responsabile della pubblicazione sul sito web aziendale, con cadenza semestrale per il 2014, i report forniti dall' UOC Sistemi Informatici riguardanti i Tempi medi di attesa e percentuali di erogazione entro i tempi massimi stabiliti dalla classe di priorità per branca e i Pazienti presenti in lista e ricoverati per classe di priorità per specifica Unità Operativa. **RISULTATI:** Di seguito (Grafico 1) vengono riportati i risultati relativi ai pazienti presenti in tutte le liste d'attesa per ricovero ospedaliero dei Presidi Ospedalieri Aziendali.

Nel complesso, i pazienti presenti in lista d'attesa per ricovero ospedaliero presso i PPOO aziendali sono diminuiti del 4% nel periodo gennaio 2013-gennaio 2014 (da 8642 a 8316 pazienti).

CONCLUSIONI: La gestione delle liste d'attesa per le attività di ricovero rappresentano uno strumento di grande impatto socio sanitario per un ASL con Presidi Ospedalieri, quale la ASL Napoli 1 Centro. Il PAGLARO e le strategie conseguenti messe in atto ad esso hanno consentito di raggiungere performances positive in alcune aree dell'assistenza specialistica ospedaliera.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 298

EPIDEMIOLOGIA DEGLI INFORTUNI SPORTIVI IN PROVINCIA DI MODENA: ANALISI DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

C. Bellucci¹, M. Santangelo¹, A. Bargellini², G. Ferranti², P. Borella², V. Ciccarese³, G. Lenzotti³
1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
2 Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
3 Nuovo Ospedale Civile S. Agostino- Estense, Baggiovara, Modena

INTRODUZIONE: L'attività fisica concorre a migliorare la qualità della vita poiché si associa positivamente al mantenimento dello stato di salute. Negli ultimi anni si è diffusa la percezione dell'importanza della vita attiva per il proprio benessere. In Italia nel 2012, le persone >3 anni che praticavano uno o più sport erano il 31,1% della popolazione. Tra questi il 21,9% si dedicava allo sport in modo continuativo, il 9,2% in modo saltuario. Coloro che pur non praticando uno sport svolgevano attività fisica erano il 29,2% della popolazione. Il CONI nel 2012 contava più di 4600000 atleti tesserati alle federazioni sportive. I dati di lungo periodo evidenziano un aumento della propensione alla pratica sportiva dal 26,8% del 1997 al 31,1% del 2012.

Al nostro paese è riconosciuta una posizione di avanguardia per la scelta di tutelare le attività sportive sia agonistiche sia amatoriali con un sistema organico di prevenzione. Tuttavia questa tipologia di prevenzione basata sugli accertamenti medici non è in grado di incidere in modo significativo sugli eventi traumatici da sport, che continuano a verificarsi nel quotidiano.

Si definisce trauma da sport un infortunio accidentale che accade durante la pratica di attività sportive agonistiche e/ o amatoriali, richiede un intervento medico e comporta l'interruzione dell'attività per uno o più giorni dopo quello dell'infortunio.

OBIETTIVO: Lo studio intende raccogliere i dati sugli infortuni sportivi che richiedono accertamenti tempestivi al Pronto Soccorso (PS), cioè gli eventi acuti. Lo scopo è conoscerne la frequenza, stabilendo le caratteristiche generali dei soggetti coinvolti, la dinamica dell'evento lesivo, l'esito e l'attività sportiva svolta. **MATERIALI E METODI:** Utilizzando il database informatico PS-NET (sistema informativo del dipartimento interaziendale di emergenza urgenza) della AUSL di Modena, capace di categorizzare la causa degli accessi in PS, sono state analizzate le prestazioni eseguite nel 2013, negli ospedali di Modena-Baggiovara, Carpi, Mirandola, Castelfranco, Vignola, Pavullo e nei punti di primo soccorso di Finale e Fanano. Sono stati così selezionati i referti degli accessi in PS dovuti a "causa sportiva" cioè eventi acuti occorsi durante la pratica di un'attività sportiva.

Per ciascun referto, sono state raccolte le informazioni relative a età e sesso dell'infortunato, ora e mese dell'accesso in PS, codice di triage, l'attività sportiva svolta al momento dell'infortunio, la dinamica dell'evento lesivo, il distretto corporeo interessato, il n° e tipo di esami strumentali



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

eseguiti, la prognosi, la diagnosi, l'eventuale ricovero presso un reparto. **RISULTATI:** Gli accessi per causa sportiva sono stati 2.991 su un totale di 159.418 accessi, cioè pari al 1,89%. Gli infortunati erano al 79% maschi e il 75,6% degli infortuni coinvolgeva giovani sotto i 29 anni. Gli accessi hanno mostrato un andamento stagionale, massimo in primavera (31,8%) e minimo in estate (15,5%). Si tratta per la maggior parte dei casi di codici verdi (situazione poco critica, accesso di bassa priorità) 87,5% e solo nello 0,3% di codici rossi (situazione molto critica, accesso immediato alle cure). Gli arti sono coinvolti nel 80% di tutti gli accessi, in particolare gli arti inferiori nel 49% (la caviglia la sede più colpita), gli arti superiori nel 31% (la mano la sede più colpita), spesso associati a traumi al distretto testa collo o al tronco. Il distretto testa-collo è stato coinvolto nel 13% dei casi di cui solo il 12% con trauma cranico. Nel 2,9% dei casi si è trattato di politraumatizzati. Nel 63% sono riportati traumi contusivo-distorsivi, nel 21% fratture e infrazioni ossee, per i restanti casi si tratta di lussazioni osteo-articolari, rotture legamentose e tendinee, ferite e contratture muscolari. La prognosi va da un minimo di 1 fino a un massimo di 90 giorni (media 13 giorni). Nel 96% dei casi l'intervento si è concluso con una dimissione, solo il 3% è stato ricoverato generalmente presso un reparto di ortopedia o in minor parte presso la neuro-rianimazione. E' in corso la valutazione degli sport associati ai traumi, degli esami richiesti e della dinamica dell'infortunio. **CONCLUSIONI:** Lo studio fornisce informazioni di rilievo sull'epidemiologia dei traumi acuti sportivi in un distretto socio-sanitario di ampie dimensione (provincia di Modena), un fenomeno di non facile acquisizione, poiché non è previsto a livello nazionale un sistema di raccolta organica dei dati, oppure laddove i dati vengono raccolti sono spesso disomogenei e lacunosi. In particolare emerge una notevole frequenza dei traumi associati allo sport, sia pure di livello medio-lieve, con netta prevalenza di contusioni e distorsioni a rapida risoluzione anche per la giovane età delle persone coinvolte.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 069

L'INTEGRAZIONE TRA MANAGEMENT E GOVERNO CLINICO: L'IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI QUALE STRUMENTO PER MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

A. Bernardo 1; M.V. Diana 1; N. Silvestri 1; A. Giordano 1

1. Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli

INTRODUZIONE: In ambito sanitario, il trattamento di un problema di salute richiede frequentemente il contributo di più attori all'interno di un sistema multiprofessionale e multidisciplinare. La complessità di un sistema così organizzato può creare condizioni favorevoli alla variabilità, i difetti di congruità, continuità ed integrazione della cura, tutti elementi che incrementano notevolmente la possibilità di errore.

Per assicurare un'assistenza sanitaria di qualità e rispondente ai bisogni dei cittadini, nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni e degli stringenti vincoli economici imposti dalla normativa vigente, l'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli ha adottato sin dalla sua costituzione un approccio continuativo e sistematico alla gestione dei processi sanitari ed ha applicato tutti gli strumenti fondamentali del governo clinico, tra cui la definizione/ridefinizione di percorsi clinico-organizzativi atti a garantire l'erogazione di prestazioni efficaci ed appropriate. **MATERIALI E METODI:** La metodologia adottata per procedere alla definizione/ridefinizione dei percorsi aziendali si è articolata, secondo il modello plan-do-check-act, nei seguenti step: identificazione della patologia oggetto del percorso; costituzione del gruppo di lavoro; revisione della letteratura scientifica; analisi della pratica corrente e dei punti critici; stesura provvisoria del percorso; identificazione degli indicatori e degli standard di riferimento; condivisione del percorso; attuazione di eventuali interventi correttivi; messa a regime e monitoraggio del percorso.

RISULTATI: Nel triennio 2011-2013, si è provveduto a definire/ridefinire tutti i percorsi aziendali maggiormente impattanti sugli obiettivi assegnati all'Azienda dall'ultimo Piano di Riassetto della Rete Ospedaliera Regionale (DCA 49/2010) e dai Piani Sanitari Regionali ed in particolare i percorsi per la riduzione dei tempi di attesa per pazienti con patologie oncologiche, i percorsi per pazienti con patologie infettive (es. malattia da HIV/AIDS), i percorsi per l'ottimizzazione delle attività chirurgiche aziendali ed i percorsi riabilitativi rivolti alle seguenti tipologie di pazienti: pazienti affetti da patologie dell'apparato cardiovascolare; pazienti affetti da patologie dell'apparato respiratorio e con grave insufficienza respiratoria; pazienti operati per riparazione di frattura di femore o per artroprotesi di anca o ginocchio; pazienti con esiti di ictus cerebrali; pazienti oncologici sottoposti a chirurgia laringea; pazienti affetti da ipoacusie gravi e profonde, portatori di protesi acustiche tradizionali o impianti cocleari.

Al termine del periodo di applicazione sperimentale previsto per ciascun percorso, la Direzione Sanitaria Aziendale ha provveduto al calcolo degli indicatori individuati per il suo monitoraggio. In



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

caso di raggiungimento dei risultati attesi, il percorso è stato validato ed adottato in via definitiva con atto deliberativo. In caso contrario, è stato convocato un tavolo tecnico per la revisione del percorso e la definizione delle azioni necessarie azioni correttive.

Nelle tabelle successive sono riportati a titolo esemplificativo i risultati conseguiti a due anni dall'applicazione dei percorsi per la presa in carico riabilitativa dei pazienti operati per artroprotesi di anca o ginocchio. **CONCLUSIONI:** La strategia adottata dall'Azienda per migliorare la qualità dell'assistenza erogata ha consentito di dare risposta a molteplici esigenze, quali: la necessità di assicurare omogeneità, per qualità e quantità, nonché per requisiti minimi di sicurezza e garanzie di efficacia, alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale; l'esigenza di dare effettività ai tanto declamati concetti di appropriatezza assistenziale e centralità del paziente; la necessità di aprire il sistema alla cultura della valutazione, puntando con decisione sull'utilizzo di indicatori di esito e valutazione in termini di obiettivi di salute conseguiti, più che di mera sommatoria di prestazioni erogate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 070

IL BUDGET NEL GOVERNO DELLE AZIENDE SANITARIE: ANALISI DELL'IMPATTO DI NUOVA METODOLOGIA DI BUDGETING IN UN'AZIENDA OSPEDALIERA DI ALTA SPECIALITÀ

M.V. Diana 1; A. Bernardo 1; N. Silvestri 1; A. Giordano 1

1. Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli

INTRODUZIONE: L'introduzione di elementi aziendalistici nelle realtà sanitarie italiane, avvenuta con il D.Lgs. 502/92, ha determinato l'adozione da parte delle Aziende Sanitarie di nuovi strumenti organizzativo-gestionali atti a garantire il raggiungimento di obiettivi di efficacia, efficienza, economicità e rispetto dei vincoli di bilancio. Tra di essi figura il budgeting, ovvero il sistematico processo di negoziazione con cui annualmente i diversi organi aziendali definiscono, per centro di responsabilità, gli obiettivi da perseguire nel breve periodo e le risorse da assegnare per consentirne il raggiungimento. Il budgeting fornisce ancor oggi un notevole contributo al governo delle aziende, responsabilizzando i comportamenti degli operatori e coniugando al meglio esigenze di tipo clinico, economico ed organizzativo. **MATERIALI E METODI:** Il processo di budgeting, avviato in via sperimentale nell'Azienda Ospedaliera dei Colli nel dicembre 2011, si è articolato in tre fasi: la fase di definizione degli obiettivi; la fase di negoziazione con le singole Unità Operative aziendali; la fase di reporting e verifica dei risultati.

Nella prima fase, il Comitato di budget ha declinato per singola Unità Operativa gli obiettivi strategici individuati per l'intera Azienda al termine del 2011. Per le Unità Operative di ricovero, gli obiettivi sanitari sono stati definiti per singola struttura in relazione alle linee di attività erogate, al case mix trattato e ai livelli di performance dell'anno precedente, valutati in base agli indicatori classici di assistenza ospedaliera e agli indicatori individuati nell'ambito del progetto SIVEAS. Per le strutture afferenti al Dipartimento dei Servizi Diagnostici, gli obiettivi di budget sono stati invece individuati in modo da ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni richieste dalle Unità Operative di ricovero ed eliminare tutte le principali strozzature dei percorsi assistenziali. Oltre agli obiettivi sanitari, ad ogni Unità Operativa sono stati assegnati specifici obiettivi economico-gestionali ed obiettivi di comportamento professionale. Ad ogni categoria di obiettivi è stato attribuito un peso complessivo (40 per gli obiettivi sanitari; 40 per gli obiettivi economico-gestionali; 20 per gli obiettivi di comportamento professionale) e, nell'ambito delle singole categorie, sono stati definiti per ciascun obiettivo: un peso percentuale, stabilito in relazione alla sua rilevanza rispetto alle direttive ministeriali e regionali e alla mission aziendale; un indicatore di verifica; un risultato atteso, stabilito in base a norme, linee guida o benchmark nazionali/regionali; le fasce di risultato, corrispondenti a diverse percentuali di raggiungimento dell'obiettivo.

La negoziazione degli obiettivi così individuati con i Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa è avvenuta durante una serie di riunioni tenutesi nel mese di marzo 2012, al termine delle quali è



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

stata formalmente approvata per singola Unità Operativa una scheda di budget, sottoscritta da Direzione Strategica e Direttore del centro di responsabilità.

Nel corso dell'anno, utilizzando una reportistica appositamente predisposta, il Comitato di budget ha monitorato trimestralmente l'andamento delle attività così da evidenziare le eventuali criticità presenti e predisporre le relative azioni correttive. Al termine del 2012 tutti gli obiettivi assegnati sono stati oggetto di valutazione ai fini del sistema premiante, e la metodologia di budgeting sperimentata è stata adottata in via definitiva. **RISULTATI:** L'annuale processo di budgeting, unitamente alla ridefinizione di numerosi percorsi clinico-organizzativi, ha determinato nel triennio 2011-2013 un incremento del 4,90% del numero dei ricoveri ordinari dell'Azienda, una riduzione del 5,82% della degenza media ed un aumento dell'8,16% del peso medio dei DRG prodotti. E' stato inoltre registrato un notevole incremento della percentuale di ricoveri ordinari chirurgici rispetto ai ricoveri ordinari totali (11,79%), una riduzione del 18,72% della degenza media pre-operatoria ed un aumento del 3,40% del peso medio dei DRG chirurgici prodotti. E' stata infine rilevata una maggiore appropriatezza assistenziale, attestata dal miglioramento dei principali indicatori previsti dal progetto SIVEAS e in particolare: riduzione del 21,07% dei DH diagnostici (ad oggi dedicati solo a pazienti "fragili"); 100% delle colecistectomie eseguite per via laparoscopica; 92% delle colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni; 59,4% dei pazienti operati per frattura di femore entro 48 ore dal ricovero; 73,5% di PTCA in pazienti con IMA eseguite entro 48 ore dal ricovero. **CONCLUSIONI:** Ben lungi dall'essere un semplice documento contabile o di programmazione economico-finanziaria, se correttamente utilizzato, il budget costituisce uno strumento di programmazione e controllo capace di motivare gli operatori e migliorare le attività di coordinamento, comunicazione e cambiamento organizzativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 545

**PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE PER PIATTAFORME ASSISTENZIALI ALL'INTERNO DELLA
"TORRE MEDICINE" DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA**

F.S. Pirola¹, L. Faccini³, I. Raboini¹, C. Enna¹, M. Riccò¹, M.P. Bonconti¹, G. Guareschi², M. Luisi¹,
L. Sircana¹

1 Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

2 Direzione Servizio Assistenziale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

3 Dipartimento SBiBiT - Unità di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Parma

INTRODUZIONE: Nell'ambito dei Paesi industrializzati, la recente modificazione della realtà sanitaria relativamente a pazienti, tecnologie, setting assistenziali e disponibilità di risorse, ha condotto le Aziende Sanitarie a nuove ipotesi organizzative, per ottimizzare le prestazioni in termini di efficienza, efficacia e qualità. In linea con tale tendenza, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha recentemente elaborato un progetto riorganizzativo coinvolgente alcune Unità Operative (UO) della "Torre Medicine", inserito nel più ampio disegno di riordino aziendale denominato "MAKE IN PARMA". **MATERIALI E METODI:** Sono state coinvolte nel progetto 4 UO internistiche a diverso indirizzo specialistico: Medicina Interna a indirizzo Angiologico e Coagulativo, Medicina Interna e Reumatologia, Trattamento Intensivo del Diabete e delle sue Complicanze, Semeiotica; esse sono dotate complessivamente di 93 posti letto (PL). Visto l'andamento crescente dei ricoveri da Pronto Soccorso (PS), spesso accompagnato da scarsa attinenza specialistica nell'assegnazione paziente-PL nelle diverse UO, e vista la presenza sempre maggiore di soggetti polipatologici di difficile assegnazione, è insorta la necessità di un riordino per ottimizzare e valorizzare risorse e competenze. **RISULTATI:** La riorganizzazione prevede il passaggio da 4 UO distinte e logisticamente separate, ad un'unica Piattaforma di Posti Letto, su cui opereranno le 4 UO citate; tale Piattaforma, avente gli indirizzi specialistici delle 4 UO in essa operanti, sarà suddivisa in 4 aree (A,X,B,D) in base a instabilità clinica e complessità assistenziale (CA) dei pazienti. Essa sarà ubicata su due piani contigui (4° piano: area X; 5° piano : aree A,B,D). L'Area A (23 PL) riceverà sulle ventiquattro ore dal PS pazienti instabili ad elevata complessità assistenziale. L'Area X (46 PL) riceverà, in orario solo diurno, pazienti stabili a minore CA, provenienti dall'Area A, dal PS, dagli altri Reparti, dagli Ambulatori od i pazienti direttamente programmati dalle UO. L'Area B (18 PL) accoglierà, dalle Aree A e X, pazienti a basse CA, clinicamente e/o socialmente non dimissibili (es. pazienti in terapia antibiotica non eseguibile a domicilio o soggetti in attesa di ricezione da parte del Territorio, cosiddette "dimissioni difficili"). L'Area D ("Discharge Room" con 6 PL) riceverà dalle altre Aree pazienti dimissibili in giornata in attesa di trasporto; in essa sarà operante la figura del Case Manager, professionista dedicato alla gestione efficiente delle dimissioni. La gestione clinica dei pazienti sarà affidata ad équipe mediche multispecialistiche presenti nelle diverse Aree, con rotazione dei medici sul lungo periodo (es. 4



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

mesi), ed un medico di guardia per piano, in orario notturno. In orario diurno sarà comunque garantita la presenza di un medico per ogni specialità rappresentata, con funzione di "consultant", garantendo la specificità di presa in carico del paziente in funzione della patologia presentata. Le équipe infermieristiche saranno dimensionate in funzione del carico assistenziale di ogni settore. Un punto fondamentale del presente progetto riorganizzativo è la gestione dei PL della Piattaforma, che saranno assegnati alle UO non più a priori, ma di volta in volta, in base alla tipologia specialistica del paziente ricoverato, mentre i pazienti polipatologici complessi saranno assegnati alle diverse UO a rotazione. La gestione dei posti letto della piattaforma è affidata ad una figura specifica di estrazione infermieristica che abbiamo chiamato "bed manager".

CONCLUSIONI: I principali vantaggi attesi dal riordino in oggetto sono i seguenti: risposta più efficiente alle richieste di ricovero del PS e maggiore attinenza specialistica dell'assegnazione paziente-UO, grazie alla gestione condivisa e flessibile dei PL della nuova Piattaforma, grazie all'implementazione del "Bed Manager"; migliore gestione dei soggetti polipatologici grazie alla presenza di équipes multi-specialistiche in ogni Area; agevolazione delle attività assistenziali grazie al raggruppamento spaziale dei pazienti con caratteristiche gestionali simili; maggiore comfort dei pazienti non critici grazie all'eliminazione dei ricoveri notturni in area X, ed infine gestione più efficiente delle dimissioni "difficili" grazie alla nuova figura del "Case Manager".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 270

DAY SERVICE AMBULATORIALE: UNA MODALITÀ INNOVATIVA E TECNOLOGICAMENTE INTEGRATA PER LA GESTIONE DI PAZIENTI DIABETICI COMPLICATI

A. P. Cantù 1; A. C. Bossi 2; O. Disoteo 3; N. Musacchio 4; E. Orsi 5; P. Rampini 6; P. Ruggeri 7; L. Sciangula 8; R. Trevisan 9; G. Borghi 10; F. Auxilia 1; G. Pozza 11

1 Dipartimento Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano-Scuola di Dottorato in Sanità Pubblica/ IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; 2 AO Treviglio, Bergamo; 3 AO Niguarda, Milano; 4 AO ICP –Poliamb., Cusano Milanino; 5 IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; 6 AO Fatebenefratelli, Milano; 7 AO Cremona, Cremona; 8 AO Sant’Anna, Como; 9 AO Ospedali Riuniti, Bergamo; 10 CEFRIEL, Milano; 11 IRCCS San Raffaele, Milano

INTRODUZIONE: Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute, coinvolge 8 Centri Diabetologici Ospedalieri (CDO) lombardi con l’obiettivo di valutare, attraverso uno studio di fattibilità, come un modello di cura alternativo – il Day Service Ambulatoriale (DSA) - possa contribuire a migliorare la gestione del paziente diabetico, facilitandone l’aderenza terapeutica, e a realizzare percorsi clinici per la gestione a lungo termine delle complicanze. Si intende, inoltre, verificarne l’impatto sulla qualità dell’assistenza sanitaria e sociale, sui costi sanitari e sul miglioramento della qualità della vita del paziente. Il DSA è una modalità di assistenza sanitaria innovativa che prevede l’esecuzione di indagini diagnostiche e visite all’interno di uno specifico percorso diagnostico e terapeutico di cui lo specialista si fa carico direttamente sulla base di un protocollo condiviso.

Obiettivi specifici sono valutare (a) l’efficacia del modello di cura proposto, in particolare relativamente alla compliance, rispetto al modello di cura ordinario, (b) il rapporto costo/efficacia sulla base di criteri standardizzati, (c) il livello di soddisfazione percepito dai pazienti e dai professionisti. **MATERIALI E METODI:** Questo progetto consente di inserire un "percorso clinico" per i pazienti diabetici nell’ambito del Sistema Informativo regionale (SISS), come un servizio di Electronic Health Record. In questo ambito è prevista la creazione di una "cartella virtuale", il cui contenuto confluisce con dati strutturati sul Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente condiviso tra i diversi attori che collaborano alla gestione del percorso, creando nei fatti una “rete diabetologica”.

Lo studio prevede l’arruolamento, in base a criteri di convenienza, di 1.320 pazienti residenti in Lombardia, di età superiore ai 18 anni, affetti da diabete mellito di tipo 2 con complicanze croniche e/o con controllo glicometabolico insufficiente o da diabete mellito di tipo 1.

Per i pazienti inseriti nel ramo DSA è prevista annualmente l’effettuazione di visite di controllo almeno quadrimestrali di cui una in modalità DSA. In quest’ultimo caso è prevista l’erogazione di “pacchetti di prestazioni”, con la possibilità per lo specialista diabetologo di scegliere tra un pacchetto base e pacchetti dedicati alle singole complicanze.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Tra gli altri pazienti dello stesso ambulatorio, seguiti con modalità di cura tradizionale, verrà selezionato ex-post il gruppo di controllo, con meccanismo casuale. **RISULTATI:** Alla data odierna sono stati predisposti il protocollo, gli strumenti di indagine clinica e gli indicatori di progetto, è in corso di completamento la parte tecnologica e sono stati arruolati n° 1.320 pazienti di cui n° 484 hanno già completato un primo DSA. Nel 66% dei casi sono state erogate tutte le prestazioni previste dal protocollo. Sono stati inoltre estratti i dati relativi alla consultazione dei referti da parte dei cittadini e dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'ambito della "rete Diabete". L'1,5% dei cittadini ha consultato i referti, in questo caso della visita specialistica, dato in linea con quello delle altre reti attive in Lombardia. Per quanto riguarda i MMG, ha effettuato un accesso alla rete il 18% del totale, valore più alto rispetto alle altre reti. **CONCLUSIONI:** Con l'arruolamento dei 1.320 pazienti è stata completata la prima fase del progetto che ha dato luogo anche alla prima analisi dei dati.

La messa a punto degli aspetti tecnologici renderà possibile la validazione del sistema informativo e il recupero di tutte le informazioni non ancora in rete, utili al completamento di tutte le analisi. Il dato relativo alla consultazione dei referti da parte dei cittadini e dei MMG sembrerebbe confermare fin da ora che la "gestione integrata del diabete" è effettivamente ormai un'esigenza del sistema di cura di tali pazienti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 133

QUALI PAZIENTI SONO A RISCHIO PER RICOVERI RIPETUTI NON PROGRAMMATI? ANALISI DELLA POPOLAZIONE AFFERENTE ALL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA NELL'ANNO 2012

F. Casalini 1; S. Salvetti 1; M. Macchiarulo 1; S. Memmini 1; E. Lucaccini 1; F. Gemmi 2;
G. Privitera 1 2

1. *Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa*

2. *Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana*

INTRODUZIONE: La revisione della documentazione relativa ai pazienti che effettuano ricoveri ospedalieri ripetuti può essere uno strumento per la valutazione di appropriatezza delle modalità di gestione e dei percorsi assistenziali dei pazienti. A tal fine è stato effettuato un confronto tra i parametri demografici e sanitari dei pazienti che hanno effettuato ricoveri non programmati ripetuti entro 30 giorni e quelli dei pazienti con un singolo ricovero nell'anno 2012 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP). **MATERIALI E METODI:** A partire dal database dell'AOUP, sono stati estratti i dati dei ricoveri con modalità di ammissione urgente relativi all'anno 2012 e ai pazienti residenti nella provincia di Pisa, con almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla data di dimissione o con un singolo ricovero nell'anno. È stata quindi effettuata un'analisi comparativa delle caratteristiche demografiche, delle diagnosi segnalate nelle SDO e dei reparti di dimissione. **RISULTATI:** Su un totale di 6248 ricoveri da accesso al Dipartimento di Emergenza e Urgenza (DEU), 3962 (63,4%) erano i ricoveri singoli, 872 (14%) quelli relativi a pazienti riammessi con un intervallo superiore a 30 giorni e 1414 (22,6%) quelli relativi a pazienti riammessi entro 30 giorni. Questi ultimi interessavano 508 pazienti, con una media di 2,78 ricoveri/paziente e 1,78 riammissioni/paziente (range 1-9). La percentuale dei ricoveri ripetuti relativi a pazienti riammessi entro 30 giorni, rispetto al totale dei ricoveri ripetuti era del 61,9%. L'intervallo medio dalla precedente dimissione era di 13,6 giorni e nell'80,5% dei pazienti con ricoveri ripetuti in urgenza, l'intervallo di tempo inferiore a 30 giorni era riferibile all'intervallo tra il primo e il secondo ricovero. I pazienti con ricoveri ripetuti erano più anziani rispetto a quelli con ricoveri singoli (48,1% dei pazienti con età maggiore o uguale a 80 anni, vs 35,5%). Tali pazienti erano caratterizzati da maggiori comorbidità: presentavano infatti almeno 3 diagnosi nel 91,9% dei casi, vs 75,4% per i pazienti che effettuavano ricoveri singoli. Inoltre, nello stesso gruppo si evidenziava un maggiore prevalenza di patologie respiratorie (23,3% vs 19,6%) e oncologiche (12,9% vs 7,5%) nella prima diagnosi della SDO. I pazienti con almeno 4 diagnosi segnalate nella SDO presentavano un rischio di re-ricovero 5 volte maggiore rispetto ai pazienti con una singola diagnosi. **CONCLUSIONI:** I ricoveri ripetuti non programmati rappresentano una quota rilevante dei ricoveri successivi agli accessi al DEU e i pazienti presentano profili demografici e di morbosità differenti rispetto a coloro che effettuano un ricovero singolo. Sono necessari studi operativi per valutare se tali profili, evidenti al primo ricovero, possano fungere da indicatori di rischio per successive ospedalizzazioni e quindi essere utilizzati per attivare appropriate risposte di continuità assistenziale sul territorio e ridurre gli accessi inappropriati al DEU.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 543

UNITÀ FUNZIONALE DI ASSISTENZA A BASSA INTENSITÀ (ABI) INTERDIPARTIMENTALE A “RICOVERO DIURNO E ONE DAY”: NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

E. Esposto 1, E. Di Tondo 2; M. Mari 3, P. Antognini 4

1 ASUR Marche Area Vasta 2, Distretto n. 7 Ancona – Referente Rischio clinico AV2 Ancona.

2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

3 ASUR Marche Area Vasta 2, Presidio Ospedaliero Unificato Ancona, UF ABI

4 ASUR Marche Area Vasta 2, Responsabile Area infermieristico- ostetrica, Ancona

INTRODUZIONE: L'unità Funzionale di Assistenza a Bassa Intensità (ABI) a “ricovero diurno e one day”, istituita il 2 luglio 2012, presso il Presidio Ospedaliero Unificato Osimo dell'ASUR Area Vasta 2 Ancona è una unità funzionale per degenze brevi, a bassa complessità e corrispondente a modelli di risposta gestionale e assistenziale diversificati per la presa in carico di situazioni cliniche di Area Chirurgica, Medica, Materno-Infantile e Servizi e quindi in ottica interdipartimentale. Il processo clinico-assistenziale viene utilizzato per gestire il percorso del paziente all'interno dell'UO di appartenenza dal momento dell'accesso a quello della dimissione e ai relativi controlli. L'attività è legata alla metodologia di problem solving avente come obiettivo principale:

- 1) la centralità della persona nel suo percorso clinico-assistenziale;
- 2) l'integrazione inter e intraprofessionale sia ospedaliera che territoriale;
- 3) la continuità dell'assistenza e la gestione degli aspetti educativi

con l'obiettivo di promuovere e garantire la gestione del processo clinico assistenziale con il fine dichiarato di portare la persona al maggior livello di autonomia nel più breve tempo possibile.

MATERIALI E METODI: L'ammissione all'ABI avviene tramite l'accettazione da parte del Referente clinico della U.O. per acuti, che rimane responsabile del percorso di cura fino alla dimissione e follow-up. L'attività assistenziale è garantita dal personale infermieristico e di supporto della Unità Funzionale ABI nel rispetto del profilo orario e delle normative contrattuali.

Le patologie ammissibili in tale Unità funzionale sono state individuate dai Responsabili clinici e coordinatrici infermieristiche ed ostetriche di tutte le UU.OO. in base a criteri clinici e indici di complessità assistenziale e rispondenti a DRG appropriati per tale regime di ricovero DH, one day e prestazioni ambulatoriali.

Il percorso di ricovero prevede anche momenti di integrazione con professionisti di altri settori sanitari (fisioterapisti, consulenze intra-extraospedaliere, completamenti di iter diagnostici, follow-up laboratoristici e strumentali, variazioni terapeutiche) e con professionisti e strutture sanitarie operanti sul territorio (MMG, AD, ADI, ADO, RSA, RP ecc.) e/o i servizi sociali. RISULTATI: L'attività



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

effettuata dall'ABI viene registrata tramite un sistema operativo informatizzato in ambiente EPI INFO® al fine di produrre una reportistica con cadenza trimestrale.

Nell'anno 2013 le attività che sono state effettuate sia in regime di ricovero che ambulatoriale sono state pari a 2.882 prestazioni con una percentuale di incremento rispetto alla proiezione del 2012 pari al 46%.

La tabella 1 mostra la numerosità e la tipologia di assistenza con un incremento percentuale dell'attività in regime ambulatoriale.

Le tipologie di prestazioni più frequenti sono state: l'attività assistenziale la gestione dei prericoveri (802; 27,8%), seguita dalla terapia infusiva (farmaci H, immunoglobuline, terapia marziale) con una percentuale del 17,2% (495); emotrasfusioni sangue e emoderivati (307; 10,7%) seguono le medicazioni per PICC, port, cvc e midline (288; 10%) prelievo ematico (285; 9,9%) e il posizionamento PICC (27; 4,1%). Seguono con una percentuale del 9,3% prestazioni per l'assistenza chirurgica in Day Surgery e One-DS per le specialità di ORL, Urologia e chirurgia. Va segnalato che vi sono altre tipologie di prestazioni effettuate presso l'ABI con percentuali più basse, come ad esempio: iniezione peridurale, medicazioni midline, port, cateteri peridurali, sleep endoscopy.

La tabella 2 mostra le unità operative/servizi a cui afferiscono i pazienti che hanno avuto necessità delle prestazioni di cui sopra. La UO di Medicina con il 43,2% risulta l'unità maggiormente inviante, a seguire la UO di chirurgia con 31% dei casi. **CONCLUSIONI:** Il nuovo modello organizzativo funzionale, basato sull'intensità di assistenza, è rivolto ad una popolazione sia territoriale che ospedaliera e ha evidenziato che il progetto è fortemente in linea con le indicazioni nazionali e regionali. Tale matrice flessibile e dinamica è una soluzione per accompagnare processi di cambiamento culturale e di integrazione ospedale-territorio con investimenti in risorse umane e strumentali irrisorie rispetto all'attività, sicurezza e accoglimento favorevole da parte del personale clinico-assistenziale e da parte dei cittadini e dei rappresentanti degli enti locali e delle OO.SS.

La criticità e allo stesso tempo punto di forza da segnalare è che la domanda di nuove attività in implementazione presso la gestione ABI richiede al personale una forte flessibilità e una disponibilità ad acquisire ulteriori competenze in discipline diverse al fine di dare risposte immediate all'utenza.

Pertanto è necessario un monitoraggio stretto da parte della direzione medica e dell'ufficio infermieristico e della direzione del distretto di tutte le dinamiche e percorsi attivati ed attivabili condividendo gli stessi con il referente del rischio clinico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 581

I PRINCIPI DEL LEAN THINKING APPLICATI IN SANITA'

A. Ferraro¹; M.V.Di Cicco²; G.Improta³; E. Montella⁴; M.A.Russo⁵; F.Carpentieri⁶; M.Triassi⁷
1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario Federico II, Napoli; 2 Dipartimento di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario Federico II, Napoli; 3 Dipartimento di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario Federico II; 4 Dipartimento di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario Federico II; 5 Gesan Srl, Caserta; 6 Università degli Studi di Napoli Federico II; 7 Dipartimento di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario Federico II, Napoli;

INTRODUZIONE: Obiettivo del presente lavoro di ricerca è l'utilizzo di modelli gestionali tipici del contesto industriale quali il Lean Thinking (di seguito per brevità indicato con LT) per la riduzione della frequenza delle colonizzazioni da germe sentinella presso la macroarea chirurgica l'A.O.U. "Federico II" di Napoli dal 01/01/2010 al 31/12/2010. È un approccio alla gestione dell'Azienda Ospedaliera che, partendo dalla voce del paziente e dalla corretta comprensione delle sue esigenze, attua un costante miglioramento dei suoi processi al fine di assicurarne nel tempo la continua soddisfazione. **MATERIALI E METODI:** Il LT si pone l'obiettivo di perseguire il miglioramento continuo dell'efficienza e dell'efficacia di un processo produttivo mediante la spinta verso la velocità e la flessibilità.

Il LT è la metodologia di problem solving più efficace per migliorare qualsiasi prestazione in qualsiasi ambito. Si articola in un iter semplice ma rigoroso che può esser applicato con successo ad ogni singolo processo. Si basa, infatti, esclusivamente sulla corretta analisi del prodotto, processo o servizio, sulla successiva ponderazione delle difettosità e sull'intervento immediato per rimuoverle o ridurle. Il ciclo si completa con un monitoraggio continuo della performance, aspetto quest'ultimo, caratteristico ed esclusivo, del ciclo qualità, che l'applicazione della metodologia garantisce. È un approccio che indica come fare sempre di più con sempre meno, intercettando al meglio le esigenze dei pazienti.

Punto di partenza per il pensiero snello è il concetto di valore. Il valore viene creato dall'organizzazione sanitaria ma, per una serie di motivi, è molto difficile per le strutture sanitarie definirne accuratamente il significato.

Dall'analisi del flusso di valore è possibile individuare tre tipologie di attività:

- che creano valore;
- che non creano valore, ma in base alle condizioni tecnologiche, organizzative e strutturali, sono inevitabili;
- che non creano valore e possono essere eliminate da subito;

La Critical To Quality (CTQ) è stata identificata nei giorni di degenza dei pazienti colonizzati.

Attraverso la Value Stream Map (fig1) del processo esaminato relativamente ai pazienti colonizzati, costruita dal punto di vista del paziente, sono state identificate le "attività a valore



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

aggiunto" (attività svolte nel processo che consentono di soddisfare unicamente le esigenze del paziente), gli sprechi, i ritardi e le inefficienze. Al fine di identificare il maggior numero di cause del problema e le possibili soluzioni, è stata eseguita una sessione di brainstorming, durante la quale sono stati coinvolti i rappresentanti di tutte le professioni sanitarie che afferiscono alle macro-aree. Ciascun membro del team è stato invitato ad esprimere liberamente le proprie idee a riguardo. Al termine della seduta, è stato costruito un diagramma causa-effetto o diagramma di Ishikawa, nel quale sono indicate le principali cause identificate, classificate in 4 categorie (Paziente, Personale Sanitario, Processo, Sistema). Oltre ai fattori di rischio estrinseci, modificabili, sono stati identificati anche fattori di rischio intrinseci ovvero non modificabili mediante un intervento esterno come quelli riguardanti il paziente (comorbidità, complicanze postoperatorie, fattori sociali). **RISULTATI:** Dopo aver analizzato il processo, sulla base dei risultati ottenuti nel corso delle fasi precedenti, il team ha sviluppato le opportune azioni correttive per eliminare gli sprechi, per ridurre i tempi di attesa ed i ritardi. Si è osservato che tra i difetti rilevati, mediante la Value Stream Map, e la sessione di brainstorming, un ruolo preponderante era svolto dagli eccessivi ritardi e dalle attese inutili che caratterizzavano la degenza preoperatoria finalizzata all'esecuzione delle indagini (visite, esami strumentali e di laboratorio) necessarie per la valutazione del rischio operatorio e la preparazione del paziente all'intervento. La soluzione a questo problema, è stata l'attivazione di un servizio di preospedalizzazione, prima del ricovero, che ha come scopo la preparazione dei pazienti all'intervento chirurgico senza che per essi sia necessaria la degenza preoperatoria, conforme ad un visione Lean, ovvero snella, del processo di cura. I vantaggi di questo nuovo sistema sono molteplici. **CONCLUSIONI:** Dallo studio condotto sull'applicazione della metodologia Lean si evince che l'utilizzo di tale strumento si rivela molto interessante e finalizzata alla riduzione degli sprechi e allo snellimento dei processi. La metodologia ha permesso di focalizzare l'attenzione sui punti critici del processo e di implementare le opportune azioni correttive. I vantaggi di questo nuovo processo sono molteplici: per l'utenza si ha una riduzione delle giornate di degenza ed una maggiore soddisfazione nei confronti della prestazione sanitaria usfruita, mentre per l'Azienda sanitaria si ha una riduzione dei costi per singolo ricovero. Possiamo concludere, che il LT rappresenta uno strumento in grado, realmente, di assicurare il potenziamento dell'efficacia e dell'efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 394

L'IMPORTANZA DEL CLINICAL AUDIT: UN'ANALISI COMPARATA DELLA QUALITÀ DELLE CARTELLE CLINICHE

G. Furia 1, A. Poscia 1, E. Azzolini 1, D. Basso 1, A. Collamati 2, A.G. de Belvis 1, A. Cambieri 1, W. Ricciardi 1, M. Volpe 1

1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

2. Dipartimento di Geriatria, Ortopedia e Neuroscience. Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

INTRODUZIONE: La qualità della cartella clinica ospedaliera è un fattore importante nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente, utile a garantire la continuità di cura e l'accountability, obiettivi prioritari di ogni azienda ospedaliera. Attraverso gli strumenti della clinical governance, come gli audit clinico-organizzativi, il management ospedaliero dovrebbe quindi favorire una migliore qualità nella documentazione clinica per migliorare gli standard dei servizi sanitari e della pratica clinica. Scopo di questo studio è valutare le differenze di qualità delle cartelle cliniche, prima e dopo l'effettuazione di audit interni, in un Policlinico universitario di terzo livello.

MATERIALI E METODI: Un team di valutazione addestrato ad hoc ha condotto, nel 2012 e nel 2014, una valutazione retrospettiva della qualità delle cartelle cliniche (un campione rappresentativo del 3% dei ricoveri annuali) utilizzando una strategia di campionamento randomizzato. 1498 e 509 cartelle cliniche sono state valutate per il 2012 e il 2014, rispettivamente (la valutazione nel 2014 è ancora in corso). La valutazione della qualità viene effettuata utilizzando una griglia di valutazione di 28 item convalidati a livello nazionale ed in accordo con gli standard internazionali (Joint Commission). Viene assegnato 1 punto se l'item è soddisfatto, 0 punti in caso contrario. I punteggi complessivi e specifici per dipartimento vengono calcolati come percentuale di item soddisfatti. I punteggi sono stati confrontati prima e dopo gli audit dipartimentali interni, effettuati nel 2013, con il t-test indipendente. **RISULTATI:** Il punteggio complessivo di qualità ha mostrato miglioramenti significativi dopo gli audit interni (24,8; $p < 0.01$). Inoltre, rilevanti progressi sono stati osservati nelle specifiche aree della cartella clinica: anamnesi ed esame obiettivo (24,9, $p < 0.01$), diario medico (26,3, $p < 0.01$) ed infermieristico (+25,1; $p < 0.01$), Scheda Unica di Terapia (35,4, $p < 0.01$) e lettera di dimissione (+20,5; $p < 0.01$). Unica eccezione è la compilazione della scheda del dolore, registrando un peggioramento non statisticamente significativo (-6,8; $p = 0.14$). **CONCLUSIONI:** L'identificazione delle principali carenze nella compilazione delle cartelle cliniche, attraverso una valutazione standardizzata e riproducibile della qualità, e l'effettuazione di audit clinico-organizzativi, finalizzati allo sviluppo delle best practices in ambito ospedaliero, potrebbero tradursi in una migliore documentazione sanitaria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 205

BANCHE DI SANGUE CORDONALE: UNA PROPOSTA PER LA LORO SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

Maria Michela Gianino⁵, Valentina Di Maggio¹, Luigina Fazio², Norma Maria Ferrero¹, Mauro Pagliarino², Paola Berchiolla³, Antonio Amoroso^{1,4},

¹ S.C. Immunogenetica e Biologia dei Trapianti - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

² Servizio Immunitrasfusionale - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

³ Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche - Università di Torino

⁴ Dipartimento di Scienze Mediche - University di Torino

⁵ Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche – Università di Torino

INTRODUZIONE: I problemi economici che coinvolgono le Banche di Sangue Cordonale pubbliche (BSC) suscitano un crescente interesse a causa delle risorse finanziarie limitate. In Italia come in altri paesi europei, le BSC sono istituite esclusivamente all'interno di strutture pubbliche e sono autorizzate a imbankare unità di sangue cordonale (USC) per uso solidaristico e mirato.

Poiché le cellule staminali emopoietiche derivate dal sangue fetale offrono molti vantaggi rispetto a quelle derivati dall'adulto e le USC sono usate per trattare una grande varietà di malattie e i risultati ottenuti dal loro utilizzo sono eccellenti in termini di sopravvivenza del paziente, non è ipotizzabile non destinare risorse finanziarie alle Banche di Sangue cordonale. Tuttavia l'ampio divario tra l'elevato numero di unità raccolte e imbankate e il numero limitato di quelli rilasciate per il trapianto genera elevati costi di gestione.

Lo scopo di questo studio è di fare un'analisi economica dettagliata di una delle 18 BSC italiane, e precisamente quella di Torino- AOU Città della Salute e della Scienza, al fine di determinare il costo di ogni unità raccolta, conservata e rilasciata per uso solidaristico e mirato, e di indagare se tutti i costi sostenuti dalla Banca possono essere recuperati attraverso il reddito generato dalla apertura al private banking.

MATERIALI E METODI: In primo luogo abbiamo analizzato i processi organizzativi e gestionali, dalla raccolta al rilascio, delle USC ad uso solidaristico e mirato. Questi processi sono stati suddivisi in fasi e step, e abbiamo stimato la probabilità che una USC possa essere sottoposta ad ogni singolo step. Tali probabilità sono state stimate sulla base dei dati raccolti dalla BSC di Torino nel periodo 2009-2012. Per le USC private, si è assunto che l'imbankaggio avvenisse per tutte le unità raccolte senza applicare alcun criterio di selezione, secondo la politica estera delle banche private.

Abbiamo valorizzato i costi variabili, includendo i materiali; il personale coinvolto nel processo complessivo; i test di laboratorio, e i costi fissi considerando la progettazione e realizzazione della banca e le attrezzature adottate. I costi del materiale sono stati ottenuti dalle fatture della ditta fornitrice; i costi del personale sono stati calcolati tenendo conto della tariffa oraria delle diverse figure professionali coinvolte e il tempo necessario per eseguire ogni operazione; i costi dei test sono state desunti dalle tariffe delle prestazioni ambulatoriale vigenti in Italia. In merito ai costi fissi, il loro valore è stato ottenuto dalle fatture delle ditte appaltatrici.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il reddito generato dalle unità ad uso solidaristico rilasciate per trapianto è € 17.000 oltre a € 441,33 generato dal rilascio del DNA. Non c'è reddito generato dal rilascio delle unità dedicate, in accordo con la politica della BSC di Torino.

Il volume di USC raccolte, imbankate e rilasciate e di DNA rilasciati sono stati stimati utilizzando i dati raccolti dalla BSC di Torino nel periodo 2009-2012.

Il reddito che si potrebbe generare dalle unità private è stato stimato applicando i prezzi di banche estere, che oscillano tra € 2,000-2,800 .

La metodologia utilizzata è il valore attuale netto (PNV), con cui si definisce il valore attuale di una serie attesa di flussi di cassa in entrata e in uscita non solo sommandoli contabilmente ma attualizzandoli sulla base di un tasso di sconto. La serie di flussi riguarda un periodo di 8 anni (2014-2021), uguale alla durata della struttura prima di intraprendere interventi di manutenzione straordinaria e il tasso di sconto è del 3.5%

Con l' ipotesi che tutti i costi sostenuti dalla banca possano essere interamente recuperati attraverso il reddito generato dall'imbankaggio delle unità ad uso privato, il PNV è stata posto uguale a 0.

Tutti i costi sono stati calcolati in Euro 2013 e sono stati aggiustati per il tasso di inflazione atteso nel periodo 2014-2021 (tasso annuo del 3,1 %).

Si sono prospettati due scenari: il primo volto a definire il volume di USC privato necessario a coprire i costi della banca ai diversi prezzi nell'ipotesi che il volume di USC ad uso solidaristico e mirato rimanga costante a pari a quello del periodo 2009-2012; il secondo è definire come cambiano i volumi di USC private al variare dei volumi delle USC ad uso solidaristico e mirato, facendo variare i prezzi. **RISULTATI:** Il volume medio delle unità ad uso solidaristico e mirato raccolto dalla Banca di Torino nel 2009-2012 era di 1.071 e 20 rispettivamente (totale 1.091). Assumendo questi volumi , senza considerare le unità private, per un periodo di 8 anni, il valore attuale dei ricavi è 675.422 € e il valore attuale dei costi totali è € 5.961.825 (€ 1.891.531 costi fissi; € 4.070.294 costi variabili). Nel complesso il PNV, dato dalla differenza tra il valore attuale dei redditi e il valore attuale dei costi totali è negativo e pari a € -5.286.403. Se il volume annuo di USC ad uso solidaristico e mirato è 1.091, il volume annuale delle unità private necessarie per recuperare i costi deve essere 467 al prezzo di € 2.000, 389 a € 2.300, 355 a 2,500 € e 311 a € 2,800 .

La figura 1 mostra i volumi di USC private da imbankare per coprire tutti i costi della Banca del sangue, stimati al variare dei volumi di USC ad uso solidaristico e mirato e considerando i diversi prezzi a cui può essere venduto il servizio privato. Esiste una relazione lineare positiva tra il volume privato USC e le unità a uso solidaristico e mirato e il volume di USC privato diminuisce al crescere del prezzo. **CONCLUSIONI:** Attraverso questa analisi abbiamo quantificato l'ammontare delle risorse finanziarie necessarie per le attività di BSC e possiamo concludere che l'apertura al private banking genera reddito per sostenere se stesse. Tuttavia, la scelta dell'apertura al mercato privato deve essere presa alla luce delle implicazioni etiche e legislative.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 216

IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO SUICIDIO IN OSPEDALE – ESPERIENZA DELL’AZIENDA OSPEDALIERA FATEBENEFRAPELLI ED OFTALMICO DI MILANO

A. Gimigliano 1; A. Grappiolo 1; A. Tartaglia 1; F. Zangirolami 2; M. Errico 1; F. Reitano 1;
G. Monza 1

1 Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli ed Oftalmico Milano

2 Università degli Studi di Milano - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

INTRODUZIONE: L’OMS considera il suicidio come un problema complesso non ascrivibile a una sola causa o a un motivo preciso; sembra piuttosto derivare da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali e ambientali; rappresenta, quindi, un grave problema nell’ambito della Salute Pubblica che potrebbe essere in gran parte prevenuto. Secondo i più recenti dati ISTAT in Italia tra il 1993 e il 2009 la mortalità legata ai suicidi è diminuita da 8,3 a 6,7 suicidi ogni centomila abitanti. La propensione al suicidio è maggiore tra la popolazione maschile, oltre tre volte quella femminile, e cresce all’aumentare dell’età.

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella grave la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente, per tale motivo il Ministero della Salute ha trattato l’argomento nell’ambito della Raccomandazione n. 4, la cui revisione risale al marzo 2008; in particolare, le azioni indicate riguardano: la presa in carico del paziente, le caratteristiche strutturali dell’ospedale ed i processi organizzativi.

L’Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli ed Oftalmico di Milano ha deciso di intraprendere un progetto volto alla identificazione dei pazienti considerati “a rischio suicidio” mediante l’elaborazione di un questionario/colloquio (q/c) da somministrare ad alcuni dei pazienti ricoverati in modo tale da poter fornire loro una corretta e tempestiva presa in carico. Mediante la messa in atto di giusti mezzi di barriera, al fine di diminuire il numero di suicidi e, mediante la valutazione psichiatrica degli stessi, potrebbe essere possibile fornire il corretto sostegno anche al momento della dimissione. **MATERIALI E METODI:** E’ stato costituito il gruppo di lavoro multi-disciplinare composto da: Medico di Direzione, Internista, Psichiatra, Coordinatore Infermieristico di una delle Divisioni di Medicina Interna e Infermiere Professionale della U.O. di Psichiatria; è stata successivamente coinvolta un’Assistente Sociale.

E’ stato elaborato un calendario delle attività da svolgere nell’ambito dello stesso (tab. 1).

Sono state coinvolte tutte le U.O. presenti in Azienda ad eccezione di oncologia, terapia intensiva, psichiatria e oculistica, le prime per le loro caratteristiche proprie, l’ultima perché effettua per lo più ricoveri brevi.

Seguendo le indicazioni ministeriali è stato predisposto un q/c mirato a valutare lo stato emotivo, il vissuto del ricovero del paziente e l’eventuale presenza di condizioni che possono essere preliminari al suicidio (malessere personale, solitudine, mancanza di progettualità per il futuro,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

perdita di senso della vita, etc). La valutazione deve essere eseguita da parte del medico che ha in carico il paziente e che, in prima istanza, non coincide necessariamente con lo specialista psichiatra.

Sono state definite le caratteristiche dei pazienti eleggibili per il q/c in quanto considerati a rischio sulla base dei dati anamnestici raccolti (tab. 2).

E' stato individuato l'indicatore per la successiva valutazione dello strumento: pazienti a rischio individuati mediante scheda di valutazione/totale pazienti valutati.

Successivamente è stato pianificato un incontro con i referenti del Rischio Clinico presenti in tutte le UU.OO. per illustrare la scheda elaborata e coinvolgerli per la parte operativa. **RISULTATI:** Al momento non è possibile riportare i risultati relativi all'applicazione dello strumento.

Il gruppo di lavoro ha, fino ad oggi, rispettato il cronoprogramma delle attività; questo è stato possibile soprattutto per il forte vissuto emotivo che le diverse figure professionali coinvolte hanno nei confronti dell'argomento trattato.

Durante i corsi di formazione non sono emerse criticità particolari, successivamente alcuni medici e chirurghi delle UU.OO. coinvolte hanno espresso delle perplessità nell'applicabilità dello strumento, dichiarandosi non sempre in grado di far fronte a tematiche distanti dalla loro attività quotidiana; è stato fornito loro il supporto degli specialisti in psichiatria.

In generale si può comunque sostenere che, almeno per il momento, tutte le diverse fasi del progetto possono considerarsi soddisfatte e che il q/c si è rivelato un valido strumento per potenziare la comprensione empatica della sofferenza del paziente da parte del medico, favorendo una relazione terapeutica positiva basata sull'ascolto attivo. La personalità del medico si è inoltre rivelata un fattore determinante nell'influenzare la compliance diagnostico-terapeutica del paziente. **CONCLUSIONI:** Sperando che l'applicazione del q/c introdotto permetta di identificare i pazienti considerati a rischio suicidio, si resta in attesa della valutazione intermedia e di quella conclusiva. Nel caso in cui i risultati dimostreranno che tramite il q/c sia stato possibile identificare alcuni pazienti, si spera di poter ideare un percorso integrato Ospedale – Territorio e con il coinvolgimento delle Strutture di lungodegenza territoriali che permetterà di seguire i pazienti dopo la dimissione dalla nostra Struttura per acuti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 139

SVILUPPO DELLA METODOLOGIA HTA PER LO SVILUPPO DI UNA NUOVA PIASTRA ENDOSCOPICA NELL' AOU FEDERICO II DI NAPOLI

D. Schiavone 1, T. De Pascale 2, N. Grimaldi 2, I. Russo 2, F. Rubba¹, M. Gubitosi 3, A. Perrone 4
G. D'Onofrio¹; M. Triassi 2

1 Direzione Sanitaria AOU Federico II Napoli

2 Dipartimento di Sanità Pubblica AOU Federico II Napoli

3 Servizio Attività Tecniche Manutentive AOU Federico II Napoli

4 Settore Apparecchiature Elettromedicali AOU Federico II Napoli

INTRODUZIONE: Tutti i sistemi sanitari si trovano ad affrontare sfide economiche riguardanti prestazioni mediche e chirurgiche sempre più impegnative, dovendo tenere conto di un'allocazione delle risorse che consenta di ottenere i migliori risultati possibili al minor prezzo. La Health Technology Assesment (HTA) in questo contesto, si propone come uno strumento di ricerca utile a comparare vantaggi e svantaggi di interventi sanitari alternativi attraverso le sintesi delle evidenze esistenti, l'analisi dei dati di routine raccolti e la generazione delle nuove evidenze, per valutare le diverse soluzioni tecnologiche con lo scopo di soddisfare le esigenze cliniche, di costo-efficacia, di sicurezza.

Considerata la scarsità degli strumenti, in relazione alle esigenze dovute al deficit del sistema sanità, l'impiego di una risorsa deve tenere conto del rapporto costo-opportunità per cui l'introduzione di una nuova tecnologia dovrebbe produrre benefici pari o superiori rispetto a quelli esistenti. Purtroppo, sempre più spesso, risorse sanitarie sono investite in tecnologie che non sono le più adatte per una determinata funzione o rappresentano un avanzamento tecnologico ad un prezzo che non ne giustifica l'acquisizione rendendo, in tal modo, difficoltoso il rispetto degli obiettivi di salute. In questa prospettiva si inserisce il percorso progettuale, avviato dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II per il quale uno spazio inizialmente destinato ad una sala operatoria è stato "alleggerito" dal punto di vista della intensità delle cure per diventare sede del progetto di una grande piastra di endoscopia diagnostica ed interventistica centralizzata. Il progetto ha previsto la creazione di spazi separati per l'erogazione dei servizi di endoscopia diagnostico interventistica a pazienti ricoverati (ricovero ordinario day hospital/day surgery) e ad utenti esterni afferenti alla struttura in regime ambulatoriale. **MATERIALI E METODI:** Presupposto essenziale alla messa in funzione di tale progetto è stato il coinvolgimento dei diversi Servizi, dei Settori e del personale, che con differenti gradi di responsabilità ed autonomia, sono coinvolti nell'allestimento di una piastra endoscopica. A tal fine la Direzione Sanitaria si è più volte incontrata con:

- il Servizio Attività Tecnico-Manutentive;
- Il Dipartimento in cui verrà allocata la nuova struttura;



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- Il Direttore del Servizio di Endoscopia Digestiva;
- Il Direttore della Scuola di specializzazione in Endoscopia Digestiva chirurgica;
- Il Responsabile del Servizio Gestione Apparecchiature Elettromedicali;
- L'Esperto qualificato.

Durante questi incontri sono state delineate:

- le diverse fasi per la realizzazione della piastra endoscopica;
- la metodologia operativa;
- i ruoli e compiti di ciascuno;
- il cronoprogramma delle attività;
- gli indicatori di risultato;

Lo sviluppo del progetto ha implicato:

- Sopralluoghi ricognitivi periodici;
- Analisi della casistica degli interventi di tipo endoscopico;
- Valutazione dei carichi di lavoro del personale medico ed infermieristico;
- Valutazione economico-qualitativa delle apparecchiature elettromedicali già in possesso dell'AOU e delle apparecchiature da sostituire o comprare;

- Riunioni periodiche con il Direttore del Dipartimenti/Servizi coinvolti.

Richiesta preventiva di autorizzazione della planimetria con indicazioni delle destinazioni di uso all'ASL di appartenenza. **RISULTATI:** Il presente progetto è solo l'inizio di un più ampio programma destinato alla riorganizzazione degli spazi e un'ottimizzazione delle risorse umane ed economiche. Allo stato attuale sono in fase di realizzazione i lavori di ristrutturazione muraria ed impiantistica. L'applicazione della metodologia HTA da parte della Direzione Sanitaria, in collaborazione con il Responsabile del Servizio Gestione Apparecchiature Elettromedicali, il Servizio Attività Tecnico-Manutentive e il Direttore del Dipartimento/Servizi coinvolti nella ristrutturazione organizzativa e funzionale degli spazi oggetto del progetto, ha permesso l'acquisto delle apparecchiature necessarie e ove possibile una riallocazione ottimale delle apparecchiature già esistenti. **CONCLUSIONI:** In un periodo di limitate risorse e ridotto turn over del personale sanitario, lo sviluppo di un sistema centralizzato dei servizi permetterà all'AOU Federico II, di ottimizzare l'erogazione dell'assistenza offrendo prestazioni sanitarie rispondenti all'esigenza dell'utente e caratterizzate da standard qualitativamente elevati con notevole impatto sulla riduzione delle liste di attesa.

In tale contesto la Direzione Sanitaria ha assunto un ruolo preponderante nella coordinazione dei vari servizi e nella gestione delle attività in un'ottica di miglioramento continuo dell'offerta sanitaria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 141

ORGANIZZAZIONE DI UNA BANCA DEL LATTE UMANO DONATO PRESSO IL LACTARIUM DELL'AOU FEDERICO II

Grimaldi N.1, Schiavone D.2, De Pascale T.1, Troiano E.1, Rubba F.2, Torre I.1, D'Onofrio G.2, Triassi M.1

1Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Degli Studi di Napoli Federico II

2Direzione Sanitaria AOU Federico II

INTRODUZIONE: La promozione dell'allattamento al seno rappresenta uno degli interventi di salute pubblica più rilevanti in termini di efficacia e di rapporto costo/beneficio. Il latte materno e il latte di banca donato da madre o donatrice (Banca del Latte Umano Donato, BLUD), rappresenta anche l'alimento più adeguato ai fabbisogni nutrizionali dei neonati prematuri e ricoverati. I principali vantaggi derivanti dall'utilizzo del latte umano di banca nell'alimentazione dei neonati pretermine sono infatti correlati a bassa incidenza di enterocolite necrotizzante, ridotta incidenza di sepsi ed altre infezioni, ridotta incidenza di displasia broncopolmonare, elevata tolleranza alimentare, prevenzione dell'ipertensione arteriosa e dell'insulino-resistenza. La presenza di una BLUD in una Terapia Intensiva Neonatale (TIN), inoltre, oltre a ridurre significativamente la percentuale di neonati che ricevono una formula artificiale nelle prime settimane di vita, favorisce la prosecuzione dell'allattamento esclusivo al seno alla dimissione. Per tale motivo sono sorte, su tutto il territorio nazionale, le BLUD: in Italia attualmente operano 32 Banche latte dislocate su gran parte del territorio nazionale. La regione Campania, pur presentando un alto indice di natalità, presenta attualmente solo una BLUD. **MATERIALI E METODI:** L'AOU Federico II è un punto nascita di III Livello, con Lactarium attrezzato per fornire latte artificiale sia ai piccoli ricoverati della neonatologia sia ai pazienti della TIN. Nell'ambito dello sviluppo di un progetto di promozione, protezione e sostegno al parto spontaneo e all'allattamento al seno, la Direzione Sanitaria dell'AOU Federico II ha istituito una commissione interdipartimentale composta da un ginecologo, un'ostetrica, un neonatologo, una dietista, un medico igienista e, nel corso del 2013, a seguito della riorganizzazione del Servizio di Lactarium, è stata prevista la nascita di una Banca del Latte Umano Donato, al fine di:

- promuovere l'allattamento al seno nell'ambito del percorso di assistenza alla gestante ed alla puerpera;
- favorire le donazioni da parte delle mamme nutrici;
- incrementare l'uso del Latte Umano Donato quando non vi sia disponibilità all'allattamento al seno della madre, riducendo la somministrazione ai neonati di preparati di latte artificiale;
- soddisfare le necessità dei neonati pretermine presenti presso la TIN, garantendo a tutti la somministrazione di Latte Umano Donato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La nuova struttura prevedrà una stretta connessione con la TIN, e verrà realizzata sulla base di quanto previsto dalle "Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno" (G.U. n.32 del 8/2/2014), in termini di requisiti strutturali e di attrezzature. Il servizio di raccolta consentirà il ritiro del latte dalle mamme donatrici al letto di degenza presso il reparto di Ginecologia ed Ostetricia, dopo un'opportuna anamnesi al momento della donazione per testare le abitudini alimentari e di vita, e previo accertamento della negatività di alcune infezioni virali (epatite B e C, HIV). Per tubercolosi e sifilide sarà sufficiente il dato anamnestico di non infezione in atto, mentre la positività al Citomegalovirus non rappresenterà fattore di controindicazione alla donazione (in considerazione delle procedure di pastorizzazione cui il latte verrà successivamente sottoposto). **RISULTATI:** Sviluppo ulteriore del progetto sarà quello di promuovere la donazione del latte umano e di incrementare le scorte favorendo il ritiro anche presso il domicilio della madre/donatrice, attraverso l'incremento della collaborazione con i servizi territoriali. Il latte raccolto verrà sottoposto a valutazione delle caratteristiche organolettiche (odore ed aspetto), valutazioni analitiche di tipo batteriologico periodico, pastorizzazione e congelamento. **CONCLUSIONI:** Già nel 1980 la dichiarazione congiunta OMS/UNICEF affermava che: "Quando non è possibile per la madre biologica allattare al seno, la prima alternativa, se disponibile, deve essere il latte umano. Le Banche del Latte Umano Donato dovrebbero essere attivate in situazioni appropriate". Attenendosi dunque a tali principi l'AOU Federico II, attraverso la realizzazione della BLUD, intende promuovere:

- la cultura della donazione;
- le motivazioni della donazione (protezione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno);
- la promozione di una corretta informazione sull'utilità del latte umano donato;
- la riduzione o l'astensione all'uso di nutrizione parenterale, con cateteri venosi che possono essere fonte di infezione;
- la riduzione dell'utilizzo di latte artificiale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 346

PERCORSI DI GESTIONE INFORMATIZZATA DELLE EMERGENZE E STRATEGIE DI PRIMO SOCCORSO IN UN POLICLINICO UNIVERSITARIO

Rubba F.1, Toscano G.4, Giancotti E.3, Schiavone D.1, Grimaldi N.2, De Pascale T.2, Iannucci F.4, D'Onofrio G.1, Triassi M.2

1Direzione Sanitaria AOU Federico II di Napoli

2Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli Federico II

3A.S.L. Napoli 1 Centro

4Servizio Informatico Aziendale S.I.A. AOU Federico II di Napoli

INTRODUZIONE: L'informatizzazione dei sistemi di soccorso è gestita in reti regionali Hub e Spoke, ma non risultano allo stato esperienze simili nel contesto di un policlinico universitario né tanto meno sono presenti in letteratura esempi di survey su strategie di primo soccorso al di fuori di Pronto Soccorso o DEA strutturati. L'Università Federico II di Napoli non ha un Pronto Soccorso strutturato, tuttavia l'esigenza di rispondere alle emergenze occorrenti, ha portato alla costruzione di un sistema di emergenza e primo soccorso "On demand". La fattibilità di questa ipotesi è stata verificata attraverso la misura della tipologia e del peso degli incidenti in linea con la creazione di un flusso di valore secondo il Lean System e il modello Toyota ossia, attraverso la costruzione di step decisionali basati su ragionamenti rapidi ed economici, capaci di creare valore aggiunto (knowledge creating companies). Il sistema epistemologico della nostra cultura è strutturato sulla convinzione che possedere il maggior numero possibile di informazioni e opzioni garantisca sempre la migliore scelta. Nondimeno la valutazione di molti casi dimostra che in quei contesti in cui l'analisi delle cognizioni deve rapidamente trasformarsi in azione, come in molti setting di decisioni organizzative, meglio si regolano elementi chiave di liste decisionali semplici e trasparenti, che non sono algoritmi decisionali completi, ma una versione ridotta e incompleta degli stessi, basata sulla attenta e puntuale osservazione dei dati nel contesto. Liste decisionali semplici e rapide infatti, sono imprescindibili in contesti quale quello del Primo soccorso.

MATERIALI E METODI: La fattibilità di questa ipotesi è stata verificata attraverso la misura della tipologia e del peso degli incidenti, in linea con la creazione di un flusso di valore secondo il modello Toyota. Nell'ambito di un laboratorio di eventi catalogati dalla Direzione Sanitaria, è stata condotta una survey di tre anni sugli incidenti occorrenti agli accompagnatori dei pazienti della AOU Federico II. Successivamente gli interventi di primo soccorso sono stati catalogati in una reportistica cartacea, di modo da stimolare anche gli operatori alla compilazione dei dati essenziali per il flusso. Di seguito l'operativo Pronto Soccorso web (PS WEB) è stato personalizzato per la gestione dei "primi soccorsi" attraverso l'analisi dei dati di survey e valendosi delle integrazioni aziendali di percorso (link alle accettazioni dei reparti per le funzioni di ricovero) ed è stato costituito un manuale aziendale della procedura. RISULTATI: In un triennio di sorveglianza i



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

risultati hanno messo in luce una media di 10 soccorsi mensili. Nel 90% dei casi è stato prestato primo soccorso, nei restanti si è ricorso al 118 regionale. Le cause più frequenti di soccorso sono state: Sincope (44%), dolore toracico (22%), cadute con lesioni osteo muscolari (25 %). Il sistema di primo soccorso on demand si è mostrato coerente con la struttura organizzativa e l'eterogeneità di un policlinico universitario che seppure sprovvisto di primo soccorso è fortemente integrato nella rete delle emergenze. CONCLUSIONI: Il sistema di attivazione on demand reticolare ha funzionato grazie ad un'azione di coordinamento 24 ore su 24 ore (h24) prestata dalla Direzione Sanitaria ed è coerente al lean system flow del modello Toyota. Nei primi anni di attivazione di tale sistema, l'analisi organizzativa ha attivato una serie di postazioni ove insistono percorsi sanitari affini all'area critica e destinati ad attività sanitaria di emergenza/urgenza. Il software personalizzato PS WEB oggi attivo in via sperimentale per i primi soccorsi si configura come una "Astanteria virtuale" in cui è tracciato tutta la presa in carico di primo soccorso, fino alla dimissione con "verbale di soccorso" relativo al ricovero presso una Unità Operativa Complessa dell'azienda Ospedaliera Universitaria Federico II sanitario. L'informatizzazione operativa è un percorso in via di sviluppo che prevede per il 2015 di interessare anche le aree coinvolte nei trasferimenti secondari della rete di emergenza, onde distinguerli dalla attività di ricovero programmata e di elezione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 129

RIORGANIZZAZIONE DELLA GESTIONE DELL' EMERGENZA INTRA-OSPEDALIERA: ESPERIENZA DELL' AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA (AOUN).

F. Guarneri 1; L. De Simone 2; F. Casalini 1; F. Marchetti 2; S. Giuliani 2; S. Frangioni 2; M. Giraldi 2; F. Gemmi 2; G. Privitera 1 2.

1. Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

2. Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

INTRODUZIONE: L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, attualmente organizzata in 2 presidi ospedalieri, è impegnata in un percorso di progressivo trasferimento che si concluderà con il completamento del nuovo ospedale e la definitiva dismissione del vecchio presidio. Il

trasferimento del Dipartimento di Emergenza e Accettazione e di gran parte della chirurgia generale e specialistica con i relativi servizi di anestesia e rianimazione ha comportato la necessità di riorganizzare la gestione dell'emergenza intraospedaliera in entrambe i presidi. **MATERIALI E**

METODI: Una prima azione della Direzione Sanitaria è stata l'istituzione del servizio del Rescue Team H24 (Anestesista Rianimatore e Infermiere di Terapia Intensiva) per garantire il soccorso avanzato a vantaggio delle attività residue nel vecchio presidio: polo oncologico, centro

senologico, dipartimento materno-infantile, salute mentale e alcune specialistiche di area medica e chirurgica. Una volta messa a regime la nuova modalità organizzativa è stata effettuata un'

analisi dei percorsi di entrambe i presidi per evidenziare eventuali criticità e programmare le relative azioni di miglioramento. Le principali criticità riscontrate nel vecchio presidio hanno

riguardato la mancanza di posti letto di area critica intensiva con necessità di trasferire i pazienti verso le terapie intensive del nuovo ospedale (organizzazione dei trasporti, servizio ambulanze, personale medico da impiegare in caso di necessità di supporto vitale avanzato), e la

frammentazione delle attività anestesiológicas. L'analisi delle esigenze organizzative ha ravvisato altresì la necessità di revisionare le procedure aziendali inerenti la gestione delle emergenze intraospedaliere per renderle coerenti con il nuovo assetto e la necessità di procedere ad una

sistematizzazione dei carrelli dell'emergenza, anche applicando le tecniche del lean thinking. **RISULTATI:** La principale azione di miglioramento è stata l'attribuzione di tutte le attività

anestesiológicas presenti nel vecchio presidio ad un' unica U.O. in cui sono confluite la guardia anestesiológica ostetrica H24 per la partoanalgesia e le eventuali urgenze/emergenze ostetrico-ginecologiche, le attività delle sale operatorie e il rescue team, con l'attivazione di 2 posti letto di

area critica/intensiva per le necessità postchirurgiche e la gestione/stabilizzazione delle emergenze/urgenze del presidio. L'azione è stata completata con la redazione di una nuova procedura aziendale inerente la gestione delle emergenze intraospedaliere corredata di una brochure informativa contenente indicazioni su edifici, UU.OO. e recapiti telefonici dei rispettivi

servizi di soccorso avanzato, percorsi differenziati per ricoverati, pazienti ambulatoriali,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

visitatori/studenti, con specifiche per le diverse aree di intervento (aree esterne, mense, aule, ambulatori, reparti), occasioni in cui attivare il 118, e di schede per il monitoraggio degli interventi effettuati. Sono state intraprese azioni specifiche per la riorganizzazione dei carrelli dell'emergenza, completata dalla produzione di checklist di controllo per la corretta gestione (controllo giornaliero defibrillatore, controllo mensile farmaci e presidi, riordino dopo l'utilizzo e apposizione dei sigilli, controllo date di scadenza). Il regolare controllo di queste ultime e la sostituzione di farmaci e presidi prima del raggiungimento di tali date, con conferimento ai reparti per un pronto utilizzo, garantisce una riduzione degli sprechi. Nel generale riordino della gestione dell'emergenza è stata introdotta la scheda MEWS (Modified Early warning Score) per il rilevamento di specifici score di aggravamento e l'attivazione del Soccorso avanzato. L'Azienda ha inoltre generalizzato l'offerta di corsi di supporto vitale (BLS-D) al personale strutturato e in formazione. **CONCLUSIONI:** Le analisi di processo realizzate e la revisione della letteratura effettuata suggeriscono di integrare quanto finora realizzato con ulteriori azioni di miglioramento, quali l'istituzione di una Commissione Interna Emergenza e sua Logistica in Ospedale; il monitoraggio degli interventi effettuati per valutare l'appropriatezza di utilizzo delle risorse; l'utilizzo di M&MR e Audit come fonti e strumenti per individuare le aree di criticità che possano avvantaggiarsi di azioni di miglioramento; l'organizzazione di un corso di formazione aziendale sulla gestione intraospedaliera delle emergenze che preveda l'utilizzo della simulazione di specifici scenari.

La collaborazione tra Rischio Clinico, Direzione Medica di Presidio, Qualità e Accreditamento, Dipartimento di Anestesia e Terapie Intensive ha consentito di produrre strumenti coerenti con i processi analizzati, concordati a livello direzionale, condivisi dagli operatori sanitari e centrati sulla gestione del rischio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 693

L'INFORMATIZZAZIONE DELL'ATTO OPERATORIO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA: IL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA NELLA SUPERVISIONE DELLA CORRETTA COMPILAZIONE DEGLI ATTI

G. Ghirlanda 2, F. Marchiori 1, R. Poli 2, MG. Cengia 2, S. Tardivo 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità - Sezione di Igiene e M.P.A.O. - Università degli Studi di Verona

2 Dipartimento di Direzione Medica Ospedaliera e Farmacia dell'AOUI di Verona

INTRODUZIONE: Il processo di informatizzazione in ambito sanitario, è ormai una realtà in forte sviluppo nella quasi totalità delle strutture sanitarie, ed in ambito ospedaliero ha finalmente raggiunto anche la compilazione del registro operatorio. I vantaggi di questa innovazione sono importanti ed evidenti ma spesso si devono scontrare con difficoltà dovute a problematiche tecniche, organizzative e non infrequentemente anche con la resistenza da parte degli operatori stessi addetti a tale compilazione. In particolare si riscontrano difficoltà nella convalida dell'atto operatorio da parte delle diverse figure professionali coinvolte (Chirurgo, Anestesista ed Infermiere Professionale). La non corretta/incompleta convalida dell'atto implica importanti conseguenze di tipo organizzativo-gestionale (come la mancata attribuzione del numero di registro all'intervento) e legali (incompletezza dell'atto chirurgico o mancanza della firma digitale). La direzione medica (DM) può esercitare un importante ruolo organizzativo di supervisione della corretta compilazione degli atti al fine di aiutare il personale di sala ad un corretto utilizzo dello strumento informatico.

L'obiettivo del presente studio è quello di individuare una metodica efficace di supporto e informazione delle unità operative chirurgiche al fine di raggiungere una compilazione corretta e puntuale dell'atto operatorio informatizzato. **MATERIALI E METODI:** Tramite l'utilizzo dello stesso software utilizzato in sala operatoria per la compilazione degli atti è possibile calcolare periodicamente il numero totale e/o diviso per unità operativa degli interventi non correttamente registrati. La DM, ha un ruolo centrale in questa organizzazione: verifica periodicamente lo stato degli atti, invia mensilmente un resoconto ai direttori/coordinatori di tutte le uu..oo.. coinvolte, riportante il numero di atti non completati ed i nomi degli operatori che non hanno effettuato la convalida e coadiuva le uu..oo.. nella compilazione per la chiusura definitiva degli atti. **RISULTATI:** Nel grafico sottostante è possibile visualizzare il trend del numero di atti operatori ancora aperti, ossia con mancata convalida, dal 1° ottobre 2011 (data di inizio della sorveglianza) al 31 aprile 2014.

E' importante sottolineare come il trend, in prossimità del mese in cui il software viene implementato in nuove unità operative chirurgiche (cerchio rosso), sia in lieve aumento per poi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

tornare a calare; questo è dovuto all'iniziale difficoltà di adattamento del clinico al nuovo strumento, con conseguente erronea/mancata chiusura degli atti operatori informatizzati. Un altro fattore di mancata chiusura può essere dovuto all'implementazione di nuovi campi di compilazione obbligatoria all'interno dell'atto (come ad esempio l'introduzione recente del campo ASA per l'anestesista di sala (cerchio giallo). **CONCLUSIONI:** L'attività di supporto alla corretta compilazione dell'atto operatorio informatizzato può essere svolta con successo dal team della Direzione Medica Ospedaliera che si occupa dell'organizzazione del gruppo operatorio (Dirigente medico, Dirigente infermieristico, Medico in formazione), al fine di limitare le possibili difficoltà organizzative (chiusura cartelle) e legali (contenziosi), dovute ad una non corretta rendicontazione informatizzata dell'attività delle sale operatorie. Infatti, la percentuale degli interventi non correttamente chiusi, se pur di non lieve entità, deve essere valutata in considerazione dell'attività chirurgica complessiva effettuata dall'AOUI di Verona, che raggiunge fino a 2400 interventi (con atto operatorio informatizzato). Pertanto si può concludere che la puntuale informazione delle unità operative relativamente al numero di interventi non correttamente registrati e l'attività di supporto proattivo della Direzione Medica, si sono dimostrate un efficace metodo di controllo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 517

L'APPROCCIO DEGLI OPERATORI SANITARI ALL'ICT TRA RESISTENZA E SPINTA AL MIGLIORAMENTO. VALUTAZIONE DELL'INTRODUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA IN UNA REALTÀ DI RIABILITAZIONE INTENSIVA.

S. Monami 1, F. Papalia 1, L. Antonelli 1, C. Meleleo 2

1 Casa di Cura Policlinico Italia, Roma; 2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma Tor Vergata

INTRODUZIONE: Nell'ultimo decennio la Sanità Pubblica è stata interessata da una serie ininterrotta di riforme e da un consistente rinnovamento culturale, finalizzati al potenziamento, sia in termini di efficacia che di efficienza, del livello di prestazioni erogate. In tale ottica sono state condotte ricerche a sostegno del processo di informatizzazione in Sanità, evidenziando miglioramenti significativi, sia dal punto di vista della qualità della cura sia dal punto di vista del contenimento della spesa. La spinta al processo di digitalizzazione anche in ambito sanitario, data dalla creazione dell'Agenda Digitale Italiana (ADI), ha stimolato il Policlinico Italia, struttura privata accreditata, ad avviare, nel mese di settembre 2013, il progetto di informatizzazione della cartella clinica. **MATERIALI E METODI:** Al fine di valutare l'andamento del progetto e al contempo di verificare il gradimento da parte di coloro che quotidianamente utilizzano il software per la Cartella Clinica Elettronica (CCE), è stato redatto un questionario a risposta multipla, a cui rispondere in forma anonima. L'impostazione metodologica è stata basata sul confronto dello strumento digitale rispetto al cartaceo, nell'ottica di comprendere quanto alcuni aspetti, quali l'accuratezza, l'ordine, il tempo per la registrazione dei dati clinici, la leggibilità, la completezza della terapia, la riservatezza dei dati, la collaborazione tra gli operatori e la personalizzazione del processo di cura fossero migliorati, peggiorati o rimasti invariati, secondo il giudizio degli utilizzatori. Alle n. 9 domande strettamente legate alla valutazione della nuova cartella, ne sono state aggiunte n. 2, volte alla conoscenza dell'adeguatezza delle abilità informatiche degli operatori prima dell'introduzione della cartella digitale e dell'eventuale miglioramento seguito dall'esercizio quotidiano sul software. **RISULTATI:** Sono state individuate 4 categorie di operatori: medici, infermieri, fisioterapisti, specialisti (psicologi, dietisti e logopedisti) e personale amministrativo. Inoltre, si è scelto di suddividere l'età in 4 range, rispettivamente da 20 a 30, da 31 a 40, da 41 a 50 ed infine oltre i 61 anni. La somministrazione del questionario è avvenuta nel periodo compreso tra il 7 e il 14 maggio 2014. Il campione esaminato è costituito da 94 operatori (12 medici, 47 infermieri, 25 fisioterapisti, 4 specialisti e 6 amministrativi), per il 61% di sesso femminile e nel 56% dei casi con un'età compresa tra i 20 e i 40 anni. Il livello di accuratezza, precisione e completezza della CCE nel documentare le informazioni cliniche del paziente è stato giudicato migliore dal 56,7% degli operatori, mentre ha ravvisato un peggioramento solo l'8,9% del campione, di cui il 37,5% medici. Gran parte degli operatori ha ravvisato un peggioramento



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

riguardo alla tempistica necessaria per la compilazione della cartella; secondo il 56,4% del campione la quantità di tempo necessaria per la registrazione e la ricerca delle informazioni cliniche è infatti aumentata, diminuita per il 27,7% e rimasta invariata secondo il restante 16%. In merito al recupero di informazioni in caso di pazienti che abbiano già avuto un accesso presso la struttura, gran parte degli operatori (69,1%) ritiene che la CCE favorisce il reperimento dei dati, mentre solo il 10,6% pensa che il cartaceo fosse migliore. Analogamente la leggibilità, la consultazione e l'ordine della cartella sembrano essere migliorati secondo il 71,7% del campione e rimasti invariati per il 19,6%. Infine in merito alle proprie abilità informatiche prima dell'introduzione della cartella elettronica, solo il 12,8% ritiene che non fossero adeguate, anche se la metà del campione ritiene comunque di aver migliorato le proprie conoscenze informatiche grazie all'utilizzo quotidiano del software. **CONCLUSIONI:** Sebbene l'attivazione di nuove procedure informatizzate abbia comportato un prevedibile sconvolgimento di dinamiche e percorsi organizzativi consolidati, con un conseguente impatto nella routine quotidiana e con una iniziale resistenza all'informatizzazione più o meno manifesta, dai risultati ottenuti è emerso un giudizio globalmente positivo sull'introduzione della CCE. In particolare, è stato ravvisato un miglioramento relativo ad accuratezza, precisione, completezza e leggibilità della cartella, nonostante la percezione di un aumento dei tempi per la compilazione; aspetto da ricondursi ad una padronanza ancora incompleta dello strumento. Benché la maggior parte del campione abbia dichiarato di possedere adeguate competenze informatiche, è stata riscontrata una conoscenza in materia notevolmente disomogenea. Il passaggio alla modalità digitale rende infatti necessaria, per alcuni operatori, una formazione di base di alfabetizzazione informatica, cui far seguire successivamente la formazione specifica sulle caratteristiche e sulla funzionalità del sistema che viene messo in opera. L'iniziale feedback degli operatori ha segnalato un avvio difficoltoso, perfettamente in linea con le esperienze riportate in letteratura, proprio per la nuova metodologia di lavoro; tuttavia, in un secondo momento, una volta acquisita un'adeguata padronanza del software, è stato riscontrato un atteggiamento critico positivo che ha condotto a numerose segnalazioni di miglioria e perfezionamento da apportare al sistema stesso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 510

RIABILITAZIONE E ICT. INTRODUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA IN UNA RIABILITAZIONE INTENSIVA POST-ACUZIE

F. Papalia 1, S. Monami 1, L. Antonelli 1, C. Meleleo 2

1 Casa di Cura Policlinico Italia, Roma; 2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma Tor Vergata

INTRODUZIONE: La crescente complessità delle cure e la peculiare esigenza della Medicina Riabilitativa di procedere con approccio multi-professionale e multi-disciplinare, fanno emergere sempre di più la necessità di strumenti di comunicazione e integrazione interprofessionale in grado di rendere disponibili in maniera univoca i dati necessari per erogare le prestazioni sanitarie e riabilitative in modo appropriato, efficace, efficiente e sicuro.

La tradizionale cartella clinica cartacea può, in alcune occasioni, rivelarsi inadeguata per attività quali la veloce ricostruzione del processo di cura, l'integrazione delle informazioni, la fedele successione cronologica, la rapida individuazione di problemi e soluzioni, la tracciabilità degli atti sanitari, ecc. La Cartella Clinica Elettronica (CCE) favorisce invece il miglioramento del processo di cura, potenziando il coordinamento e la comunicazione tra i professionisti coinvolti, in particolare attraverso la riduzione dei tempi di processo, degli eventi critici e avversi e soprattutto attraverso l'ottimizzazione delle risorse.

Il Policlinico Italia ha raccolto la sfida di affrontare la completa digitalizzazione della propria documentazione sanitaria, con la creazione di un modello di cartella "dipartimentale", flessibile ed adattabile ad entrambe le attività sanitarie principali ovvero la Riabilitazione intensiva (cod. 56) e la Residenza Sanitaria Assistenziale. **MATERIALI E METODI:** Il progetto di digitalizzazione della cartella clinica è iniziato nel settembre 2013 in collaborazione con una software house per il supporto progettuale e logistico/gestionale e si è articolato in varie fasi. È stato dapprima costituito un gruppo di lavoro con la partecipazione di un referente della Direzione Sanitaria, da un clinico, da un referente infermieristico, da un referente fisioterapista e dal Responsabile della Qualità. Successivamente si è provveduto all'identificazione dei requisiti minimi della CCE, alla definizione del data-set e del format ed alla revisione, aggiornamento e rielaborazione dei documenti già in uso in azienda per la loro implementazione nel software della CCE. Una volta realizzato il modello di CCE rispondente alle esigenze emerse, si è avviata la fase di start-up in un reparto al fine di valutarne la struttura, l'impatto sugli utilizzatori, di identificare le principali criticità e di delineare requisiti ed esigenze non ancora soddisfatti. Al termine della fase di start up si è provveduto ad apportare modifiche, integrazioni e revisioni della CCE in relazione ai risultati e ai suggerimenti rilevati durante la sperimentazione. Infine, nel marzo 2014, si è dato l'avvio alla messa in esercizio definitiva in tutti i reparti. **RISULTATI:** La CCE è stata organizzata in modo tale da poter navigare agevolmente nel singolo episodio di ricovero (menu verticale) e da poter accedere



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

con altrettanta facilità alle funzioni che consentono la gestione di tutta l'attività sanitaria corrente, nonché di consultare i dati archiviati (menù orizzontale). Il modello di CCE, nella parte relativa al singolo ricovero, è stato progettato in varie sezioni e schede, che seguono il percorso clinico-assistenziale e riabilitativo del paziente per tutta la durata del ricovero e che, in un certo qual modo, ricalcano l'originale impostazione della documentazione sanitaria cartacea nell'intento di salvaguardare un *modus operandi* ormai ben collaudato nel tempo. Tutte le informazioni sono leggibili da qualunque postazione fissa e mobile, in quanto la CCE è web based. L'ingresso alle funzioni del programma e ai dati conservati negli archivi garantisce, in riferimento alla normativa vigente, la riservatezza tramite il classico sistema di password e di codice utente, che esclude operatori non autorizzati e individua e registra automaticamente per ogni inserimento, modifica e cancellazione di dati, l'operatore responsabile. Ai diversi operatori, in base alla professionalità ed alle necessità clinico-assistenziali, è consentita la lettura di tutti moduli di interesse; la registrazione dei dati è limitata ai soli campi di specifica competenza. Il programma inoltre è dotato di un sistema di sicurezza "log-out" (password a tempo) che mantiene aperta l'interfaccia in uso dopo un tempo di inattività massimo di 5 minuti allo scadere dei quali prevede la ridigitazione della password. Tali accorgimenti costituiscono un livello di protezione ragionevole per verificare gli accessi senza appesantire il lavoro degli operatori. In ciascuna sezione sono stati inoltre inseriti alcuni vincoli di compilazione, di tempo e alcuni sistemi di alert. Questi strumenti permettono di garantire un alto livello di cura per il paziente con la parallela riduzione di eventuali errori. **CONCLUSIONI:** La CCE, risultato di questo progetto, assume un ruolo strategico nella verifica della qualità dell'appropriatezza organizzativa, clinico-assistenziale e legale, nella gestione del rischio clinico, nell'identificazione, analisi, gestione, prevenzione e riduzione degli errori. La chiarezza ed esplicitazione dei contenuti, l'integrazione delle informazioni provenienti da tutti i professionisti e gli operatori che partecipano al percorso assistenziale, la tracciabilità di ogni atto sanitario, la struttura grafica coerente, chiara e facile da interpretare e apprendere, ne costituiscono i punti di forza. Nella metodologia utilizzata per la riuscita di un progetto così complesso e multidisciplinare ha rivestito particolare importanza l'approfondita e condivisa analisi dei processi e la puntuale e capillare formazione del personale; questi aspetti oltre ad aver facilitato l'introduzione e l'implementazione della CCE all'interno della struttura, hanno dato l'avvio a una sfida culturale ed organizzativa che tutto gruppo professionale sta affrontando con determinazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 413

IL RUOLO DEL RLS NELLA REALTÀ PRODUTTIVA NAPOLETANA: STUDIO DI UN CASO

G. Patanella 2; M. Triassi 1; C. Costagliola di Fiore 2; M. Laurentino 2; G. Galasso 2; T. Rea 1;

1 Dipartimento Sanità Pubblica, Università "Federico II" Napoli

2 Corso di Laurea Magistrale Scienze della Prevenzione, Università "Federico II" Napoli

INTRODUZIONE: L'idea di questo lavoro nasce da una notizia di cronaca che riguardava un macchinista delle Ferrovie dello Stato licenziato per aver svolto il proprio compito di RLS. Quest'ultimo aveva rilasciato dichiarazioni alla stampa a seguito di un grave incidente che, per fortuna, non aveva prodotto vittime. Dalla ricerca della letteratura è emerso che questo era tutt'altro che un caso isolato. Numerosi sono i casi di RLS licenziati per aver svolto in modo indipendente il proprio lavoro.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di indagare sul reale livello di consultazione e di partecipazione del RLS nel sistema di prevenzione e protezione aziendale. La parte iniziale del lavoro intende mostrare come attraverso i contenuti tipici delle lotte per la salute (contestazione dei ritmi e metodi di lavoro, richiesta di ambienti di lavoro salubri etc.) sia stato possibile arrivare ad un sistema di gestione della sicurezza sul lavoro in cui il lavoratore ha assunto un ruolo attivo e centrale. Nella trattazione di questo argomento il lavoro descrive il processo che ha portato dall'iniziale monetizzazione del rischio al successivo rifiuto della monetizzazione con i relativi concetti di "validazione consensuale" e "non delega". Si passa quindi alla parte sperimentale al fine di valutare quanto dichiarato nell'obiettivo. **MATERIALI E METODI:** Lo strumento di indagine è costituito da un questionario che prevede domande sia a risposta multipla che a risposta aperta. Tale questionario è stato somministrato individualmente da un facilitatore. **RISULTATI:** Lo studio è stato condotto su un campione di 43 RLS appartenenti ad attività produttive presenti nell'area di Napoli. Dai dati elaborati è emerso che il RLS non viene visto come un collaboratore prezioso ma piuttosto come un interlocutore obbligato dalla maggioranza dei casi analizzati. La formazione di questa figura e la riunione periodica sono i due aspetti più presenti e che il datore di lavoro garantisce nella quasi totalità delle aziende, mentre per la consultazione, la documentazione e le informazioni, non emerge un quadro altrettanto soddisfacente. **CONCLUSIONI:** La spiegazione più plausibile per interpretare la discrepanza dei dati rilevati potrebbe essere la seguente: la formazione e la riunione periodica sono i due momenti in cui è più facile ricadere nelle sanzioni previste dal Dlgs 81/08 in quanto sono atti che necessitano di documentazione ufficiale oggettivamente verificabile per cui le aziende ne assolvono l'incombenza per evitare la penalizzazione; ma nonostante questo rimane comunque una piccola percentuale di evasione dall'obbligo. Diverso è il discorso sugli altri obblighi la cui attuazione non necessita di atti ufficiali, ma sono strettamente connessi al sistema di organizzazione della prevenzione, alle relazioni interne ed alla disponibilità di collaborazione tra le figure esistenti in azienda; garantire questi



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

diritti significa mettere in stretta connessione il sistema azienda con il sistema sicurezza in una visione organica ed organizzata di una politica aziendale che interpreta correttamente lo spirito della legge attraverso l'applicazione della prevenzione in azienda. Negare la possibilità ad un RLS di accedere alla documentazione, non passargli le informazioni, non coinvolgerlo nelle scelte, non fornirgli degli strumenti adeguati è svuotare di significato e di credibilità questo ruolo, significa relegarlo ad un compito di rappresentanza fine a se stessa che porterà questa persona ad abbandonare l'incarico appena possibile e a lasciare i lavoratori senza una figura di riferimento sui problemi della loro salute privando anche l'azienda di un prezioso collaboratore.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 375

L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CHECK-LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

R. Mascolo 1, E. Raiola 2, I. Torre 2

1. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Brunico

2. A.O.U. "Federico II", Napoli

INTRODUZIONE: La sicurezza in sala operatoria rappresenta una priorità di sanità pubblica internazionale. In Italia i volumi di attività chirurgica rappresentano il 40,6% della totalità dei ricoveri per acuti. In questo contesto erogativo, in base anche alle esperienze di altri Paesi, si stima un'incidenza di eventi avversi compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite in regime di ricovero ordinario, con un tasso di mortalità compreso tra lo 0,4% e lo 0,8%; ma circa la metà degli eventi avversi è da ritenersi prevenibile.

Considerati la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici, ed il programma "Safe surgery save lives" dell'OMS, il Ministero della Salute ha elaborato una check-list per la sicurezza in sala operatoria finalizzata alla riduzione delle complicanze e della mortalità perioperatorie e al miglioramento della comunicazione tra i membri del team chirurgico.

Il presente lavoro illustra lo studio pilota condotto presso un presidio ospedaliero della Regione Campania al fine di implementare la check-list per la sicurezza in sala operatoria e analizzarne gli esiti in termini di accettazione e condivisione dello strumento da parte degli operatori coinvolti nel progetto e di completezza delle informazioni rilevate. **MATERIALI E METODI:** Lo studio pilota è stato condotto per un mese, a partire dal 1° gennaio 2014, presso un presidio ospedaliero dotato di un unico blocco operatorio costituito da due sale (una per attività programmate, l'altra per urgenze/emergenze), che nell'anno precedente ha eseguito 2684 interventi chirurgici.

In accordo con la Direzione Sanitaria ed i Responsabili medico ed infermieristico del blocco operatorio, è stato realizzato un modello di check-list costituito dai 20 item che caratterizzano le tre fasi in cui è articolato (Sign-In, Time-Out e Sign-Out) secondo le indicazioni ministeriali, ma adattato al contesto locale con piccole modifiche.

Dopo un periodo di formazione, organizzato in tre incontri a piccoli gruppi, si è deciso di sperimentare l'utilizzo della check-list coinvolgendo tutte le branche chirurgiche presenti nell'ospedale, così da poter individuare da subito eventuali criticità. E' stata, inoltre, distribuita una guida alla corretta compilazione della check-list, facendo riferimento al "Manuale per la sicurezza in sala operatoria" diffuso dal Ministero della Salute nel 2009.

Per migliorare l'implementazione della check-list è stato designato come responsabile della verifica dei controlli un coordinatore tra i componenti dell'équipe operatoria, con il compito di contrassegnare la casella corrispondente ad ogni specifico item dopo aver accertato l'avvenuto controllo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Al fine di monitorare il processo di adozione della check-list nella pratica chirurgica, è stata elaborata una scheda di verifica in grado di rilevare, oltre l'adesione dei professionisti coinvolti, anche la completezza delle informazioni per ciascuna competenza (infermieristica, chirurgica e anestesiologicala). **RISULTATI:** Ad un mese dall'implementazione dello strumento, adattato con opportune modifiche alle caratteristiche dello specifico contesto operatorio, è stata rilevata una percentuale di adesione dell'80% circa e, relativamente alle informazioni fornite, il grado di completezza è stato del 96% per quelle di competenza infermieristica, dell'85% per quelle di competenza anestesiologicala e del 60% per quelle di competenza chirurgica. **CONCLUSIONI:** L'implementazione della check-list in sala operatoria nella realtà esaminata ha avuto un riscontro significativo tra i professionisti, considerando che nel nostro sistema sanitario non vi è la cultura dell'implementazione, per cui ci si limita spesso ad un atto formale e in parte burocratico. E' necessario dare spazio alla "implementation science", con lo scopo precipuo di modificare i comportamenti professionali in modo efficace ma anche sostenibile, tenendo conto dei contesti locali, degli ostacoli e delle barriere ambientali, organizzative, professionali ed individuali. Alla luce di ciò, è auspicabile un uso dinamico della check-list, adeguando e perfezionando continuamente i suoi contenuti in sintonia con eventuali cambiamenti organizzativi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 397

L'APPROCCIO PROATTIVO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NEI PAZIENTI PEDIATRICI IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

E. Raiola 1, R. Mascolo 2, I. Torre 1

1. A.O.U. "Federico II", Napoli

2. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Brunico

INTRODUZIONE: Il trattamento farmacologico è una procedura ad alto rischio di errore. Nella popolazione pediatrica la frequenza di errore è tre volte superiore che in quella adulta ed è ampiamente documentato che gli errori di prescrizione e somministrazione dei farmaci sono tra i più comuni, con prevalenza fino all'11% ed al 17% rispettivamente.

Questo lavoro illustra l'approccio alla gestione del rischio clinico attuato presso un ospedale di Napoli allo scopo di individuare le modalità di errore associate all'uso dei farmaci nei bambini ospedalizzati e le azioni correttive prioritarie sia in termini di sicurezza per il paziente, che di efficienza dell'organizzazione per gli operatori sanitari, i quali ad ogni anomalia/errore procedurale sono costretti a porvi rimedio con azioni immediate o a richiedere supplementi di informazione che aumentano il carico di lavoro ed impattano negativamente sulla qualità dell'operato, tramutandosi in spreco di tempo e risorse economiche. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto da gennaio a dicembre 2013 presso le Unità Operative Pediatriche che hanno erogato prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario e day-hospital, prendendo in carico 3080 pazienti pediatrici per un totale di 8213 terapie farmacologiche somministrate.

Per la gestione del rischio clinico si è adottato l'approccio proattivo-previsionale della metodologia FMEA-FMECA (Failure Mode and Effects Analysis - Failure Mode and Effects Criticality Analysis).

Il gruppo multidisciplinare di lavoro, costituito da stakeholders ed esperti del trattamento farmacologico pediatrico, prima ha analizzato qualitativamente l'intero processo, scomponendolo con flow-chart e tabelle (tabella 1) nelle sue fasi elementari ed identificando per ciascuna le criticità, ossia gli eventi in grado di arrecare danno al paziente; poi, mediante brain-writing, per evitare influenze sul giudizio di ciascun componente da parte degli altri membri, ha proceduto all'analisi quantitativa, calcolando per ogni fase l'Indice di Priorità di Rischio (IPR), ossia il valore numerico ottenuto moltiplicando: la probabilità con cui si verifica una specifica modalità di errore (P), la gravità del danno che potrebbe derivare al paziente (G) e la probabilità di rilevazione dell'errore (R). Il punteggio massimo è 125, poiché ciascuna variabile può assumere un valore nell'intervallo 1-5, secondo la scala modificata della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.

Sono stati poi selezionati i cinque punti critici su cui agire prioritariamente con correttivi adeguati, costruendo la matrice di priorità dei rischi, che pone la severità (G) sull'asse delle ordinate ed il prodotto delle probabilità di accadimento e rilevabilità (PxR) sull'asse delle ascisse, così da



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili. Le attività modificate sono state monitorate durante il primo trimestre del 2014 mediante test condotti nei reparti sotto la supervisione del Responsabile del Rischio Clinico e poi si è ricalcolato l'IPR.

Nell'ottica di miglioramento continuo, il monitoraggio stabilito prevede una rivalutazione semestrale dell'intero processo con calcolo dell'IPR, individuando anche nuovi rischi eventuali.

RISULTATI: L'analisi individua la prescrizione e la preparazione dei farmaci come fasi maggiormente vulnerabili. L'elemento più critico nella prescrizione di farmaci è il calcolo delle dosi necessarie, soprattutto per i farmaci da infusione, probabilmente perché medici e infermieri non dispongono di informazioni esaustive su proporzioni e formule per adattare il dosaggio dei farmaci al paziente. Altra criticità è legata alla prescrizione fatta manualmente dal medico su apposito modulo, spesso oggetto di misinterpretazioni da parte dell'infermiere. Anche, e soprattutto, nella fase di preparazione il dosaggio del farmaco è cruciale, poiché suscettibile di errori nella diluizione o addirittura nel calcolo stesso, con eventuale mancata correzione della prescrizione fatta in precedenza. Meno rilevante è la potenzialità di errore correlata al monitoraggio della terapia e alla fornitura e allo stoccaggio dei farmaci.

L'analisi quantitativa ha identificato quali punti critici su cui intervenire con opportuni correttivi in maniera prioritaria: il dosaggio del farmaco in fase di preparazione; il calcolo della dose in fase prescrittiva; la compilazione del modulo di prescrizione della terapia; la correzione di eventuale errore prescrittivo in fase di preparazione; lo stravasamento di farmaco durante la somministrazione. Sono stati posti in essere due importanti interventi migliorativi, quali: un programma informatico per la prescrizione della terapia, che consente il calcolo computerizzato della dose in base agli standard terapeutici inseriti, e la revisione della "procedura di somministrazione della terapia farmacologica nei pazienti pediatrici", con precisa definizione della matrice delle responsabilità e istituzione del double-checking (verifica di appropriatezza prescrittiva da parte di un secondo medico e verifica di diluizione e velocità di infusione degli elettroliti concentrati da parte di un secondo infermiere).

Dopo rescoring a tre mesi dall'adozione di queste misure (tabella 2), si è ottenuta una riduzione dell'IPR globale di circa il 46%, con risultati migliori per la rilevabilità dei fenomeni. **CONCLUSIONI:** La FMECA è utilizzata di rado in ambito pediatrico poiché considerata di scarsa precisione, ma in questo studio si è deciso di adottarla perché consente la presa in carico dei soli rischi prioritari in uno scenario attuale di limitazione delle risorse.

Essa ha consentito una gestione del rischio efficace, aumentando la consapevolezza del personale riguardo alla sicurezza delle terapie farmacologiche in pazienti pediatrici e favorendo il radicamento di corretti comportamenti professionali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 079

“L’INTERAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE DELLA QUALITÀ’ CON L’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE PRIVATE - L’ATTUALE SCENARIO DELLA REGIONE PUGLIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA PROVINCIA DI TARANTO

R. RIZZI¹; G. TARANTO¹; F. SEBASTIO¹; M. PIGNATARO¹; M. CONVERSANO¹

1DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL TARANTO

INTRODUZIONE: La progressiva affermazione dell’esigenza di migliorare il livello qualitativo dell’assistenza sanitaria ha ricevuto negli ultimi 20 anni una legittimazione normativa con il D. Leg.vo n.502 /92. Una valenza significativa è introdotta dal riordino del Servizio Sanitario Nazionale; ciò acquista di giorno in giorno maggiore ampiezza e rilievo in un mercato della sanità, in cui il cittadino ha libertà di scelta tra una pluralità di soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie e libero accesso alle stesse. In questo contesto di rapidi e profondi cambiamenti, si inserisce il processo di “Accreditamento Istituzionale” di una struttura sanitaria, legato alla ricerca di un sistema di controllo e regolazione ottimale che tenga conto delle sempre crescenti esigenze di qualità dell’assistenza erogata e della necessità di controllarne la progressiva crescita. Aspetto fondamentale nel panorama delle diverse leggi che si sono succedute riveste l’Accreditamento Istituzionale obbligatorio che ha posto le basi per attuare la politica di gestione globale delle strutture sanitarie (pubbliche e private) su quella che è la “Qualità Totale”. La valutazione della qualità delle cure erogate rappresenta una esigenza culturale moderna e civile. Pertanto, la Qualità si pone come denominatore che accomuna i pazienti che ricevono l’assistenza (qualità percepita), i professionisti che la erogano (qualità professionale) e le istituzioni che finanziano e gestiscono il sistema sanitario (qualità manageriale).

Il termine accreditamento è stato introdotto nella normativa italiana con il D.Lgs 502/92, modificato dal D.Lgs 517/93. L’accreditamento è quel processo amministrativo che riconosce ad un’organizzazione sanitaria determinati requisiti per garantire una verifica ed un monitoraggio delle strutture che forniscono prestazioni nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

L’obiettivo di questo lavoro tende ad analizzare qual è lo stato del Sistema di Accreditamento Istituzionale in Italia rispetto a quelli che sono comunque gli ormai standard di Qualità secondo le Norme ISO 9001, nonché analizzare lo stato di accreditamento in Puglia e operando una indagine specifica nella provincia di Taranto. **MATERIALI E METODI:** Il lavoro in questione ha visto un’analisi dei dati Nazionali relativamente al grado di attuazione dei percorsi regionali di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie private, sulla base dell’indagine condotta al 31 maggio 2010 dall’Agenas a seguito di mandato del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico degli Assessori; nel contempo è stata operata un’indagine relativamente allo Status di Accreditamento delle Strutture della Regione Puglia con particolare riferimento a quelle della Provincia di Taranto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il lavoro per la regione Puglia ha visto anche una ulteriore differenziazione per le strutture accreditate ex novo e quelle che hanno visto i successivi passaggi da accreditamento provvisorio a provvisoriamente accreditate. **RISULTATI:** I risultati dell'indagine sono indicati nelle Tabelle riportate con il presente lavoro.

La "Tabella Nazionale" riporta le strutture Accreditate "definitivamente", quelle "provvisorie" e le "altre" che sono quelle per le quali ancora si sta definendo la posizione di "Accreditamento".

La definizione della categoria "ALTRO" si è resa necessaria al fine di comprendere situazioni tra loro molto diversificate:

strutture sociosanitarie la cui gestione, anche per gli aspetti dell'autorizzazione e dell'accREDITamento, è stata attribuita da alcune Regioni alla competenza del Settore Sociale (Emilia Romagna, Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, Toscana);

strutture sanitarie e sociosanitarie di Regioni in cui il processo di accREDITamento è in fase di iniziale attivazione e ove si registra sia l'assenza di un provvedimento regionale di formale riconoscimento dello status di accREDITamento provvisorio, che la mancata attuazione delle visite di verifica;

strutture sociosanitarie per cui la Regione non ha ancora definito i requisiti specifici o con atti di diffida in corso;

strutture sanitarie e sociosanitarie per cui la Regione non ha indicato con precisione lo status di accREDITamento, provvisorio o definitivo.

Con le "Tabelle Regione Puglia" si è operata una distinzione specifica tra le strutture "Accreditate Istituzionalmente" a seguito di verifica degli ulteriori Requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi operati dai Dipartimenti di Prevenzione incaricati direttamente dall'Assessorato Area Politiche della Salute e quelle che hanno ricevuto una prima verifica dei requisiti organizzativi in quanto Strutture Transitoriamente Accreditate, divenute quindi "Provvisoriamente Accreditate" e che nell'anno 2010 hanno autocertificato il possesso di tutti gli ulteriori requisiti per l'AccREDITamento Istituzionale. Per quest'ultime la Regione Puglia sta iniziando ad operare le verifiche dirette. **CONCLUSIONI:** L'accREDITamento concilia lo scopo etico dell'acquirente con quello del produttore con il risultato di un efficace strumento di standardizzazione e di ordine nella gestione delle strutture sanitarie, e garantisce un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza.

Le norme possono determinare condizioni favorenti, promuovere attività, ma la grande sfida dovrà vedere coinvolte tutte le figure professionali collaboranti per identificare gli obiettivi di qualità e i modi per concretizzarli, supportati da metodi di accREDITamento all'eccellenza che testimoni il livello e l'affidabilità delle strutture erogatrici.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 047

PANCREATITE ACUTA: FREQUENZA E DATI DI ASSISTENZA NELLA REGIONE VENETO

M. Saia 1, G. Callegaro 2, E. Zilli 3, S. Tardivo 4, A. Buja 5, V. Baldo 5

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Regione Veneto - ULSS 13, 3 Regione Veneto - ULSS 9,
4 Università degli Studi di Verona, 5 Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE: Le ospedalizzazioni per pancreatite acuta, a causa della tipologia del quadro clinico gravato nella sua forma grave da un elevato tasso di mortalità, rappresentano un affidabile indicatore nell'indagarne l'incidenza e basandosi su questa premessa è stato condotto il presente studio allo scopo di dimensionarne il fenomeno nella popolazione veneta. **MATERIALI E METODI:** Avvalendosi dell'archivio regionale informatizzato e anonimo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), sono state selezionate tutte le dimissioni dei cittadini residenti nel Veneto, identificate dal codice diagnosi ICD 9-CM 577.0, avvenute a livello nazionale nel periodo 2000-2012, sia da strutture pubbliche che private accreditate.

Nel periodo analizzato la popolazione di riferimento si è attestata in media a 4.725.873 ab., con un incremento del 7,6% confrontando il primo e l'ultimo anno dell'analisi.

Per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione e mortalità, espressi per 100.000 ab., sono stati considerati come casi distinti gli eventuali episodi di ricovero dei medesimi soggetti, mentre il tasso di mortalità è riferito alla sola mortalità intraospedaliera nel corso del ricovero indice.

RISULTATI: Sono state identificate complessivamente 20.302 dimissioni per 247.915 giornate di degenza complessive, che hanno coinvolto in prevalenza il sesso maschile (55%).

Per quanto concerne l'eziologia l'analisi delle diagnosi riportate sulle SDO ha evidenziato come un 38% delle pancreatiti fosse associata a calcolosi della colecisti e/o del dotto biliare, con la presenza dei codici ICD 9-CM identificativi di tali condizioni che non ha evidenziato alcuna significatività nelle analisi condotte.

L'età media dei soggetti, calcolata in occasione di ogni singolo episodio di ricovero, era pari a 62,2 $\pm$ 20,6 anni, più elevata nel sesso femminile (65,9 $\pm$ 20,2 Vs. 59,1 $\pm$ 19,8; p0,05) nel periodo analizzato.

Il tasso di ospedalizzazione, attestatosi mediamente a 33,0, e che nel periodo analizzato ha evidenziato un incremento del 14% (X2 trend: 6,1; p<0,05) più marcato nel sesso femminile (22% Vs. 9%), è risultato complessivamente più elevato nel sesso maschile (37,1 Vs. 29,1; OR = 1,29; IC 95% = 1,21-1,32; p<0,05) e nella fascia di età degli ultraottantacinquenni (OR = 4,81; IC 95% = 4,49-5,11; p<0,05); l'analisi temporale ha evidenziato un incremento del tasso di ospedalizzazione nel periodo considerato

La degenza media, sovrapponibile nei due sessi nell'ultimo anno (11,3 gg.) e nel periodo complessivo (12,2 gg.), ha evidenziato in entrambi i sessi un decremento (p<0,05), partendo da un valore iniziale di 13,1 nel sesso maschile e di 14,7 nel femminile.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il ricorso alla terapia chirurgica, in media all'8,4%, ha evidenziato un importante diminuzione, passando dal 12,4% al 5,6% dell'ultimo anno dell'analisi ($p < 0,05$); invariata invece la differenza in termini di mortalità intraospedaliera a favore dei casi trattati chirurgicamente (OR:7,27; IC 95%: 5,71-9,35; $p < 0,05$)

Infine, il tasso di mortalità ospedaliera, attestatosi stabilmente nel periodo a 1,1, è risultato più elevato nel sesso maschile (OR:1,14; IC95%: 0,97-1,33; $p < 0,05$) senza variazioni nel periodo.

CONCLUSIONI: Il tasso di ospedalizzazione ha evidenziato un aumento significativo ed è confrontabile con il dato di letteratura nazionale e internazionale, collocando il Veneto su valori leggermente più contenuti rispetto alle altre indagini, consentendo di ritenere tale analisi un attendibile indicatore della patologia nella popolazione generale, pur considerando la fisiologica sovrastima determinata dall'analisi dei singoli episodi acuti di ricovero.

Per quanto concerne la mortalità, sempre considerando che in tale analisi il riferimento è alla sola mortalità intraospedaliera in occasione del ricovero indice, anche in questo caso il dato, oltre ad essere pienamente confrontabile con i risultati di analoghe indagini, si è attestato su valori inferiori sia in termini di mortalità per residenti.

Il fatto che la mortalità intraospedaliera sia sostanzialmente stabile, nonostante l'aumento delle ospedalizzazioni, oltre a essere riconducibile all'aumento dell'età media, testimonia un miglioramento della qualità delle cure, mentre è rilevante la diminuzione del ricorso all'approccio chirurgico dimezzatosi nel corso degli anni, rivalutando l'atteggiamento conservativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 767

REINGEGNERIZZAZIONE DEL PROCESSO DISTRIBUTIVO DEL FARMACO IN OSPEDALE_ "PROGETTO MONODOSE" AUSL PIACENZA

V.Russo², V. Trabacchi¹, G.Delfanti², G. Pedrazzini², C.Signorelli¹

¹Dipartimento di Scienze Biomediche, biotecnologiche e traslazionali-S.Bi.Bi.T., Università degli Studi di Parma

²Ausl Piacenza

INTRODUZIONE: Errore di terapia è ogni evento prevenibile che può causare un uso inappropriato del farmaco ed un pericolo per il paziente; interessa il processo di gestione del farmaco in ospedale: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione e somministrazione.

In ottemperanza al decalogo del Ministero della Salute, "Le 10 Regole al letto del malato", la gestione informatizzata della terapia permette:

1. Il monitoraggio del percorso farmaco
2. La riduzione del rischio di errore, agendo su:
 - Sistemi di prescrizione informatizzata
 - Distribuzione dei farmaci in dose unitaria
3. La prescrizione e somministrazione dei farmaci con gestione telematica al letto del paziente

con miglioramento d'appropriatezza delle prescrizioni, riduzione degli errori farmacologici, controllo e riduzione delle scorte di reparto. Persegue razionalizzazione della spesa farmaceutica, l'adozione di nuovi modelli organizzativi e stili professionali, verso la "regola delle 6 G": GIUSTO PAZIENTE - GIUSTO FARMACO - GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE - GIUSTA DOSE - GIUSTA ORA - GIUSTA REGISTRAZIONE.

La sperimentazione del progetto monodose c/o l'Ausl Piacenza è partita nel 2010 **MATERIALI E METODI:** La sperimentazione è stata preceduta, nei reparti, da un'analisi preliminare di:

- Raccolta dati sui consumi storici, sui PL. Si sono utilizzate schede per la verifica delle componenti organizzative coinvolte, il processo, le criticità delle fasi di prescrizione, preparazione, somministrazione, riordino, consegna e verifica scadenza farmaci/presidi
- Sopralluogo per dislocare le tecnologie

È stato definito:

1. L'organigramma del progetto con due organi di staff direzionale ed amministrativo ed i tavoli di lavoro; I responsabili dei tavoli e degli staff individuavano (in base ai loro ambiti di responsabilità, in accordo con il responsabile di progetto) la composizione degli stessi e garantivano un'adequata operatività e supporto.
2. un cronoprogramma per il triennio 2010-2013 per la:



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- Pianificazione operativa e temporale d'ingaggio dei reparti:
- Installazione tecnologie
- Formazione personale
- Formazione on the job
- Reperibilità tecnici per help desk

I componenti della sperimentazione sono stati l'oggetto della sperimentazione:

- Il Laboratorio dose unitaria per riconfezionamento farmaci, nell'interazione con il Reparto e con la Farmacia ospedaliera. Sulla busta monodose sono riportate tali informazioni:

- Codice a barre
- Specialità farmaceutica
- Principio Attivo
- Forma Farmaceutica
- Data di scadenza
- Lotto

- Il Software per attività di prescrizione e somministrazione (SOFIA) dei farmaci, integrato con gli applicativi in uso presso l'AUSL, in grado di gestire il magazzino dei farmaci di reparto. Sono possibili due modalità di prescrizione: Per specialità medicinale e Per preparato. In caso d'interazioni tra farmaci esce una Finestra d'avviso, come in caso d'incompatibilità tra solvente e soluto o tra solventi. Il software permette la consultazione della scheda tecnica del farmaco. Alla somministrazione del farmaco l'infermiere verifica: identità del paziente, correttezza del farmaco e registra la somministrazione (data, ora, farmaco, quantità). Questi compiti sono svolti in modo preciso e sicuro grazie al Carrello terapia dotato di pc portatile, lettore barcode e al braccialetto/barcode al polso del paziente.

- L'armadio automatizzato di reparto (MARIO) con carrello per la preparazione personalizzata e controllata della terapia, in unità posologica

- Integrazione tra software SOFIA e software aziendale (HWeb) per la Verifica e misura dei benefici ottenibili (riduzione del rischio, ottimizzazione del tempo infermieristico, ottimizzazione delle scorte di farmaci, appropriatezza) **RISULTATI:** Le Difficoltà della sperimentazione sono state culturali (resistenza al cambiamento), organizzative (esigenza di riorganizzare alcune modalità operative per l'introduzione della Dose Unitaria), tecniche (prestazioni non ottimali della rete WiFi).

Ad oggi alcuni reparti sono dotati di Sofia e non dell'armadio Mario, o per problemi logistici e/o perché per quantità e tipologia di farmaci erogati non necessitavano di una gestione in monodose.

Nel biennio 2012-2013 si sono monitorati indicatori di processo di reparto: % di somministrazione manuale, % di somministrazione fuori orario, % di somministrazione in emergenza, % di somministrazione in emergenza non valide, % di somministrazione da Mario in estemporanea, % di somministrazione multiple per reparto; alcuni di questi nelle tabelle sottostanti **CONCLUSIONI:** Il



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Progetto Monodose segue logiche di risk management , di maggior controllo sui profili terapeutici e tracciabilità della terapia; permette sviluppi futuri come la possibilità di matchare i dati di produzione (ricoveri, giornate degenza, DRG) con i relativi costi verso vantaggi economici e logistici (ottimizzazione della spesa farmaceutica; riduzione dei quantitativi di magazzino di reparto; tracciabilità totale dei farmaci; eliminazione degli scaduti)



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 652

LA "LEAN ORGANIZATION" APPLICATA AI BLOCCHI OPERATORI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

D.Bogni 1, I. Bernardini 1, D. Torroni 1, E.Ceccarini 1, E.Moretti 1, R.Leandri 1, G. Carnio 1, W. Orlandi 1, M. Pioppo 1

1 Azienda Ospedaliera, Perugia

INTRODUZIONE: Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia la programmazione delle sedute operatorie tiene conto di numerosi fattori tra cui la trasparenza e la correttezza nei confronti dei cittadini che hanno diritto alla consultazione della propria posizione in lista d'attesa presso la Direzione Medica Ospedaliera, garante del rispetto dei criteri di erogazione della prestazione attesa nel rispetto dei tempi previsti dalle leggi. Gli obiettivi dell'applicazione del modello organizzativo sono:

- Efficienza: ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie
- Qualità del servizio: riduzione dei tempi di attesa e rispetto delle normative nazionali e regionali
- Sicurezza: Assicurare ai pazienti una chirurgia sicura secondo le indicazioni dell'OMS
- Sostenibilità: non deve richiedere risorse di calcolo costose o complesse
- Equità : Assicurare ai pazienti le priorità garantite dalle normative i tema di tempi d'attesa

Secondo le indicazioni del Surgery Mangement Improvement Group i seguenti elementi sono indicatori di una programmazione di sala operatoria inadeguata "out of balance"

- ☐ Attesa del paziente dalla chiamata all'arrivo
- ☐ Attesa del chirurgo e/o dell'anestesista
- ☐ Attesa per tempo di cambio paziente
- ☐ Programmazione oltre l'operabile con conseguente rinvio dei pazienti
- ☐ "Buchi" di programmazione
- ☐ Cambi di posizione nella lista dei pazienti

MATERIALI E METODI: E' stato istituito nel mese di marzo 2014 un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha studiato attraverso il software dedicato e presente in tutti i PC di sala i seguenti dati riferiti alle 25 sale operatorie organizzate in 2 blocchi: -l'utilizzo giornaliero delle sale operatorie in relazione allo svolgimento del programma chirurgico -i tempi tecnici relativi alle attività del personale che lavora in sala. (OSS,infermieri, strumentisti, chirurghi ed anestesisti). Sono stati individuati e perseguiti i principi della Lean Organization. Dall'analisi dei dati di attività estratti dal sistema informatico gestionale dei B.O. è emerso:

- disallineamento tra tempi stimati dal chirurgo e tempi reali: overbooking e sottoutilizzo): 50 % casi
- non vengono riportati a monte i tempi previsti nel modulo di programmazione giornaliera
- comunicazione delle variazioni nella programmazione settimanale



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- variazione programmazione giornaliera (es. l'ordine di intervento); comunicazione al gruppo infermieristico (almeno 1 giorno alla settimana).
 - programmazione interventi incoerenti con i materiali
 - ritardi nel trasporto del paziente da e per la sala operatoria per impegno del personale sanitario in attività di reparto
 - oculistica con interventi ambulatoriali in day surgery
 - mancata documentazione (es. consenso);
 - ricerca del chirurgo durante il giorno (10-15 % dei casi)
 - rispetto dei tempi di avvio: slittamento di orario
 - disponibilità del personale di pulizia
- RISULTATI:** Si presentano i risultati di una settimana di sperimentazione, corrispondente ad una fase di miglioramento della efficienza, nell'attesa di avere i dati di produttività del successivo periodo. In confronto ad una settimana tipo nella "Lean" di osservazione si è avuto lo stesso numero di interventi chirurgici sovrapponibili per complessità con una riduzione sia degli "under" che dei "over" time pur con un orario di sala passato da 12 a 10 ore. L'obiettivo è il raggiungimento del "normal time" ovvero il pieno utilizzo di sala.
- Sono state individuate le seguenti azioni di miglioramento:
- attivazione di una sala;
 - accorciamento della fascia oraria delle sedute pomeridiane (dalle ore 20 alle 18) per ridurre le insaturazioni
 - cambiamento del modello organizzativo per la gestione delle urgenze chirurgiche notturne, pre festive (sabato 14-20) e festive
 - formazione personale infermieristico (attraverso l'integrazione della turistica)
 - superamento della logica dei settori con un coordinamento unico del medico anestesista del blocco operatorio con la supervisione della Direzione Medica Ospedaliera;
 - riduzione dell'impegno notturno degli infermieri;
 - declaratoria della funzione assegnata agli infermieri.
- CONCLUSIONI:** L'ottimizzazione dell'uso del blocco avverrà , a seguito di un periodo di assestamento, con l'apertura di una ulteriore sala operatoria ed il recupero di 25 ore settimanali di attività chirurgica e l'azzeramento della lista in un arco temporale massimo di 6 mesi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 480

LE CADUTE OSPEDALIERE: APPLICAZIONE DELLA SCALA DI CONLEY COME STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT IN OSPEDALE ED ALTRI FATTORI DI RISCHIO PER LA PREVENZIONE DELL'EVENTO AVVERSO'

A. Meggiolaro¹, A. Mannocci¹, A.S. Guzzo², M. Tecca², I. Salomone², G. La Torre ¹

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma.

² Dipartimento di Emergenza Policlinico "Umberto I", "Sapienza" Università di Roma.

INTRODUZIONE: Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi, e rappresentano una quota significativa delle lesioni che colpiscono i pazienti ricoverati. Secondo l'OMS "le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita". L'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I ha messo in atto come procedura di valutazione del rischio caduta dei propri pazienti: la 'Scala di Conley', con l'obiettivo di migliorare la sorveglianza ed il monitoraggio del fenomeno "cadute" nei pazienti ricoverati, e di fornire a tutti gli operatori sanitari istruzioni operative per la prevenzione e la gestione del paziente caduto. **MATERIALI E METODI:** Sono state considerate le cadute dal 1 Marzo 2012 al 30 Settembre 2013. Sono stati inclusi tutti i casi che avessero almeno un controllo appaiato per genere, reparto e periodo di ricovero, in regime ordinario e corrispondente al giorno in cui si è verificato l'incidente del caso. I dati sono stati forniti dal sistema informatico GIPSE (ricerca per: nome, cognome, età, data di ricovero, codice reparto). Per l'elaborazione della scheda dati è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica utilizzando Pubmed, che ha consentito la creazione di una tabella comprensiva di fattori di 'rischio caduta' intrinseci ed estrinseci oltre a quelli compresi nella scala di Conley. I dati raccolti in doppio dall'esame delle cartelle cliniche sono stati inseriti in un database Excel. Per la stima del rischio caduta è stato utilizzato un modello di regressione logistica che ha previsto come covariate i seguenti fattori di rischio: vertigini, compromissione della marcia, agitazione psicomotoria, deterioramento della capacità di giudizio, deficit capacità comprensione, per quanto riguarda quelli intrinseci, e utilizzo di strumenti di contenimento per quelli estrinseci. Per valutare la bontà del modello è stato applicato il test di Hosmer-Lemeshow. L'analisi è stata effettuata tramite Software Spss 19.00. Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$. **RISULTATI:** 47 cartelle appartengono ai casi e 93 ai controlli. I campioni risultano omogenei per età, genere, nazionalità (italiana o straniera). Il regime del ricovero risulta ordinario e in urgenza per la quasi totalità dei pazienti inclusi nello studio (93% e 92% rispettivamente). La scheda di Conley risulta compilata all'ingresso nel 71% dei casi rispetto al 34% dei controlli ($p < 0,001$). Non emergono differenze significative tra i due gruppi riguardo i fattori di rischio per la compilazione della scala di Conley. Tra i fattori di 'rischio caduta' emergono differenze statisticamente significative per due fattori di tipo intrinseco: la



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

documentazione clinica di vertigini e deficit di comprensione e agitazione psicomotoria sono più diffuse nei casi rispetto ai controlli (34% vs 14%; $p=0,00$, 27% vs 12% $p=0,036$ rispettivamente); mentre, per quanto riguarda i fattori estrinseci: l'utilizzo di strumenti di contenimento risulta più frequente tra le cadute rispetto ai controlli (7%; 28% $p=0,002$). Le mediane dei punteggi totali delle Conley all'ingresso per i casi e i controlli non mostrano differenze significative ($p=0,306$). L'analisi multivariata ha rivelato che i fattori intrinseci che aumentano il rischio caduta risultano essere: la compilazione della scheda di Conley all'ingresso ($OR=4,20$; $IC95\%=1,65-10,61$) e la presenza di vertigini ($OR=3,09$; $IC95\%=1,06-9,06$), al contrario il deficit di comprensione ed espressione linguistica risulta protettivo nei confronti dell'evento avverso ($OR=0,31$; $IC95\%=0,09-0,96$); tra i fattori di rischio estrinseci l'utilizzo di mezzi di contenimento risulta un fattore di rischio associato ai precedenti per il rischio di evento avverso ($OR=4,61$ $IC95\%=1,29-16,42$). In tutti i casi i risultati risultano statisticamente significativi. Il test di Hosmer e Lemenshow mostra un $p=0,178$. CONCLUSIONI: Da questo studio emerge la necessità inderogabile della compilazione della scheda di Conley al momento dell'accesso del paziente al percorso assistenziale ospedaliero. Differenze significative si osservano rispetto ad una maggiore presenza di vertigi, agitazione e utilizzo di mezzi di contenimento tra i casi rispetto ai controlli. Per quanto riguarda l'Azienda Policlinico Umberto I, l'utilizzo della scala di Conley si è rivelato un ottimo strumento per la prevenzione dell'evento avverso, tuttavia si rendono necessarie ulteriori strategie di empowerment nei confronti del personale sanitario addetto alla compilazione



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 675

REINGEGNERIZZAZIONE DEL PERCORSO DI ACCESSO, EROGAZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DEL POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI DI BOLOGNA

C.Polito 1; C.Randazzo 2; L.Scardovi 1; S.Mattia 2; M.Cavalli 1

1. Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna; 2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.

INTRODUZIONE: L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta uno dei più frequenti contatti dei cittadini con le strutture del Servizio Sanitario, pertanto necessita di percorsi facilmente accessibili e procedure uniformi. Nei Policlinici Universitari la disponibilità dell'offerta ambulatoriale può essere qualitativamente e quantitativamente alta, ma l'accesso e la presa in carico dell'utente possono essere gestiti in maniera disomogenea dalle singole Unità Operative. L'applicazione di strumenti di operation management diviene quindi fondamentale per quantificare correttamente le attività svolte, valutare i flussi reali e mettere in atto eventuali misure per migliorarne l'efficienza. L'Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna ha progettato un modello di reingegnerizzazione della specialistica ambulatoriale con l'obiettivo di: 1) snellire e uniformare le modalità di accettazione del cittadino in ambulatorio; 2) monitorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate, anche ai fini della compensazione; 3) implementare l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, come previsto da normativa. MATERIALI E METODI: Per intraprendere queste azioni migliorative è stata prima effettuata un'analisi logistica dei flussi degli utenti afferenti agli ambulatoriali del Policlinico, delle risorse disponibili e dei percorsi di presa in carico. Sono state rimodulate le agende di prenotazione e prestabiliti collegamenti agevolati con i servizi diagnostici e specialistici del Policlinico, per il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico dei pazienti complessi. Per migliorare l'adeguatezza prescrittiva è stato quindi deciso di introdurre un nuovo software informatico, capace di raccogliere e gestire i dati sanitari degli assistiti e dei flussi informativi. L'analisi dei flussi prescrittivi aveva infatti evidenziato un elevato numero di prestazioni per esterni non corrette ai fini della compensazione economica, e l'impossibilità di valutare le prestazioni erogate per interni (ricoverati e Day Hospital). Ogni ambulatorio è stato fornito di: 1. un applicativo informatico (ePrescription) che permette al medico di compilare ricette informatizzate dematerializzate con la corretta esenzione e/o fascia di reddito (data la connessione con l'anagrafe sanitaria dei pazienti residenti presso l'Ausl di Bologna), e con la giusta denominazione della prestazione (grazie al catalogo prestazioni precaricato); 2. un sistema di prenotazione facilitato (Easy ISES) per prenotare in ambulatorio successivi controlli ambulatoriale e/o le prestazioni diagnostiche su agende dedicate. Per la semplificazione della procedura di accettazione, invece, sono stati prestabiliti punti check-in e cassa, dove l'utente si identifica e paga eventuali ticket prima dell'erogazione della prestazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

RISULTATI: Il sistema è stato introdotto dalla seconda metà del 2013 presso le due piattaforme ambulatoriali delle Unità Operative di: Pediatria, Neonatologia, Chirurgia Pediatrica, Neuropsichiatria Infantile, e Radiologia Pediatrica, e alla piattaforma ambulatoriale delle Unità Operative di: Cardiologia Pediatrica e dell'età evolutiva, Cardiochirurgia Pediatrica e dell'età evolutiva, Cardiochirurgia, e Radiologia Specialistica, per un totale di 50 ambulatori dislocati in 3 padiglioni. Nonostante il sistema sia entrato a regime da poco tempo, sono già evidenziabili miglioramenti positivi dell'organizzazione ambulatoriale attuata.

In primo luogo i punti check-in hanno permesso di snellire le modalità di accettazione dell'utente in ambulatorio, tanto da ridurre il tempo impiegato dall'accesso alla esecuzione della prestazione. A breve sarà anche possibile monitorare la tempistica delle varie fasi (accettazione, chiamata in ambulatorio, refertazione). Intanto si è proceduto alla chiusura degli sportelli P.D.A. (Punti di Accettazione - Incasso), perché non più necessari. Data la possibilità di prenotare direttamente in ambulatorio i successivi controlli, l'utente riesce inoltre ad evitare anche i tempi di attesa agli sportelli di prenotazione o ai call-center.

La maggiore semplicità e allo stesso tempo rigidità di questo nuovo software, riduce gli errori del sistema informativo e una corretta compensazione economica dei volumi di prestazione effettivamente erogati, con un miglior governo della spesa e delle risorse. È stata infatti implementata una reportistica aziendale più dettagliata, in grado di quantificare per ogni ambulatorio i volumi di attività eseguiti e la tipologia di prestazioni effettuate sia per i pazienti esterni che per quelli interni. **CONCLUSIONI:** L'obiettivo è quello di estendere a breve il progetto di riorganizzazione a tutta la specialistica ambulatoriale del Policlinico sulla base dei miglioramenti effettivamente riscontrati dall'introduzione del nuovo sistema logistico-informativo. La disponibilità di un corretto flusso informativo, sia quantitativo che qualitativo, faciliterà la produzione e la diffusione di elaborazioni finalizzate al monitoraggio, sia del finanziamento che della programmazione delle prestazioni, anche grazie all'utilizzo di strumenti di operation management.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 587

LEAN SIX SIGMA: UN NUOVO APPROCCIO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE DA SOTTOPORRE A CHIRURGIA SOSTITUTIVA PROTESICA D'ANCA

G. Improta 1, F. Carpentieri 2, T. Rea 3, V. Guarino 4, M. Triassi 5

1 Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi "Federico II", Napoli;

2 Università degli Studi "Federico II", Napoli;

3 Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi "Federico II", Napoli;

4 Università degli Studi "Federico II", Napoli;

5 Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi "Federico II", Napoli;

INTRODUZIONE: La causa principale dell'incremento della spesa sanitaria, senza considerare fattori ingovernabili, quali, ad esempio, l'aumento dell'età media della popolazione, risiede nell'inappropriatezza dei processi. In questo scenario, hanno cominciato a diffondersi alcuni modelli di Management, basati sull'impiego di metodologie nate in ambito industriale e manifatturiero ma ormai diffuse anche in quello transazionale e di servizio. In particolare, il Lean Six Sigma (LSS), grazie alla sinergia delle due metodologie Lean Thinking e Six Sigma, rappresenta, nel contesto sanitario, l'approccio più innovativo ed efficace per il raggiungimento dell' "Eccellenza Operativa". Nel nostro Paese, il numero di interventi all'anca cresce al ritmo del 5% annuo, con una spesa di un 1,3 Mrd EUR per operazioni e ricoveri, e costi per la riabilitazione che superano 0,5 Mrd EUR. Il seguente lavoro, condotto presso l'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia dell'A.O.U. Policlinico Federico II di Napoli, consiste, dunque, nell'applicazione della suddetta metodologia manageriale al fine di incrementare l'efficacia e l'efficienza nella chirurgia sostitutiva protesica di anca. **MATERIALI E METODI:** Il LSS combina la potenza dell'analisi statistica, propria del Six Sigma con i principi e gli strumenti finalizzati all'eliminazione degli sprechi e alla riduzione dei tempi tipici del Lean. Il problem solving della metodologia LSS è il ciclo DMAIC, caratterizzato da 5 fasi operative che consentono di raggiungere gli obiettivi prefissati attraverso un rigoroso percorso di definizione, misurazione, analisi, miglioramento e controllo di una o più problematiche aziendali. Nell'ambito del progetto condotto, la fase di define è stata caratterizzata dall'identificazione del problema da risolvere, dalla formazione del team, dalla pianificazione del progetto e dall'individuazione della Critical To Quality (CTQ) ovvero della caratteristica responsabile della percezione della qualità del servizio da parte del customer. Per la definizione del problema sono stati utilizzati due strumenti operativi della metodologia: il project charter ed il diagramma SIPOC. Individuata la problematica, l'area di applicazione della metodologia e dopo aver reso il problema misurabile e quantificabile, nella fase di measure, attraverso l'utilizzo di un istogramma, di una run chart e di run tests, si è proceduto alla misurazione della performance corrente del processo. Nella fase di analyze, sono stati analizzati i dati misurati e raccolti nella fase precedente. In particolare, è stata costruita una Value Stream Map per poter valutare e modellare il flusso del processo in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

esame ed è stata effettuata un'analisi statistica per individuare l'eventuale correlazione esistente tra le variabili in gioco e la CTQ. Al termine della fase di analisi, è stata eseguita una sessione di brainstorming, al fine di identificare il maggior numero di cause del problema e le possibili soluzioni. Terminata la seduta, è stato costruito un diagramma di Ishikawa (Fig.1), all'interno del quale sono indicate le principali cause identificate classificate in categorie differenti. Analizzato il processo, sulla base dei risultati ottenuti, nella fase di improve, sono state sviluppate ed implementate le opportune azioni correttive. Nella fase di control, il nuovo processo è stato attivamente monitorato per verificare la validità del nuovo percorso clinico sviluppato, e a tale scopo, è stata condotta un'analisi statistica comparativa tra i pazienti operati prima e dopo l'implementazione dei nuovi standard formulati. Per esaminare la performance del processo, prima di ogni cambiamento suggerito dal team, è stata condotta un'analisi retrospettiva su un campione di 82 pazienti sottoposti all'intervento nei 18 mesi precedenti all'attivazione del progetto (Luglio 2011-Dicembre 2012). Per verificare la bontà del nuovo percorso clinico sviluppato, sono state collezionate le informazioni riguardanti un campione di 48 pazienti operati nei 12 mesi successivi all'implementazione delle azioni correttive attuate (Gennaio 2013-Dicembre 2013) **RISULTATI:** Nel progetto in esame, sono stati identificati diversi difetti e fattori influenzanti la durata della degenza ospedaliera, identificata come Critical To Quality del processo in esame, e messo in atto opportune azioni correttive. La durata media del ricovero si è ridotta da 18.94 a 10.66 giorni (-44%) (Tab.1). Inoltre, i pazienti con età superiore ai 75 anni hanno mostrato il decremento più significativo, circa del 50% in termini di valori medi. **CONCLUSIONI:** I vantaggi di questo nuovo clinical pathway sono molteplici: per l'utenza si ha una riduzione delle giornate di degenza ed una maggiore soddisfazione nei confronti della prestazione sanitaria usufruita, mentre per l'Azienda sanitaria si ha una riduzione dei costi per singolo paziente ricoverato, un'ottimizzazione delle liste d'attesa, una migliore programmazione delle liste operatorie ed un incremento dell'attività annuale del relativo reparto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 618

OBI CHIRURGICO-UROLOGICO NELL'AZIENDA OSPEDALIERA (A.O.) DI PERUGIA: UNA PREZIOSA RISORSA PER MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

D.Bogni 1; I.Bernardini 1; D.Torroni 1; E.Ceccarini 1; M. Marinelli 1; F. Fiorucci 1; M. Zucconi 1; M. Pioppo 1; Orlandi W 1.

1. Azienda Ospedaliera, Perugia

INTRODUZIONE: L'andamento degli accessi al Pronto Soccorso e la necessità di sviluppare percorsi clinico diagnostici che mirino a garantire il miglior livello di appropriatezza delle attività di ricovero, indicano la necessità di definire e formalizzare quell'insieme di attività, attuate nella pratica clinica anche in Italia e nella Regione Umbria, relative alla osservazione dei pazienti che accedono in forma non programmata alle strutture di ricovero denominata Osservazione Breve Intensiva (OBI). L'OBI viene individuata come area con funzioni assistenziali a breve-medio termine in cui si attua:

- valutazione diagnostica e trattamento a breve termine di patologie urgenti ad alto grado di criticità ma bassa gravità potenziale che possono non necessitare di ricovero ospedaliero;
- osservazione e valutazione protratta di pazienti a bassa criticità ma potenziale gravità per consentire nello stesso tempo la riduzione del numero di ricoveri ed una dimissione sicura.

MATERIALI E METODI: Nell'A.O. di Perugia, ai sensi della delibera regionale riferita all'OBI specialistico, sono state coinvolte le strutture complesse di Chirurgia Generale, Chirurgia Generale ed Oncologica, Chirurgia Generale e di Urgenza, Clinica Urologica.

Ciascuna struttura si avvale di n.2 posti letto. L'applicazione del regolamento OBI ed il rispetto della tempistica sono affidate ad un medico referente che si rapporta con la Direzione Medica Ospedaliera. Il ricovero in OBI non genera SDO e Cartella Clinica ma solo una Cartella Ambulatoriale che deriva dal programma informatizzato gestionale First Aid. **RISULTATI:** Dal 15/03/2014 al 30/04/2014 nell'OBI Chirurgico sono stati curati 105 pazienti, 64 (61,0%) dei quali dimessi, 34 (32,3%) ricoverati ed operati, 7 (6,7%) dimessi volontariamente. I pazienti hanno sostato una media di 32 ore, con un tasso di utilizzo del 53%. Confrontando lo stesso periodo nell'anno precedente, standardizzando per ricoveri, si è assistito ad una riduzione dei LEA medici, passando dal 36 al 24 %, con un conseguente incremento dell'appropriatezza con una percentuale dei ricoveri ordinari chirurgici passata dal 46 al 55%. Risalendo dalla descrizione diagnostica al DRG che il ricovero avrebbe prodotto nei dimessi si evince che si sarebbero risparmiate un totale di 132 giornate di degenza per DRG potenzialmente inappropriati.

Nello stesso periodo nell'OBI Urologico sono stati accolti 67 pazienti, 49 (73,1%) dimessi, 14 (20,9%) ricoverati e 4 (6%) dimessi volontari. I pazienti hanno sostato una media di 21 ore, con un tasso di utilizzo del 67,4%. Nel confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente non si rileva una sostanziale differenza. Risalendo dalla descrizione diagnostica al DRG che il ricovero avrebbe prodotto nei dimessi si evince che si sarebbero risparmiate un totale di 130 giornate di degenza



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

per DRG potenzialmente inappropriati **CONCLUSIONI:** Le strutture complesse di chirurgia e clinica urologica si trovano a gestire situazioni cliniche che consistono in una particolare modalità di assistenza del paziente che giunto al PS richiede una specifica osservazione della situazione clinica in ambienti protetti ed appositamente riservati allo scopo di chiarire i suoi effettivi bisogni di assistenza. L'utilizzo della risorsa OBI ha consentito, grazie ad una adeguata risposta diagnostico-terapeutica, il raggiungimento di 2 obiettivi:

- aumento dell'appropriatezza dei ricoveri (in particolar modo abbattimento dei DRG 183 dolori addominali e DRG 324 calcolosi senza complicanze che sono DRG altamente inappropriati per il trattamento in ricovero ordinario)
- miglioramento della qualità del servizio offerto al paziente ed alla sua famiglia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 293

FEDERALISMO ED EQUITÀ: DISUGUAGLIANZE NELLA DISTRIBUZIONE DEI CENTRI AD ALTO VOLUME DI ATTIVITÀ DI CHIRURGIA ONCOLOGICA NELLE REGIONI ITALIANE

A. Azara 1; L. Saderi 1; E. Pisone 1; V. Cotza 1; M.A. Pes 2; I. Mura 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva - Università di Sassari;

2 Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

INTRODUZIONE: Introduzione: Il Ministero della Salute, nel mese di aprile 2014, ha reso accessibile il sito istituzionale "Oncoguida" (oncoguida.it), nato nel 2009 da un progetto dell'Associazione italiana Malati di Cancro e dell'ISS, implementato nel 2011 in collaborazione con: Associazione Italiana di Oncologia Medica, Società italiana di Chirurgia Oncologica, Federsanità ANCI. Oncoguida risponde alle esigenze informativo-sanitarie dei malati di cancro e dei loro familiari, tra cui quella di identificare rapidamente le strutture ospedaliere italiane specializzate nella diagnosi e cura dei tumori e le relative prestazioni offerte.

Obiettivi: Nell'ambito delle oltre 1.200 strutture sanitarie censite da Oncoguida, lo studio si prefigge l'analisi della distribuzione geografica di offerta di salute di prestazioni chirurgiche per le principali tipologie di tumori (colon retto, mammella, polmone, prostata, utero, vescica e vie urinarie), con particolare riferimento agli ospedali che la guida ha identificato come "centri ad alto volume di attività di chirurgia oncologica" assegnando un "pallino verde" come garanzia di affidabilità e adeguato standard assistenziale in funzione di un elevato numero di casi trattati definito dal superamento di uno specifico cut-off. **MATERIALI E METODI:** Metodologia: A tal fine, utilizzando le informazioni per singola Regione e per singola struttura di ricovero, messe a disposizione da Oncoguida, è stato strutturato un database contenente i volumi di attività chirurgica per singolo tumore, successivamente analizzato su Excel con tabelle pivot. I dati relativi ai casi trattati, al numero di strutture complessive e al numero dei centri contrassegnati con un pallino "verde" per ogni singola regione, sinonimo di affidabilità, sono stati rapportati alla popolazione residente. Sono stati, quindi, identificati gli ospedali che presentano contestualmente il "pallino verde" di affidabilità per tutti i tumori precedentemente citati. **RISULTATI:** Risultati: Per il tumore della mammella, a fronte di una media nazionale del 21,20% dei "centri ad alta attività" rispetto al totale degli ospedali con casistica nel tumore considerato (191 su 901), è stata riscontrata una forte variabilità geografica, con alcune regioni ampiamente sotto la media (Calabria 5,71%, Campania 7,92%, Sicilia 10,75%); sopra la media: Toscana, Emilia Romagna, Veneto (31,91%, 33,90%, 40%) e le altre regioni del nord eccetto P.A. di Trento (12,50%). Una variabilità sovrapponibile è stata riscontrata per i tumori del colon retto (media nazionale di centri "affidabili" sul totale 19,25%) (con valori minimi per Calabria 4,17%, Abruzzo 6,67%, Campania 6,80%, Sicilia 7,21%, e massimi per Toscana 30,77%, Liguria 36,36%, Friuli V.G. 38,89%).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per i tumori del polmone, si rileva il 13,49% di centri “affidabili” con valori minimi in Calabria e Sardegna (5 e 7,69%) e massimi in Liguria e Puglia (33,33% e 23,33%).

Relativamente ai tumori della prostata, rispetto ad una media nazionale del 18% di centri “affidabili”, si osservano valori minimi in P.A. Bolzano, Basilicata e Calabria (0,0%, 0,0% e 4,76%) rispetto a Liguria e Veneto (50,% e 30,23%).

Più ampia, invece la percentuale di strutture “affidabili” riscontrata per gli interventi sulla vescica e vie urinarie, dove quasi la metà (48,08%) delle strutture disponibili sul territorio nazionale risulta “qualificata” (min: 21,43% Calabria, max: 70,45% Veneto).

Anche in rapporto alla popolazione residente si osserva, nelle diverse regioni, un’ampia variabilità di disponibilità di “centri ad alto volume di attività” (tabella) (media nazionale per la mammella: 1/312.000 abitanti, colon retto: 1/317.000 abitanti, polmone: 1/644.000 abitanti, prostata: 1/522.000 abitanti, utero: 1/452.000 abitanti, vescica e vie urinarie: 1/169.000 abitanti): in particolare, la disponibilità minima si registra per gli interventi alla mammella in Calabria (1/1.000.000), in Campania (1/729.000), seguite da Sicilia, Sardegna e P.A. di Trento (meno di 1/500.000), Abruzzo, Puglia, Lazio (1/336.000), mentre tutte le altre regioni sono sopra la media (1/269.000 abitanti in Liguria 1/226.000 in Umbria, 1/221.000 in Emilia Romagna, 1/197.000 in Veneto. Calabria e Sicilia registrano la disponibilità minima per i tumori dell’utero e della prostata, seguiti da Sardegna e Campania. CONCLUSIONI: Conclusioni: I risultati dello studio hanno messo in evidenza una distribuzione geografica dei centri ad alto volume di attività chirurgica oncologica assai disomogenea (figura) se si considerano gli ospedali che offrono contemporaneamente prestazioni per i sei tumori esaminati. In tale ambito, infatti, su 27 centri a livello nazionale (molti dei quali sono Aziende Ospedaliero-Universitarie), si evidenzia un marcato “gradiente” Nord-Sud (5 sono dislocati in Emilia Romagna, 4 in Lombardia, 3 in Veneto, 2 in Toscana, 2 in Umbria, 1 in Piemonte, 1 in Liguria, 1 nel Friuli Venezia Giulia, 1 nella Provincia di Bolzano); solo 7 centri sono presenti nel centro-sud-isole (3 a Roma, 1 in Campania, 2 in Puglia, 1 in Sardegna). Lo studio conferma la diversa capacità delle Regioni di garantire ai propri cittadini l’accesso a prestazioni qualificate di chirurgia oncologica ricomprese nei LEA e la necessità di riprogrammare la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, al fine di garantire pari opportunità nella tutela della salute sancita dall’Art. 32 della Costituzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 277

GLI INDICATORI OSPEDALIERI DI QUALITÀ DI PROCESSO SONO ASSOCIATI AI DETERMINANTI SOCIALI?

A. Buja 1 ; D.Canavese 2; P.Furlan 1; L.Lago 3; M.Saia 4; V.Baldo 1

1. Dipartimento di Medicina Molecolare, Laboratorio Sanità Pubblica e Studi di Popolazione, Università degli Studi di Padova, Padova;

2. Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral;

3. Corso di Laurea magistrale in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, Università degli Studi di Padova, Padova;

4. SER, Servizio Epidemiologico della Regione Veneto.

INTRODUZIONE: Il presente studio di popolazione ha lo scopo di valutare se, a livello ospedaliero, viene garantita la stessa qualità di cura a persone con pari bisogni di salute. Lo studio infatti mira a verificare se sia presente un'associazione tra determinanti sociali e l'aderenza ad un indicatore di processo che ha dimostrato una validità predittiva per l'outcome dei pazienti. **MATERIALI E METODI:** Lo studio retrospettivo di coorte si è avvalso di flussi amministrativi correnti (schede SDO). Sono stati inclusi i pazienti residenti nel Veneto ricoverati, tra gennaio e dicembre del 2012, in un qualsiasi ospedale del Servizio Sanitario della Regione Veneto, per frattura di femore. E' stato calcolato il seguente indicatore di mancata qualità: % pazienti anziani con frattura al collo del femore operati dopo 48 ore dal ricovero ospedaliero. Una regressione logistica multilivello è stata condotta per verificare l'associazione tra determinanti sociali e l'indicatore di processo aggiustando per le comorbidità potenzialmente confondenti l'associazione. **RISULTATI:** Sono stati analizzati i dati relativi a 5.643 pazienti anziani ricoverati con frattura del collo del femore. Il 48% dei soggetti con frattura al collo del femore non è stato operato entro le 48 ore. Nelle femmine è stata riscontrata una riduzione statisticamente significativa nell'odd di non essere operati entro le 48 ore. I pazienti con nessuna istruzione/ scuola primaria presentano un odd significativamente maggiore di non essere operati entro le 48 ore rispetto a coloro che sono laureati. **CONCLUSIONI:** I processi di quality health care, basati su evidenza scientifica, sono caratterizzati da disparità indesiderate. I dati amministrativi a disposizione offrono notevoli vantaggi pratici per la valutazione della qualità e sono un utile strumento di screening per identificare le disparità in salute e le aree critiche di intervento. Infatti il monitoraggio degli indicatori attraverso i database amministrativi, tanto quanto permette il miglioramento dell'efficienza e delle performance ospedaliere, allo stesso tempo può essere un utile strumento per la programmazione e l'implementazione di strategie, agevolmente attuabili, volte alla riduzione delle disuguaglianze di salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 273

ECONOMICAL IMPACT OF BILIARY COMPLICATIONS IN LIVER TRANSPLANTATION: ANALYSIS AND NEW OPERATIVE COSTS-APPROACH

A. Da Riva 1; S. Barbieri 2; D. Neri 1; G. Zanusi 1; A. Vitale 1; P. Boccagni 1; F. D'Amico 1; A. Bertacco 1; E. Gringeri 1; D. Miotto 3; A. Bertesso 3; D. Bassi 1; M. Polacco 1; A. Marcolongo 4; P. Feltracco 2; U. Cillo 1

1 Epatobiliary Surgery and Liver transplantation, Universital Hospital of Padova, Padova; 2 Anaesthesiology and Intensive care Unit, Universital Hospital of Padova, Padova; 3 Interventistic Radiology, Universital Hospital of Padova, Padova; 4 Planning and Control Department, Universital Hospital of Padova, Padova.

INTRODUZIONE: Introduction: We retrospectively studied 806 liver transplantation performed between 2003-2013 considering prognostic factors in development of biliary complications and clinical impact and costs consequences. The scenario in the last ten years changed and despite improved technical acquisition we face with new challenges of "marginal donors" and elevated MELD score recipients.

Better knowledge about leading factors biliary complications will lower costs and improve quality and security for patients both in mortality and morbidity.

Knowledge about biliary complications impact on healthy costs and hospital stay would give the possibility to a better approach on clinical and diagnostical performance and best practice related to a specific patient with his comorbidity.

The Diagnosis Related Group (DRG) reflects the complexity of this problem and the cost effectiveness approach. Higher is his ammount, higher is the weight in the economical point of view of the Hospital. **MATERIALI E METODI:** Materials and Methods: In our study we evaluated the prognostic risk factors focusing on Donor, Recipient and Surgical procedure variables and we related them on economical impact and health care costs for the Hospital and a Surgical Departement. We analysed also how and in which way diagnostic and therapeutic procedure have an impact on health care costs, in term of cost-effectiveness and clinical management. Clinical data was obtained from Hospital files and clinical charts. **RISULTATI:** Results: Of 806 liver transplantation performed in Epatobiliary Surgery and Liver Transplantation Unit, 802 were from cadaveric donor and 4 from living donor, in particular 711 were done in adults (88,2%) and 95 in pediatric (11,8%). In the Surgical Unit the incidence of biliary complications was 21%.

From statistical analysis emerged that 10 variables were independent risk factors for development a biliary complications: marginal Donor, ICU stay, Donor HBc+, perfusion type, perfusion solution, Donor age, pediatric liver transplantation, Recipient HCV+, Recipient HBV+ and biliary anastomosis fashion. From multivariate analysis emerged 4 variables useful in development of risk score for prediction of biliary complication.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

The analysis of the economic impact has highlighted that the Regional reimbursement of liver transplantation (DRG 76984,1€), and treatment of biliary complication is between 102.789€, if the complication is treated radiologically or endoscopically, if the surgical approach prevail the reimbursement is 90.493€. [Figure 1]

In the last three years the DRG middleweight in the Hospital for biliary complication leads from 1,90 in 2011 to 1,75 in 2013. The reimbursement was respectively 6.384,42€ in 2011, 5.548,96€ in 2012 and 5.368,45€ in 2013. **CONCLUSIONI:** Conclusion: Biliary complications remains the “Achille heels” in liver transplantation. The knowledge of ethiology and pathogenesis of biliary complications and its classification lead to a better planning of clinical treatment and of cost-approach, in terms of cost-effectiveness.

Multidisciplinary approach (surgeon, hepatologist, anaesthesiologists, endoscopist and interventional radiologist) is needed for best results. Research about new technique of liver preservation with experimental use of Machine Perfusion will decrease the ischemic perfusion injury and consequently biliary tract damage, that evolved in biliary complication.

As a consequence, this kind of approach would reduce hospital stay and would be an innovative technique that could be used also in human. Many studies and clinical practice still need to be performed to a better discovering of the real advantage of this technique.

The costs reduction is seen in less number of recurrent surgery and/or of recurrent radiological treatment.

The Health Director has to look after the correct use of resources, for a better planning of health care, guiding the Surgical Department Director promoting the surgical approach or the radiological ones in patients health care management, from diagnosis, to all the length of stay and the follow-up.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 197

APPROPRIATEZZA DELL'ANGIOPLASTICA CORONARICA NEI PAZIENTI SENZA SINDROME CORONARICA ACUTA

L. Tagliabue 1; S. Blengino 1; D. Marzorati 1; G. Perego 1

1 Ospedale San Luca, Istituto Auxologico Italiano, Milano

INTRODUZIONE: Al fine di monitorare l'adempimento ai requisiti di accreditamento della Regione Lombardia (requisito OGVQA04) è stata monitorata l'appropriatezza delle procedure di angioplastica coronarica (PCI) erogate presso il nostro ospedale in regime di ricovero elettivo, in pazienti senza sindrome coronarica acuta. Le PCI programmate sono, infatti, secondo alcuni autori, quelle maggiormente a rischio di erogazione inappropriata. Obiettivo ultimo del lavoro era l'individuazione di aree dell'assistenza sanitaria di cui sia necessario migliorare la qualità e proporre azioni di miglioramento. **MATERIALI E METODI:** E' stata effettuata una ricerca di linee guida cliniche e di valutazioni di appropriatezza effettuate in altre realtà e i lavori ritrovati sono stati valutati criticamente per quanto riguardava le metodologie applicate. Sulla base dei criteri di appropriatezza della rivascolarizzazione coronarica delineati da esperti dell'American Heart Association (AHA) e del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), sono state valutate tutte le cartelle prodotte nell'anno precedente relative a ricoveri in pazienti senza sindrome coronarica acuta, nel corso dei quali sono stati effettuati interventi di PCI. Tutte le valutazioni sono state effettuate in doppio. Le cartelle sono state identificate tramite il database delle SDO. Per ogni ricovero sono stati valutati e registrate le seguenti informazioni: i sintomi presentati dal paziente; l'intensità della terapia antianginosa assunta; il rischio di mortalità per sindrome coronarica acuta derivato dai risultati dei test non invasivi pre coronarografia; le comorbidità presenti (per es. DM, IRC e/o localizzazioni di malattia aterosclerotica in altri distretti); il dato anamnestico di interventi pregressi di bypass aorto-coronarico; il dato anamnestico di pregresse PCI; l'estensione della malattia coronarica alla coronarografia. I criteri AHA-SNLG sono stati lievemente modificati per potere utilizzare al meglio le informazioni correntemente raccolte nella nostra realtà. I pazienti sono stati inquadrati all'interno di scenari clinici, a ciascuno dei quali è stato attribuito un giudizio sull'appropriatezza della PCI (appropriata, non appropriata, con appropriatezza incerta). **RISULTATI:** Sono state valutate da un medico della Direzione Medica di Presidio e un medico della Unità Coronarica tutte le cartelle relative a ricoveri in pazienti senza sindrome coronarica acuta, nel corso dei quali sono stati effettuati interventi di PCI prodotte nell'anno 2012 (N=78). **Esiti del Monitoraggio:** in 60 ricoveri (75,6%) la procedura di PCI è risultata appropriata; in 13 (16,7%) la PCI è risultata avere appropriatezza "incerta"; in 5 (6,4%) la PCI è risultata non appropriata.

Complessivamente, anche se non sono state calcolate le differenze in modo statistico, gli esiti del monitoraggio sono simili a quelli riportati da altri autori che hanno utilizzato gli criteri analoghi a



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

quelli applicati nel presente lavoro, su casistiche più ampie **CONCLUSIONI**: Analizzando il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con cardiopatia ischemica nota o sospetta che si conclude con l'erogazione di una PTCA all'interno del nostro ospedale, emergono alcune criticità, la cui correzione potrebbe migliorare l'assistenza sanitaria (e, nello specifico, l'indicatore qualitativo costituito dall'appropriatezza dell'angioplastica). In particolare:

- Spesso (anche se non c'è una quantificazione del fenomeno) il paziente senza che lo specialista inviante abbia formulato un'appropriata indicazione (per sintomatologia e storia clinica, per risultati di esami diagnostici non invasivi già eseguiti, etc) all'esecuzione di coronarografia. Il giudizio di appropriatezza all'esecuzione della PTCA viene pertanto erogata dal cardiologo interventista sulla base della lesione coronarica rilevata alla coronarografia, piuttosto che sulla base di un giudizio che tenga conto dei plurimi fattori di rischio presentati dal paziente, come suggerito dalla consensus conference dell'AHA e come valutato nel nostro lavoro;
- Spesso il paziente che giunge all'esecuzione della coronarografia non assume un'adeguata terapia anti-anginosa (che in genere è sub massimale).
- Non è possibile categorizzare i risultati diagnostici degli esami non-invasivi (ECG da sforzo e scintigrafia) come suggerito dall'AHA, poiché nelle cartelle viene spesso riportata solo il giudizio del medico sul referto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 680

UNA QUESTIONE DI EQUILIBRIO FRA QUALITÀ, SPRECHI E CONTRAZIONE DELLE RISORSE: LA RISTORAZIONE OSPEDALIERA E IL CONTRIBUTO DEL DIETISTA

E.Troiano 1; M. Carucci 2; S. Torsoli 3; A. Rauti 4; C. Cremonini 5; M. Angellotti 6; A. Fantuzzi 7; G. Cecchetto 8; G. Imperio 9; Stefania Vezzosi 10.

1 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 2 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 3 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 4 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 5 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 6 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 7 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 8 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 9 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica; 10 Gruppo di lavoro ANDID Salute pubblica.

INTRODUZIONE: Nel marzo del 2014 l'Associazione Nazionale Dietisti (ANDID) ha istituito un sottogruppo di lavoro "Ristorazione collettiva", nell'ambito del già costituito gruppo "Salute Pubblica e Sostenibilità Alimentare", con l'obiettivo di elaborare un documento di analisi delle potenzialità, dei limiti, delle criticità e delle opportunità organizzative presenti attualmente nei servizi di ristorazione collettiva (nello specifico nel servizio di ristorazione ospedaliera).

Il Gruppo di Lavoro ha inoltre valutato il contributo che la figura professionale del Dietista può/deve essere in grado di offrire in un momento in cui risulta improcrastinabile coniugare con maggiore incisività ed efficacia il settore della ristorazione collettiva alle classiche dimensioni del concetto di sostenibilità (ambientale, economica e sociale). **MATERIALI E METODI:** Per l'elaborazione del documento sono state condotte due diverse analisi sui report disponibili in letteratura. Nella prima, sono stati analizzati i documenti italiani relativi alla gestione e alla regolamentazione dei servizi di ristorazione collettiva (PAN GPP, Linee Guida Nazionali per la Ristorazione Ospedaliera ed Assistenziale, ecc.). Parallelamente, è stata effettuata una valutazione delle modalità di gestione del servizio di ristorazione ospedaliera ponendo attenzione, in particolare, all'organizzazione e alla struttura dei dietetici ospedalieri, ivi compresi parametri e standard presenti nei capitolati di appalto.

Successivamente si è proceduto all'analisi delle Best Practice e Linee di indirizzo presenti nella letteratura Europea (DEFRA, BDA, NHS-DH), con l'obiettivo di individuare possibili "piste di lavoro" concretizzabili anche nella ristorazione ospedaliera italiana. **RISULTATI:** La situazione italiana mostra una forte disomogeneità territoriale in relazione alle modalità di gestione del servizio e all'organizzazione dei dietetici ospedalieri. Mediamente, nonostante le Linee di Indirizzo Nazionale raccomandino un dietetico ospedaliero comprendente un programma alimentare comune (vitto comune) e 7 schemi dietetici "speciali" standard, i dietetici ospedalieri, frequentemente, comprendono oltre 20 schemi "speciali" (nei quali non trovano comunque spazio né il pasto fortificato né il pasto modificato nella consistenza considerati "indispensabili" dalla letteratura scientifica) e non tutti prevedono un'organizzazione dei pasti strutturata su 3 pasti principali e



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

almeno uno spuntino. Dal punto di vista dei criteri di aggiudicazione delle gare di appalto, invece, la quasi totalità dei capitolati d'appalto considerati prevede la formula dell'"offerta economicamente più vantaggiosa", non considerando e ignorando però i "costi nascosti" legati ad esempio allo spreco di risorse ambientali (acqua, suolo, energia, perdita di bio-diversità, ecc.). La letteratura analizzata mostra comunque anche esempi di esperienze virtuose avviate nel nostro Paese dalle quali ben emerge come i servizi ristorazione ospedaliera in cui sono stati adottati "standard di acquisto sostenibili" (GPP) abbiano ottenuto risultati significativi in termine di efficienza del servizio. CONCLUSIONI: Il miglioramento del servizio di ristorazione ospedaliera passa anzitutto attraverso la definizione di un linguaggio condiviso, la revisione del numero dei pasti presenti in una giornata, l'organizzazione e l'articolazione dei programmi alimentari, soprattutto in virtù degli scarti alimentari rilevati, dei mutati tempi medi di degenza e di un miglior soddisfacimento dei bisogni di un'utenza che chiede espressamente la presenza di "pasti della normalità quotidiana".

Una revisione dunque di ampio respiro che sappia respingere l'irrazionalità della rigidità e della separazione professionale, favorendo e agevolando, al contrario, l'inter-professionalità, le intese e l'integrazione tra ricerca scientifica, scienze dietetiche, sostenibilità alimentare, atti amministrativi e politiche sanitarie.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 684

L'IMPIEGO DEL SAFETY WALK ROUND NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: CONFRONTO DELL'ATTIVITÀ IN DUE OSPEDALI ROMANI

G. Nasi 1; A. Gneo 2; F. La Commare 3; F. Gilardi 4; T. Mariani 4; E. Sesti 5; L. Ricciardi 6

1 Casa di Cura Villa Betania Presidio Ospedaliero Polo S. Spirito ASL Roma E

2 Ospedale S. M. Goretti ASL di Latina

3 Hospice Villa Speranza Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

4 Istituto di Igiene Università di Roma Torvergata

5 UOC Qualità e Risk Management ASL Roma B

6 UOC Valutazione Attività Strutture Accreditate ed in Convenzione ASL Roma B

INTRODUZIONE: Introduzione: Il Safety Walk Round (SWR) è una tecnica di risk assessment utilizzata per identificare situazioni di rischio clinico e vulnerabilità di sistema nella relativa gestione, permettendo di adottare le misure correttive mirate per aumentare la sicurezza dei pazienti e di incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori. Tale strumento è stato adottato in due ospedali romani ed applicato nelle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale, Ortopedia e Medicina di entrambe le strutture. **MATERIALI E METODI:** Metodi: il SWR si è svolto con visite ed interviste strutturate effettuate da rappresentanti dell'azienda che si occupano di gestione del rischio clinico per evidenziare criticità organizzative, previa formazione specifica. Il questionario sottoposto agli operatori sanitari è stato strutturato in 17 domande, di cui 12 sulla sicurezza dei pazienti in generale, 1 domanda a "cascata" specifica per ciascuna delle seguenti attività di prevenzione: cadute, servizio di sala operatoria, utilizzo farmaci, 1 sulla segnalazione degli eventi avversi o near miss o eventi sentinella, un'ultima domanda riguardante l'efficacia dell'intera intervista prevedendo consigli e suggerimenti utili al gruppo intervistatore. Ai pazienti sono state esposte 3 domande generali in tema di sicurezza delle cure. La scala decisionale per individuare le priorità di intervento è stata elaborata secondo la classificazione tassonomica dei fattori e sub-fattori contribuenti di Vincent. **RISULTATI:** Risultati: Le informazioni acquisite, ovvero le criticità evidenziate con il SWR sono state inserite in un database e classificate sulla base del modello di Vincent: 6 fattori causali principali (fattori organizzativi e gestionali, ambiente di lavoro, team, fattori individuali, compiti e processi, caratteristiche dei pazienti) esplicitati in 31 sub-fattori contribuenti totali. Tutti gli items del questionario sono stati vagliati secondo un elenco di 14 voci analitiche: carenza nella leadership e nell'organizzazione, carenza personale, mansione non adeguata alla tipologia di personale, mancata attribuzione di ruoli – dualismo nelle funzioni, mancanza di comunicazione con i pazienti, mancanza di lavoro in equipe e comunicazione fra operatori, ripercussioni in caso di errore, mancata comunicazione alla leadership per timore, carente formazione, non osservanza delle disposizioni, carenza strumentario – tecnologie, carenze strutturali, rischi nella terapia, rischi nell'assistenza, mancata



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

disponibilità presidi, farmaci, emocomponenti. Il SWR ha, così, messo a disposizione informazioni fondamentali nella formulazione della mappatura stessa dei rischi nelle varie UU.OO. e nei relativi servizi assistenziali con particolare riferimento allo sviluppo dei processi organizzativi e della comunicazione in quanto sono state riscontrate rilevanti criticità a riguardo. **CONCLUSIONI:** Conclusioni: Le interviste effettuate attraverso le passeggiate per la sicurezza dei pazienti, come da risultati attesi, hanno effettivamente raccolto le indicazioni sulle vulnerabilità del sistema che mettono a rischio gli assistiti e hanno portato ad individuare nello specifico delle UU.OO. gli ambiti di miglioramento. Su questa base è stato possibile trovare soluzioni e azioni migliorative da adottare ovvero misure preventive da implementare: trasformazione positiva della comunicazione a tutti i livelli e verifica della messa in opera effettiva delle Raccomandazioni Ministeriali e relative procedure e protocolli.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 722

MODELLI ORGANIZZATIVI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI TRA INTEGRAZIONE, COMPLEMENTARIETÀ E OUT-OF-POCKET.

G. Giannetti 1, A. Poscia 2, A. Collamati 3, D.I. La Milia 2, M. Di Donato 4, P. Contegiacomo 4, M. Wachocka 2, U. Moscato 2

1 DGPROGS – Ministero della Salute – Roma

2 Sezione di Igiene – Istituto di Sanità Pubblica – Dipartimento di Sanità Pubblica – Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma

3 Dipartimento di Geriatria, Ortopedia e Neuroscienze “Policlinico A. Gemelli” - Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma

4 Complesso Integrato Columbus - Roma

INTRODUZIONE: La realizzazione del benessere della popolazione si concretizza, per molte delle società, attraverso programmi che favoriscono l'accesso all'assistenza sanitaria. Diversi studi hanno dimostrato che i governi dei Paesi, pur considerando l'assistenza sanitaria come una responsabilità chiave, si avvalgono di diversi modelli organizzativi. La Sanità Pubblica e Privata, nell'ambito di questi modelli, possono integrarsi, sovrapporsi o differenziarsi completamente, generando estremi dall'efficienza organizzativa alla disorganizzazione se non sostanziale confusione. Il presente studio origina dalla crescente preoccupazione, in un periodo di crisi economica e di “spending review”, di fattiva sostenibilità dell'attuale modello universalistico e solidaristico della Sanità Pubblica Italiana e di come esso possa evolvere nel futuro. **MATERIALI E**

METODI: La ricerca è stata effettuata, attraverso una revisione sistematica, consultando la letteratura scientifica, nazionale e internazionale, relativa a studi pubblicati sul branding di salute pubblica disponibili nei più importanti e principali database on-line, ad accesso gratuito. Sono stati analizzati, in modalità comparata, i principali meccanismi di governance presenti nei differenti sistemi sanitari dei Paesi Europei ed Extra Europei. **RISULTATI:** Dall'analisi svolta, consultando 32 siti istituzionali oltre medline e cochrane, derivando 239 articoli e relazioni di cui 24 rispondenti ai criteri di inclusione nello studio, si evidenzia che il più grande mercato sanitario assistenziale complementare è in Olanda (utilizzato dall'89% della popolazione), seguita da Israele (80%).

L'Australia e l'Irlanda, che presentano un Sistema Sanitario Pubblico, hanno duplicato il mercato di offerta assistenziale, fornendo attraverso il settore privato quelle prestazioni che avrebbero dei tempi di attesa lunghi. Inoltre si rileva che alcuni Paesi, come Francia, Israele, Belgio, Canada e Stati Uniti, garantiscono le prestazioni sanitarie con una copertura privata ad oltre la metà della popolazione. In Italia circa il 14,89 % della popolazione, ad oggi, ha una qualche forma di assicurazione sanitaria privata, in genere per coprire servizi esclusi dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), ovvero per beneficiare di un elevato standard di comfort e privacy in strutture ospedaliere oppure per avere una più ampia scelta di fornitori pubblici e privati. Infine in molti Paesi, come



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Messico, Portogallo, Belgio, Australia e Stati Uniti, le famiglie sostengono “in proprio ed autonomo” pressoché tutta la spesa sanitaria. **CONCLUSIONI:** Lo studio ha potuto rilevare che ogni Paese, in riferimento alle caratteristiche della propria popolazione, individua un proprio sistema di assistenza sanitaria al fine di soddisfare il fabbisogno di salute della popolazione residente e non. Ciò comporta, per altro, l’impiego di indicatori qualitativi e quantitativi della bontà assistenziale, spesso, non confrontabili tra loro, definendo standard differenziati non sovrapponibili. In questo, inoltre, non sempre è ben evidenziabile il “successo” rispetto agli obiettivi assistenziali previsti, laddove spesso gli indicatori esprimono più il conseguimento di risultati quantitativi che qualitativi, propri maggiormente del concetto di benessere assistenziale atteso. Sono da considerarsi, conseguentemente, degni di apprezzamento quei Paesi che riescono, anche con sistemi sanitari misti, a garantire la stessa qualità di cure a tutti i cittadini in tempi brevi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 337

TRATTAMENTO CON SOFOSBUVIR E RIBAVIRINA NEI PAZIENTI HCV-POSITIVI LISTATI PER IL TRAPIANTO DI FEGATO: UN ANALISI DI COSTO-EFFICACIA

PA Cortesi 1; LG Mantovani 2; A Ciaccio 3; M Rota 4; G Cesana 1; M Strazzabosco 3,5; LS Belli 6
 1 Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CESP), Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi - Università degli Studi Milano-Bicocca, Monza; 2 Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II di Napoli, Napoli; 3 Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale, Università degli Studi Milano-Bicocca, Monza; 4 Centro di Studio e di Ricerca in Biostatistica per l'Epidemiologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Centro di Studio e di Ricerca in Biostatistica per l'Epidemiologia Clinica - Università degli Studi Milano-Bicocca, Monza; 5 Liver Center & Section of Digestive Diseases, Department of Internal Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA, 6 Dipartimento di Epatologia e Gastroenterologia, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano.

INTRODUZIONE: Il virus dell'epatite C (HCV) è la principale indicazione per il trapianto di fegato, con una percentuale che varia dal 10% nei paesi dell'Europa settentrionale a quasi il 50% nei paesi dell'Europa meridionale. La prognosi dei pazienti affetti da HCV sottoposti a trapianto di fegato è gravemente limitata dall'alta probabilità di recidiva dell'HCV post-trapianto. L'unica opzione terapeutica disponibile attualmente per la recidiva da HCV è il trattamento con Peginterferone in combinazione con Ribavirina. Purtroppo, meno del 50% dei pazienti può effettivamente essere trattato con questi farmaci e il tasso di risposta tra i pazienti trattati è inferiore al 30%. Sofosbuvir in combinazione con ribavirina (SOF/RBV) è un nuovo trattamento senza interferone capace di sopprimere la viremia e prevenire la recidiva da HCV quando usato nei pazienti listati per il trapianto. L'obiettivo di questo studio è stato valutare la costo-efficacia del trattamento con SOF/RBV nei pazienti listati per il trapianto con diagnosi di cirrosi da HCV (HCV-cirrosi) o con diagnosi di epatocarcinoma da HCV (HCV-HCC). **MATERIALI E METODI:** Un modello analitico decisionale di semi-Markov è stato sviluppato per valutare la costo-efficacia del trattamento SOF/RBV nei pazienti listati per trapianto di fegato con HCV-cirrosi e in quelli con HCV-HCC. Il modello simula la progressione dei soggetti HCV-cirrosi o HCV-HCC dal momento del loro inserimento nella lista trapianti fino alla loro morte, considerando il rischio di recidiva da HCV post-trapianto. Con questo modello sono state confrontate due diverse strategie terapeutiche: 1) Trattamento con SOF/RBV fino a un massimo di 24 settimane o fino a trapianto se eseguito prima della 24° settimana dall'inizio del trattamento, 2) Nessun trattamento antivirale. Il modello ha stimato i costi relativi al trattamento con SOF/RBV, i costi associati a ciascun stato di salute, gli anni di vita (LYs), gli anni di vita aggiustati per la qualità (QALYs), ed il rapporto incrementale di costo-efficacia (ICER) espresso in € per QALY guadagnato. L'analisi è stata eseguita usando la prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale Italiano, utilizzando i prezzi al 2014 espressi in Euro. L'orizzonte temporale della simulazione è stato la vita dei pazienti, con una durata per ciclo di simulazione di un mese. I costi e benefici clinici futuri sono stati attualizzati con un tasso di sconto



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

del 3% annuo. L'intervento è stato considerato costo-efficace se l'ICER prodotto era inferiore alla soglia di € 60.000 per QALY guadagnato, che rappresenta la soglia della disponibilità a pagare per un nuovo trattamento all'interno del contesto Italiano. **RISULTATI:** Dalla simulazione fatta col modello, lo scenario che comprendeva il trattamento con SOF/RBV ha riportato una maggiore efficacia ma anche un costo maggiore rispetto allo scenario che implicava nessun trattamento antivirale. Nei soggetti trattati con SOF/RBV, il modello ha riportato un incremento medio di LYs e QALYs per paziente di 4,32 e 2,41 nei soggetti HCV-cirrosi e 3,97 e 2,23 nei soggetti HCV-HCC. L'ICER stimato dal modello, confrontando il trattamento SOF/RBV con l'opzione nessun trattamento antivirale, è stato di € 30.518 per QALY guadagnato nei pazienti HCV-cirrosi e € 41.610 nei pazienti HCV-HCC. L'affidabilità dei risultati è stata confermata dall'analisi di sensibilità a una via e dalla curva di accettabilità del rapporto incrementale di costo-efficacia, la quale ha mostrato una probabilità del 97,5% che il trattamento SOF/RBV potesse essere costo-efficace assumendo una soglia della disponibilità a pagare di € 60.000 per QALY guadagnato nello scenario HCV-cirrosi e dell'88,1% nello scenario HCV-HCC. Gli ICERs stimati sono stati particolarmente sensibili alle variazioni della durata del trattamento SOF/RBV; infatti, assumendo una durata di 12 settimane gli ICERs ottenuti sono stati € 19.317 per QALY guadagnato nello scenario HCV-cirrosi e € 29.540 in quello HCV-HCC. **CONCLUSIONI:** Lo studio ha dimostrato che un trattamento di 24 settimane con SOF/RBV nei pazienti con HCV-cirrosi o HCV-HCC in lista d'attesa per il trapianto di fegato è costo-efficace con un ICER di € 30.518 per QALY guadagnato nei primi e di € 41.610 nei secondi. Inoltre, questa potenziale costo-efficacia di SOF/RBV potrebbe ulteriormente aumentare se come mostrato dalle prime evidenze disponibili si potesse diminuire la durata del trattamento da 24 a 12 settimane. Questi risultati forniscono un'ulteriore e importante argomentazione a favore del potenziale uso del trattamento senza interferone nei pazienti HCV-positivi listati per il trapianto, tuttavia uno studio prospettico ben disegnato è necessario per confermare il valore dei parametri assunti nel modello e i risultati ottenuti. Infine bisogna considerare che nuove associazioni di antivirali ad azione diretta e senza interferone saranno a disposizione nei prossimi anni creando nuove sfide e opportunità anche nel contesto del trapianto di fegato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 638

ESPERIENZA DI SAFETY WALK ROUND

P. Navone 1; G. Caprioli 1; G. Domeniconi 4; M. Nobile 1,2; F. Ubaldi F 3; GM. Calori 1

1 Istituto Ortopedico G. Pini, Milano

2 Dottorato in Sanità Pubblica_ Università degli Studi di Milano

3 Dipartimento di Scienze Biomediche per La Salute- Università degli Studi di Milano

4 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Milano

INTRODUZIONE: La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure offerte e rappresenta quindi uno degli obiettivi prioritari per un' Azienda Ospedaliera.

Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione richiede la diffusione della cultura della sicurezza.

Il Safety Walk Round(SWR). è una tecnica di risk assessment, che prevede visite ed interviste strutturate da parte di esponenti della dirigenza agli operatori e dirigenti di unità operative e servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità.

Obiettivo del progetto è di implementare un progetto sperimentale di SWR all'interno dell' Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico G. Pini al fine di incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori coinvolti nel processo di cura al paziente **MATERIALI E METODI:** È stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da direttore medico di presidio, risk manager, responsabile sitra e responsabile qualità per predisporre i documenti progettuali.

È stata redatta apposita procedura esplicativa. Sono stati individuati appositi indicatori di processo ed esito di valutazione del progetto **RISULTATI:** Sono state coinvolte 3 unità operative. È stato organizzato un incontro per direttori di dipartimento e delle unità operative coinvolte ed ai coordinatori infermieristici per illustrare il progetto, fornendo il materiale informativo sulle modalità di esecuzione e chiarendo la tempistiche di realizzazione e di ritorno dei dati.

Sono state concordate le date di svolgimento dei SWR **CONCLUSIONI:** Le criticità evidenziate durante il SWR consentiranno di sviluppare interventi efficaci e puntuali e di individuare ed adottare misure correttive per aumentare la sicurezza del paziente.

Conclusa la fase sperimentale, il SWR potrà essere esteso a tutte le UUOO.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 078

COMPLESSITÀ E RETI IN SANITÀ PUBBLICA: UNO STUDIO SULLA RETE DEI LABORATORI DI ANALISI DELLA SICILIA

P. Cavallo 1, S. Pagano 1

1Dipartimento di Fisica, Università di Salerno, Salerno

INTRODUZIONE: Le strutture sanitarie territoriali, quali ambulatori, laboratori etc., sono parte di un sistema complesso che è la Sanità Pubblica.

La loro posizione geografica e dimensione è il risultato di interazioni complesse tra fattori epidemiologici, economici, sociali e storici. La situazione congiunturale di crisi economica, e le politiche di programmazione sanitaria messe in atto, hanno portato, in anni recenti, ad una ridefinizione dei parametri di esistenza delle singole strutture quali nodi, nonché della rete assistenziale nel suo complesso.

Per ottenere una conoscenza più completa di questi fenomeni, accanto alle più tradizionali tecniche di statistica inferenziale è vantaggioso usare le tecniche di analisi delle reti sviluppate negli ultimi anni e già impiegate con successo in ambito medico (Network Medicine).

La Network Medicine è una disciplina di recente costituzione che applica con successo metodologie sviluppate per lo studio di reti sociali (Social Network Analysis) nel contesto sanitario, a più livelli: a quello delle interazioni molecolari (interattoma), delle interazioni tra patologie (diseasoma), delle interazioni sociali.

Per queste ultime, lo studio può spaziare sulle interazioni tra persone, rilevanti al fine della diffusione dei comportamenti e dei determinanti di salute, ovvero tra istituzioni, rilevanti a livello del concreto funzionamento della rete di Sanità Pubblica. **MATERIALI E METODI:** E' stata costruita una rappresentazione della struttura della rete assistenziale dei laboratori di analisi della Regione Sicilia prima e dopo l'esordio della crisi economica.

Ciascun laboratorio è stato considerato come un nodo della rete, ed i vari nodi sono interconnessi secondo differenti criteri. legati alla rispettiva posizione geografica, alla tipologia e quantità di prestazioni erogate, etc.

L'efficacia e l'impatto sul territorio dei centri erogatori di servizi sono stati valutati con tecniche di statistica inferenziale e di analisi delle reti sociali.

L'evoluzione nel tempo delle reti è stata valutata considerando i dati in anni differenti.

La rete è stata valutata dal punto di vista del numero, distribuzione geografica e rapporto con la popolazione servita delle strutture di erogazione delle prestazioni.

Sono stati poi analizzati i dati relativi alle singole prestazioni erogate, ricavando anche informazioni sull'epidemiologia del territorio servito. **RISULTATI:** L'analisi dell'evoluzione temporale della rete delle strutture di erogazione ha evidenziato un progressivo, seppur lieve, aumento della quantità di prestazioni erogate. Infatti, la domanda diretta alla rete del privato



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

accreditato è passata da circa 31 milioni di prestazioni nel 2007 a circa 32 nel 2009 per poi attestarsi a circa 33 nel 2012.

Contemporaneamente si è riscontrato un aumento del numero di prestazioni medie per laboratorio ed una diminuzione del numero complessivo di laboratori attivi. Il numero di strutture private accreditate attive sul territorio è passato da 677 nel 2007 a 681 nel 2009 per poi ridursi a 471 nel 2012;. La dimensione media dei laboratori è cresciuta passando da 47.000 prestazioni medie nel 2007 a 49.000 nel 2009 a 71.000 nel 2012.

Nelle strutture pubbliche, invece, il numero di centri è rimasto praticamente costante, passando da 126 nel 2007 a 127 nel 2012, come costante è rimasto il livello di attività.

I risultati ottenuti attraverso l'analisi con metodi di Social Network Analysis hanno evidenziato il livello di connessione esistente tra centri erogatori, sia per quanto attiene alla qualità che alla quantità di attività svolta. **CONCLUSIONI:** L'aumento di domanda di prestazioni è in linea con il comune riscontro, legato all'aumento dell'età media della popolazione e delle aspettative di assistenza sanitaria.

La riduzione del numero di strutture e l'aumento del numero medio di prestazioni per struttura è in linea con le scelte di politica sanitaria e tariffaria, accelerato dalla crisi economica.

Come conseguenza vi è stata una riorganizzazione della rete geografica dei laboratori, con la modifica dei bacini di utenza, non sempre a vantaggio dell'accessibilità da parte dei pazienti.

La rappresentazione sotto forma di reti, costruite con differenti criteri di identificazione dei nodi e dei link, nonché dei relativi pesi, è estremamente efficace per evidenziare i cambiamenti connessi al processo di riorganizzazione delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie di laboratorio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 626

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA REGIONE LAZIO PER LA SICUREZZA DELLE CURE. PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM): GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

C. Giliberti 1; E. Sesti 2; M. Musolino 2; M. Cannavò 2; G. Nasi 3; F. Gilardi 1; T. Mariani 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Tor Vergata, Roma; 2 UOC Qualità e Risk Management ASL RMB, Roma; 3 CdC Villa Betania, Roma

INTRODUZIONE: Il Ministero della Salute individua la gestione del rischio clinico come elemento strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità assistenziale. Nell'ottica di un'assistenza sanitaria improntata alla centralità del paziente, una corretta gestione del rischio clinico non può prescindere dall'elaborazione di un piano strutturato di risk management.

MATERIALI E METODI: Al fine di migliorare la gestione del rischio clinico in tutto il territorio, la Regione Lazio ha costituito un tavolo permanente regionale di risk management e quattro specifici GdL: uno di coordinamento per il rischio clinico, uno di coordinamento per le ICA, uno per la valutazione dei sinistri e uno per l'elaborazione di un piano formativo. Con la Determina n. G04112, è stato emanato il documento "Linee di indirizzo per la stesura del piano annuale di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)", pubblicato sul BURL in data 10 aprile 2014. **RISULTATI:** Il PARM è uno strumento organizzativo e tecnico necessario per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. I progetti operativi (parte integrante e sostanziale del PARM) hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per la relativa adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo. Il Piano si inserisce in una più ampia azione sistemica di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di informazione e formazione e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

Il PARM si propone come obiettivi:

1. la creazione e diffusione della "cultura della sicurezza" e della "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno
2. la mappatura dei rischi
3. il miglioramento dell'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
4. la promozione della comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema
5. la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle ICA e al contenimento dei sinistri
6. la visione unitaria delle diverse "sicurezze" aziendali attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le varie funzioni aziendali, con particolare riguardo alla sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

7. la promozione dell'appropriatezza gestionale nell'allocazione delle risorse economiche aziendali

8. la promozione dell'integrazione tra le diverse articolazioni aziendali coinvolte nel governo clinico

9. l'integrazione dei processi tra Risk Management, Affari Generali e Legali e la Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

Per l'attuazione di tali obiettivi, il modello organizzativo promosso dalla Regione prevede specifici criteri da adottare in tutte le ASL, AO e IRCCS del Lazio, conferendo un carattere di uniformità in materia di gestione del rischio clinico in tutto il territorio regionale. Un primo criterio riguarda la dotazione organica delle UU.OO. di risk management, che devono prevedere almeno 1 profilo sanitario e 1 profilo amministrativo. Inoltre il Risk Manager deve partecipare, quale componente effettivo, al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), al Comitato Valutazione Sinistri (CVS) e al Nucleo Health Technology Assessment. In un'ottica di governo del rischio clinico e della sinistrosità a livello regionale e nazionale è fatto obbligo di aderire al monitoraggio degli Eventi Sentinella e dei sinistri alimentando i flussi SIMES secondo le modalità e le tempistiche previste dal Protocollo Ministeriale e dalle Linee di Indirizzo regionali.

L'adesione degli operatori alle iniziative ed alle azioni indicate nel PARM verrà misurata attraverso il grado di raggiungimento degli obiettivi inseriti nelle schede di budget.

Tale valutazione, oltre che misurare l'efficacia delle azioni poste in essere, consente di monitorare anche l'entità dell'adesione ai programmi avviati, costituendo un valido indicatore di processo.

CONCLUSIONI: Il modello proposto si configura come un efficace strumento di governo clinico in staff alla Direzione Strategica Aziendale e si colloca come elemento di valutazione dell'attività dei Direttori Generali. Il ruolo di promozione attiva del risk manager assume una caratterizzazione di indipendenza istituzionale alle dirette dipendenze della Direzione Strategica Aziendale. Attraverso il PARM, il Risk Management fornisce quindi all'Azienda Sanitaria un supporto decisionale indispensabile.



SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C6: MEDICINA DEL TURISMO E DELLE MIGRAZIONI



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 374

MIGRANTI E SALUTE. UN ESEMPIO DI VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ACCOGLIENZA RIVOLTA AI MIGRANTI RICHIEDENTI ASILO IN SICILIA

Bert F 1, Gualano MR 1, Di Stanislao F 2, Tozzi Q 3, Scondotto S 4, Restivo V 4, Siliquini R 1

1 Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

3 Agenas

4 Regione Sicilia

INTRODUZIONE: In Italia è poco diffusa l'abitudine di condurre Valutazioni di Impatto sulla Salute (VIS) per valutare politiche e programmi a livello locale o nazionale. Persiste pertanto qualche incertezza metodologica esacerbata dalla carenza di legislazione in merito. Partendo da queste premesse e sotto la supervisione e il finanziamento dello European Regions Development Fund (ERDF), il Ministero della Salute italiano ha deciso di introdurre le Linee Guida per la VIS in quattro Regioni del Sud Italia (Sicilia, Calabria, Campania e Puglia). Tali linee guida sono state validate attraverso la conduzione di alcune simulazioni di VIS. In particolare, il gruppo di lavoro regionale della Sicilia ha condotto una simulazione di VIS, qui descritta, con l'obiettivo da un lato di validare le linee guida e dall'altro di identificare i potenziali impatti sulla salute della riorganizzazione della rete socio-assistenziale di accoglienza agli immigrati irregolari richiedenti asilo all'interno dei Centri di Accoglienza e dei Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo della Regione Sicilia.

MATERIALI E METODI: Con la proposta presa in considerazione si sono voluti valutare gli effetti sulla salute delle seguenti quattro linee di azione: - Implementazione del Servizio di Mediazione Linguistica e Culturale, effettuato grazie alla collaborazione con professionisti esperti; - Implementazione del servizio di supporto giuridico e informativo ad opera di legali esperti sulla giurisprudenza in merito all'immigrazione e ai diritti e doveri dell'immigrato; - Implementazione del Servizio di Supporto Socio-Psicologico, con la collaborazione di assistenti sociali e psicologi esperti; - Implementazione del Servizio di Organizzazione del Tempo Libero e di Sviluppo di posizioni lavorative all'interno dei Centri, con la collaborazione delle associazioni di volontariato. A tal fine è stato definito il profilo demografico della popolazione interessata e costruito un framework logico dei potenziali outcomes sociali e di salute ed è stata condotta una VIS intermedia basata sulla letteratura scientifica e su precedenti esperienze di VIS in materia al fine di validare le linee guida e indagare i potenziali effetti sulla salute della proposta. **RISULTATI:** Da quanto emerso, i potenziali esiti della corretta implementazione del Servizio di Mediazione Linguistica e Culturale potrebbero essere principalmente miglioramenti nell'educazione alla salute e nella promozione della salute tra



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

i migranti con conseguenti influenze sugli accessi ai servizi sanitari e sulla diffusione di patologie infettive e/o sessualmente trasmissibili. La salute mentale e la spesa sanitaria sono due ulteriori elementi che, a detta del gruppo di lavoro, potrebbero essere influenzati dall'intervento e considerabili quindi come outcomes finali. Il Servizio di Supporto Informativo e Giuridico potrebbe invece influenzare in prima battuta le problematiche relative alla criminalità con conseguenze sia sugli immigrati che sulla popolazione generale, e non dovrebbero essere escluse anche possibili influenze sulla salute mentale degli immigrati. L'implementazione del servizio di supporto socio-psicologico potrebbe influenzare le conoscenze relative a tematiche di educazione sanitaria e promozione della salute e in seconda battuta la spesa sanitaria. Infine, il Servizio di Organizzazione del Tempo Libero e di Sviluppo di Posizioni Lavorative all'interno dei Centri potrebbe favorire l'occupazione tra i migranti e migliorare l'organizzazione della vita quotidiana e del tempo libero con una conseguente influenza finale sulla salute mentale e sulla criminalità. **CONCLUSIONI:** Questa VIS, sebbene condotta come simulazione per la validazione delle nuove Linee Guida Regionali, ci ha consentito di far luce sulle possibili conseguenze della riorganizzazione dell'assistenza sociale territoriale per gli immigrati irregolari richiedenti asilo in Sicilia. Sebbene vi sia la necessità di conferme nel contesto locale, dove la vera riorganizzazione della rete territoriale dovrebbe essere condotta, si può dire che le evidenze scientifiche concordano nell'enfatizzare la necessità di migliorare l'accoglienza dei migranti per la salute non soltanto di questo gruppo ma anche della comunità ospite. In particolare, una maggiore attenzione al supporto sociale e giuridico non può che avere effetti benefici sugli outcomes di salute mentale per i migranti e quindi va indubbiamente raccomandata. Se queste conseguenze non sembrassero da sole sufficienti a giustificare un intervento riorganizzativo, potrebbe essere utile ricordare ai decisori politici anche le importanti implicazioni, dimostrate in altri contesti, sulla criminalità e sulla spesa sanitaria a medio-lungo termine. Questi benefici sembrano essere molto maggiori rispetto alle spese legate alla riorganizzazione dei centri di accoglienza. Ulteriori studi sono senza alcun dubbio raccomandati per una migliore definizione e contestualizzazione degli outcomes.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 187

STUDIO DEGLI ESITI IN SALUTE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE PER LA POPOLAZIONE STRANIERA TEMPORANEAMENTE PRESENTE (STP) ATTRAVERSO IL RECORD LINKAGE DI DATI CLINICI E FLUSSI CORRENTI DI DATI SANITARI

C. Bertoncello 1, A. Ferraresso 2, G. Morgillo 1, F. Fasano 1, A. Buja 1, T. Baldovin 1, A. Ferro 2, V. Baldo 1

1 Dipartimento di Medicina Molecolare – Sezione Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

2 Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS17-Regione Veneto

INTRODUZIONE: In ambito sanitario la fonte informativa più utilizzata per descrivere il consumo di risorse e le condizioni di salute la popolazione straniera temporaneamente presente (STP) è quella delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), da cui emerge che la proporzione di ricoveri di STP è pari allo 0,5-0,6% del totale di ricoveri in Italia. Tuttavia rispetto alla popolazione italiana e straniera regolare la percentuale di ricoveri in urgenza risulta più elevata verosimilmente in ragione della mancata conoscenza dell'offerta e delle modalità organizzative proprie dell'assistenza primaria dedicata a questa tipologia di utenza. Obiettivo dello studio è la descrizione dell'offerta sanitaria, di primo e secondo livello, la definizione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate ed i determinanti che ne condizionano l'utilizzo. In particolare questa prima fase dello studio è volta a valutare l'impatto dell'assistenza primaria dedicata alla popolazione STP in termini di tutela della salute e ottimizzazione dell'uso di risorse attraverso il record linkage fra archivio dell'ambulatorio dedicato e archivio di Pronto soccorso. **MATERIALI E METODI:** La scelta dell'azienda sanitaria è stata determinata dalla presenza presso il Dipartimento di Prevenzione di un servizio di assistenza sanitaria dedicata agli stranieri STP che prevede la raccolta sistematica di informazioni relative alla salute degli assistiti ed alle prestazioni erogate. La popolazione oggetto dello studio ha previsto l'identificazione degli STP che hanno ottenuto prestazioni sanitarie durante il periodo 01/01/2009–31/12/2012 presso l'Azienda Ulss 17 della Regione Veneto. La stessa identificazione è avvenuta attraverso l'analisi dei flussi di dati correnti relativi a: accessi al Pronto Soccorso, SDO, specialistica ambulatoriale, farmaceutica. Dall'unione dei suddetti flussi, dopo verifica con i codici dell'anagrafe sanitaria regionale e dell'archivio cartaceo dell'ambulatorio, si è ricavata una copia univoca dei codici STP (totale 711). I singoli soggetti sono stati distinti in due gruppi, Non Assistiti (NA, 464) e Assistiti (A, 247), questi ultimi definiti come stranieri che hanno effettuato almeno due accessi in ambulatorio nel periodo 2009-2012. I due gruppi vengono confrontati rispetto agli accessi in PS (triage, motivo di accesso, esito). **RISULTATI:** Il numero di accessi in PS di STP è stato pari a 90 Assistiti (su 247, 36,4%) e 194 Non Assistiti (su 464, 41,8%). La distribuzione di accessi in PS per codice di triage evidenzia un maggior livello di gravità negli accessi dei non assistiti (Chi-quadrato 10,90; p 0,028); in particolare: codice rosso 0,0% A vs 0,1% NA; codice giallo 5,0% A vs 10,8% NA. In Tabella 1 si confronta la



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

distribuzione dei motivi di accesso con le categorie di stranieri (distinte in base al genere ed A/NA); si evidenzia come gli accessi per condizioni valutabili in assistenza primaria (AP) sono attribuibili per più dell'80% a non assistiti ed in particolare a non assistiti di sesso maschile. Solo il 10% di stranieri dimessi, anche fra il gruppo dei non assistiti, viene indirizzato a strutture ambulatoriali (compreso l'ambulatorio STP).

Nel 6,6% dei casi l'accesso al PS è, inoltre, seguito da un ricovero; questa percentuale è maggiore nelle donne perché molti dei ricoveri sono dovuti a motivi ostetrici. Fra i maschi la percentuale di ricovero è doppia nei NA rispetto agli A.

E' stato valutato il trend degli accessi nei quattro anni al fine di approfondire l'analisi delle possibili cause di una diversa distribuzione di accessi per condizioni valutabili in AP. Il numero di prime visite presso l'ambulatorio STP è stato messo in relazione con il numero di accessi al PS per condizioni valutabili in AP (Figura 1). Al diminuire delle prime visite corrisponde un incremento degli accessi al PS per condizioni valutabili in AP.

La riduzione del numero delle prime visite presso l'ambulatorio STP è in parte ascrivibile alla riduzione del numero di stranieri irregolari presenti nel territorio ed in parte alla diversa modalità di erogazione della tessera STP che dal marzo 2013 non è più direttamente rilasciata dall'ambulatorio ma dagli sportelli amministrativi del Distretto Socio Sanitario. CONCLUSIONI:

L'analisi effettuata evidenzia come il mantenimento nel territorio di un servizio ambulatoriale di medicina preventiva e di base dedicato riveste un ruolo rilevante in termini di salute pubblica e sostenibilità economica rinforzando l'ipotesi di un suo contributo nel ridurre gli accessi "impropri" al PS. La mancanza di offerta diretta di assistenza primaria già dal momento del rilascio della tessera sanitaria sembra costituire perdita di un'occasione opportuna di fidelizzare l'utente all'ambulatorio.

Implementare l'accessibilità e le potenzialità dell'ambulatorio dedicato, individuando percorsi facilitati che superino le barriere burocratiche, potrebbe permettere un miglioramento delle prestazioni erogate, ottimizzando le risorse e contribuendo a ridurre le disuguaglianze in salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 584

GLOBAL HEALTH E MEDICINA TRANSFRONTALIERA: LA SPERIMENTAZIONE DI UN PERCORSO FORMATIVO

A.Molese 3; V.Jr Guarino 2; T. Miele 2; G.P. Patanella 2; G.Improta 1; T. Rea 1; M. Triassi 1;

1 Dipartimento Sanità Pubblica, Università "Federico II" Napoli

2 Corso di Laurea Magistrale Scienze della Prevenzione, Università "Federico II" Napoli

3 Croce Rossa Italiana

INTRODUZIONE: Il corso intende fornire competenze avanzate per la sorveglianza e la gestione di emergenze di Sanità Pubblica, derivanti da patologie transfrontaliere.

Per muoversi nel contesto di una sanità globale, è necessario sviluppare una visione olistica della salute, multidisciplinare e multisettoriale; ne deriva la necessità di formare professionisti (medici, veterinari, biologi), che possano essere in grado di programmare e condividere percorsi comuni, dinamici e accessibili, orientati ai principi della One Health. Il Dipartimento di Sanità Pubblica, nell'ambito delle attività formative, si è posto l'obiettivo di sviluppare percorsi e orientamenti con i soggetti istituzionalmente preposti allo studio, al monitoraggio e al controllo della diffusione sul territorio nazionale di patologia transfrontaliere, secondo nuove strategie di comunicazione e di risk assessment, in linea con quanto stabilito dal Regolamento Sanitario Internazionale. **MATERIALI E METODI:** L'Università degli Studi di Napoli "Federico II" è stata fra le prime a proporre ed attivare il corso di perfezionamento per l'a.a. 2013/14. Il percorso formativo è articolato integrando le diverse abilità delle varie figure partecipanti, puntando alla multidisciplinarietà e garantendo la giusta proporzione tra didattica frontale, attività teorico-pratiche e professionalizzanti sul campo. Il corso ha la durata di un anno con un impegno orario complessivo di 250 ore pari a 10 CFU di didattica frontale e 150 ore di esercitazioni, attività di tirocinio e studio individuale. I partecipanti sono 35 e sono laureati in: Medicina e Chirurgia, Medicina Veterinaria, Biologia.

Il corso è articolato in sei moduli i cui contenuti sono: I Modulo Global Health, II Modulo Patologie emergenti e riemergenti: il problema dei controlli, III Modulo Diseguaglianze sociali: emarginazione e malattie, IV Modulo Sicurezza della comunità, V Modulo La gestione delle risorse, VI Modulo L'importanza della comunicazione. **RISULTATI:** Il corso si è avvalso della collaborazione e del contributo organizzativo di diversi organi istituzionali extra universitari: Ministero della Salute, Croce Rossa Italiana (Reparto di Sanità Pubblica e Comitato Provinciale di Napoli), Agenzia delle Dogane – Direzione Interregionale Campania e Calabria, USMAF di Napoli. Nel corso del tirocinio ogni discente è coinvolto in esercitazioni e simulazioni in contesti di:

1. controlli sanitari su prodotti ed animali al seguito dei viaggiatori;
2. controlli doganali;
3. ispezioni igienico-sanitarie a bordo navi;
4. gestione di emergenze sanitarie in ambito portuale ed aeroportuale;



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

5. condivisione delle attività di Croce Rossa in merito alle diseguaglianze sociali quali: emarginazione e malattie, assistenza sanitaria in strada alle persone senza fissa dimora, centri di accoglienza per i migranti;
6. conversazioni e simulazioni in inglese e francese al fine di poter partecipare attivamente alla gestione di un'emergenza sanitaria di profilo internazionale. CONCLUSIONI: Al fine di favorire multiprofessionalità e multidisciplinarietà, il prossimo anno accademico il corso sarà aperto anche alle professioni sanitarie, e - nello specifico - ai Tecnici della Prevenzione ed agli Assistenti Sanitari, che hanno un ruolo chiave nella sorveglianza e gestione di emergenze in Sanità Pubblica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 706

L'ASSISTENZA SANITARIA AL MIGRANTE IRREGOLARE L'ESPERIENZA DI 20 ANNI DEL CENTRO SALUTE IMMIGRATI CE.SA.IM. A VERONA

R. Panebianco 1; P. Schiavon 2; G. Monteiro 3; GP.Chiecchi 1; C. Postiglione 4.

1. Centro Salute Immigrati CE.SA.IM Verona; 2. Informatici Senza Frontiere ONLUS Treviso; 3. Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria, Centro Malattie Tropicali, Negrar Verona; 4. Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 Verona.

INTRODUZIONE: Gli immigrati rappresentano in Italia oggi oltre il 7% dell'intera popolazione, i flussi migratori, in continuo incremento ormai da anni, continuano a mantenere acceso il dibattito sui problemi inerenti la conoscenza dei bisogni di salute dei migranti e le modalità organizzative per soddisfarli. Verona, crocevia tra Sud & Est con l'Europa del Nord e dell'Ovest, è la provincia con il più alto numero di residenti stranieri nel Veneto (oltre 100.000 il dato del 13° Report Immigrazione Caritas 2013), che parimenti sottendono ad un alto numero di irregolari che vi transitano o risiedono. In stretta connessione con l'ULSS 20 a Verona opera il CE.SA.IM, una associazione di volontariato che offre l'assistenza sanitaria gratuita ai migranti STP grazie all'utilizzo di un ecografo e 4 ambulatori messi a disposizione dalla ULSS sia per la medicina di base che, in giorni dedicati, di quella specialistica (ginecologica, endocrinologica, dermatologica, ortopedica, infettivologica e pediatrica) **MATERIALI E METODI:** In occasione del ventesimo anniversario dalla fondazione del Centro (avvenuta ad opera di una Volontaria Vincenziana: Signora Giulia Luciani Rovato, a tutt'oggi Presidente), è stata condotta una analisi dei pazienti afferenti presso il centro nei due decenni tra il 1993 e il 2013, allo scopo di osservare l'evoluzione sia della popolazione afferente al Centro, che dei bisogni di salute derivati dalle tipologie di visite e prestazioni in esso effettuate. **RISULTATI:** Le visite effettuate dai medici volontari (ad oggi 33 effettivi, coadiuvati ad 13 volontari paramedici), hanno riguardato sia gli ambiti specialistici, che quelli della medicina generale come da tabella che rappresenta due differenti esempi, distanziati da un quinquennio, di visite effettuate nell'arco di un anno. Ad oggi come mostra la figura oltre 127.000 visite sono state effettuate, su una popolazione proveniente per la maggior parte dei casi dall'Africa e dal Est Europa e che negli anni si è andata modificando in provenienza e numerosità, in base ai cambiamenti e alle condizioni di vita riguardo sia il luogo di provenienza che di destinazione, oltre che le misure predisposte a provvederne l'accoglienza. **CONCLUSIONI:** L'analisi condotta ha portato ad identificare come le progressive regolarizzazioni hanno indotto la popolazione di migranti ad usufruire nel tempo, in maniera differente, delle strutture del centro dedicato esclusivamente alla popolazione irregolare. L'evidenza di maggior rilievo, tra i due anni considerati ad esempio, si osserva nel ricorso alla specialistica Ostetrico-Ginecologica, in misura inferiore nel 2013 rispetto al 2008 mentre al contrario invece risulta superiore l'accesso alle visite Neurologiche e Cardiologiche, frutto, nel primo caso, della regolarizzazione e, nei secondi due,



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dell'aumentare dell'età media della popolazione, così come dei ricongiungimenti con familiari anziani.

In conclusione la proficua collaborazione e integrazione tra volontariato e strutture sia ospedaliere che di prevenzione, instaurata da tempo anche nell'ambito di programmi di screening e profilassi, hanno contribuito in maniera consistente alla accoglienza ed efficace assistenza rivolta ai bisogni dei migranti e al rispetto dei diritti della persona alla salute e alla tutela



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 327

IL RUOLO DELLA PREVENZIONE NEI VIAGGI INTERNAZIONALI: PROFILASSI VACCINALE E CONSIGLI SANITARI. ATTIVITA' DEL CENTRO DI MEDICINA DEL VIAGGIATORE DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

A. Santone 1; G. Carnessale1; F. Picciotti 1; S. Impullitti 1; I. Pellegrini 2; L. Persiani 1

1. Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Area Vasta n. 5 – San Benedetto del Tronto;

2. Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università Politecnica delle Marche, Ancona.

INTRODUZIONE: Il numero dei viaggiatori internazionali è in continuo aumento così come i potenziali rischi legati ai viaggi ed alla situazione epidemiologica, in particolare nei Paesi in via di sviluppo. I viaggiatori internazionali debbono essere adeguatamente informati sui rischi ed sulle relative misure di profilassi atte a ridurre il rischio di ammalarsi a seguito di un viaggio internazionale. Nella programmazione di un viaggio è necessaria una valutazione attenta della meta, della durata, della tipologia di viaggio e delle condizioni di salute del viaggiatore. La predetta valutazione, la somministrazione dei vaccini e le altre attività di profilassi, vengono effettuate da diversi anni presso il centro di Medicina del Viaggiatore di San Benedetto del Tronto con l'obiettivo di effettuare un'accurata profilassi internazionale e migliorare la qualità delle prestazioni ambulatoriali. **MATERIALI E METODI:** Dal 2000 è avvenuta una riorganizzazione del centro di Medicina del Viaggiatore di San Benedetto del Tronto. Il personale sanitario, per l'analisi e la valutazione dei rischi per ogni Paese meta di un viaggio internazionale, utilizza una scheda anamnestica individuale ed un registro delle vaccinazioni internazionali. Inoltre, in base a: destinazione, durata del soggiorno, tipo di soggiorno, stato di salute della persona, stato immunitario, età del viaggiatore e tempo ancora disponibile prima della partenza, compila la scheda individuale, elabora lo schema vaccinale, effettua le vaccinazioni previste, aggiorna la posizione vaccinale del viaggiatore. Eventualmente, sulla base di protocolli ad hoc prescrive i farmaci antimalarici. Fornisce, inoltre, tutte le informazioni (attività di counselling) sulle malattie emergenti e riemergenti specifiche per il viaggio. Per quanto riguarda la profilassi vaccinale, vengono somministrate le diverse tipologie di vaccini, vengono effettuati i vaccini per l'Epatite A e B, antitifico, anticolerico, anti-meningococcico, antipoliomelite, antitetano-difterite-pertosse, MPR, encefalite giapponese, includendo, quando consigliata o obbligatoria, la vaccinazione anti febbre gialla, in qualità di centro autorizzato.

Gli indirizzi metodologici di lavoro introdotti hanno visto la piena responsabilizzazione del personale sanitario (dirigente medico e assistenti sanitarie) al fine del miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate nel rispetto dei principi applicativi della clinical governance. Al rientro dal viaggio internazionale, viene effettuato il follow-up del viaggiatore per l'eventuale presenza di sintomi riferibili a malattie infettive. **RISULTATI:** Annualmente, in media, vengono



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

effettuate circa 1500 consulenze sia in accesso ambulatoriale che telefonico o via e-mail. Dalle consulenze effettuate nell'anno 2013 si può evidenziare un aumento sensibile dei viaggi per missioni umanitarie, lavoro, studio e VRF, mentre si rileva una riduzione dei viaggi per turismo. Dall'analisi e dalla valutazione dei dati relativi alle attività di profilassi internazionale emerge, inoltre, che i viaggiatori che richiedono una consulenza sono in costante e progressiva crescita così come tutte le attività ambulatoriali oltreché la qualità delle prestazioni erogate e il livello di soddisfazione degli utenti. **CONCLUSIONI:** Troppo spesso un viaggio è affrontato senza la necessaria preparazione, senza conoscere i rischi legati a soggiorni, anche brevi, in Paesi con condizioni igienico-sanitarie e di vita profondamente diverse dalle nostre. Dall'esperienza del centro ambulatoriale di San Benedetto del Tronto, si ritiene opportuno evidenziare che la metodologia applicata e i modelli gestionali introdotti possano rappresentare degli strumenti operativi molto importanti, in termini di efficacia ed efficienza, per gli operatori di Sanità Pubblica che svolgono attività di prevenzione nei centri di medicina del viaggiatore.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 331

LA PROFILASSI NEI VIAGGI INTERNAZIONALI NEI PAESI A RISCHIO: METODOLOGIA APPLICATA

F. Picciotti 1; L. Persiani 1; A. Santone 1; G. Carnesale1; S. Impullitti 1; I. Pellegrini 2

1. Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Area Vasta n. 5 – San Benedetto del Tronto;

2. Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università Politecnica delle Marche, Ancona.

INTRODUZIONE: Nel mondo oltre 500 milioni di persone si spostano ogni anno per motivi di turismo, sport, lavoro, business, volontariato, esperienze formative e missioni militari. Circa 18 milioni di italiani si spostano ogni anno all'estero, di cui 4 milioni verso mete potenzialmente pericolose (1,5-1,8 milioni verso paesi tropicali o subtropicali) che per le caratteristiche climatiche ed igienico sanitarie, sono a più elevato il rischio di contrarre malattie infettive.

La malaria è diffusa nella quasi totalità delle regioni tropicali del mondo soprattutto nella Africa subsahariana e in alcune regioni dell'America centrale, dell'Amazzonia e dell'Asia meridionale, ad eccezione delle aree desertiche, ed in alcune zone della fascia temperata (particolarmente *P.vivax*). La maggior parte dei casi di malaria è dovuta a *P.falciparum*, in modo particolare in Africa, dove il carico della malattia è massimo. Ogni anno in Italia 1000 turisti contraggono la malaria.

Gli operatori sanitari del centro di medicina del viaggiatore di San Benedetto del Tronto svolgono le attività ambulatoriali di profilassi internazionale nei soggetti che devono affrontare un viaggio a rischio (counselling, profilassi vaccinale, chemioprolissi malarica e follow-up) in base al paese di destinazione, alla durata del soggiorno, al tipo di soggiorno, allo stato di salute della persona, lo stato immunitario, l'età del viaggiatore e il tempo ancora disponibile prima della partenza; inoltre, il centro di medicina del viaggiatore e profilassi internazionale di San Benedetto del Tronto è autorizzato per la somministrazione del vaccino anti febbre gialla. **MATERIALI E METODI:** Per ogni viaggio si effettua la valutazione dei rischi, con particolare attenzione ai soggetti con problematiche sanitarie preesistenti, come ad esempio la presenza di malattie cronico-degenerative o in alcuni particolari gruppi di viaggiatori. A tal fine viene utilizzata una scheda anamnestica individuale e, suddividendo le aree del continente in base al rischio infettivo, si applica la metodologia specifica di profilassi internazionale, in special modo per quei Paesi che presentano particolari insidie per la salute. Per quanto riguarda la profilassi vaccinale, vengono somministrate le diverse tipologie di vaccini, includendo, quando è obbligatoria o consigliata la vaccinazione contro la febbre gialla. Gli operatori sanitari del centro hanno sempre svolto un continuo lavoro di counselling. La chemioprolissi anti malarica, viene prescritta nelle zone a rischio malarico mediante protocolli personalizzati in base all'età, alle caratteristiche del viaggiatore e ai soggiorni nelle aree a rischio malarico. Al rientro dal viaggio internazionale nei Paesi del continente africano viene effettuato il follow-up del viaggiatore per l'eventuale presenza di sintomi riferibili a malattie infettive. Inoltre, il centro di medicina del viaggiatore svolge,



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

periodicamente, iniziative di formazione e aggiornamento professionale. **RISULTATI:** Annualmente vengono effettuate da 280 a 350 chemio-profilassi farmacologiche antimalariche. Analizzando i dati relativi alle attività di profilassi internazionale, si può evidenziare che, all'aumento del numero di viaggiatori, corrisponde la crescita di tutte le attività ambulatoriali con un sensibile miglioramento del livello di soddisfazione degli utenti del centro che si recano all'estero. Le prestazioni di profilassi internazionale vengono erogate con l'obiettivo del continuo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. **CONCLUSIONI:** L'esperienza maturata nel centro ambulatoriale di San Benedetto del Tronto, dimostra che la metodologia applicata e i modelli gestionali introdotti possano rappresentare dei validi strumenti operativi per gli operatori di Sanità Pubblica che svolgono attività di prevenzione nei centri di medicina del viaggiatore.

L'analisi del profilo del viaggiatore conferma che, se da un lato è diventato più esperto ed esigente, non sempre è però attento alle problematiche sanitarie. Un'insufficiente informazione sulle norme da osservare prima, durante e dopo un viaggio internazionale comporta un aumento dei rischi per la salute. Per la prevenzione delle malattie del viaggiatore internazionale, il fattore chiave è senza dubbio un'accurata attività di profilassi vaccinale e chemioprophilassi anti-malarica per i viaggi a rischio, unitamente ad un'idonea attività di counselling e follow-up al rientro dal viaggio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 179

SCREENING ANTITUBERCOLARE IN IMMIGRATI. QUALE EFFICACIA?

R. Rossini 1; G. Fiorenzuolo 1; V. Moroni 1; M. Marcellini 1; D. Francoletti 1.

1 ASUR Marche, Area Vasta

2 Dipartimento di Prevenzione, Senigallia.

INTRODUZIONE: Questo studio vuole essere un contributo alla controversa discussione in merito all'opportunità di effettuare programmi di screening antitubercolari in immigrati asintomatici provenienti da Paesi ad alta endemia tubercolare.

Nel territorio dell'Area Vasta 2 - Senigallia sono presenti due strutture di accoglienza, una nel Comune di Arcevia e l'altra nel Comune di Senigallia, che fungono da "soggiorno" di secondo livello per immigrati richiedenti asilo politico. Su richiesta della Prefettura di Ancona, gli Operatori Sanitari del Dipartimento di Prevenzione di Senigallia vi effettuano visite ed esami, prevalentemente mirati al controllo della TBC. **MATERIALI E METODI:** Da gennaio 2008 ad aprile 2014 sono stati eseguiti tests tubercolinici con intradermoreazione alla Mantoux 5 U.I. a n°1.291 rifugiati e richiedenti asilo politico, provenienti da zone ad elevata endemia di tubercolosi. In particolare, negli anni 2008, 2009, 2010 e 2011 la maggioranza di tali immigrati giungeva da Paesi africani, mentre negli anni successivi i Paesi di provenienza sono stati soprattutto Pakistan e Afghanistan.

423 soggetti sono risultati positivi al test di intradermoreazione Mantoux, ovvero con diametro dell'infiltrato uguale o maggiore di 10 mm a 48/72 ore dall'inoculazione. Per escludere una malattia tubercolare attiva, tutti i soggetti positivi sono stati sottoposti a radiografia del torace, che è risultata negativa in 421 soggetti. In un caso di positività radiologica sono stati eseguiti TAC polmonare, broncoscopia ed esami culturali che hanno confermato la diagnosi di Tubercolosi attiva. In un ulteriore caso con radiografia del torace sospetta per TBC attiva, eseguita in aprile 2014, le indagini diagnostiche sono tuttora in corso. **RISULTATI:** La resa del programma di screening è risultata molto bassa per l'individuazione della TBC attiva (stima di 155 casi ogni 100.000 persone esaminate). La positività al test di intradermoreazione Mantoux è stata riscontrata nel 33% degli immigrati; non è stato possibile differenziare quanti soggetti fossero positivi per pregressa vaccinazione antiTBC e quanti per infezione tubercolare latente.

CONCLUSIONI: I risultati sembrano confermare la scarsa efficacia/costo di effettuare screening per la ricerca di tubercolosi in atto a immigrati asintomatici, anche se provenienti da zone a rischio. L'elevato numero di soggetti con test Mantoux positivo, ancorché comprensivi di vaccinati contro la TBC, fa ritenere invece necessario predisporre un sistema di sensibilizzazione degli immigrati e di sorveglianza attiva da parte degli operatori sanitari per evidenziare precocemente un'eventuale insorgenza di malattia tubercolare.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 639

L'ATTIVITA' DEL CENTRO DI RIFERIMENTO DI MEDICINA DEI VIAGGI DELL'A.S.L. 4 "CHIAVARESE" (REGIONE LIGURIA): STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO SULLA ADESIONE DEI VIAGGIATORI AGLI INTERVENTI DI PROFILASSI INTERNAZIONALE ED ELABORAZIONE DI STRATEGIE DI IMPLEM

G. Zoppi 1; D. Gesmundo 1; C. Trucchi 2

1. Dipartimento di Prevenzione, ASL 4 "Chiavarese";

2. Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi Genova

INTRODUZIONE: Negli ultimi anni i viaggiatori internazionali sono in continuo aumento. In particolare, è stato rilevato un incremento rilevante dei viaggi da Paesi industrializzati a Paesi in via di sviluppo, che comportano maggiori rischi per la salute dei viaggiatori. I viaggiatori possono essere distinti in due categorie: la prima è rappresentata da coloro che si allontanano dal Paese di origine per brevi periodi (turisti, lavoratori, missionari, volontari, studenti, militari, soggetti che viaggiano per "turismo medico"), la seconda è costituita da soggetti che si allontanano per lunghi periodi (alcuni lavoratori, missionari, volontari). Una categoria particolare è rappresentata dai cosiddetti "Visiting Friends and Relatives" (VFR), ovvero gli immigrati che rientrano temporaneamente nel loro paese d'origine e che, avendo una minore percezione dei rischi legati al viaggio, adottano con minor frequenza strategie di prevenzione.

Le principali attività dei centri di Medicina dei Viaggi sono rappresentate dalla valutazione della salute del viaggiatore, dall'analisi dei rischi legati alla tipologia di viaggio, e dal relativo counselling, con conseguente somministrazione dei vaccini raccomandati in base al rischio infettivo del Paese di destinazione ed eventuale prescrizione della chemioprophilassi antimalarica. La consulenza medica è inoltre un'occasione per il recupero di vaccinazioni raccomandate o richiami.

Nell'A.S.L. 4 Chiavarese l'attività della Medicina dei Viaggi si svolge presso il Dipartimento di Prevenzione. Il Centro è riconosciuto a livello nazionale come Centro autorizzato alla somministrazione del vaccino contro la Febbre Gialla, richiesto ufficialmente per l'ingresso in taluni Paesi africani.

Questo studio è stato elaborato al fine di verificare l'adesione dei viaggiatori agli interventi di profilassi proposti durante le consulenze mediche effettuate presso il nostro Centro e formulare strategie di implementazione di questo settore della prevenzione. **MATERIALI E METODI:** Lo studio prevede l'arruolamento dei soggetti afferenti al Centro. Dopo l'effettuazione del counselling, durante il quale vengono fornite informazioni circa le norme igieniche e comportamentali da adottare durante il viaggio, in base alle condizioni igienico-sanitarie del Paese di destinazione, vengono somministrate le vaccinazioni proposte e, se indicata, viene effettuata la prescrizione per la profilassi antimalarica. Il Medico sperimentatore che ha effettuato la consulenza, somministra al soggetto il consenso informato e compila il questionario "pre-viaggio", contenente informazioni riguardanti i dati anagrafici ed anamnestici, meta e durata del viaggio, tipologia del viaggio,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

vaccinazioni proposte e/o somministrate, eventuale prescrizione e/o accettazione della profilassi farmacologica antimalarica. I dati sono inseriti in un database appositamente elaborato per lo studio. **RISULTATI:** Il Centro è attivo 2 giorni alla settimana (7 ore) ed effettua circa 300 consulenze all'anno. Nel periodo Gennaio-Maggio 2014 sono stati reclutati 98 soggetti, con una adesione dell'85%. La consulenza è stata effettuata a più di 1 mese dalla partenza nel 23% dei casi, tra i 15 e i 30 giorni prima nel 62% dei casi e a meno di 15 giorni nel 15% dei casi. Dall'analisi delle consulenze effettuate negli ultimi 3 anni risulta che il 35% dei soggetti reclutati sono viaggiatori abituali in zone a rischio. Le caratteristiche della popolazione oggetto dello studio sono rappresentate nella Tab. 1. La Tabella 2 mostra le caratteristiche dei viaggi programmati dai soggetti arruolati. La storia vaccinale era conosciuta nel 34% dei casi, parzialmente conosciuta nel 32% e sconosciuta nel 32% dei casi. Durante la consulenza sono state proposte le vaccinazioni di routine ed in particolare DTP, Epatite B, Morbillo-Parotite-Rosolia e Varicella. L'adesione a queste vaccinazioni è stata dell'85% per DTP, 10% per Epatite B, 47% per morbillo e 35% per varicella. L'adesione alle vaccinazioni proposte sulla base della meta del viaggio è stata la seguente: epatite A 96%; Epatite A+B 100%; tifo 97%; dTap-IPV 100%, Febbre Gialla 95%, Meningite ACW135Y 80%, Encefalite Giapponese 100%. La profilassi farmacologica della malaria proposta per i Paesi a rischio (Meflochina, Atovaquone-proguanil, Doxiciclina) è stata accettata nel 75% dei casi. **CONCLUSIONI:** I soggetti che afferiscono al nostro Centro di Medicina dei Viaggi mostrano un'ottima adesione alle proposte di prevenzione effettuate durante il counselling. Si deve tuttavia notare che, in rapporto al numero dei viaggiatori che viaggiano in Paesi ad alta endemia per patologie infettive, coloro che si rivolgono ad un Centro specializzato per avere una consulenza siano una minima parte. Risulta anche basso il numero dei VFR, a maggior rischio di contrarre e di importare malattie infettive. E' quindi importante elaborare strategie di implementazione, sensibilizzando i Medici di Medicina Generale, Tour Operators e le associazioni di Volontariato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 619

SCREENING E PREVENZIONE PRIMARIA PER INFEZIONE DA HBV NELLE POPOLAZIONI IMMIGRATE: L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO INMP

Pecoraro L.1, Miglioresi L.1, Nosotti L.1, Fortino A.1, Costanzo G1, Mirisola C. 1

1 Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle Malattie della Povertà (INMP)

INTRODUZIONE: L'OMS stima che, a livello globale, più del 50% dei Paesi non ha introdotto la vaccinazione nei propri programmi nazionali di immunizzazione o non registra dati relativi alla vaccinazione.

Diversi studi mostrano che nelle popolazioni immigrate provenienti da Paesi ad alta-intermedia endemia per l'infezione da HBV (Asia, Africa, Europa dell'Est) vi è una diffusione maggiore dell'infezione rispetto alla popolazione generale (prevalenze dal 4,7% al 16,5% nelle varie casistiche). Questo determina non solamente un aumentato rischio di diffusione dell'infezione da HBV nella popolazione suscettibile ma soprattutto un aumento del rischio di sviluppare le complicanze della malattia da HBV quali cirrosi ed epatocarcinoma. In considerazione della maggiore prevalenza dell'infezione da HBV in questi soggetti immigrati rispetto alla popolazione generale e dell'esistenza di un vaccino efficace nel prevenire la trasmissione dell'infezione, in accordo con le recenti linee guida nazionali e internazionali è stato avviato presso l'INMP – Centro di Riferimento per la salute dei migranti - un protocollo di screening per l'epatite da HBV (con durata 1 anno) volto a facilitare l'accesso ai servizi sanitari incluse le attività di prevenzione agli immigrati, ivi compreso l'accesso alla vaccinazione anti-epatite B. **MATERIALI E METODI:** Escludendo l'ipotesi di una offerta di screening sistematica a tutti gli immigrati, è stato proposto lo screening a soggetti provenienti da Paesi ad alta- intermedia endemia per epatite B (Asia, Africa, Medio Oriente, Europa dell'Est, Italia-SFD), come raccomandato da linee guida nazionali e internazionali, nonché proposta la vaccinazione ai soggetti che risultano “naive” per l'infezione da HBV e a coloro che rientrano tra gli aventi diritto come da normativa vigente.

Agli immigrati provenienti da Paesi ad alta-intermedia prevalenza per infezione da HBV afferenti all'ambulatorio dell'INMP è stata effettuata la valutazione sierologica dei marcatori per epatite B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs e anti-HCV) per differenziare i soggetti con infezione in atto, quelli con immunità da pregresso contatto con il virus e quelli naive per l'infezione, cioè mai venuti a contatto con il virus. **RISULTATI:** L'indicazione clinica alla vaccinazione dopo lo screening della popolazione afferente all'ambulatorio INMP vi era in 197 pazienti (23% femmine e il 77% maschi). Le aree di provenienza erano le seguenti: 20% Magreb (Egitto 66%), 19% Africa Sub-sahariana; Asia 18,5% (8% Medio-Oriente), 6% Italia-Senza Fissa Dimora (SFD), 32% Est Europa, 4,5% America Latina/Caraibi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'indicazione alla vaccinazione era la condizione di “naive”, senza altri fattori di rischio per l'infezione, nel 75% dei soggetti, l'epatopatia alcolica nel 6% dei pazienti, l'epatopatia HCV correlata nel 17% dei pazienti.

Dei soggetti “naive” senza altri fattori di rischio il 44% ha effettuato la vaccinazione (5% con ciclo completo e 50% con almeno 2 dosi). Dei soggetti HCV positivi (60% maschi e 40% femmine), il 5% era affetto da cirrosi. Dei soggetti HCV positivi l'85% ha effettuato la vaccinazione (il 26% con ciclo completo e il 51% con almeno due dosi). Le aree di provenienza erano così suddivise: il 34% Africa, il 33% Est Europa, il 14% Italia/SFD, il 5% Asia.

Dei pazienti affetti da epatopatia alcolica 2 erano affetti cirrosi. Di questi, il 59% ha effettuato la 1 dose, 3 hanno effettuato almeno 2 dosi, 1 ha effettuato 3 dosi. E' stato avviato il ciclo vaccinale anche in soggetti con altri fattori di rischio e candidati alla vaccinazione (2 Tossicodipendenti, 2 contatti di portatori di HbsAg, 1 candidato a trapianto, 1 omosessuale). **CONCLUSIONI:** I risultati preliminari mostrano un 'alto numero di soggetti “naive” provenienti da paesi ad alta-intermedia endemia per infezione da HBV, assenza di dati vaccinali e di protezione nei confronti dell'epatite B. Questi dati, in accordo con la letteratura esistente su questo tema, confermano una carenza dei programmi di immunizzazione per epatite B a livello globale, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. L'adesione alla vaccinazione, offerta attivamente, appare buona ma non ancora soddisfacente tra gli immigrati, anche se i dati al momento disponibili sono preliminari, soprattutto in riferimento al completamento dei cicli vaccinali, la cui durata minima è di 8 mesi. Sui soggetti affetti da epatopatia alcolica l'adesione è invece bassa. E' utile sottolineare inoltre l'importanza dello screening e della vaccinazione in queste popolazioni a rischio soprattutto in presenza di altri fattori di rischio come epatopatie croniche HCV correlate, dipendenze da alcol e droga per l'aumentato rischio di complicanze in caso di infezione da HBV. Occorre puntare maggiormente sull'implementazione dei programmi di screening e prevenzione primaria, in particolare riguardo alle vaccinazioni, in gruppi ad alto rischio come gli immigrati provenienti da zone ad alta-intermedia endemia per l'infezione da HBV al fine di ridurre le complicanze dell'infezione e proteggere la popolazione generale suscettibile.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 781

LE POLITICHE DI ACCOGLIENZA DEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI: STUDIO PILOTA IN ITALIA, GERMANIA E SVIZZERA

G. Tarsitani 1, G. Civitelli 2 4, V. Calcaterra 4, V. Censi 4, F. Ferretti 4, G. González Ibañe 4, A. Marani 4, E. Mastrantonio 4, R. Orioli 4, D. Renzi 4, A. Rinaldi 2 4, C. Rubino 4, P. Benedetti 2 3, M. Marceca 2 4

4 Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

3 Centro Astalli, Servizio dei Gesuiti per i rifugiati in Italia

2 Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

1 Sapienza Università di Roma; -Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e Medicina Traslazionale

INTRODUZIONE: Il progetto si propone di analizzare, attraverso un approccio di Salute globale, le politiche riguardanti l'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati in Italia, Germania e Svizzera e valutare la possibile relazione tra queste e lo stato di salute dei migranti forzati nei paesi di arrivo. **MATERIALI E METODI:** Il Progetto, iniziato nell'aprile 2013, è stato proposto e viene portato avanti da un gruppo interdisciplinare di studenti e specializzandi, sotto la supervisione di docenti di Sanità Pubblica, afferente alla Sapienza Università di Roma. La ricerca si svolge contemporaneamente a Stoccarda (Germania), Basilea (Svizzera) e Roma (Italia). Dopo una ricerca bibliografica iniziale sulla relazione tra le condizioni di vita post-migratorie dei migranti forzati e la salute, si è cercato il confronto con operatori del settore e con alcuni richiedenti asilo e rifugiati al fine di valutare, attraverso un processo partecipato e condiviso, le principali difficoltà presenti nel paese di arrivo. È stato elaborato un questionario semi-strutturato di tipo qualitativo per analizzare le diverse dimensioni legate ai determinanti sociali della salute. Il questionario è stato pensato soprattutto come strumento per facilitare l'incontro tra i partecipanti alla ricerca ed i migranti; partendo dalla convinzione che questi non debbano essere semplice oggetto di studio, prima dello svolgimento dell'intervista si è cercato di costruire una relazione di fiducia all'interno della quale i migranti possano essere protagonisti. A Stoccarda (dove la conoscenza del contesto è avvenuta grazie ad una collaborazione con l'Associazione Refugio) e a Basilea tale relazione è mediata dalla comunità delle Missionarie Secolari Scalabriniane; a Roma è stata attivata una collaborazione con il 'Centro Astalli' e il 'Centro di accoglienza San Saba' dove, per una iniziale conoscenza reciproca, si è iniziata nel novembre 2013 un'attività di affiancamento degli ospiti per l'aiuto nello studio dell'italiano o di altre materie. **RISULTATI:** Ad oggi (Maggio 2014) il Progetto ha permesso al gruppo di ricerca di entrare in contatto con la realtà dei richiedenti asilo e rifugiati e di approfondirla a livello teorico (due tesi di laurea, una in Medicina e Chirurgia ed una in Servizio Sociale, sono in corso). La ricerca è diventata inoltre, già durante la sua esecuzione, "generatrice di salute", andando a rafforzare o ad instaurare relazioni di conoscenza e fiducia reciproca tra i membri del gruppo, gli operatori delle strutture coinvolte e gli stessi migranti. Lo svolgimento e l'analisi delle interviste è ancora in corso. **CONCLUSIONI:** -



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 700

LA PERCEZIONE DEL RISCHIO NEI VIAGGIATORI: STUDIO PRELIMINARE PRESSO TRE CENTRI DI MEDICINA DEI VIAGGIATORI

S. Ferrari 1, F. Marchiori 1, M. Migliorini 1, F. Tognon 1, D. Berti 1, S. Tardivo 1, A. Tommasi 2, G. Napolitano 3, A. Rossanese 4, M. Saia 5, S. Majori 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità - Sezione di Igiene e M.P.A.O. - Università degli Studi di Verona

2 Dir. Dipartimento Prevenzione dell'ASL 2 di Lucca

3 Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ULSS 20 Verona

4 Ospedale 'Sacro Cuore-Don Calabria, Centro Malattie Tropicali, Negrar, Verona, Italia

5 Coordinamento Regionale Controlli Sanitari Appropriatelyzza, Liste di Attesa e Sicurezza del Paziente della Regione Veneto

INTRODUZIONE: La percezione del rischio del viaggiatore diretto verso paesi tropicali o subtropicali è in continuo cambiamento, influenzata da numerosi fattori quali informazioni dei mass-media, fattori sociali, politici, economici e non ultimo dall'esperienza stessa del viaggiatore e dei suoi conoscenti. E' quindi di primaria importanza valutare e comprendere come si modifichi la percezione del rischio del viaggiatore prima e dopo il viaggio poiché questo può influire sul grado di esposizione al rischio stesso nel presente o in successivi viaggi.

Il presente studio si pone l'obiettivo di valutare la percezione del rischio nel viaggiatore relativamente a patologie ed eventi avversi in riferimento alla destinazione. Questo potrebbe permettere l'acquisizione di informazioni per poter adeguare il counseling pre viaggio in base alla diversa percezione del soggetto correlata al reale rischio stimato dalla letteratura internazionale. E' stato possibile inoltre individuare anche alcuni sottogruppi di popolazione più sensibili a sotto o sovrastimare eventuali rischi. Infine la valutazione della percezione al ritorno del viaggio ha permesso di comprendere come il viaggio stesso possa influire sulla percezione del rischio.

MATERIALI E METODI: E' stata elaborata una scheda di valutazione del rischio percepito in cui il viaggiatore esprime una propria valutazione, mediante la scala di Likert con valori da 1 (poco probabile) a 7 (quasi certo), relativamente al rischio percepito. Le diverse problematiche mediche oggetto di indagine sono state: i disturbi gastro intestinali, le punture d'insetti, la malaria, gli incidenti stradali, le malattie sessualmente trasmissibili, la rabbia, gli attacchi terroristici, gli effetti collaterali dei vaccini ed il rischio complessivo. Tale scheda è stata consegnata a partire dal 1° marzo 2013 ai soggetti con più di 16 anni afferenti all'Ambulatorio di Medicina dei Viaggi del Centro per le Malattie Tropicali dell'Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" di Negrar in provincia di Verona, all'Ambulatorio di Medicina dei Viaggi del Dipartimento di prevenzione dell'ULSS 20 di Verona e all'Ambulatorio di Medicina dei Viaggi del Dipartimento di prevenzione dell'ASL 2 di Lucca. Lo stesso questionario è stato somministrato al ritorno dal viaggio tramite intervista



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

telefonica. **RISULTATI:** I dati preliminari sono stati ottenuti su una popolazione di 861 individui (466 maschi, 395 femmine) con età media di 40 anni (DS 14). Il 40,2% del campione possiede un diploma o titolo di studio più elevato. I tre motivi principali del viaggio sono risultati: il turismo (64,1%), il volontariato (17,9%) e il lavoro (14,9%). La durata media del viaggio è stata di 41 giorni. Africa (66,9%), Asia (21,2%) e centro-sud America (11,9%) sono state le destinazioni più frequenti. Il rischio percepito complessivo ha ottenuto uno score medio di 3,21 nel pre viaggio e 2,7 nel post viaggio (Fig. 1). Nello specifico i punteggi sono stati maggiori nei rischi percepiti per punture d'insetto (score 4,58 pre e 3,1 post) e problematiche gastrointestinali (4,38 pre e 3,31 post), seguiti da malaria (3,1 pre e 1,9 post), incidenti (2,65 pre e 2,98 post), effetti collaterali dei vaccini (2,5 pre e 1,6 post), attacchi terroristici (1,9 pre e 1,6 post), rabbia (1,8 pre e 1,7 post) e malattie sessualmente trasmesse (1,58 pre e 1,58 post). Sono stati inoltre evidenziati i diversi valori dei rischi in correlazione con i diversi continenti. **CONCLUSIONI:** I nostri risultati evidenziano che i viaggiatori sono mediamente consapevoli di come il viaggio in paesi tropicali rappresenti un rischio di eventi avversi più elevato rispetto a mete più tradizionali quali l'Europa o l'America del Nord. Tuttavia permangono ancora importanti sottostime come le malattie sessualmente trasmissibili e la rabbia. La percezione del rischio diminuisce in tutti gli ambiti al ritorno dal viaggio ad eccezione della voce "Incidenti" che invece aumenta rispetto al pre viaggio. Relativamente alla malaria la percezione del rischio non è mai elevata (Fig. 2) e diminuisce sensibilmente al ritorno dal viaggio. In conclusione è necessario personalizzare ogni counseling per mirarlo specificatamente sulle erronee percezioni di ogni singolo soggetto al fine di migliorarne la sicurezza durante il soggiorno all'esterno.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 354

LA PREVENZIONE NEI CENTRI VACANZA: UN'ESPERIENZA INNOVATIVA

E. Bernardi¹; G. Brianti¹; L. Capriz¹; M. Di Fant¹; F. Fiori¹; A. Mulas¹; A. Piccininno¹; C. Zannier¹
 1 ASS n. 4 "Medio Friuli", Udine

INTRODUZIONE: Nel Dipartimento di Prevenzione di Udine a maggio 2014 è stata avviata, con il target "Centri vacanza per minori", la prima esperienza con approccio innovativo previsto dal Protocollo operativo SCIA (Segnalazione Certificata di Inizio Attività). L'obiettivo è quello di migliorare le conoscenze dei responsabili delle attività in vista dell'apertura estiva dei centri vacanza. Esse devono consapevolmente asseverare con le SCIA il rispetto dei requisiti igienico-sanitari. Le successive azioni di controllo d'iniziativa, svolte quando i centri saranno attivati, dovrebbe evidenziare una sicurezza sostanziale garantita dai gestori dei centri vacanza, con i quali è stato avviato un dialogo effettivo, grazie a diversi momenti di incontro organizzati dal Dipartimento di Prevenzione. **MATERIALI E METODI:** Il Protocollo operativo SCIA prevede di affiancare alla vigilanza le attività di informazione, promozione dell'ottemperanza alle norme e di una diffusa cultura della sicurezza sostanziale.

In quest'ottica è stato progettato un intervento informativo comprendente una serie di incontri nei distretti sanitari territoriali, a cui sono stati invitati i gestori dei centri vacanza e le Amministrazioni comunali.

La metodologia progettuale ha previsto la valutazione dei seguenti aspetti:

- efficacia organizzativa (tasso di partecipazione all'evento),
- efficacia partecipativa (rilevazione delle domande/interventi dei partecipanti),
- gradimento dell'iniziativa (questionario).

Gli inviti sono stati spediti tramite e-mail con richiesta di conferme di partecipazione all'evento e sono stati rafforzati, in alcuni casi, da contatti telefonici. Gli indirizzi sono stati ricercati richiedendo ai Comuni l'elenco aggiornato al 2014 dei centri vacanza.

L'evento si è articolato in 5 incontri, della durata di circa due ore ciascuno, e sono stati condotti dal personale della SOC Igiene e Sanità Pubblica e della SOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, con l'ausilio di presentazioni/slide e privilegiando il più possibile il dialogo e l'ascolto dei partecipanti riguardo ai temi prioritari di controllo che sottendono i principali rischi presenti nei centri vacanza. È stato inoltre distribuito materiale informativo.

È stata data ampia disponibilità a fornire ogni ulteriore informazione presso gli uffici del Dipartimento di Prevenzione, durante gli orari di apertura al pubblico.

Alla fine di ogni incontro è stato compilato un questionario di gradimento con l'obiettivo di giudicare la rilevanza, la qualità e l'efficacia dell'intervento proposto. La scala di gradimento è stata espressa attraverso simboli, indicanti tre livelli: buono, sufficiente e insufficiente.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Tramite un comunicato stampa è stata data diffusione dell'iniziativa sul sito aziendale e sui quotidiani/settimanali locali. **RISULTATI:** Sono stati inoltrati 109 inviti. Il tasso di partecipazione all'evento è stato del 74% (n. partecipanti/n. invitati), pari a 81 presenze; di questi, il 70% era costituito dai gestori dei centri vacanza e il 30% da personale delle Amministrazioni comunali. L'alta partecipazione è il frutto di un'attenta ricerca delle esigenze dei partecipanti (orari consoni, varie sedi dislocate sul territorio facilmente accessibili, possibilità di scelta delle date e delle sedi degli incontri), supportata da contatti telefonici diretti, attività che hanno implicato un notevole sforzo organizzativo.

Gli interventi dei partecipanti hanno sottolineato un allineamento tra gli effettivi rischi igienico sanitari e di sicurezza per i bambini (evidenziati dal Protocollo operativo SCIA) e i rischi percepiti dai gestori.

Un numero rilevante di domande dei partecipanti ha riguardato la sicurezza in campo alimentare; altre avevano come oggetto gli adempimenti burocratici riguardanti la SCIA e la NIA (Notifica Impresa Alimentare).

Sono stati raccolti 81 questionari di gradimento, compilati nelle 5 sedi di intervento. L'84% dei partecipanti ha dichiarato rilevanti i temi trattati e il 16% sufficienti. La qualità dell'intervento è stata giudicata buona per l'87%, sufficiente per il 12% e insufficiente per l'1% (un questionario). L'efficacia è stata valutata buona nel 72% dei casi, sufficiente nel 27% dei casi e insufficiente per l'1% (un questionario). **CONCLUSIONI:** Questa prima iniziativa di prevenzione attiva, in attuazione del Protocollo operativo SCIA, ha permesso di sperimentare agli operatori sanitari, in particolare ai Tecnici della prevenzione, modalità nuove per operare i controlli. I tratti innovativi dell'iniziativa sono stati quelli di avviare e condurre un dialogo con i gestori dei centri vacanza, oltre che con le Amministrazioni comunali, sui temi più rilevanti, al fine di condividere i requisiti igienico sanitari da tenere sotto controllo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 690

LE EPIDEMIE DA NOROVIRUS A BORDO DELLE NAVI DA CROCIERA: STATO DELL'ARTE E CRITICITÀ EMERGENTI.

R. Gili 1; MR. Gualano 1; G. Scaioli 1; S. Passi 1; R. Siliquini 1

1. *Università degli Studi di Torino, Dipartimento delle Scienze della Sanità pubbliche e pediatriche, Torino*

INTRODUZIONE: Il Norovirus costituisce per l'uomo, a livello mondiale, una delle principali cause di gastroenterite acuta virale. Nei Paesi occidentali è una delle maggiori cause di epidemie di malattie infettive di origine alimentare che avvengono sulle navi da crociera. Il CDC di Atlanta ha sottolineato come negli ultimi anni gli "outbreaks" da agenti infettivi nelle navi da crociera siano in costante aumento e come ben il 90% di questi siano causati da Norovirus. Le navi da crociera presentano, infatti, le condizioni ideali per l'emergenza di nuove epidemie: bevande e cibi distribuiti a bordo possono rappresentare una sorgente di contaminazione e l'ambiente semichiuso della nave facilita la trasmissione da persona a persona.

Le epidemie da Norovirus sulle navi da crociera rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica in quanto, per i motivi sopra elencati, si assiste ad una rapida diffusione degli agenti infettivi con potenziali conseguenze dannose per i passeggeri e per i membri dell'equipaggio ed elevati costi per le compagnie delle navi.

Viste la migliorata identificazione dei casi di epidemie da Norovirus e le svariate leggi in vigore nei diversi Paesi, si è reso necessario effettuare una revisione sistematica della letteratura scientifica internazionale, per verificare la presenza di studi pubblicati negli ultimi vent'anni riguardanti gli "outbreaks" da Norovirus sulle navi da crociera, al fine di riassumere i dati riguardanti le principali sorgenti di infezione, le tecniche diagnostiche per l'identificazione del virus e la percentuale di persone affette. **MATERIALI E METODI:** Abbiamo condotto una ricerca bibliografica tramite i database scientifici Pubmed e Scopus utilizzando i seguenti termini: "norovirus infections", "norovirus disease outbreaks", "cruise" e "cruise ship". Sono stati considerati eleggibili tutti gli studi pubblicati da Gennaio 1990 a Marzo 2013 che presentassero i seguenti criteri di inclusione: articoli scritti in lingua inglese o in lingua italiano che descrivessero episodi infettivi coinvolgenti almeno due passeggeri e/o membri dell'equipaggio sulle navi da crociera. Da ogni lavoro selezionato sono stati estrapolati i dati riguardanti il numero di persone affette e i metodi diagnostici utilizzati.

RISULTATI: Abbiamo incluso 22 studi, di cui 7 revisioni, la maggioranza dei quali (oltre il 90%) pubblicati in Europa e USA. In totale sono state riportate 127 epidemie da Norovirus, alcune delle quali si sono verificate su viaggi consecutivi della stessa nave, con un totale di 70 imbarcazioni coinvolte. La stragrande maggioranza degli "outbreaks" si è verificata in Europa e in Nord America. Nel corso di 20 epidemie descritte nello studio è stato somministrato un questionario ai passeggeri e ai membri dell'equipaggio per indagare i sintomi e l'eventuale assunzione di cibi contaminati. I risultati di questi questionari hanno dimostrato come il tasso di infezione fosse nei passeggeri dal



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

19% al 74% e nei membri dell'equipaggio dal 1,5% al 30%. In quindici studi (per un totale di 53 navi coinvolte) è stata investigata la possibile fonte di infezione, che nella maggioranza dei casi si è rivelata essere o una fonte multipla oppure, specificatamente, il cibo consumato a bordo. In tutti gli studi, ad eccezione di uno, è stata riportata la raccolta di campioni fecali e/o ematici per la conferma laboratoristica dell'infezione. La genotipizzazione del Norovirus è stata effettuata in 50 delle 70 navi incluse nella revisione. **CONCLUSIONI:** La revisione della letteratura effettuata conferma l'alta infettività del Norovirus, specialmente in comunità chiuse, quali le navi da crociera. I risultati dimostrano come vi sia la pressante necessità che gli operatori di sanità pubblica, le compagnie di navigazione e il personale di bordo mettano in atto misure di prevenzione e più rigorosi controlli. Inoltre, l'elevato numero di epidemie avvenute sulle stesse navi da crociera dimostrano che la mancanza di misure per contenere le epidemie spesso conducano alla diffusione dell'infezione ai passeggeri imbarcati sulla crociera successiva. Alla luce dei nostri risultati, è bene sottolineare come sia fortemente raccomandabile istituire un regolamento comune per la prevenzione e il contenimento, a livello mondiale, delle epidemie da Norovirus. Potrebbe quindi essere utile un manuale operativo, come quello proposto dalla ShipSan Trainet. Inoltre è necessario informare i passeggeri e i membri dell'equipaggio affinché possa essere aumentata la loro consapevolezza su quali sono i comportamenti corretti da assumere per prevenire la diffusione dell'infezione. Saranno comunque necessari ulteriori studi per migliorare la conoscenza di questo importante ed emergente problema di sanità pubblica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 674

PUGLIA: NETWORK DEGLI AMBULATORI DI MEDICINA DEI VIAGGI E DELLE MIGRAZIONI

S. Termite 1; A. Pesare 2; S. Lanotte 3; B. Cleopazzo 4; S. Menolascina 5; C. A. Germinario 6

1 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Brindisi; 2 Dipartimento di Prevenzione ASL TA, Taranto; 3 Università degli Studi di Bari 'Aldo Moro' Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione in 'Igiene e medicina preventiva, Bari'; 4 Dipartimento di Prevenzione ASL LE, Lecce; 5 Dipartimento di Prevenzione ASL BT, Andria; 6 Università degli Studi di Bari 'Aldo Moro' - Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Bari.

INTRODUZIONE: La crescente importanza della medicina dei viaggi internazionali in termini di salute pubblica, considerato il cospicuo aumento degli spostamenti all'estero sia per lavoro che per turismo, ha fatto sorgere l'esigenza di istituire un network regionale dedicato alla prevenzione delle patologie correlate ai viaggi ponendosi con l'obiettivo principale di condividere, tra le tutte AA.SS.LL. pugliesi, protocolli operativi finalizzati all'omogeneità delle prestazioni erogate e al miglioramento dei erogati all'utenza. **MATERIALI E METODI:** Sulla scorta di tali premesse, per il network regionale dedicato alla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse con i viaggi, si è optato per l'adozione di una soluzione organizzativa fondata su un livello centrale regionale e su un livello locale territoriale. Il Nucleo di Riferimento Regionale opera per definire percorsi comuni circa le attività della rete degli ambulatori di Medicina dei Viaggi disseminati nella regione, esercitando funzione chiave per la governance del sistema e rappresentando il momento d'integrazione, di coordinamento, di confronto e di armonizzazione delle attività tra gli operatori sanitari del settore. Il mandato strategico del Nucleo di Riferimento Regionale è quello dell'assunzione dell'impegno di 'regolatore' della rete, attraverso un ruolo di attivazione e sviluppo di procedure codificate tra i componenti della rete stessa. Le linee d'azione del nucleo di riferimento regionale si articolano su quattro aree di sviluppo, tutte collegate tra di loro. L'area Linee guida e Formazione prevede l'implementazione di protocolli, di procedure aggiornate scientificamente, la produzione di materiale di consultazione (linee guida, manuali, ecc), la realizzazione di occasioni di confronto (workshop, convegni) e l'istituzione di un Centro di documentazione consultabile on line. Si sta lavorando anche per la creazione di un'anagrafe dei viaggiatori da inserire nel sistema informatico della piattaforma regionale dedicata alle vaccinazioni. L'area Stakeholders mira a sviluppare i rapporti con quegli attori a vario titolo coinvolti su questa tematica di salute, primi fra tutti i medici di medicina generale, le agenzie dei viaggi, i medici competenti delle aziende con commesse all'estero, gli enti/associazioni laiche ed ecclesiastiche che sono attive all'estero. L'area Comunicazione Esterna tende sviluppare e intensificare i rapporti, anche attraverso la collaborazione degli URP aziendali, con i Mass-Media (organi di stampa ed emittenti televisive) nonché produrre materiale informativo e promozionale; a tal proposito è in itinere la creazione di un sito dedicato alla medicina dei viaggi sul Portale della



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Salute regionale. Con l'area di sviluppo Divulgazione nella Scuola s'intende, infine, promuovere la prevenzione delle malattie correlate ai viaggi attraverso interventi informativi da condurre nel contesto scolastico. I Nuclei Operativi Territoriali, in stretta collaborazione tra di loro, partecipano attivamente e propositivamente alla 'vita' del network e alla realizzazione delle linee guida regionali, assicurandone l'adesione formale e sostanziale ai fini dell'adozione delle procedure e delle priorità fornite dal Nucleo di Riferimento Regionale. **RISULTATI:** Per far rientrare appieno nel contesto istituzionale le azioni intraprese, con la DGR n. 958 del 20.05.2014, è stata formalizzata dalla Regione Puglia la costituzione del tavolo di lavoro regionale, costituito dai referenti degli ambulatori di Medicina dei Viaggi delle Aziende Sanitarie pugliesi. **CONCLUSIONI:** Questi due livelli di governance stanno cercando di assicurare il buon governo del sistema, avendo la finalità comune di ricondurre a un disegno unico, attività e programmi, nella consapevolezza che soltanto un'azione congiunta e coordinata può consentire il miglioramento del servizio da erogare ai cittadini-viaggiatori.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 659

SIEROPREVALENZA PER IL TETANO IN MIGRANTI DEL NORD AFRICA

C. Ledda¹; V. Rapisarda²; R Fallico¹; M. Fiore¹; M. Ferrante¹

*1*Laboratorio di Igiene Ambientale e degli Alimenti, Dipartimento G.F. Ingrassia, Igiene e Sanità Pubblica. Università degli Studi di Catania; *2* Servizio di Medicina del Lavoro. AOU "Policlinico - Vittorio Emanuele" di Catania. Università degli Studi di Catania.

INTRODUZIONE: Il tetano è un infezione sporadica, poco comune nei paesi dell'Unione Europea, causata dal batterio *Clostridium tetani*. L'Italia è il Paese Europeo con il più alto numero di casi segnalati dal 2006.

In Europa il vaccino anti-tetnico è parte del programma di vaccinazione primaria dal 1960. In Italia la vaccinazione antitetanica è obbligatoria dal 1963 per i neonati e per i lavoratori impegnati in attività ad alto rischio di infezione. Ne consegue che in Italia solo i migranti occupati in mansioni a rischio vengono vaccinati. Non sono presenti dati sulla copertura da tetano in soggetti residenti nei Paesi del Nord Africa.

MATERIALI E METODI: Da novembre 2012 a marzo 2014 è stata testata l'immunità anti-tetnica di 1.478 migranti provenienti da paesi del Nord Africa. I dati riguardanti le variabili socio-demografiche sono stati raccolti tramite un questionario somministrato da personale sanitario formato. Contestualmente ad ogni soggetto è stato effettuato un prelievo ematico ed il siero è stato conservato a 4°C ed analizzato entro 24 ore. I livelli sierici di antitossina tetanica sono stati determinati con ELISA (TESTKIT Virotech, Germania); un titolo >0,1UI/ml è stato considerato protettivo. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Azienda Policlinico – Vittorio Emanuele di Catania.

L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, USA), la significatività statistica è stata fissata a $p \leq 0,05$. Frequenze assolute e relative sono state calcolate per le variabili qualitative. Le variabili categoriche sono state analizzate con chi-quadrato (Mantel-Haenszel).

RISULTATI: Il 56% (n.835) della nostra popolazione è costituito da individui di sesso maschile. Il 30% (n. 440) del totale era di origine marocchina, il 22%(323) e il 48%(715) dalla Tunisia e dall'Egitto rispettivamente.

L'età media della popolazione è di $42,3 \pm 17,4$ anni e la media della residenza in Italia è di $9,3 \pm 7,9$ anni.

Maggiori caratteristiche della popolazione in studio sono riportate in tabella 1. La differenza della sieropositività tra maschi e femmine è statisticamente significativa $p < 0,003$ a favore degli individui di sesso maschile. **CONCLUSIONI:** L'analisi dei risultati mostra che il livello di anticorpi trovati diminuisce all'aumentare dell'età e che le donne hanno in genere una copertura nettamente inferiore agli uomini.

Questo risultato può essere attribuito alla copertura vaccinale inadeguata dovuta a insufficienti programmi di vaccinazione contro il tetano per la popolazione generale ed in particolare allo stato di condizione femminile subordinata all'uomo. Inoltre gli uomini hanno un accesso alla vaccinazione anche attraverso l'arruolamento nelle forze armate.

Rimane quindi necessario effettuare delle campagne di vaccinazione rivolte anche alla popolazione non impegnata in lavori a rischio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 696

CONOSCENZE, ATTITUDINI E COMPORTAMENTI DEI VIAGGIATORI INTERNAZIONALI IN UGANDA

P. Immordino 1 2; Z. Chagla 2; C. Webb 2; B. Asyago 2; R. M. Mbwas 2; D. Monday 2; M. Rasheed 2; F. Albert 2; C. Sandford 3, A. Casuccio 1

1. Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro", Università di Palermo

2. East African Course on Hygiene & Tropical Medicine (by London School of Hygiene and Tropical Medicine), Tanzania – Uganda

3. School of Public Health, University of Washington

INTRODUZIONE: INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è verificato un sempre maggior aumento di viaggiatori, così come è aumentata la frequenza di viaggi con lunghe tratte che interessano quasi tutte le aree del mondo, anche le più sperdute e difficili da raggiungere. Tutto ciò a volte può tradursi in un aumento significativo di rischi, anche sanitari, per i viaggiatori stessi. In questa prospettiva è di fondamentale importanza l'attivazione di un Counseling che aggiorni il viaggiatore circa le patologie alle quali può andare incontro, la possibilità di prevenire alcune di queste malattie mediante il ricorso alla vaccinazione, gli eventuali rischi legati alle situazioni socio-politiche del Paese da visitare, e ancora, per i viaggiatori internazionali, circa le malattie tropicali e le norme di profilassi da seguire. In letteratura, la maggior parte dei dati relativi ai viaggiatori riportano informazioni riguardanti il periodo che precede il viaggio o quello immediatamente successivo al rientro, e in particolare se si manifestano alcuni eventi morbosi, mentre poco è noto circa le abitudini comportamentali e le misure di profilassi che hanno mantenuto i viaggiatori durante la loro permanenza all'estero.

Questo studio epidemiologico descrittivo ha avuto l'obiettivo di raccogliere mediante un questionario le conoscenze, attitudini e comportamenti di viaggiatori internazionali, durante il loro soggiorno all'estero. MATERIALI E METODI: METODI

Setting dello studio è stato la cittadina di Jinja, in Uganda, rinomata e molto frequentata località turistica vicino a Kampala, nota in particolare per attività sportive acquatiche come il rafting sul fiume Nilo.

Hanno partecipato allo studio i turisti soggiornanti in Uganda nel mese di Novembre 2013; le interviste sono state condotte in diverse ore della giornata presso alcuni luoghi di ritrovo molto frequentati dai turisti presenti.

Per l'intervista è stato utilizzato un questionario semi-strutturato che è stato somministrato dagli intervistatori subito dopo aver ottenuto il consenso informato scritto da parte del soggetto intervistato. RISULTATI: RISULTATI



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

In totale sono state raccolte 153 interviste ai viaggiatori. Il sesso femminile era maggiormente frequente tra gli intervistati; l'età media era di 31 anni, e i Paesi di provenienza più frequentemente rappresentati erano Stati Uniti, Australia e Paesi Bassi.

La maggior parte degli intervistati dichiaravano di aver ricevuto una consulenza pre-viaggio da parte di agenzie di viaggi (64,0%), dal medico di medicina generale (25,4%), e ancora da fonti di informazione come familiari o amici o da internet e altri media. Le conoscenze sui rischi per la salute acquisite prima del viaggio riguardavano patologie come la malaria (94,7%) e la diarrea (59,5%), e strumenti di prevenzione come le informazioni sui vaccini per le patologie prevenibili (92,1%); pochi turisti hanno ricordato tra i rischi per la salute la possibilità di incidenti stradali (15,0%) o le infezioni sessualmente trasmesse (13,7%).

Riguardo alla chemiopprofilassi antimalarica, l'80,1% degli intervistati dichiarava di averla avuta prescritta prima del viaggio, anche se solo circa il 70% aveva iniziato ad assumerla, e tuttavia, nella maggior parte dei casi, con scarsa aderenza alla terapia causata da effetti collaterali, o per alcuni turisti motivata dai tempi di permanenza all'estero prolungati. Infine, alla domanda circa i rischi per la salute e la sicurezza durante il viaggio, il 35% poneva tra le diverse opzioni, le priorità sanitarie riconducibili a patologie quali gastroenteriti, malaria, o incidenti stradali. **CONCLUSIONI:**

Dai risultati delle interviste condotte nello studio si può concludere che le informazioni riguardo ai rischi per la salute nei viaggiatori internazionali sono spesso disomogenee e offerte da molteplici fonti non sempre attendibili, confrontabili tra loro, o comunque specifiche per il Paese da visitare. In particolare, le carenze informative maggiori sono state rilevate riguardo ai rischi di natura non infettiva, come gli incidenti stradali, la sicurezza fisica personale e le norme generali di comportamento riguardo ai rischi per la salute di natura infettiva e non infettiva. La prevenzione efficace dei rischi per la salute del viaggiatore, particolarmente a livello internazionale, deriva dall'integrazione delle corrette informazioni tra i diversi attori della prevenzione (centri di salute del viaggiatore, di medicina del turismo, siti internet) e dalla loro interazione con la medicina clinica al fine di monitorare e controllare le principali patologie che possono interessare i viaggiatori internazionali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 550

IL RUOLO DELL'ASSISTENTE SANITARIO NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA DEI VIAGGI

P. Bissoli 1; C. Liera 2; G. Napoletano 2; F. Russo 3

1 Servizio di Igiene e Sanità Pubblica Azienda U.L.S.S. n°6 – Vicenza; 2 Azienda Ulss 20-Verona UOS

Epidemiologia e Profilassi delle Malattie Infettive Servizio Igiene Sanità Pubblica; 3 Regione Veneto, Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

INTRODUZIONE: L'Assistente Sanitario è l'operatore sanitario addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute (DM 17/01/1997 n.69). La professione di AS figura tra le "Professioni Tecniche della Prevenzione" (DM 29/03/01), e la formazione degli AS è stata inserita con DM 02/04/2001 nella "Classe delle lauree delle Professioni Sanitarie della Prevenzione" e successivamente con Decreto 02/04/2001 nella "Classe delle lauree Specialistiche nelle Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione".

La Legge 26/02/1999, n.42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" introduce importanti novità per tutte le professioni sanitarie non mediche, abrogando il DPR 224/1974, il cosiddetto "mansionario" dell'AS, sancendo che il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie sia determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici.

Questa legge conclude un percorso storico e culturale che ha portato al riconoscimento delle accresciute competenze professionali degli AS, figura interamente dedicata alla prevenzione.

La Regione Veneto con DGR 4057 del 22/12/2004 riconosce l'AS figura elettiva per le vaccinazioni e ne riconosce le competenze avanzate attribuendogli di fatto la gestione della seduta vaccinale.

MATERIALI E METODI: Un importante ambito preventivo è rappresentato dalla medicina dei viaggi.

I viaggi internazionali sono intrapresi da un numero sempre crescente di persone per scopi turistici, professionali, per rientro al paese d'origine. I viaggiatori sono esposti a molteplici rischi sanitari, rischi che per la maggior parte possono essere ridotti attraverso profilassi attive o passive, l'impiego di chemioprophilassi o l'attuazione di misure comportamentali adeguate.

La medicina dei viaggi svolge quindi un ruolo della massima importanza per il viaggiatore.

Nell'ambulatorio di Medicina dei Viaggi sono generalmente presenti un'Assistente Sanitario ed un medico.

Al viaggiatore viene effettuata una consulenza personalizzata in base a: destinazione, durata e periodo di permanenza, motivo del viaggio e modalità di soggiorno, situazione epidemiologica del paese visitato, età, condizioni mediche preesistenti, vaccinazioni già effettuate o pregressa immunità, reazione a precedenti vaccinazioni, informazioni già in possesso del viaggiatore, percezione del rischio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Viene quindi proposta la chemioprolifassi antimalarica secondo le raccomandazioni fornite dall'O.M.S. e dalle altre fonti disponibili, vengono proposte ed eseguite le vaccinazioni obbligatorie o raccomandate.

Vengono infine fornite indicazioni sulla profilassi meccanica, chimica e comportamentale della malaria e sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle patologie che potrebbero insorgere in viaggio: malattie a trasmissione oro fecale, sessuale, malattie trasmesse da vettori, malattie dovute all'altitudine. Vengono consegnati materiali informativi quali opuscoli, schede multilingue relative ai farmaci consigliati ed altro materiale a supporto.

Il medico presente assume la responsabilità generale dell'ambulatorio; provvede alla prescrizione dei farmaci antimalarici; garantisce l'approfondimento informativo e la decisione relativamente all'idoneità alle eventuali vaccinazioni ogni qual volta emergano dubbi da parte dell'assistente sanitario o dell'utente; dirige il primo intervento in caso di emergenza.

L'AS accoglie l'utente e ne verifica l'identità, controlla il suo stato vaccinale e verifica il contenuto di ogni documentazione medica presentata dall'utente in merito alla eventuale presenza di patologie e ad eventuali terapie in atto. Sulla base delle caratteristiche del viaggio, del soggiorno e dell'anamnesi, formula la consulenza personalizzata, propone ed esegue le vaccinazioni obbligatorie secondo il Regolamento Sanitario Internazionale e quelle raccomandate. Se indicato, illustra i farmaci disponibili per la chemioprolifassi antimalarica; informa l'utente sull'importanza di una corretta modalità e durata di assunzione della profilassi in base al farmaco utilizzato.

Fornisce, inoltre, indicazioni sulla profilassi meccanica, chimica e comportamentale della malaria e delle altre malattie trasmesse da vettori, le indicazioni utili per la prevenzione delle più comuni patologie del viaggiatore, dà indicazioni sui farmaci indispensabili per la farmacia da viaggio e cosa fare dopo il viaggio. **RISULTATI: . CONCLUSIONI:** Il viaggiatore deve essere parte attiva nella prevenzione dei possibili rischi per la sua salute: deve essere motivato ad adottare e sostenere nel tempo comportamenti adeguati, che derivano dalla consapevolezza dei rischi legati al viaggio.

In questo contesto l'AS opera con autonomia professionale mediante l'utilizzo di tecniche e strumenti specifici, quali l'anamnesi, il counselling, la promozione e l'educazione alla salute, la vaccinazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 067

IL TRATTAMENTO PRESUNTIVO DI EMERGENZA PER LA MALARIA NEI LONG TERM TRAVELLERS

V. Nicosia¹; M. Consentino¹, C. Gialdi¹, S. De Sanctis¹

¹Salute e medicina del lavoro Saipem, HSE, San Donato Milanese (MI)

INTRODUZIONE: La malaria è una malattia tropicale causata da protozoi del genere *Plasmodium* (*Falciparum*, *Vivax*, *Ovale*, *Malariae* e il *knowlesi*) che vengono trasmessi attraverso la puntura di zanzare femmine del genere *Anopheles*.

Nel mondo ogni anno si verificano 300 milioni di casi con circa 800 mila decessi.

L'infezione da *Plasmodium Falciparum* è sicuramente la più grave.

Il segno clinico più frequente è in assoluto la febbre accompagnata almeno da altri sintomi (malessere generale, cefalea, disturbi muscolari, etc.) In assenza di inequivocabili segnali cardini, qualsiasi febbre in un soggetto rientrato da un paese endemico per la malattia, è una malaria fino a dimostrazione contraria. **MATERIALI E METODI:** La profilassi antimalarica per chi viaggia all'estero, in zone a rischio, deve per forza adattarsi ai cambiamenti che si sono verificati nell'epidemiologia della malaria stessa, nelle abitudini di viaggio e nella resistenza ai farmaci da parte del parassita.

Al riguardo, infatti, è ben documentato che la resistenza del *P. Falciparum* verso la cloroquina è presente in tutte le aree endemiche ad eccezione di alcune aree dell'America Centrale e del medio Oriente.

Casi di resistenza del *Plasmodium Vivax* allo stesso farmaco sono poi descritti in Oceania, mentre resistenza alla meflochina è presente in parti della Cambogia e della Thailandia.

Tuttavia è ancora possibile garantire a chi viaggia la sicurezza di proteggersi dalla malaria, purché siano scrupolosamente seguiti i principi di prevenzione.

Tre punti rimangono fondamentali per difenderci dalla malaria.

1. Evitare le punture di zanzara
2. Adottare un'adeguata chemiopprofilassi
3. Autotrattamento

1) Per prevenire le punture di zanzara bisognerebbe, se possibile, evitare di uscire tra il tramonto e l'alba quando le zanzare anofele di solito pungono. Quando si esce di notte indossare sempre abiti con maniche lunghe e pantaloni lunghi ed evitare i colori scuri che attraggono le zanzare.

Applicare repellenti sulla cute esposta (es. DEET 30% e KBR al 35% con una sola applicazione nelle 24 ore al di sopra dei 12 anni), usare zanzariere alle porte ed alle finestre, se le zanzariere non fossero disponibili, porte e finestre devono essere ben chiuse durante la notte.

Qualora le zanzare riuscissero ad entrare nelle camere, usare zanzariere sopra il letto, rimboccandone i margini sotto il materasso ed assicurandosi che la rete non sia bucata e che nessuna zanzara sia stata rinchiusa all'interno. Per una migliore protezione si può impregnare la



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

zanzariera stessa di permetrina o deltametrina: 0,2 gr. di permetrina per metro quadro di rete ogni sei mesi.

2) Chemioprolifassi

Le raccomandazioni specifiche per area geografica vengono fornite con il massimo dettaglio all'interno dei siti Internet del WHO (www.who.int), del CDC di Atlanta (www.cdc.gov) e sul sito della dell'Università di Zurigo, Medicina Tropicale (www.tropdoc.ch).

È importante sottolineare come la collaborazione di chi viaggia sia fondamentale per l'efficacia della chemioprolifassi stessa.

Spesso molti problemi insorgono perché il viaggiatore non si attiene a quelle norme elementari, ma essenziali, legate all'assunzione del medicinale.

I farmaci attualmente in uso sono: cloroquina, meflochina, doxixiciclina e associazione atovaquone + proguanil.

3) Trattamento presuntivo di emergenza (Stand by treatment o SBET)

Se il viaggiatore si dovesse trovare in area Malarica da almeno sette giorni senza la possibilità di accedere ad assistenza medica (ambulatorio, ospedale, laboratorio) può utilizzare un trattamento farmacologico entro 24 ore dalla comparsa dei sintomi.

I regimi consigliati dall'OMS per lo SBET nell'adulto sono i seguenti:

Diidroartemisina – Piperachina 3 o 4 cpr al dì (in base al peso corporeo) in un'unica somministrazione per tre giorni.

Atovaquone + Proguanil 4 cpr. In un'unica somministrazione per tre giorni.

Artemetether-Lumefantrina (non reperibile in Italia)

Dopo aver assunto lo SBET è comunque corretto farsi visitare da un medico al più presto, per verificare lo stato clinico attraverso esami di laboratorio. **RISULTATI:** Per lo SBET La combinazione Diidroartemisina – Piperachina recentemente registrata in Italia è di provata efficacia con un ottimo profilo di tollerabilità, ampiamente impiegata nelle regioni di malaria endemica e utilizzata in Europa per la terapia dal 2012.

Il trattamento con questo farmaco deve essere assunto a digiuno, a differenza di quello con Atovaquone – Proguanil che necessita di un pasto ricco di grassi che ne aumentano la biodisponibilità.

Uno Studio condotto in Asia su 1150 pazienti (6 mesi-65 anni) il farmaco ha evidenziato una rapida e sostanziale efficacia (scomparsa dei parassiti entro 2-3 giorni nel 90% dei casi) e buona tollerabilità.

Inoltre, ha dimostrato una maggiore protezione da nuove infezioni per almeno due mesi dopo l'inizio del trattamento, rispetto agli altri farmaci. **CONCLUSIONI:** Lo SBET può rappresentare una valida alternativa alla chemioprolifassi soprattutto per i lavoratori all'estero ed i missionari che viaggiano di frequente in zone malariche.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

I farmaci per il trattamento dovrebbero essere portati dal viaggiatore nel suo bagaglio, preferibilmente acquistati nel paese di origine prima della partenza per evitare rischi di contraffazione presenti in molti paesi endemici.

Per l'elevata efficacia e tollerabilità, la combinazione Diidroartemisina – Piperachina è il trattamento maggiormente consigliato presso le aziende italiane che inviano lavoratori all'estero.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C7: PREVENZIONE IN MOVIMENTO



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 386

**VALUTAZIONE DELL'EFFETTO BENEFICO A LIVELLO MUSCOLOSCHIELETICO DI
 ATTIVITA' SPECIFICA PENSATA PER DONNE POSTMENOPAUSALI CON RIDOTTA MASSA OSSEA
 COME FATTORE DI PREVENZIONE PRIMARIA DELLA FRATTURA OSTEOPOROTICA**

A. Anedda 1, E. Piazza 1, G. Passeri 1

1 Azienda USL di Parma

INTRODUZIONE: La pratica regolare di esercizio fisico rappresenta uno degli elementi fondamentali di uno stile di vita sano, in grado di produrre effetti positivi sulla salute sia fisica che psicologica dei soggetti, senza distinzione di sesso ed età. Le modificazioni fisiologiche delle capacità fisiche e motorie, che inevitabilmente si accompagnano all'avanzare dell'età, vengono ancor più accentuate dallo stile di vita sedentario che caratterizza gran parte della popolazione senile, riducendone progressivamente le abilità motorie e l'efficienza fisica. Sarà nostro interesse considerare la presa in carico finalizzata alla prevenzione primaria dell'osteoporosi, il cui obiettivo è migliorare il trofismo dei muscoli assiali e appendicolari, rispetto a una prevenzione secondaria il cui scopo è quello di evitare una nuova lesione. **MATERIALI E METODI:** Il presupposto su cui si fonda la teoria che l'attività fisica migliori il trofismo e quindi la densità ossea sta nell'osservazione che il carico meccanico sull'osso determina un aumento della massa scheletrica tramite un effetto piezoelettrico noto come modello mecano statico. Altri fattori che regolano il rapporto tra esercizio fisico e massa ossea sono: contrazione muscolare, variazioni circolatorie, respiratorie, ormonali, psichiche, stimolazioni locali enzimatiche e di fattori di crescita. Il tessuto osseo si adatta alle variazioni delle sollecitazioni in modo diverso a seconda dell'età. L'esercizio fisico è più osteogenico durante la crescita rispetto all'età matura. Probabilmente durante l'accrescimento la superficie dell'osso è ricoperta in maggiore proporzione da osteoblasti attivi rispetto all'osso maturo, con una massima formazione di tessuto periostale, risaputo che un buon trofismo muscolare permetta una corretta stimolazione sull'osso oltre ad una maggiore vascolarizzazione con aumento del trasporto di ioni. Attraverso un adeguato lavoro di tonificazione si realizza quel processo di ipertrofia, che permette di migliorare la forza assoluta del muscolo e vengono favoriti tutti quei meccanismi di capillarizzazione periferica utili per un maggior flusso ematico, essenziale per ottimizzare il trasporto delle sostanze indispensabili al processo di ricostruzione della struttura ossea. Affinché lo stimolo indotto dall'esercizio fisico sia osteogenico e rimodellante, gli adattamenti funzionali derivano da una miscela tra intensità, durata e frequenza degli allenamenti, si dovrà tener presente un programma mirato delle funzioni motorie in cui saranno inseriti esercizi per uno stimolo osteogenico, esercizi per il miglioramento del tono muscolare, esercizi di stretching. Il carico dovrà rispettare alcuni parametri ad esempio dovrà essere superiore ad una



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

soglia minima efficace, attraverso serie lunghe 15/20 ripetizioni con carichi leggeri. Si faranno eseguire esercizi in compressione ed in trazione, tenendo sempre ben presente le condizioni fisiche dei soggetti. Gli esercizi verranno fatti eseguire in modo dinamico intermittente, non statica, ma frequenti con periodi di riposo tra le sessioni, per evitare la desensibilizzazione del sistema di trasduzione meccanica dell'osso al carico protratto. Verranno allenati e presi in considerazione distretti muscolari più a rischio, in quanto l'adattamento osseo alle sollecitazioni meccaniche è principalmente locale, per cui è opportuno allenare specificatamente le regioni scheletriche da rinforzare. **RISULTATI:** Prima di creare un progetto rieducativo è necessaria una accurata valutazione del paziente, da parte dell'Operatore Laureato in Scienze motorie di concerto con il medico del centro Osteoporosi che individuerà soggetti da sottoporre a prevenzione primaria ed in grado di affrontare questo specifico programma con beneficio e sicurezza. Verrà fatta una valutazione basale dei pazienti da inserire al progetto ed eseguire: MOC, esami emato-chimici, Ecg basale e prova da sforzo. Ammissione al progetto donne con un T-score compreso tra 1 e 2.5, su distretti ossei come femore, colonna vertebrale, radio. Anamnesi fratture, sarà fondamentale accertarsi che non ci siano fratture osteoporotiche pregresse: storia familiare della malattia e di fratture nei familiari di 1 e 2° grado, assunzione di farmaci, stile di vita in generale, alimentazione, pratica attività fisica, problemi muscolari e posturali. **CONCLUSIONI:** La valutazione temporale dei parametri presi in esame permetterà di valutare nel tempo i benefici effetti sugli effetti benefici a livello muscolare.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 526

ATTIVITÀ FISICA E PERCEZIONE DELLA SALUTE PSICOFISICA

V. Cofini¹, V. Bianchini¹, S. Leonardi¹, A. Di Domenico¹, M. R. Cecilia¹, R. Bernardi¹, S. Necozone¹, F di Orio¹.

*¹Dipartimento Medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente
Università degli Studi dell'Aquila*

INTRODUZIONE: Sane abitudini di vita apprese in età adolescenziale possono supportare a lungo termine la salute del soggetto. Il momento di accesso ai corsi universitari è sì emozionante per i giovani studenti, ma anche fortemente stressante poiché si trovano a far fronte ad un nuovo e più pesante carico di studio, nuovo contesto e rete sociale nei quali inserirsi e trovare un proprio ruolo. Di pari passo con questi importanti cambiamenti e maggiori responsabilità, i giovani studenti hanno maggiore libertà sul proprio stile di vita rispetto al passato, per lo più controllato dalla famiglia (1). L'autostima sembra esser associata alle attività alle quali gli studenti dedicano la maggior parte del loro tempo, ma non è chiara quanto si leghi nello specifico all'attività fisica (2). La letteratura solo recentemente ha focalizzato l'attenzione sugli effetti positivi dell'attività fisica sulla salute mentale e sulla percezione soggettiva dello stato di salute psicofisico: ma i giovani adulti sono ad oggi ancora poco studiati, e in particolare gli studi longitudinali sono carenti (3). **Scopo dello studio** è indagare la prevalenza della sedentarietà ed i livelli di attività fisica in un campione di giovani evidenziando le associazioni con la percezione del benessere fisico e psichico. **MATERIALI E METODI:** 132 studenti universitari sono stati reclutati nei diversi corsi di studio dell'Ateneo aquilano tra dicembre 2013 e aprile 2014. Per l'indagine oltre alle informazioni socio-anagrafiche è stata richiesta la misura dell'altezza e del peso per il calcolo dell'indice di massa corporea (BMI). Sono stati inoltre utilizzati il questionario GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) per stabilire l'intensità dell'attività fisica e il PDSQ (Physical Self-Description Questionnaire) per la valutazione del benessere psicofisico.

Il GPAQ è un questionario sviluppato dall'OMS con l'intento di analizzare il ruolo dell'attività fisica in relazione alla prevenzione delle malattie non trasmissibili. Il questionario è composto da 16 domande attraverso le quali si cerca di indagare sette principali variabili tra le quali:

- Attività lavorative intense
- Attività lavorative moderate
- Spostamenti da un posto all'altro
- Attività ricreative intense
- Attività ricreative moderate
- Comportamento sedentario
- Media dell'attività fisica in una giornata



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il GPAQ utilizza l'equivalente metabolico (Metabolic Equivalent of Task MET) come unità di misura per stabilire l'intensità dell'attività fisica. Il MET, utilizzato anche da diverse attrezzature cardiofitness per indicare il costo metabolico di un esercizio fisico, corrisponde al metabolismo energetico in condizioni di riposo e viene preso in considerazione come unità di misura per esprimere il costo di un esercizio fisico in termini di energia ed ossigeno. Nello specifico sono state utilizzate le seguenti definizioni:

M.E.T.= 0 indica soggetti che non praticano attività fisica;

M.E.T. 2519 indica soggetti che praticano un'attività fisica di intensità elevata

Il PDSQ (Physical Self-Description Questionnaire) è uno strumento utilizzato per la valutazione della salute del proprio corpo con 9 dimensioni specifiche e due dimensioni globali. Le nove componenti specifiche sono:

Aspetto: indaga la percezione propria e altrui di essere di bell'aspetto e di avere un bel viso;

Forza: misura sia il sentirsi forte e la percezione di avere un corpo potente;

Resistenza: indaga la capacità di percorrere un lungo tratto senza fermarsi e il non affaticarsi troppo quando l'esercizio fisico è pesante;

Flessibilità: misura la capacità di piegare e ruotare il proprio corpo facilmente in differenti direzioni;

Salute: indica la propensione a non ammalarsi spesso e riprendersi velocemente quando si è malati;

Coordinazione: misura la facilità nell'eseguire movimenti coordinati e l'essere capaci di fare movimenti fisici in modo elegante e non impacciato;

Attività fisica: misura la qualità e la quantità dell'attività fisica;

Obesità: questa variabile misura il non essere e il non sentirsi troppo grassi in relazione alla percezione propria e degli altri;

Abilità sportiva: attraverso questa variabile si tenta di misurare il sentirsi bravi nello sport, l'essere atletici e la percezione di possedere buone abilità sportive.

Le due componenti globali sono invece:

Fisico Globale: indaga la percezione che ogni soggetto ha nel sentirsi a proprio agio con il proprio corpo;

Autostima: misura il sentire positivamente se stessi.

Per tutte le variabili sono state elaborate le statistiche descrittive con media e deviazione standard o proporzioni. Per la stima delle associazioni tra variabili categoriche è stato utilizzato il chi quadro test, per il confronto tra medie si è fatto ricorso al test t di Student. Per l'analisi della relazione tra le componenti della percezione del benessere corporeo ed i livelli di attività, genere e BMI (sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obeso) è stato usato un modello anova fattoriale attraverso il software stata 12. Un p-value<0.05 è stato ritenuto significativo. **RISULTATI:** L'età media dei partecipanti è risultata pari a 24 anni (± 2.9), per il 64% di genere femminile. Attraverso



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

il calcolo del BMI, è stata stimata una prevalenza del 6% di soggetti sottopeso (IC 95%: 2% - 10%), ed il 6% dei soggetti risultava in sovrappeso o obeso.

Attraverso l'indice M.E.T., la prevalenza di soggetti sedentari è stata stimata pari al 14% (IC 95%: 7.7% -19.6%), il 20% dei partecipanti pratica attività fisica di bassa intensità (IC 95%: 13% -26%), il 34% pratica attività fisica di moderata intensità (IC 95%: 25.9% -42.3%), e il 33% di intensità elevata (IC 95%: 24.5% -41.0%).

La tabella 1 riporta i punteggi medi alle scale del PDSQ nei sedentari e in coloro che pratica attività sportiva (bassa, moderata ed intensa).

L'attività fisica è risultata associata al genere ($p < 0.05$) (Fig. 1). La percezione della abilità, della forza, della resistenza, risulta associata al genere ed al livello di attività fisica; la percezione della flessibilità è associata al livello di attività fisica praticata ma la percezione della coordinazione è legata solamente al genere. Chi è sedentario o pratica un livello basso di attività sportiva si percepisce in salute quanto chi pratica attività fisica moderata o intensa ($p = 0.269$), con un livello di autostima assolutamente sovrapponibile a chi è invece attivo. **CONCLUSIONI:** Lo studio mette in evidenza che tra giovani universitari il 34% non pratica attività fisica o al più la pratica con bassa intensità. Le ragazze riferiscono maggiore autostima ed una maggiore percezione di benessere generale rispetto ai ragazzi, ma la percezione del benessere psico-fisico non si associa con l'attività fisica. Strategie per promuovere il benessere quotidiano dovrebbero incoraggiare gli studenti universitari a includere una maggiore quantità di attività fisica, nonché limitare il loro comportamento sedentario, soprattutto continuando a focalizzare l'attenzione e l'allerta sulle conseguenze organiche (cardiovascolari, osteoporosi, sindrome metabolica) a lungo termine rispetto al presente stato psicofisico percepito comunque come non influenzato dall'attività fisica praticata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 056

L'ATTIVITÀ FISICA NEGLI ULTIMI TRE MESI DI GRAVIDANZA: EFFETTI SU NASCITA PRETERMINE E NASCITA SOTTOPESO PER ETÀ GESTAZIONALE

G. Fantuzzi¹, E. Righi¹, G. Aggazzotti¹

¹DIPARTIMENTO DI MEDICINA DIAGNOSTICA, CLINICA E DI SANITÀ PUBBLICA

INTRODUZIONE: Praticare attività fisica nel corso della gravidanza significa mantenere le migliori condizioni di benessere per la donna e il nascituro: per questo motivo numerosi organismi internazionali consigliano di compiere esercizio fisico regolare durante la gravidanza e dopo il parto. Nonostante ciò, nella maggior parte dei casi le donne in stato interessante, soprattutto nell'ultimo trimestre di gravidanza, tendono a ridurre o a smettere di praticare sport ed esercizi fisici, contribuendo in questo modo all'aumento del proprio peso corporeo. L'inattività durante la gravidanza è motivo di preoccupazione per chi si occupa di salute pubblica, perché in questo modo le donne rinunciano ai numerosi benefici che l'attività fisica esercita sulla loro salute e, soprattutto, su quella del nascituro. La ricerca scientifica più recente ha focalizzato la sua attenzione sull'importanza di una regolare pratica sportiva nella prevenzione delle patologie che più frequentemente possono insorgere durante la gravidanza condizionandone spesso l'esito. In particolare, è stato recentemente discusso il ruolo dell'attività fisica in gravidanza nella prevenzione del diabete gestazionale, dell'ipertensione arteriosa, dell'eccessivo aumento del peso corporeo, condizioni che possono a loro volta influenzare in modo significativo lo sviluppo fetale. Lo scopo di questo studio è stato quello di esplorare il ruolo esercitato dall'esercizio fisico praticato negli ultimi tre mesi di gravidanza e la nascita pretermine e quella sottopeso, in particolare il sottopeso per età gestazionale. **MATERIALI E METODI:** E' stato condotto uno studio caso-controllo di popolazione in nove città italiane. La nascita pretermine era definita come evento avvenuto entro la 37° settimana completa di gestazione, mentre sottopeso per età gestazionale era il neonato con un peso inferiore al 10° percentile rispetto alla settimana di gravidanza. I controlli erano bambini con età gestazionale superiore alla 37° settimana e normopeso. Sono stati arruolati in totale 299 nascite pretermine, 364 nascite di basso peso per età gestazionale e 855 controlli. La raccolta delle informazioni sulla attività fisica svolta nel terzo trimestre di gravidanza e sulle variabili esaminate è stata effettuata utilizzando un questionario autocompilato. In particolare il questionario raccoglieva informazioni relative alle condizioni sociodemografiche, alla storia medica e riproduttiva delle madri, agli stili di vita adottati durante la gravidanza. Le caratteristiche sociodemografiche, le abitudini personali e lo stato di salute dei casi e dei controlli sono stati confrontati attraverso analisi logistiche che hanno permesso di calcolare i diversi OR ed i relativi intervalli di confidenza al 95%. Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il pacchetto statistico SPSS 18.0 per Windows. **RISULTATI:** Svolgere attività fisica durante gli ultimi tre mesi di gravidanza riduce in modo significativo il rischio di nascita



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

pretermine (OR aggiustato = 0.56, 95% CI: 0.39-0.79) anche se la frequenza dell'attività fisica, espressa come n. volte / settimana, non ha evidenziato una relazione dose-risposta. Tra i diversi tipi di attività fisica considerati, solo il camminare appare significativamente protettivo sulla nascita pretermine (OR aggiustato = 0.53, 95% CI 0.36-0.81), mentre nuotare, fare allenamento fisico, andare in bicicletta non risultano associati alla durata del periodo gestazionale. Per quanto riguarda il sottopeso per età gestazionale, non è stata osservata nessuna associazione con la attività fisica nel periodo esaminato, anche se limitatamente al camminare è stato evidenziato un lieve effetto protettivo (OR aggiustato = 0.72, 95% CI 0.51-1.00). CONCLUSIONI: I risultati ottenuti nel presente studio dimostrano come praticare attività fisica non aumenti il rischio di partorire un bambino pretermine o di basso peso, ma risulti associato ad un effetto protettivo nei confronti della nascita pretermine, in particolare nelle donne che camminano con regolarità nell'ultimo periodo di gravidanza. L'esercizio fisico, purchè autorizzato dal medico curante, influenza positivamente la salute delle donne durante la gravidanza, portando una serie di benefici effetti sulla salute del neonato, non solo nell'immediato, ma anche nel lungo periodo considerando che sia la nascita pretermine che il sottopeso per età gestazionale rappresentano un serio pericolo di morbosità infantile.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 506

L'INSEGNAMENTO DI EDUCAZIONE FISICA NELLE SCUOLE ITALIANE: INDAGINE MULTICENTRICA DEL GRUPPO DI LAVORO "SCIENZE MOTORIE PER LA SALUTE"

Gruppo di Lavoro SItI "Scienze Motorie per la Salute" (GSMS), G. Liguori¹, M. Arpesella², G. Brandi³, S. Bruno⁴, G. Capelli⁵, E. Carraro⁶, V. Di Onofrio¹, L. Fabiani⁷, G. Fantuzzi⁸, F. Gallè¹, G.M. Grasso⁹, O.C. Grillo¹⁰, M. Guida¹¹, A. Izzotti¹², E. Leoni¹³, C. Mammina¹⁴, L. Manzoli¹⁵, L. Minelli¹⁶, C. Napoli¹⁷, C. Nobile¹⁸, M. Parpinel¹⁹, C. Pasquarella²⁰, R. Prato²¹, GP Privitera²², C. Signorelli²⁰, V. Romano Spica²³, S. Tardivo²⁴.

1 Università degli studi di Napoli "Parthenope", Napoli; 2 Università degli studi di Pavia; 3 Università degli studi di Urbino "Carlo Bo"; 4 Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; 5 Università degli studi di Cassino e del Lazio Meridionale, Cassino; 6 Università degli studi di Torino; 7 Università degli studi dell'Aquila; 8 Università degli studi di Modena e Reggio Emilia; 9 Università degli studi del Molise, Campobasso; 10 Università degli studi di Messina; 11 Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli; 12 Università degli studi di Genova; 13 Università degli studi di Bologna; 14 Università degli studi di Palermo; 15 Università degli studi G. D'Annunzio, Chieti; 16 Università degli studi di Perugia; 17 Università degli studi di Bari; 18 Università degli studi "Magna Græcia" di Catanzaro; 19 Università degli studi di Udine; 20 Università degli studi di Parma; 21 Università degli studi di Foggia; 22 Università degli studi di Pisa; 23 Università degli studi di Roma "Foro Italico"; 24 Università degli studi di Verona.

INTRODUZIONE: Introduzione. L'insegnamento di Educazione Fisica (EF) nel percorso scolastico contribuisce a migliorare le condizioni fisiche dei bambini e degli adolescenti e pone le basi per l'adozione di uno stile di vita attivo, oltre a rappresentare una vera e propria opportunità di promozione della salute. Purtroppo, nel sistema scolastico italiano, l'importanza dell'EF sembra essere sottostimata: poche sono le ore di lezione concesse a questa disciplina, soprattutto nella scuola primaria, dove l'insegnamento non risulta ancora oggi affidato a personale esperto nelle Scienze Motorie. Il Gruppo di Lavoro SItI "Scienze Motorie per la Salute" (GSMS) ha intrapreso un'indagine multicentrica sull'intero territorio nazionale per valutare, attraverso il punto di vista degli studenti, quale sia la realtà dell'insegnamento di EF nel nostro Paese e la sua efficacia nel promuovere la pratica sportiva. **MATERIALI E METODI:** Metodi. Un questionario anonimo è stato somministrato a studenti iscritti al primo anno di diversi corsi di studio distribuiti tra area delle scienze motorie, umanistica, medica e delle professioni sanitarie, scientifica/tecnologica, economico/giuridica. Tramite il questionario sono state raccolte informazioni circa le esperienze relative all'insegnamento ricevuto dagli studenti nell'ambito del percorso scolastico a partire dalla scuola primaria, le loro opinioni personali nei confronti dell'EF e notizie sulla pratica di sport. **RISULTATI:** Risultati. Sono stati raccolti finora circa 7.000 questionari nelle sedi universitarie coinvolte. I risultati dello studio sono attualmente in fase di elaborazione, con l'ausilio del software SPSS 22.0 per Windows. Attraverso modelli di regressione logistica verrà valutata l'influenza di diverse variabili relative all'insegnamento ricevuto sull'attuale pratica di sport.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Inoltre, verranno indagate eventuali differenze tra le diverse aree del Paese. **CONCLUSIONI:**
Conclusioni. La letteratura scientifica mostra come l'EF possa essere utile nel far raggiungere ai soggetti in età scolare i livelli raccomandati di attività fisica settimanale, e nell'imprimere in questi l'abitudine al movimento. I risultati dello studio serviranno a valutare se in Italia ciò avvenga o se, al contrario, le criticità rilevate possano rappresentare un ostacolo alla promozione dell'attività motoria nella popolazione e dunque offrano uno spunto sul quale basare nuove iniziative di prevenzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 736

COUNSELING MOTORIO ED ATTIVITÀ FISICA ADATTATA PER SOGGETTI CON DIABETE TIPO 2: PRIMI RISCONTRI

F. Gallé¹, V. Di Onofrio¹, R. Mastronuzzi¹, A. Cirella¹, F. Siciliano¹, A. Miele¹, T. Spinosa^{T2} e G. Liguori¹

¹ Università di Napoli "Parthenope", Napoli

² S.O. Pianificazione e Programmazione ARSan - Agenzia Regionale Sanitaria della Campania

INTRODUZIONE: Numerosi studi sostengono il ruolo dell'esercizio fisico nella prevenzione e nel trattamento del diabete mellito di tipo 2. L'Attività Fisica Adattata (AFA) dunque può diventare un vero e proprio strumento terapeutico se associato ad un percorso educativo, volto a migliorare l'empowerment della persona con diabete, e all'eventuale supporto farmacologico.

È stato realizzato un modello socio-assistenziale, applicabile a diverse realtà regionali, basato sull'organizzazione di periodici incontri di counseling motorio e sullo svolgimento di programmi strutturati di AFA per migliorare la gestione integrata ed il controllo della patologia diabetica, ridefinendo, di fatto, il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA). **MATERIALI E**

METODI: Durante il primo anno di attività, dopo attenta valutazione delle caratteristiche territoriali - e valutate le disponibilità - è stato stipulato un accordo di collaborazione con la Sezione Provinciale della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e la Sezione Regionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) operanti sui territori di Napoli (quartieri Fuorigrotta e Vomero), Bacoli, Monte di Procida e Pozzuoli.

I MMG affiliati, che su base volontaria hanno aderito all'iniziativa, hanno provveduto a reclutare soggetti con diabete mellito di tipo 2, di età compresa tra 50 e 70 anni, e senza patologie concomitanti gravi. Una parte di questi, sulla base di una formale adesione, è stata avviata a programmi di counseling e percorsi motori, mentre i restanti soggetti sono stati impiegati per la costituzione del gruppo di controllo.

Per tutti è stato richiesto il consenso alla raccolta e al trattamento dei dati clinico-laboratoristici, monitorati poi trimestralmente. Prima dell'avvio del programma motorio (T0) sono stati organizzati incontri collettivi, guidati da esperti in counseling motorio, nei quali è stata discussa l'importanza della corretta alimentazione e dell'attività fisica. Gli incontri collettivi (60-120 minuti con 5/6 pazienti/operatore) proseguono con cadenza trimestrale.

Il programma di AFA è organizzato in sedute che includono esercizi per l'allenamento dell'apparato cardiovascolare, muscolare ed osteoarticolare, previa valutazione della forma fisica. Le strutture in cui viene effettuata l'AFA sono state selezionate mediante apposito bando, tra quelle insistenti sui territori considerati, in base a precisi requisiti strutturali e professionali. Una batteria di test motori (Senior fitness test) è stata somministrata ai partecipanti al programma motorio a T0 e viene ripetuta con cadenza trimestrale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

A 12 mesi (T12) saranno altresì valutati, mediante approccio di Health Technology Assessment, gli eventuali vantaggi economici (costi diretti ed indiretti) derivanti nel tempo da un siffatto nuovo PDTA. **RISULTATI:** I primi risultati, e soprattutto i riscontri e le opinioni raccolti dai MMG e dagli esperti, segnalano un impatto complessivamente positivo. Nei soggetti praticanti l'AFA viene riscontrata una riduzione del peso corporeo e della circonferenza vita. Tali pazienti manifestano inoltre grande entusiasmo e riferiscono di un già percepito miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita, verificate in semplici attività quotidiane: allacciarsi le scarpe, salire le scale o alzarsi dalla posizione seduta. I MMG, dal canto loro, segnalano un progressivo miglioramento dei parametri biochimici e del controllo glicometabolico, oltre ad una generale diminuzione del consumo di farmaci ipoglicemizzanti. **CONCLUSIONI:** Nell'ambito del Disease Management, la sfida principale è l'integrazione tra attori diversi, e risulta quindi necessario spostare l'obiettivo dalla responsabilità del singolo (realizzata attraverso l'empowerment) o del curante (MMG), al contesto sociale in cui vive il cittadino (quartiere, luogo di lavoro, etc). Il ruolo del MMG, come regista di un tale percorso, diventa fondamentale nel monitorare l'evoluzione della patologia, lo stato di salute (efficacia) e l'impatto delle cure sulla spesa (efficienza).

Il riscontro positivo ricevuto dai pazienti ed i risultati fin qui ottenuti lasciano confidare in una diffusione sempre più ampia di programmi strutturati di AFA, con integrazione tra l'ambito socio-sanitario e quello delle scienze motorie, sia a livello regionale che nazionale.

Il coinvolgimento delle Istituzioni, non solo sanitarie, che possano far proprio l'obiettivo della salute del cittadino, costituisce il punto di forza del progetto, che mira a sottolineare l'importanza della prevenzione e della promozione della salute nel migliorare la qualità di vita della persona con diabete, e a dimostrare come un siffatto PDTA possa generare risvolti positivi anche sul risparmio della spesa sanitaria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 738

L'ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA) COME STRUMENTO TERAPEUTICO IN SOGGETTI OBESI SOTTOPOSTI AD INTERVENTI DI CHIRURGIA BARIATRICA

M. Matarese¹, A. Cirella², F. Gallè², V. Di Onofrio², M. Di Dio², F. Siciliano², S. Forte², A.M. Salzano³ e G. Liguori²

¹ ASL NAPOLI 3 SUD, Marigliano (NA)

² Università degli Studi di Napoli "Parthenope", Napoli

³ Ospedale Evangelico "Villa Betania", Napoli

INTRODUZIONE: Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'inattività fisica è responsabile di circa 2 milioni di morti all'anno nel mondo ed è causa del 10-16% dei casi di diabete, cancro del colon e della mammella e del 22% dei casi di cardiopatia ischemica. L'attività fisica pertanto costituisce un importante fattore protettivo e determinante di salute per i soggetti di tutte le età ed in tutte le condizioni.

Di cruciale importanza può risultare l'avvio di un programma interdisciplinare volto all'educazione terapeutica del paziente obeso sottoposto ad intervento di chirurgia bariatrica che ne preveda la partecipazione a percorsi di Attività Fisica Adattata (AFA) strutturata e programmata in funzione delle caratteristiche del singolo.

La corrente letteratura scientifica segnala quanto la chirurgia bariatrica migliori le comorbidità interrelate all'obesità e quanto l'attività fisica contribuisca a migliorare ulteriormente la qualità di vita di tali soggetti. **MATERIALI E METODI:** Lo studio, attualmente in corso, si prefigge di verificare quanto l'AFA contribuisca a migliorare il mantenimento a lungo termine del peso corporeo in soggetti obesi sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica, comportando benefici sulla qualità di vita.

Il campione è costituito da due gruppi di pazienti obesi trattati chirurgicamente da almeno 3 mesi e da non più di 6 mesi: un gruppo sperimentale sottoposto ad un programma di AFA mediante la supervisione di un istruttore e un gruppo di controllo non sottoposto a tale programma.

Entrambi sono costituiti da pazienti, al momento circa 30 [65% F e 35% M; età media 40 anni (range 18-64)], sottoposti a Bendaggio Gastrico (la maggior parte) e 3 a By-pass Gastrico.

Per entrambi, all'inizio del programma motorio (T0) e ogni 2 mesi, sono rilevate le seguenti variabili:

- Body Mass Index (BMI); circonferenze petto, addome, anche, cosce, braccio, avambraccio, polso e polpaccio;
- presenza di comorbidità fisiche, monitorate mediante dosaggio di: glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e HDL, uricemia;
- qualità della vita, valutata attraverso l'Obesity-Related WELL-being questionnaire;
- motivazione al cambiamento, indagata mediante questionario Dropout Risk Profile (DPR);



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- abilità motorie indispensabili allo svolgimento delle attività quotidiane (forza e flessibilità della porzione superiore e inferiore del corpo, resistenza aerobica, agilità motoria ed equilibrio dinamico), valutate mediante Senior Fitness Test.

L'attività fisica aerobica moderata-intensa viene svolta in 2 sedute settimanali della durata di 60' ciascuna e comprende esercizi di coordinazione e a corpo libero e marcia all'aperto, alternata alla corsa lenta. In concomitanza con gli incontri di AFA vengono condotti periodici incontri collettivi di counseling motorio. **RISULTATI:** I primi risultati (T0) non segnalano presenza di comorbidità fisiche legate all'obesità in entrambi i gruppi.

Dall'Orwell-97 si evince quanto l'obesità vada ad influire negativamente sulla qualità di vita di tali soggetti. Rilevante è il dato sulla percezione dell'importanza di svolgere attività fisica, maggiore nei soggetti che aderiscono al programma di AFA. Per ambedue i gruppi il peso fungerebbe da principale ostacolo allo svolgimento della stessa.

Il Dropout Risk Profile inquadra il 94.7% dei soggetti del gruppo sperimentale come ad alto rischio di abbandono perché incapaci di prefissarsi obiettivi e di perseverare nel raggiungerli.

Relativamente ai Senior Fitness Test, per tutti i soggetti a T0 sono rilevate performances motorie al di sotto del range di normalità. **CONCLUSIONI:** L'esercizio fisico risulta essere una componente importante per il trattamento dell'obesità patologica.

Appaiono fondamentali tanto le azioni educative basate sull'adozione di stili di vita attivi, quanto gli interventi pratici incentrati sullo svolgimento di programmi di attività fisica strutturati, supervisionati e affiancati da periodici incontri di counseling. Ciò perché, come segnalato anche nella presente nota, gran parte dei pazienti con obesità patologica ammette una scarsa autostima, con serio rischio di ulteriori fallimenti. L'incapacità di credere in se stessi e nelle proprie capacità porrebbe la persona grande-obesa in una condizione di vulnerabilità e di propensione all'abbandono di esperienze nuove ed importanti per il cambiamento della propria condizione.

L'auspicio è che il presente studio possa avvalorare il contributo dell'AFA e del counseling motorio nel successo terapeutico, anche nel lungo periodo, della chirurgia bariatrica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 353

DAI GRUPPI DI CAMMINO AL PROGETTO “ANDIAMO IN PALESTRA”: AVVIO DI UNA SPERIMENTAZIONE NEL TERRITORIO DELLA ASL DI SONDRIO.

L Cecconami¹, G. Prezioso¹, E. Giompapa¹

¹ASL di Sondrio

INTRODUZIONE: Dare continuità ai gruppi di cammino, attività già consolidate e partecipate, promuovendo il movimento anche durante la stagione invernale, attraverso lezioni di ginnastica dolce in palestra, sensibilizzando così la popolazione sull'importanza di un'attività fisica costante

MATERIALI E METODI: I Gruppi di Cammino sono attivi nella Provincia di Sondrio dal 2009; sono nati dalla collaborazione tra l'ASL di Sondrio ed il Coni, collaborazione che è continuata fino al 2012. Da quest'anno, dopo un'attenta valutazione, sono stati individuati all'interno dei gruppi, conduttori che, volontariamente, guidano i partecipanti. Ad oggi i gruppi di cammino sono attivi in 16 Comuni della Provincia e mostrano un trend in crescita.

Nel 2012, al fine di dare continuità all'attività fisica e, considerate le condizioni climatiche del nostro territorio, abbiamo proposto, in via sperimentale, a 2 gruppi (Bormio e Chiavenna) il progetto “Andiamo in palestra”. Il progetto si è articolato in 2 lezioni settimanali, completamente gratuite, della durata di un'ora ciascuna condotte da un ex insegnante di attività motoria, che ha svolto lezioni di ginnastica dolce adattata alle caratteristiche fisiche e motivazionali dei partecipanti. Il progetto è stato reso possibile grazie alla collaborazione delle Amministrazioni Comunali, che hanno messo a disposizione gratuitamente le palestre. A fine corso è stato somministrato un questionario di gradimento che ha evidenziato come per la maggior parte dei partecipanti, l'attività con il gruppo rappresentava l'unica forma di movimento; inoltre, la maggior parte dei partecipanti ha percepito l'attività positivamente sia in termini di benessere psicologico che relazionale. Dal 2013 ad oggi, considerato il successo dell'anno precedente, grazie anche al contributo del CONI che ha provveduto al finanziamento degli istruttori, il progetto “Andiamo in palestra” ha coinvolto altri cinque Comuni (Ardenno, Delebio, Morbegno, Tirano, Traona).

RISULTATI: Hanno partecipato al progetto 7 Comuni. A fine corso è stato somministrato un questionario di gradimento che ha evidenziato molto interesse; per cui obiettivo dell'Asl è quello di estendere questo progetto a tutti i gruppi di cammino della Provincia di Sondrio. **CONCLUSIONI:** Dall'analisi dei dati si evince quanto bene faccia il camminare e in genere l'attività fisica regolare, in quanto aiuta a prevenire e tenere sotto controllo molte malattie; infatti, dopo un regolare esercizio fisico la colesterolemia si mantiene ad un valore ottimale, così come la glicemia e la pressione arteriosa; si tiene sotto controllo il peso corporeo; si rinforzano i muscoli, le ossa e le articolazioni e si migliora il tono dell'umore in quanto svolgere regolarmente attività fisica non fa solo bene ma fa “sentire” bene. L'obiettivo futuro è quello di estendere questo progetto a tutti in



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

gruppi di cammino della Provincia di Sondrio, proprio per garantire la possibilità di praticare attività fisica tutto l'anno.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 459

LA PROMOZIONE DEL MOVIMENTO MEDIANTE IL MARKETING SOCIALE

S. Morgante 1; D. Soave 2; C. Chiari 2; L. Speri 3

1. Servizio Promozione ed Educazione alla Salute – Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 Regione Veneto.
Responsabile del programma regionale veneto di promozione dell'attività fisica. Mobility manager ULSS 20
– smorgante@ulss20.verona.it 045 8075969

2. Programma regionale veneto di promozione dell'attività fisica (collaboratore)

3. Servizio Promozione ed Educazione alla Salute (responsabile) – Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 Regione Veneto

INTRODUZIONE: La sedentarietà rappresenta oggi uno dei principali determinanti delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT); circa un terzo delle morti premature e di quelle per cancro dipendono da alimentazione, sedentarietà e sovrappeso. Questi determinanti sono legati a comportamenti individuali ma anche fortemente condizionati dal contesto socioculturale in cui le persone sono inserite. Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di promozione della salute sono esterni alle capacità del servizio sanitario, è indispensabile fuoriuscire dai suoi ristretti confini (come indicato dal programma Guadagnare Salute) agendo in modo incisivo sulla comunicazione oltre che sui determinanti ambientali e sulla costruzione della rete con le istituzioni non sanitarie e i diversi stakeholder. In una prospettiva di questo tipo che mette in cima all'elenco delle priorità l'intersettorialità e il lavoro di rete, la comunicazione viene a giocare un ruolo chiave, soprattutto all'epoca del web 2.0. Internet prima e i social network poi hanno infatti rivoluzionato il mondo della comunicazione ed era inevitabile che anche la promozione della salute se ne appropriasse; essi consentono di accedere tempestivamente alle informazioni e di amplificare i messaggi attraverso il network degli utenti, che possono essere coinvolti direttamente diventando co-creatori del messaggio di salute. È quindi fondamentale anche per gli operatori della prevenzione padroneggiare il web 2.0 e questo vale anche per gli stili di vita sani. E' ormai indispensabile che gli operatori (pensiamo ai tecnici della prevenzione e alle assistenti sanitarie oltre che, naturalmente, ai medici e psicologi) abbiano a disposizione strumenti agili per il social marketing.

Per tutti questi motivi in Veneto è stato attivato il Programma regionale di promozione dell'attività motoria MUOVERSI' che ha realizzato a partire dal 2002 numerosi progetti per la promozione del movimento, in gran parte basati su iniziative di marketing sociale. Riportiamo quindi alcune di tali esperienze con l'intento di condividerle e di dialogare con gli operatori attivi in questo ambito innovativo.

Obiettivi: utilizzare il social marketing per la promozione del movimento e degli stili di vita sani.

MATERIALI E METODI: In Veneto il Programma regionale di promozione dell'attività motoria MUOVERSI', che attualmente fa capo al Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica della regione (capofila del progetto il Servizio Promozione ed Educazione alla Salute del



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Dipartimento di Prevenzione ULSS 20), ha realizzato a partire dal 2002 numerose azioni di comunità per la promozione del movimento, tutte accompagnate da interventi di marketing sociale. Gli obiettivi della campagna di marketing sociale erano: 1. motivare la popolazione ed i suoi sottogruppi al cambiamento dello stile di vita; 2. raccogliere i loro punti di vista, in particolar modo per quanto riguarda le opportunità e le barriere percepite allo stile di vita attivo e sano; 3. diffondere i materiali informativi/educativi prodotti, in formato cartaceo o elettronico (brochure, dépliant, video, spot pubblicitari, newsletter ecc.); 4. pubblicizzare gli eventi promozionali e le iniziative di gruppo di attività fisica (gruppi di cammino, pedibus, ginnastica per anziani, gruppi di bicicletta, ballo, iniziative per portatori di MNCT); 5. potenziare la formazione; 6. mantenere attiva e supportare la rete degli stakeholder. E' stato identificato il brand MUOVERSI' con relativo logo. Si è proceduto all'identificazione del target, rappresentato dai diversi gruppi di popolazione e di operatori impegnati nella promozione della salute: anziani, adulti, giovani e bambini; fasce socioeconomicamente svantaggiate (stranieri, pazienti psichiatrici, anziani fragili ecc.); operatori sanitari (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, operatori della prevenzione); insegnanti; operatori dei comuni; associazioni (sportive, di volontariato, ambientaliste, di pazienti ecc.); esperti dell'università; "walking leader" volontari o professionisti dei gruppi di cammino; altri stakeholder. Per ciascun gruppo sono stati messi a punto messaggi "tailorizzati" sviluppati dialogando con la rete, mediante focus groups dedicati ad argomenti specifici e nel corso di iniziative di formazione. Gli strumenti informatici utilizzati sono stati: un sito web regionale e successivamente alcuni siti locali nelle singole ASL (v. tab. 1); una newsletter elettronica; un blog per adolescenti; un account Twitter. Nell'utilizzo dei social e nella comunicazione si è fatto riferimento in particolar modo alle indicazioni dei Centers for Disease Control (CDC. The health communicator's social media toolkit. 2011, v. tab. 2). Tutti i materiali e le iniziative sono stati inoltre pubblicizzati attraverso i media locali e regionali. Le azioni di marketing sociale sono state integrate con gli interventi sulle politiche locali, con le iniziative di comunità e di advocacy e con le attività di gruppo. Particolare attenzione è stata prestata alla valutazione degli interventi di marketing sociale e delle altre azioni previste dal programma MUOVERSI', utilizzando indicatori di processo ad hoc oltre ai dati di esito dei sistemi di sorveglianza attivi in Veneto relativamente alle diverse fasce d'età (Okkio alla salute, Health Behaviour in School Aged Children, Passi- Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia, Passi d'Argento). RISULTATI: Il programma MUOVERSI' ha gradualmente coinvolto, dal 2002 ad oggi, tutte le 21 ULSS del Veneto. Il sito web regionale attualmente conta circa 3.000 accessi al mese (http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html). La newsletter elettronica bimestrale (che fa capo al sito www.newsletterattivitamotoria.info) è attiva dal 2008 e viene attualmente inviata a 1504 operatori, sanitari e non; agli articoli è possibile accedere anche via web (da alcune centinaia a oltre 2000 accessi per singolo articolo; nel 2013 vi sono stati 12.947 accessi a singole pagine per un totale di 4381 sessioni). Dal 2009 è attivo su scala locale anche un blog per adolescenti (movimentiamoci.blog.kataweb.it), che pubblicizza le iniziative motorie del territorio, da quelle più



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

tradizionali (nuoto, calcio, judo ecc.) ad altre specifiche di questa fascia di età come skateboard o breakdance; il blog ha registrato 1.229 accessi nell'ultimo anno (da 76 a 130 accessi al mese). Si è aggiunto nel 2013 un account Twitter mediante il quale è possibile inviare alla propria rete messaggi sintetici ed incisivi (140 caratteri) e link di approfondimento; Twitter è il social network che si sta diffondendo più velocemente nel pianeta e si sta accingendo a sorpassare Facebook con oltre 200 milioni di utenti stimati. L'account @Promo_salute_VR ha inviato in un anno circa 1300 tweet ed il numero dei follower che lo seguono è in costante crescita.

Sono stati diffusi attraverso questi canali dei contenuti estremamente variegati, riguardanti: la mappatura delle opportunità per il movimento presenti sul territorio regionale; l'importanza della promozione del movimento nelle diverse fasce d'età, e in particolare nei bambini e negli anziani, sia per quanto riguarda la prevenzione primaria che secondaria e terziaria, oltre che in soggetti affetti da numerose patologie croniche (cardiopatici, pazienti psichiatrici, diabetici, portatori di tumore); l'intervento sui determinanti urbanistici e ambientali dell'attività fisica; la promozione del movimento nelle fasce svantaggiate e in particolare negli stranieri e nei pazienti psichiatrici; la rete con le istituzioni pubbliche e private. Nel tempo si sono poi sviluppate altre iniziative locali nelle ASL venete di cui riportiamo qualche esempio in tab 1. **CONCLUSIONI:** Internet e gli strumenti interattivi del web 2.0, se ben impiegati, possono promuovere la crescita individuale e collettiva e favorire lo scambio con e tra gli utenti. Come tutti gli strumenti, specie se potenti, il suo uso non è esente da "effetti collaterali". E' importante quindi impararne un utilizzo competente ed evoluto, per sfruttarne al meglio le potenzialità ed evitarne i possibili rischi. Nonostante gli aspetti negativi, comunque, non è più pensabile che un operatore della prevenzione non sappia padroneggiare queste tecnologie, per promuovere sia il movimento sia la sana alimentazione e la lotta al fumo e all'alcool. Questo comporta anche l'apprendimento di nuove conoscenze ed abilità, oltre ad un intervento sul sistema che renda l'operatore dei servizi di prevenzione concretamente in grado di utilizzare le nuove tecnologie. Oltre alle carenze spesso notevoli in tema di hardware, software, sistemi informatici aziendali, formazione, ancora oggi troppo spesso gli operatori della prevenzione hanno difficoltà di accessi ai diversi strumenti del web 2.0. ancor oggi considerati troppo spesso dai decisori "una perdita di tempo" o una maniera per "svagarsi durante l'orario di lavoro".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 059

ATTIVITÀ FISICA NELL'ASL SALERNO E LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA DEGLI OPERATORI SANITARI: RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PASSI" ANNI 2009-2012.

M.G. Panico¹, A. D'Anna¹, R. Nicolino², L. Pezzulo², G. Paoli³

1Servizio Epidemiologia ASL Salerno, 2Dipartimento di Medicina Pubblica Clinica e Preventiva Seconda Università degli Studi di Napoli, 3Dipartimento Scienze Mediche e Preventive Università degli Studi di Napoli "Federico II".

INTRODUZIONE: Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'attività fisica è "qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo". In questa definizione rientrano quindi non solo le attività sportive ma anche semplici movimenti quotidiani come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e lavori domestici. Un'attività fisica regolare è uno degli elementi più importanti per mantenersi in buona salute.

Al contrario, la scarsa attività fisica è implicata nell'insorgenza di malattie oggi molto frequenti: diabete di tipo 2, malattie cardiocircolatorie (infarto, miocardico, ictus, insufficienza cardiaca), tumori.

Obiettivi: stimare, nella popolazione di età compresa tra i 18 e i 69 anni della provincia di Salerno, la proporzione di persone sedentarie e di quelle che praticano attività fisica moderata o intensa raccomandata, nonché la prevalenza di persone a cui è stato chiesto e consigliato da parte degli operatori sanitari di svolgere attività fisica. **MATERIALI E METODI:** I dati sono stati rilevati dal Sistema di Sorveglianza Passi, uno studio trasversale di prevalenza effettuato tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato. La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni, iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL Salerno. La dimensione del campione analizzato è di 2025 individui (anni 2009-2012), calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un intervallo di confidenza al 95%. **RISULTATI:** Nell'ASL Salerno solo il 26% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo (Pool nazionale PASSI: 33%) perché conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica un'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 31% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (Pool nazionale PASSI: 36%) ed il 43% è completamente sedentario (Pool nazionale PASSI: 31%). La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa tra le persone con basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche. Ancora troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà, infatti solo il 36% degli intervistati dell'ASL Salerno ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica (Pool nazionale PASSI: 31%) e il 30% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente (Pool nazionale PASSI: 31%). La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica è importante in quanto condiziona



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Tra le persone attive dell'ASL Salerno il 48% delle persone parzialmente attive ed il 30% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente (Pool nazionale PASSI: 50% e 20% rispettivamente). Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio. In particolare è risultato essere sedentario: il 49% delle persone depresse; il 43% degli ipertesi; il 43% delle persone in eccesso ponderale; il 42% dei fumatori. **CONCLUSIONI:** Aumentare la diffusione dell'attività fisica è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo intervenendo sugli aspetti sociali, economici e sull'ambiente urbano favorenti l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politiche dei trasporti, piste ciclabili, "gruppi di cammino", ecc) ancora inadeguati nella Provincia di Salerno. Appare, poi, particolarmente importante effettuare attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari sull'importanza dell'attività fisica per la salute considerando il ruolo che essi hanno nel promuovere scelte di vita sana in tutta la popolazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 184

PROGETTO : “PRESCRIZIONE DELL’ESERCIZIO FISICO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE E TERAPIA NELL’ASL DI VARESE”

R. Pacchetti¹, F. Sambo ¹, G. Lana¹, M. Bianchi ¹, D. Montalto ¹, M. Nieri¹, P. Bulgheroni¹, S. Taborelli ²

1. Dipartimento di Prevenzione Medico ASL Varese, Varese 2. Direzione Sanitaria ASL Varese, Varese

INTRODUZIONE: Con la DGR n. IX/2056 del 28/07/2011 e Decreto n. 5829 del 02/07/2012 la Regione Lombardia ha individuato, fra le altre, l’ASL di Varese per la realizzazione del progetto “Prescrizione dell’esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia in Lombardia”.

Con deliberazione del DG dell’ASL di Varese n. 485 del 29.08.2102 si è preso atto della partecipazione al progetto ed è stato individuato per l’ U.O. Medicina dello sport il ruolo di governo del progetto a livello territoriale ed erogazione diretta delle prestazioni di 1° livello mentre le prestazioni di 2° livello dovevano essere erogate da strutture private accreditate per la Medicina dello Sport.

Obiettivo del progetto, indirizzato alla popolazione a rischio o affetta da patologie suscettibili al trattamento con esercizio fisico, è di testare le modalità di funzionamento di una struttura organizzativa attraverso la quale la pratica terapeutica e preventiva dell’esercizio fisico potesse essere correttamente prescritta e somministrata. MATERIALI E METODI: Il modello organizzativo adottato ha previsto le seguenti macro-fasi:

1. reclutamento mediante la collaborazione dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) di n. 60 soggetti di cui 40 a medio rischio e 20 ad alto rischio, valutato sulla base della "carta del rischio cardiocerebrovascolare" (Tabella n.1):
 - a. soggetti a “medio” rischio: soggetti con una valutazione del rischio CCV compreso tra il 3 e il 20 %;
 - b. soggetti ad “alto” rischio :
 - i. le persone che risultano inquadrabili in un rischio CCV >20%;
 - ii. le persone affette da diabete mellito;
 - iii. le persone obese (BMI >30).
2. valutazione clinico-strumentale (Primo controllo) effettuata presso l’ U.O. Medicina dello Sport dell’ASL per i 40 soggetti a medio rischio (1° livello) e presso 2 strutture private accreditate per i 20 soggetti ad alto rischio (2° livello);
3. esecuzione di altri eventuali accertamenti specialistici e strumentali presso le 2 strutture private accreditate coinvolte;
4. prescrizione dell’esercizio fisico da effettuarsi per 6 mesi presso due palestre idonee ;
5. inserimento di tutti i dati in apposito software regionale;



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

6. rivalutazione clinico-strumentale a 3 mesi (Secondo controllo) effettuata presso l' U.O. Medicina dello Sport dell'ASL per i soggetti a medio rischio (1° livello) e presso 2 strutture private accreditate per i soggetti ad alto rischio (2° livello), con nuova prescrizione dell'esercizio fisico da effettuarsi per ulteriori 3 mesi presso le due palestre ed alla conclusione e successiva rivalutazione clinico-strumentale (Terzo controllo) dei 6 mesi di effettuazione dell' esercizio fisico. A seconda del grado di rischio riscontrato i pazienti reclutati venivano sottoposti a differenti protocolli di valutazione. **RISULTATI:** Sulla base delle valutazioni eseguite è emerso, per i partecipanti di 1° livello Tabella n. 2):

Partecipanti totali: n. 39 uomini n. 21 donne n. 18 , età media 54 anni;

- riduzione media del peso corporeo di kg 0,5 con una corrispondente riduzione del BMI di - 0,2
- modificazione della composizione corporea con una riduzione media della massa grassa di 0,8kg (pari a circa il 3,2%) e un incremento medio della massa muscolare di 0,3 kg . Anche la circonferenza addominale si è ridotta mediamente di 2 cm
- miglioramento della capacità funzionale (Walking test) con un incremento medio di 80,6 m.
- miglioramento complessivo dei valori pressori con una riduzione media della p.a. sistolica di -4 mmHg e della p.a. diastolica di - 2 mmHg; in 4 soggetti ipertesi si è raggiunto un importante risultato di riduzione della terapia farmacologica antipertensiva

Per quanto riguarda i partecipanti di 2° livello (Tabella n. 3):

- variazione media peso kg 5, con calo ponderale massimo di kg 13,4 e minimo di kg 0,4;
- variazione media circonferenza vita cm 8,4, con diminuzione massima di cm 16 e minimo di cm 1;
- variazione media della percentuale di grasso corporeo del 2,4%;
- variazione media al walk test m 63,4, con miglioramento massimo di m 159 e minimo di m 7;
- aumento medio dei watt di carico sostenuti al cicloergometro durante test ergometrico massimale di watt 26,8, con un aumento massimo di watt 60 e minimo di watt 0;
- variazione media al test di flessibilità sit and reach di cm 8,5, con variazione massima di cm 15 e minimo di cm 0 (in una signora che aveva già di partenza un buon livello di flessibilità);
- variazione media al test di flessibilità back stretch ds di cm 6,1, con variazione massima di cm 15,5 e minimo di cm 1 (in una signora che aveva già di partenza un buon livello di flessibilità);
- variazione media al test di flessibilità back stretch sn di cm 5,1, con variazione massima di cm 11 e minimo di cm 0;
- diminuzione media della fc di 3,5 bpm, con una diminuzione massima di 13 bpm e minima di 0 bpm;
- diminuzione media della PA sistolica di mmhg 6,4, con una diminuzione massima di mmhg 20, minima di mmhg 0;



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- diminuzione media della PA diastolica di mmhg 11,8, con una diminuzione massima di mmhg 30, minima di mmhg 0. **CONCLUSIONI:** L'esperienza maturata con questa sperimentazione ha sicuramente consolidato quanto affermato dalla letteratura scientifica sull'efficacia dell'esercizio fisico quale strumento non solo di prevenzione ma anche di terapia nei confronti di soggetti affetti da malattie cronico degenerative.

Un aspetto rilevante del progetto è stato il riscontro di una mancanza di una corretta informazione degli utenti sulla adeguata dose di attività fisica necessaria per il mantenimento di un buono stato di salute: abbiamo infatti rilevato una generale sottostima dei carichi e delle intensità di lavoro necessari e una relativa sovrastima delle proprie attività. Quasi nessuno dei soggetti valutati ha dimostrato una buona capacità di gestione, per esempio non è diffuso il concetto di rapportare e misurare lo sforzo con la frequenza cardiaca, non sono noti i tempi di recupero necessari e i criteri alimentari connessi con la pratica come l'eventuale dosaggio dei farmaci in rapporto all'attività. Questo conferma la necessità di un costante e sinergico rapporto tra tutti gli attori del processo (MAP, Specialisti in Medicina dello Sport e laureati in Scienze motorie) per diffondere una cultura della pratica motoria che attraverso la consapevolezza e l'apprendimento attivo consenta alle persone di autogestirsi nella pratica con criteri di efficacia.

Un altro aspetto rilevante e comunque manifestato globalmente da tutti i soggetti partecipanti al progetto, anche da quei pochi in cui non si sono evidenziate modificazioni clinico strumentali migliorative, è stata la percezione di benessere e di consapevolezza dell'importanza della pratica dell'esercizio fisico ai fini del mantenimento di un buono stato di salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 077

INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA IN ADOLESCENZA: CONTRIBUTI SCIENTIFICI ED ATTIVITÀ DI CAMPO

D. Sandri 1, V. Marcotriggiano 1; R. De Noni 1; C. Lanzilotti 1; S. Cinquetti 2; MT. Montagna 3; C. Napoli 3

1. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

2. Direzione Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

3. Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”

INTRODUZIONE: Le strategie di promozione dell'attività fisica hanno ripercussioni di tipo ambientale, sociale ed economico, nonché un impatto diretto sul contrasto al sovrappeso e all'obesità e giocano un ruolo centrale nella prevenzione delle malattie cronico-degenerative. Il presente lavoro riporta una revisione dei contributi scientifici sulla tematica presentati durante eventi scientifici promossi dalla Siti. **MATERIALI E METODI:** Sono stati consultati gli atti dei congressi nazionali e regionali Siti dal 2008 a febbraio 2014, pubblicati nella specifica area del sito web “Sitinazionale”. Sono stati considerati esclusivamente i contributi dai quali emergevano evidenze scientifiche, mentre non sono stati considerati quelli a carattere descrittivo (es. rilevazioni dell'indice di massa corporea in gruppi di popolazione, o delle abitudini degli adolescenti relative allo svolgimento di attività motoria etc.). **RISULTATI:** Su un totale di 116 contributi, ne sono risultati pertinenti 18. In totale, i contributi analizzati facevano riferimento a progetti che nella maggior parte dei casi sono promossi grazie a specifici fondi. La maggior parte dei progetti non ha come unico obiettivo la promozione dell'attività fisica ma promuove congiuntamente gli aspetti correlati alla sana alimentazione. Inoltre, il setting principale di tali attività di promozione della salute è la scuola. **CONCLUSIONI:** I progetti sottolineano come l'ambito scolastico sia considerato il contesto privilegiato per trasmettere alle giovani generazioni conoscenze corrette ed abitudini sane; infatti, studi di letteratura confermano che l'intera comunità scolastica, interagendo attivamente con la famiglia ed il territorio, può giocare un ruolo decisivo nella tutela e nella promozione di comportamenti sani nei bambini, nei ragazzi e negli adolescenti (“whole-of-school” approach).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 473

STUDIO MULTICENTRICO PER VALUTARE I BENEFICI E LA FATTIBILITÀ DI UN PROGRAMMA DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA IN DONNE IN POST-MENOPAUSA CON FRATTURE VERTEBRALI DA OSTEOPOROSI: FASE 1

T. Sanna¹; L. Dall' Olio²; P. Maietta Latessa³; F. Silveri⁴; N. Malavolta⁵; MT Mascia⁶; A. Tarroni⁷; E. Leoni².

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna

3 Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita - Università degli Studi di Bologna – Campus di Rimini

4 Clinica Reumatologica - Università Politecnica delle Marche, Area vasta 2 Marche, Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi (Ancona)

5 Azienda Ospedaliero - Universitaria S. Orsola Malpighi – Bologna, Unità Operativa Medicina Interna Borghi – Ambulatorio di Reumatologia

6 Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena, Dipartimento Apparato Locomotore

7 Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna - Ospedale "Infermi" di Rimini, Unità Operativa di Medicina Interna e Reumatologia

INTRODUZIONE: L'esercizio fisico è una forma di trattamento non-farmacologico conservativo spesso prescritto allo scopo di ridurre il dolore e ripristinare le funzioni motorie in pazienti osteoporotici.

Secondo una recente revisione sistematica della Cochrane non è al momento possibile trarre conclusioni definitive riguardo i benefici dell'attività motoria in soggetti con fratture vertebrali da osteoporosi, in quanto, sebbene alcuni trials dimostrino un miglioramento in alcuni outcomes (mobilità, dolore, qualità di vita), il numero degli studi disponibili è esiguo e i risultati contraddittori. Allo stato attuale, quindi, mancano linee guida Evidence Based che diano specifiche indicazioni riguardo alla prescrizione dell'esercizio fisico in tali pazienti e non appare corretto generalizzare i risultati di studi sui benefici dell'attività fisica condotti su soggetti anziani in buone condizioni di salute a soggetti affetti da fratture vertebrali. Infatti, la tipologia di esercizio più indicata può non essere la stessa e la sicurezza e l'efficacia possono differire. I soggetti ad alto rischio o con fratture vertebrali, richiedono programmi di esercizio specificatamente strutturati che includano esercizi posturali e di rinforzo della muscolatura del tronco e degli arti inferiori modificati e adattati al fine di mantenere o ripristinare la fisiologica curvatura della colonna, aumentarne la stabilità, la mobilità e ridurre i limiti funzionali.

Un programma di Attività Fisica Adattata (AFA) che, per definizione, si rivolge a persone non in grado di partecipare con successo o in condizioni di sicurezza alle normali attività di educazione fisica, può assumere un ruolo importante nella gestione del soggetto con fratture vertebrali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Da queste considerazioni nasce il presente progetto che si propone di valutare i benefici e la fattibilità di un programma di Attività Fisica Adattata di media intensità in donne in età post-menopausale con fratture vertebrali da osteoporosi.

Obiettivi primari:

- ottenere vantaggi significativi in termini di qualità di vita.

Obiettivi secondari:

- ridurre il rischio di cadere e il numero di cadute;
- implementare un programma strutturato di AFA nella prevenzione terziaria dell'osteoporosi.

MATERIALI E METODI: Lo studio si articola in 2 fasi (figura 1):

Fase 1: messa a punto del programma motorio e delle modalità di erogazione dell'intervento, formazione degli operatori che somministreranno l'AFA.

Fase 2: realizzazione di uno studio clinico controllato non randomizzato sperimentale multicentrico rivolto a donne in post-menopausa con fratture vertebrali arruolate nelle 4 unità partecipanti allo studio (Bologna, Jesi, Modena, Rimini).

Le pazienti del gruppo sperimentale (GS) svolgeranno il programma di attività fisica oggetto di questa sperimentazione, le pazienti del gruppo di controllo (GC) riceveranno dal medico specialista l'indicazione generica sull'importanza di svolgere attività fisica in maniera autonoma (standard care).

Saranno arruolate 80 donne in post-menopausa affette da osteoporosi primitiva o secondaria con una o più fratture vertebrali da osteoporosi. **RISULTATI:** Allo stato attuale, a conclusione della fase 1, è stato prodotto il protocollo training che definisce la tipologia di esercizio, la progressione (fase di condizionamento, fase di miglioramento, fase di mantenimento), il numero di ripetizioni o la durata dell'esercizio, i materiali necessari, l'obiettivo e le varianti consentite. Sono stati selezionati esercizi di educazione posturale, di educazione ergonomica e di educazione respiratoria che saranno somministrati in due sessioni di allenamento settimanali della durata di 60 minuti per un periodo di 6 mesi.

L'intervento sarà coordinato e si svolgerà sotto forma di attività di gruppo sotto la supervisione di Laureati in Scienze Motorie in locali appositamente individuati e idonei per svolgere AFA (palestre "etiche", centri sportivi).

La valutazione dell'efficacia dell'intervento verrà effettuata sottoponendo le pazienti, alla baseline e a al termine del programma di AFA, agli esiti riportati in tabella 1.

La fase 2 si svolgerà in autunno e le valutazioni finali sono previste nella primavera 2015.

CONCLUSIONI: Questo progetto, in un quadro più ampio di gestione della cronicità, può rappresentare uno studio pilota nella prospettiva di implementare programmi strutturati di AFA per osteoporosi nell'ambito dei percorsi assistenziali offerti dal sistema sanitario nazionale, al fine di favorire l'accesso dei pazienti a programmi di esercizi non sanitari e rimuovere gli ostacoli pratico-organizzativi che impediscono una fruizione controllata e continuativa di pratica motoria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 235

INDAGINE SULL'ATTIVITA' FISICA NELLA POPOLAZIONE DELL'AREA VASTA 2 DELLE MARCHE

S. Vallorani 1; E. Ambrogiani 2; M. Morbidoni 2; A. Guidi 2.

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche, Ancona

2. U.O. Epidemiologia, Area Vasta 2 Ancona, ASUR Marche

INTRODUZIONE: L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione della malattie cronico degenerative. Uno stile di vita sedentario, al contrario, contribuisce allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'attività fisica insufficiente è il quarto fattore di rischio di mortalità ed in Europa causa circa 600 mila decessi l'anno. L'obiettivo di questo lavoro è descrivere la pratica dell'attività fisica nei residenti dell'Area Vasta 2 delle Marche (che comprende la provincia di Ancona con in aggiunta i comuni di Apiro, Cingoli e Poggio San Vicino) confrontandola con i dati regionali e nazionali. **MATERIALI E METODI:** I dati sono tratti dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) e si riferiscono al quadriennio 2009-2012. L'indagine, che viene svolta attraverso interviste telefoniche, coinvolge un campione rappresentativo della popolazione nella fascia di età 18-69 anni estratto con metodo casuale semplice dalle liste dell'anagrafe degli assistiti ed ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Le domande sull'attività fisica del sistema Passi sono state adattate dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - physical activity module dei Centers for disease control (Cdc) di Atlanta. Gli aspetti indagati comprendono: frequenza, durata, intensità, attività fisica al lavoro, autopercezione del livello di attività fisica, interesse e consigli da parte di medici e altri operatori sanitari. I dati raccolti permettono la classificazione della popolazione in tre distinti gruppi: persona attiva (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni oppure lavoro pesante dal punto di vista fisico); sedentario (meno di 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana; non svolge lavoro pesante dal punto di vista fisico); parzialmente attivo (non sedentario, ma non raggiunge livelli della persona attiva). **RISULTATI:** A livello nazionale, su 147020 intervistati di 18-69 anni, può essere classificato come attivo il 33% degli intervistati, nelle Marche (totale intervistati=4756) il 29% mentre nell'Area Vasta 2 delle Marche (totale intervistati=1488) il 27,9% (valore quindi inferiore alla media nazionale). Sono invece parzialmente attivi il 36% degli italiani, il 44% dei marchigiani e il 48,5% dei residenti nell'Area Vasta 2 (valore superiore alla media nazionale). Infine può essere classificato come sedentario il 31% degli italiani, il 26% dei marchigiani ed il 23,9% dei residenti dell'Area Vasta 2 (valore inferiore rispetto alla media nazionale). Nell'Area Vasta 2 il 76,1% (IC95% 73,9-78,3) degli intervistati è



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

risultato attivo o parzialmente attivo con una differenza statisticamente significativa rispetto ai sedentari (23,9%; IC95% 21,7-26,1). Tra le persone attive il 29,1% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente mentre il 54,2% delle persone parzialmente attive ed il 18,3% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente. Inoltre si evidenzia che nell'Area Vasta 2 la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ($p < 0,01$) ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione ($p < 0,05$) e con maggiori difficoltà economiche ($p < 0,01$); non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne. Tali dati sono sovrapponibili a quelli regionali e nazionali. Inoltre nell'Area Vasta 2 la sedentarietà si associa in maniera statisticamente significativa anche ad altre condizioni di rischio: in particolare è risultato essere sedentario il 37,2% delle persone depresse ($p < 0,01$) e il 27,2% delle persone in eccesso ponderale ($p < 0,05$). L'attenzione degli operatori sanitari dell'Area Vasta 2 risulta bassa: solo una persona su tre (31,7%) degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 30% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

CONCLUSIONI: Da questi risultati emerge il bisogno di un'attenzione maggiore da parte degli operatori sanitari riguardo gli stili di vita dei pazienti, soprattutto per le fasce di popolazione più "deboli" cioè le persone con difficoltà economiche e basso livello di istruzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 048

VERSO LE CITTÀ ATTIVE: RELAZIONE TRA LE OPPORTUNITÀ PER L'ATTIVITÀ FISICA E LA QUALITÀ DELLA VITA IN ALCUNI CASI STUDIO EUROPEI

A. Borgogni¹; S. Digennaro¹; G. Capelli¹

¹Università di Cassino e del Lazio Meridionale, Cassino

INTRODUZIONE: La relazione tra corpo e spazio urbano è uno dei temi centrali dell'urbanistica dal XIX secolo, da quando la reazione ai mali della città (Calabi, 2004) indusse processi di riqualificazione in molte città europee e americane. Pur rispondendo a reali esigenze d'igiene pubblica, tali processi erano alimentati da motivazioni politiche e da interessi legati alla speculazione fondiaria. La salute degli abitanti divenne tema ispiratore di smantellamenti e vaste riqualificazioni urbane.

Una reazione, comparabile a quella appena descritta, alla situazione d'invivibilità creatasi nelle città avvenne in Europa dagli anni '70 del secolo scorso, quando nuove sensibilità ambientali e urbanistiche iniziarono a reagire all'invasione da parte dei mezzi motorizzati confluendo, verso la fine del secolo e insieme con una costellazione di tematiche interrelate, verso l'idea di maggiore sostenibilità dell'ambiente urbano.

Anche in seguito a questa evoluzione è possibile affermare che negli ultimi venti anni vi sia stato anche in Italia un incremento di attenzione nei confronti di questi temi. E' in particolare l'ambito della sanità pubblica a promuovere il tema del rapporto tra corpo e spazio urbano come fattore rilevante per lottare contro gli stili di vita sedentari.

Più nello specifico, il tema della Città Attiva (Edward & Tsouros, 2006, 2008; Schoeppe e Braubach, 2007; Borgogni, 2012, 2013) si sta affermando come sintesi tra gli ambiti urbanistici, sociali, educativi, preventivi, incluse le possibilità di partecipare alla progettazione della città e dei servizi, che insistono sulla promozione complessiva del tessuto urbano come facilitatore del movimento.

In questa ottica, la ricerca qui presentata ha per oggetto la relazione tra qualità della vita e infrastrutture utilizzabili per il leisure, l'attività fisica e sportiva a Barcellona, Helsinki, Parigi e Ferrara. L'ipotesi alla base del contributo è che esista una relazione tra le politiche ambientali, urbanistiche, e quelle che si riferiscono alla mobilità e allo sviluppo dell'attività fisica e della pratica sportiva outdoor. **MATERIALI E METODI:** La verifica dell'ipotesi è stata perseguita attraverso una metodologia composita, che unisce dati offerti dall'analisi comparativa della letteratura scientifica sull'argomento, ad altri raccolti nel corso della ricerca sul campo, svolta tramite osservazioni e interviste condotte nelle città oggetto d'indagine.

Il lavoro muove da un'analisi della qualità della vita nelle quattro città, condotta impiegando dati raccolti nel corso di indagini Eurobarometro-EB (2010) ed European Environmental Agency-EEA (2009). In particolare sono stati scelti i dati che rivestono maggiore rilevanza rispetto alla pratica motoria e sportiva, quali quelli sull'inquinamento, sulle infrastrutture e la mobilità, il trasporto



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

pubblico, le possibilità di praticare attività fisica outdoor e negli impianti sportivi. Tali dati sono stati messi in relazione con le informazioni provenienti da osservazioni dirette e con l'analisi documentaria relativa alle recenti scelte delle amministrazioni in ambito urbanistico, della mobilità, e delle attività motorie. Muovendo dall'analisi della qualità della vita, la comparazione tra le città dal punto di vista della facilitazione dell'uso del corpo impegna la parte successiva della ricerca. Scendendo poi nel dettaglio della scala urbana, nella terza parte viene utilizzata, modificata, la classificazione degli spazi pubblici proposta da Rütten (et al. 2011) con riferimento all'attività fisica svolta nel tempo libero (Leisure time physical activity - Ltpa). La quarta parte evidenzia l'interazione tra struttura e agente, sia a livello operativo/strutturale sia politico/amministrativo, attraverso la rappresentazione grafica del modello «big 8» (Rütten 2011b), che illustra l'influenza reciproca tra fattori in gioco. La quinta parte descrive i casi delle quattro città esponendo le caratteristiche e la storia urbanistica di ognuna e individuando alcuni casi-studio esemplificativi nell'ambito delle stesse.

Il limite di questa scelta è che Ferrara non era compresa fra le città indagate nelle indagini. Abbiamo pertanto scelto di usare un approccio basato su una comparazione svolta in due tempi, prendendo inizialmente in considerazione Bologna, la città più prossima a Ferrara, che a differenza di questa era stata inserita nelle ricerche EB e EEA; in seguito si è comparato Bologna con Ferrara sulla base di dati nazionali relativi alla qualità della vita nei capoluoghi di provincia (Ecosistema Urbano, 2010). In senso lato le due città emiliane possono essere considerate parte di un contesto territoriale relativamente integrato sotto il profilo socio-urbanistico e condividono la normativa regionale in materia.

Sul piano metodologico, la ricerca, di carattere qualitativo, socio-diacronico e idiografico, fa riferimento all'approccio del case-study (Yin, 2009) e, in parte, alla grounded theory (Glaser & Strauss, 2009). Oltre all'analisi documentaria sopra citata, integrata da materiali delle amministrazioni locali e da precedenti ricerche, la ricerca si è basata su interviste semi-strutturate con osservatori privilegiati (n=22) e osservazioni (n=41) effettuate in selezionati spazi pubblici (n=25) delle città indagate. **RISULTATI:** La percezione dell'ambiente urbano come sano, sicuro, pulito, dotato d'infrastrutture leggere, induce gli abitanti a svolgere attività fisica che promuove la salute (HEPA) negli spostamenti, per il leisure, per lo sport.

Helsinki è indubbiamente la città che esprime la migliore vivibilità ponendosi spesso tra le prime nelle classifiche e offrendo comunque dati, sia osservativo-qualitativi che obiettivi, molto positivi. Parigi, la città più popolosa tra quelle investigate, mostra contraddizioni nell'ambito di una generale positività. Il dato riguardante il trasporto pubblico, la bellezza dei quartieri e dei parchi risultano consistenti punti di forza, anche se la preoccupazione nei confronti della salute generale della città è evidente. Barcellona, spesso collocata nella seconda metà delle classifiche, mostra tuttavia, insieme con la percezione di problemi concernenti l'inquinamento, al rumore e alla pulizia, una consistente fiducia nella volontà degli amministratori di agire per il miglioramento della sostenibilità ambientale e una notevole frequenza nell'uso del mezzo pubblico, anche se è



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

considerata insufficiente dagli abitanti sul piano della mobilità ciclabile e pedonale. La soddisfazione concernente la bellezza del contesto urbano, lo spazio pubblico e gli impianti sportivi è media, pur raggiungendo frequenze intorno al 75%. Bologna, la città meno popolosa del gruppo investigato, presenta risultati in parte contraddittori: infatti, la mobilità, l'inquinamento, il rumore e la pulizia sono considerati problemi rilevanti dai cittadini intervistati, ma questi al tempo stesso la considerano una città sana, tanto da collocarla al terzo posto della classifica relativa. La soddisfazione espressa sulla bellezza dei luoghi pubblici, sugli spazi verdi, sulle possibilità ricreative e sugli impianti sportivi, colloca Bologna nella parte mediana della classifica generale.

Pur non esistendo dati comparabili relativi alla pratica di attività fisica e sport nelle città prese in considerazione, possiamo solo citare come le comparazioni a livello nazionale (Eurobarometro 2014; Scheerder et al. 2011) indichino percentuali riguardanti la pratica continuativa coerenti con quelle relative alla vivibilità. **CONCLUSIONI:** Il rapporto tra le caratteristiche ambientali infrastrutturali e attività fisica è ampiamente indagato nella letteratura scientifica (Franck et al., 2005; Ward Thompson et al, 2010).

Tuttavia, nella prospettiva dello sviluppo di un contesto urbano che promuova l'attività fisica, è rilevante fare riferimento all'approccio complessivo promosso dalle Città Attive (Faskunger, 2012). La relazione indagata tra qualità della vita percepita dagli abitanti, quella oggettivamente misurata e le possibilità reali di svolgere attività fisica è, infatti, da mettere in relazione con la combinazione di caratteristiche ambientali, sociali, educative che necessitano di politiche intersettoriali preventive da svilupparsi tra i vari livelli delle amministrazioni, pensate in ottica longitudinale nelle varie età della vita, monitorate e valutate ad intervalli regolari con particolare attenzione alle categorie target e a quelle deboli sul piano della condizione socio economica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 601

SAFETY IN NUMBERS: PIU' CICLISTI PER STRADE PIU' SICURE?

C. Taddei 1; B.R. Porchia 1; A.L. Berti 2; P. Bonanni³; C. Lorini 3; G. Garofalo 4; G. Bonaccorsi 2

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze, Firenze

2. Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, Firenze

3. Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze

4. Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Firenze, Firenze

INTRODUZIONE: In Italia la maggior parte delle persone che vanno a scuola o al lavoro usano l'auto o il motorino anche per brevi tragitti. Perfino per spostamenti di meno di 15 minuti il 57% degli italiani usa l'auto e solo il 4% la bici (ISTAT). In Olanda il 25% della popolazione usa la bici per i propri spostamenti quotidiani e in Danimarca il 19%.

Spostarsi in bici invece che in auto o in motorino è un modo facile e pratico per integrare l'attività fisica nella vita di tutti i giorni: è infatti possibile raggiungere il livello raccomandato di esercizio semplicemente andando in bici a scuola o al lavoro. Non richiede tempo in più ed è economico, e può così contribuire ad un guadagno di salute aumentando il livello di attività fisica nella popolazione e a ridurre le disuguaglianze sociali (WHO 2003).

La diminuzione del traffico, e quindi dell'inquinamento e del rumore, porterebbe un ulteriore importante vantaggio per la salute di tutti i cittadini oltre a migliorare la qualità della vita nelle città e l'ambiente.

Aumentare l'uso della bici nella popolazione come mezzo per i propri spostamenti quotidiani non è impossibile: ad esempio in Australia a seguito di un programma pubblico di promozione della bici per andare a scuola o al lavoro tra il 2001 e il 2006 i ciclisti nei centri urbani sono aumentati in media del 22%.

Promuovere la bici è possibile. I ciclisti possono aumentare. Ma servono strade più sicure: in Italia nel 2012 i ciclisti vittima della strada sono stati 289 (ISTAT). Pensare alla sicurezza dei ciclisti, e a come aumentarla, è una premessa essenziale ad ogni programma di promozione della bici. Piste ciclabili, zone 30, riduzione del traffico motorizzato nei centri urbani, uso del casco sono tutti interventi che rendono più sicuro andare in bici. Nel 2003 Jacobsen ha evidenziato come in diversi Paesi europei il numero di ciclisti morti per incidente stradale è inversamente correlato al numero di ciclisti, suggerendo un effetto di "sicurezza nel numero" o "safety in numbers". Ma può davvero il semplice aumento nel numero di ciclisti sulle strade aumentarne la sicurezza? **MATERIALI E METODI:** Il concetto di "safety in numbers" è stato analizzato a partire da una overview della letteratura a cui ha fatto seguito la ricerca di dati empirici in letteratura grigia. Per cercare di rispondere al quesito: "Che effetto ha l'utilizzo della bicicletta sul rischio di infortunio stradale nei ciclisti?" è in corso una revisione sistematica, che ha previsto la consultazione dei seguenti database: Pubmed, Embase, Web of science, Transport Research International Documentation. La



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ricerca ha preso in considerazione tutti i lavori pubblicati dall'1/01/2000 al 10/05/2014, senza restrizione per tipologia di studio. Sono stati individuati complessivamente 7156 lavori. Dopo selezione per titolo, abstract e full text abbiamo ottenuto 15 studi che rispondono al quesito di ricerca. **RISULTATI:** I dati della letteratura grigia sembrano suggerire un effetto "safety in numbers" (Tab 1). A Copenhagen ad esempio l'uso della bici per andare a scuola o a lavoro è passato dal 30% al 36% tra il 1996 e il 2012, mentre il numero di ciclisti vittima di un incidente grave o fatale nello stesso periodo è sceso da 252 a 102. Ma resta difficile dirimere quanto l'aumentata sicurezza dei ciclisti dipenda dal semplice aumento numerico e di conseguenza una maggior visibilità dei ciclisti, e quanto da migliori infrastrutture e interventi di promozione della sicurezza stradale.

I risultati preliminari della revisione sistematica sembrano confermare quanto emerso dalla letteratura grigia. In Belgio ad esempio il rischio di incidenti gravi è circa di un ordine di grandezza inferiore dove l'uso della bici per gli spostamenti quotidiani è alto (13-22% nel Nord) rispetto a dove si usa meno la bici (< 2% nel Sud). In Australia è stato osservato che con l'aumento del numero dei ciclisti si riduce sia il rischio di infortuni gravi sia il tasso di ospedalizzazione nei ciclisti abituali.

E' evidenziato come il numero di incidenti stradali nei ciclisti risenta oltre che del volume dei ciclisti anche di altre variabili (es. ambiente costruito, comportamenti individuali). Infine rispetto ai primi studi che considerano solo la popolazione dei ciclisti, lavori recenti indicano l'opportunità di includere tutti i gruppi di utenti stradali per poter valutare l'impatto di cambiamenti nelle modalità di trasporto a livello di popolazione: una riduzione del traffico motorizzato può infatti significare maggior sicurezza anche per gli altri utenti deboli della strada, come ad esempio i pedoni.

CONCLUSIONI: Anche se l'evidenza di un effetto "safety in numbers" è ancora debole, i dati empirici e di letteratura ci ricordano che aumentare il numero dei ciclisti e aumentarne contemporaneamente la sicurezza è possibile. Se la promozione della bici è accompagnata da interventi e politiche di sicurezza stradale adeguati (es. pianificazione dei trasporti urbani, infrastrutture, educazione stradale), non solo avremo più ciclisti ma anche meno incidenti e meno morti sulle strade. Senza dimenticare una popolazione più attiva e sana e città più vivibili, con meno rumore e meno inquinamento.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 373

INFLUENZA DELL'AMBIENTE SU MOVIMENTO E ATTIVITA' FISICA NEGLI ADOLESCENTI

C. Sardu¹ ; S. Serra¹ ; R. Pitzalis¹ ; A. Mereu¹ ; P. Contu¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari

INTRODUZIONE: In una logica di promozione della salute il movimento è uno stile di vita attivo che integra l'attività fisica (a.f.) nella routine quotidiana. È attiva la città che potenzia le opportunità dei cittadini di mantenersi fisicamente attivi agendo sulle infrastrutture e sul contesto sociale. L'a.f. è facilitata favorendo l'accesso a spazi ricreativi e sportivi, con particolare attenzione a scuole, università e luoghi di lavoro.

L'obiettivo del presente studio è valutare come l'ambiente influenza l'a.f. negli adolescenti.

MATERIALI E METODI: Lo studio, realizzato nel 2013 a Cagliari, ha esaminato 4 quartieri: 2 residenziali (La Palma e Mulinu Becciu), 1 storico (Villanova), 1 del centro (Sant'Alenixedda). Per analizzare le risorse dei quartieri, attraverso una revisione della letteratura, sono stati selezionati due strumenti qualitativi osservazionali: SPACES e Active neighborhood checklist Protocol.

Lo SPACES, attraverso l'utilizzo di foto, permette di valutare caratteristiche del quartiere quali tipologia, presenza e caratteristiche di marciapiedi, piste ciclabili e servizi.

Active neighborhood checklist Protocol, attraverso l'utilizzo di una checklist, permette di valutare presenza e numero di scuole, caffetterie e servizi del quartiere, comprese risorse e spazi aperti in cui è possibile praticare a.f. La checklist è stata utilizzata con una duplice modalità:

☐ osservazione interna al quartiere in cui l'osservatore percorrendo le strade del quartiere con la checklist in mano segna ogni risorsa presente;

☐ osservazione esterna al quartiere, in cui l'osservatore utilizzando internet (Google Search Engine, Google Maps, Bingect.) segna ogni risorsa presente.

I due strumenti consentono di valutare la vivibilità dei quartieri classificandoli in tre livelli: alto, medio, basso.

Successivamente, in ogni quartiere, sono stati intervistati adolescenti (12-16 anni) attraverso interviste semi-strutturate a risposta aperta, al fine di valutare se il quartiere promuove l'a.f., se gli adolescenti fanno a.f. e se sono soddisfatti del quartiere. Il numero di intervistati è stato determinato in base alla saturazione dei contenuti.

Il GIS (Geographical Information System), unendo la componente geografica, ha reso più intuitiva l'esposizione dei risultati raccolti. Utilizzando un software GIS open source (OpenJump) sono stati creati i poligoni geo-referenziati dei quartieri in esame a cui sono stati abbinati i risultati dell'indagine qualitativa. **RISULTATI:** Villanova ha un alto livello di vivibilità con un alto numero di negozi, ma non ha risorse che stimolino gli adolescenti nell'a.f. ed è emersa la richiesta di aree verdi pubbliche. Gli intervistati (N=11) hanno inoltre dichiarato di spostarsi nei quartieri limitrofi in cui segnalano la presenza di parchi per fare a.f.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Mulinu Becciu (13 interviste) ha un livello basso di vivibilità dovuto ad un basso numero di attività commerciali che portano gli adolescenti a spostarsi fuori dal quartiere per acquisti quotidiani, infatti le richieste riguardano esclusivamente negozi. Il quartiere è molto fornito di parchi e attrezzature sportive pubbliche che coinvolgono i giovani in numerose attività.

Sant'Alenixedda ha un alto livello di vivibilità dovuto alla presenza di un alto numero di attività commerciali, ha risorse che incentivano il movimento attirando giovani da tutti i quartieri, per questo motivo gli intervistati (N=13) risultano molto soddisfatti e non hanno evidenziato alcun tipo di richiesta.

La Palma ha un livello medio di vivibilità dovuto a un medio numero di attività commerciali. Non vi è nessuna risorsa che incentivi il movimento, ma gli spazi verdi sono stati concepiti solo come arredo urbano, gli intervistati (N=15) sottolineano il desiderio di campetti ed attrezzature sportive pubbliche. **CONCLUSIONI:** Questo approccio multi metodico ha favorito una visione completa e chiara della situazione e ha fornito informazioni utili per mettere in atto azioni di successo.

L'utilizzo della checklist, con le due diverse prospettive di osservazione, ha dato risultati sovrapponibili ed è emersa la complementarietà dei due approcci. L'osservazione diretta ha catturato aspetti qualitativi difficilmente apprezzabili dal pc, mentre con i motori di ricerca è stato possibile rilevare più velocemente i dati.

I vantaggi della visualizzazione delle informazioni in un formato spaziale sono in gran parte legati all'impatto visivo, per una comunicazione efficace dei risultati anche se, segnalare geograficamente un aspetto negativo potrebbe stigmatizzare l'area anziché aiutarla.

L'auspicio è che su tali temi, si accenti l'attenzione dei policy makers per favorire la realizzazione di una pianificazione urbanistica salutogena che crei un contesto favorevole alla pratica dell'a.f.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 648

ATTIVITA' FISICHE ADATTATE: PERCORSI SOSTENIBILI DAI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE?

A. Del Sole 1; L. Beltrame 1; N. Franzoso 1; M. Gasparetto 2; P. Randon 1;

1. Dipartimento di Prevenzione Azienda Ulss 19, Adria

2. UISP, Rovigo

INTRODUZIONE: Numerose condizioni di malattia, disabilità e mortalità sono prevenibili con lo svolgimento di attività fisica (AF). Se questo è vero per i sani, lo è ancora di più per i malati. Infatti in molte malattie croniche (artrosi, cardiopatie ischemiche) l'effetto disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà. Dallo Studio di sorveglianza PASSI emerge che nell'Azienda Ulss 19 la prevalenza di sedentarietà aumenta in maniera proporzionale con l'aumentare dell'età (35-49anni: 28%; 50-69 anni: 33%); con l'aumentare dell'età aumenta anche il rischio di sviluppare patologie croniche. I Dipartimenti di Prevenzione (DP) svolgono, tra le attività di sanità pubblica di tipo preventivo su grandi numeri di popolazione sana o presunta tale, anche attività di promozione di AF. Attualmente i DP interpretano la propria funzione anche supportando i percorsi di diagnosi, terapia e riabilitazione, fornendo dati epidemiologici, fornendo strumenti per la valutazione di efficacia. I Piani di Prevenzione ed il Programma Guadagnare Salute hanno posto inoltre al centro del progetto salute la persona in tutta la sua interezza, risultando difficile "frazionare" gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, perché le aree di sovrapposizione sono molteplici.

In questo scenario si colloca il progetto integrato locale per la promozione della salute attraverso il movimento nella popolazione adulta e anziana condotto dal DP dell'Azienda Ulss 19 di Adria e dall'Associazione Sportiva Uisp col sostegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo. L'obiettivo del progetto è rendere facile la scelta di sviluppare uno stile di vita attivo attraverso l'offerta di un'ampia gamma di opportunità di movimento sia per persone sane che per quelle affette da patologie croniche; il progetto prevede, dunque, l'attivazione anche di corsi di Attività Fisica Adattata (AFA). Per AFA si intendono programmi di esercizi non sanitari a basso impegno cardiovascolare, svolti in gruppo e adattati allo stato di salute dei partecipanti, appositamente predisposti per cittadini con patologie croniche, finalizzati alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità. **MATERIALI E METODI:** I corsi di AFA sono inseriti all'interno di un progetto integrato, approvato con Decreto del Direttore Generale, in cui il DP dell'Azienda Ulss 19 svolge un ruolo di coordinamento, responsabilità scientifica, valutazione e promozione delle attività, la UISP realizza tali attività sul territorio. Si è tentato di costruire una rete intraaziendale (Fisiatria, Ortopedia, Reumatologia, DP, Direzione Sanitaria), con i Medici di Medicina generale (MMG), con i Comuni. E' stato previsto un momento di formazione rivolto a tutti gli operatori sanitari, è stato realizzato materiale informativo ad hoc e sono stati avviati corsi di AFA per disabilità di lieve entità (mal di schiena). **RISULTATI:** Sono stati



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

avviati dal mese di ottobre 2013 fino a questo momento cinque corsi di AFA mal di schiena in tre comuni del territorio aziendale, in tutto risultano iscritti a tali corsi 45 soggetti; il progetto è in itinere. I punti di forza del progetto sono: l'inserimento dello stesso all'interno degli Accordi Aziendali con i MMG, il coordinamento scientifico da parte del DP (aspetto innovativo), la creazione di una rete all'interno dell'Azienda Ulss, la capillarità sul territorio, il basso costo, lo svolgimento di attività di formazione rivolta ai MMG sulle AFA. Difficoltosa è apparsa la fase di innesco del progetto soprattutto a causa del dibattito tuttora aperto tra tutti i partner dello stesso, circa l'opportunità/necessità che i MMG utilizzino o meno un "foglio di invio" per indirizzare i propri assistiti a svolgere corsi di AFA. **CONCLUSIONI:** In conclusione si ritiene che i corsi di AFA, in particolare quelli per patologie a bassa disabilità, come per il Mal di Schiena, possano essere promossi all'interno dei DP sempre nell'ottica della promozione di uno stile di vita attivo rivolta a tutta la popolazione, in particolare a quella più anziana. Occorre, però, perché ciò sia possibile e si raggiungano grandi numeri di popolazione, promuovere un'organizzazione semplice che faciliti l'accesso alle classi AFA lavorando sempre con strategie intersettoriali e multicomponenti per promuovere scelte salutari a livello di popolazione e individuale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 252

PHYSICAL ACTIVITY IN MOLISE

C. Dentizzi 1, M. Di Palma 1, K. Corona 2, P. Calcagnile 2

1 Azienda Sanitaria Regionale del Molise

2 Coni Provinciale de Campobasso

INTRODUZIONE: Demographic statistics and context of intervention

- Population of 327,177 comprised of 159,649 males and 167,528 females.
- Ageing Index - Molise region: 144.9 compared to Italy: 127.1
- Over 65 comprising of Molise region 20,88% compared to Italy: 18.24%
- Increased prevalence of hypertension, heart and osteoarticular diseases in Molise region.
- Age does not contradict physical activity, on the contrary it can prevent cardiovascular diseases, sick rate, and disability in older people

The aim of the intervention is to improve individual health through lifestyle orientated health promotion.

MATERIALI E METODI: - 210 participants in region Molise –participants are subdivided into groups of 30-40 participants performing physical activities twice a week, from September 2012 to April 2013.

- Demographic breakdown: 75% women; 25% men. 75% of participants are between 45-68 years old with 25% over 68 years old.
 - Health assessment questionnaires including subjective questionnaires designed to investigate the comorbid disease and the SF-36 and practical assessments such as the 'senior fitness test' is performed before and after.
 - The activities take place in towns and villages throughout the region
 - Professional guidance in the field of nutrition, psychology and physiology is provided to participants with referral to external expertise as necessary.
 - Subjective questionnaire reveals a significant prevalence of major, psychological, physiological and osteoarticular diseases
 - Participants demonstrate a relatively low level of SF-36, particularly in the section of VT, BP and SF.
 - The 'senior fitness test' was below average
- RISULTATI: - Participation in regular exercise is an effective intervention to reduce/prevent a number of functional declines associated with aging and enables prolonged independence.
- Endurance training maintains and improves cardiovascular function reducing the risk factors associated with disease contributing to life expectancy
 - Strength training helps prevent decline in muscle mass associated with aging. Additionally improving bone health and postural stability thereby reducing the risk for osteoporosis and fall related injury, respectively.
- CONCLUSIONI: An improvement in the target group lifestyle is certain. In order to guarantee a long-term effect the physical activity should be regular and continuative.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 624

DISUGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE NELL'ATTIVITÀ FISICA NEGLI ADOLESCENTI DI 6 CITTÀ EUROPEE

B. Federico 1, G. Roscillo G 1, L. Falese L 1, M. Kuipers 2, AE. Kunst AE 2, J. Alves 3, J. Perelman 3, I. Moor 4, M. Richter 4, J. Kinnunen J. 5, A. Rimpela 5, L. Thibaut 6, V. Soto Rojas 6, V. Lorant 6
 1. Department of Human Sciences, Society and Health, University of Cassino and Southern Lazio, Italy; 2. Department of Public Health, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, the Netherlands; 3. National School of Public Health, Universidade Nova de Lisboa, Portugal; 4. Institute of Medical Sociology, Medical Faculty, Martin Luther University Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany; 5. School of Health Sciences, University of Tampere, Finland; 6. Institute of Health and Society, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgium

INTRODUZIONE: Gli adolescenti con uno status socio-economico più elevato sono generalmente più attivi fisicamente rispetto a quelli con uno status socio-economico più basso, ma l'entità delle disuguaglianze socioeconomiche presenta una discreta variabilità tra i paesi europei. Il presente studio mira a valutare l'entità delle disuguaglianze socioeconomiche nell'attività fisica negli adolescenti da 6 città europee. **MATERIALI E METODI:** Sono stati raccolti dati di 11,015 studenti provenienti da 50 scuole in 6 città europee che hanno partecipato al progetto di ricerca denominato SILNE. Ogni studente ha compilato un questionario contenente informazioni dettagliate sulle caratteristiche socio-demografiche, tra cui l'istruzione e lo stato di occupazione dei genitori ed il livello di benessere economico della famiglia. L'attività fisica è stata misurata sulla base di due domande: la prima domanda riguardava il tempo trascorso in attività fisica vigorosa (VPA) per ogni giorno di una settimana tipica, mentre la seconda domanda indagava la modalità di trasporto casa-scuola. **RISULTATI:** La mediana delle ore di attività fisica vigorosa praticata per settimana è risultata pari a 7.5 (IQR 4.5 - 10.5) per i maschi e 5.0 (IQR 3.0 - 8.5) per le femmine. I valori più bassi sono stati osservati in Belgio e in Italia mentre i più alti in Olanda. La Family Affluence Scale e la percezione dello status sociale della famiglia da parte dello studente sono risultati positivamente associati con l'attività fisica vigorosa. Tali associazioni sono state osservate in entrambi i sessi e in tutte le nazioni, tranne poche eccezioni. Anche il livello di istruzione dei genitori è risultato associato con l'attività fisica vigorosa nella maggior parte dei paesi, mentre il livello di istruzione della madre e lo stato di occupazione di entrambi i genitori hanno mostrato un'associazione positiva con l'attività fisica vigorosa solo in alcuni paesi. Differenze socioeconomiche nell'attività fisica vigorosa sono risultate di maggiore entità nei giorni feriali rispetto al fine settimana. La percentuale di studenti che andava a scuola a piedi o in bicicletta variava largamente tra le città, con valori compresi tra 13% in Italia e l'89% in Olanda. In generale, il livello di istruzione dei genitori era positivamente associato con il trasporto attivo, mentre, lo stato di occupazione dei genitori e la Family Affluence Scale mostravano risultati contrastanti.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

CONCLUSIONI: Disuguaglianze socioeconomiche nell'attività fisica vigorosa sono state trovate tra gli adolescenti di tutte le città esaminate, e derivano principalmente dalle differenze socioeconomiche nell'attività fisica praticata durante la settimana. Al contrario, il trasporto attivo tra casa e scuola non è risultato consistentemente associato con lo status socioeconomico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 347

PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA: UN PERCORSO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE PER BAMBINI, GENITORI E INSEGNANTI

D. Panatto 1, D. Amicizia 1, L. Apprato 1, I. Bevilacqua 1, A. Signori 1, P. L. Lai 1, R. Gasparini 1
 1 Dipartimento di Scienze della Salute – Università degli Studi di Genova

INTRODUZIONE: Durante l'età evolutiva praticare un adeguato livello di attività motoria, contribuisce a migliorare la salute fisica e mentale/psicologica. Bambini che praticano attività motoria hanno benefici anche in età adulta. La sedentarietà nei bambini ha conseguenze dirette sulla salute degli stessi ed è un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative in età adulta. Gli interventi di promozione dell'attività motoria nella Scuola Primaria forniscono le conoscenze e le abilità necessarie a evitare comportamenti a rischio. In questi processi formativi sono fondamentali la figura dell'insegnante, formato e coadiuvato dagli operatori sanitari (igienisti, esperti laureati in scienze motorie, nutrizionisti, ecc.) e il coinvolgimento delle famiglie. Gli obiettivi del nostro studio erano: indagare il livello di attività motoria dei bambini e dei loro genitori, valutare l'associazione tra Body Mass Index (BMI) e livello motorio, valutare il ruolo della Scuola nella promozione dell'attività motoria. **MATERIALI E METODI:** Lo studio pilota è terminato nel marzo 2014. Ha coinvolto due Scuole Primarie di Genova caratterizzate da un livello socio-economico medio.

Sono stati somministrati questionari anonimi ai bambini, ai genitori e agli insegnanti. Sono state registrate le misure antropometriche (peso e statura) dei bambini per calcolarne il Body Mass Index (BMI). Le misure antropometriche dei genitori erano autoriferite.

L'analisi statistica è stata eseguita con il software SPSS. Per la valutazione delle associazioni tra variabili abbiamo utilizzato il test del chi quadro. **RISULTATI:** Sono stati reclutati 390 bambini (6-10 anni) con età media di 8 ± 2 anni e i loro genitori. 41 insegnanti hanno aderito al progetto. Il 94,5% dei bambini era di nazionalità italiana.

Il BMI medio dei bambini è risultato di $17,9 \pm 2,9$ kg/m². Il 67,4% dei soggetti era normopeso, il 18,0% sovrappeso, il 13,1% obeso e l'1,5% sottopeso (Tabella 1).

Non sono stati rilevati problemi nella comprensione dei questionari. Il 57,3% dei bambini ha dichiarato di andare a scuola a piedi. Il 76,6% svolgeva attività motoria strutturata extrascolastica: il 64,5% uno-due volte a settimana, il 35,5% più di tre volte alla settimana (Tabella 1). Le risposte dei genitori alle domande corrispondenti confermano il dato. Tra i bambini che non svolgevano attività motoria il 22,9% era obeso e il 16,8% in sovrappeso e l'associazione tra il BMI e il livello di attività motoria strutturata extrascolastica è risultata significativa ($p = 0,032$).

Il 68,2% delle madri era normopeso, il 22,8% sovrappeso, il 4,5% obeso e il 4,5% sottopeso. Il 30,3% dei padri era normopeso, il 35,7% sovrappeso, il 10% obeso e nessuno sottopeso.

L'associazione tra il BMI del bambino e quello dei genitori è risultata significativa ($p = 0,017$ per la



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

madre, $p=0,003$ per il padre). Il 64,0% delle madri e il 58,5% dei padri ha dichiarato di non svolgere alcuna attività motoria strutturata. L'associazione tra l'attività motoria extrascolastica del bambino e quella dei genitori non è risultata significativa ($p=0,32$ per la madre, $p=0,86$ per il padre).

CONCLUSIONI: Le linee guida internazionali raccomandano ai bambini di svolgere attività motoria da moderata a vigorosa per almeno 60 minuti al giorno. I nostri risultati sono incoraggianti ed evidenziano come la programmazione di interventi di promozione dell'attività motoria nelle Scuole, abbia incentivato lo svolgimento di attività motoria strutturata extrascolastica. La creazione di alleanze tra il mondo della Scuola e della Sanità, con il coinvolgimento delle famiglie, è la strategia vincente per contrastare gli stili di vita non salutari.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 758

LE CELEBRAZIONI PER IL CENTENARIO DELL'EX OSPEDALE PSICHIATRICO SANTA MARIA DELLA PIETÀ E LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DEL MOVIMENTO PER LA RIDUZIONE DELLA SEDENTARIETÀ NELLA ASL ROMA E

Di Rosa E. 1, Brandimarte MA1, Montuori E. 2, Tamorri S.1, Franceschetti R.3, Romagnuolo MR. 4

1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica - ASL ROMA E

2 Università di Roma Foro Italico

3 UOSD Medicina dello Sport

4 Distretto XIX ASL RME

INTRODUZIONE: L'attività fisica migliora la qualità della vita e aumenta la sensazione di benessere. Molti e ben noti sono gli effetti dell'attività fisica sulle condizioni di salute: prevenzione nei confronti delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, obesità, alcuni tipi di tumori); benefici nell'aumentare il grado di autonomia degli anziani e nel ridurre il rischio di cadute; influenza positiva su alcune malattie mentali. Salute e benessere aumentano all'aumentare dell'attività fisica: ad una maggiore quantità di movimento corrisponde una riduzione di malattie ed incidenti, con un andamento del tipo dose – risposta

Fare attività fisica regolarmente è quindi un eccellente beneficio per la salute. Sono sufficienti 30 minuti quotidiani di AF moderata, come la camminata a passo spedito, per ottenere già degli effetti positivi. L'esercizio fisico regolare ha effetti positivi sulla comunità e sull'economia grazie al contenimento delle spese sanitarie, all'aumento di produttività, al miglioramento dei risultati scolastici, alla riduzione dell'assenteismo e della rotazione del personale e, infine, alla maggiore partecipazione ad attività sportive e ricreative.

Nell'ambito della ASL RM E ha sede l'ospedale psichiatrico del Santa Maria della Pietà che venne chiuso definitivamente nel 1999. Attualmente i suoi padiglioni oggi sono sede di alcune articolazioni dell'ASL Roma E e degli uffici della XIV circoscrizione di Roma. Il padiglione VI ospita il Museo Laboratorio della Mente che ripercorre la storia del Manicomio ricreando i luoghi storici e proponendo dei percorsi interattivi.

Per celebrare il Centenario dell'Ex ospedale Psichiatrico presso il Parco di Santa Maria della Pietà nei giorni 29, 30 e 31 maggio 2014 la ASL Roma E insieme con il Municipio XIV di Roma Capitale hanno offerto ai cittadini, con lo scopo di valorizzare un patrimonio pubblico, rendendolo fruibile alla cittadinanza, un programma fitto di oltre 60 eventi scientifici, artistici e di intrattenimento: convegni, teatro, cortometraggi, musica, spettacoli per bambini, percorsi educativi e di prevenzione. **MATERIALI E METODI:** Le celebrazioni del centenario sono state l'occasione per la realizzazione di iniziative e per rinsaldare la rete delle collaborazione e delle alleanze finalizzata alla promozione della cultura del movimento



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

In occasione del centenario è stato realizzato nel Parco del Santa Maria della Pietà, e presentato ai cittadini, un percorso vita mediante l'individuazione di tracciati idonei alle diverse esigenze, adattandoli all'orografia del parco. I differenti livelli di difficoltà sono segnalati con diversi colori in idonea cartellonistica (figura 1). I cartelli illustrano il percorso e l'esecuzione di esercizi, spiegando come fare l'esercizio in modo corretto e per quante volte, a seconda che l'utilizzatore sia un'atleta, una persona senza allenamento, un bambino, un anziano, un soggetto affetto da una malattia cardiocircolatoria. Seguendo il percorso, dal primo all'ultimo cartello, si esegue un programma di allenamento corretto, sano e utile per la forma fisica e la salute del cuore e di tutto l'organismo. Il cartello rimanda ad una specifica sezione del sito della ASL per ulteriori spiegazioni e approfondimenti. **RISULTATI:** Il sistema di sorveglianza PASSI rileva nella ASL ROMA E un'elevata percentuale di sedentari, maggiore rispetto al dato medio regionale, la differenza è statisticamente significativa (I.C. 95% 31,4-42,1%). Il 31,4 % delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 32% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 36% è completamente sedentario. Da quanto premesso è evidente che lo svolgimento regolare di attività fisica riveste un ruolo fondamentale nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani.

L'obiettivo comune è dunque quello di incrementare il numero di persone che svolgono regolarmente attività fisica contrastando la sedentarietà. L'analisi degli ostacoli individuali all'adozione di stili di vita sani evidenzia che i principali impedimenti alla pratica dell'esercizio sono: mancanza di motivazione, di tempo libero, di disponibilità economica, di mezzi di trasporto, di impianti sportivi e condizioni di disabilità o malattia. Le barriere alla pratica di attività sportiva variano a seconda dell'età, dello stato civile e della posizione socioeconomica. La mancanza di motivazione e di tempo sono positivamente correlate al reddito, mentre disabilità, malattia, mancanza di denaro e di trasporti sono correlate al reddito in modo negativo.

È necessario operare secondo le seguenti linee strategiche:

1. diffondere iniziative efficaci e sostenibili, per la modifica dei comportamenti sedentari, che possano essere facilmente adottate e sostenute dai diversi attori sociali;
2. individuare modi e tecniche di modifica del territorio, di facile applicazione, per favorire il coinvolgimento delle amministrazioni locali nell'impresa di rendere più facili le scelte salutari;
3. attuare campagne informative, che forniscano a tutti i cittadini strumenti utili per fare scelte consapevoli per la salute e che creino un clima culturale favorevole per l'adozione di corretti stili di vita

CONCLUSIONI: L'attuazione di tali interventi richiede necessariamente la collaborazione intersettoriale e la costruzione di reti di lavoro tra tutti i soggetti potenzialmente interessati: enti pubblici, enti del settore privato, associazioni, gruppi di volontariato, federazioni sportive, eccetera. Le collaborazioni intersettoriali e le reti di lavoro dovrebbero essere impostate e sviluppate da finalità e obiettivi condivisi tra i differenti partecipanti. La celebrazione del centenario dell'ex Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà ha offerto la possibilità di



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

realizzare un percorso vita nel parco pubblico "della ASL" e di presentarlo alla cittadinanza. Inoltre, è stata una straordinaria occasione per ricercare alleanze e sinergie con gli enti locali e le associazioni di cittadini, indispensabili per diffondere e promuovere la cultura del movimento.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

**C8: EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE
CARDIOVASCOLARI E ALTRE PATOLOGIE
CRONICHE NON TUMORALI**



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 430

ALTERAZIONI MUSCOLOSCELETRICHE DEL RACHIDE IN DIFFERENTI POPOLAZIONI LAVORATIVE

A. Germano¹, A. Cappuccio¹, R. Caputi¹, S. Farina¹, V. De Martino¹, M. De Rosa¹, G. Mazzone¹, O. Caporale¹, M. Triassi¹

¹Dipartimento Di Sanità Pubblica – Università degli studi di Napoli “Federico II”, Napoli.

INTRODUZIONE: Gli interessi della Medicina Preventiva in passato rivolti a patologie definite “occupational diseases” di eziopatogenesi sicuramente di origine professionale, oggi si sono indirizzati verso quadri morbosi ad eziopatogenesi multifattoriali in cui le attività lavorative sono viste come elementi causali o concausali, le “work related diseases”. Tra queste affezioni sono preminenti le patologie muscolo scheletriche, in particolare quelle a carico del tratto lombare della colonna vertebrale. Esse sono di comune riscontro in gran parte delle attività lavorative che prevedono movimentazione manuale dei carichi (MMC) e l’assunzione di posture fisse prolungate. Obiettivo del nostro studio è stato valutare la presenza di alterazioni muscolo scheletriche del rachide in lavoratori nella cui attività lavorativa prevalevano in modo differente i citati fattori di rischio, confrontandone poi i risultati in funzione dell’età e delle misure antropometriche.

MATERIALI E METODI: La presente indagine ha riguardato 599 lavoratori maschi di età compresa tra 33 e 67 anni (età media 56,1 anni), dipendenti di una pubblica amministrazione operante in Regione Campania e afferiti all’Ambulatorio di Igiene E Medicina Preventiva dell’Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” di Napoli per visita medica periodica ai sensi del D. Lgs 81/08 nell’anno 2013. Questo gruppo di lavoratori è costituito da operai cimiteriali (n.102), in cui come fattore di rischio muscolo scheletrico prevale la MMC, e impiegati amministrativi (497), in cui prevalgono le posture assise prolungate. **RISULTATI:** Il gruppo di lavoratori cimiteriali, di età compresa tra 52 e 67 anni (età media 63 anni), ha presentato 34 soggetti (33,3%) con patologia a carico del rachide, questi mostravano un’età media (63 anni) e un valore medio di Body Mass Index* (BMI 25) non dissimile dai soggetti risultati normali all’esame posturale. Nel gruppo di impiegati amministrativi, di età compresa tra 33 e 65 anni (età media 56 anni), 243 soggetti (48,8%) presentavano un’alterazione all’esame posturale, questi pur avendo un’età media (56 anni) sovrapponibile a quella dei soggetti sani, si differenziavano da questi per la media del BMI (27 nei sani, 31 nei patologici)

*valori di BMI da 25 a 29,9 indicano sovrappeso, valori da 30 a 34,9 obesità di I grado.

CONCLUSIONI: I dati mostrano una differenza seppur statisticamente non significativa (X^2 :ns), circa la distribuzione di patologie muscolo scheletriche del rachide tra i lavoratori cimiteriali e gli impiegati amministrativi, con maggiore prevalenza in quest’ultimi; questo dato non sembra essere correlato all’età, ma al BMI dei lavoratori che presentavano alterazioni all’esame posturale. Questo dato è probabilmente correlato a fattori presenti nell’ambiente di lavoro e in particolare



SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

alla sedentarietà. Di qui la necessità di includere opportune modifiche dell'ambiente di lavoro, sia a livello individuale(aumento dell'attività fisica),sia a livello organizzativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 734

DISTURBI DI PERSONALITÀ E PROBLEMATICHE ALIMENTARI ASSOCIATI ALL'OBESITÀ: CHIRURGIA BARIATRICA E QUALITÀ DI VITA

V. Alfano¹, A. Cirella², F. Gallè², V. Di Onofrio², M. Di Dio², A.M. Salzano³ e G. Liguori²

¹ ASL Salerno

² Università di Napoli "Parthenope", Napoli

³ Ospedale Evangelico "Villa Betania", Napoli

INTRODUZIONE: I pazienti obesi che vivono un disagio psichico con il cibo costituiscono la maggioranza della popolazione obesa ed il 25% di essi presenta un disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder - BED).

Tale disturbo è presente nel 20-30% degli obesi che richiedono di essere sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica, considerata da questi come l'unica forma di trattamento in grado di consentire una efficace riduzione del peso corporeo.

Gli obiettivi dello studio sono stati quelli di indagare e valutare in pazienti obesi sottoposti a trattamento chirurgico, dopo caratterizzazione di particolari tratti di personalità:

- la presenza di specifiche problematiche alimentari;
 - il miglioramento della qualità di vita, associato alla variazione del peso, nei pazienti sottoposti per un anno a trattamento psicoterapeutico.
- MATERIALI E METODI:** 228 soggetti obesi sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica (178 donne e 50 uomini - età media 31.39, range 15-56) sono stati studiati per un anno.

Per valutare la presenza di specifici tratti di personalità è stata somministrata la SCID-II, l'intervista clinica strutturata per i disturbi dell'asse II del DSM-V (questionario di personalità). Per rilevare eventuali problematiche alimentari è stato utilizzato il questionario EDI-2.

Per esaminare la relazione esistente tra tratti di personalità e problematiche alimentari è stata effettuata una analisi della varianza (ANOVA), in cui è stata posta come variabile indipendente la presenza/assenza di tratti di personalità emersi dalla SCID-II e come variabili dipendenti le scale dell'EDI-2. **RISULTATI:** Dall'analisi della SCID-II è stata rilevata la presenza di più tratti di personalità in ciascun soggetto. I tratti più ricorrenti sono risultati il: passivo-aggressivo (55%), borderline (50%), narcisistico (47%), ossessivo-compulsivo (41%) e depressivo (21%).

Incrociando i risultati della SCID-II con i punteggi medi ottenuti per ciascun paziente alle scale dell'EDI-2 è stata evidenziata la presenza di più problematiche alimentari, in particolar modo nel campione femminile con tratto di personalità borderline, costituito da 94 donne, sulle quali è stata focalizzata l'attenzione. Di queste, 56 erano state sottoposte a by-pass gastrico e 38 a bendaggio.

La metà dei soggetti di entrambi i gruppi, rispettivamente 28 e 19 pazienti, è stato avviato ad un percorso terapeutico della durata di un anno. La selezione è stata effettuata in modo casuale.

Al termine del percorso terapeutico è stata nuovamente somministrata la SCID-II.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda i soggetti sottoposti a by-pass gastrico, la remissione del tratto borderline è stato evidenziato nel 100% di quelli trattati con psicoterapia e nel 64% dei non trattati. In tali pazienti sono stati altresì segnalati i risultati migliori in termini di riduzione del peso corporeo.

Nei soggetti sottoposti a bendaggio, la remissione del disturbo borderline è totale in coloro che hanno effettuato psicoterapia, mentre tale risultato è segnalato nel 21% dei non trattati.

CONCLUSIONI: Nei pazienti obesi è registrata un'elevata prevalenza di comorbidità psicopatologiche, soprattutto disturbo borderline e bassa autostima. In particolar modo, in riferimento al disturbo borderline nelle donne obese, si assiste ad un'alterazione dell'identità: l'immagine e la percezione di sé risultano essere marcatamente e persistentemente instabili; sentimenti di inadeguatezza, di sfiducia, di incertezza e di inutilità si accompagnano all'insoddisfazione per il proprio corpo. In questi pazienti la confusione e l'incertezza nell'identificare il senso di fame e di sazietà sono strettamente interrelate alla presenza di abbuffate e agli incontrollabili attacchi di sovralimentazione.

Nel presente studio, quindi, si è assistito ad un miglioramento globale post-operatorio dell'impulsività e dell'autostima connessi alla qualità della vita e all'immagine corporea ad un anno dall'intervento, in particolar modo in soggetti avviati ad un percorso psicoterapeutico. Esso dimostra dunque l'importanza del supporto psicologico nel successo terapeutico della chirurgia bariatrica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 735

PREVENZIONE DELL'OBESITÀ IN PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO O SINDROME METABOLICA ATTRAVERSO UN PROGRAMMA DI DISEASE MANAGEMENT

V. Di Onofrio¹, F. Gallé¹, R. Mastronuzzi¹, A. Cirella¹, M. Di Dio¹, A. Miele¹, T. Spinosa² e G. Liguori¹

¹Università degli studi di Napoli "Parthenope", Napoli

²ARSan - Agenzia Regionale Sanitaria della Campania, Napoli

INTRODUZIONE: L'obesità, oltre ad essere determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socio-economici e culturali; trattasi di condizione che presenta elementi biologici e psico-sociali e dunque necessita di interventi terapeutici integrati che incidano su entrambi gli aspetti.

Nei pazienti diabetici è segnalata una prevalenza di obesità elevata. Ciò incrementa il rischio cardiovascolare complessivo e rientra spesso nel quadro più generale della Sindrome Metabolica, in cui l'aggregazione di più disordini metabolici accresce tale rischio in maniera esponenziale. Il presente progetto, coordinato dall'ARSAN Campania, nasce quale realizzazione di un percorso di "Disease Management" finalizzato alla prevenzione ed al controllo dell'obesità nei pazienti affetti da diabete di tipo 2.

L'intervento mirava a raggiungere, in modo appropriato, obiettivi prestabiliti e ha previsto fasi di intervento di complessità crescente, dall'educazione sanitaria di base all'intervento nutrizionale elementare, fino a complessi modelli di intervento cognitivo-comportamentale. **MATERIALI E METODI:** Il Progetto, di durata biennale, è stato articolato in diverse fasi. La prima ha previsto l'organizzazione, a cura dell'ARSAN Campania, di un Corso di Formazione per Équipe Territoriali su Group Care ed Educazione Terapeutica Strutturata (ETS), sviluppato in 7 edizioni di due giorni ciascuna. Nelle sedute, condotte da un team multidisciplinare (endocrinologi, psichiatri e/o psicologi, dietisti ed esperti di fitness metabolico), sono stati affrontati i seguenti temi: controllo del peso, diario alimentare, individuazione di tecniche per superare i momenti disfunzionali, mantenimento dei risultati e prevenzione delle ricadute.

Al team del Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere (DiSMeB) è stato affidato il modulo didattico avente ad oggetto l'approccio e le tecniche di counseling motorio ed i benefici dell'attività fisica adattata nel paziente diabetico.

La successiva fase operativa ha previsto l'arruolamento, da parte di Diabetologi e Medici di Medicina Generale operanti sull'intero territorio regionale, dei pazienti che hanno aderito su base volontaria al programma di ETS. Criteri di inclusione sono stati: età 25-65 anni; presenza di diabete tipo 2 o di sindrome metabolica; BMI>25.

Il team multiprofessionale del DiSMeB ha quindi incontrato periodicamente i pazienti afferenti ai Centri Assistenza Diabetici, ambulatori ASL e taluni studi professionali di diverse province



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

campane. Per ogni sede sono stati organizzati almeno 3 incontri durante i quali sono stati dibattuti i temi dell'importanza del counseling motorio e dei benefici dell'AFA. **RISULTATI:** Dall'analisi dei dati sanitari e dei questionari somministrati durante gli incontri, sono emersi risultati nel complesso molto positivi.

Più del 60% dei pazienti aderenti al progetto ha completato il percorso di ETS, e più del 60% di questi ha espresso il proprio gradimento per l'intervento. **CONCLUSIONI:** L'ETS è un lungo processo, complesso e sistematico, che si esplica attraverso la trasmissione di conoscenze, l'allenamento a conseguire abilità, la promozione di corrette abitudini ed è volto a migliorare la qualità di vita e il controllo metabolico.

Obiettivo di tale modello di gestione assistenziale integrata è dunque quello di consentire al paziente di conoscere la malattia, gestire la terapia in modo competente e prevenire le complicanze evitabili.

Nel presente progetto, il lavoro di un team multidisciplinare costituito da igienisti, psicologi e professionisti delle Scienze motorie ha contribuito a realizzare ed implementare sul territorio l'attività di counseling prevista dall'approccio ETS.

Sulla base dei risultati conseguiti e del livello di gradimento riscontrato, è prevista una fase progettuale successiva durante la quale i pazienti saranno avviati a programmi strutturati di AFA da svolgersi presso palestre e sale fitness opportunamente selezionate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 140

ABITUDINE AL FUMO E IPERTENSIONE IN UN CAMPIONE DI LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA: STUDIO CASO CONTROLLO

De Rosa M.1, G. Muto1, S. Farina1, C. Novi1, N. Grimaldi1, O. Caporale1, M. Triassi1.

1Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Degli Studi di Napoli Federico II

INTRODUZIONE: Il fumo di tabacco rappresenta la più importante causa prevenibile di malattia, disabilità e mortalità nei soggetti lavoratori dei paesi industrializzati, costituendo, perciò, uno dei più gravi problemi di Sanità Pubblica a livello mondiale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, calcola che quasi 6 milioni di persone perdano la vita ogni anno per i danni da tabagismo.

Il fumo non è solo correlato alle neoplasie, ma è anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la BPCO ed è uno dei più importanti fattori di rischio delle malattie cardiovascolari.

Proprio in questo senso molti studi epidemiologici hanno evidenziato l'associazione tra il fumo e l'ipertensione arteriosa, con un aumento della mortalità variabile da 3 a 5 volte. Infatti, la nicotina provoca un aumento dell'immissione in circolo delle catecolamine con conseguente aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, aumento dell'aggregabilità piastrinica e della coagulabilità del sangue. Inoltre, la concentrazione di carbossiemoglobina comporta inadeguata ossigenazione del miocardio, mentre il monossido di carbonio è responsabile della policitemia. Dimostrazione indiretta di danno endoteliale diffuso e di conseguenza di danno aterosclerotico è la presenza di microalbuminuria nei fumatori.

L'abitudine al fumo è ancora molto diffusa negli ambienti di lavoro, nei quali si dimostrano purtroppo ancora poco efficaci la prevenzione e le campagne antifumo. Obiettivo dello studio è stato analizzare l'associazione tra l'abitudine al fumo di tabacco e l'ipertensione arteriosa nei lavoratori, promuovere iniziative atte a contrastare il tabagismo nei luoghi di lavoro, anche in considerazione del sinergismo tra i diversi fattori di rischio nell'insorgenza di altre patologie.

MATERIALI E METODI: Gli autori hanno effettuato l'indagine mediante questionario mirato, nel quale, oltre alle notizie relative alla situazione lavorativa, comprensive delle percezioni di discomfort, sono state raccolte informazioni relative ai livelli scolastici e culturali, alle condizioni socio-economiche ed a tutte le altre abitudini di vita, mentre i dati sull'ipertensione arteriosa sono stati ricavati dalle Cartelle di Sorveglianza Sanitaria.

Sono stati presi in esame i dati relativi alla prevalenza dell'ipertensione in 3888 lavoratori del Comune di Napoli (con mansioni di fognatori 2151 ed amministrativi 1737) sorvegliati presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli dal 1 Gennaio 2012 al 31 Dicembre 2013 e sono state analizzate le variabili influenti sulla dipendenza dal fumo di tabacco.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Un ulteriore studio epidemiologico osservazionale di tipo Caso-Controllo ha permesso di analizzare ed ottenere informazioni circa l'implicazione del fattore "abitudine al fumo" nell'insorgenza dell'ipertensione arteriosa nei lavoratori inclusi nello studio. **RISULTATI:** Dall'analisi statistica dei dati è emersa un'associazione statisticamente significativa tra il fumo di tabacco e l'ipertensione arteriosa (OR 1,46). La prevalenza di fumatori tra tutti i lavoratori è stata superiore alla media nazionale. Le percentuali più alte hanno riguardato i fognatori, mentre leggermente più basse sono state quelle riscontrate nel settore amministrativo. Fattori influenti sull'abitudine al fumo sono stati il minore grado di istruzione, l'impegno manuale nelle attività e i fattori di discomfort lavorativo.

Come nel dato nazionale, i fumatori sono stati più concentrati nella fascia d'età media, ma la distribuzione delle prevalenze ha rilevato disparità. Tra i fognatori la correlazione tra fumo ed età è stata diretta e significativa, nel settore amministrativo invece, non vi è una prevalenza significativa tra le varie fasce d'età. I fattori lavorativi in grado di influenzare significativamente l'abitudine al fumo rilevati sono stati l'impegno manuale e l'organizzazione del lavoro.

CONCLUSIONI: In conclusione, la diffusione dell'abitudine al fumo tra i lavoratori è ancora alta, soprattutto nei settori maggiormente precari e potenzialmente più in grado di produrre effetti avversi. Questi dati suggeriscono di attribuire al fumo di tabacco un interesse superiore a quello sinora assegnato, potenziando i programmi di prevenzione e di formazione diretti all'intera popolazione sugli effetti dei rischi specifici e sulle interazioni tra questi ultimi ed i rischi individuali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 560

FREQUENZA DI MICRONUCLEI IN CELLULE MONONUCLEATE DI SANGUE PERIFERICO DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO EMODIALITICO

A. De Donno¹, M.R. Tumolo², A. Zizza², G. Stefanelli³, M. D'Alba⁴, A. Idolo¹, F. Serio¹, A. Negro¹, M. Guido¹

¹ Laboratorio di Igiene, Di.S.Te.B.A, Università del Salento, Lecce

² Istituto di Fisiologia Clinica, CNR, Lecce

³ UOS di Nefrologia e Dialisi, P.O. "I. Veris Delli Ponti" Scorrano, ASL Lecce, Lecce

⁴ UOS di Dialisi, P.O. "F. Pispico" Poggiardo, ASL Lecce, Lecce

INTRODUZIONE: I pazienti con insufficienza renale cronica (IRC) presentano segni di instabilità genomica, danni al DNA ed un elevato rischio di sviluppare il cancro. Ciò come conseguenza della compromissione dei meccanismi di riparazione del DNA e di possibili lesioni che inducono mutazioni in oncogeni e geni oncosoppressori.

Numerosi studi evidenziano che il trattamento emodialitico prolungato è correlato con un danno del DNA causato dallo stress ossidativo. Questo effetto genotossico può causare perdita di frammenti cromosomici, con formazione di micronuclei (MN) durante la divisione cellulare, rilevabili mediante un test specifico. La frequenza di MN nei linfociti di sangue periferico rappresenta un indicatore di danno cromosomico altamente sensibile, al pari di tecniche di analisi genetiche più complesse (test delle aberrazioni cromosomiche o comet test).

Scopo dello studio è valutare la correlazione tra la tecnica di dialisi utilizzata e i danni indotti a livello del DNA tramite la determinazione della frequenza di MN nei soggetti emodializzati con due diverse tecniche: emodiafiltrazione e bicarbonato emodialisi standard (bicarbonato dialisi).

MATERIALI E METODI: Sono stati arruolati pazienti con IRC sottoposti a bicarbonato dialisi ed a emodiafiltrazione afferenti al Reparto di U.O. di Nefrologia e Dialisi del P.O. "I Veris Delli Ponti" di Scorrano nel periodo tra maggio 2013 e aprile 2014. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della ASL di Lecce e tutti i pazienti reclutati hanno firmato un consenso informato. In tutti i pazienti è stato effettuato un prelievo di sangue in eparina per il test dei MN. Sono stati analizzati i principali fattori di rischio per lo sviluppo di alterazioni cromosomiche e quelli che influenzano la comparsa dell'IRC con probabile formazione di danno al DNA. Le differenze delle caratteristiche generali delle popolazioni e dei livelli di MN sono state valutate mediante il test del t di Student (confronti tra medie), ed il test del χ^2 o, quando necessario, il test esatto di Fisher (confronti tra le percentuali). È stata eseguita, infine, l'analisi di regressione multipla univariata e multivariata per valutare l'influenza di alcune variabili (età, TAC, scintigrafia, angiografia, fumo, alcolici, diabete, ipertensione, trapianto di rene, durata e tipo di dialisi) sulla frequenza di MN. L'analisi statistica è stata eseguita con il software MEDCALC, versione 11.4.1.0 (Mariakerke, Belgio). Un valore di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

$p < 0,05$ è stato considerato statisticamente significativo. **RISULTATI:** Complessivamente sono stati analizzati 40 pazienti dializzati (20 con bicarbonato dialisi e 20 con emodiafiltrazione).

L'età media dei pazienti sottoposti a bicarbonato dialisi ($56,95 \pm 11,97$ anni) è sovrapponibile a quella dei soggetti sottoposti a emodiafiltrazione ($59,75 \pm 10,13$ anni) ($p < 0,476$). L'analisi dei dati sulla base del sesso non ha evidenziato differenze ($p < 0,774$) tra i due gruppi.

Non sono state, inoltre, evidenziate differenze tra i gruppi per quanto concerne i fattori di rischio per lo sviluppo di alterazioni cromosomiche e per la comparsa dell'IRC, con l'eccezione dell'esposizione alla risonanza magnetica ($p < 0,001$).

La differenza del numero di cellule binucleate con MN nei due gruppi ($14,0 \pm 8,07\%$ vs $17,3 \pm 8,96\%$) non è risultata statisticamente significativa ($p < 0,655$). Anche per altre tipologie di cellule con MN non sono state osservate differenze significative. Il numero complessivo di MN presenti nei linfociti dei pazienti sottoposti a bicarbonato dialisi ($30,8 \pm 15,8\%$) è risultato più elevato rispetto al secondo gruppo ($29,3 \pm 14,8\%$), con differenze non statisticamente significative ($p < 0,773$) (tab. 1).

L'analisi uni e multivariata è stata eseguita su tutti i pazienti reclutati e nei due gruppi di trattamento emodialitico.

L'analisi di regressione univariata del nesso tra la frequenza dei MN e le variabili cliniche nei pazienti totali considerati, ha mostrato una associazione più forte con il diabete (OR: 4,20; IC95%: 0,87-20,34; $p < 0,074$). Per l'analisi di regressione multivariata sono stati presi in esame tutti i fattori con un p statistico inferiore a 0,3 nell'analisi univariata. L'analisi di regressione multivariata ha confermato la correlazione significativa (OR: 6,03; IC95%: 1,01-36,00; $p < 0,048$) con il diabete (tab. 2A).

L'analisi di regressione uni e multivariata tra la frequenza dei MN e le variabili cliniche nei pazienti sottoposti a bicarbonato emodialisi (tab. 2B) e ad emodiafiltrazione (tab. 2C) non ha evidenziato differenze significative nei parametri analizzati. **CONCLUSIONI:** Lo studio ha confermato che nei pazienti sottoposti a trattamento emodialitico esiste un danno al DNA, ma non ha evidenziato differenze tra i due tipi di trattamento. Nel nostro studio l'analisi di regressione logistica multipla suggerisce che il diabete è indipendentemente associato con alti livelli di danno al DNA. Una conferma dei dati ed una valutazione più precisa sul ruolo degli altri fattori di rischio necessita di ulteriori studi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 442

SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO OUTCOME E IMPROVEMENT SU UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI CON INDICAZIONE ALLA TERAPIA MEDICA CON VENTILAZIONE MECCANICA (CPAP)

M. Loffredo¹; S. Salvati¹; S. Proni¹; G. Melillo¹; D. Tomasello¹

1 Distretto Sperimentale di Guidonia, Guidonia

INTRODUZIONE: La Sindrome delle Apnee Ostruttive durante il Sonno identificata con l'acronimo OSAS è un disturbo respiratorio che si manifesta esclusivamente durante il sonno, ormai è considerata un problema di salute pubblica. E' documentato che i pazienti che ne sono affetti rispetto alla popolazione generale, presentano una più alta incidenza di malattie cardio e cerebrovascolari e che la sonnolenza diurna OSAS correlata determina un maggior rischio per incidenti stradali e infortuni sul lavoro. La terapia, in particolare l'applicazione di una CPAP, ha un benefico effetto sulla qualità e sull'attesa di vita con riduzione dei costi sanitari destinati al trattamento della morbidità OSAS correlata.

Obiettivo primario studiare le caratteristiche epidemiologiche della popolazione, con diagnosi di OSAS, che affersce al Servizio di Assistenza Protesica con la prescrizione di terapia ventilatoria. Obiettivo secondario evidenziare la prevalenza delle patologie concomitanti che rappresentano un fattore indipendente di rischio. Obiettivo terziario valutare la compliance dei pazienti con OSAS alla terapia con ventilazione notturna mediante CPAP. **MATERIALI E METODI:** Lo studio osservazionale di coorte è stato fatto su un campione di 70 pazienti adulti che hanno ricevuto una diagnosi di OSAS, con indicazione alla terapia medica mediante CPAP(DM 332/99), periodo di riferimento gennaio 2013-maggio 2014. Gli aspetti clinici peculiari sono il russamento e le pause respiratorie nel sonno, cioè le apnee e le ipoapnee: il loro conteggio serve a costruire un indice AHI (apnea-ipoapne per ora di sonno). Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti che presentavano un AHI moderata 15-30 o severa > 30. Tale indice è verificabile mediante esame strumentale con polisonnografia. Sono stati esclusi i pazienti con patologie neuromuscolari, con concomitanti patologie polmonari oltre all'OSAS che possono richiedere una modalità diversa dalla CPAP, pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Per ogni paziente sono state raccolte informazioni, sulla presenza di segni, sintomi caratteristici della malattia, di malattie cardio-cerebrovascolari e metaboliche concomitanti. In particolare per la sonnolenza diurna è stato somministrato il Test ESS (epworth sleepiness scale), caratterizzato da otto domande con un punteggio da 0 a 3 per ogni domanda, un punteggio totale di 10 o più è indicativo di eccessiva sonnolenza diurna.

Dopo 3 mesi in caso di prima prescrizione e 12 mesi in caso di pazienti già in trattamento domiciliare è stato effettuato un follow up per verificare l'utilizzo del macchinario e i benefici della terapia. **RISULTATI:** Lo studio ha evidenziato che il campione è rappresentato per il 79% da maschi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

e per il 21% da donne, età media 52 anni. Gli uomini presentano un numero patologico di apnee nel sonno in una percentuale maggiore rispetto alle donne. Il 66% dei pazienti sono risultati obesi con BMI > di 29. Frequente l'associazione con patologie cardiovascolari (34%) ipertensione (80%) e diabete (40%). Il 6% della popolazione in studio presenta un'età sopra i 70 anni con patologie concomitanti di tipo cerebrovascolare. La sonnolenza eccessiva diurna o la facile stancabilità e la cefalea sono i sintomi più frequenti prima dell'inizio della terapia, accompagnati da una riduzione delle capacità di concentrazione e di attenzione che interessa il 52% del campione che svolge attività di un certo impegno (lavora, guida un veicolo a motore, ecc.), il 3,7 % hanno avuto un cambio delle mansioni, mentre un 6 % ha dichiarato di non guidare più la macchina. Più sono severi i sintomi e maggiore è stata la compliance alla terapia. Dopo tre mesi di trattamento con CPAP quasi la totalità dei pazienti ha presentato un notevole miglioramento relativo alla qualità del sonno notturno e sulle capacità di attenzione. L'88% dei pazienti sta utilizzando il dispositivo con una buona regolarità mentre il 10% ha presentato una scarsa compliance nella gestione domiciliare dello strumento. Tra gli obesi solo un 4% ha seguito un regime dietetico riducendo del 10% il peso corporeo. **CONCLUSIONI:** L'OSAS è considerata un'epidemia silente. I dati raccolti dimostrano che nell'ottica di una corretta gestione della patologia sarebbe opportuno realizzare nella nostra ASL un team di riferimento per la diagnosi e la cura della patologia, come pure effettuare campagne informative con il coinvolgimento dei medici di famiglia attraverso le Cure Primarie. Secondo studi riportati in letteratura i costi sociosanitari di pazienti non trattati, superano di gran lunga i costi dovuti alla terapia ventilatoria.

L'applicazione di una pressione positiva continua tramite CPAP (continuous positive airway pressure) che agendo sulle prime vie aeree, sede dell'ostruzione sonno correlata, ne assicura la pervietà, pur rappresentando un'importante voce di spesa per l'assistenza protesica, rappresenta una sicura azione di prevenzione dei fattori di rischio associati alle apnee. La sua efficacia è documentata dalla scomparsa delle apnee ostruttive con normalizzazione o miglioramento dello scambio gassoso. Lo studio ha evidenziato la necessità del monitoraggio costante dei pazienti con verifiche periodiche per giungere a un'efficace risoluzione delle problematiche connesse alla patologia e alla compliance della terapia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 382

EPIDEMIOLOGIA DELLA SCLEROSI SISTEMICA ATTRAVERSO ANALISI DEI DATI SANITARI CORRENTI. PUGLIA, ANNI 2010-2012.

D. Parisi 1; M.G. Cappelli 2; L. Civita 2; S. Mudoni 2; R. Guerra 2; C. Germinario 3

1. Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari; 2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari; 3. Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

INTRODUZIONE: La Sclerosi Sistemica, più comunemente conosciuta come Sclerodermia, rappresenta una patologia ancora poco conosciuta dal punto di vista eziopatologico. Secondo i dati di letteratura, l'incidenza è di 0,9-19 nuovi casi/milione di abitanti/anno; attualmente viene considerata una patologia di genere in quanto colpisce più frequentemente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 3-15:1; la fascia d'età più interessata è quella fra i 30 e i 50 anni. Pur rappresentando una piccola percentuale nel panorama delle malattie reumatiche, a seguito del frequente coinvolgimento pluriorgano, la sclerodermia determina un impegno rilevante per il medico.

Obiettivo dello studio è quello di analizzare i dati di ospedalizzazione e delle Esenzioni Ticket, al fine di stimare la numerosità e il carico di offerta ospedaliera riconducibile a questa malattia, nonché di descriverne l'impatto nella popolazione pugliese. **MATERIALI E METODI:** Dall'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) sono stati selezionati i ricoveri per Sclerosi Sistemica (codice ICD9-CM: 710.1) in qualsiasi campo di diagnosi, in regime Ordinario (RO) e di Day Hospital (DH) effettuati negli anni 2010-2012 presso le strutture ospedaliere della Regione Puglia o in mobilità passiva. Per l'analisi dell'ospedalizzazione sono stati considerati solo i primi ricoveri, escludendo i ricoveri ripetuti nel periodo in esame. Per gli anni considerati, sono stati calcolati il numero di ricoveri, la loro distribuzione per tipo di mobilità e per regime di ricovero, la degenza media e i principali DRG prodotti.

Successivamente, selezionando solo i ricoveri dei residenti in Puglia (ricoveri intra-regionali e mobilità passiva), sono stati calcolati il tasso di ospedalizzazione, l'età media e il rapporto M:F. Dal registro regionale Esenzioni Ticket sono stati estratti gli assistiti con codice di esenzione 047, specifico per Sclerosi Sistemica, nel triennio 2010-2012 al fine di ottenere una stima della prevalenza per la patologia e la variazione percentuale negli anni considerati.

Per il calcolo del tasso di ospedalizzazione è stata utilizzata come popolazione di riferimento quella italiana relativa all'anno in esame (Fonte dati di popolazione: ISTAT). Per l'analisi dei DRG è stata utilizzata la versione 24 della Classificazione DRG. **RISULTATI:** Nel triennio 2010-2012, il numero di ricoveri per Sclerosi Sistemica si è mantenuto costante, con una media di 2.149 ospedalizzazioni per anno. In media il 71,3% dei ricoveri è effettuato in regime di DH mentre per quanto riguarda la distribuzione dei ricoveri per tipo di mobilità, rimane costante negli anni considerati (in media del



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

7%) la percentuale dei ricoveri di pazienti residenti in Puglia che si ricoverano presso strutture extraregionali (mobilità passiva) mentre è in leggera diminuzione la percentuale di ricoveri in mobilità attiva (dal 5,4% nel 2010 al 4,4% nel 2012). Per i tre anni considerati, la degenza media è risultata pari a 7 giorni, la degenza mediana pari a 5 giorni. Dall'analisi dei DRG prodotti per i ricoveri selezionati, è emerso che il DRG più frequentemente riscontrato (70,6%) è quello per malattie del tessuto connettivo senza comorbidità o complicazioni (DRG 241), seguito, per il 18,8% dei ricoveri, da quello per malattie del tessuto connettivo con comorbidità o complicazioni (DRG 240) e da altri (10,6%), in particolare quelli per malattia polmonare interstiziale con comorbidità e complicazioni (DRG 92) ed edema polmonare con insufficienza respiratoria (DRG 87).

Tra i residenti in Puglia, nel periodo considerato si è osservato un tasso di ospedalizzazione medio annuo di 5 per 10.000 abitanti, senza variazioni significative nel tempo, con un rapporto M:F di 1:10,3. L'età media è risultata pari a 54 anni per il sesso maschile e 57 anni per le femmine.

Dall'analisi delle Esenzioni Ticket, è emerso che in media per gli anni considerati risultano attive 941 esenzioni per Sclerosi Sistemica, con un aumento del 22% nell'anno 2012 rispetto ai

precedenti due anni. **CONCLUSIONI:** Nella analisi della epidemiologia della Sclerodermia è necessario considerare come il ricorso al ricovero ospedaliero sia influenzato da diversi fattori legati non soltanto alla diversa distribuzione sul territorio della patologia, in termini di incidenza e di gravità, ma soprattutto alle caratteristiche dell'offerta di assistenza. La notevole discrepanza tra il numero di casi ospedalizzati e le Esenzioni Ticket potrebbe suggerire la necessità di considerare l'accesso, in regime di esenzione dalla partecipazione al costo, a prestazioni sanitarie efficaci e appropriate per l'accertamento, il trattamento e il monitoraggio in tutte le fasi della malattia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 326

PROGETTO DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE DELL'AZIENDA ULSS 7

T. Menegon 1; P. Marchet 2; A. Pierdonà 3; B. Da Ros 4; R. Dall'Armi 4; G. Morandin 4; S. Cinquetti 5

1 Dipartimento di Prevenzione, Servizio Educazione e Promozione della Salute Ulss 7, Pieve di Soligo

2 Servizio per le Professioni Sanitarie, Ulss 7, Pieve di Soligo

3 Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene e Sanità Pubblica Ulss 7, Pieve di Soligo

4 Servizio Medico Competente, Ulss 7, Pieve di Soligo

5 Dipartimento di Prevenzione, Ulss 7, Pieve di Soligo

INTRODUZIONE: Nell'anno 2012 l'Azienda ULSS 7 del Veneto ha offerto ai propri dipendenti neocinquantenni, per la prima volta, una proposta di screening cardiovascolare con l'obiettivo di individuare colore che, senza saperlo, aveva fattori di rischio per malattie cardiovascolari al fine di ridurre la mortalità e la morbosità. Il progetto aveva preso spunto da una Ricerca Finalizzata e da una successiva sperimentazione in 6 Aziende Ulss del Veneto. Un secondo obiettivo, vista la professione dei candidati, era farne dei consapevoli "testimonial" di vita sana verso colleghi di lavoro e utenti afferenti nei vari servizi dell'Azienda Sanitaria. Lo screening, vista la fattibilità dell'iniziativa in termini di efficacia ed efficienza, è rientrato tra le iniziative che a regime vengono pianificate ed implementate dall'Azienda. MATERIALI E METODI: Anche per il secondo anno, prima dell'avvio del progetto sono state intraprese tutte le azioni per la riorganizzazione, la formazione del personale e l'approvvigionamento dei materiali necessari.

Dopo una prima pulizia delle liste degli operatori (per l'anno 2013 i nati nel 1963), che prevedeva l'esclusione per patologia (utilizzo database esenzioni alla partecipazione alla spesa sanitaria), sono stati individuati gli eleggibili allo Screening, successivamente invitati tramite lettera personalizzata con la possibilità di scelta tra varie opportunità di giorni, orari e sedi; allo Screening si accedeva anche in orario di servizio. La valutazione, a cura di un assistente sanitario, comprendeva la rilevazione del rischio cardiovascolare, utilizzando un questionario standardizzato, su stili di vita, misurazione di peso, altezza e circonferenza vita, misurazione della pressione arteriosa ed esecuzione di uno stick glicemico. Sulla base della valutazione effettuata, l'attribuzione a una classe di rischio, la proposta per i soggetti con comportamenti a rischio (scorretta nutrizione, fumo di tabacco, sedentarietà) di percorsi di salute mirati e l'invio dei soggetti con "ipotesi di malattia" (ipertensione o diabete) al proprio medico di medicina generale (MMG) per l'eventuale terapia specifica. Le classi di rischio erano così codificate: (A) stile di vita sano, parametri nella norma e non in terapia; (B) stile di vita non sano, parametri nella norma e non in terapia; (C/C1)-stile di vita sano/non sano, presenza anche di un solo valore analitico non nella norma (PA SYS>140 e/o PA DIA >90 oppure HGT>110 mg/dl), non in terapia; (D) già in terapia



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(esclusione tardiva). **RISULTATI:** Sono stati invitati a sottoporsi allo screening n. 97 soggetti. Di questi il 56% (n. 54) ha risposto all'invito e si è sottoposto alla valutazione sanitaria e, sulla base dei dati raccolti, ognuno di essi è stato inserito nelle varie classi di rischio: n. 19 (35.1%) è rientrato nella classe A; n. 27 (50%) è rientrato nella classe B; n. 1 (2%) è rientrato nella classe C; n. 4 (7.4%) nella classe C1; infine n. 3 (5.5%) esclusi tardivamente perché in classe D. I soggetti individuati con parametri di vita non adeguati (classe C-C1) erano n. 5. Come da protocollo sono stati segnalati ai rispettivi MMG per una valutazione più approfondita. Dalla misurazione di peso ed altezza si è ricavato il Body Mass Index (BMI). Dei 54 soggetti screenati, 28 sono risultati normopeso (BMI 18.5-24.9), 20 sovrappeso (BMI 25-29.9); 3 obesi (BMI 30 – 34.9) e infine 3 gravemente obesi (BMI 35-39.9). In totale i BMI elevati erano 26 corrispondenti a circa il 48%. A tutti i soggetti rientranti nella classe B, sono stati offerti percorsi salute, per il miglioramento degli stili di vita, come corsi per la disassuefazione al fumo di tabacco, organizzati presso l'Azienda Sanitaria; counselling nutrizionale individuale gestito da un Nutrizionista del Servizio Alimenti e Nutrizione; possibilità di partecipare ai Gruppi di Cammino presenti in 11 dei 28 Comuni dell'Azienda Sanitaria o aderire all'attività motoria proposta dai Circoli Ricreativi Aziendali (CRALL e CROSS). Al follow up a 6 mesi, proposto agli operatori in classe B, hanno aderito 14 dipendenti. Dall'analisi dei dati è emerso che, attraverso il miglioramento degli stili di vita, 3 dipendenti sono rientrati nella classe A.

CONCLUSIONI: Lo screening permette di aumentare la percezione sui rischi derivanti dagli scorretti stili di vita.

Anche se non tutte le offerte di salute organizzate, non sono sempre accolte (difficoltà da parte degli operatori sanitari, per lo più donne, ad adeguarsi agli orari delle offerte di salute, per vincoli di lavoro o impegni di famiglia), lo screening permette ugualmente, dopo il colloquio con l'Assistente Sanitario, di apportare anche autonomamente valide modifiche, per il miglioramento degli stili di vita, nella propria quotidianità.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 502

EMERGENZA ICTUS: RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEL PERCORSO STROKE – TROMBOLISI IN AREA VASTA 5

A. Ricciardi 1, I. Pellegrini 1, R. Appignanesi 2, P. Groff 3, M. Loria 4, M. Ragno 5, R. Gobbato 5
 1 Scuola Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Ancona; 2 Direzione Sanitaria Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto; 3 Pronto Soccorso Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto; 4 Pronto Soccorso Ospedale Mazzoni, Ascoli Piceno; Neurologia Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto

INTRODUZIONE: L'ictus costituisce la prima causa di invalidità e la terza causa di morte in Occidente. Gli eventi tromboembolici rappresentano la causa principale di ictus ischemico acuto. Le strategie di riperfusione hanno il fine di ristabilire un adeguato flusso nel territorio vascolare ipoperfuso tentando di disgregare il trombo/emboło. Ripristinare il flusso ematico entro 4.5 h si traduce in un miglioramento dell'esito clinico del paziente

L'obiettivo è quello di omogeneizzare i processi diagnostico terapeutici, l'accesso alla trombolisi, monitorare il percorso STROKE trombolisi, evidenziare eventuali criticità, tentare di eliminarle.

MATERIALI E METODI: L'ospedale Madonna del Soccorso costituisce il centro hub per il trattamento trombolitico dell'ictus ischemico acuto dell'area vasta 5. Costituiscono criteri di esclusione: età < 18 o > 80 anni; sostanziale risoluzione dei sintomi; inizio dei sintomi imprecisato, nel sonno, o superiore alle 4.5 ore; esiti invalidanti di precedenti accidenti cerebrovascolari, malattie sistemiche gravi; glicemia < 50 mg/dl ; terapia ipocoagulante. A partire dal marzo 2013 è stato avviato un monitoraggio dell'attuazione del percorso STROKE – trombolisi in area vasta 5, mediante consultazione delle cartelle della neurologia di San Benedetto del Tronto che prosegue tutt'oggi. Sono state svolte periodiche riunioni per analizzare i dati preliminari, individuare criticità, proporre modifiche al protocollo. **RISULTATI:** Da marzo 2013 ad oggi sono stati ricoverati presso la neurologia di San Benedetto del Tronto 332 pazienti con ictus ischemici, e 71 pazienti con ictus emorragici. Il tempo esordio sintomi - arrivo in reparto è stato minore di 4.5 ore in 65 pazienti (19.6%), maggiore di 4.5 ore in 98 pazienti (29.5%), non determinabile in 169 pazienti (50.9%). Dei pazienti arrivati in neurologia entro 4.5 h, finestra temporale che consentirebbe la fibrinolisi, il 73.8% sono arrivati in PS tramite 118, il 26.2% autonomamente; il trasporto con ambulanza sembra dunque aumentare la probabilità di arrivare entro le 4.5 ore e quindi potenzialmente di accedere alla trombolisi. Su 98 pazienti con tempistica onset-arrivo in neurologia > 4,5 h, 54 erano pazienti residenti al di fuori del distretto di San Benedetto (37 ad Ascoli Piceno, 11 extraregione, 6 fuori AV). Di questi 17 accedevano autonomamente al PS di Ascoli Piceno (31.5%), 9 al PS di San Benedetto (16.6%).

Dei 98 pazienti con tempistica onset-arrivo in neurologia > 4,5 h, 66 (57.3%) presentava tuttavia comunque altre cause di non eleggibilità. Nel periodo in esame sono state effettuate 16 fibrinolisi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(5% dei pazienti con stroke ischemico); dal 2010 a tutto il 2012 erano stato effettuate solo 13 fibrinolisi (circa 2 % all'anno). Delle 16 trombolisi effettuate, 15 hanno riguardato pazienti trasportati al PS dal 118, solo 1 paziente ha raggiunto il PS autonomamente. Per quanto riguarda la provenienza dei pazienti 9 su 16 risiedevano in comuni del distretto di Ascoli Piceno, 6 di pertinenza del distretto di San Benedetto del Tronto, 1 era extraregione. La motivazione di non eleggibilità non viene esplicitamente dichiarata; tuttavia nella maggioranza dei casi è rintracciabile in cartella; solo per n. 14 pazienti non è stata identificata e si è proceduto alla revisione dei casi con i referenti di reparto. Sono emerse come cause di non eleggibilità in ordine di frequenza: regressione parziale sintomi, quadro lieve, neoplasie, esiti invalidanti precedenti accidenti cerebro-vascolari, NIH basso, quadro clinico dubbio. CONCLUSIONI: La percentuale di pazienti trombolizzati mostra un trend in aumento rispetto ai 3 anni precedenti (attualmente 5%). Rispetto all'arrivo con mezzi propri, il trasporto con 118 sembra aumentare la probabilità di arrivare entro 4.5 ore e di accedere alla trombolisi. La causa prima dell'allungamento "door to needle" è la scarsa consapevolezza nella popolazione di quanto un ictus possa giovare di un tempestivo arrivo in ospedale; la maggior parte dei pazienti con onset-door superiore alle 4.5 h risiedeva al di fuori del distretto di San Benedetto e accedeva autonomamente al PS; di qui l'importanza di diffondere tra la popolazione il messaggio di contattare il 118 per centralizzare il paziente in ospedale in tempi più rapidi possibile. La maggioranza delle trombolisi ha riguardato pazienti del distretto di Ascoli: la centralizzazione dei pazienti è dunque avvenuta correttamente. Nel corso delle riunioni svoltesi sono emerse anche criticità: pazienti non valutati al triage come codici rossi (74.1%), tempo di insorgenza imprecisato (27.9%), mancata indicazione in cartella della causa di non eleggibilità (4.2%). Pur essendo documentabili sostanziali progressi nel trattamento dei pazienti con stroke l'efficacia della rete può essere migliorata. La condivisione di protocolli diagnostico terapeutici, una maggiore informazione alla popolazione, la formazione del personale, l'integrazione col territorio, la valutazione di indicatori rappresentano mezzi imprescindibili per realizzare questo miglioramento.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 043

LA RETE PER LA GESTIONE DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE DELLA REGIONE VENETO

M. Saia 1, L. Roncon 2, D. Mantoan 3

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Presidente ANMCO Veneto, 3 Regione Veneto - Direttore Generale Area Sanità e Sociale

INTRODUZIONE: L'infarto acuto del miocardio (IMA), oltre a rappresentare una delle principali cause di morte e disabilità nei paesi occidentali, costituisce una delle più frequenti emergenze la cui gestione richiede un'efficiente organizzazione sanitaria per garantire tempestivamente le cure più efficaci e il miglioramento della prognosi.

Nel Veneto nel 2008 è stata istituita la rete per la gestione delle sindromi coronariche acute, impostata sul modello Hub & Spoke coordinati tra di loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi, che prevede l'invio ai centri Hub, dotati di un laboratorio di cardiologia interventistica operante nelle 24 ore, di tutti i soggetti con infarto miocardico con indicazione alla rivascolarizzazione, fermo restando l'importante ruolo dei centri Spoke nella sostenibilità del sistema, che, oltre all'attività elettiva, sono deputati all'esecuzione di angioplastiche primarie ai soli soggetti che si presentano spontaneamente presso gli stessi.

Con l'obiettivo di dimensionare le caratteristiche delle ospedalizzazioni per IMA nel Veneto e l'impatto assistenziale dell'istituzione della rete in termini di rivascolarizzazioni, è stata condotta un'analisi sulle ospedalizzazioni per IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) nel periodo 2000-2012. **MATERIALI E METODI:** Avvalendosi dell'archivio regionale informatizzato delle schede di dimissione ospedaliera, sono stati individuati gli episodi di ricovero relativamente al periodo 2000-2012 identificati dal codice diagnosi ICD9-CM 410.x1; nei casi in cui il quarto carattere era diverso da "7" l'IMA è stato classificato come STEMI e nei rimanenti casi come NSTEMI.

Tutti gli episodi di ricovero successivi dei medesimi pazienti, indipendentemente dalle diagnosi riportate, nei quali la data di ammissione differiva di 0/1 giorni dalla dimissione precedente sono stati considerati come unico episodio rappresentante l'unità dell'analisi; le rivascolarizzazioni sono state individuate in base alla presenza dei codici intervento 36.0x e 00.66. **RISULTATI:** Nel corso del 2012 si è assistito a 6.377 ospedalizzazioni per IMA, con un tasso std. di ospedalizzazione pari a 188,5 nel sesso maschile e 73,9 nel femminile.

Il 54% degli eventi (n.3.435) era riconducibile a eventi STEMI, che nel periodo considerato ha evidenziato un importante decremento percentuale (X2 trend; $p < 0,05$) che nel primo anno dell'analisi si attestava all'81% degli eventi complessivi.

Per quanto concerne le rivascolarizzazioni, si è assistito a un progressivo incremento dei pazienti sottoposti a tale procedura e, dall'istituzione della rete, considerando le rivascolarizzazioni effettuate nel giorno indice, emerge un incremento del 23% delle rivascolarizzazioni praticate complessivamente su base regionale, oltre a un incremento del 5% dei soggetti con IMA con un



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ricovero in un'unità operativa di Cardiologia. **CONCLUSIONI:** Il trend delle ospedalizzazioni, ha mostrato negli ultimi anni un sensibile calo in tutte le classi di età e in entrambi i sessi evidenziando un importante mutamento epidemiologico caratterizzato da una diminuzione degli eventi STEMI in contrapposizione ai NSTEMI.

Quanto riportato, relativamente al crescente ricorso a terapie di rivascolarizzazione di tipo invasivo, conferma l'efficacia dell'istituzione di una rete interospedaliera per la gestione delle sindromi coronariche acute, modello assistenziale peraltro previsto nella bozza di regolamento per gli standard ospedalieri di cui alla Legge 135/2012, che con il fine principale di migliorare la sopravvivenza aumentando il numero di rivascolarizzazioni in considerazione della dell'angioplastica primaria nei confronti della fibrinolisi, non può comunque prescindere da mirate campagne informative sul corretto accesso ai servizi di emergenza/urgenza da parte della cittadinanza parimenti alle altre patologie acute tempo-dipendenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 044

LA RETE ICTUS NELLA REGIONE DEL VENETO: FREQUENZA E DATI DI ASSISTENZA

M. Saia 1, B. Giometto 2, D. Mantoan 3

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Vicepresidente SIN - Regione Veneto ULSS 9 Treviso, 3 Regione Veneto - Direttore Generale Area Sanità e Sociale

INTRODUZIONE: Annualmente si assiste all'ospedalizzazione di circa 9.000 cittadini veneti per ictus, nell'80% dei casi rappresentate da eventi di tipo ischemico, con un 16% di emorragie cerebrali e un 4% di emorragie subaracnoidee.

Dalla distribuzione per sesso e classe di età emerge come tali patologie siano appannaggio principalmente delle età più avanzate, con una quota di ictus ischemici negli ultrasessantacinquenni pari al 78% nei maschi e al 91% nelle femmine.

Nel 2010 nel Veneto è stata attivata la rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta, articolata secondo il modello Hub & Spoke in linea a quanto proposto nel documento della Conferenza Stato Regioni del 3.2.2005 con una suddivisione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale in tre fasi, ovvero una fase preospedaliera, ospedaliera, con presa in carico in strutture dedicate, e post-ospedaliera, deputata essenzialmente a limitare le disabilità determinate dall'ictus.

L'assetto della rete ictus regionale prevede la presenza di n. 6 unità di 2° livello (44 pl. complessivi), n. 15 unità di 1° livello, entrambe deputate all'effettuazione della trombolisi, e n. 11 aree dedicate all'ictus. **MATERIALI E METODI:** Avvalendosi dei dati forniti dalle unità ictus operanti in ambito regionale e dell'archivio informatizzato delle schede di dimissione ospedaliera, selezionando i codici diagnosi ICD9-CM 433.x1; 434.01; 434.11; 434.91 e il codice procedura 99.10 per documentare l'infusione dell'agente trombolitico, con cadenza annuale, nell'ambito del monitoraggio delle reti assistenziali, viene analizzata l'attività a livello regionale con l'obiettivo principale di dimensionare il ricorso alla terapia trombolitica e di individuare eventuali criticità nel funzionamento della rete. **RISULTATI:** Nel corso del periodo analizzato, si è assistito a un costante incremento del numero di trombolisi praticate, sia da parte delle unità di 1° livello che di 2°, ed è da sottolineare come con l'attivazione della rete, avvenuta nel 2010, i trattamenti trombolitici avvengano presso tutte le unità ictus individuate.

Tale incremento, oltre all'immediata disponibilità dei centri a fornire adeguati trattamenti, è riconducibile alla condivisione di un unico protocollo diagnostico-terapeutico su base regionale, di assoluta importanza per la precocità nella diagnosi finalizzata all'invio dei pazienti a centri idonei evitando inutili e potenzialmente dannosi passaggi intermedi. **CONCLUSIONI:** Quanto emerso in termini di attività dei centri deputati all'effettuazione dei trattamenti trombolitici a seguito dell'istituzione della rete integrata per la gestione dell'ictus in fase acuta, alla luce dell'importante incremento dei trattamenti, più che raddoppiati nei primi quattro anni di attività, conferma la



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

validità di tale modello assistenziale, peraltro ripreso nella bozza di regolamento per gli standard ospedalieri di cui alla Legge 135/2012, e pone fundamentalmente un quesito relativamente al numero di trattamenti raggiungibile da tale organizzazione il cui successo non può prescindere da campagne informative sul corretto accesso ai servizi di emergenza/urgenza da parte della cittadinanza in tutte le patologie acute tempo dipendenti.

Il percorso normativo regionale si è poi completato con un documento di indirizzo relativo alla gestione della fase postacuta dell'ictus e con l'istituzione di un apposito percorso formativo rivolto a tutti gli operatori della fase acuta dell'ictus.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 045

VOLUMI ED ESITI NELL'INTERVENTO DI RIPARAZIONE DELL'ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE NON ROTTO.

G. Callegaro 1, M. Saia 2

1 Regione Veneto - ULSS 13 Mirano (VE), 2 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale

INTRODUZIONE: Numerose revisioni sistematiche di studi osservazionali, in considerazione dell'impraticabilità di studi randomizzati controllati, hanno messo in luce evidenze di associazione tra volumi di attività più elevati e migliori esiti delle cure.

In letteratura è riportato come l'intervento di riparazione di aneurisma dell'aorta addominale non rotto rappresenta sia una delle numerose procedure chirurgiche caratterizzata da un'associazione positiva volumi/esiti.

Con l'obiettivo di dimensionare il fenomeno nella Regione Veneto, valutando nel contempo la sussistenza di tale associazione, è stata condotta un'analisi retrospettiva. **MATERIALI E METODI:** Attraverso il flusso regionale SDO sono state identificate le dimissioni del periodo 2000-2013 dalle strutture sanitarie venete con codice diagnosi ICD9-CM 441.4 "aneurisma dell'aorta addominale senza rottura", in associazione ai codici intervento 38.34 "resezione dell'aorta con anastomosi", 38.44 "resezione dell'aorta addominale con sostituzione", 38.64 "altra asportazione dell'aorta addominale" e 39.71 "impianto endovascolare di graft nell'aorta addominale"; dall'analisi sono stati esclusi i ricoveri caratterizzati dall'urgenza.

Per valutare l'associazione tra volumi di attività e mortalità intraospedaliera nel ricovero indice, nel corso del quale è stato praticato l'intervento, è stata analizzata la distribuzione degli interventi per struttura secondo le seguenti classi di volume di interventi/anno: 100; le classi di attività sono state calcolate annualmente, considerando pertanto come unità dell'indagine l'attività annuale di ogni singola struttura. **RISULTATI:** Nel periodo analizzato, in virtù dell'esclusione di 802 dimissioni caratterizzate dall'urgenza del ricovero, sono state identificate 5.200 dimissioni con diagnosi di aneurisma addominale non rotto, che hanno complessivamente comportato 55.193 giornate di degenza, con una DM pari a $10,6 \pm 6,2$ gg.

Il campione era costituito da soggetti di età media pari a $71,5 \pm 11,1$ anni, con una netta prevalenza del sesso maschile (92%), e l'analisi ha evidenziato una mortalità intraospedaliera pari a 1%, più elevata nel sesso maschile (1,0% Vs. 0,7%) ma non significativamente per l'esigua rappresentazione del sesso femminile.

Il 16% degli interventi è stato eseguito in strutture >100, con una distribuzione sovrapponibile della rimanente attività praticata in strutture con un volume superiore ai 5 interventi annui (5-25: 26,5%; 25-50: 27%; 50-100: 27,3%) e un 4% dell'attività in strutture al di sotto dei 5.

Dalla stratificazione della mortalità osservata in base ai volumi di attività, come atteso, il valore più contenuto, pari a 0,6%, era riferito alle strutture >100 interventi (OR: 0,59; $p < 0,05$) e il più elevato



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

a quelle con meno di 5 interventi (1,6%), con un dato sostanzialmente simile per le strutture a volumi intermedi (1%); da segnalare comunque come l'associazione tra mortalità intraospedaliera e volumi di attività abbia significatività statistica esclusivamente in riferimento alle strutture al di sopra dei 100 interventi annui. **CONCLUSIONI:** Sebbene in presenza di una limitata significatività statistica, quanto emerso è in linea con la letteratura, con un minor rischio di mortalità intraospedaliera nelle strutture ad alto volume di attività.

Risulta opportuno condurre ulteriori analisi basate sulla volume-dipendenza non solo della struttura bensì del singolo operatore, sia alla luce del valore soglia di attività pari a 13 interventi/anno proposto da un autorevole revisione sistematica della letteratura (Young EL et al. J Vasc Surg 2007;46(6):1287-94) che, pur essendo riconosciuta l'associazione positiva tra alti volumi di attività ospedaliera ed esito (Davoli M, et al. Epidemiol Prev. 2005;29:3-63), l'esposizione maggiormente rilevante è rappresentata dall'intervento chirurgico e non dal volume di attività della struttura.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 297

SCREENING "CARDIO 50"- COMUNI DEL "QUARTIER DEL PIAVE E VALLATA" AZIENDA ULSS 7 – VENETO

P. De Biasi 1; A. Pierdonà 1; D. Virga 1; C. Sturion 1; S. Cinquetti 2.

1 Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene Sanità Pubblica Ulss 7, Pieve di Soligo

2 Dipartimento di Prevenzione, Ulss 7, Pieve di Soligo

INTRODUZIONE: Nell'anno 2014 l'Azienda ULSS 7 del Veneto, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali degli otto Comuni facenti parte del "Quartier del Piave e Vallata" ha avviato lo studio "Sviluppo dei Servizi Socio Sanitari attivi nel territorio del Quartier del Piave e Vallata" per l'analisi di un profilo di comunità e per la definizione di un progetto di implementazione e miglioramento dei Servizi Socio Sanitari già presenti nel territorio. Dall'analisi epidemiologica sono emerse evidenze tra cui l'urgenza di lavorare per la prevenzione delle malattie cardiovascolari che costituiscono la prima causa di morte e perdita di anni di vita potenziali nella popolazione in esame.

Lo Screening "Cardio 50" è una delle linee di lavoro che prevede la chiamata attiva dei neocinquantenni residente nel suddetto territorio (per l'anno 2014 i nati nel 1964) per una valutazione dei principali fattori di rischio cardiovascolare, al fine di ridurre la mortalità e la morbosità. Il progetto prende spunto da una Ricerca Finalizzata e da una successiva sperimentazione in 6 Aziende Ulss del Veneto. MATERIALI E METODI:

Prima dell'avvio del progetto sono state intraprese tutte le azioni per l'organizzazione, la formazione del personale e l'approvvigionamento dei materiali necessari.

Dopo una prima pulizia delle liste (esclusione per patologia utilizzando il database sulle esenzioni alla partecipazione alla spesa sanitaria) sono stati individuati gli eleggibili allo Screening, successivamente invitati tramite lettera personalizzata. La valutazione, a cura di un assistente sanitario, comprendeva la rilevazione del rischio cardiovascolare, utilizzando un questionario standardizzato su stili di vita, misurazione di peso, altezza e circonferenza vita, misurazione della pressione arteriosa ed esecuzione di uno stick glicemico. Sulla base della valutazione effettuata, l'attribuzione a una classe di rischio, la proposta per i soggetti con comportamenti a rischio (scorretta nutrizione, abitudine al fumo di tabacco, sedentarietà) di percorsi di salute mirati e l'invio dei soggetti con "ipotesi di malattia" (ipertensione o diabete) al proprio medico di medicina generale (MMG) per l'eventuale terapia specifica. Le classi di rischio erano così codificate: (A) stile di vita sano, parametri nella norma e non in terapia; (B) stile di vita non sano, parametri nella norma e non in terapia; (C/C1)-stile di vita non sano/ sano, presenza anche di un solo valore analitico non nella norma (PA SYS>140 e/o PA DIA >90 oppure HGT>110 mg/dl), non in terapia; (D) già in terapia (esclusione tardiva).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

RISULTATI: Sono stati invitati a sottoporsi allo screening n. 612 soggetti. Di questi il 72% (n. 438) ha risposto all'invito e si è sottoposto alla valutazione sanitaria e, sulla base dei dati raccolti, ognuno di essi è stato inserito nelle varie classi di rischio: n.104 (23.7%) è rientrato nella classe A; n. 171 (39%) è rientrato nella classe B; n. 109 (24.8%) è rientrato nella classe C; n. 26 (6%) nella classe C1; infine n. 28 (6.3%) esclusi tardivamente perché in classe D.

I soggetti individuati con parametri di vita non adeguati (classe C-C1) erano n. 109. Di questi n. 20 (18.3%) con parametri glicemici non nella norma e n. 126 (93.3%) con parametri pressori non nella norma. Come da protocollo sono stati segnalati ai rispettivi MMG per una valutazione più approfondita. Dalla misurazione di peso ed altezza si è ricavato il Body Mass Index (BMI). Dei 438 soggetti screenati, 206 sono risultati normopeso (BMI 18.5-24.9), 157 sovrappeso (BMI 25-29.9); 49 obesi (BMI 30 – 34.9) e infine 13 gravemente obesi (BMI 35-39.9). In totale i BMI elevati erano 217 corrispondenti a circa il 50%. A tutti i soggetti rientranti nella classe B, sono stati offerti percorsi salute per il miglioramento degli stili di vita. 7 hanno aderito al "Percorso di Educazione Alimentare in gruppo per la prevenzione delle malattie cardiovascolari" (3 incontri) e 14 hanno aderito alla proposta di counselling nutrizionale individuale con la nutrizionista. N. 2 soggetti hanno iniziato un percorso individuale per smettere di fumare presso l'Unità Operativa di Pneumologia.

Per quel che riguarda l'attività motoria, oltre ai 2 gruppi di cammino già presenti nel territorio del "Quartier del Piave", si è creata l'opportunità per l'avvio, entro l'anno 2014 di 3 nuovi gruppi cammino aperti non solo ai partecipanti allo screening ma anche alla popolazione generale.

CONCLUSIONI:

Il modello operativo di arruolamento allo screening è risultato valido ed apprezzato dalla popolazione. I risultati hanno permesso di evidenziare una buona parte di potenziali ipertesi e iperglicemici non a conoscenza del problema e inviati prontamente ai MMG. Il counselling e le conseguenti azioni preventive proposte hanno permesso ai soggetti di evidenziare rischi e comportamenti non corretti e permesso di inserire nella propria quotidianità piccoli miglioramenti che ricadranno anche nella propria cerchia familiare nonostante non si siano evidenziate elevate adesioni ai percorsi di salute proposti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 608

LA DIAGNOSI PRECOCE DI BRONCOPNEUMOPATIA OSTRUTTIVA: SPERIMENTAZIONE D'UN MODELLO DI MEDICINA DI INIZIATIVA NEL DISTRETTO CENTRO SUD DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

W. Mantovani 1, R. Nardelli 2, F. Chiumeo 3, S. Fellin 1, Z. Bellotti 1, D. Sicheri 2, A. Scalise 1, M. Migazzi 1.

1 Dipartimento di Prevenzione; 2 Dipartimento Medico, area pneumologia; 3 Medico di Medicina Generale della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

INTRODUZIONE: La BPCO, quarta causa di morte nel mondo, patologia prevenibile e trattabile, comporta un costo sociale ed economico consistente e crescente. In Europa si stima una prevalenza del 4-6%. La BPCO è oggi ancora largamente sottostimata, solo una parte dei soggetti malati viene identificata, spesso con grave ritardo, limitando le possibilità di terapia e prevenzione delle complicanze. Affrontare la cronicità ad evoluzione sistemica e intercettare precocemente la comorbidità sono sfide assistenziali dei sistemi sanitari attuali e ancor più di quelli a venire. La Provincia Autonoma di Trento ha intrapreso in questa direzione diverse iniziative di ricerca e pratica clinica anche nel passato recente in sinergia con la Pneumologia della APSS e SNAMID, società scientifica della medicina generale e alcuni distretti. L'ultima ricerca è stata condotta dal 2011 al 2013 sulla popolazione over-65. Vogliamo presentare i risultati preliminari di uno studio, condotto con la Siti Triveneto, teso a migliorare l'identificazione e quindi la presa in carico di assistiti con rischio di BPCO nel distretto Centro-Sud della provincia di Trento sperimentando un percorso multidisciplinare e multi professionale tra MMG, Pneumologi e operatori della prevenzione. **MATERIALI E METODI:** Nei mesi di gennaio e febbraio 2013, 18 MMG hanno arruolato 141 assistiti (F:M=69:72) con età mediana (M) 54 anni (IQR 50-58), fumatori o recenti ex fumatori (M pack-year 30; IQR 20-37), senza diagnosi di patologia respiratoria o neoplasia, somministrando il questionario CAT (M 11; IQR 8-15) A tutti gli arruolati è stato proposto, in regime di esenzione ticket, un colloquio con una assistente sanitaria per la valutazione degli stili di vita, una spirometria presso il servizio pneumologico ospedaliero e un intervento di counselling per la dismissione del fumo. Il cittadino consenziente è stato avviato ad un percorso antifumo offerto dal servizio pneumologico ospedaliero con incontri dedicati, counselling motivazionale e rinforzo psicologico e clinico. Gli assistiti con diagnosi certa di BPCO sono stati rinviati al proprio curante con indicazioni terapeutiche. Attualmente è in corso la rivalutazione degli stessi parametri a distanza di 12 mesi in tutti gli arruolati e la valutazione della compliance al trattamento per i casi di BPCO. **RISULTATI:** 129 persone (91,5%; F: M=60:65), hanno completato la prima valutazione dopo l'arruolamento. Di queste 8 sono ex fumatori. Nel 82% sono presenti comorbidità: cardiopatia in 107 assistiti, diabete in 8 e nefropatia in 1. Una sintomatologia respiratoria era presente in 83 assistiti (66%), tale da limitare l'attività fisica per 20 di questi. Il 56% era sovrappeso



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

o obeso (50 e 23 persone rispettivamente). Il 62% degli assistiti dichiara assente o poco significativa l'attività fisica (nel tempo libero o durante il lavoro). Il consumo di alcool è assente nel 46% degli intervistati. La valutazione pneumologia ha riscontrato 35 casi (27%) di BPCO (28 in stadio GOLD1 e 7 GOLD2) in 19 donne e 16 uomini con età mediana di 56 anni (IQR 52-59). Un quadro di ostruzione bronchiale borderline era presente in 13 persone. Il counselling antifumo, dopo la spirometria, rifiutato da 2 persone, è esitato nell'assenso al percorso di dismissione per 106 persone. Tuttavia, solo 56 (53% di chi ha espresso l'intenzione) ha intrapreso tale percorso. CONCLUSIONI: La valutazione preliminare di questo percorso integrato di diagnosi precoce e presa in carico ha evidenziato la sostenibilità del modello, il buon coinvolgimento dei professionisti (MMG, assistenti sanitari, pneumologi) e degli assistiti. Il PPDTA ha consentito di identificare 35 persone con BPCO di nuova diagnosi, con presa in carico Ospedale-Territorio. La conclusione del follow-up a 12 mesi e il confronto tra centri di sperimentazione consentiranno una valutazione sistemica del PPDTA per una strutturazione del modello organizzativo a garanzia di efficacia e di efficienza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 107

L'IMPATTO ECONOMICO DELL'OBESITÀ SUI SISTEMI SANITARI: UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

M.L. Specchia 1, M.A. Veneziano 1, C. Cadeddu 1, A.M. Ferriero 1, A. Mancuso 1, C. Ianuale 1, P. Parente 1, E. Lovato 1, S. Capri 1,2, W. Ricciardi 1

1 Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 Scuola di Economia e Management, Università Carlo Cattaneo LIUC, Castellanza

INTRODUZIONE: L'obesità rappresenta una delle più grandi sfide per la sanità pubblica del 21° secolo. Il sovrappeso e l'obesità rientrano tra i principali problemi di salute pubblica nei Paesi ad alto reddito, ma sono in aumento anche nei Paesi in via di sviluppo. È dimostrato come l'obesità abbia importanti conseguenze sociali ed economiche, in ragione delle quali è necessaria una valutazione del suo peso economico. L'obiettivo principale di questo studio è stato quello di valutare il burden economico dell'obesità e del sovrappeso nell'adulto in termini di costi diretti e indiretti. Un obiettivo secondario è stato quello di effettuare una valutazione della qualità degli studi esaminati. **MATERIALI E METODI:** È stata effettuata una revisione sistematica dell'impatto economico dell'obesità nell'adulto, consultando il database della letteratura scientifica PubMed attraverso lo sviluppo e l'utilizzo di uno specifico algoritmo di ricerca: ("body weights and measures"[MeSH] OR "obese" OR "obesity" OR "overweight" OR "obes*" [MeSH] OR "overweight" [MeSH] OR "Body Mass Index" [MeSH] OR "Body Mass Index" OR "BMI") AND ("medical costs" OR "cost of illness" [MeSH] OR "health expenditures" [MeSH] OR "health care costs" OR "cost of illness" OR "health expenditures" OR "indirect cost*" OR "direct cost*"). Sono state considerate analisi di cost of illness (COI) dell'obesità e del sovrappeso in soggetti di età maggiore o uguale a 18 anni, pubblicati fino a maggio 2013. Inoltre, con lo scopo di valutare la qualità degli studi inclusi, ciascuna delle analisi COI incluse è stata valutata sulla base della checklist di Drummond (British Medical Journal). **RISULTATI:** Sono state inizialmente reperite 1.052 analisi COI, 16 delle quali sono state infine considerate in questa revisione (Figura 1). Di queste 7 sono state effettuate negli Stati Uniti, 2 in Brasile, 2 in Germania, 1 in Giappone, 1 in Regno Unito, 1 in Australia, 1 in Corea e 1 in Cina. Dodici studi sono stati condotti secondo la prospettiva del Payer, 2 secondo la prospettiva sia della società che del Payer e 1 solo dal punto di vista della società. Il tipo di costi maggiormente considerati sono stati i costi diretti sanitari, 3 studi hanno incluso anche i costi indiretti e uno studio ha preso in considerazione anche i costi diretti non sanitari. I costi diretti sanitari complessivi dovuti a sovrappeso e obesità variano da 2,152 miliardi US\$ in Brasile a 2.74 miliardi US\$ in Cina a 8,56 miliardi US\$ nel Regno Unito. La qualità media degli studi inclusi è risultata medio-alta. **CONCLUSIONI:** L'analisi ha confermato che l'obesità assorbe una quantità enorme di risorse sanitarie e che gli studi disponibili risultano caratterizzati da una notevole eterogeneità. Tuttavia, poiché molti studi sono stati condotti dal punto di vista



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

del Payer, soltanto i costi diretti sanitari possono essere considerati esaustivi. Pertanto non sono ad oggi disponibili forti evidenze scientifiche, che siano tali da fornire un quadro completo di questo fenomeno anche secondo la prospettiva sociale. Sulla base di queste considerazioni, emerge la necessità di promuovere ulteriormente la ricerca nel campo dell'obesità dell'adulto, con l'obiettivo di accrescere la consapevolezza nei confronti di questo importante problema di sanità pubblica e aumentare l'impegno da parte di tutti gli stakeholder per affrontarlo e, soprattutto, prevenirlo. In particolare è necessario: a) condurre ulteriori analisi COI volte a valutare anche i costi indiretti, in quanto questi ultimi hanno un ruolo chiave in termini di onere economico (la perdita di produttività e le patologie legate all'obesità dovrebbero essere studiate in modo da avere una visione più completa del tutto il fenomeno); b) effettuare analisi di sensibilità con studi COI, al fine di valutare la robustezza dei risultati (del caso base); c) considerare un orizzonte temporale più ampio, che permetterebbe di tenere in considerazione tutte le conseguenze legate all'epidemia dell'obesità.

Per quanto concerne le implicazioni per la sanità pubblica, al fine di ridurre l'incidenza e il burden economico dell'obesità nell'adulto, è necessario innanzitutto intensificare le strategie preventive, attraverso la promozione di stili di vita e comportamenti positivi, nonché pianificare ed erogare servizi mirati (counseling, gruppi multidisciplinari con l'obiettivo di supportare le persone obese e in sovrappeso, programmi personalizzati per i pazienti, volti a migliorare il self-management).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 223

IL CARICO DI MALATTIA DELL'ICTUS: RISULTATI DI UNO STUDIO SU BASE DI POPOLAZIONE IN LOMBARDIA

R. Ciampichini 1; P. Cozzolino P; P.A. Cortesi 1; C. Fornari 1; F. Madotto 1; V. Chiodini 1; L.G. Mantovani 3; G. Cesana 1

1 Università degli Studi Milano-Bicocca, Monza-Brianza; 2 Fondazione CHARTA, Milano; 3 Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli

INTRODUZIONE: L'Ictus o Stroke è definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "un segno clinico a rapida evoluzione di un deficit focale della funzione cerebrale di probabile origine vascolare". La durata di tale condizione è superiore alle 24 ore, se inferiore si parla di attacco ischemico transitorio (TIA). Nelle fasce più anziane della popolazione le malattie del sistema circolatorio, imputabili principalmente alle malattie ischemiche del cuore e alle malattie cerebrovascolari, rappresentano la principale causa di morte. In Italia la neurodisabilità attribuita all'ictus si esprime con una prevalenza di 200 emiplegici ogni centomila abitanti. Le conseguenze legate a questa malattia, dal trattamento in fase acuta alla eventuale invalidità fino al decesso, rendono le conseguenze sociali ed economiche ad essa correlate tra le più gravi in medicina e riabilitazione. L'obiettivo del presente lavoro è quello di valutare incidenza, mortalità e carico economico dell'ictus su dati di popolazione. **MATERIALI E METODI:** I dati presentati in questo studio provengono dalle banche dati amministrative di tipo sanitario della Regione Lombardia, che conta circa 10 milioni di residenti, pari al 16,4% della popolazione italiana. La popolazione in studio è stata identificata attraverso la data warehouse DENALI che dal 2000, attraverso la collaborazione della Direzione Generale della Regione Lombardia e l'Università degli Studi Milano-Bicocca, integra per scopi di programmazione sanitaria i principali flussi amministrativi, quali anagrafica assistiti, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), prescrizioni farmaceutiche e specialistica ambulatoriale. Attraverso la data warehouse DENALI sono stati individuati tutti quei soggetti che hanno ricevuto almeno un ricovero per ictus (ICD-9 CM: 430.xx-438.xx) durante il periodo 2000–2010. L'evento indice è rappresentato dal primo tra i ricoveri sopra elencati. La popolazione selezionata è stata analizzata in termini di incidenza, mortalità e costi diretti sanitari espressi adottando la prospettiva del Sistema Sanitario Nazionale. **RISULTATI:** Durante il periodo di osservazione circa 530.000 individui (di cui 48,3% uomini) hanno ricevuto almeno un ricovero per ictus, cifra che corrisponde a 5,2 casi su 1.000 abitanti per anno. Gli individui della popolazione in studio sono caratterizzati da un'età media ($\pm$ SD) di 74,0 ($\pm$ 13,2) anni. L'ictus di tipo ischemico rappresenta la condizione di ricovero più frequente (36,8%), seguita da diagnosi di vasculopatie cerebrali acute mal definite (36,5%), TIA (11,2%) e ictus emorragico (9,0%). Il tasso complessivo di mortalità per la popolazione in studio è pari ad 11,7 per 100 persone-anno, con una sopravvivenza significativamente peggiore per l'ictus di tipo ischemico



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(16,7) ed emorragico (9,1) rispetto alla sopravvivenza stimata per la categoria di pazienti con primo evento indice di tipo TIA (7,8). Il costo medio per paziente durante l'anno di incidenza è pari a circa 6.000€ per i pazienti con evento indice di tipo TIA, 10.000€ per ictus di tipo ischemico e 20.000€ per quelli di tipo emorragico. Nell'anno in cui si verifica l'evento indice il principale determinante di costo è rappresentato dalle ospedalizzazioni che pesano tra l'80 ed il 90% del costo totale a seconda del tipo di ictus considerato. CONCLUSIONI: L'ictus rappresenta una condizione patologica caratterizzata da alta probabilità di invalidità, alta mortalità ed alto impatto economico nella sua gestione. Si stima che in Italia il 5% della popolazione sopra i 65 anni vada incontro ad un ictus una volta nella vita. Valutazioni di carattere globale indicano un incremento nella prevalenza di ictus e di costi diretti ed indiretti ad esso associati suggerendo ai servizi sanitari una attenzione particolare alle politiche di prevenzione e cura dell'ictus. Valutazioni di tipo epidemiologico ed economico su base di popolazione, come quella presentata in questo lavoro, si rendono dunque necessarie al fine di una corretta ed efficace pianificazione di politica sanitaria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 493

APPLICAZIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE AD UN GRUPPO DI LAVORATORI DI UNA SOCIETÀ MULTINAZIONALE NEL SETTORE DELL'ENERGIA

Mannocci A 1, Pignalosa S 1, Saulle R 1, Nicosia V 2, Gialdi C 2, Ortis M 3, Sabatino De Sanctis 2, Sernia S3, La Torre G 1.

1 Dipartimento di sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

2 Saipem, Servizi di Medicina del Lavoro. San Donato Milanese, Milano

3 Centro di Medicina Occupazionale, Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE: L'ipertensione arteriosa, l'obesità e l'ipercolesterolemia sono fattori di rischio implicati nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, con alti costi sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. L'identificazione delle persone a rischio cardiovascolare e nello specifico di infarto del miocardio è uno degli obiettivi principali della prevenzione primaria individuale e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico.

L'obiettivo dello studio è valutare il rischio di un evento coronarico fatale (Coronary Heart Disease - CHD) a 10 anni in un particolare setting di lavoratori, impegnati nel settore delle costruzioni di impianti e di servizi dedicati alla gestione di gas naturale e oli pesanti sia a livello on shore che off shore nel mondo. **MATERIALI E METODI:** In accordo con l'Azienda sono stati reclutati tutti i lavoratori che hanno sostenuto almeno una visita medica nel periodo 2009-2010, di sesso maschile, di età compresa tra i 30 e i 64 anni, e che lavorassero da almeno 5 anni presso l'Azienda. Si è calcolato lo Score per la stima del rischio cardiovascolare a 10 anni attraverso l'equazione riportata da Wilson et al. Tale punteggio prende in considerazione la maggior parte delle variabili coinvolte nel rischio cardiovascolare quali: età, colesterolo totale (mg/dL), LDL (mg/dL), HDL (mg/dL), pressione arteriosa sistolica e diastolica (mm Hg), stato di fumatore e presenza/assenza di diabete. **RISULTATI:** Sono stati arruolati 280 dipendenti, di cui il 20% ha un'età inferiore a 40 anni, il 28% tra i 40 e i 49 anni, il 33% tra 50-54 anni, il 19% oltre i 54 anni.

La percentuale di rischio risulta significativamente maggiore nei dipendenti rispetto alla popolazione generale di pari età in condizioni di buona salute in tutte le fasce di età analizzate tranne che per la fascia di età 60-64 anni (Tabella 1). I lavoratori tra i 55 e i 59 anni presentano un rischio percentuale medio di subire un evento coronarico fatale pari al 10.62 %, rispetto al 7% di riferimento.

In figura è riportata la distribuzione della differenza tra il rischio CHD a 10 anni osservato e quello atteso.

La distribuzione segue una curva di tipo normale asimmetrica verso destra, sottolineando un incremento medio del rischio cardiovascolare a 10 anni di circa il 2% rispetto all'atteso in tutte le



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

classi d'età (Figura 2). **CONCLUSIONI:** La percentuale di rischio CHD risulta esser significativamente maggiore in questo gruppo di lavoratori rispetto ai pari età in condizioni di buona salute. Inoltre si riscontra un incremento del rischio cardiovascolare calcolato del 2% rispetto all'atteso.

Le linee guida suggeriscono che per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, sia di tipo aziendale che individuale.

Cinque tipologie di screening sono stati definiti dall'azienda a seguito dei risultati ottenuti. Tali pacchetti prendono in considerazione le diverse fasce d'età del lavoratore e il tipo di attività svolta.

L'obiettivo è infatti quello di individuare precocemente i soggetti a rischio, intervenire sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, ed offrire al lavoratore contesti in grado di migliorarne la qualità della vita quali: mense che prevedano diete personalizzate (iposodiche, a basso contenuto lipidico, prive di glutine), la presenza nei luoghi di lavoro di un dietologo, la possibilità di consultare uno specialista a distanza, incentivare l'attività fisica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 127

PREVENZIONE DELL'OBESITA' IN PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO E/O SINDROME METABOLICA ATTRAVERSO UN PROGRAMMA DI DISEASE MANAGEMENT

T. Spinosa¹; G. Liguori²; R. De Caro¹; F. Laneri¹; S. Cammarota¹ ; A.Citarella¹; N. Scariati¹; MP. Romano¹

¹Agenzia Regionale Sanitaria della Campania. ARSAN, *Dipartimento di Scienze Motoria e del benessere .

²Università degli Studi di Napoli Parthenope

INTRODUZIONE: L'obesità, oltre ad essere determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socio-economici e culturali. Secondo i dati ottenuti dal progetto PASSI, la Regione Campania, è tra le Regioni con maggiore diffusione di sovrappeso e obesità, con una prevalenza che si attesta tra il 45-54% nella popolazione generale, fino a raggiungere l'81,3% nella popolazione diabetica di tipo 2.

L'obiettivo del presente studio è stato la sperimentazione di un programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio attraverso un processo di empowerment del soggetto diabetico e/o con sindrome metabolica. **MATERIALI E METODI:** Lo studio ha previsto il reclutamento da parte dei centri diabetologici territoriali (CAD), afferenti alle AA.SS.LL già arruolate nel Progetto IGEA Campania, di gruppi di circa 10 pazienti con Diabete Mellito tipo 2 e/o con Sindrome Metabolica di età compresa tra i 25 e 65 anni. Presso ciascun CAD sono stati organizzati due interventi educazionali realizzati da parte di team multidisciplinari di professionisti (MMG, Infermieri Professionali, Specialisti, esperti di fitness metabolico) adeguatamente formati sui temi e la metodologie dell'educazione terapeutica strutturata. In queste sedi sono stati affrontati i temi inerenti l'importanza di una corretta alimentazione e dell'attività fisica avvalendosi anche di materiale educativo finalizzato a sensibilizzare il paziente sulla necessità di un intervento terapeutico utile per acquisire la consapevolezza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della malattia. Attraverso la compilazione di appositi questionari è stata effettuata un'indagine sulle abitudini alimentari, l'attività motoria e propensione al cambiamento nonché l'efficacia del percorso eseguito in termini di accrescimento di conoscenze e gradimento da parte del partecipante. **RISULTATI:** Lo studio ha coinvolto 25 CAD distribuiti su tutto il territorio campano (il 57% dei centri diabetologici operanti sul territorio). Al percorso formativo hanno aderito 269 soggetti di età media pari a 60 anni, di cui 52% donne. Il 67% del campione aveva conoscenza dell'importanza di una corretta alimentazione e il 90% riteneva importante l'attività fisica, sebbene solo il 35% ha risposto di praticarla almeno 3 volte alla settimana. L'86% dei soggetti ha risposto di essere disposto al cambiamento, e di questi il 15% ha espresso una richiesta di una guida nell'operare tale cambiamento. Su un totale di 197 soggetti che hanno risposto al questionario di verifica del gradimento al percorso formativo seguito, l'80% dei soggetti ha riferito un giudizio complessivo positivo. **CONCLUSIONI:** L'analisi degli indicatori di processo ha



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

evidenziato che tale modalità organizzativa sembra utile alla promozione di un cambiamento, da parte dell'utente, relativamente agli stili di vita. Inoltre i dati relativi ai risultati ottenuti, anche se limitati, sembrano incoraggiare a proseguire questa modalità di intervento educativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 658

NIULIVA: IMMUNOGLOBULINA UMANA ANTIEPATITE B: STRATEGIE NEL CONSUMO ED OTTIMIZZAZIONE DEI COSTI

S. Pollini 1; A. Marcolongo 1; S. Barbieri 4 6; P. Boccagni 2; U. Cillo 2; G. Zanusi 2; E. Gringeri 2; D. Neri 2; A. Da Riva 2; A. Vitale 2; F. D'Amico 2; R. Boetto 2; M. Polacco 2; P. Burra 3; G. Gabutti 4; M. Bergamini 4; A. Stefanati 4; RM. Gaudio 5; FM. Avato 5; P. Feltracco 6

1 Controllo di Gestione e Programmazione, Azienda Ospedaliera Padova, Padova; 2 Unità Operativa di Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti Epatici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, Padova

3 Trapianto Multiviscerale Azienda Ospedaliera Padova, Padova; 4 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Igiene e Medicina del Lavoro Università degli Studi di Ferrara, Ferrara

5 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Legale Università degli Studi di Ferrara, Ferrara; 6 Unità Operativa Anestesiologia e Terapia Intensiva DIMED Università degli Studi di Padova, Padova

INTRODUZIONE: Negli ultimi anni, nel settore sanitario, i medici della Direzione Ospedaliera hanno sviluppato maggiormente una "mentalità manageriale" volta all'analisi e alla revisione dei processi produttivi non limitata solo ai singoli dipartimenti ma all'analisi della produzione di un input finale, dove i processi primari clinico-assistenziali sono tenacemente connessi ai processi sanitari e amministrativi di supporto. I nuovi scenari pongono l'esigenza di affrontare con decisione la sfida competitiva, tra le attuali esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa ospedaliera, i cambiamenti della domanda di prestazioni sanitarie, la complessità dei trattamenti in pazienti "critici e con patologie croniche avanzate" individuando un nuovo portafoglio di servizi a dimensione dei pazienti trattati nella specifica struttura. L'obiettivo prefisso, è quello di ottenere informazioni quanto più possibili aderenti alla realtà dello stato dell'arte e delle attività svolte, consentendo lo scambio di dati tra gli operatori coinvolti ai vari livelli nella "pipeline del paziente con epatite B" e la Direzione Aziendale. **MATERIALI E METODI:** L'individuazione del numero di pazienti trattati in base a gruppi omogenei, identificabili per tipo di patologia con un pari assorbimento di risorse, ha portato all'analisi delle tariffe legate alla "pipeline" e alla performance di qualità della struttura. L'analisi del flusso informativo dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, ha permesso di incrementare l'appropriatezza amministrativa e l'uso dei farmaci. Le Unità Operative coinvolte nella cura del paziente con cronicità devono offrire interventi sanitari efficaci e appropriati, consapevoli che test diagnostici e trattamenti inefficaci e/o inappropriati, oltre a non determinare alcun beneficio sono alla base di un aumento dei costi. **RISULTATI:** Il monitoraggio complessivo della spesa sostenuta dalle U.O. coinvolte nella cura dell'intero percorso assistenziale del paziente con cirrosi da epatite B (dalla diagnosi al periodo intraoperatorio del trapianto e il successivo follow up) ha portato a delineare la spesa farmaceutica dell'intero percorso permettendo di sottolineare non solo le criticità ma anche le



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

strategie attuate per ottimizzare i consumi, mantenendo lo stesso livello di qualità clinico-assistenziale. In un Centro ospedaliero-universitario ad elevata complessità assistenziale in cui l'attività trapiantologica rappresenta il 2,4% dei DRG (con peso medio 8,01), è emersa la necessità di sviluppare strategie operative per contenere i costi mantenendo elevati standard qualitativi di assistenza.

L'incremento nella quantità di farmaco consumato si rileva a fronte di un incremento del 12% dell'attività clinico-assistenziale per cui è indicata la somministrazione di NuLivra. **CONCLUSIONI:** La razionalizzazione delle risorse appartiene alla politica sanitaria, ma senza dubbio, la riduzione degli sprechi è legata alla professionalità dei medici, perché nessun paziente deve essere privato di interventi sanitari efficaci e appropriati, anche se talvolta risultano particolarmente costosi. Grande impegno è stato posto anche nella formazione del personale medico e nella verifica della qualità che ha portato alla stesura di linee comportamentali di trattamento e di richieste. L'analisi critica dei dati, su cui basare le modifiche dei protocolli e le eventuali strategie organizzative rappresenta uno dei capisaldi del team multidisciplinare di clinici che in questi 20 anni di attività trapiantologica epatica ha sviluppato linee guida che hanno permesso di migliorare la salute di pazienti, ridurre i rischi clinici e consentire un più appropriato impiego delle risorse disponibili.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 497

LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ EVOLUTIVA: SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI RETE TERRITORIALE INTEGRATA

A.R. Cavallo 1; S. Liuzzi 1; M.D. Simeone 1; R. Gurrado 2; A. Giorgino 1; A. Pesare 1

1. Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

2.S.S.D. Ospedale di Castellaneta ASL Taranto

INTRODUZIONE: L'eccesso ponderale ha coinvolto il mondo industrializzato e in particolare l'Italia meridionale, così come documentato dall'indagine di sorveglianza nutrizionale del Ministero della Salute "OKkio alla SALUTE" della Regione Puglia, nel 2012 il 24.8% dei bambini pugliesi di età 8-9 anni è in sovrappeso contro la media nazionale del 22% e il 7% è obeso, contro la media nazionale dell'12.4%. Nella provincia di Taranto il 41.5% dei bambini risulta essere in eccesso ponderale. Le strategie di prevenzione primaria dell'obesità, devono orientarsi al sostegno e alla promozione attiva dei fattori protettivi evidence-based, durante l'intero periodo sensibile esteso dalla vita prenatale all'adolescenza. Nell'ambito della prevenzione primaria il Pediatra di Libera Scelta (PLS) ha un ruolo centrale nel sensibilizzare/educare i genitori a mettere in atto precocemente una serie d'azioni preventive età-specifiche: la promozione dell'allattamento al seno, il monitoraggio antropometrico e l'intercettazione precoce di sovrappeso/obesità. A tale proposito occorre rilevare che i programmi di sorveglianza nutrizionale su larga scala, di promozione della salute e di prevenzione primaria dell'obesità, realizzati a scuola nella popolazione infantile, non hanno effetti solo per la popolazione "sana", ma rappresentano un'opportunità anche per i bambini obesi, poiché entrambi agiscono sul contrasto degli stessi fattori di rischio. Per la complessità delle cause, per la variabilità del grado di severità e per le implicazioni sulla salute, gli interventi preventivi mirano a portare il bambino e la sua famiglia a prendere coscienza dell'eccesso di peso. Il trattamento dell'obesità richiede modalità organizzative specifiche dei servizi sanitari. Questi devono rafforzarsi come servizi di rete, secondo i principi d'integrazione, multidisciplinarietà tra Dipartimento di Prevenzione, PLS, famiglia e scuola per garantire i diversi tipi d'intervento. L'obiettivo generale è quello di un modello organizzativo che a partire dalla rete di percorsi già esistenti e strutturati si arricchisca di nuove sinergie e collaborazioni. Da qui l'idea di istituire presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale di Castellaneta un Ambulatorio di nutrizione pediatrica. **MATERIALI E METODI:** L'approccio terapeutico multidimensionale dell'obesità infantile utilizza le seguenti linee d'indirizzo:

- educazione alimentare
- approccio cognitivo-comportamentale
- promozione dell'attività motoria inserita nel quotidiano, come gioco libero in movimento
- coinvolgimento attivo dei genitori (modello e supporto)



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- riduzione dell'intake calorico, pur mantenendo un apporto nutrizionale adeguato. **RISULTATI:** Saranno valutati in itinere attraverso un continuo e programmato processo di follow-up che prevede: - monitoraggio dello stato nutrizionale con visite di controllo programmate alle varie età del bambino che valutano la curva di crescita. In questa fase sarà programmata una valutazione d'esito per valutare ad esempio il drop out a tre mesi, sei, dodici e diciotto mesi, l'incremento della percentuale di bambini in eccesso ponderale che diventano normopeso attraverso il monitoraggio dell'evoluzione di sovrappeso e obesità nelle coorti di bambini nel tempo. - Monitoraggio delle abitudini alimentari e dell'attività fisica, attraverso una valutazione delle porzioni consumate valutando così il bilancio energetico e il dispendio energetico. Eventuale monitoraggio clinico, nei casi che dovessero richiederlo, per la valutazione dell'adeguatezza dell'approccio educativo e non prescrittivo, che intende proporre modifiche qualitative delle abitudini alimentari. Una valutazione di esito per valutare il drop out a tre mesi, sei, dodici e diciotto mesi, l'incremento della percentuale di bambini in eccesso ponderale che diventano normopeso. **CONCLUSIONI:** Con un'intensa attività di educazione nutrizionale e promozione della salute sarà possibile ottenere una modifica permanente dello stile di vita del bambino, ovvero tutte quelle trasformazioni che devono avvenire nella persona e nel suo ambiente di vita tali da permettergli di migliorare le abitudini alimentari, ridurre la sedentarietà e aumentare l'attività fisica. Questo obiettivo è raggiungibile solo attraverso interventi a più livelli e da parte di più figure professionali tramite un modello di intervento multidisciplinare integrato, coinvolgendo attivamente genitori, scuola e i vari operatori sanitari del SSN. E' necessario che gli interventi siano organizzati in una rete di collaborazione multi-professionale che offra continuità di assistenza dalla nascita alla tarda adolescenza, nonché una capillarità del trattamento al fine del benessere psicofisico del bambino.



SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C9: VACCINAZIONI DELL'INFANZIA



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 245

ANALISI DI IMPATTO SUL BUDGET DELL'INTRODUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTI-ROTAVIRUS PER TUTTI I NUOVI NATI DELL'AZIENDA USL 11 EMPOLI

S. Boccalini 1, C. Lorini 1, M. Balli 2, P. Filidei 3, E. Mugnaini 3, A. Silva 3, G. Mazzoni 3, G. Bonaccorsi 4, P. Bonanni 1, S. Guarducci 2

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze;

2 Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze;

3 Dipartimento di Prevenzione, Unità Operativa Complessa Igiene e Sanità Pubblica/Medicina dello Sport, Azienda Unità Sanitaria Locale 11 Empoli;

4 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE: L'infezione da rotavirus (RV) rappresenta la prima causa di gastroenterite acuta virale (RVGE) nei bambini sotto i cinque anni in tutto il mondo; colpisce prevalentemente i bambini da 6 a 24 mesi di vita e può causare una diarrea grave, fino alla disidratazione e al decesso se la terapia reidratante non viene adeguatamente somministrata. In Europa ogni anno nei bambini di età inferiore a 5 anni (circa 23,6 milioni) si stimano 3,6 milioni di episodi di RVGE, 231 decessi, almeno 87.000 ospedalizzazioni e circa 700.000 visite mediche correlati a tali patologie. Anche in Italia l'infezione da RV ha un notevole impatto clinico, con notevoli ripercussioni sia a livello del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come visite mediche, accessi al Pronto Soccorso, ricoveri in ospedale, sia come carico sulle famiglie (assenza dal lavoro, costo di farmaci, prodotti dietetici e pannolini, ecc...).

La RVGE è una patologia prevenibile mediante vaccinazione ma ad oggi il vaccino anti-rotavirus non è stato ancora inserito tra le vaccinazioni offerte in modo attivo e gratuito per i nuovi nati nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinazione 2012-2014 e nemmeno nell'attuale calendario vaccinale della Regione Toscana. Per valutare l'efficienza allocativa del vaccino anti-rotavirus rispetto alle limitate risorse disponibili in sanità e supportare i decisori nelle scelte gestionali, è stata effettuata una valutazione economica sull'introduzione della vaccinazione anti-rotavirus per tutti i nuovi nati nell'ASL 11 di Empoli (Toscana) per un periodo di 5 anni attraverso un'analisi di impatto sul budget. **MATERIALI E METODI:** E' stato sviluppato un modello matematico per valutare l'impatto sul budget della vaccinazione anti-rotavirus di tutti i nuovi nati nella ASL 11 di Empoli nella prospettiva del SSN. L'impatto clinico-economico dell'adozione di un programma di vaccinazione anti-rotavirus per le nuove coorti di nascita per 5 anni consecutivi è stato paragonato ad uno scenario di non vaccinazione. E' stata assunta una copertura vaccinale del 90%, mantenuta costante per 5 anni. In particolare, sono stati presi in considerazione l'incidenza dei casi di RVGE, le ospedalizzazioni, le diarree nosocomiali, i consulti medici, le prescrizioni e gli accessi al Pronto Soccorso. Come principali misure di outcomes sono stati considerati i costi diretti medici per



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

diarree da RV e i costi della campagna di vaccinazione in un arco temporale di 5 anni. Per l'analisi economica è stato utilizzato il costo del vaccino in uso presso l'ASL 11 Empoli (36,50 Euro per dose + IVA 10%, prezzo del 2013). La valutazione economica è stata effettuata sulla coorte di nascita dell'ASL 11 Empoli, pari a circa 2.300 neonati all'anno. **RISULTATI:** L'adozione di un programma di vaccinazione anti-rotavirus per i nuovi nati per 5 anni consecutivi nella ASL11 Empoli determinerebbe una notevole riduzione (pari al 47%) dei casi di RVGE: 26.134 casi nello scenario senza vaccinazione rispetto ai 13.762 casi nello scenario vaccinazione.

In 5 anni di immunizzazione la ASL 11 Empoli potrebbe risparmiare circa 882.000 Euro per i ricoveri ospedalieri, 495.000 Euro per le diarree nosocomiali, 156.000 Euro per le visite mediche, 66.000 Euro per le prescrizioni e, infine, 785.000 Euro per gli accessi ai Pronto Soccorso. La vaccinazione anti-rotavirus di un'intera coorte di nuovi nati nella ASL 11 Empoli costerebbe 166.000 Euro/anno, con un costo totale di 831.000 Euro dopo 5 anni di immunizzazione. Il notevole risparmio atteso grazie alle cure mediche evitate con l'immunizzazione, tuttavia, supererebbe il costo della vaccinazione stessa già dal secondo anno di introduzione della campagna di vaccinazione. Il risparmio per il Servizio Sanitario dopo 5 anni sarebbe di 1,5 milioni di Euro. **CONCLUSIONI:** Le infezioni da RV nei bambini tra 0 e 5 anni di età ad oggi determinano, anche in Italia, un elevato impatto clinico ed economico, nonostante la disponibilità di vaccini efficaci. Dai risultati dell'analisi effettuata risulta che l'adozione di un programma di vaccinazione anti-rotavirus per 5 anni consecutivi nella ASL11 Empoli determinerebbe una notevole riduzione dei casi di RVGE e, conseguentemente, un notevole risparmio per le cure evitate grazie all'immunizzazione. Tali risparmi supererebbero il costo della vaccinazione stessa già dal secondo anno di introduzione della campagna. In conclusione, dall'analisi di impatto sul budget effettuata risulta che l'introduzione della vaccinazione anti-rotavirus per la coorte dei nuovi nati sia clinicamente ed economicamente conveniente dal punto di vista del Servizio Sanitario. Dal punto di vista della Società, aggiungendo i costi non medici diretti e i costi indiretti evitati grazie all'immunizzazione, i risultati ottenuti apparirebbero ancora più favorevoli.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 440

IL MONITORAGGIO DEGLI STANDARD DI COPERTURE VACCINALI PREVISTI DAL PNPV NEI BAMBINI: STRATEGIE E RISULTATI NELLA ASL DI TARANTO

G. Caputi 1; C. Nanula 1; A. Giorgino 1; R. Lattarulo 1; N. Pignataro 1; M. Busatta 1; P. Moramarco; A. Pesare 1; M. Conversano 1

1. Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: In vista di un sempre più crescente fenomeno del dissenso alle vaccinazioni dell'infanzia, il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto ha ritenuto opportuno introdurre appositi strumenti di monitoraggio al fine di verificare l'andamento e il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale nei nati della coorte 2006.

Gli standard di copertura vaccinale presi in considerazione sono quelli previsti a 5 – 6 anni (BURP n. 41 del 19 Marzo 2013 PNPV 2012 - 2014): Anti Morbillo, Parotite, Rosolia (2 dosi) $\geq 95\%$; Varicella (2 dosi) $\geq 95\%$. **MATERIALI E METODI:** Grazie al coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta, è stato effettuato un monitoraggio continuo e a più livelli che, ha permesso prima di valutare il livello di copertura vaccinale per singolo Distretto Socio Sanitario (DSS) della ASL di Taranto, successivamente è stata valutata l'attività vaccinale di ogni singolo Pediatra.

Il database è stato estratto dall'Anagrafe Vaccinale Informatizzata (Giava Web 5.1) della ASL di Taranto ed è stato elaborato con Epi - Info 6.

I dati ottenuti inerenti le coperture vaccinali raggiunte dai singoli Pediatri sono stati consegnati manualmente ad ognuno in un evento organizzato dal Dipartimento di Prevenzione: nell'incontro si è discusso delle criticità emerse dal confronto con genitori dissenti alle vaccinazioni e, delle eventuali strategie di miglioramento e di superamento delle stesse. **RISULTATI:** Le coperture raggiunte dalla ASL di Taranto nella coorte presa in considerazione sono:

- 88 % per l'Anti Morbillo, Parotite, Rosolia e Varicella: un solo Distretto su 7 ha superato l'obiettivo di

copertura previsto, 2 DSS su 7 hanno raggiunto l'obiettivo di copertura previsto; si passa da un minimo del DSS 4 pari al 73 % ad un massimo del DSS 2 pari al 93 %.

In considerazione di tali risultati emerge che la ASL di Taranto non ha raggiunto gli standard di copertura vaccinale previsti dal PNPV per l'Anti Morbillo, Parotite, Rosolia e Varicella.

Dal confronto tra i Distretti abbiamo un andamento più che soddisfacente del DSS 2 mentre, di contro, sono evidenti delle criticità che interessano il DSS 4 per le quali si prevedono strategie ed azioni migliorative. **CONCLUSIONI:** La collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto e i Pediatri di Libera Scelta unitamente alla disponibilità di un prezioso strumento quale l'Anagrafe Vaccinale Informatizzata, sono risultate le "armi" indispensabili per un'attività di monitoraggio continuo delle coperture vaccinali.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Particolarmente utile è risultata la strategia del confronto diretto tra gli attori della Sanità Pubblica adottata sul campo

Tale confronto è stato caratterizzato da una forte e concreta impronta operativa che ha permesso di individuare ben precise strategie condivise di miglioramento delle attività vaccinali.

Tra queste, la comunicazione riveste un ruolo importante, sia nei confronti dei genitori, sia tra i professionisti della salute coinvolti.

Il coinvolgimento di competenze specialistiche diverse e la collaborazione intersettoriale sono pertanto la strategia più valida per la promozione dell'attività vaccinale.

Infatti, la sinergia che va ad innescarsi tra gli specialisti sostiene la continuità e la contiguità delle azioni e dà sicuramente maggiore credibilità ai messaggi trasmessi attraverso un'informazione univoca e corretta, aumentando il rapporto di fiducia tra i cittadini e gli operatori sanitari.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 586

REVISIONE DELLA LETTERATURA SULL' ESPERIENZA QUINQUENNALE COL VACCINO PNEUMOCOCCICO 10-VALENTE CONIUGATO CON LA PROTEINA D DI HAEMOPHILUS INFLUENZAE NON TIPIZZABILE (PHID-CV)

T. Mrkvan 1; M. Moreira 1; J. Ruiz-Guiñazú 1; D. Borys 1; S.Castagna 2

1. GlaxoSmithKline Vaccines, Wavre, Belgium (autori) 2. GlaxoSmithKline, Verona, Italia (contatto)

INTRODUZIONE: Il vaccino pneumococcico coniugato prodotto da GlaxoSmithKline Vaccines, il PHiD-CV, è stato autorizzato nel 2008-2009 e, dalla registrazione, è stato introdotto in oltre 125 programmi di immunizzazione infantile di oltre 40 paesi. Una considerevole quantità di evidenze raccolte dalla sua autorizzazione, supportano l'efficacia e l'effectiveness (efficacia sul campo) sulle patologie pneumococciche invasive (IPD), la polmonite e l'otite media acuta (AOM). **MATERIALI E METODI:** Revisione della letteratura. **RISULTATI:** IPD: Due studi clinici controllati, randomizzati e in doppio cieco, il Finnish IPD Study (FinIP/NCT00861380) e il Latin American Clinical Otitis Media and Pneumonia Study (COMPAS/NCT00466947), mostrano un'efficacia/effectiveness del 100% (95% CIs: 83-100% e 77-100%, rispettivamente) sui sierotipi contenuti nel vaccino (scheda 3+1, nell'analisi intent-to-treat (ITT)). Dati provenienti da studi caso-controllo in bambini eleggibili alla vaccinazione in Finlandia, Brasile e Canada (Quebec), raccolti dopo 2-3 anni dall'introduzione del PHiD-CV, mostrano anch'essi un'elevata efficacia verso le IPD causate da sierotipi contenuti nel vaccino (98% [72-100%] in Finlandia [2+1]; 84% [66-92%] in Brasile [3+1/catch-up]; 99% [89-100%] in Quebec [2+1]), e verso le IPD da 19A (82% [11-96%] in Brasile; 67% [8-88%] in Quebec). Dati di sorveglianza provenienti da numerosi paesi e raccolti nei 3 anni successivi all'implementazione della vaccinazione, supportano questi risultati.

Polmonite: PHiD-CV mostra, nello studio COMPAS, un'efficacia del 23% (9-36%) sulle polmoniti acquisite in comunità, secondo la definizione del WHO, e nello studio FinIP un'effectiveness del 25% (3-43%) contro le polmoniti diagnosticate in ospedale (3+1 ITT). Un'analisi serie-temporale condotta in Brasile in bambini dai 2 ai 24 mesi stima una riduzione di oltre il 29% nelle ospedalizzazioni per polmonite, un anno dopo l'introduzione di PHiD-CV. Un'altra analisi serie-temporale, stima una riduzione del 17% nel tasso di mortalità da polmonite in bambini dai 2 ai 24 mesi, 3 anni dopo l'implementazione di PHiD-CV in Brasile.

AOM: Nello studio COMPAS, le AOM cliniche sono state ridotte del 19% (4-31%) nei bambini vaccinati con PHiD-CV (ITT). Dopo l'introduzione di PHiD-CV, in Brasile, sono state osservate riduzioni nelle visite ambulatoriali per le otiti da tutte le cause e, in Islanda, nelle visite/ammissioni in ospedale collegate ad AOM. Coerentemente con un effetto sulle AOM, in FinIP (3+1, ITT) è stata osservata una riduzione nelle vendite di antimicrobici dell'8% (-1-15%), nei bambini vaccinati con PHiD-CV. **CONCLUSIONI:** Vi sono numerose evidenze che dimostrano l'efficacia della vaccinazione di neonati e bambini con PHiD-CV, sottolineandone l'importanza per la salute pubblica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 247

SICUREZZA E TOLLERABILITA' DEL VACCINO ANTIMENINGOCOCCO C CONIUGATO IN TOSCANA DAL 2005 AL 2012

E. Tiscione¹, M. Levi¹, M. Donzellini¹, O. Varone¹, A. Bechini¹, S. Boccalini¹, Paolo Bonanni¹
1Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze, Firenze, Italia

INTRODUZIONE: La vaccinazione universale contro il meningococco C nei nuovi nati è stata introdotta in Toscana nel 2005. Fino al 2008 la schedula prevedeva la somministrazione di 3 dosi di vaccino al 3°, 5° e 13°-15° mese di vita, e il catch-up dei bambini non vaccinati fino a 5 anni di vita. A partire da Luglio 2008, in ragione della forte immunità di gregge di questo vaccino, la schedula è stata modificata e prevede adesso la somministrazione di una sola dose dopo il compimento del primo anno di età, da effettuarsi, su suggerimento della Regione Toscana, in co-somministrazione con il vaccino MPRV. Una dose di vaccino coniugato è prevista anche per gli adolescenti di età compresa tra 12 e 14 anni.

Scopo del presente studio è la valutazione della sicurezza e della tollerabilità del vaccino antimeningococco C coniugato in Toscana dal 2005 al 2012. **MATERIALI E METODI:** Dai database della Regione Toscana sono state raccolte le segnalazioni di presunte reazioni avverse al vaccino provenienti dalle 12 Aziende Sanitarie Locali nel periodo 2005-2012, classificate in relazione alla gravità, come indicato nel D. M. del 12 Dicembre 2003 sul nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini, come non gravi; di gravità tale da essere seguite da ospedalizzazione; di gravità tale da causare invalidità grave o permanente; di gravità tale da mettere in pericolo di vita; di gravità tale da causare decesso. Le informazioni sono state raccolte e analizzate con il programma Microsoft Excel 2010. **RISULTATI:** A seguito della somministrazione di 451.570 dosi, sono state notificate 110 reazioni avverse. Il tasso medio di segnalazione annuale è stato pari a 2,8/10.000 dosi. La reazione che si è manifestata più frequentemente è stata la febbre (60%), seguita da gonfiore nel sito di iniezione (11%) e convulsioni febbrili (10%). Sono stati riportati anche alcuni casi di crisi epilettiche senza menzione di febbre. Complessivamente, il 77,3 % dei casi sono stati classificati come non gravi, mentre il 21,8 % ha richiesto l'ospedalizzazione (Tabella 1). Nel 2009 un caso (1 %) è stato classificato di gravità tale da causare invalidità grave o permanente. Si è trattato di un bambino di un anno di età per il quale furono riportati disturbo del linguaggio e disturbo pervasivo dello sviluppo.

La maggior parte delle reazioni avverse (80,9 %), compresi tutti i casi di convulsioni febbrili, si sono verificati dopo la co -somministrazione con altri vaccini/farmaci. Le associazioni più significative sono quelle con vaccini contro MMR o MMRV (42,7%) e Infanrix Hexa (33,7%). **CONCLUSIONI:** Le segnalazioni sono state rare. La disabilità grave segnalata dopo la somministrazione del vaccino nel bambino di un anno di età sopra riportato (disturbo pervasivo dello sviluppo con disturbo del linguaggio) non può essere attribuita alla immunizzazione con MCC o alle altre vaccinazioni



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

somministrate contemporaneamente o successivamente (il bambino fu vaccinato con Priorix Tetra e Meningitec in data 4.3.09 e con Prevenar 7 in data 8.4.09 e 10.6.09, secondo le indicazioni del calendario di vaccinazione regionale), a causa della mancanza di plausibilità biologica. Tutti gli altri casi hanno avuto conseguenze solo temporanee e si sono risolti spontaneamente. Nondimeno circa un quinto dei casi segnalati sono stati definiti di gravità tale da richiedere l'ospedalizzazione del soggetto. Tuttavia, a causa del fatto che, generalmente, solo le più grave AR sono segnalate, la proporzione di casi che ha richiesto ospedalizzazione con molta probabilità rappresenta una sovrastima del dato reale, ed è anche plausibile che per la maggior parte di questi casi si tratti in realtà solo di coincidenze temporali. Il nostro studio ha confermato gli elevati livelli di sicurezza e tollerabilità del vaccino MCC in Toscana.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 427

TASSI DI COPERTURA VACCINALE E DETERMINANTI DI INCOMPLETO STATO VACCINALE NEI BAMBINI DI ETÀ 12-23 MESI: UNA CROSS-SECTIONAL SURVEY IN DSCHANG, EST CAMEROON

G. Russo 1, A. Miglietta 1, R.B. Mabvouna 2, M.S. Sobze 2, P. Stefanelli 3, V. Vullo 1, P. Pezzotti 3, G. Rezza 3

1 Department of Public Health and Infectious Diseases, "Sapienza" University of Rome, Italy

2 Department of Biomedical Sciences, University of Dschang, Cameroon

3 Department of Infectious, Parasitic and Immune-mediated Diseases, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

INTRODUZIONE: Nonostante il miglioramento globale delle coperture vaccinali, circa un quinto dei bambini <12 mesi di vita non ha completato le 3 dosi di diphtheria-tetanus-pertussis (DTP3) nel 2012; questa copertura, che è un indicatore chiave dei programmi vaccinali, era del 72% in Africa ed 83% al livello mondiale. Leggeri miglioramenti si sono ottenuti per altri vaccini come Bacille Calmette Guérin (BCG), OPV-3 (Oral Polio Vaccine), e measles-containing vaccine (MCV1), con 89%, 84% e 84%, rispettivamente. Al contrario, basse coperture (45% a livello globale) si registrano per le 3 dosi di Haemophilus influenzae type B vaccine. Infine, nel 2012 la copertura mondiale con 3 dosi di vaccino contro Epatite B era 79%, ma solo 72% nella Regione Africana. Comunque, grazie al supporto Expanded Program on Immunization (EPI), le coperture vaccinali nei bambini <12 mesi di vita sono migliorate nella Regione Africana di World Health Organization (WHO), anche se rimangono sub-ottimali in molte aree. Le ragioni per queste basse coperture vaccinali nei Paesi in via di sviluppo sono varie e correlate a fattori legati ai sistemi vaccinali, alle attitudini e conoscenze dei genitori verso le vaccinazioni, caratteristiche familiari, comunicazione ed informazione. Una multilevel analysis che ha coinvolto 24 nazioni sub-sahariane ha evidenziato che incompleti stati vaccinali nei bambini <12 mesi di vita sono legati a fattori come basso livello educativo dei genitori, basso livello socio-economico e mancanza di accesso ai media ed alle informazioni. In Cameroon, nonostante il supporto di EPI, le malattie prevenibili con vaccino rimangono un problema. Da Ottobre 2013, sette casi di Wild Poliovirus-1 sono stati riportati nella Nazione. La nostra immunization survey è stata eseguita nel periodo 15 Novembre - 10 Dicembre 2013, nel Distretto Sanitario di Dschang, Est Cameroon. L'obiettivo dello studio è stimare le coperture vaccinali, in accordo col calendario Camerunense, nei bambini di età 12-23 mesi, ed identificare i determinanti di incompleto stato vaccinale. **MATERIALI E METODI:** Area di studio Lo studio è stato condotto nel distretto di Dschang, cittadina nell'est del Cameroon. EPI è parte del sistema sanitario di cure primarie dal 1982; il calendario vaccinale Camerunense comprende: Bacille Calmette Guérin (BCG) e Oral Polio Vaccine (OPV) alla nascita; tre dosi di DTWPHibHep (Diphtheria and tetanus toxoid with whole cell pertussis, Haemophilus Influenzae type B and



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Hepatitis B vaccine) insieme a tre dosi di OPV alla 6°, 10° e 14° settimana di vita; morbillo e febbre gialla sono somministrati a 9 mesi di vita.

Disegno di studio e campionamento

È stata condotta una cross-sectional household survey su bambini di età 12-23 mesi, seguendo gli standard del manuale World Health Organization per le immunization survey nei Paesi in via di sviluppo. Considerata la mancanza di una lista esaustiva delle famiglie e dei bambini di età 12-23 mesi, è stato eseguito un campionamento a due stadi, utilizzando al primo stadio i villaggi (clusters) e al secondo stadio il metodo di camminata random EPI. Al primo stadio, i clusters sono stati campionanti con probabilità proporzionale al size utilizzando il database fornito dall'autorità sanitaria locale. Assumendo una copertura vaccinale del 50% (la percentuale con massima variabilità), un intracluster correlation coefficient di 0.04 (usualmente tra 0.01 e 0.02) e una precisione $\pm 5\%$, è stato determinato un total sample size di 540 bambini di età 12-23 mesi suddivisi in 60 clusters (9 bambini per cluster).

Collezione dei dati

Sulla base di una review della letteratura, è stato disegnato un questionario per ottenere informazioni dai genitori che acconsentivano di partecipare allo studio. Le variabili rilevate concernevano: caratteristiche dei genitori, della famiglia e del bambino; assistenza prenatale; percezione, conoscenze ed attitudini dei genitori verso le vaccinazioni; esposizione alle informazioni sulle vaccinazioni da parte dei genitori; stato vaccinale del bambino e motivi di mancata vaccinazione. Le informazioni sullo stato vaccinale sono state ottenute dalla immunization card (quando disponibile) o dalle dichiarazioni dei genitori. Tutti gli intervistatori sono stati formati sulle modalità di somministrazione del questionario e sulle modalità di camminata random EPI.

Analisi dei dati

Le conoscenze dei genitori sulle vaccinazioni, le loro attitudini verso di esse e le loro opinioni su servizi vaccinali di Dschang sono state valutate attraverso una scala a 5 punti (un punto per ogni risposta corretta) di domande chiuse e classificate rispettivamente in buone e povere conoscenze, negative o positive attitudini e cattive o buone opinioni. Un minimo di tre punti è stato stabilito come cut-off. L'esposizione alle informazioni sulle vaccinazioni da parte dei genitori è stata valutata attraverso 4 domande aperte-pesate e classificata come presente o assente. Lo stato socio-economico della famiglia è stato classificato in tersili attraverso un algoritmo che considerava il tipo di famiglia (2 o singolo genitore) e l'occupazione dei genitori. Questo sistema di score è stato elaborato attraverso una revisione della letteratura sulle immunization survey nei Paesi in via di sviluppo. In accordo col calendario vaccinale Camerunense e le definizioni World Health Organization (WHO), lo stato vaccinale del bambino è stato classificato in: completamente, parzialmente o non vaccinato. È stato inoltre valutato il completo stato vaccinale entro i 12 mesi di vita. Le coperture sono state stimate "by card only" e "by card plus history". Sono state calcolate le frequenze relative ed altre statistiche descrittive delle co-variate oggetto di studio. Sono state



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

stimate le coperture vaccinali per ogni singolo antigene. Le statistiche inferenziali [95% confidence intervals (95%CI) e p-values] sono state calcolate tenendo conto del campionamento a due stadi. Infine, per calcolare gli adjusted odds ratios (AOR) dei fattori associati con incompleto stato vaccinale (variabile dipendente), è stato eseguito un modello multiplo e multilevel di regressione logistica. Le co-variate incluse nel modello di regressione logistica sono state selezionate attraverso degli steps che escludevano le variabili con p-value > 0.20 (dal log-likelihood ratio test) finché rimanevano solo le variabili con p-value < 0.20. Tutte le analisi sono state condotte con STATA software (versione 12.0).

Approvazione etica

L'approvazione etica dello studio è stata ottenuta dal "Comité National d'éthique de la Recherche pour la Santé Humaine du Cameroun" e da Dschang Health Authority. La raccolta dei dati è stata condotta in modo confidenziale dopo l'ottenimento del consenso verbale da parte dei genitori del bambino eleggibile. I bambini parzialmente immunizzati sono stati segnalati all'autorità sanitaria locale al fine di completare i vaccini raccomandati. **RISULTATI:** Sono stati arruolati un totale di 502 bambini di età 12-23 mesi suddivisi in 65 clusters. L'età media era 19.6 mesi ed il 50.6% (n = 254) era di genere maschile. Il libretto vaccinale era presente per 252 (50.2%) bambini. In accordo a "card plus history", 85.9% (95% CI, 82.4-89.3) aveva completato tutti i vaccini raccomandati e il 14.1% (95% CI, 10.7-17.6) aveva un incompleto stato vaccinale (tabella 1). Trai 252 bambini con immunization card disponibile, 84.5% (95% CI, 79.5-89.5) aveva completato tutti i vaccini raccomandati, ma solo il 73.4% (95% CI, 67.6-78.4) entro l'anno di vita, mentre il 15.5% (95% CI, 11.5-20) aveva un incompleto stato vaccinale. I bambini nati all'ospedale hanno mostrato un migliore stato vaccinale rispetto a quelli nati a casa (87.9% vs 7.6%, p < 0.01), così come i 1°-2° nati. I bambini di genitori giovani e con bassa educazione avevano uno stato vaccinale peggiore (p < 0.01). L'utilizzazione da parte della madre dei servizi pre-post neonatali ha mostrato un'associazione con completo stato vaccinale del bambino (p < 0.01). I bambini che vivevano a ≤ 7 km dal centro vaccinale avevano un migliore stato vaccinale, così come quelli con due genitori (p < 0.01). Un'associazione significativa è stata trovata con lo stato socio-economico (p = 0.01). Infine, i bambini di genitori con buone conoscenze e positive attitudini verso le vaccinazioni, che ricevevano regolarmente informazioni e che avevano una buona opinione dei servizi vaccinali di Dschang, avevano più probabilità di essere completamente vaccinati (p < 0.01). Nel modello di regressione logistica multivariato, le caratteristiche associate in modo significativo con stato vaccinale incompleto erano: avere la vaccination card (AOR 7.89; 95% CI 1.08-57.37; p = 0.04), essere il ≥ 3° in ordine di nascita (AOR 425.47; 95% CI 9.62-18808.11; p < 0.01), avere una madre < 24 anni (AOR 49.55; 95% CI 1.59-1544.58; p = 0.03) e che ha fatto ≤ 2 visite prenatali (AOR 8.25; 95% CI 1.07-63.75; p = 0.04), avere genitori con attitudini negative (AOR 20.20; 95% CI 1.46-278.91; p = 0.03) e che non ricevono informazioni sulle vaccinazioni (AOR 28.07; 95% CI 2.26-348.13; p < 0.01). La distanza dal centro vaccinale è risultata al limite della significatività (AOR 6.44; 95% CI 1.00-41.39; p = 0.05). **CONCLUSIONI:** La survey ha stimato alte coperture vaccinali (86%). Inoltre,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

non abbiamo trovato bambini non vaccinati. Per confronto, in uno studio condotto in Ethiopia, il 24% dei bambini era non vaccinato. La copertura DTP3 è risultata maggiore alla media del 72% e 85% riportata nel 2012 da WHO nel continente Africano e in Cameroon rispettivamente. Abbiamo inoltre trovato una simile copertura per OPV3 (95%). Molte caratteristiche sono risultate associate con lo stato vaccinale in analisi univariata, ma nel modello finale di regressione logistica, solo sei fattori rimangono associati in modo statisticamente significativo con incompleto stato vaccinale. L'ordine di nascita, con i primi nati che mostrano un migliore stato vaccinale. Trai fattori genitoriali, l'età della madre e il suo utilizzo di servizi pre-post neonatali è risultato associato con completo stato vaccinale in diversi studi Africani. L'accessibilità al centro vaccinale, al limite della significatività nel nostro studio, era associata in molte survey condotte in nazioni Africane. Buone conoscenze e positive attitudini verso le vaccinazioni, buone percezioni dei servizi vaccinali e una regolare esposizione alle informazioni da parte dei genitori, sono variabili risultate associate con completo stato vaccinale, ma, solo positive attitudini e regolare esposizione a informazioni sono rimaste associate significativamente nel modello finale di regressione logistica. Questi due determinanti sono riportati anche da una multi-level analysis che ha coinvolto 24 nazioni sub-sahariane. Sorprendentemente, il possesso della vaccination card è risultato associato a incompleto stato vaccinale. Ciò potrebbe essere dovuto ad un over-reporting da parte dei genitori senza card. Nonostante le alte coperture, 1 bambino su 7 ha un incompleto stato vaccinale e 1 su 4 non completa la schedula entro l'anno di vita. Al fine di migliorare questi aspetti, gli interventi di promozione devono essere indirizzati verso giovani genitori e famiglie che vivono lontano dal centro vaccinale. Anche l'utilizzo dei servizi pre-post neonatali da parte delle madri deve essere rafforzato. Infine, strategie comunicative devono essere attuate per migliorare le attitudini dei genitori verso questo strumento di prevenzione primaria evidence-based.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 096

**INADEMPIENZA ALLE VACCINAZIONI DELL'OBBLIGO: È A RISCHIO L'HERD IMMUNITY?
ESPERIENZA DELL'AREA VASTA N. 2, EX ZONA TERRITORIALE 7 DI ANCONA DA GENNAIO 1990
AD APRILE 2014**

L. Pennacchietti 1, S. Giuliani 2, R. Montini 3, S. Giorgi 4, S. Cimica 5, P. Marcolini 6

1, 2 *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona*

3, 4, 5, 6 *Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Area Vasta 2, Ancona*

INTRODUZIONE: Il fenomeno dell'inadempienza alle vaccinazioni dell'obbligo sta assumendo un rilevante peso negli ultimi anni data l'emergente tendenza al rifiuto vaccinale. Tale tendenza potrebbe compromettere l'herd immunity nella popolazione (livello di copertura vaccinale > 95%). All'ex Zona Territoriale 7 di Ancona (ZT7) afferiscono quindici comuni, con un bacino di utenza pari a 253.246 residenti e un numero di nuovi nati annui pari a 2.149 (dati al 1° gennaio 2013). Lo studio ha l'obiettivo di analizzare il fenomeno dell'inadempienza alle vaccinazioni dell'obbligo nei comuni afferenti alla ex ZT7 di Ancona, nell'arco temporale gennaio 1990 – aprile 2014 e di valutare se il suo andamento possa rappresentare un rischio per la immunità di gruppo della popolazione infantile. **MATERIALI E METODI:** Sono stati analizzati i casi di inadempienza alle vaccinazioni dell'obbligo registrati nell'archivio vaccinale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), a partire dal 1990 e aggiornato al 30 aprile 2014. L'analisi è stata condotta su tutte le coorti di nascita e sui 15 comuni afferenti all'ex ZT7. Il tasso di rifiuto vaccinale, espresso come numero di casi inadempienti sul numero totale di nati eleggibili alla vaccinazione per 100, è stato calcolato per singolo comune e per anno di rilevazione. I dati sono stati analizzati utilizzando i software STATA® versione 9.0 e WIN-PEPI® versione 11.39. Il livello di significatività è stato fissato a 0,05. **RISULTATI:** Nel periodo di tempo considerato si sono registrati 322 casi di bambini inadempienti, 161 femmine (50%) e 161 maschi (50%). Il tasso medio di inadempienza è risultato pari a 0,6/100 nati eleggibili a vaccinazione IC 95% (0,5-0,7) nell'intero territorio di competenza. Il trend dei tassi di inadempienza dal 1990 al 2013 è risultato positivo, con un incremento complessivo pari a 15,2%. In particolare nel quinquennio 2004-2008 si è avuto un incremento pari al 12,5%, mentre l'analisi del quinquennio 2009-2013 ha evidenziato un trend positivo pari al 54,6%, la differenza tra i due periodi analizzati è risultata statisticamente significativa ($p \leq 0,01$). Relativamente al comune di residenza, si sono registrati complessivamente nel periodo di tempo esaminato tassi superiori all'1% in tre comuni. Stratificando l'analisi nel triennio 2011-2013, si sono registrati tassi di inadempienza superiori al 3% in cinque comuni della ex ZT7 di Ancona, con un tasso massimo registrato pari al 4,3%.

Nel 74% ($n = 239$) dei casi esaminati, i bambini sono risultati inadempienti a tutte le vaccinazioni dell'obbligo, mentre nel 26% ($n = 83$) dei casi solo ad alcune delle quattro vaccinazioni obbligatorie. Il 76% ($n = 244$) è risultato inadempiente alla sola vaccinazione anti poliomielite con un tasso



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

complessivo del 0,4/100 bambini eleggibili, IC 95% (0,4-0,5). CONCLUSIONI: Negli ultimi anni si è verificato, anche nell'area territoriale afferente al SISP di Ancona, un esponenziale e significativo aumento dei casi di inadempienza alle vaccinazioni dell'obbligo, confermando le tendenze regionali e nazionali. Tale fenomeno non ha però compromesso la herd immunity, poiché in nessun comune si sono registrati tassi di inadempienza superiori al 5%. Tuttavia l'incremento esponenziale del tasso di inadempienza registrato a partire dal 2011 rappresenta un preoccupante segnale d'allarme che necessita di un attento monitoraggio longitudinale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 399

SORVEGLIANZA ROTAVIRUS IN VENETO

M. Longone 1, F. Russo 2, F. Zanella 2, V. Baldo 1, F. Da Re 2

1. Università Degli Studi di Padova, Padova;

2. Regione Veneto Venezia.

INTRODUZIONE: L'attività di Sorveglianza per l'infezione da Rotavirus inizia nel 2007 in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ponendosi i seguenti obiettivi:

1. monitorare i sierotipi circolanti ed identificare eventuali nuove varianti
 2. valutare quindi gli effetti della futura implementazione della vaccinazione di massa sul pool di sierotipi già circolanti
 3. valutare la congruità delle formule antigeniche vaccinali in uso e predisporre eventuali modificazioni
- MATERIALI E METODI:** La Sorveglianza coinvolge i bambini di età da 0-5 anni ospedalizzati per gastroenterite acuta.

Le U.O. di Pediatria/Laboratori di Microbiologia partecipanti al progetto di sorveglianza sono 15 (figura 1).

Gli step della Sorveglianza si svolgono seguendo queste modalità:

- raccolta campione di feci in fase acuta del paziente ospedalizzato per gastroenterite
- invio campione ai laboratori delle ULSS
- invio campioni risultati positivi all'ISS (secondo precise modalità di conservazione)
- invio copia della scheda informativa sui dati clinici ed anagrafici del paziente sia all'ISS che al Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica - Regione Veneto

L'Istituto Superiore di Sanità dopo aver ricevuto tutti i campioni si occupa della genotipizzazione dei sierotipi. **RISULTATI:** Dai dati rilevati dal 1° settembre 2012 al 31 agosto 2013 sono stati complessivamente identificati 82 casi di infezione da Rotavirus. La maggior parte dei casi sono stati segnalati nei mesi di marzo-aprile confermando il carattere stagionale dell'infezione. La fascia di popolazione di età compresa tra gli zero e i tre anni è stata quella maggiormente colpita come confermato dalla letteratura.

I risultati della genotipizzazione evidenziano che il 92% sono rappresentati dai ceppi cosiddetti comuni ovvero G1P8, G2P4, G3P8, G4P8, G9P8, nel restante 8% si sono evidenziati casi genotipi misti (G1+G4; G1+G9; G4+G9) (Vedi Fig.2) **CONCLUSIONI:** La distribuzione dei genotipi virali conferma la congruità delle formule vaccinali in commercio, i cui livelli di efficacia protettiva sono considerati elevati per la maggior parte dei genotipi identificati.

Attualmente in Veneto i livelli di copertura vaccinale per il rotavirus non sono significativi: per la coorte di nascita 2010 la copertura è dell'1,6%, mentre per la coorte di nascita del 2011 la copertura è del 3,1%.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'attività di sorveglianza nel corso della stagione 2012-2013 ha ottenuto buoni risultati coinvolgendo la maggior parte delle U.O di Pediatria della regione Veneto. Si auspica per il futuro l'integrazione delle U.O di Pediatria non ancora partecipanti, per permettere un chiaro e completo quadro dell'incidenza dell'infezione da Rotavirus in Veneto.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 404

ELEMENTI DEL PROCESSO DECISIONALE PER L'INTRODUZIONE SU LARGA SCALA DELLA VACCINAZIONE ANTI-ROTAVIRUS IN ITALIA

M.G. Cappelli 1, 2; V. Cozza 3; F. Fortunato 3; D. Martinelli 3; R. Prato 3

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

3 Settore di Igiene, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Foggia.

INTRODUZIONE: La gastroenterite da rotavirus è una malattia quasi negletta ma entro i 5 anni d'età tutti i bambini vanno incontro ad almeno un episodio, con conseguenze anche gravi a causa della disidratazione. In Italia, a partire dal 2006, due vaccini efficaci e sicuri sono stati autorizzati per la prevenzione della gastroenterite dovuta a infezione da rotavirus nei lattanti. Il vaccino viene somministrato per via orale, a partire dalla sesta settimana di vita, contemporaneamente agli altri vaccini previsti dal calendario dell'infanzia. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 non ha previsto la vaccinazione anti-rotavirus nell'offerta vaccinale nazionale e le valutazioni sulla sua introduzione sono oggetto di discussione. Per guidare i Paesi nei processi decisionali per l'inserimento di nuovi vaccini nei calendari di immunizzazione, nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato delle linee guida che prevedono due fasi: la valutazione delle problematiche di politica vaccinale e l'analisi delle questioni di carattere programmatico. Nella prima fase del processo di valutazione vengono presi in esame il profilo di efficacia, la sicurezza e la sostenibilità economica del programma vaccinale per stabilire se rappresenti una priorità di Sanità Pubblica. Nella seconda fase si procede con l'analisi della fattibilità da un punto di vista tecnico e logistico.

Il presente lavoro si propone di fornire una visione dell'attuale scenario italiano in termini di epidemiologia della gastroenterite da rotavirus e delle strategie vaccinali messe in atto dalle singole regioni. **MATERIALI E METODI:** Sono stati presi in considerazione alcuni dei criteri della prima fase del metodo operativo proposto dall'OMS. In particolare, sono stati effettuati: la valutazione epidemiologica delle gastroenteriti da rotavirus, attraverso la raccolta dei dati disponibili in letteratura; l'analisi dell'impatto della malattia in termini di ricorso ai servizi sanitari, tramite la revisione delle valutazioni dei costi associati alla patologia disponibili in letteratura; il censimento delle strategie di controllo attualmente avviate in Italia, attraverso una revisione dei calendari vaccinali regionali e della letteratura scientifica di riferimento. **RISULTATI:** Secondo le stime disponibili in letteratura, ogni anno in Italia gli episodi di gastroenterite gestiti a livello domiciliare sono circa 125.000 e altrettanti sono quelli che necessitano di una visita ambulatoriale. Oltre 14.500 sono i casi ospedalizzati e circa 52.000 le visite in pronto soccorso. Una sorveglianza specifica condotta in Sicilia per 27 anni ha individuato il rotavirus come causa di malattia nel 32,7% di un campione di oltre 6.500 bambini sotto i 5 anni di età ospedalizzati per gastroenterite acuta.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'impegno economico legato all'infezione da rotavirus si stima possa ammontare a oltre 54 milioni di euro l'anno per i soli costi diretti, a cui si sommano i costi sociali, determinati dalla perdita di giornate di lavoro dei genitori, e altri costi per le famiglie legati all'assistenza dei bambini ammalati.

Attualmente in Italia sette regioni hanno introdotto la vaccinazione anti-rotavirus nel calendario vaccinale dell'infanzia con differenti modalità di offerta. In Sicilia l'offerta è attiva e gratuita per tutti i nuovi nati; in quattro regioni (Basilicata, Calabria, Piemonte e Puglia) il vaccino è disponibile al prezzo di costo per il Sistema Sanitario Regionale per tutti i nuovi nati; in Lazio e Toscana l'offerta è in co-pagamento per tutti i nuovi nati. Tre regioni (Basilicata, Piemonte e Puglia) offrono gratuitamente la vaccinazione ai neonati appartenenti a categorie a rischio, per i quali la diarrea da rotavirus rappresenta un rischio di complicanze (nati pretermine, piccoli per età gestazionale, affetti da patologie croniche dell'apparato circolatorio, nefrouinario, nervoso centrale, respiratorio, metabolico con diagnosi entro il 3° mese di vita, tutte le altre patologie e condizioni che potrebbero aumentare il rischio di ospedalizzazioni). In Puglia, inoltre, sin dal 2006 la vaccinazione anti-rotavirus è offerta gratuitamente ai bambini che devono essere inseriti in comunità entro il primo anno di vita. **CONCLUSIONI:** L'introduzione di una nuova vaccinazione nei programmi di prevenzione universali deve essere guidata da criteri chiari, solidi e condivisi. La vaccinazione anti-rotavirus non è stata ancora identificata come priorità di Sanità Pubblica in Italia, nonostante sette regioni l'abbiano inserita nel calendario vaccinale dell'infanzia. Il dibattito scientifico e l'istruttoria di valutazione per l'introduzione su larga scala della vaccinazione anti-rotavirus in Italia non potrà prescindere dai risultati del monitoraggio delle esperienze regionali pilota.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 008

ATTITUDINE DEI GENITORI ALLE VACCINAZIONI DEI FIGLI.

F. CARAGLIO 1

1 ASL TO1 TORINO

INTRODUZIONE: Nonostante gli elevati tassi di copertura vaccinale nella città di Torino, da alcuni anni sono comparsi dei segnali che evidenziano una diminuzione dell'accettazione delle vaccinazioni previste dal Piano Piemontese di Promozione delle Vaccinazioni.

Per ottenere più informazioni su coloro che sono meno favorevoli alle vaccinazioni e per indagarne le ragioni, è necessario studiare i determinanti che stanno alla base di queste decisioni. E' inoltre necessario valutare se l'attitudine verso le vaccinazioni si è modificata negli ultimi 10 anni (2003-2013).

Genitori meno propensi ad aderire alle attuali vaccinazioni
(Caratteristiche):

- Età $\geq$ 30-45 anni
- Residenza in zone altamente urbanizzate
- Medio livello educativo (istruzione)
- Medio livello socio-economico (reddito)
- Residenza in ambiente familiare $\leq$ 4 persone
- Adesione a antroposofia, omeopatia, influenze di carattere religioso.

Genitori meno propensi ad aderire a future nuove vaccinazioni
(Caratteristiche):

- Basso livello educativo
- Residenza in zone densamente urbanizzate
- Opinioni personali sul fatto che il massimo numero di iniezioni previste nel corso della seduta vaccinale debba essere uguale a 1
- Opinioni sul fatto che le vaccinazioni non siano in grado di proteggere il loro bambino
- Opinioni sul fatto che le vaccinazioni possano essere dannose al loro bambino
- Opinioni sul fatto della non necessità delle vaccinazioni. MATERIALI E METODI: - RISULTATI: - CONCLUSIONI: -



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 391

SORVEGLIANZA DELLE PARALISI FLACCIDE ACUTE NELLA REGIONE VENETO 2013

F. Zanella¹, M. Longone², E. Marcon², F. Russo¹, V. Baldo²

1. Regione Veneto Venezia;

2. Università Degli Studi di Padova, Padova.

INTRODUZIONE: Il programma di sorveglianza attiva delle paralisi flaccide acute si inserisce nell'ambito del progetto di eradicazione mondiale della poliomielite proposto dall'Oms ed ha l'obiettivo di identificare tutti i casi di paralisi flaccida ad insorgenza acuta di calcolarne l'incidenza e verificare tramite opportune indagini di laboratorio che nessuno di questi casi sia determinato da poliovirus selvaggio o da poliovirus vaccinali retromutati o associate ad altri enterovirus (echo e Cocksackievirus).

La sorveglianza delle paralisi flaccide acute PFA riveste un ruolo strategico per il mantenimento della certificazione area polio-free della Regione Europea. **MATERIALI E METODI:** La rete di sorveglianza nella Regione Veneto è composta da 65 referenti dei reparti di pediatria, neurologia e malattie infettive di centri ospedalieri dove si ritiene che più probabilmente potrebbero presentarsi casi di PFA. I referenti sono coordinati dal Centro di Referenza Regionale (CRR) individuato nel Servizio di Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto.

Nella nostra regione la sorveglianza è attiva anche per i casi di età ≥ 15 anni per i quali non è richiesto l'invio dei campioni, questo al fine di rafforzare il sistema di segnalazione che negli anni precedenti aveva visto un calo di attenzione.

I referenti dei reparti vengono contattati tramite e-mail ogni 15 giorni per confermare o meno la presenza di casi di PFA nel territorio, alla e-mail segue una chiamata di sollecito al referente ritardatario (sorveglianza attiva). Per ogni soggetto ricoverato per PFA, nella fascia di età 0-14 anni, viene richiesta la segnalazione del caso al Centro di Referenza Regionale, al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ed è previsto il prelievo di due campioni di feci, a distanza di 24 - 48 ore e di un campione di siero, che vengono inviati all'ISS oltre alla scheda di conferma dei prelievi e della scheda di follow up a 60-90 giorni dall'esordio del quadro clinico.

RISULTATI: Nel corso del 2013 sono stati segnalati nella nostra regione 5 casi di PFA su 6,5 attesi in base alla popolazione di età 0-14 anni (valore calcolato sulla popolazione complessiva di età compresa tra 0 e 14 anni, pari a 690.249 soggetti – fonte ISTAT).

Le caratteristiche relative a sesso ed età, provincia di appartenenza, esordio dei sintomi, diagnosi all'esordio e finale dei 5 pazienti esaminati per anno sono riportate in Tabella 1.

Per quanto riguarda i casi segnalati in questa fascia di età, sono stati raccolti i dati clinici ed epidemiologici per tutti i casi e raccolti i campioni biologici per le indagini virologiche per 4 casi su 5 nel 2013 come in Tabella 2.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Al fine di rafforzare l'attività di sorveglianza nella Regione Veneto essa viene condotta anche per i casi ≥ 15 anni, in questa fascia di età i casi segnalati sono stati 20. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti nel corso del 2013 hanno consentito di confermare l'assenza di circolazione di poliovirus selvaggi nella nostra regione. Nel periodo in esame non sono stati altresì evidenziati casi di polio paralitica associata a vaccino.

Nel corso dell'anno 2013 è stata riscontrata una maggiore collaborazione da parte dei referenti che ha portato ad un aumento delle segnalazioni e a una maggior tempestività della notifica. Le notifiche pervenute hanno presentato un buon livello di completezza. Abbiamo ottenuto le informazioni sullo stato vaccinale nel 80% dei soggetti colpiti, la raccolta dei dati relativi alla diagnosi iniziale e quella finale a 60-90gg pervenuta tramite la scheda di follow up è risultata completa.

I risultati sono soddisfacenti raggiungendo un'incidenza dello 0,8, ma è necessario consolidare l'impegno per il raggiungimento dell'incidenza di ≥ 1 per 100.000 abitanti come da indicatori richiesti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 388

SORVEGLIANZA DELLE PARALISI FLACCIDE ACUTE: ANALISI DEI DATI CORRENTI IN PUGLIA.

V. Balena 1 , S. Mudoni 1 , F. Desiante 1 , C. Martino 1 , M. Labianca 2, C. Germinario 3.

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

2. Dipartimento di Prevenzione Azienda Sanitaria Materana

3. Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE: Il 5 maggio 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che i recenti focolai di diffusione di poliovirus selvaggio rappresentano "un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale". Nell'ultimo anno, infatti, sono stati registrati casi di infezione da poliovirus in 10 Paesi. In questo contesto epidemiologico è necessario potenziare le attività di sorveglianza volte a monitorare l'eventuale importazione di virus polio in territori già dichiarati polio-free, come la Regione Europea.

Il sistema di sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute rappresenta un mezzo estremamente sensibile e rapido per individuare possibili casi sospetti di malattia poliomielitica e monitorare l'eventuale reintroduzione di poliovirus selvaggio. La sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute rappresenta, pertanto, uno strumento chiave per il raggiungimento dell'obiettivo dell'eradicazione mondiale della poliomielite fissato dall'OMS nel 2018.

Il presente lavoro illustra i risultati dell'attività di sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute in Puglia negli anni 2013 e primo semestre 2014. **MATERIALI E METODI:** L'attività di sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute è coordinata in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità e si avvale di una rete costituita da 20 Centri Regionali di Riferimento, che assicurano la sorveglianza delle paralisi flaccide nelle 21 regioni e province autonome italiane (Valle d'Aosta e Piemonte condividono lo stesso centro).

La Puglia ha avviato le attività di sorveglianza già a partire dal 1997 con il sistema basato sull'arruolamento volontario delle Strutture Ospedaliere di Pediatria e Neurologia che segnalano all'Osservatorio Epidemiologico Regionale tutti i casi di paralisi flaccida acuta in soggetti di età pediatrica ricoverati. Le strutture provvedono a collezionare per l'Osservatorio anche i campioni biologici necessari per l'accertamento diagnostico, che vengono inviati al Laboratorio di Riferimento Nazionale. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale provvede alla verifica di qualità delle segnalazioni ricevute e dei dati sulla vaccinazione nonché al follow-up dei casi segnalati e all'inoltro dei dati all'Istituto Superiore di Sanità.

Per aumentare la sensibilità del sistema di sorveglianza si esegue un contatto attivo a cadenza settimanale con i centri clinici reclutati da parte degli operatori dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. **RISULTATI:** Nel periodo 2013 e primo semestre 2014, sono stati segnalati in Puglia 11 casi di Paralisi Flaccida Acuta, dato sostanzialmente in linea dell'atteso (7 casi/anno).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per tutti i casi segnalati sono stati raccolti due campioni di feci entro 14 giorni dall'inizio dei sintomi ed è stata avviata l'indagine epidemiologica entro 48 ore dalla segnalazione, come correntemente raccomandato dall'OMS.

Il 100% dei soggetti è stato sottoposto a follow-up a 60-90 giorni dall'inizio dei sintomi.

Otto (72,7%) degli 11 casi hanno riguardato soggetti di sesso maschile e il 54,5% bambini di età compresa tra 0 e 5 anni. La diagnosi definitiva è stata nella totalità dei casi sindrome di Guillain Barré-poliradicolonevrite. In nessun caso il siero dei pazienti presentava titoli anticorpali antipolio sotto il valore soglia protettivo, né sono stati isolati poliovirus dai campioni biologici esaminati.

CONCLUSIONI: Il sistema di sorveglianza, basato su un consolidato modello di rete, ha mostrato elevati livelli di sensibilità e specificità, attestati dal pieno soddisfacimento di tutti gli indicatori previsti per il monitoraggio della sorveglianza. Al fine di un ulteriore potenziamento delle attività di sorveglianza, è auspicabile prevedere dei metodi di valutazione tramite sistema capture-recapture su altre basi di dati, come ad esempio le schede di dimissione ospedaliera.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C10: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 339

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: L'APPROCCIO DI CLINICAL GOVERNANCE NEL SETTING RIABILITATIVO

Baldovin¹, M. Cenedese², C. Bertoncetto¹, A. Buja¹, G. Rupolo², V. Baldo¹

¹ Università degli Studi di Padova – Dipartimento di Medicina Molecolare, Sede di Igiene – Sezione Sanità Pubblica, Padova

² IRCCS Ospedale San Camillo, Venezia

INTRODUZIONE: La prevenzione e la corretta gestione delle infezioni correlate all'assistenza (Ica) concorrono a garantire la sicurezza di pazienti ed operatori e rappresentano un momento critico del processo di miglioramento continuo della qualità delle cure erogate. Dai dati riportati in letteratura, si stima che in Italia dal 5 all'8% dei pazienti ricoverati contragga una Ica; i dati più recenti sono relativi allo studio multicentrico europeo di prevalenza puntuale coordinato dall'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) che ha coinvolto, negli anni 2011-12, 29 Paesi, fra cui l'Italia. Qui si è registrata una prevalenza di pazienti affetti da Ica pari al 6,3%, che varia in funzione del reparto di degenza ed è maggiore tra i portatori di device. Tuttavia, i dati attualmente disponibili riguardano prevalentemente ospedali per acuti. Scopo del presente studio è rilevare la prevalenza puntuale di Ica, l'uso di antibiotici e la presenza di germi antibiotico-resistenti presso un ospedale riabilitativo. Il fine dell'indagine è implementare la sicurezza dei pazienti attraverso l'identificazione e l'adozione di misure di prevenzione e controllo delle Ica da implementare in strutture dedicate all'assistenza sanitaria per pazienti in fase di neuro-riabilitazione. **MATERIALI E METODI:** È stata rilevata la prevalenza puntuale di infezioni nosocomiali presso un ospedale di neuro-riabilitazione IRCCS, in 5 giornate distribuite tra maggio 2012 e aprile 2013, per eliminare la variabilità condizionata dall'andamento stagionale delle malattie infettive. I dati rilevati includevano: reparto di degenza (UGCLA - gravi traumi cranici ed emorragie cerebrali, malattie cerebrovascolari, mielolesioni), fattori di rischio (dati demografici, provenienza, esposizione a dispositivi invasivi quali tracheostomia, catetere venoso centrale o periferico, catetere vescicale a dimora, Peg), condizioni di gravità clinica, grado di dipendenza (Scala Barthel, Scala Fim motoria e cognitiva), tipologia di Ica (nelle giornate di rilevazione e al momento del ricovero) e uso di antibiotici. **RISULTATI:** I dati, raccolti retrospettivamente, relativi al momento del ricovero, evidenziano una prevalenza del 31,7% (156 pazienti infetti su 492, di cui 32 (20,5%) presentavano 2 sedi di infezione). Fra i pazienti provenienti da casa, la prevalenza di infezioni al ricovero era del 10,4%, fra i trasferiti da altri ospedali del 59,9%.

Tra le infezioni al momento del ricovero prevalgono quelle a carico della vescica (75,6%) e delle basse vie respiratorie (20,5%). Il 32,1% (158) dei pazienti al ricovero presentava catetere a dimora e nel 48,1% (76) è stata diagnosticata un'infezione delle vie urinarie; il 16,9% (83) dei pazienti al



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ricovero presentava tracheostomia, nel 30,1% (25) è stata diagnosticata un'infezione delle basse vie respiratorie.

Nelle 5 giornate di rilevazione, il 4,1% (20/492) presentava un'infezione correlata all'assistenza, dato inferiore a quanto rilevato in Italia nel corso dello studio europeo presso i degenti dei reparti di riabilitazione di ospedali per acuti, dove la prevalenza è stata del 7,4%. Le infezioni erano per il 75,0% a carico del tratto urinario e nel 25,0% delle basse vie respiratorie. La distribuzione dei pazienti, per fattore di rischio e presenza di Ica, viene rappresentato in Tabella 1. Si conferma la relazione tra presenza di device e diagnosi di Ica. Durante la degenza presso l'ospedale neuro-riabilitativo si evidenzia una progressiva riduzione del numero dei device, pari al 50,6% nei pazienti tracheostomizzati, al 71,7% nei pazienti portatori di cateteri intravascolari, al 46,2% nei portatori di cateteri vescicali e al 24,7% in quelli con Peg.

In Figura 1 vengono riportati gli isolamenti e i ceppi resistenti di *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella pneumoniae*. I ceppi di *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi erano 1 su 4 al momento del ricovero e 1 su 6 alla rilevazione; mentre i ceppi di *Stafilococco meticillino-resistenti* erano 2 su 2 al momento del ricovero, tali infezioni si sono mantenute anche al momento della rilevazione. **CONCLUSIONI:** La prevalenza puntuale, al momento della rilevazione, risulta inferiore sia al dato medio nazionale per tutti i reparti di degenza, sia al dato registrato nel recente studio europeo per i reparti di riabilitazione degli ospedali per acuti. La presente indagine evidenzia, tuttavia, come la prevalenza di Ica al momento dell'ingresso, in particolare tra i pazienti trasferiti da altra struttura, sia elevato. Questo determina la necessità di misure di gestione delle Ica e dei fattori che ne condizionano la permanenza, oltre alle consolidate misure preventive. I risultati ottenuti sembrano suggerire che una buona gestione farmacologica, associata al controllo della diffusione delle infezioni e delle colonizzazioni unitamente alla rimozione tempestiva dei device, consentono una riduzione significativa della prevalenza delle Ica nel setting neuroriabilitativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 363

ANDAMENTO DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO NELL'AOU "FEDERICO II" DI NAPOLI NEL PERIODO GENNAIO 2013 - MARZO 2014

M.Triassi 1, I.Torre 2, M. E. Porciello 3, O. C.M. Imperato 3, R.Bellopede 3, N.Grimaldi 3, F.Pennacchio 3, T. Borriello 4, F. Pennino 4, C. Iervolino 4

1 *Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica - Università Federico II di Napoli*

2 *Direttore Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina preventiva- Università Federico II di Napoli*

3 *Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva*

4 *Dipartimento di Sanità Pubblica - Università Federico II di Napoli*

INTRODUZIONE: Le infezioni del sito chirurgico (ISC) occupano il terzo posto per ordine di frequenza nell'ambito delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), costituendo dal 14% al 16% delle infezioni osservate nei pazienti ricoverati in ospedale ed il 38% di quelle verificatesi nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Le infezioni della ferita chirurgica, inoltre, si collocano al primo posto in una graduatoria di eventi avversi ordinati per costo medio annuale atteso per il sistema sanitario. È stato rilevato che esse duplicano i costi delle cure dei pazienti, in quanto rendono spesso indispensabile la ri-ospedalizzazione o il ricovero in Terapia Intensiva ed il rischio di mortalità è superiore rispetto agli altri degenti; determinano un aumento di 6,5 giorni della degenza in ospedale. La prevenzione delle complicanze infettive postoperatorie richiede l'utilizzo corretto della terapia antibiotica. Molti studi, infatti, hanno dimostrato che un'inadeguata chemioantibiotico profilassi delle infezioni post-operatorie si dimostra inutile e dannosa. Una percentuale del 30% degli antibiotici utilizzati, infatti, è impropria ai fini della profilassi. L'elaborazione, da parte di ciascuna struttura ospedaliera, di "Linee guida" riguardanti l'uso degli antibiotici nella profilassi chirurgica, è indispensabile al fine di prevenire le infezioni, ridurre i rischi legati ad eventuali effetti collaterali o all'insorgenza di antibiotico-resistenze, nonché minimizzare i costi. Secondo le linee guida "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto" redatte dal PNLG (Programma nazionale per le Linee Guida), non è possibile fornire una valutazione dell'impatto economico gravato dalla profilassi antibiotica perioperatoria in quanto i dati forniti sarebbero difficilmente generalizzabili e applicabili alle singole realtà. Il presente lavoro consiste nell'analisi delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti chirurgici sottoposti a sorveglianza, registrate nel periodo gennaio 2013 - marzo 2014, ricoverati presso i reparti di chirurgia dell'AOU Federico II, allo scopo di valutarne l'andamento, l'utilità e la conformità della profilassi antibiotica perioperatoria in riferimento al DGRC 123/10. **MATERIALI E METODI:** Durante il periodo di studio, il personale del DAI di Igiene e Medicina del Lavoro e Preventiva dell'AOU Federico II ha provveduto alla rilevazione sistematica di informazioni anagrafiche e relative all'intervento eseguito, mediante la raccolta di schede ISC1/ISC2, precedentemente compilate dai medici responsabili dei vari reparti di chirurgia. I casi di infezione, dei pazienti sottoposti a sorveglianza,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

sono stati identificati mediante l'applicazione dei criteri CDC di Atlanta. L'elaborazione dei dati rilevati è stata effettuata utilizzando Microsoft Office Excel 2007, con conseguente realizzazione di report trimestrali discussi in sede delle riunioni del comitato infezioni ospedaliere (CIO).

RISULTATI: L'analisi dei dati ha dimostrato che, nel periodo oggetto di studio, sono stati effettuati 11768 interventi chirurgici, il 45,66% di questi ultimi è stato sottoposto a sorveglianza, nel 71,11% dei casi si è previsto l'uso di antibiotici. Il 33,66% degli interventi effettuati ha adoperato antibiotici conformi alle linee di indirizzo regionali sulla antibiotico profilassi perioperatoria, del DGRC 123/10. Il costo dell'antibiotico-profilassi non conforme è risultato del 61,49%. Nei pazienti chirurgici, sottoposti a sorveglianza, sono state riscontrate infezioni del sito chirurgico nello 0,6% dei casi. Gli interventi in questione presentavano classe di contaminazione pulito/ pulito-contaminato nel 75% dei casi e classe contaminato-sporco nel 25% dei casi. **CONCLUSIONI:** Le infezioni del sito chirurgico, insorte nei pazienti operati nei reparti di chirurgia dell'AOU Federico II, risultano ben controllate nell'ultimo anno, in quanto inferiori all'1%. La spesa economica, impiegata per una profilassi antibiotica non conforme alle linee guida suddette, risulta ancora troppo elevata e, in alcuni casi, ingiustificata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 772

REVISIONE DI CASI ED EPIDEMIE D'INFEZIONI OSPEDALIERE IDRO-CORRELATE IN ITALIA NEGLI ANNI 2000-2014

D'Alessandro D.1, Nusca A.2

1 Dip. Ingegneria Civile Edile Ambientale, Sapienza Università di Roma

2 Dip. di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, Istituto Superiore di Sanità

INTRODUZIONE: Numerose indagini ambientali svolte negli ultimi anni documentano contaminazioni significative delle acque ospedaliere. Tali evidenze derivano principalmente da studi indirizzati alla ricerca di *Legionella* spp, ma diversi lavori riportano contaminazioni causate anche da altri saprofiti ambientali batterici e/o fungini, nonché da agenti virali (es: acque di dialisi). Sebbene le epidemie ospedaliere descritte in letteratura siano numerose, soltanto un numero limitato di studi investiga e/o riesce a documentare la sorgente dell'epidemia. Scopo del presente lavoro è quello di effettuare una revisione delle indagini pubblicate nella letteratura scientifica riguardanti epidemie di infezioni ospedaliere correlate all'acqua occorse in Italia, al fine di comprenderne la rilevanza ed individuare gli agenti microbici più frequentemente coinvolti. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è consistito nella revisione degli studi pubblicati tra il 2000 ed il 2014 riguardanti epidemie verificatesi tra l'1 gennaio 2000 ed il 31 dicembre 2013. La ricerca è stata effettuata, mediante diverse combinazioni di parole chiave (water, hospital, infection, outbreak, cases, *Legionella* ed altri microrganismi, Italy), consultando le banche dati PubMed, Scopus, ISI Web, Google Scholar. La revisione ha incluso tutti i lavori pubblicati su riviste, sottoposte a peer-review, nei quali è stata dimostrata l'associazione tra gli eventi infettivi e l'esposizione ad acqua contaminata. Ciò al fine di individuare gli agenti responsabili e la relativa suscettibilità antibiotica, i siti d'infezione, i metodi usati per correlare i dati dei pazienti con quelli ambientali. **RISULTATI:** Complessivamente sono stati individuati 34 lavori, relativi a 32 eventi (casi o epidemie). Tra questi, 9 sono stati esclusi perché la correlazione riscontrata si riferiva alla contaminazione di altre tipologie di liquidi (5 da dispenser del sapone; 1 da soluzione del plasma expander; 1 da soluzione salina; 1 da collutorio; 1 da tovaglioli umidificati disinfettanti) ed altri 5 per l'assenza di isolamento dai campioni ambientali. Sono stati quindi selezionati 20 lavori (18 dei quali su riviste straniere), che hanno descritto 18 eventi. In 12 eventi la correlazione è stata accertata prevalentemente con metodi molecolari (11 su 12). In altri 6 eventi l'acqua è ritenuta essere il veicolo dell'infezione, anche se i risultati ottenuti, seppur con tecniche di biologia molecolare, non hanno documentato l'associazione diretta tra l'acqua e l'infezione. Nella maggior parte degli eventi si è trattato di malattie respiratorie acute (12), seguite da infezioni severe di altre sedi (sepsi, meningiti, artriti, infezioni urinarie, infezioni oculari ed ombelicali) (6). *L. pneumophila* risulta essere l'agente più frequentemente coinvolto (11), seguito da *P. aeruginosa* (3) e da *S. maltophilia* (1), *K. pneumoniae* (1), *S. marcescens* (1). *P. aeruginosa* ha evidenziato una



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

persistenza prolungata (anche di anni) nelle reti idriche, determinando epidemie da microrganismi multi antibiotico-resistenti. Anche gli altri microrganismi hanno evidenziato resistenza ad un'ampia gamma di antibiotici. Il numero d'infezioni per ciascuna epidemia varia da 1 a 143, con un valore mediano di 2 e le Unità Operative maggiormente coinvolti nelle epidemie sono state le ematologie (4) e le terapie intensive neonatali (3). **CONCLUSIONI:** La revisione, sebbene possa peccare di una sottostima indotta dal criterio di selezione degli articoli adottato, fornisce alcune indicazioni degne di nota. La qualità dell'acqua delle reti idriche ospedaliere, pur essendo sovente oggetto di trattamenti aggiuntivi rispetto alle reti idriche urbane, si rende di frequente responsabile di epidemie. La senescenza delle reti idriche di molti ospedali può rappresentare un importante fattore di rischio. Molte degli eventi descritti sono determinati dalla colonizzazione - da parte di microrganismi antibiotico-resistenti - dei terminali (es: lavandini) o delle tubature, favorita da errori di gestione o da una scarsa attenzione alle procedure di sanificazione ambientale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 647

SIX SIGMA PER LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

M.V. Di Cicco 1; A. Ferraro 1; G. Improta 1; E. Montella 1; M. Russo 2; F. Carpentieri 3; M. Triassi 4

1 Dipartimento di Sanità Pubblica "Federico II", Napoli

2 Gesan srl, Caserta

3 Facoltà di Ingegneria "Federico II", Napoli

4 Dipartimento di Sanità Pubblica "Federico II", Napoli

INTRODUZIONE: L'eccellenza dei processi costituisce un'esigenza comune a tutte le aziende, qualunque sia il settore nel quale esse operano o la loro dimensione. Con riferimento al settore sanitario, si tratta di un'esigenza sempre più urgente in considerazione della presenza di una sistematica crescita della domanda di salute – legata anche a specifiche dinamiche demografiche – ed alla contestuale e cronica contrazione delle risorse disponibili: l'applicazione della metodologia Six Sigma (SS) offre un framework ideale in tale direzione.

Lo scopo del lavoro è stato quello di analizzare i processi sanitari dell'A.O.U. Federico II di Napoli al fine di incrementare l'efficienza e l'efficacia degli stessi. Nello specifico è stata applicata la metodologia manageriale SS per la gestione di problematiche di Sanità Pubblica, quali le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Al fine di implementare tale metodologia è stato necessario condurre l'analisi scomponendo la struttura in macro-aree (Chirurgica, Medica, Terapia Intensiva Adulti e Neonatale) per identificare i fattori che maggiormente influenzano i processi sanitari e intervenire mediante azioni correttive.

MATERIALI E METODI: Il nome Six Sigma deriva dall'entità dell'indice di dispersione con cui si misura la variazione del fenomeno analizzato. Secondo l'approccio SS, l'obiettivo è il miglioramento della qualità attraverso la riduzione degli errori, o difetti, trattati come scostamenti dallo standard interno di qualità. Conseguire un obiettivo di SS implica una riduzione del rischio del 99,99966%, cioè fino a 3,4 difetti per milione (Defects Per Milion Opportunities, DPMO).

A differenza delle industrie dove un prodotto difettoso può essere scartato senza alcun problema e senza che il cliente finale se ne accorga, in un ospedale difetti o rilavorazioni impattano direttamente sulla sicurezza del paziente e sulla qualità delle cure. **RISULTATI:** Il lavoro è stato condotto seguendo il ciclo DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control).

La popolazione oggetto dello studio è la totalità degli utenti afferente all'A.O.U. "Federico II" tra il 01/01/2012 e il 31/12/2012, ricoverati in regime di Ricovero Ordinario, escludendo gli utenti che hanno avuto accesso alle strutture aziendali in regime di Day Hospital e Day Surgery. È stata identificata la Critical to Quality (CTQ), rappresentata dagli utenti con almeno un campione biologico positivo per germe sentinella refertato dall'Unità Operativa di microbiologia (variabile indipendente).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

I dati sono stati analizzati mediante l'impiego di Control Chart (fig. 1), istogrammi e test statistici (Test Chi quadro, Test Esatto di Fisher per l'analisi univariata).

Su un totale di 26252 pazienti, la percentuale di colonizzati è risultata essere pari al 1,27%.

L'analisi della CTQ presenta una distribuzione dei giorni di degenza asimmetrica, tipica delle rappresentazioni grafiche dei dati di un processo. In ciascuna macroarea il valore della deviazione standard, confrontato con la media e la mediana, indica una variabilità significativa dei tempi di degenza (tab. 1).

La distribuzione dei germi sentinella evidenzia che l'*Escherichia coli* è il germe sentinella con maggiore prevalenza nella Macroarea Medica, lo *Pseudomonas Aeruginosa* in quella Chirurgica e nella TIN, l'*Acinetobacter Baumanii* in TIA.

La fase di Analyze ha consentito di valutare le possibili correlazioni tra la variabile indipendente e le variabili dipendenti. Queste ultime sono in parte comuni alle Macroaree (il peso DRG, il numero di procedure, le giornate di degenza, l'età) e in parte specifiche (giornate intercorrenti tra la data di ricovero e quella di procedura principale).

Il test delle ipotesi ha confermato la significatività statistica dei risultati; inoltre, per ciascuno dei fattori di rischio è stato identificato il peso ponderato mediante l'utilizzo del t-value.

I risultati dello studio, analizzati e confrontati con gli standard presenti in letteratura internazionale e nazionale, hanno consentito l'identificazione e la successiva implementazione di misure correttive finalizzate al raggiungimento degli obiettivi. CONCLUSIONI: La ponderazione dei fattori di rischio è stata necessaria sia per stabilire la soglia attesa di miglioramento totale del processo (Sigma) sia per identificare il peso assoluto di ciascuno dei fattori modificabili dovendo, per motivazioni intrinseche, ignorare i fattori non modificabili. Le azioni di miglioramento, pertanto, sono state identificate tenuto conto sia delle correlazioni evidenziate dai test statistici, sia del peso ponderato dei fattori di rischio. La misura dell'outcome del processo prevede un periodo di follow up pari a due anni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 650

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE ASSOCIATE A CATETERISMO VESCICALE: ESPERIENZA DI SORVEGLIANZA ATTIVA

G. Gori¹, F. Labricciosa¹, C. Recanatini¹, P. Barbadoro^{1,2}, M.M. D'Errico^{1,2}, E. Prospero^{1,2}

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica – Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

2 SOD Igiene Ospedaliera – Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti”, Ancona

INTRODUZIONE: Il 40% delle infezioni correlate all'assistenza è rappresentato dalle infezioni delle vie urinarie. Le infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale (IVUAC) sono la causa principale di sepsi nosocomiale, con una mortalità associata pari a circa il 10%, sono responsabili del prolungarsi dei tempi di degenza e determinano un notevole incremento dei costi di ospedalizzazione e del carico assistenziale. I principali fattori di rischio per IVUAC sono l'età avanzata, la suscettibilità dell'ospite, il diabete mellito, il sesso femminile, la durata della cateterizzazione, i dispositivi impiegati, il sistema di drenaggio utilizzato e la diversa gestione ospedaliera per i pazienti sottoposti a cateterizzazione. L'obiettivo dello studio è quello di presentare i risultati di un progetto di sorveglianza delle IVUAC in una specialità chirurgica.

MATERIALI E METODI: Il processo di sorveglianza attiva e passiva delle IVUAC condotto in una Unità Operativa chirurgica dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona ha permesso di raccogliere i dati di un periodo di dodici mesi, da gennaio a dicembre 2013, relativi a pazienti ricoverati per un periodo di tempo maggiore di 48 ore e sottoposti a cateterismo vescicale. Per la definizione di caso sono stati adottati i criteri forniti dai Centers for Disease Control and Prevention, escludendo i criteri non valutabili nei pazienti cateterizzati. Sono state incluse le infezioni delle vie urinarie insorte in paziente cateterizzato da almeno 48 ore e, comunque, i cui segni e sintomi clinici siano insorti entro 7 giorni dal posizionamento del catetere vescicale a permanenza. Sono stati calcolati la densità di incidenza cumulativa di IVUAC per 1000 giorni di degenza, la densità di incidenza di IVUAC per 1000 giorni-catetere, l'incidenza cumulativa di IVUAC per numero di pazienti cateterizzati e il tasso di cateterizzazione (numero di giorni-catetere per 100 giornate di degenza). L'associazione tra fattori di rischio noti ed incidenza cumulativa di IVUAC è stata valutata con test del chi-quadro. Il livello di significatività è stato fissato a 0,05. **RISULTATI:** Nel periodo di osservazione sono stati considerati 641 pazienti, di cui 40 (6,2%) hanno presentato una IVUAC, pari ad una densità di incidenza di 15,2/1000 giorni-catetere (IC95% 10,8-20,7/1000 giorni-catetere) e 8,8/1000 giornate di degenza (IC95% 6,3-11,9/1000 giornate di degenza). La distribuzione delle caratteristiche dei pazienti inclusi ha evidenziato alcuni aspetti importanti. Nei pazienti con IVUAC rispetto ai pazienti senza infezione è stata osservata una maggiore durata media della degenza, pari a 16,3 giorni (range 3-70) vs 6,5 giorni (2-37) e una maggiore durata della cateterizzazione, pari a 9,5 giorni (range 2-40) vs 3,8 giorni (2-24). L'incidenza cumulativa di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

IVUAC per numero di pazienti cateterizzati in media nel corso dei dieci mesi è stata pari a 6,2% (range 0-13.3%). Il tasso di cateterizzazione medio è risultato complessivamente pari al 57,8% (range 50,1-68,2). L'intervento chirurgico è risultato la principale indicazione alla cateterizzazione (87,4% sul totale). L'analisi dell'associazione dei principali fattori di rischio mostra una incidenza cumulativa maggiore nel sesso femminile, dopo il quarto giorno di cateterizzazione ed in seguito ad inserimento del catetere in ambiente diverso da quello della Sala Operatoria. La carta di controllo di processo ha permesso di evidenziare un processo contenuto entro i limiti dell'atteso in tutto il periodo di osservazione. I microrganismi più frequentemente isolati sono stati *Escherichia coli*, *Enterococcus spp.*, *Candida spp.*, *Klebsiella spp.* e *Pseudomonas aeruginosa* e sono risultati multiresistenti all'antibiogramma nell'82,5% dei casi. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti non appaiono significativamente diversi da quelli riportati dalla letteratura internazionale, dove si nota una variabilità notevole nell'incidenza del fenomeno. L'adozione di linee guida consolidate, concernenti la corretta esecuzione della procedura di cateterizzazione e la corretta gestione del paziente, rappresenta un elemento imprescindibile per la prevenzione delle IVUAC.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 642

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO NEGLI INTERVENTI DI SOSTITUZIONE PROTESICA DI ANCA, GINOCCHIO, SPALLA E GOMITO IN CHIRURGICA ORTOPEDICA ONCOLOGICA

M. Nobile 1,2; P. Navone¹; A.P. Daolio¹; G. Domeniconi³; C. Conti⁴; F. Uboldi⁵; F. Auxilia⁵.

1 Istituto Ortopedico G. Pini, Milano

2 Dottorato in Sanità Pubblica, Università degli Studi di Milano

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano

4 Università degli Studi di Milano

5 Dipartimento di Scienze Biomediche per La Salute, Università degli Studi di Milano

INTRODUZIONE: Nei pazienti oncologici sottoposti a sostituzione protesica l'incidenza di infezioni del sito chirurgico (ISC) è pari a 8% - 35% dopo impianto primario e al 43% dopo revisione. La frequenza di complicanze infettive postoperatorie è andata progressivamente diminuendo grazie all'introduzione della profilassi antibiotica, tuttavia per i pazienti oncologici il tema relativo all'appropriatezza della profilassi perioperatoria è ancora controverso.

Dal 2008 al 2011 presso l'Unità Operativa Ortopedica Oncologica dell'AO G. Pini è stato condotto uno studio pilota, effettuato su 111 interventi, che ha evidenziato la necessità di raccogliere dati aggiuntivi che consentano di identificare i fattori di rischio per l'insorgenza di ISC in chirurgia ortopedica oncologica. **MATERIALI E METODI:** È stato pianificato uno studio di sorveglianza multicentrico.

La rilevazione dei dati viene effettuata utilizzando il metodo di inclusione prospettica per tutti i pazienti sottoposti ad interventi di artroprotesi in chirurgia ortopedica oncologica.

Sono state predisposte due schede online per la raccolta dei dati relativi al ricovero e al follow up (avvenuto mediante intervista telefonica semistrutturata a 1, 6 e 12 mesi dall'intervento), ponendo particolare attenzione a rilevare tutti i possibili fattori di rischio per l'insorgenza di un'ISC quali caratteristiche del paziente, durata dell'intervento, numero di persone in sala, ampiezza del segmento resecato, perdite ematiche e profilassi antibiotica. **RISULTATI:** Attualmente sono state coinvolte 6 aziende ospedaliere distribuite sul territorio nazionale e selezionate su base volontaria in funzione della numerosità della casistica trattata (l'A.O. G. Pini di Milano, l'A.O. Careggi di Firenze, l'I.O. Rizzoli di Bologna, l'A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino, l'I.O. Galeazzi di Milano e l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma).

Ad oggi sono stati complessivamente sorvegliati 54 interventi. La raccolta dati è ancora in corso e l'arruolamento si concluderà il 31 luglio pv.

Al termine dell'arruolamento saranno disponibili i dati relativi alle caratteristiche dei pazienti sottoposti a questo genere di interventi (genere, età, ASA, fattori di rischio, storia di chemio/radioterapia, diagnosi oncologica), all'intervento (durata, caratteristiche della protesi impiantata, perdite intraoperatorie), alla profilassi antibiotica effettuata (molecola scelta,



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dosaggio, durata) e al decorso post dimissione con particolare attenzione all'identificazione di eventuali ISC. **CONCLUSIONI:** I risultati consentiranno di valutare puntualmente l'incidenza di ISC in questo particolare tipo di chirurgia e di avviare un percorso che abbia come obiettivo finale la costruzione di un documento di consenso sulla profilassi antibiotica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 607

INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA IN UN OSPEDALE PUGLIESE A SEGUITO DI CASI DI INFEZIONE DA KLEBSIELLA

C. Leo 1, P. Chiriaco 2, M. Santoro 1, G. Campo 3, L. Rainò 3, P. Pedote 1.

1. Servizio Igiene e Sanità Pubblica – ASL BR, Brindisi

2. U.O. Malattie Infettive – P.O. Perrino, Brindisi

3. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – ASL BR, Brindisi

INTRODUZIONE: Le infezioni nosocomiali causate da *Klebsiella pneumoniae*, produttore di carbapenemasi KPC (un enzima che inattiva gran parte degli antibiotici), è una problematica che affligge molti ospedali italiani.

La *Klebsiella*, normalmente ospitata nell'intestino umano, colpisce per lo più i pazienti ricoverati nelle terapie intensive ed esposti a ventilatori, i portatori di cateteri intravascolari o ammalati trattati a lungo con antibiotici. Le infezioni cui dà seguito sono polmoniti (di solito associate a ventilazione meccanica e tracheotomia), infezioni delle vie urinarie (da catetere) e le sepsi correlate al catetere venoso centrale.

Gli antibiotici maggiormente utilizzati che sono pochi (tigeciclina, gentamicina, colistina e fosfomicina) e spesso comportano anche effetti collaterali.

Inoltre, poiché non possiedono una rapida e spiccata attività battericida ed hanno un profilo cinetico-dinamico modesto, vengono utilizzati in associazione e ad alto dosaggio. **MATERIALI E METODI:** Nel periodo agosto 2013- marzo 2014 presso il P.O. Perrino di Brindisi si sono verificati 22 casi di infezione da *klebsiella* Pneumonia e in 3 casi si è verificato il decesso.

La Direzione Sanitaria della ASL BR ha costituito una task-force coinvolgendo il Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione aziendale e l'U.O. Malattie Infettive del P.O. Perrino. Successivamente, a seguito delle indagini epidemiologiche, è stato coinvolto anche il Servizio Igiene della Nutrizione e degli Alimenti. **RISULTATI:** Dalle indagini epidemiologiche effettuate si è rilevato che dei 22 casi 12 erano di sesso femminile e 10 maschile. Con riferimento al reparto di ricovero si è verificato che 11 soggetti erano ricoverati in Ematologia, 4 in rianimazione, 2 in Malattie Infettive, 1 in chirurgia, 1 in geriatria, 1 in UTIN e 1 in neuroriabilitazione. L'età media è pari a 48,5 e l'età mediana 65 anni. Nel 27% dei casi era stato posizionato un sondino naso-gastrico, nel 73% dei casi non erano stati sottoposti a prestazioni chirurgiche, mentre il 73% aveva un catetere vescicale, infine nel 24% erano portatori di cannula tracheale. Il 43% dei soggetti aveva una ventilazione assistita, il 42% era sottoposto a chemioterapia. In 7 casi è stata accertata una coinfezione, i germi maggiormente ritrovati sono stati *E. Coli*, *Staphylococcus*, *Candida*, *acinetobacter*. La febbre è comparsa nel 86% dei casi e la diarrea nel 33%.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Inoltre sono stati effettuati 255 campionamenti ambientali nei reparti di Ematologia, UTIN ed Ostetricia con il seguente esito: 17 campioni positivi (9 *Pseudomonas Aeruginosa*, 5 *Acinetobacter*, 1 *Chrysiomonas*, 2 *Klebsiella Pneumoniae*). In contemporanea sono stati effettuati campionamenti dell'acqua potabile e su 52 campioni sono state riscontrate 12 non conformità per *Pseudomonas Aeruginosa*. Si è provveduto a campionare anche i prodotti di sanificazione.

Infine, si è campionato anche alcuni alimenti nei locali mensa; in totale 10 campioni di cui 4 positivi (2 campioni positivi per *Enterobacteriaceae*, e 2 positivi per *Klebsiella Pneumoniae*).

CONCLUSIONI: Il problema del controllo delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza è una realtà che, vede ulteriormente aggravarsi con il dover subire i tagli alla sanità; inevitabilmente tale problematica rischia di diventare una vera e propria emergenza. L'approccio oggi non può che non essere multidisciplinare. Infatti in questa situazione la Direzione Sanitaria ha ritenuto opportuno, e tale scelta è risultata efficace, coinvolgere varie Strutture: l'Area Tecnica per gli aspetti impiantistici, l'Area Farmaceutica per l'approvvigionamento di molecole efficaci, le Malattie infettive per la gestione dei pazienti e il Dipartimento di Prevenzione che grazie alla Sanità Pubblica che da sempre non fa mancare il suo apporto nella gestione delle emergenze infettive e all'esperienza del Servizio Igiene della Nutrizione e degli Alimenti ha potuto individuare e circoscrivere le fonti di infezione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 120

CLUSTER EPIDEMICO DI NETEROCOLITE NECROTIZZANTE ASSOCIATO A KLEBSIELLA PNEUMONIAE NELLA TIN DI UN PRESIDIO OSPEDALIERO DELLA PROVINCIA DI SALERNO

M.G. Panico¹, A. D'Anna¹, R. Nicolino², L. Pezzulo², G. Paoli³

1Servizio Epidemiologia ASL Salerno, 2Dipartimento di Medicina Pubblica Clinica e Preventiva Seconda Università degli Studi di Napoli, 3Dipartimento Scienze Mediche e Preventive Università degli Studi di Napoli "Federico II".

INTRODUZIONE: L'enterocolite necrotizzante (NEC), caratterizzata da necrosi e pneumatosi intestinale, è la più grave emergenza gastrointestinale del periodo neonatale. Si può presentare in forma sporadica o epidemica. Negli ultimi dieci anni sono state descritte diverse epidemie di NEC nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) causate da ceppi di *Klebsiella pneumoniae* produttori di β -lattamasi a spettro allargato (ESBL).

Nel periodo gennaio-maggio 2012 un cluster di NEC si è verificato nella TIN di un Presidio Ospedaliero della Provincia di Salerno.

Per stimare le reali dimensioni dell'epidemia e individuare la fonte e le modalità di trasmissione, è stata condotta un'indagine epidemiologica su neonati ricoverati nella TIN da gennaio a maggio 2012. **MATERIALI E METODI:** Sono state revisionate le cartelle cliniche, quelle infermieristiche ed i risultati delle colture batteriche di tutti i neonati ricoverati nella TIN del P.O. da gennaio a maggio 2012. Per la definizione di caso è stata utilizzata la stadiazione di Bells, come modificata da Walsh e Kliegman. Un caso di malattia è stato definito allo Stadio I (sospetta), in presenza di segni e sintomi clinici suggestivi della malattia, come distensione addominale, residuo gastrico, vomito e/o sangue nelle feci e segni radiologici assenti o normali. Un caso è stato considerato allo Stadio II (accertata – "medica"), quando la radiografia dell'addome mostrava segni di pneumatosi intestinale. Lo Stadio III (avanzata – "chirurgica") era invece definito in presenza di condizioni generali critiche con segni di imminente o avvenuta perforazione intestinale. Sono stati esaminati i risultati di tutte le colture effettuate sui neonati degenti da gennaio ad maggio 2012. Durante l'epidemia esami microbiologici sono stati effettuati su campioni prelevati dalle mani del personale medico e infermieristico, su campioni ambientali, sul latte di formula utilizzato per l'alimentazione ei neonati e sulle attrezzature utilizzate per la spremitura e la raccolta del latte materno. Tra i potenziali fattori di rischio della NEC sono state analizzate le caratteristiche del neonato e l'esposizione a procedure diagnostiche o terapeutiche invasive. Sono stati calcolati Odds Ratios (OR) con I.C. al 95%. OR aggiustati sono stati calcolati mediante una regressione logistica multipla includendo nel modello tutte le variabili che all'analisi univariata erano risultate associate con la NEC. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software Epi Info (TM) 3.5. **RISULTATI:** Nel periodo gennaio-maggio 2012, su 167 ricoverati in TIN la NEC è stata diagnosticata in 12 casi. Sette dei dodici neonati erano maschi. Undici neonati (91.7%) erano pretermine (≤ 37 a settimana



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di gestazione) e 10 (83.3%) avevano un peso alla nascita inferiore a 2,500g. Due neonati (16,7 %) avevano un peso alla nascita inferiore a 1.000 g (EVLBW) e 3 (25%) un peso compreso tra 1000 e 1.500 g (VLBW). Tutti i 12 neonati venivano alimentati con latte di formula e cinque anche con latte materno (alimentazione mista). Dei dodici neonati con NEC, tre presentavano la malattia allo stadio III, tre allo stadio II e sei allo stadio I. I sintomi e segni principali della malattia erano: distensione addominale (91,7%), di stress respiratorio (83,3%), residuo gastrico (50%), sangue nelle feci (25%) e vomito (16,7%). L'esame radiografico mostrava pneumatosi intestinale in 5 dei 12 casi (41,7%). All'analisi univariata, i fattori di rischio erano l'età gestazionale <37 settimane, il basso peso alla nascita (<2,500g), la presenza di distress respiratorio, l'aver avuto una procedura invasiva quale il catetere venoso centrale, il catetere venoso ombelicale e l'intubazione tracheale, l'alimentazione parenterale totale o per gavage, l'essere stati alimentati con latte di formula Nutramigen. Non si osservavano differenze significative nell'insorgenza della malattia rispetto al sesso e alla nazionalità (Tabella 2). All'analisi multivariata, l'unico fattore di rischio indipendente per l'insorgenza della NEC è risultato l'esposizione a catetere venoso centrale (OR 11,2 95% CI 1,2–101,6). Un totale di 10 (83,3%) dei 12 neonati con NEC presentava colture positive per *Klebsiella pneumoniae* in confronto ai 24 dei 155 senza NEC ($p < 0.000002$ [Fisher exact test]); inoltre in nove casi, i test di sensibilità agli antibiotici mostravano che i ceppi isolati erano produttori di β -lattamasi a spettro allargato (ESBL - Extended Spectrum β Lactamasis) in confronto ai 15 dei 155 senza NEC ($p < 0.000001$ [Fisher exact test]). Oltre che dalle colture batteriche dei campioni prelevati dai neonati, *Klebsiella pneumoniae* veniva isolata anche in diversi campioni ambientali (superfici, piani di lavoro, arredi, lavelli e incubatrici, dispositivi medici). CONCLUSIONI: In questa epidemia è stata isolata *Klebsiella pneumoniae* sia nei neonati affetti da NEC che nell'ambiente. Dato che nel 75% dei casi il ceppo di *Klebsiella pneumoniae* isolato era produttore di ESBL è possibile concludere che questa epidemia di Enterocolite Necrotizzante è stata sostenuta da tale microrganismo e che un importante ruolo causale è stato svolto dalla diffusa contaminazione ambientale, con trasmissione indiretta dell'infezione da paziente a paziente probabilmente tramite le mani del personale, superfici ambientali, strumenti, dispositivi e attrezzature sanitarie contaminate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 604

CARATTERIZZAZIONE MOLECOLARE DI KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTTORE DI BETA-LATTAMASI AD AMPIO SPETTRO (ESBL) CIRCOLANTE IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

A. Piana¹, S. Deidda¹, P. Lo Curto¹, A. Cossu¹, E. Muresu¹, A. Palmieri¹, B.M. Are², I. Mura¹, P. Castiglia¹

1Dipartimento di Scienze Biomediche, Igiene e Med. Prev., Università degli Studi di Sassari; 2Struttura Complessa di Igiene e Medicina Preventiva dell'A.O.U. di Sassari

INTRODUZIONE: La capacità di identificare e gestire tempestivamente gli eventi epidemici nosocomiali è considerato requisito fondamentale di un corretto programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali. In tale ambito, risulta indispensabile il supporto del laboratorio di analisi microbiologiche in grado di affiancare alle tecniche colturali tradizionali le metodiche molecolari indispensabili per la comprensione dell'epidemiologia di tali eventi.

Il presente lavoro descrive un recente outbreak nosocomiale manifestatosi in un reparto di terapia intensiva neonatale di un'Azienda Ospedaliera Sarda. **MATERIALI E METODI:** In seguito ad accertamenti diagnostici di routine, nel laboratorio di diagnostica microbiologica della Struttura Complessa di Igiene dell'A.O.U. di Sassari, sono stati segnalati otto casi di positività per *K.pneumoniae* in campioni biologici vari, prelevati da neonati ricoverati nel reparto. I campioni sono stati seminati su terreni selettivi ed elettivi e sulle colonie isolate è stata effettuata l'identificazione biochimica ed il saggio della sensibilità in vitro agli antibiotici. I ceppi isolati, tutti identificati come *K.pneumoniae*, sono stati caratterizzati dal punto di vista genomico, nel laboratorio di biologia molecolare della stessa struttura, con Pulsed Field Gel Electrophoresis (PFGE) e con Multilocus Sequence Typing (MLST). **RISULTATI:** Sulla base del riscontro laboratoristico, la Direzione Sanitaria Aziendale, immediatamente informata del possibile cluster nosocomiale, ha incaricato la struttura di Igiene dell'A.O.U. di effettuare l'inchiesta epidemiologica al fine di risalire alla possibile sorgente di infezione e proporre i necessari interventi di bonifica e prevenzione. Dall'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti coinvolti, emergeva che nel reparto non erano stati segnalati precedentemente casi riconducibili ad un'infezione da *K.pneumoniae* e che pertanto quelli rilevati apparivano come i primi casi. Il veicolo alimentare come il latte, peraltro, non poteva essere escluso dato che tutti i casi erano in alimentazione enterale con il latte materno da prima dell'esordio dei sintomi. Contestualmente, sono state raccolte ulteriori informazioni relative alla turnazione del personale di assistenza, alle condizioni di salute dei genitori e del personale del reparto, alle procedure assistenziali connesse col rischio di trasmissione di *K.pneumoniae*, alle condizioni igieniche e logistiche del reparto. Da un punto di vista fenotipico, gli stipiti isolati erano contraddistinti da uno spettro di sensibilità antibiotica caratterizzato da un



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

pattern di marcata antibiotico resistenza (MDR) in quanto resistenti alle penicilline, cefalosporine, amminoglicosidi, fluorochinoloni, diaminopirimidine e sensibili ai carbapenemi. La PFGE, eseguita sugli 8 microrganismi isolati, ha evidenziato minime differenze tra i ceppi. La cluster analysis ha raggruppato gli stipiti isolati in due distinti cluster, considerati probabilmente correlati tra loro, caratterizzati da un coefficiente di similarità di Dice pari al 92,69%. La MLST ha identificato il ST15 molto spesso coinvolto in episodi di outbreak nosocomiali. **CONCLUSIONI:** Dall'indagine epidemiologica sono emersi alcuni elementi rilevanti: tutti i neonati coinvolti erano nutriti artificialmente con latte della propria madre prelevato con tiralatte disponibili nella struttura, facendo così presumere che questi potessero essere veicoli di trasmissione; dieci giorni prima che si verificasse l'outbreak, in un laboratorio di analisi microbiologiche della Stessa Azienda Ospedaliera, era stato isolato, da una paziente anziana deceduta nel reparto di Rianimazione/Terapia intensiva, uno stipite di *K. pneumoniae*, caratterizzato da un profilo di resistenza agli antibiotici sovrapponibile a quello degli stipiti coinvolti nell'outbreak, ma del quale non è stato possibile valutarne le caratteristiche genomiche. Peraltro, nello stesso reparto di Rianimazione, nella settimana precedente il decesso dell'anziana, era stata ricoverata subito dopo il parto cesareo, la mamma di tre gemellini coinvolti nell'outbreak, che aveva ripreso a frequentare il reparto di Neonatologia ed avere contatti con i propri figli pochi giorni prima che si verificasse il cluster.

Seppur non sia stato possibile individuare esattamente l'origine e la modalità di diffusione dell'evento epidemico, i riscontri epidemiologici rilevati sono suggestivi della necessità di dare maggior impulso ad interventi di educazione sanitaria rivolti al personale ed alle mamme circa le corrette pratiche di bonifica dello strumentario utilizzato nel reparto e, in particolare, all'igiene delle mani. Al fine di prevenire nuovi episodi, si rendono indispensabili training per gli operatori sanitari di tali reparti e l'adozione di protocolli focalizzati sulla sorveglianza attiva ambientale e dei degenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 544

EVENTI ASSOCIATI A VENTILAZIONE MECCANICA (VAE): MISURA E PREVENZIONE DEL RISCHIO ASSOCIATO A VENTILAZIONE MECCANICA

E. Prospero 1, D. Illuminati 2, F. Tirabassi 2, C. Munch 3, P. Pelaia 3, A. Donati 3, ML Carrara 3, L. Berluti 3, S. Sparabombe 3, P. Barbadoro 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche – Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica – Università Politecnica delle Marche;

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università Politecnica delle Marche;

3 Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti”, Ancona;

INTRODUZIONE: Le complicanze infettive polmonari associate a ventilazione meccanica (VAP) rappresentano una importante causa di letalità ed aumento dei costi di gestione dei pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva (UTI). La classica definizione di VAP, utilizzata nei programmi di sorveglianza fino a pochi anni fa, è stata recentemente modificata dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) con l'obiettivo di renderla più oggettiva e riproducibile. Infatti alla fine del 2013 i CDC, sulla base delle più recenti evidenze, hanno elaborato una serie di nuove definizioni atte a identificare non solo le VAP, ma tutti gli eventi associati a ventilazione meccanica (VAE), ossia le condizioni associate a ventilazione meccanica (VAC), le condizioni infettive associate a ventilazione meccanica (IVAC) e le polmoniti associate a ventilazione meccanica (VAP). Tali definizioni sono basate esclusivamente su criteri oggettivi e più agevoli da rilevare rispetto alla precedente definizione di VAP. A dimostrazione della difficile misura del fenomeno, è peraltro stato dimostrato come una pluralità di interventi siano stati in grado di ridurre il tasso di incidenza delle VAP diagnosticate con la classica definizione, ma inefficaci nel migliorare decorso clinico e prognosi dei pazienti.

Obiettivo di questo lavoro è valutare l'efficacia e l'applicabilità di un programma di sorveglianza e prevenzione VAE. **MATERIALI E METODI:** A partire dal mese di gennaio 2014, nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona, è stato attivato un programma di sorveglianza e prevenzione dei VAE. A tal fine, è stato istituito un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione di almeno un rappresentante medico o infermieristico per ogni SOD coinvolta nel progetto con lo scopo di redigere ed approvare uno specifico protocollo di sorveglianza e prevenzione VAE. Il gruppo ha concordato l'utilizzo di un'unica scheda cartacea costruita ad hoc, da compilare a letto del paziente. La scheda cartacea consente la registrazione dei dati anagrafici, dei parametri respiratori e dei dati clinici necessari per la diagnosi di VAE e per l'analisi di alcuni potenziali fattori di rischio. Contestualmente alla rilevazione di dati clinici, la scheda prevede la compilazione di una checklist dettagliata sulla effettiva applicazione quotidiana delle procedure inserite nel bundle di prevenzione concordato. La SOD di Igiene Ospedaliera è responsabile dell'informatizzazione dei dati presenti nelle schede cartacee, del linkage con dati di laboratorio in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

modo da procedere alla diagnosi di VAC, IVAC e VAP, all'analisi dei dati raccolti ed alla elaborazione di un report semestrale. **RISULTATI:** L'applicazione del bundle di prevenzione e la compilazione della scheda cartacea in tutte le sue parti è iniziata con successo il 1 febbraio 2014. L'utilizzo di un'unica scheda a letto del malato sia per la sorveglianza che per il monitoraggio sulla corretta applicazione del bundle si è dimostrato un sistema pratico, efficace ed efficiente sia per la raccolta dei dati necessari alla sorveglianza, sia per monitorare la corretta applicazione del bundle di prevenzione. I risultati della sorveglianza in corso consentiranno di valutare il fenomeno in maniera maggiormente ripetibile rispetto al passato. **CONCLUSIONI:** Lo sviluppo del protocollo di sorveglianza e prevenzione VAE da parte di un tavolo di lavoro con la partecipazione del personale di ogni SOD coinvolta nel progetto ha permesso una condivisione degli obiettivi e degli strumenti di lavoro. Questo, associato all'agevole utilizzo di un'unica semplice scheda sia per la sorveglianza che per la checklist di prevenzione, ha influenzato positivamente l'aderenza al progetto. L'uso delle nuove definizioni CDC di VAE, estremamente semplificate rispetto alla tradizionale definizione di VAP, permette una misurazione economica, oggettiva e comparabile del rischio correlato alla ventilazione meccanica. Tale dato, associato al monitoraggio dell'applicazione del bundle di prevenzione, consentirà una valutazione di efficacia del bundle stesso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 634

INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO: IL RUOLO DEI DRENAGGI IN CHIRURGIA ADDOMINALE

C. Recanatini 1, G. Mazzarini 1, C. Marmorale 2, P. Barbadoro 1,3, S. Rasori 4, E. Prospero 1,3, M.M. D'Errico 1,3, Drenaggi Collaborative Working Group

1. Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica - Sezione di Igiene, Sanità Pubblica e Medicina preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona; 2. SOSD Formazione in Chirurgia Generale - Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" - Università Politecnica delle Marche - Ancona; 3. SOD Igiene Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti", Ancona; 4. ASUR Marche, Area Vasta n. 1, Urbino

INTRODUZIONE: Le infezioni del sito chirurgico (ISC) sono tra le più comuni infezioni acquisite in ospedale (15-20%) e costituiscono a tutt'oggi un problema rilevante, in termini di morbosità, mortalità, prolungamento della degenza ospedaliera e incremento dei costi delle cure. Mentre è piuttosto consolidato il ruolo di alcune condizioni nell'incrementare il rischio di sviluppare ISC, quali ad esempio la durata dell'intervento, la classe di contaminazione e le comorbidità presenti, per altre la questione è ancora dibattuta, come nel caso dell'utilizzo di drenaggi chirurgici. L'obiettivo di questo studio è stato identificare i fattori di rischio associati ad ISC, con particolare attenzione all'impiego dei drenaggi. **MATERIALI E METODI:** Nel periodo 2010-2012 è stata condotta un'indagine di sorveglianza su pazienti sottoposti a procedura chirurgica in due reparti di chirurgia generale degli Ospedali Riuniti di Ancona. I dati raccolti includevano caratteristiche relative al paziente: età, sesso, comorbidità, American Society of Anesthesiology (ASA) score) e all'intervento chirurgico: tipo di procedura, durata, classe di contaminazione, urgenza, somministrazione di profilassi antibiotica perioperatoria, posizionamento di drenaggio e giornate di degenza con drenaggio in sede. La diagnosi di infezione del sito chirurgico è stata posta secondo i criteri diagnostici dei Centers for Disease and Control e caratterizzata come infezione superficiale, dell'incisione profonda o localizzata in sede di organo-spazio.

Le variabili associate ($p < 0,2$) all'insorgenza di ISC all'analisi bivariata sono state incluse nel modello di regressione logistica. Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$. **RISULTATI:** È stato sorvegliato un totale di 872 procedure di chirurgia addominale, coinvolgenti 498 maschi (57,1%); l'età media ($\pm$ DS) era di $59,5 \pm 17,9$ anni. Il drenaggio è stato posizionato nel 37% ($n=323$) dei pazienti e nel 13,4% ($n=117$) di essi è stato lasciato in sede per più di sette giorni; il valore medio ($\pm$ DS) del numero di giornate con drenaggio in sede era pari a $6,8 \pm 6,6$. Nel 72,1% ($n=629$) delle operazioni è stata somministrata profilassi antibiotica. Nel 6,4% ($n=56$) dei casi si è registrata una ISC. I più alti tassi di infezione si sono riscontrati nella chirurgia del colon (13,9%), in quella gastrica (12,5%), in quella bilio-epato-pancreatica (11,8%) e nelle laparotomie esplorative (25%). Dai risultati dell'analisi multivariata i drenaggi (OR 5.14, 95%CI 2.63-10.08) sono risultati essere un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di ISC, unitamente alla durata prolungata della



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

procedura chirurgica (OR 1.98, 95% CI 1.09-3.59) e ad un ASA score pari a 3 (OR 6.13, 95%CI 2.33-16.11); la somministrazione di profilassi antibiotica si è dimostrata invece un fattore protettivo (OR 0.53, 95% CI 0.29-0.99). **CONCLUSIONI:** Questo studio evidenzia quanto il posizionamento di drenaggi chirurgici sia un fattore di rischio per lo sviluppo di ISC, indipendentemente dal periodo in cui esso viene lasciato in sede. Altresì, sono stati confermati come fattori di rischio una durata prolungata della procedura chirurgica e un ASA score pari a 3, e come elementi protettivi la somministrazione di profilassi antibiotica perioperatoria. Questi risultati suggeriscono, quindi, di definire il ruolo dei drenaggi nelle dinamiche associate all'insorgenza di ISC, con l'obiettivo generale di ridurre il rischio infettivo attraverso interventi preventivi mirati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 125

POLMONITI ASSOCIATE A VENTILAZIONE MECCANICA (VAP): TREND TEMPORALI E IMPATTO DELL'IMPLEMENTAZIONE DI UN PACCHETTO DI INTERVENTI PREVENTIVI

E. Righi 1; G. Aggazzotti 1; E. Bottosso 2; E. Ferrari 3; C. Giovanardi 3; S. Busani 3; L. Rinaldi 3; M. Girardis 1,3.

1. Dipartimento di Scienze Diagnostiche, Cliniche e di Sanità Pubblica, Università di Modena e Reggio Emilia

2. Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia

3. Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

INTRODUZIONE: Le polmoniti associate a ventilazione meccanica (Ventilator Associated Pneumonia, VAP) sono infezioni nosocomiali molto comuni nei soggetti ricoverati in terapia intensiva. Diversi fattori di rischio sono stati evidenziati nel corso degli anni: alcuni sono legati al paziente (sesso maschile, età >70 anni, patologia polmonare preesistente, gravità della patologia, compromissione dei riflessi di protezione delle vie aeree); altri dipendono dalle manovre effettuate sul paziente stesso, con un aumento del rischio per interventi di neurochirurgia, chirurgia toracica e addominale, reintubazione, profilassi con antiacidi, intubazione nasotracheale. Per favorire l'implementazione di linee guida preventive, negli ultimi anni sono stati proposti diversi pacchetti strategici costituiti da più interventi combinati (ventilator care bundles). Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare i trend temporali della diffusione di VAP e l'impatto di un programma caratterizzato dalla progressiva introduzione di strategie efficaci per la prevenzione implementato a partire dal 2004 nella terapia intensiva post-operatoria (TIPO) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena. **MATERIALI E METODI:** Tutti i pazienti ricoverati in TIPO nel periodo 2004-2010 con una degenza ≥ 72 h e una durata della ventilazione meccanica (VM) ≥ 48 h sono stati inclusi in questo studio osservazionale di tipo retrospettivo. Alla fine del 2003 è stato introdotto un set di interventi preventivi che comprendeva diverse azioni: igiene delle mani in accordo con le più recenti linee guida OMS, posizionamento del paziente con tronco sollevato di 30°, mantenimento della pressione endotracheale della cuffia ≥ 20 cmH₂O; igiene del cavo orale con collutorio alla clorexidina con una frequenza minima di 2 volte/giorno; prevenzione della distensione gastrica e sospensione della nutrizione parenterale almeno 2h prima di tutte quelle manovre che inducono a posizionare il paziente in posizione supina; aspirazione endotracheale con sistema chiuso multiuso. Dalla fine dell'anno 2007 a tutti i pazienti con una durata prevista del periodo di intubazione superiore alle 48h è stata effettuata anche la decontaminazione selettiva del tratto digestivo (SDD) attraverso la somministrazione sia topica che intravenosa di specifici antibiotici.

I dati demografici e clinici dei pazienti sono stati estratti dalle informazioni raccolte di routine dal sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere attivato nell'unità dal 2002 (Petaloni infezioni del Progetto Margherita del Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva -



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

GiViTI). VAP è stata definita in accordo con le definizioni del GiViTI stesso ed è stata classificata come VAP ad insorgenza precoce (entro le 96h dall'inizio della VM) e come VAP ad insorgenza tardiva (dopo le 96h). Tecniche di analisi multivariata sono state applicate per valutare sia i trend temporali di VAP sia il rischio di sviluppare una VAP tenendo sotto controllo l'azione di diversi potenziali fattori confondenti inclusi età, tipo di ricovero, la gravità clinica all'ammissione in TIPO. **RISULTATI:** 1372 soggetti sono stati inclusi nell'indagine. Nel complesso, 156 (11.4%) pazienti hanno sviluppato una VAP, con una incidenza di VAP ad insorgenza precoce e tardiva pari rispettivamente a 4.3% e 7.1% e una incidenza di VAP sostenute da microrganismi antibioticoresistenti uguale al 5.0%. L'incidenza annuale di VAP è risultata diminuire significativamente durante il periodo dello studio passando dall'18.9% al 8.8% ($p < 0.001$) e riduzioni significative nell'incidenza annuale sono state osservate sia per le VAP ad insorgenza precoce (da 7.4% al 2.0%; $p < 0.001$) che per quelle ad insorgenza tardiva (da 11.4% al 6.8%; $p = 0.012$). A partire dall'anno 2008, in corrispondenza con l'introduzione della SSD, il rischio di sviluppare una VAP è risultato significativamente inferiore a quello osservato all'inizio dello studio. Nello stesso periodo nessun cambiamento significativo è stato osservato sia nel tasso di mortalità in TIPO che nella diffusione di infezioni sostenute da microrganismi antibioticoresistenti, nonostante la concomitante tendenza al peggioramento delle condizioni cliniche dei soggetti ricoverati in TIPO e nonostante una significativa crescita registrata nella mortalità ospedaliera complessiva (da 25.7% a 39.0%, $p = 0.023$). **CONCLUSIONI:** L'implementazione progressiva di un pacchetto standardizzato di azioni preventive è risultato associato ad una riduzione significativa del rischio di sviluppare VAP in pazienti critici ricoverati in TIPO, come confermato anche da altri studi sullo stesso argomento. L'introduzione di SDD nella seconda parte dello studio ha determinato una ulteriore riduzione nel rischio di sviluppare VAP senza favorire un contemporaneo incremento delle infezioni sostenute da microrganismi multiresistenti, fenomeno a volte osservato in altre realtà ospedaliere.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 099

ADERENZA ALLE LINEE GUIDA SULLA PROFILASSI ANTIBIOTICA DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA NEL POLICLINICO UNIVERSITARIO "P. GIACCONE" DI PALERMO

M. Gagliano 1, L. Carubia 3, M.V. Torregrossa2, N. D'Alessandro 1

1 U.O.C. di Farmacologia Clinica, 2 U.O. Prevenzione e Sorveglianza I.O. , 3 Specializzanda in Igiene e Medicina Preventiva, A.O.U.P. "P. Giaccone", Palermo

INTRODUZIONE: Le infezioni della ferita chirurgica (IFC) sono eventi nosocomiali frequenti, rappresentando secondo il CDC-NNIS system degli USA il 14-16% delle infezioni nei pazienti ricoverati. I pazienti che sviluppano IFC vanno incontro ad una maggior durata della degenza e ad aumenti delle complicanze e della mortalità; inoltre le IFC comportano aggravii dei costi. Per ridurre l'incidenza delle IFC sono state elaborate, sia a livello nazionale che internazionale, varie linee guida sulla profilassi antibiotica peri-operatoria. Obiettivo del presente lavoro è stato quello di valutare l'aderenza alle specifiche linee guida aziendali

(<http://www.policlinico.pa.it/portal/pdf/news/CIO/LineeGuidaAntibioticoProfilassiLast.pdf>)

nell'ambito di un'iniziativa dei Farmacologi Clinici e del Comitato Infezioni Ospedaliere, che prevede controlli trimestrali nelle U.O. chirurgiche dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" (A.O.U.P.) di Palermo. **MATERIALI E METODI:** Sono state esaminate le cartelle cliniche dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico nelle seconde settimane di ottobre, novembre e dicembre 2013 nelle 11 U.O. chirurgiche e nelle U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Urologia dell'A.O.U.P. La profilassi antibiotica peri-operatoria è stata considerata appropriata se, in base alle linee guida,: 1) essa era indicata in rapporto al tipo di intervento chirurgico; 2) venivano impiegati gli antibatterici appropriati; 3) degli antibatterici erano corretti sia il dosaggio che la durata di somministrazione. **RISULTATI:** Nelle settimane prese in esame vi sono stati 370 interventi chirurgici (331 dei quali valutabili grazie alla completezza delle informazioni) e 2 casi di IFC. Globalmente, la percentuale di corretta applicazione delle linee guida è stata del 49,8 (media tra le varie U.O. pari a 46,1%, con estremi rappresentati dallo 0% di un'U.O. e dal 100% di un'altra) e la percentuale di pazienti non sottoposti a profilassi antibiotica peri-operatoria, anche se indicata, del 20%; tali percentuali sono simili a quelle (44,8 e 17,3) riferite da Durando P et al. (Am J Infect Control 40, 969-72, 2012) per il Policlinico Universitario di Genova. Nel nostro studio, il 14,5% dei pazienti era stato trattato con un antibatterico non indicato dalle linee guida e il 6,9% con un dosaggio inferiore a quello previsto per il farmaco appropriato. L' 8,2% dei pazienti era stato sottoposto a profilassi non necessaria. Il 55% dei pazienti aveva continuato a ricevere il trattamento antibatterico anche dopo la conclusione della profilassi peri-operatoria. **CONCLUSIONI:** Il nostro studio si allinea con numerosi lavori che dimostrano come l'aderenza alle linee guida per la profilassi antibiotica peri-operatoria non è ancora ottimale in diversi Paesi, Italia compresa, collocandosi a livello internazionale mediamente



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

al di sotto del 50% (vedi per es. Ng RS e Chong CP, *Australas Med J* 5, 534-40, 2012). In realtà, la scarsa aderenza dei medici ospedalieri alle linee guida si estende all'antibioticoterapia in genere (Hulscher ME et al., *Lancet Infect Dis* 10, 167-75, 2010). Questo dipende da molteplici fattori tra cui il non essere d'accordo con le indicazioni delle linee guida, la mancanza di motivazione, la non conoscenza delle evidenze con la tendenza a non abbandonare pratiche consolidate, anche se non dimostratesi efficaci (inerzia cognitiva). L'approfondita conoscenza delle linee guida deve quindi costituire un elemento imprescindibile dei programmi ECM per il personale medico chirurgico operante nelle aziende ospedaliere. D'altra parte, un fattore di fondamentale importanza per ottenere l'adesione alle linee guida è il pieno coinvolgimento dei destinatari sia nella loro stesura e aggiornamento che nella loro implementazione. In qualsiasi campo della medicina l'imposizione dall'alto di qualsivoglia linea guida è destinata a sicuro fallimento. Infine, audit periodici, se condotti da personale appositamente preparato, possono contribuire in maniera determinante al miglioramento dell'aderenza degli addetti ai lavori alle linee guida concernenti la prevenzione delle IFC. Concludendo, riteniamo che lavori come il nostro possono fornire elementi utili per l'elaborazione di strategie indirizzate al miglioramento dell'aderenza alle linee guida aziendali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 291

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA STRATEGIA DI INTERVENTO MULTIMODALE PER MIGLIORARE L'ADESIONE AL PROGETTO "CURE PULITE SONO CURE PIÙ SICURE" DEGLI OPERATORI DELLA RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA

A. Rossini 1, A. Salvia 1

1 Fondazione Santa Lucia I.R.C.C.S. - Roma

INTRODUZIONE: Valutare l'efficacia di un intervento multimodale nell'ambito del progetto OMS "Cure Pulite sono Cure più Sicure" per la riduzione del rischio infettivo nell'ospedale di neuroriabilitazione Fondazione Santa Lucia I.R.C.C.S. di Roma. **MATERIALI E METODI:** E' stato condotto uno studio osservazionale prospettico prima e dopo un intervento multimodale formativo e organizzativo. Nei mesi di maggio e giugno del 2012, attraverso una serie di audit nelle unità di neuroriabilitazione dell'ospedale, sono state definite le necessità formative degli operatori sanitarie e le soluzioni organizzative da implementare. Gli audit sono stati momenti formativi per migliorare le conoscenze degli operatori sanitari sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Tutti i neoassunti hanno partecipato ad un corso di formazione aziendale sulla prevenzione del rischio infettivo. Grazie alle indicazioni emerse negli audit è stata ottimizzata la disponibilità di gel alcolico migliorando la possibilità di igienizzare le mani al "point of care". Per valutare l'efficacia dell'intervento multimodale sono stati analizzati, prima e dopo la sua implementazione, tre indicatori:

- a) I risultati di due studi di prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza, nei quali sono stati arruolati tutti i degenti in regime ordinario accettati in ospedale almeno 48 ore prima degli studi. Per la rilevazione e la codifica delle infezioni sono stati adottati i criteri e la classificazione del CDC.
- b) I risultati delle sessioni di osservazione e rilevazione della compliance all'igiene delle mani nei "5 momenti fondamentali delle mani" dell'OMS, attuata avvalendosi della collaborazione di operatori formati ad hoc, che hanno osservato l'attività del personale addetto alla riabilitazione e all'assistenza, utilizzando gli strumenti e le metodiche del progetto dell'OMS "Cure Pulite sono Cure più Sicure".
- c) I dati dei consumi di soluzione alcolica per l'igiene delle mani, rilevati e valutati complessivamente per 36 mesi e rapportati alle giornate di degenza erogate. **RISULTATI:** Per l'anno 2012 lo studio di prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza ha riscontrato, tra i 301 degenti, età media 60,99 anni (range 15 – 94), 31 pazienti con un'età media di 63,81 anni (range 24 – 92) con almeno un'infezione correlabile all'assistenza riabilitativa ricevuta nell'ospedale Fondazione Santa Lucia. Il numero d'infezioni rilevate è risultato pari a 34 con una prevalenza dell'11,29%. Per l'anno 2013 tra i 295 pazienti studiati, di età media 61,37 anni (range 16 – 95), sono stati identificati 24 degenti, di età media pari a 63,5 anni (range 34 -93), con almeno



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

1 infezione, contratta durante il ricovero nella Fondazione. Sono 27 le infezioni registrate per un valore di prevalenza del 9,15%. In entrambe le rilevazioni, la principale localizzazione di infezione è risultata il tratto urinario con una prevalenza del 47,06% nel 2012 e del 48,15% nel 2013, seguita dalla infezione dell'apparato respiratorio con una prevalenza del 20,59% e del 29,63% rispettivamente nei due anni. In entrambi gli studi sono state riscontrate enteriti da *Clostridium difficile* che hanno rappresentato il 14,71% nel 2012 e il 18,52% nel 2013 delle infezioni rilevate. La compliance all'igiene delle mani è risultata pari al 52,9% sulle 2074 opportunità rilevate nel 2012 e del 59,7% sulle 3317 opportunità rilevate nel 2013. Il consumo di gel alcolico tra gennaio 2011 e giugno 2012 è risultato pari a 9,7 litri ogni 1000 giornate di degenza, nei 18 mesi successivi, luglio 2012 dicembre 2013, è risultato pari a 16,8 litri ogni 1000 giornate di degenza.

CONCLUSIONI: L'esperienza presentata è parte del percorso per il controllo del rischio infettivo che l'azienda ha iniziato nel 2007, aderendo al progetto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Cure Pulite Sono Cure Più Sicure", e che sta proseguendo attraverso l'applicazione della metodica PDCA per il miglioramento continuo della qualità. L'analisi dei risultati ha evidenziato, dopo l'implementazione dell'intervento multimodale, una minore prevalenza d'infezioni contestualmente ad un aumento del 7,2% della compliance all'igiene delle mani nei "5 Momenti Fondamentali per l'Igiene delle Mani" e del consumo di igienizzante alcolico, che ha raggiunto un valore superiore alla media di consumo registrata a livello nazionale (<10 litri ogni 1000 giornate di degenza). La prevalenza d'infezioni rilevata nella Fondazione Santa Lucia risulta, anche dopo l'intervento multimodale, più elevata di quanto descritto dall'ECDC nello studio svolto tra il 2011 e il 2012, a livello europeo per le strutture di riabilitazione (6,6%), mentre per le localizzazioni di infezioni, sia nello studio dell'ECDC che nei 2 studi di prevalenza effettuati presso la Fondazione le infezioni del tratto urinario e delle vie respiratorie sono risultate le più frequenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 595

ETIOLOGIA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI ASSOCIATE ALL'ASSISTENZA TRASMESSE PER VEICOLO IDRICO

P. Borella 1; A. Bargellini 1; I. Marchesi 1; P. Marchegiano 2; M. Favale 1; G. Ferranti 1

1. Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

2. Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, Modena

INTRODUZIONE: Numerose procedure e attività regolarmente effettuate durante l'assistenza dei pazienti ammessi nelle strutture sanitarie richiedono acqua o soluzioni acquose. In questa revisione, vengono riportati i casi di infezioni ospedaliere correlate all'acqua riportati nella letteratura scientifica internazionale dal 1990 al 2012. Sia i casi singoli che le epidemie sostenute da batteri sono stati esaminati in relazione alle caratteristiche dei pazienti, a reparti coinvolti e alle sorgenti d'infezione. Viene anche presentata una rassegna sui metodi diagnostici utilizzati e sulle indagini ambientali svolte in seguito alla comparsa dei casi, allo scopo di fornire un utile contributo agli operatori sanitari nella prevenzione e gestione dei casi. **MATERIALI E METODI:** Si è proceduto alla revisione della letteratura in PubMed combinando diverse voci per la selezione degli articoli di interesse e scegliendo solo quelli pubblicati in lingua inglese, mentre sono stati esclusi gli articoli in cui si specificava che si trattava di "pseudoinfezioni". Una check list è stata utilizzata per estrarre dagli articoli selezionati informazioni quali anno, paese, numero dei casi e tipo di microrganismo, tipologia dei pazienti, reparto, fattori di rischio, indagini svolte per individuare la fonte di infezione e misure di controllo e prevenzione adottate. **RISULTATI:** Nel periodo considerato, in totale sono stati individuati 125 articoli, 48 dei quali riferiti a infezioni da legionella e 77 ad altri batteri; 41 episodi infettivi hanno interessato bambini. L'andamento non cambiava sostanzialmente nel tempo e tutti i casi erano sostenuti da patogeni opportunisti, principalmente Legionellaceae, Pseudomonadaceae e Burkholderiaceae. I sistemi di distribuzione dell'acqua calda sono stati identificati come fonte principale di legionellosi, seguita da acqua da bere; l'acqua in bottiglia era prevalentemente colonizzata da Pseudomonaceae, mentre le Burkholderiaceae erano i principali contaminanti di acqua distillata e sterile. I reparti coinvolti più di frequente erano le unità di terapia intensiva anche se, indipendentemente dal reparto, le caratteristiche del paziente rimangono il maggior fattore di rischio. **CONCLUSIONI:** Le infezioni associate all'assistenza sanitaria trasmesse per veicolo idrico risultano scarsamente descritte nella letteratura scientifica internazionale, suggerendo che rappresentino la punta di un iceberg; a nostro avviso, uno dei motivi per questa limitata numerosità deriva dalla convinzione, nei paesi industrializzati, che l'acqua non sia più un problema per la diffusione di malattie infettive, mentre nei paesi in via di sviluppo altre priorità sanitarie sovrastano la opportunità di indagare sulla contaminazione dell'acqua alla ricerca della fonte infettiva. Legionella spp rimane la causa prevalente delle



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

infezioni trasmesse con l'acqua negli ospedali, anche se si osserva un calo nel tempo, probabilmente legato alla maggiore adozione di misure di sorveglianza e controllo. Viceversa, risultano in aumento gli altri germi opportunisti in virtù dell'aumento costante di patogeni resistenti agli antibiotici, di procedure invasive e di paziente immunocompromessi ricoverati negli ospedali. Particolarmente interessante è la elevata frequenza di infezioni nei bambini, raramente interessati da episodi analoghi contratti in ambito comunitario. Dato che la contaminazione microbica dell'acqua è difficile da evitare e i trattamenti di disinfezione sono generalmente insufficienti a controllare il rischio di infezione, è necessario elaborare un water safety plan adeguato dal momento che le fonti di rischio per le strutture sanitarie sono molto numerose e variegate. Particolarmente importante rimane la necessità per il personale di assistenza di evitare l'esposizione di bambini e pazienti immuno-defedati, sia per quanto riguarda l'utilizzo delle acque dai rubinetti/docce per l'igiene personale e come acque da bere, sia nei confronti dell'acqua utilizzata per le altre procedure necessarie nella cura dei pazienti



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 720

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO NELLA REGIONE PIEMONTE (2008-2012)

Carla M.Zotti¹, Marco Testa¹, Michela Stillo¹, Sebastian Giacomelli¹, Viola Amprino¹, Marco Bo¹, Lorena Charrier¹, Enzo C. Farina²

¹ Dipartimento di Scienze della sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

² AOU Città della salute e della scienza, Torino

INTRODUZIONE: In Regione Piemonte dal 2008 l'attività di sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) è monitorata attraverso l'implementazione di una ventina di attività descritte da altrettanti criteri e misurate attraverso degli indicatori; si tratta di indicatori di struttura/risorse, di sorveglianza e di controllo.

Una delle sorveglianza mantenuta sistematicamente nel tempo è rappresentata dalla sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC).

Il presente contributo ha l'obiettivo di descrivere le modalità di conduzione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e i principali esiti che possono essere conseguiti, sia in termini di incidenza che di possibilità di confronto dei dati con altre realtà sanitarie. **MATERIALI E METODI:** Uno degli indicatori ripetuto tutti gli anni è quello che misura l'attuazione della sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico; a partire dal 2008 è stata via via proposta la sorveglianza di interventi chirurgici diversi, sia attuati in chirurgia generale (colecistectomia, ernia, colon-retto, mastectomia) sia in chirurgia specialistica (prostatectomia, neurochirurgia, cardiocirurgia, ortopedia) per periodi di tre o sei mesi nei presidi piemontesi pubblici.

E' seguito il protocollo ECDC, declinato in Italia nella sorveglianza SNICH; questo protocollo definisce gli interventi da sorvegliare, i dati da raccogliere (attualmente in modalità web), i tempi di follow-up (30 gg per tutti gli interventi, tranne che per gli interventi con protesi che richiedono un follow-up di 365 gg).

Sono calcolati tassi di incidenza cumulativa (ratio /100 interventi) e di densità di incidenza (rate /1000 gg di sorveglianza).

Per gli interventi presenti anche nelle altre reti di sorveglianza (NHSN-USA; ECDC-Europa; SNICH-Italia) è possibile valutare il tasso standardizzato di incidenza, effettuando confronti sull'osservato locale e sull'atteso calcolato rispetto al tasso delle altre sorveglianze; la disponibilità dell'Index risk consente anche confronti a parità di complessità dell'intervento. **RISULTATI:** Tra il 2008 e il 2012 (non sono ancora completi i dati del 2013) il Piemonte ha raccolto dati relativi alla sorveglianza delle ISC su 13458 interventi (1500-2000 per anno); alcune categorie sono oggi ampiamente rappresentate (protesi d'anca, chirurgia del colon-retto, colecistectomia, parto cesareo); per molti interventi i dati di rate e di ratio hanno dimensioni abbastanza precise, se analizzate considerando gli IC95%, e possono rappresentare un dato regionale di riferimento; per altri (retto, bypass cardiocirurgici) è ancora opportuno raccogliere altri interventi per stabilizzare il dato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Questi dati consentono già dei confronti regionali fra gli ospedali, evidenziando situazioni che si collocano significativamente al di sopra della media regionale (figura 1) e mostrando presidi ospedalieri con performances di minore qualità (figura2); è già possibile una analisi dei trend temporali (figura3) che possono evidenziare miglioramenti o peggioramenti significativi. I confronti con i dati nazionali, europei o statunitensi mediante i tassi standardizzati di incidenza hanno consentito di evidenziare situazioni prevalentemente in linea con le performances chirurgiche delle altre realtà sanitarie (fig.4) CONCLUSIONI: La sorveglianza delle Infezioni del sito Chirurgico mantenuta con regolarità e all'interno di indicazioni regionali sta consentendo di disporre di un numero consistente di dati, sufficiente per effettuare controlli all'interno della realtà regionale e con le altre realtà che sorvegliano con modalità paragonabili, nonché a misurare cambiamenti nel tempo. La messa in atto di una sorveglianza da parte di un singolo presidio ospedaliero offre dati di confronto con realtà paragonabili per complessità degli interventi e per caratteristiche della struttura.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 641

LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC) E LA SUA CORRELAZIONE CON LA PROFILASSI ANTIBIOTICA NEGLI INTERVENTI A BASSA COMPLESSITÀ NELLA CHIRURGIA DELLA MANO

G. Domeniconi 1; F. Ubaldi 2; M. Nobile 3,4; P. Navone 3; C. Conti 5; F. Auxilia 2.

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Milano

2 Dipartimento di Scienze Biomediche per La Salute- Università degli Studi di Milano

3 Istituto Ortopedico G. Pini

4 Dottorato in Sanità Pubblica_ Università degli Studi di Milano

5 Università degli Studi di Milano

INTRODUZIONE: L'implementazione di percorsi diagnostici-terapeutici ambulatoriali nella chirurgia della mano ha proposto una nuova sfida dal punto di vista della sorveglianza e controllo del rischio infettivo: i sistemi di sorveglianza devono essere ripensati in funzione del percorso del paziente, non più centrato sulla degenza ospedaliera.

L'obiettivo principale dello studio, condotto presso l'U.O Microchirurgia della Mano dell'A.O G. Pini di Milano, è stimare l'incidenza di ISC associate alla chirurgia ambulatoriale a bassa complessità; altri scopi sono identificare i possibili fattori favorenti l'insorgenza di tali ISC e valutare le modalità di effettuazione della profilassi antibiotica. **MATERIALI E METODI:** Il disegno di studio prevede un approccio basato sulla sorveglianza attiva prospettica delle ISC secondo il protocollo, incluso un follow up post dimissione di un mese.

Sono state analizzate le cartelle ambulatoriali dei pazienti sottoposti ad interventi puliti di chirurgia ambulatoriale di elezione della mano attraverso una scheda predisposta ad hoc per la raccolta dei dati relativi al ricovero e al follow up, con particolare attenzione a rilevare tutti i possibili fattori di rischio per l'insorgenza di un'ISC quali caratteristiche del paziente, durata dell'intervento, profilassi antibiotica

RISULTATI: Sono stati arruolati 51 pazienti, nel 73% dei casi di sesso femminile e con un'età media pari a 59,7 anni. La maggior parte dei pazienti è stata classificata come ASA 1 (14%) e 2 (23%) e nel 18% dei pazienti arruolati erano presenti comorbidità quali diabete, cardiopatie ed epatopatie. Sono stati sorvegliati 57 interventi con una durata media della procedura chirurgica pari a 18 minuti. In oltre l'80% dei casi è stata rilevata una non aderenza alle linee guida di antibiotico profilassi e nella quasi totalità dei casi (98%) la motivazione è stata la somministrazione di una profilassi non prevista dalle raccomandazioni aziendali. Non sono state rilevate ISC, nel 22% dei casi sono occorse comuni complicanze post-operatorie quali parestesie ed edema persistente dei tessuti molli. **CONCLUSIONI:** Lo studio ha rappresentato una prima esperienza di sorveglianza delle ISC e di monitoraggio dell'aderenza alle LG di antibiotico profilassi associate alla chirurgia delle mani in regime ambulatoriale, rappresentando uno strumento di valutazione e di miglioramento delle cure offerte al paziente, attraverso la verifica della esecuzione della profilassi antibiotica e alla sua puntuale registrazione nella documentazione clinica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 753

**LA FORMAZIONE IN TEMA DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI E IGIENE OSPEDALIERA:
DALL'ANALISI DEL RISCHIO ALLO SVILUPPO DI INTERVENTI FORMATIVI**

F. Auxilia 1, A. Agodi 2, S. Brusaferro 3, M.M. D'Errico 4, G. Domeniconi 5, M.T. Montagna 6, I. Mura 7, M. Nobile 8, C. Pasquarella 9, S. Tardivo 10 et GISIO

1 Dipartimento Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

2 Dipartimento GF Ingrassia, Università degli Studi di Catania

3 Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine

4 Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

5 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano

6 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi Aldo Moro, Bari

7 Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Sassari

8 Dottorato di Ricerca in Sanità Pubblica, Università degli Studi di Milano

9 Dipartimento di Tecnologie Biomediche e Scienze Traslazionali, Università degli Studi di Parma

10 Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Università degli Studi di Verona

INTRODUZIONE: Nella Patient Safety Curriculum Guide edita dalla OMS si sottolinea come l'obiettivo delle cure sicure per i pazienti passi attraverso un processo culturale il cui esito sia la crescita della consapevolezza, da parte degli operatori, circa l'entità dei danni che gli assistiti possono subire e le motivazioni che devono portare ad adottare comportamenti idonei secondo le migliori pratiche.

L'attuazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) presuppone la messa in atto di azioni idonee a ridurre la frequenza, promosse attraverso opportuni interventi formativi; questi, per essere efficaci, devono essere fondati sull'analisi del rischio basata sui dati di sorveglianza ed indirizzati a tipologie multidisciplinari di discenti.

L'attività formativa deve essere mirata sia all'acquisizione di competenze nell'analisi delle diverse variabili, anche organizzative, implicate nella genesi di eventi avversi di natura infettiva sia all'aggiornamento sulle evidenze scientifiche in merito alle più efficaci misure di controllo delle ICA. **MATERIALI E METODI:** Nell'ambito del progetto di ricerca "Risk analysis per il controllo delle ICA nelle unità operative di terapia intensiva e di chirurgia e per la valutazione dell'efficacia di strategie preventive nella pratica clinica" finanziato dal Ministero della Salute - Programma CCM 2012 è stata prevista la sperimentazione di interventi formativi, da realizzare nel periodo di svolgimento del progetto, rivolti in particolare alla gestione appropriata delle procedure invasive e della profilassi perioperatoria, tenendo conto dei determinanti della loro accettabilità e praticabilità. In tal modo si intende contribuire al miglioramento della compliance alla luce degli elementi di criticità emersi dai risultati degli studi di sorveglianza SPIN-UTI e ISChIA condotti dal gruppo di lavoro GISIO – SItI.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'attività si svolge attraverso (a) la revisione della letteratura; (b) la messa a punto di un pacchetto formativo replicabile finalizzato alle attività di analisi e gestione del rischio; (c) la produzione di supporti audiovisivi relativi alle procedure concordate; (d) la validazione dei prodotti con la collaborazione di esperti e potenziali utenti. **RISULTATI:** Nel corso di un workshop specificamente dedicato alla realizzazione degli interventi formativi sono state armonizzate le attività tra le unità operative partecipanti e sono state individuate le tematiche ai fini della realizzazione di una videoteca. Gli ambiti previsti sono i seguenti, coerentemente con le priorità individuate a seguito delle attività di sorveglianza: (a) igiene delle mani; (b) gestione delle procedure invasive; (c) ruolo delle superfici; (d) gestione della profilassi perioperatoria; (e) corretta gestione dei campioni biologici. Si è concordato che debbano essere realizzati in lingua italiana e inglese e che la sceneggiatura debba prevedere sia la modalità di esecuzione corretta che quella non corretta. A tale scopo è stato predisposto uno schema di sceneggiatura condiviso. Sono stati prodotti tre video mentre cinque sono in corso di realizzazione. **CONCLUSIONI:** La sperimentazione degli interventi e la messa a disposizione dei supporti audiovisivi predisposti nell'ambito del progetto potranno rappresentare occasione di rivisitazione del tema della formazione anche alla luce delle azioni che il gruppo GISIO – SITI ha avviato in collaborazione con altre società scientifiche per promuovere la formazione di base, specialistica e permanente sul tema.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 782

INFEZIONI OSPEDALIERE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE: APPROCCIO AL TEMA PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA

F. Rossi¹, S. Berdini¹, MS. Cattaruzza¹, G. Civitelli¹, F. Ferretti¹, A. Marani¹, M. Montesano¹
R. Orioli¹, D. Renzi¹, A. Rinaldi¹, MG. Sarlo¹, G. Tarsitani¹

1 Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma

INTRODUZIONE: L'infezione da *Clostridium difficile* (CD) è tipicamente di origine nosocomiale e si manifesta con discreta frequenza anche con carattere epidemico. La gravità del quadro clinico è estremamente variabile: si può manifestare solo diarrea lieve, ma possono anche verificarsi quadri di estrema gravità, quali la colite pseudomembranosa, il megacolon tossico e la perforazione intestinale. La prevenzione della trasmissione del microrganismo e dell'infezione continua a rappresentare un importante problema di salute pubblica e una difficile sfida nell'ambito della prevenzione delle infezioni e della sicurezza dei pazienti.

Dalle schede di rilevazione dei microrganismi sentinella che pervengono presso l'Unità Operativa di Igiene e Tecnica dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea è stato notato un aumento delle segnalazioni relative a tale batterio. Allo scopo di verificare la presenza di eventuali picchi di infezione e la necessità di mettere in atto misure aggiuntive di prevenzione è stata iniziata un approfondimento epidemiologico in collaborazione con l'unità di Microbiologia

MATERIALI E METODI: Sono stati consultati i dati generali relativi al 2013 e ai primi quattro mesi del 2014. Parallelamente a questo è stato iniziato un approfondimento bibliografico per un aggiornamento sia sull'andamento nazionale ed internazionale di tale infezione sia sulle linee guida relative al controllo e alla prevenzione di tali infezioni. **RISULTATI:** Dai dati è risultato che nel 2013 i ceppi isolati sono stati 71 in totale, a fronte di 34 ceppi isolati da Gennaio a Aprile 2014. La distribuzione sembra essere omogenea nei diversi reparti, ad eccezione di un maggior numero di isolamenti presso il Pronto Soccorso e la Medicina di Urgenza.

Dalla ricerca bibliografica è emerso che una recente indagine portata avanti in 103 ospedali italiani ha mostrato che negli anni 2010-2011 il tasso di campioni esaminati dai laboratori di microbiologia è stato di 35/1.000 ricoveri e di 46/10.000 giornate di degenza. Dai dati forniti da 63 su 103 ospedali sono risultati tassi di malattia di 1/1.000 ricoveri e 3,6/10.000 giornate di degenza. Il 79% dei centri applica regolarmente le precauzioni da contatto per i malati infetti da CD, il 62% ha organizzato iniziative di formazione/informazione per gli operatori sanitari e il 46% ha reso disponibili per malati, familiari e/o visitatori opuscoli/depliant informativi su tale infezione.

CONCLUSIONI: A partire dall'analisi dei dati e dalla ricerca bibliografica sono state ipotizzate diverse modalità di intervento per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da CD. Partendo dalla consapevolezza che è ampiamente dimostrato, anche da recenti studi, che la contaminazione delle superfici ambientali con spore di CD si associa al rischio di trasmissione crociata di infezione,



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

mediata soprattutto dalle mani degli operatori, è stato ipotizzato un intervento di formazione ed aggiornamento del personale sanitario e del personale delle pulizie, specialmente nei reparti più a rischio. Assieme a questo si procederà ad una verifica dei prodotti utilizzati quali disinfettanti per l'igiene ambientale e ad una valutazione dell'utilizzo degli antibiotici presso la struttura ospedaliera.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 097

LA FORMAZIONE ON THE JOB UN PONTE FRA OSPEDALE E TERRITORIO NELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATI ALL'ASSISTENZA

R.Rossetti¹, P.Grassi¹, E.Nerozzi¹, C.Pacciani¹, L.Giovannini¹, M.Mencucci¹, P.Mondini¹, F.Ciraolo¹
1Zona Firenze Sud-Est, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze

INTRODUZIONE: Nel processo assistenziale, l'ospedale è un nodo strategico della rete assistenziale, che parte dal territorio e ritorna al territorio.

L'aumento della popolazione con un'elevata complessità assistenziale dovuta all'invecchiamento, all'aumento della sopravvivenza, all'aumento di patologie croniche e severe, all'impiego incongruo di antibiotici con selezione di microrganismi resistenti agli antibiotici (VRE, Enterobatteri KPC, etc.) ed ad una riduzione della durata di degenza ospedaliera dovuta a cambiamenti organizzativi-normativi con uno sviluppo della rete dei servizi extra-ospedalieri, ha provocato una crescente diffusione di infezioni "nuove" correlate all'assistenza che si manifestano sempre di più in ambito territoriale.

Nella realtà sanitaria, troppo spesso, la mancanza di uniformità nei comportamenti, la scarsa adesione alle linee guida ed alle evidenze scientifiche, può essere la causa di possibile rischio infettivo.

Nell'Azienda Sanitaria di Firenze, la formazione sul campo ha anche lo scopo di implementare le buone pratiche per la prevenzione ed il controllo del rischio infettivo.

Si tratta di un metodo efficace ed interattivo per la risoluzione dei problemi e aggiunge valore all'assistenza attivando un processo di apprendimento continuo e costante nel tempo, per consolidare l'apprendimento sono stati condivisi dei "Reminder to do".

I "Reminder to do" sono delle check-list semplici ed efficaci, che servono da promemoria per il fare. L'unione della formazione on the job, (formazione fatta nei luoghi di lavoro, durante l'orario di lavoro ad isorisorse) e supporti informatizzati (cartella condivisa nella rete intranet) risponde a tutti i criteri di efficacia ed efficienza senza impiego di risorse aggiuntive.

OBIETTIVO GENERALE

Creazione di una rete di Continuità Ospedale – Territorio nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA).

OBIETTIVI SPECIFICI

- Implementare l'uso delle buone pratiche nella continuità assistenziale;
- Valorizzare le conoscenze già presenti negli operatori;
- Condividere le evidenze scientifiche per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

MATERIALI E METODI: Utilizzo della formazione on the job, attuata direttamente dove viene erogata l'assistenza, la dove nasce il bisogno, sviluppata con strategie di apprendimento interattivo, rivolta a tutto il personale, in orario di lavoro, ad isorisorse attraverso:



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- La strutturazione di una rete di collegamento con formazione di figure referenti sulle infezioni correlate all'assistenza.

-incontri formativi-operativi con personale infermieristico, di supporto,ostetrico e assistenti sanitarie;

-distribuzione di materiale informativo (reminder to do) ed utilizzo della rete intranet aziendale per condivisione web materiale sulle buone pratiche per il controllo del rischio infettivo .

RISULTATI: La strutturazione di una rete di comunicazione unita ad una nuova metodologia formativa applicata sul campo, ha consentito il trasferimento non solo della conoscenza finalizzata a trasmettere abilità operative, ma soprattutto ha potenziato l'attenzione sulle buone pratiche, tutto questo economizzando il tempo assistenziale con l'utilizzo di risorse già presenti in ambito lavorativo. **CONCLUSIONI:** L'esperienza della formazione on the job, iniziata nei Presidi Ospedalieri della zona sud-est e consolidata negli ultimi 4 anni, ha consentito di valorizzare le buone pratiche, implementando le conoscenze degli operatori sanitari di varie qualifiche ad isorise, è stata ripresa ed incrementata in ambito Territoriale, in quanto le infezioni correlate all'assistenza sempre più vengono rilevate dopo la dimissione dei pazienti, al proprio domicilio ed ancora di più nelle strutture riabilitative e di Lungodegenza.

La formazione on the job nel territorio ha consentito la formazione di personale sanitario Referente per le infezioni correlate all'assistenza in ogni presidio territoriale della zona sud-est, con l'obiettivo di attivare una rete di sorveglianza attiva nella prevenzione delle ICA.

Sono stati formati 27 Referenti ICA, e dal mese di settembre fino al mese di Dicembre 2014 è prevista la formazione on the job in tutti i presidi territoriali con l'obiettivo di formare 200 operatori sanitari (infermieri, infermieri coordinatori, oss, ostetriche, assistenti sanitarie).

Per il 2015 è previsto l'ampliamento della rete territoriale anche per le strutture riabilitative e nelle lungodegenze.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 686

IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) PRESSO LA ASL ROMA B: GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

D. Basso 1; A. Carbone 2; F. La Commare 3; E. Sesti 4; G. Nasi 5

1 Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

2 Ospedale S. Paolo Civitavecchia ASL Roma F

3 Hospice Villa Speranza Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

4 UOC Qualità e Risk Management ASL Roma B

5 Casa di Cura Villa Betania, Presidio Ospedaliero Polo S. Spirito ASL Roma E

INTRODUZIONE: Introduzione: Il piano annuale di risk management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. L'Azienda, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente. In particolare l'Azienda USL Roma B, nel recepire il documento della Regione Lazio "Linee di indirizzo per la stesura del piano annuale di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)" pubblicato sul BURL in data 10 aprile 2014 (Determina n. G04112), tenuto conto delle peculiarità del proprio contesto organizzativo e di quanto sin qui già realizzato sul tema, intende promuovere la massima condivisione con gli operatori ad ogni livello dei principi e delle regole che siano alla base del governo clinico. **MATERIALI E METODI:** Metodi: L'elaborazione del Piano prevede una fase di studio del contesto organizzativo, una valutazione degli eventi avversi, di quelli sentinella e dei sinistri. Inoltre nel recepire le LLGG regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati identificati per l'anno 2014 i seguenti obiettivi strategici:

1. Creare e diffondere la "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno.
2. Creare la mappa dei rischi
3. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
4. Favorire la comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema
5. Promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle infezioni correlate all'assistenza;
6. Promuovere interventi mirati al contenimento dei sinistri;
7. Favorire la visione unitaria delle diverse "sicurezze" aziendali attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le varie funzioni aziendali, con particolare riguardo verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologia/apparecchiature;



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

8. Promuovere l'appropriatezza gestionale nell'allocazione delle risorse economiche aziendali;
9. Promuovere l'integrazione tra le diverse articolazioni aziendali coinvolte nel governo clinico;
10. Facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità. **RISULTATI:** Risultati: Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici l'Azienda intende adottare le azioni di seguito indicate:
 1. Inserimento nel processo di Budgeting degli obiettivi declinati nel presente PARM ritenuti di maggiore interesse aziendale:
 - Partecipazione obbligatoria al corso di base sulla sicurezza delle cure;
 - Adesione obbligatoria delle UUOO assistenziali all'autovalutazione della cartella clinica;
 - Utilizzo nelle UUOO assistenziali della Scheda Unica di Terapia come da procedura aziendale;
 - Utilizzo nei blocchi operatori della checklist come da procedura aziendale;
 - Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza tenendo conto delle LLGG regionale e di quanto previsto specificatamente nel presente Piano
 2. Analisi degli Eventi sentinella secondo modalità e tempistica prevista dal Protocollo ministeriale;
 3. Monitoraggio dell'applicazione della procedura aziendale sull'utilizzo della Scheda Unica di Terapia mediante verifiche a campione delle cartelle cliniche;
 4. Monitoraggio dell'applicazione della procedura aziendale sulla checklist cartacea in tutte le sale operatorie tramite verifiche a campione "on the job" e su documentazione sanitaria;
 5. Implementazione di un sistema di sorveglianza attiva della circolazione dei microrganismi sentinella nella struttura sanitaria;
 6. Definizione, controllo e revisione periodica delle procedure riguardanti le attività correlate al rischio infettivo, secondo i criteri del Sistema Gestione Qualità e gli standard della Joint Commission International;
 7. Monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza mediante studi epidemiologici ad hoc.
 8. Inserimento sul portale Lait degli infortuni dipendenti a rischio biologico
 9. Definizione di un piano per contenere il fenomeno delle aggressioni verbali e fisiche degli operatori da parte dei pazienti nel DEA
 10. Definizione del piano di azione per implementare le Raccomandazioni Ministeriali per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure, con particolare riferimento alle seguenti raccomandazioni ministeriali:
 - a. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
 - b. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
 - c. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike/ sound-alike" LASA
 - d. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

e. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso

11. organizzazione di Safety walkaround ("visite" per la sicurezza)

Questo metodo consiste in "visite" che i referenti della sicurezza, con mandato della Direzione Strategica aziendale, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza e fornire un feedback alle unità operative, in modo da far capire l'importanza e la seria considerazione con cui sono trattate le segnalazioni.

Le attività progettuali sopra descritte, sono e saranno realizzate attraverso appositi Gruppi di Miglioramento, istituiti formalmente con i compiti di:

- valutare le criticità relative a problemi individuati, nell'ambito di speciali questioni che emergono durante lo svolgimento degli Audit di Risk Management
- definire obiettivi specifici su cui avviare ipotesi di miglioramento
- implementare le Raccomandazioni Ministeriali
- realizzare progetti collegati alla Performance
- conseguire gli obiettivi di Budget Aziendale

I gruppi di miglioramento sono gruppi di lavoro composti da direttori, dirigenti delle strutture, operatori. La metodologia seguita è quella propria dei circoli di qualità: analisi del problema, raccolta dati, analisi delle cause, individuazione indicatori, progettazione e realizzazione di miglioramenti, diffusione dei risultati. Per ogni gruppo viene nominato un coordinatore.

CONCLUSIONI: Conclusioni: Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;
- Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

**C11: ASSISTENZA SANITARIA DI BASE,
DISTRETTI, CASE DELLA SALUTE**



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 101

IL SUPPORTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE DEL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA NELLA GESTIONE E NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO

M. Triassi, M. Gaudiosi¹, F. Savoia¹, A. Russo¹, L. Apicella¹, P. Di Silverio¹, E. Montella¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Napoli "Federico II"

INTRODUZIONE: La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e, pertanto, rappresenta un obiettivo prioritario. La formazione specifica in tale ambito si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e permette di offrire a tutte le figure coinvolte nei processi sanitari, indipendentemente dal ruolo, l'ambito professionale ed il setting assistenziale, un'opportunità di miglioramento nello specifico aspetto della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio clinico. Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università "Federico II" di Napoli ha dato il proprio supporto, in merito alle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla gestione del rischio clinico (RC), a strutture sanitarie accreditate mediante l'implementazione presso le strutture stesse del proprio modello gestionale come prototipo di prevenzione e gestione del rischio. **MATERIALI E METODI:** Le attività oggetto della strategia di gestione adattata alle strutture accreditate hanno riguardato:

- La formazione del personale in merito ai temi indicati;
- L'elaborazione dei piani formativi aziendali ed i relativi calendari;
- La raccolta, l'analisi e l'elaborazione dei dati per l'effettuazione di uno studio di prevalenza delle ICA;
- La formazione ai facilitatori in merito alla sorveglianza epidemiologica attiva nei reparti a rischio con studi di incidenza delle ICA;
- L'elaborazione di procedura delle ICA indicate dalla normativa regionale vigente;
- Le attività di rilevazione degli eventi avversi mediante l'incident reporting

Le attività hanno avuto inizio nel Novembre 2013 quando il personale del Dipartimento di Sanità Pubblica ha effettuato una ricognizione nelle Unità Operative attive presso le strutture sanitarie per l'acquisizione delle informazioni relative al personale sanitario e parasanitario afferenti a tali strutture e l'attività da queste svolta. **RISULTATI:** Sono state elaborate e condivise con le Direzioni Sanitarie le procedure di prevenzione delle ICA ed è stato programmato un piano formativo che prevedeva la formazione a cascata per ciascuna struttura in modo da coinvolgere tutto il personale. Le procedure di prevenzione delle ICA elaborate hanno riguardato: l'igiene delle mani, il cateterismo vescicale, il cateterismo vascolare, la sterilizzazione, le precauzioni standard, la prevenzione delle polmoniti associate alla ventilazione assistita, le infezioni del sito chirurgico e l'antibiotico profilassi perioperatoria. Le attività formative hanno coinvolto un referente medico ed infermieristico per ciascuna Unità Operativa per un totale di circa 250 persone formate. Inoltre, ciascuna procedura è stata corredata da una check-list per il monitoraggio della corretta



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

applicazione delle norme di prevenzione delle ICA. In seguito, il personale del Dipartimento di Sanità Pubblica trimestralmente analizza le check-list compilate dal personale referente ed elabora un relativo report al fine di evidenziare le eventuali criticità segnalate da ogni struttura. Le Unità Operative chirurgiche e le Terapie Intensive presenti presso le strutture in oggetto sono coinvolte nella sorveglianza epidemiologica attiva per l'elaborazione di studi di incidenza. Per quanto concerne le Unità chirurgiche sono stati sorvegliati tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per misurare a 30 giorni (o a 365 giorni in caso di inserimento di protesi) l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico e i fattori di rischio ad esse associati e la conformità dell'antibiotico profilassi perioperatoria alla procedura della struttura mediante schede di sorveglianza elaborate ad hoc dal Dipartimento di Sanità Pubblica. I pazienti ricoverati presso le Unità di Terapia Intensiva sono stati sorvegliati dalla data del loro ricovero fino alla dimissione monitorando l'incidenza delle infezioni insorte durante il ricovero e l'esposizione ai fattori di rischio. **CONCLUSIONI:** Il Dipartimento di Sanità Pubblica, grazie alla sua esperienza in tema di gestione del rischio clinico e prevenzione delle ICA ha potuto elaborare un modello operativo gestionale che consente di monitorare e prevenire in maniera efficace ed efficiente il rischio clinico in ospedale. L'esperienza ancora in corso e descritta nel presente lavoro è espressione di quanto il modello creato sia valido e facilmente applicabile nelle strutture sanitarie che, a prescindere dalla propria specifica mission, vogliano garantire assistenza con qualità e sicurezza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 727

L'ASSISTENZA PRIMARIA ALL'ADOLESCENTE. INDAGINE OSSERVAZIONALE SU TRANSIZIONE E CONTINUITÀ DELLE CURE TRA PEDIATRA DI FAMIGLIA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

S. Barbaro¹, A. Pirola², E. Beretta³, M.C. Bonazzi¹

1 Dipartimento di Scienze della Salute – Università di Milano Bicocca; 2 PLS-ASL Monza e Brianza; 3 MMG ASL Monza e Brianza

INTRODUZIONE: L'adolescenza è la fase del ciclo della vita caratterizzata da cambiamenti fisici (acquisizione dei caratteri sessuali secondari), psicologici (identità affettiva ed intellettuale) ed evoluzione psico-sociale (ricerca dell'equilibrio tra valori sociali acquisiti in fase evolutiva e bisogno di nuovi modelli identificatori). Questa età di passaggio dall'infanzia all'età adulta non prevede una cronologia ben definita. In letteratura si rintraccia un comune parametro come inizio dell'adolescenza nella comparsa dei primi segni di maturazione puberale, il termine ha luogo quando tale maturazione, sia biologica che psichica, raggiunge il compimento. In termini di età collochiamo gli adolescenti nella fascia dagli 11 ai 18 anni. Negli adolescenti, popolazione prevalentemente sana, si assiste, in realtà, ad un periodo critico per la salute, infatti l'adolescente ha tra i proprio bisogni evolutivi le condotte esplorative che conducono alla sperimentazione di alcuni comportamenti considerati a rischio come alimentazione scorretta, fumo, uso di alcol e droghe, rapporti sessuali a rischio.

Nel nostro Paese l'assistenza primaria all'adolescente compete al Pediatria di Libera Scelta (PLS) e successivamente al Medico di Medicina Generale (MMG). La normativa nazionale prevede che il Pediatra debba tenere in carico il bambino fino al compimento del 6° anno mentre, a partire dai 6 fino ai 14 anni anche il MMG può essere scelto dai genitori per i propri figli. L'Accordo Collettivo Nazionale colloca l'adolescente prevalentemente nelle competenze del MMG ma in pratica, nel periodo dell'adolescenza sono presenti entrambe le figure professionali. Infatti il MMG ha in carico il 20% dei giovani di 10-12 anni, il 75% di quelli tra 13 e 15 anni e il 95% di quelli tra 16 e 18 anni.

Obiettivo dell'indagine è quindi delineare gli aspetti preponderanti dell'attività assistenziale svolta da PLS e MMG nei confronti degli adolescenti, individuare i principali problemi di salute e le tematiche relative alla prevenzione trattati nel contesto dell'assistenza primaria, valutare la continuità delle cure e il passaggio in carico da PLS a MMG, le modalità di transizione e gli aspetti di criticità. **MATERIALI E METODI:**

L'indagine si è svolta nel territorio dell'ASL Provincia di Monza e Brianza in due fasi successive. Una prima fase consistente in un'intervista diretta a 28 MMG e 23 PLS utilizzando un questionario appositamente preparato. Una seconda fase, per un periodo di 2-4 settimane per ciascun ambulatorio, in cui sono stati raccolti i dati relativi alle consultazioni degli adolescenti che accedevano agli ambulatori dei medici intervistati. Il campione è rappresentato da 320 giovani tra



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

gli 11 e i 18 anni che hanno effettuato l'accesso negli ambulatori dei PLS e dei MMG, di cui 154 di età 11-14 anni e 166 di 15-18 anni. **RISULTATI:** Risultati

Abbiamo stimato che gli adolescenti che hanno avuto una consultazione con i MMG hanno rappresentato solo il 2% della totalità dei pazienti che nello stesso periodo hanno effettuato l'accesso agli ambulatori. Negli ambulatori pediatrici, invece, sono stati il 5,3%. L'adolescente si rivolge al medico prevalentemente per motivi intercorrenti e difficilmente per consultazioni relative ai comportamenti a rischio. Questo, insieme alla brevità delle consultazioni, rende difficile per il medico la "presa" in carico del ragazzo su più livelli (diagnosi, cura, educazione e prevenzione).

I principali problemi di salute che giungono all'attenzione dei PLS e dei MMG sono il sovrappeso (13%), con un trend in diminuzione al crescere dell'età e i problemi ortopedici (9%). I più significativi problemi della sfera psico-sociale sono l'ansia che si manifesta maggiormente nella fascia 15-18 anni (14%), le difficoltà relazionali in famiglia (10%) e, sempre nella fascia 15-18 anni, i disturbi alimentari (9.6%).

I comportamenti a rischio i più frequenti sembrano essere l'alimentazione scorretta e la scarsa attività fisica. Altre problematiche sono riscontrate sporadicamente ma non sono del tutto assenti. Gli argomenti di prevenzione più spesso affrontati dai medici con i ragazzi più giovani sono alimentazione e attività fisica, mentre fumo, alcol e sessualità sono discussi per lo più con gli adolescenti della fascia 15-18, quest'ultimo argomento in particolare con le ragazze. Significativo, infine, il fatto che nel 38% dei casi non venga affrontato alcun argomento di tipo preventivo. Riguardo alla transizione dalle cure pediatriche a quelle dell'adulto il 69% dei PLS indica che la modalità con cui avviene il passaggio delle informazioni al MMG è l'uso della cartella clinica. Solo il 21% dei MMG, però, riceve tali informazioni. Infatti i MMG che affermano che non avviene alcun passaggio di dati sono quasi il 68%. Questo fa supporre che la comunicazione tra PLS e MMG non sia efficace.

Abbiamo proposto ai medici di valutare alcuni possibili strumenti per migliorare l'assistenza agli adolescenti e la fase di transizione tra PLS e MMG.

La cartella clinica viene giudicata utile ma con alcuni difetti. Sarebbe necessario uno strumento standard di elaborazione di un'epicrisi finalizzata al passaggio che contenga i dati fondamentali relativi alla storia clinica del giovane e gli elementi appartenenti al suo "contesto" (scuola, famiglia). Risulta inoltre fondamentale rendere compatibili i sistemi informativi in modo da permettere la trasmissione delle informazioni direttamente mediante il SISS. La formazione sulle tematiche di assistenza primaria all'adolescente e incontri comuni a PLS e MMG vengono giudicati importanti.

Infine come modello organizzativo viene giudicata utile la creazione di gruppi delle cure primarie costituiti da PLS e MMG, infatti la condivisione del medesimo "contesto" renderebbe più semplice la comunicazione tra le due figure mentre ambulatori dedicati agli adolescenti non sono ritenuti utili. **CONCLUSIONI:** Dal nostro studio risulta che gli adolescenti che si rivolgono al PLS e al MMG



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

complessivamente costituiscono una popolazione che gode di buona salute ma vi sono alcune problematiche che presentano un'alta prevalenza e che meritano attenzione (obesità, ansia, disturbi alimentari). Vi sono poi alcuni comportamenti a rischio su cui occorre fare prevenzione. La continuità assistenziale agli adolescenti può essere migliorata. Infatti se da una parte il Pediatra ha una maggiore facilità nel farsi carico dei giovani non solo come curante ma anche come "advocate" assumendo un ruolo di "educatore calato nel contesto degli adolescenti", per il MMG, che ha una formazione differente ed è abituato a trattare quasi esclusivamente con adulti e anziani, questo risulta più complicato. Sarebbe auspicabile una formazione specifica, in particolare dei MMG, in tema di adolescenti e lo sviluppo di modelli organizzativi che permettano un approccio multidisciplinare (gruppi misti). Infine riteniamo che l'attività assistenziale nei confronti degli adolescenti non può essere rappresentata solo dalla Pediatria di Libera scelta e dalla Medicina Generale. Si rende necessario implementare e integrare spazi di prevenzione e promozione della salute secondo il modello della Primary Care articolato su più livelli: i medici delle cure primarie, i servizi territoriali e la scuola migliorando anche l'integrazione con le cure di secondo livello.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 134

COSMETOSORVEGLIANZA NEL VENETO: ANALISI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO NEL PRIMO BIENNIO DEL PIANO REGIONALE PREVENZIONE 2010 - 2012

I. Bulfoni 1; G.M. De Faveri 2; S. Cinquetti 3

1. Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS n. 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

2. Servizio di Medicina Legale, Azienda ULSS n. 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

3. Direzione Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS n. 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

INTRODUZIONE: La Regione del Veneto ha approvato nell'ultimo Piano Regionale Prevenzione un innovativo programma d'intervento mirato a prevenire i rischi connessi all'impiego dei prodotti cosmetici. Il progetto di cosmetosorveglianza è stato promosso da un gruppo di lavoro regionale ed ha trovato la sua applicazione dalla collaborazione fra le Aziende ULSS del Veneto e l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e la Protezione dell'Ambiente (ARPAV). Il gruppo di lavoro regionale ha sviluppato le linee operative per la vigilanza e definito un programma delle azioni di controllo. Le Aziende ULSS hanno prelevato i campioni delle specifiche matrici previste dal piano e seguito tutte le procedure amministrative conseguenti. L'ARPAV ha eseguito i controlli analitici, emesso i relativi rapporti di prova e garantito il supporto tecnico-scientifico. L'Azienda ULSS n. 7 è stata incaricata di formare il personale ispettivo preposto ai controlli e di promuovere un'azione di informazione sui cosmetici presso l'utilizzatore finale, allo scopo di assicurarne la piena consapevolezza sull'acquisto ed un corretto impiego. L'obiettivo generale dello studio è la tutela della salute del consumatore, intesa non solo come condizione biologica, ma anche sociale con i suoi aspetti culturali, morali e psicologici. **MATERIALI E METODI:** Il monitoraggio dei cosmetici è stato ripartito sulle 3 annualità del Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 ed ha preso in esame le seguenti matrici: filtri solari, dentifrici, creme corpo/viso e rossetti. Lo studio riguarda i primi 2 anni del piano durante i quali il personale ispettivo dei Dipartimenti di Prevenzione delle 21 Aziende ULSS del Veneto ha prelevato 80 campioni per il controllo chimico e 80 campioni per quello microbiologico. Nel controllo microbiologico sono stati determinati 4 parametri: batteri mesofili aerobi, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida albicans* seguendo specifici metodi di riferimento UNI EN ISO. I parametri chimici sono stati invece individuati in relazione alla matrice cosmetica oggetto del controllo. Per la loro determinazione si è fatto riferimento a metodi ufficiali o metodi descritti su riviste scientifiche specializzate. Sono state ricercate le seguenti categorie di parametri chimici: metalli pesanti tossici, Idrocarburi policiclici aromatici (IPA), Benzene, solventi organo alogenati, filtri UV, fluoruri di metalli alcalini, coloranti e conservanti. **RISULTATI:** I controlli microbiologici hanno attestato la qualità microbiologica dei prodotti cosmetici esaminati. I controlli chimici hanno attestato la conformità dei cosmetici rispetto ai parametri chimico-fisici, al parametro Benzene, ai solventi organoalogenati, e alle altre sostanze (filtri UV, conservanti, coloranti e fluoruri di metalli alcalini) ricercate nel piano di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

monitoraggio regionale. E' stata tuttavia rilevata la presenza in tracce di metalli pesanti tossici e di idrocarburi policiclici aromatici (IPA), sostanze vietate estranee alla formulazione dei cosmetici. I rossetti hanno registrato la maggiore percentuale di parametri analitici metalli pesanti con superamento del limite di rivelabilità (45%). I filtri solari hanno registrato la maggiore percentuale di parametri IPA con superamento del limite di rivelabilità (22%) ed anche una percentuale di superamento del 30% per i metalli pesanti. **CONCLUSIONI:** Lo studio ha evidenziato la mancanza dei limiti di riferimento per le sostanze vietate nei cosmetici. Il Regolamento Europeo n. 1223/2009 tollera la presenza di sostanze vietate in tracce a condizione che: tale presenza sia involontaria o tecnicamente inevitabile, si verifichi nonostante l'applicazione delle buone pratiche di fabbricazione (GMP), il prodotto cosmetico finito risulti sicuro nelle condizioni d'uso. Per garantire la sicurezza del prodotto e quindi assicurare un alto livello di protezione è importante attivare un sistema di cosmetosorveglianza efficace e guidare i produttori verso il contenimento della concentrazione dei metalli pesanti e degli IPA mediante l'utilizzo di ingredienti cosmetici con un elevato grado di purezza e l'applicazione rigorosa delle buone pratiche di fabbricazione (GMP). A tal proposito, particolare attenzione va rivolta alla purezza dell'acqua di processo, al condizionamento ambientale, alla pulizia e sanitizzazione degli ambienti di lavoro e dei macchinari, all'igiene del personale. Lo studio indica le seguenti proposte: definizione dei limiti massimi ammissibili per le sostanze vietate; maggiore attività di controllo sui cosmetici per bambini; adozione di metodi di preparazione del campione e di metodi analitici ufficiali; interventi di educazione sanitaria volti alla promozione dell'uso consapevole dei cosmetici; maggiore attività di controllo nelle officine di produzione e di confezionamento; attivazione di un efficace sistema di segnalazione degli effetti avversi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 702

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICO: UN'ANALISI DEI MODELLI ORGANIZZATIVI IN REGIONE LOMBARDIA

C. Carnelli 1; C. Tassinari 1; P. Bulgheroni 1

1. *ASL della Provincia di Varese, Varese*

INTRODUZIONE: In Regione Lombardia, il Dipartimento di Prevenzione Medico (DPM) è struttura di coordinamento, organizzato in differenti servizi (igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione, medicina preventiva nelle comunità). Obiettivo del presente lavoro è di valutare i Modelli Organizzativi (MO) emergenti nei DPM delle 15 ASL lombarde. **MATERIALI E METODI:** Analisi dei MO dei DPM delle ASL della Regione Lombardia in relazione ai differenti quadri di organizzazione aziendale presenti. **RISULTATI:** In 8/15 Asl si evidenzia un MO del DPM di tipo “a matrice”. La caratteristica principale di tale organizzazione consiste nel disegno della sua struttura dove vengono adottati contemporaneamente diversi criteri di specializzazione. Nell’organizzazione “a matrice” svolgono un ruolo fondamentale i Responsabili di funzione/prodotto e le Unità Organizzative dipendenti da due o più linee gerarchiche. In 4/15 ASL è stata rilevata la presenza di un MO di tipo “funzionale”. I DPM funzionali si occupano della direzione dei propri settori delineando le azioni che vengono realizzate dalle diverse Unità Operative. Infine, in 3/15 ASL emerge un modello di DPM di tipo misto, con integrazione del MO “a matrice” e di quello “funzionale”. **CONCLUSIONI:** In conclusione, nelle ASL lombarde la configurazione di base maggiormente diffusa fra i DPM è quella riconducibile al MO “a matrice”. Tale organizzazione potrebbe essere favorita anche dal fatto che in questo modo gli Operatori possono ricoprire diversificate funzioni di ruolo, incidendo sul dimensionamento delle risorse.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 542

RAPPORTI TRA PEDIATRI E AMBULATORI VACCINALI: UN PERCORSO STABILITO

G. Santoro; O. Mero; G. Urselli; R.G. Cofano

Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: La comunicazione migliora la qualità e l'efficacia delle strategie vaccinali ma la disponibilità e la capacità degli operatori sanitari, impegnati a vari livelli nella promozione delle vaccinazioni, sono i fattori necessari a rendere realizzabili le suddette strategie. L'accrescimento della credibilità professionale rende possibile lo sviluppo di strategie di EMPOWERMENT ed è in questo contesto infatti, che lo scambio comunicativo rappresenta una necessità fondamentale per promuovere "scelte consapevoli" da parte dei singoli, delle famiglie e della collettività. **MATERIALI E METODI:** Per ottenere i risultati attesi, sono stati effettuati incontri con Pediatri, Operatori Sanitari impegnati negli ambulatori vaccinali e Medici Igienisti in modo da definire gli obiettivi comunicativi comuni; infatti la strategia comunicazione deve cambiare in relazione ai nostri obiettivi:

-**OBIETTIVO CONOSCITIVO** per cui occorre migliorare le conoscenze tecnico-scientifico in modo che tutti gli operatori interessati abbiano, nei limiti del possibile, lo stesso bagaglio di conoscenze

-**OBIETTIVO COMPORTAMENTALE** in cui occorre fare una attenta valutazione degli atteggiamenti (gestualità, tono della voce ecc.) e del comportamento in senso lato (disponibilità al dialogo e all'ascolto ecc.). **RISULTATI:** In conseguenza a ciò è stato possibile attuare una strategia di comunicazione a vari livelli delineando un percorso vaccinale in due fasi:

1°FASE in cui il Pediatra consegna ai genitori, al termine della prima visita, un foglio informativo monografico per singolo vaccino, invitando ad una attenta lettura. Il foglio monografico sarà stilato in collaborazione tra Pediatri e Dipartimento di Prevenzione e conterrà informazioni dettagliate riguardanti la costituzione del vaccino, le malattie prevenibili con esso, gli eventuali effetti indesiderati e la frequenza degli stessi, note bibliografiche e letteratura scientifica di riferimento.

2°FASE che comprende la seduta vaccinale presso gli ambulatori vaccinali; essa dovrà essere articolata prevedendo obbligatoriamente degli steps e cioè Accoglimento, Anamnesi, Informazione e solo in ultimo, Vaccinazione. **CONCLUSIONI:** Mettere a punto un protocollo operativo, anche alla luce del fenomeno del dissenso vaccinale, oltre che essere un punto di riferimento per tutti gli operatori del settore, permette al genitore di affacciarsi al mondo delle vaccinazioni con adeguata serenità e conoscenza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 777

BISOGNI TERRITORIALI E NUOVA PERFORMANCE DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

G.De Pasquale¹;R.Rizzi¹;W.Liuzzi¹;C.Licomati¹;L.Mongelli¹;N.Pignataro¹

1 Azienda Sanitaria Taranto-Dipartimento di Prevenzione-Taranto

INTRODUZIONE: Tra gli obiettivi più importanti per HEALTH 2020 viene esaltata la azione di prevenzione integrata tra ambiente e salute con specificità territoriale e con particolare riguardo alle condizioni socio-economiche delle popolazioni. I rischi ambientali rappresentano infatti uno dei determinanti più importanti per la salute in quanto la evidenza scientifica ha dimostrato una netta correlazione tra insorgenza di determinate patologie e i fattori ambientali, come ad esempio l'esposizione all'inquinamento atmosferico e l'impatto dei cambiamenti climatici.

Risulta quindi fondamentale implementare e rafforzare, dove già in essere, la fitta rete di rapporti tra i settori della salute umana, ambientale e animale per migliorare l'efficacia delle azioni di sanità pubblica.

Nel 1995, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel "Rapporto Salute e ambiente", redatto per il Ministero dell'ambiente, include Taranto tra le Aree ad elevato Rischio di crisi ambientale. Nel periodo 1984-1991 i dati dimostrano come nell'area di Taranto, Crispiano, Massafra e Montemesola vi è un tasso di mortalità per neoplasia del polmone, della vescica, del fegato più elevato rispetto ai dati nazionali. In particolare nel capoluogo emerge un rilevante aumento dei tumori della pleura e dei linfomi non Hodgkin.

Con D.G.R. del 2 Ottobre 2012 la Regione Puglia approva in via definitiva il Piano Straordinario Salute e Ambiente nonché l'istituzione del Centro Salute e Ambiente nella città di Taranto.

MATERIALI E METODI: Il Piano Straordinario Salute e Ambiente, con durata biennale, vede la collaborazione del Dipartimento di Prevenzione con l'Agenzia Regionale territoriale per la Protezione Ambientale (ARPA). La legge n.18 del 12 luglio 2012 della Regione Puglia prevede un primo stanziamento di 8 milioni di euro, suddivisi per Enti, destinati al Piano Straordinario Salute e Ambiente al fine di implementare il personale, adeguare strutture e le attività progettuali poste in essere. Le linee di attività si sviluppano su quattro aree ben delineate: epidemiologia, monitoraggio-sorveglianza, prevenzione primaria e secondaria. Al fine di assicurare lo svolgimento delle azioni previste dal Piano Straordinario sono state incrementate le risorse delle diverse figure professionali : 9 assistenti sanitari, 4 tecnici della prevenzione, 2 dietisti e 3 tecnici informatici. Con l'implementazione di risorse umane dedicate è stato possibile potenziare le attività epidemiologiche, attuare azioni di prevenzione primaria e secondaria in termini di educazione ambientale, promozione di corretti stili di vita (educazione alimentare, attività fisica, lotta al tabagismo) e di screening oncologici, sulla salute respiratoria e del rischio cardiovascolare. La necessaria riorganizzazione delle attività Dipartimentali alla luce degli evidenziati bisogni territoriali. **RISULTATI:** La implementazione delle nuove figure professionali impegnate nei diversi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

piani afferenti la programmazione di cui al Piano Straordinario Salute e Ambiente vede le azioni del dipartimento impegnate su nuovi fronti quali il monitoraggio di sorveglianza attiva per il controllo della presenza diossina nei prodotti di origine animale, della pesca e dell'impianti di miticoltura nella provincia di Taranto; controllo del livello di contaminazione da diossina e Pcb, diossina simili nei mitili allevati, potenziamento degli screening oncologici; programma di prevenzione e tutela della salute respiratoria; progetto per riduzione del rischio cardiovascolare; tutela della salute materno ed infantile.

L'insieme delle azioni coniugate con il potenziamento delle attività di prevenzione primaria verteranno su interventi di promozione della salute che andranno ad agire soprattutto sui fattori di rischio correlati ai fattori di vita. **CONCLUSIONI:** Il Piano Salute e Ambiente nasce a seguito delle evidenze epidemiologiche disponibili da studi condotti dall'Università degli Studi di Bari, Arpa Puglia e Asl di Taranto ed ha l'obiettivo di attivare delle iniziative specifiche volte ad approfondire le conoscenze tecniche-scientifiche in materia di interazione ambiente salute, pianificare strategie efficaci per il contenimento degli impatti ambientali, individuare le direttrici di sviluppo per la tutela della salute dei cittadini, in linea con i Livelli Essenziali di Assistenza che nello specifico non potranno essere considerati "piani straordinari" in quanto permanente la peculiarità territoriale, i cui risvolti di crisi ambientale sono stati determinati da condizioni antropiche da cinquant'anni di industrializzazione. Tra le figure professionali l'Assistente Sanitario che il Ministro della Sanità, con D.M.17/1 /97,n.69,identifica come l'operatore sanitario addetto alla prevenzione, alla promozione e all'educazione alla salute.

L'attività è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività,individuando i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero, sulla base dei dati epidemiologici e socioculturali.

"Promuovere e tutelare la salute è fondamentale per migliorare la qualità della vita della persona e della comunità", da questo concetto si diparte il dibattito sull'importanza delle campagne di prevenzione a diversi livelli che racchiudono a pieno gli obiettivi posti con il Piano Straordinario Salute e Ambiente.

Considerando che la prevenzione come la promozione della salute ha acquisito negli anni sempre più valore nella programmazione sanitaria e che adeguati investimenti attraverso finanziamento costante, nelle attività determinerebbe un forte risparmio nella spesa sanitaria, risulta fondamentale l'integrazione permanente nell'organico dell'ASL di Taranto di professionisti,come gli Assistenti Sanitari, per competenza, sono in grado,partendo dallo studio della salute in termini epidemiologici e socio culturali e dall'analisi della domanda, di interpretare, orientare e mettere i decisori nella condizione informata per pianificare e valutare scelte di politica socio sanitaria, contribuendo ad accelerare nuovi approcci di performance dei Dipartimenti di Prevenzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 551

ANALISI DELLE CADUTE ACCIDENTALI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, SOCIO-SANITARIE E SERVIZI DEL DISTRETTO N. 7, ANCONA.

E. Di Tondo 1, M. Fratini 2, E. Esposto 3, Gruppo di miglioramento prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie (E. Esposto, M.R. Pallotta, S. Cartaro, P. Antognini, I. Sbaffi, P. Di Emidio, F. Dolcini, F.F. Scagliati, G.M. Longhi, C. Palmieri, S. Spuntarelli, M. Galassi, M. Luccarini, A.M. Marasca, L. Tesei, C. Sbaffi, G. Conti, L. Farinelli, G. Bevilacqua, E. Ambrogiani, L. Sfreda, L. Angelelli) 4

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

2 Centro regionale rischio clinico, Ancona

3 ASUR Marche Area Vasta 2, Distretto n. 7 Ancona – Referente Rischio clinico AV2 Ancona

4 ASUR Marche Area Vasta 2, Ancona

INTRODUZIONE: Le cadute accidentali rappresentano uno dei più frequenti eventi avversi nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e si verificano per lo più in persone fragili. Le sequele possono essere anche gravi: la metà degli anziani che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare e il 20% di essi muore entro 6 mesi per complicanze. Oltre a danni di tipo fisico o psicologico (paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione), le cadute comportano attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive, aumento della degenza o eventuali ulteriori ricoveri, con un inevitabile aumento dei costi sanitari e sociali. Le cadute possono essere prevenute attraverso appositi strumenti di lavoro che, accanto alla valutazione clinico-assistenziale, consentano agli operatori di mettere in atto le opportune misure preventive. Obiettivo del presente lavoro è analizzare i risultati di un programma di prevenzione delle cadute accidentali nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie implementato a partire dal 1 giugno 2013 in tutte le UU.OO./Servizi dell'Area Vasta 2, Ancona, ASUR Marche. **MATERIALI E METODI:** Nel 2012 è stato istituito il gruppo di miglioramento per la prevenzione delle cadute in strutture sanitarie e socio sanitarie e nel 2013 è stato redatto un protocollo aziendale che ha previsto l'aggiornamento e la condivisione della scheda di segnalazione appositamente predisposta. Sono state raccolte le seguenti informazioni: caratteristiche anagrafiche del paziente caduto; descrizione dell'evento; stratificazione del rischio mediante Scala di Conley; modalità di caduta (dinamica dell'evento, fattori contribuenti, terapia farmacologica, mezzi di contenzione, presenza di testimone, cadute pregresse); esecuzione di esami diagnostici; prognosi del danno da caduta (assenza di danno; danno minore: contusione/abrasione; danno moderato: dislocazione di cannula o di linea di infusione/ frattura/ferita da suturare; danno maggiore: richiedente intervento chirurgico/trasferimento in terapia intensiva; morte). Le schede compilate sono state inviate alla Direzione Medica di Presidio, al Direttore del Distretto, Direttore del Dipartimento di Prevenzione



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

e al Referente del Rischio Clinico per la raccolta delle informazioni e l'eventuale segnalazione di Eventi Sentinella. Per le UU.OO. con possibilità di ricovero, è stato calcolato l'Indice di caduta per U.O. come rapporto fra il numero degli eventi e il numero delle giornate di degenza per 1.000. I dati raccolti sono stati analizzati con software Microsoft Excel. **RISULTATI:** Nell'anno 2012 sono state segnalate 63 cadute, il 74,6% in ambito ospedaliero. Il 66,7% dei pazienti coinvolti era di sesso maschile; l'età media è risultata pari a $73,5 \pm 15$ anni (range 0-92 anni). Nell'anno 2013 sono state segnalate 66 cadute, il 59,1% in ambito ospedaliero. Il 51,5% dei pazienti coinvolti era di sesso maschile; l'età media è risultata pari a $74,6 \pm 15,2$ anni (range 6-100 anni). Per quanto riguarda le caratteristiche degli eventi si sono ottenuti risultati simili nei due anni; la maggior parte delle cadute si è verificata: durante la notte (30,1% nel 2012 e 40,9% nel 2013), nella camera di degenza (66,7% nel 2012 e 72,7% nel 2013) e dalla stazione eretta (38,1% nel 2012 e 37,9% nel 2013). Le dinamiche più frequenti sono risultate la discesa dal letto (11,1% nel 2012 e 18,2% nel 2013) e la deambulazione per raggiungere il bagno (20,6% nel 2012 e 15,2% nel 2013). I fattori di rischio più frequenti sono stati nel 2012 la presenza di alterazioni neurologiche (23,4%) e la terapia farmacologica (23,4%) seguiti dalle alterazioni del movimento (12,8%). Nel 2013 il fattore di rischio più frequente è risultato la presenza di alterazioni neurologiche (29,7%), seguito dalle alterazioni del movimento (10,5%) e dalle pregresse cadute (10,5%).

La maggior parte delle cadute non ha comportato nessun danno per il paziente, negli altri casi la conseguenza più frequente è stata il danno lieve (50,0% nel 2012 e 77,9% nel 2013). La tabella 1 mostra l'Indice di caduta per U.O. nei due anni. **CONCLUSIONI:** I dati raccolti hanno rilevato 129 cadute nei due anni, verificatesi prevalentemente in ambito ospedaliero. Le dinamiche rilevate dalle segnalazioni, ovvero la maggior frequenza durante l'orario notturno, la discesa dal letto e la deambulazione, sono in accordo con quanto riportato in letteratura. La segnalazione volontaria degli eventi ha permesso inoltre di analizzare le principali caratteristiche del fenomeno e di indagarne le principali cause per poter progettare interventi di miglioramento. La formazione degli operatori sanitari resta un punto cardine non solo per la prevenzione delle cadute e per le corrette azioni da intraprendere in caso di caduta, ma anche per la corretta educazione del caregiver del paziente a rischio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 714

CURE DOMICILIARI INTEGRATE NEL DISTRETTO DI QUARTU PARTEOLLA ASL DI CAGLIARI, ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO E PROFILO SOCIO DEMOGRAFICO DEGLI UTENTI

G.Frau1; D.Locci2; FM Sulis3; L. Minerba4; RC Coppola5

1. Università degli Studi di Cagliari, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; 2. Università degli Studi di Cagliari, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; 3. Asl 8 di Cagliari, Unità Operativa Cure Domiciliari del Distretto di Quartu Parteolla; 4. Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare; 5. Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare

INTRODUZIONE: Il completamento e il potenziamento della rete di offerta dei servizi distrettuali si è realizzata negli ultimi anni anche in Sardegna con lo sviluppo delle Cure Domiciliari Integrate e persegue tuttora l'obiettivo generale di realizzare maggiori livelli di appropriatezza: le cure erogate a domicilio rappresentano ormai una valida alternativa al ricovero ospedaliero, l'opportunità per una dimissione protetta e, in alcuni casi, il completamento dell'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali. Sono quindi obiettivi specifici del servizio di cure domiciliari integrate quello di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, inoltre organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza socio-sanitaria, infine favorire i percorsi di rete nell'assistenza territoriale sociosanitaria. Le Cure Domiciliari Integrate forniscono un servizio specializzato e flessibile teso anche alla razionalizzazione dei costi socio-economici per le famiglie e per la comunità, permettono, inoltre, di riequilibrare gli interventi del SSR, valorizzando il ruolo dei medici delle cure primarie e riducendo la domanda di assistenza ospedaliera, che deve essere riservata alle patologie di grave acuzie ad elevata complessità diagnostica. Da qui è nata la necessità di integrare i modelli operativo - gestionali in uso per l'ADI regolamentati da precedenti provvedimenti regionali (Deliberazione della Giunta Regionale n. 11/15 del 22/02/1999 e Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/16 del 22/05/2001, con i nuovi modelli organizzativi dei servizi alla persona del Distretto Sociosanitario, così come concepiti nel Piano Regionale dei Servizi Sanitari e dalla legge sul sistema integrato dei servizi alla persona (L.R. n. 23/2005), ed in coerenza con i provvedimenti attuativi già adottati dalla Giunta Regionale in particolare la deliberazione n. 7/5 del 21.2.2006, istitutiva del Punto Unico di Accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale e dalla successiva deliberazione n. 44/11 del 31/10/2007 di rafforzamento della loro attività. MATERIALI E METODI: L'indagine condotta aveva come obiettivo quella di descrivere il profilo socio demografico dei pazienti in Cure Domiciliari nel Distretto di Quartu Parteolla della Asl di Cagliari. Nel corso degli anni sono stati ideati e messi a punto alcuni modelli di analisi delle tendenze della popolazione e della società, adattati di volta in volta alle diverse esigenze euristiche degli studi e delle ricerche intraprese. A tutt'oggi sono state adottate e testate non solo tecniche di analisi statistica e demografica, ma anche tecniche di combinazione di analisi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

quantitativa e qualitativa, utilizzando un approccio innovativo che rende particolarmente efficace l'analisi dei risultati ed il prodotto scientifico. Nello studio in oggetto stati presi in esame n. 480 utenti in Cdi, nel periodo che andava dal 1 gennaio 2014 al 31 marzo 2014, e analizzate le caratteristiche socio demografiche, stratificando il campione in oggetto per fasce d'età, sesso, componenti il nucleo familiare, livello di istruzione e occupazione. Inoltre gli utenti sono stati analizzati suddividendo il campione in base al livello di cure domiciliari. Sono stati presi in esame dunque 276 utenti di primo livello, 11 utenti di secondo livello, 95 utenti di terzo livello, 83 utenti cure domiciliari prestazionali, 15 utenti in area critica. Per Cure Domiciliari Prestazionali si intendono interventi occasionali o a ciclo programmato che costituiscono una risposta "prestazionale", professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o di tipo riabilitativo. Le prestazioni, ancorché siano ripetute nel tempo, rispondono quindi ad un bisogno sanitario che può essere definito "semplice" in quanto non presuppone né una valutazione multidimensionale né richiede una "presa in carico globale" della persona da parte di una équipe multiprofessionale. Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o presentando sintomi di medio bassa complessità, necessitano comunque di continuità assistenziale e di interventi programmati multiprofessionali che si articolano su 5 o 6 giorni. Le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali, e di area critica, si rivolgono a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo, in particolare: persone nella fase terminale della vita (oncologici e non); persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare); persone in fasi avanzate e complicate di malattie croniche; persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale; persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo; persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza, sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di alta complessità definita in un Piano Attuativo degli Interventi (PAI) redatto in base alla valutazione multidimensionale e dalla presa in carico globale con intervento di tipo multidisciplinare; si tratta di interventi programmati su 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, di norma, erogata da una équipe di cura in possesso di specifiche competenze e comunque da personale sanitario specificatamente formato. Le Cure Domiciliari Integrate sono caratterizzate da un modello organizzativo di rete che non può prescindere dall'integrazione socio-sanitaria riguardante tutte le fasi dell'intervento assistenziale: la valutazione multidimensionale, la progettazione personalizzata, la programmazione ed erogazione degli interventi, la valutazione dei risultati. Il primo momento dell'integrazione è rappresentato dal Punto Unico d'accesso (PUA) dove la domanda viene "accolta", il bisogno viene "individuato" e viene effettuata la presa in carico della persona nel percorso di rete, da parte della UVT con la definizione di un progetto personalizzato. La seconda fase dell'integrazione si realizza con l'intervento operativo svolto dall'Unità Operativa



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Distrettuale delle Cure Domiciliari Integrate che formula un Piano attuativo degli Interventi, nel quale sono programmate le prestazioni necessarie allo svolgimento del progetto personalizzato elaborato dall'UVT, sono individuati i referenti d'aiuto spontaneo e professionale, sono attivate e gestite le risorse assistenziali sociali e sanitarie e il rapporto con la famiglia e/o le altre parti coinvolte nell'intervento. Il Piano Attuativo degli Interventi (PAI) è realizzato da una équipe multiprofessionale composta da tutte le figure professionali necessarie a sviluppare gli obiettivi assistenziali definiti dallo stesso. **RISULTATI:** L'analisi condotta sulle caratteristiche degli utenti del servizio ha prodotto risultati significativi sulle loro caratteristiche sociodemografiche: si tratta di utenti prevalentemente di sesso femminile, con un livello medio basso di istruzione e di reddito. Suddividendo il campione per fasce di età si evince che oltre il 65% dei pazienti in carico presso il servizio ha un'età superiore a 65 anni, il 33 % del campione in esame un'età compresa tra 18 e 65 anni, solo il 2% del campione un'età al di sotto dei 18 anni. Il totale degli utenti del servizio pari a 480, è stato poi suddiviso per livello di intensità di cure, da cui risulta che il 57,5% degli utenti pari a 276 unità usufruisce di un primo livello di assistenza, il 2.3% degli utenti pari a 11 unità usufruisce di un secondo livello di assistenza, il 19,7% degli utenti pari a 95 unità usufruisce di un terzo livello di assistenza, il 17.3% degli utenti pari a 83 unità usufruisce di cure prestazionali, infine il 3.2% degli utenti pari a 15 unità si trovavano nella cosiddetta area critica. **CONCLUSIONI:** Lo studio condotto ha dunque permesso di tracciare un profilo socio demografico degli utenti in Cure Domiciliari Integrate presso il Distretto di Quartu Parteolla della Asl di Cagliari, e questo consentirà di comprendere e identificare compiutamente il bisogno di assistenza nell'ottica di un rafforzamento del servizio, inoltre puntare su una crescente soddisfazione da parte dei pazienti utenti. La disponibilità di cure domiciliari integrate, quale nodo specializzato della rete dei servizi sociosanitari territoriali, deve dunque permettere di organizzare sempre più, per le persone non autosufficienti, percorsi assistenziali appropriati nella stessa rete. Le Cure Domiciliari Integrate devono dunque rispondere sempre maggiormente ad un bisogno socio-sanitario complesso con una "presa in carico globale" della persona.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 616

IL BENCHMARK DI STRUTTURE OSPEDALIERE: IL PROGETTO "SPREAD SANITARIO" E LA SUA APPLICAZIONE ALLA CASA DI CURA "SALUS" DI BATTIPAGLIA (SA).

R. Bellopede 1, O. Coriglioni 2, G. Improta 3, A. Di Cicco 3, T. Rea 3, F. Carpentieri 4, M. Triassi 5

1 Università degli Studi "Federico II", Napoli;

2 Casa di cura "Salus", Salerno;

3 Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi "Federico II", Napoli;

4 Università degli Studi "Federico II", Napoli;

5 Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi "Federico II", Napoli;

INTRODUZIONE: Il Progetto "Spread Sanitario", implementato in Regione Campania ad opera della Commissione sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, si pone l'obiettivo di effettuare il benchmark, ovvero il confronto sistematico, tra le Aziende Ospedaliere, i Presidi Ospedalieri delle ASL, gli IRCCS e le AA.OO.UU. della Campania, al fine di valutare l'efficacia, l'efficienza e la performance delle prestazioni sanitarie erogate e l'operato dei manager che le governano. A tale scopo, il Team di lavoro ha ideato e progettato un cruscotto di indicatori oggettivi, comprensibili e facilmente rilevabili. Il seguente lavoro, condotto presso la Casa di Cura "Salus" di Battipaglia (SA), consiste nella valutazione, mediante i 77 indicatori messi in campo dal progetto "Spread Sanitario", della struttura economica-finanziaria e della performance organizzativa di una tra le più importanti cliniche private all'avanguardia della Regione Campania. MATERIALI E METODI: Per valutare il grado di successo e l'adeguatezza delle attività svolte presso la Casa di Cura "Salus" di Battipaglia (SA), sono stati rilevati i suddetti indicatori, aventi le seguenti peculiarità: - validità: devono fornire una misura di ciò che effettivamente si intende misurare, cioè devono essere accurati e precisi; - rilevabilità: devono riguardare aspetti disponibili senza eccessivi costi di raccolta; - comprensibilità: devono apparire chiari e soprattutto di facile interpretazione; - unicità: ciascuno indicatore deve rilevare un aspetto che nessun altro indicatore misura; - tempestività: le informazioni necessarie devono essere disponibili in tempo utile; - comparabilità: deve essere consentita un confronto nel tempo (over time) e/o nello spazio (cross section); - sensibilità: cioè devono registrare i miglioramenti ed i peggioramenti, seguendo le variazioni del fenomeno. I 77 indicatori si suddividono in 5 classi che sono rispettivamente: • input; • productive process; • output; • outcome; • altri indicatori. Gli input sono la classe più numerosa, costituiti da 47 indicatori suddivisi in 3 sottoclassi: - input organici: valutano il personale strutturato e non, impiegato nelle attività sanitarie; - input attrezzature: descrivono le dotazioni tecnologiche (ossia il numero di apparecchi disponibili) per ogni area diagnostica e terapeutica, con riferimento alla spesa manutentiva; - input ricavati dal D.G.R.C. 7301/01: tengono conto di alcuni requisiti minimi strutturali impiantistici, tecnologici ed organizzativi relativi alle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ordinario, Day Hospital, Day Surgery, Assistenza al parto e Pronto Soccorso. Gli



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

indicatori productive-process valutano le dinamiche interne, come ad esempio i tempi medi di attesa per accedere alle procedure diagnostiche. Gli indicatori output analizzano l'indice di attrattività della struttura: la percentuale di pazienti provenienti da altre province e/o Regioni esterne a quelle a cui l'ospedale appartiene, il rapporto tra DRG medio della struttura e quello medio regionale (l'indice di case mix). Gli indicatori relativi agli outcomes, 7 in totale, valutano le malattie scongiurate o guarite, ossia gli esiti delle assistenze e cure fornite ed i decessi avvenuti nell'ospedale esaminato. Gli altri 12 indicatori riguardano: - il comfort alberghiero, rilevando aspetti come il costo del servizio mensa o del servizio lavanderia, rispetto al numero dei posti letto della struttura ospedaliera, la presenza di aree dell'ospedale destinate ad attività ricreative e l'eventuale presenza di letti aggiuntivi per i familiari dei ricoverati; - la formazione professionale, valutando ad esempio quanti corsi di formazione sono stati erogati per il personale e quanti sono i crediti formativi acquisiti. Per ognuno di questi indicatori è stata predisposta una scheda tecnica descrittiva contenente tutte le informazioni utili al calcolo, alla lettura e all'interpretazione dello stesso. **RISULTATI:** Si riportano i risultati ottenuti per ciascuno indicatore nella tabella.

CONCLUSIONI: A causa della natura multifattoriale, delle oggettive difficoltà riscontrate nella misurazione della realtà ospedaliera in esame e della mancanza, per alcuni indicatori, di normative di riferimento contenenti target numerici di confronto, si sono riscontrati elementi d'incertezza nella valutazione effettuata. Inoltre, la futura possibilità di sviluppare un indice sintetico potrebbe consentire un utile confronto della struttura in esame rispetto ad altre.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 621

IL BENCHMARK DI STRUTTURE OSPEDALIERE: IL PROGETTO "SPREAD SANITARIO" E LA SUA APPLICAZIONE ALLA CASA DI CURA "SAN MICHELE" DI MADDALONI (CE).

A. Fioretti 1, L. Barletta 2, G. Improta 3, A. Ferraro 3, T. Rea 3, F. Carpentieri 4, M. Triassi 5

1 Università degli Studi "Federico II", Napoli;

2 Casa di Cura "San Michele", Caserta;

3 Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi "Federico II", Napoli;

4 Università degli Studi "Federico II", Napoli;

5 Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi "Federico II", Napoli;

INTRODUZIONE: Il Progetto "Spread Sanitario", implementato in Regione Campania ad opera della Commissione sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, si pone l'obiettivo di effettuare il benchmark, ovvero il confronto sistematico, tra le Aziende Ospedaliere, i Presidi Ospedalieri delle ASL, gli IRCCS e le AA.OO.UU. della Campania, al fine di valutare l'efficacia, l'efficienza e la performance delle prestazioni sanitarie erogate e l'operato dei manager che le governano. A tale scopo, il Team di lavoro ha ideato e progettato un cruscotto di indicatori oggettivi, comprensibili e facilmente rilevabili. Il seguente lavoro, condotto presso la Casa di Cura "San Michele" di Maddaloni (CE), consiste nella valutazione, mediante i 77 indicatori messi in campo dal progetto "Spread Sanitario", della struttura economica-finanziaria e della performance organizzativa di una tra le più importanti cliniche private all'avanguardia della Regione Campania.

MATERIALI E METODI: Per valutare il grado di successo e l'adeguatezza delle attività svolte presso la Casa di Cura "San Michele" di Maddaloni (CE), sono stati rilevati i suddetti indicatori, aventi le seguenti peculiarità: - validità: devono fornire una misura di ciò che effettivamente si intende misurare, cioè devono essere accurati e precisi; - rilevabilità: devono riguardare aspetti disponibili senza eccessivi costi di raccolta; - comprensibilità: devono apparire chiari e soprattutto di facile interpretazione; - unicità: ciascuno indicatore deve rilevare un aspetto che nessun altro indicatore misura; - tempestività: le informazioni necessarie devono essere disponibili in tempo utile; - comparabilità: deve essere consentita un confronto nel tempo (over time) e/o nello spazio (cross section); - sensibilità: cioè devono registrare i miglioramenti ed i peggioramenti, seguendo le variazioni del fenomeno. I 77 indicatori si suddividono in 5 classi che sono rispettivamente: • input; • productive process; • output; • outcome; • altri indicatori. Gli input sono la classe più numerosa, costituiti da 47 indicatori suddivisi in 3 sottoclassi: - input organici: valutano il personale strutturato e non, impiegato nelle attività sanitarie; - input attrezzature: descrivono le dotazioni tecnologiche (ossia il numero di apparecchi disponibili) per ogni area diagnostica e terapeutica, con riferimento alla spesa manutentiva; - input ricavati dal D.G.R.C. 7301/01: tengono conto di alcuni requisiti minimi strutturali impiantistici, tecnologici ed organizzativi relativi alle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero ordinario, Day Hospital, Day Surgery, Assistenza al



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

parto e Pronto Soccorso. Gli indicatori productive-process valutano le dinamiche interne, come ad esempio i tempi medi di attesa per accedere alle procedure diagnostiche. Gli indicatori output analizzano l'indice di attrattività della struttura: la percentuale di pazienti provenienti da altre province e/o Regioni esterne a quelle a cui l'ospedale appartiene, il rapporto tra DRG medio della struttura e quello medio regionale (l'indice di case mix). Gli indicatori relativi agli outcomes, 7 in totale, valutano le malattie scongiurate o guarite, ossia gli esiti delle assistenze e cure fornite ed i decessi avvenuti nell'ospedale esaminato. Gli altri 12 indicatori riguardano: - il comfort alberghiero, rilevando aspetti come il costo del servizio mensa o del servizio lavanderia, rispetto al numero dei posti letto della struttura ospedaliera, la presenza di aree dell'ospedale destinate ad attività ricreative e l'eventuale presenza di letti aggiuntivi per i familiari dei ricoverati; - la formazione professionale, valutando ad esempio quanti corsi di formazione sono stati erogati per il personale e quanti sono i crediti formativi acquisiti. Per ognuno di questi indicatori è stata predisposta una scheda tecnica descrittiva contenente tutte le informazioni utili al calcolo, alla lettura e all'interpretazione dello stesso. **RISULTATI:** Si riportano i risultati ottenuti per ciascuno indicatore nella tabella. **CONCLUSIONI:** A causa della natura multifattoriale, delle oggettive difficoltà riscontrate nella misurazione della realtà ospedaliera in esame e della mancanza, per alcuni indicatori, di normative di riferimento contenenti target numerici di confronto, si sono riscontrati elementi d'incertezza nella valutazione effettuata. Inoltre, la futura possibilità di sviluppare un indice sintetico potrebbe consentire un utile confronto della struttura in esame rispetto ad altre.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 486

ORGANIZZAZIONE E PERFORMANCE DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

E D'Ippolito¹, I Giovannelli², C Quercioli¹, S Salmaso², N Nante¹⁻³, A Perra²

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

² Istituto Superiore di Sanità – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS)

³ Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

INTRODUZIONE: Il processo di devoluzione attivato dalla riforma del Titolo V della Costituzione ha prodotto un quadro eterogeneo nell'organizzazione della prevenzione nelle singole Regioni senza un adeguato sviluppo di strumenti di monitoraggio. Il CNESPS, nel quadro di un progetto finanziato dal CCM ha realizzato fra il 2012 e il 2013 un'indagine finalizzata alla descrizione dell'organizzazione e delle performance delle Strutture del sistema sanitario che Erogano Servizi di Prevenzione (SESP), al fine di supportare la governance della prevenzione a livello regionale.

MATERIALI E METODI: Gli stakeholders (Ministero della Salute, ISS, Agenas e Regioni/Province autonome (RPA)) hanno deciso di focalizzare l'indagine su 3 aree: prevenzione del sovrappeso e dell'obesità (PSO), del rischio di disabilità nell'anziano (RDA) e promozione dell'attività fisica (PAF). E' stato inviato un questionario via web a 143 SESP selezionate da un campione di 26 ASL localizzate in 17 RPA. Sono state raccolte informazioni relative all'organizzazione e performance delle singole SESP e al loro coordinamento a livello di ASL per rilevare la completezza dell'offerta di prevenzione sul territorio, basandosi principalmente sulle indicazioni contenute nel "National Public Health Performance Standards Program" del Centers for Disease Control and Prevention (CDC). L'indagine è stata gestita attraverso il software Survey Monkey e Epi Info (ver.3.5.3).

RISULTATI: Il response rate complessivo è stato del 64%. Nelle aree della PSO e PAF, il 98% delle ASL offriva servizi di promozione della salute e il 90% di sorveglianza, nella RDA rispettivamente l'80% e il 45%. Azioni mirate alla riduzione delle disuguaglianze erano erogate dal 46% delle ASL e il monitoraggio e la valutazione della qualità dal 56% (media nelle 3 aree). Complessivamente, il 61% della ASL erogava più di 6 attività rispetto alle 8 componenti da considerare standard per un'adeguata prevenzione secondo il CDC. **CONCLUSIONI:** La maggior parte delle ASL riferiscono di effettuare attività di sorveglianza e di promozione della salute nelle 3 aree in studio, sembrano invece deficitarie le azioni finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze e al monitoraggio delle performance a controllo della qualità. La RDA sembra essere l'area meno performante rispetto a PSO e PAF. La governance della prevenzione dovrebbe essere rafforzata per migliorare l'efficacia del sistema della sanità pubblica sia a livello regionale che di ASL.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 445

SVILUPPO DI UN SISTEMA DI REPORTING MULTIDIMENSIONALE PER IL MMG QUALE STRUMENTO DI SUPPORTO ALLA "MEDICINA DI INIZIATIVA" : UN'ESPERIENZA DELL'ASL DI LODI.

R. Tornese 1, A. Negretti 2, G. Sportelli 3, L. Colonna 4 , A. Nava 5.

1 ASL della Provincia di Lodi, Distretto Alto Lodigiano; 2 ASL della Provincia di Lodi, USC Assistenza Farmaceutica; 3 ASL della Provincia di Lodi, Distretto Basso Lodigiano; 4 ASL della Provincia di Lodi, Dipartimento Cure Primarie; 5 ASL della Provincia di Lodi, Dipartimento PAC, Lodi.

INTRODUZIONE: La sempre maggiore prevalenza di patologie crónico-degenerative e la necessità di una migliore presa in carico dei bisogni assistenziali dei cittadini fragili hanno portato le aziende sanitarie a sviluppare strumenti manageriali di supporto all'attività della medicina territoriale. La ASL di Lodi ha messo a punto un articolato sistema informativo aziendale che utilizza il Datawarehouse Aziendale (DWH) per la copertura informativa di tutte le prestazioni specialistiche e terapeutiche di cui usufruiscono i cittadini. Studi clinici hanno dimostrato che un programma di screening è in grado di ridurre l'incidenza ed in maggior misura la mortalità per tumore, per questo motivo il Piano Sanitario Nazionale comprende i tre "screening di comprovata efficacia nella riduzione del tasso di mortalità e di morbidità per tumori". Il ruolo del MMG, vista la capillare diffusione sul territorio, è fondamentale nei programmi di promozione degli screening delle aziende sanitarie.

Infine sappiamo che lo screening rientra in un programma di prevenzione secondaria, che prevede una diagnosi precoce cioè: individuare il cancro, o i suoi precursori, in fase precoce, in cui la terapia può determinare la definitiva guarigione.

Partendo da questi presupposti l'obiettivo dell'ASL di Lodi è stato quello di sviluppare un sistema di reporting multidimensionale, volto alla responsabilizzazione delle proprie strutture distrettuali e successivamente dei MMG con i seguenti obiettivi specifici:

1. Fornire al MMG informazioni sulle caratteristiche epidemiologiche dei propri assistiti e sui relativi consumi sanitari.
 2. Monitorare costantemente l'adesione ai PDTA concordati e alle campagne di screening.
 3. Favorire la "medicina di iniziativa" con la presa in carico e la gestione della cronicità attraverso un sistema informatico che consenta la disponibilità di dati utili a pianificare l'attività preventiva e sia dotato di un sistema di re-call per sollecitare i propri assistiti ad aderire alle campagne di screening ed effettuare i controlli previsti dai PDTA.
 4. Facilitare la comunicazione tra i medici convenzionati ed ASL, favorendo la gestione del governo clinico.
- MATERIALI E METODI:** La ASL di Lodi ha sviluppato e introdotto nel portale dedicato ai MMG, ad accesso riservato disponibile sul sito aziendale, una "Scheda Medico" contenente il relativo profilo prescrittivo per farmaceutica, specialistica e ricoveri. Sono inoltre disponibili i consumi degli assistiti in termini di aderenza ai PDTA concordati (ipertensione, diabete,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

insufficienza renale) ed i dati relativi al raggiungimento del target aziendale rispetto ai programmi di screening previsti nei LEA (tumore colon – retto, mammella e cervice uterina). E' stato costituito un gruppo di lavoro, comprendente la Direzione Sanitaria, i Distretti ed i Dipartimenti PAC e Cure Primarie, il cui scopo è stato quello di definire un percorso condiviso per una efficace responsabilizzazione dei MMG, ai fini di incentivarne un ruolo pro-attivo negli screening con conseguente sviluppo della “medicina di iniziativa” ed anche un più corretto utilizzo delle risorse economiche. La seconda fase del progetto è stata caratterizzata da test pilota, cui hanno partecipato alcuni MMG volontari. Questa fase ha permesso di connotare l'intero processo di una logica partecipativa in cui gli stessi destinatari dei report sono stati coinvolti attivamente nel perfezionamento dello strumento di analisi e reporting. La terza fase ha previsto un ciclo di incontri tra i rappresentanti distrettuali e MMG in cui sono stati discussi i dati disponibili sul portale in un confronto tra pari. Lo strumento di comunicazione adottato negli incontri è stata la “scheda analisi” profilata per ogni singolo MMG e disponibile sul portale. **RISULTATI:** In questa prima fase del progetto si è voluto innanzitutto far conoscere ai MMG le potenzialità della reportistica multidimensionale sul portale, fornendo un quadro di dettaglio per singolo assistito in termini di adesione ai PDTA e screening. Il sistema consente inoltre un'interazione tra MMG/ASL per quanto riguarda la validazione/ introduzione di dati clinici degli assistiti. Sono anche disponibili strumenti precompilati che il MMG può utilizzare per pianificare l'attività preventiva con gli assistiti.

A seguito del primo ciclo di incontri distrettuali si è rilevato un aumento degli accessi al portale ASL da parte dei MMG.

La “Scheda analisi” è stata utilizzata soprattutto per fotografare la situazione specifica del medico nella prescrizione farmaceutica, evidenziando le relative criticità e riportando obiettivi di miglioramento/consolidamento. La scheda prevede anche uno spazio riservato ai commenti e valutazioni del MMG, rispetto a quanto emerso durante l'incontro distrettuale. Si prevede in futuro di implementare l'area di commento/confronto anche sui dati relativi ai PDTA e screening. **CONCLUSIONI:** La “scheda analisi” rappresenta un efficace strumento di comunicazione interattivo on line tra ASL e MMG. E' inoltre quel documento ufficiale che traccia il percorso di “governo clinico” dove ogni MMG può diventare un “collaboratore” privilegiato a supporto della programmazione di sistema in un'ottica di miglioramento continuo e condiviso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 303

RICOGNIZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE IN SALUTE ALL'INTERNO DEI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AZ. ULSS 17

A. Ferro 1, A. Montante 2, G. Morgillo 2, A. Ferraresso1

11 Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 17- Regione Veneto; 2 Dipartimento di Medicina Molecolare- Sezione Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE: Le politiche di sanità pubblica hanno due obiettivi principali: migliorare lo stato di salute medio della popolazione e ridurre le disuguaglianze in salute fra i gruppi all'interno della stessa. Il primo obiettivo mira ad aumentare l'aspettativa di vita della popolazione generale attraverso la riduzione complessiva della mortalità e della morbidità. Tuttavia, le strategie poste in essere per raggiungere questo scopo possono entrare in conflitto con il secondo obiettivo, aumentando, invece che ridurre, le disuguaglianze in salute; ciò si verifica quando l'intervento non raggiunge determinati gruppi della popolazione in condizione di svantaggio sociale fra i quali, ad esempio: gli emigrati, le minoranze etniche, la popolazione pediatrica, gli anziani etc. Numerosi documenti di indirizzo internazionali e nazionali raccomandano che le politiche di prevenzione e promozione della salute siano orientate a superare il divario di equità nell'accesso ai servizi. In particolare, la risoluzione del Parlamento Europeo n. 2089 dell'08.03.2011 sollecita tutti gli Stati membri a mettere in atto politiche in grado di superare le disuguaglianze socio-economiche e quindi sanitarie con particolare riferimento ai gruppi più vulnerabili della popolazione. In Italia tale tematica rientra tra gli obiettivi prioritari dei Piani Sanitari Nazionali, Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito delle proprie attività istituzionali di prevenzione e promozione della salute, ricopre un ruolo rilevante nella lotta alle disuguaglianze in salute. In linea con le indicazioni internazionali e nazionali, l'Az. ULSS 17 intende, quindi, sviluppare un programma di lotta alle disuguaglianze. Tale programma è stato inserito quale obiettivo di Budget 2014 dell'Az. ULSS17 per il Dipartimento ed, in particolare, si pone tre obiettivi principali: l'identificazione e la descrizione delle iniziative di prevenzione e promozione della salute proposte dall'Azienda ULSS 17 volte a contrastare le disuguaglianze; la stesura di una delibera aziendale che dia rilievo a questa tematica; la valutazione delle progettualità in essere al fine di migliorare l'impatto positivo sui gruppi di popolazione più vulnerabili. **MATERIALI E METODI:** Con nota del Direttore di Dipartimento è stato istituito di un Gruppo di Lavoro Dipartimentale (GDL) di lotta alle disuguaglianze in salute, composto dai referenti dei diversi servizi (SISP, SIAN, SEPS, SPISAL, Medicina Legale, Area Veterinaria). Sono stati individuati un Coordinatore del GDL e due Facilitatori non strutturati, medici specializzandi in Igiene e medicina Preventiva, con il compito di supportare il personale dei Servizi nell'analisi critica e imparziale delle singole attività.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il lavoro è stato articolato in una prima fase di analisi e ricognizione delle iniziative di contrasto alle disuguaglianze in salute attualmente in essere o previste in futuro all'interno del Dipartimento attraverso l'utilizzo di una griglia di valutazione appositamente predisposta (Tabella 1). In un secondo momento, sulla base delle informazioni raccolte, è stata elaborata una scheda di presentazione delle progettualità (Tabella 2) ed individuati i principali parametri, al fine di uniformare la descrizione delle diverse iniziative: obiettivo dell'attività, popolazione target, accessibilità, proposte future, indicatori per il monitoraggio dell'attività e budget. **RISULTATI:** L'analisi delle schede prodotte da ciascun Servizio ha portato a un duplice risultato. Da un lato ha condotto alla stesura di una delibera aziendale con l'obiettivo di formalizzare e dare visibilità all'impegno e alla "vocazione" del Dipartimento nella lotta alle disuguaglianze in salute. Dall'altro ha favorito rispettivamente una presa di coscienza da parte del personale del Dipartimento sulle principali criticità legate all'accessibilità da parte della popolazione vulnerabile alle attività di prevenzione e l'elaborazione di nuove proposte di miglioramento. La prossima fase del lavoro consisterà nell'elaborazione di indicatori che verranno utilizzati per il monitoraggio e la valutazione di tutte le progettualità individuate. Verrà, inoltre, elaborata una seconda griglia che affronterà il tema della lotta alle disuguaglianze non più per singolo servizio o area di attività, ma per gruppo di popolazione. **CONCLUSIONI:** La condivisione di uno strumento, la griglia di valutazione, e di una modalità operativa comune nell'analisi delle attività nei diversi servizi del Dipartimento orientate al contrasto delle disuguaglianze ha permesso di gettare le basi per un modello di analisi del proprio agire quotidiano esportabile anche in altre realtà aziendali. Orientare le attività di prevenzione al contrasto alle disuguaglianze in salute richiede, comunque, non solo l'elaborazione di strumenti operativi ad hoc per valutare l'impatto delle singole azioni preventive sull'equità sociale, ma anche la diffusione della cultura dell'importanza della accessibilità come parametro fondamentale dell'efficacia stessa delle azioni preventive.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 279

COSTI E SOSTENIBILITÀ DELLA PREVENZIONE IN TEMPI DI CRISI

L.T:Marsella 1 ; A Messineo2; L.Lillo2

1 Istituto Medicina Legale Università di Roma Tor Vergata

2 Corso di Laurea Tecnici Prevenzione Ambiente e Luoghi di Lavoro e Master Medici Competenti Università di Roma Tor Vergata

INTRODUZIONE: In un periodo di crisi economico-finanziaria che incide negativamente sulla spesa sanitaria mondiale, con enormi tagli in tutti i settori della salute, diventa necessario implementare opportuni meccanismi di valutazione delle risorse disponibili, volti a rendere evidenti sia i costi che i benefici di una corretta gestione della salute, su vari livelli. Contestualmente, i continui stravolgimenti degli scenari occupazionali nazionali e internazionali, hanno un sensibile impatto sulla spesa pubblica sanitaria. Per tale motivo occorre quantificare quanto la spesa pubblica, incluso il settore della sicurezza sul lavoro, incida sulla spesa sanitaria nazionale e quanto si risparmierebbe potenziando e rafforzando l'attività di prevenzione in questo settore. Tra i risparmi potenziali sono incluse sia la riduzione della spesa totale, sia la riduzione degli sprechi e la conseguente predisposizione di una corretta allocazione delle risorse a disposizione. **MATERIALI E METODI:** E' stata ventilata la predisposizione di un algoritmo che consenta di calcolare il 'Ritorno di investimento' ROI, a seguito di interventi di Workplace Health Promotion (WHP) in materia di prevenzione nel settore della salute e sicurezza sul lavoro. Un possibile calcolo riguarda il valore potenziale in 'anni di vita salvati' per la corretta implementazione delle politiche di prevenzione. Vari modelli statistico-matematici sono stati perfezionati da diversi AA al fine di quantificare il 'valore' della prevenzione, attraverso la valutazione dei costi/benefici e dei costi/efficacia, e la quantificazione sia dei costi diretti che di quelli indiretti e intangibili.

Da un attenta revisione della letteratura internazionale si evince da una parte che l'utilizzo di uno strumento di valutazione della produttività come il Workplace (productivity) Assessment Tool,(modello costo-benefici applicabile facilmente a qualsiasi realtà produttiva in quanto basato su modelli matematici di calcolo atti a valutare economicamente gli interventi in materia di salute e sicurezza), può avere un ruolo decisivo sulle scelte economiche e sull'uso corretto delle risorse. Tale modello matematico, risulta utile anche nella compilazione di precise stime e proiezioni che andrebbero ad incidere poi su una reale e proficua revisione delle norme di prevenzione vigenti in materia di salute e sicurezza. Norme che, risultano in parte incomprensibili all'utenza e di non sempre facile applicazione al fine di prevenire le criticità. Più semplicemente, per la valutazione dei costi e dei benefici correlati agli infortuni, possono essere utilizzati indicatori e check list proposte dall'OMS e da vari AA mentre in USA molte ricerche condotte per valutare efficacia di attività di promozione della salute hanno avuto esito positivo evidenziandosi in alcune di esse un guadagno > 15 \$ per ogni \$ speso **RISULTATI:** La valutazione di un buon livello di sicurezza e di un



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

conseguente correlato risparmio può essere dimostrata attraverso diversi indicatori e strumenti la cui utilizzazione dovrebbe essere implementata specie nelle aziende. Da una parte la riduzione degli infortuni sul lavoro dall'altra l'attuazione di efficaci politiche di promozione della salute dovrebbero costituire un target da perseguire e una dimostrazione di efficacia dell'attuazione di procedure virtuose da diffondere. Esperienze relative ad aziende italiane e straniere che hanno individuato percorsi per il miglioramento degli stili di vita e per la prevenzione degli infortuni attraverso sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL) hanno avuto buon risultato e hanno dimostrato che la prevenzione ripaga chi la pratica anche in situazione di scarse risorse disponibili. Occorre tuttavia, in tempi di crisi, una maggiore consapevolezza del ruolo della prevenzione, che si correla alla diminuzione della spesa pubblica sanitaria Nazionale. Ma occorre anche procedere a semplificazioni, a formazione efficace ed allo snellimento di procedure e prassi oggi obsolete.

CONCLUSIONI: Una maggiore consapevolezza dei rischi determinati da una scarsa prevenzione in materia di salute e sicurezza, attraverso la divulgazione di dati quantificabili a sostegno di evidenze epidemiologiche, costituisce oggi, un importante strumento per dimostrare l'efficacia del sistema di prevenzione. Tale consapevolezza può essere potenziata con il ricorso ad indicatori che dimostrino e rendano "palpabile" il miglioramento indotto dalla formazione, da sistemi di tutela e dalle politiche di promozione della salute in ambito sociale ed occupazionale. La maggiore sensibilizzazione che deriverà dalla dimostrazione di efficacia degli interventi attuati, potrà rendere in futuro l'intero sistema sanitario sostenibile, evitando tagli e riduzioni di risorse in settori - come la prevenzione - poco apparenti, spesso silenti ma certo indispensabili per la costruzione di una società più sana.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 535

CURE PRIMARIE FUORI ORARIO : ANALISI DELL'ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN DUE REALTA' LOCALI

EM Bonfanti¹ , E Beretta², MC Bonazzi¹

1 Dipartimento di Scienze della Salute – Università di Milano Bicocca; 2 ASL Monza e Brianza

INTRODUZIONE: Introduzione:

Lo studio esamina un aspetto particolare delle cure primarie: l'OUT-OF-HOUR CARE cioè la cura dei problemi clinici gestibili dal medico di famiglia che insorgono dopo la fine della sua reperibilità. I vari sistemi sanitari nazionali, pur riconoscendo tutti quest'ambito di cura, lo affrontano in modo diverso: il modello italiano è la Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Vi è crescente interesse nelle cure primarie e nella necessità di una loro riorganizzazione dettata dal mutato contesto epidemiologico caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento della rilevanza di patologie croniche, non autosufficienza e disabilità e dall'incremento della popolazione immigrata.

Obiettivo:

Obiettivo dello studio è l'analisi degli accessi al servizio di CA in 2 sedi dell'ASL Monza e Brianza (Lombardia) per valutare gli utenti afferenti, i problemi clinici posti, la tipologia degli interventi, la conoscenza e utilizzo dei servizi di assistenza primaria, l'eventuale presenza di FREQUENT ATTENDERS, la continuità dell'assistenza all'interno delle cure primarie. MATERIALI E METODI:

Materiali e metodi:

L'indagine (Survey) si è svolta tra dicembre 2012 e agosto 2013. I dati sono stati raccolti attraverso l'utilizzo di due questionari, uno per le consultazioni telefoniche e uno per le visite. I pazienti sono stati tutti gli utenti del servizio nelle 2 postazioni esaminate. Nella codifica delle diagnosi si è utilizzata l'International Classification of Primary Care (ICPC-2). RISULTATI: Risultati:

Sono state analizzate 230 ore di turno, equamente ripartite tra diurne e notturne, per un totale di 549 accessi rappresentati per il 57% da visite in sede, per il 4% da visite domiciliari e per il 39% da consultazioni telefoniche. Il campione è equamente diviso nei 2 generi, l'età media è di 41 anni e la classe d'età più rappresentata è 35-44 anni. La popolazione pediatrica rappresenta il 20% mentre gli anziani il 15%: queste categorie sono rilevanti soprattutto nei consulti telefonici.

I capitoli ICPC-2 di diagnosi più frequenti sono stati: R (respiratorio) con il 21,2%, D (digestivo) 18,5%, A (generale/non specificato), S (pelle) 10,3%, L (muscolo-scheletrico) 9,0% e K (cardiocircolatorio) 4,9%. Dopo un confronto con realtà di out-of-hours di altri Paesi, si rileva che l'area in esame è in linea con l'epidemiologia europea.

Gli stranieri rappresentano il 9% degli accessi, percentuale in linea con la prevalenza nel territorio. La loro età media è più giovane e la prima categoria di diagnosi sono le problematiche muscolo-scheletriche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Nell'81% dei casi i pazienti non avevano preventivamente consultato il medico curante per il problema per il quale accedevano. Questo è soprattutto dovuto al fatto che la problematica si è manifestata o ha assunto una certa rilevanza dopo il termine della sua reperibilità. Il 40% degli intervistati aveva già avuto accesso al servizio di CA nei 12 mesi precedenti mentre il 43% si era già recato in PS. Questo aspetto è stato analizzato nel tentativo di intercettare eventuali Frequent Attenders (FAs) del servizio di CA, categoria definita come coloro che dichiaravano di aver già usato il servizio per un $n \geq 5$ volte. Con questo criterio i FAs sono il 2,4 %. Il 3% delle visite e il 12% dei consulti telefonici terminano con l'invio in PS. Sembrerebbe quindi che la CA sia in grado di gestire in modo autonomo la maggioranza delle problematiche afferenti e che i pazienti sappiano discriminare le vere urgenze. Molti pazienti accedono anche per problematiche differibili dato che queste sono in media presenti da 62 ore. Inoltre i medici, interrogati alla fine della consultazione, hanno giudicato il 37% degli accessi posticipabili e il 17% dei pazienti come solo in cerca di consigli e rassicurazioni. **CONCLUSIONI:** Conclusioni:

Dalla realtà esaminata si possono trarre alcune osservazioni.

❑ Non sono ancora state recepite le linee guida internazionali sulla gestione del triage telefonico. Queste potrebbero essere uno strumento di diagnosi importante.

❑ L'accessibilità al servizio è assicurata per tutti i cittadini italiani anche se dipendente dalla capillarità dello stesso. La visita per i cittadini stranieri è invece a discrezione del medico

❑ È scarso il dialogo con i curanti : la percentuale di report per il MMG rilasciato al termine della visita si è attestata solo al 50%.

❑ Il servizio è a basso costo, ma presenta una scarsa efficienza: 0, 46 prestazioni/ora notturne fino un massimo di 2,60 diurne.

❑ Il MEDICO di CA manca di professionalità specifica: i suoi compiti non sono definiti; inoltre non c'è formazione né selezione dei professionisti che svolgono il servizio.

Dallo studio emerge come questo servizio risponda al bisogno presentato dall'utenza di avere uno sportello fuori orario per problemi clinici minori. Questa esigenza è riconosciuta anche in ambito internazionale e non è quindi sopprimibile. D'altro canto l'attuale modello organizzativo della CA, non appare al passo con i tempi e non esprime tutte le sue potenzialità. È quindi auspicabile una sua riforma.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 611

APPLICAZIONE DELLA CLASSIFICAZIONE ICF PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DI 236 PERSONE CON GRAVE DISABILITA' AFFERENTI AI SERVIZI SOCIO-SANITARI DELLA ULSS 20 DI VERONA

C. Baldini 1, L. Alberti 2, B. Tomellini 2, M.G. Melotti 2, G. Preite 2

1 *Università degli Studi, Verona*

2 *Azienda ULSS 20, Verona*

INTRODUZIONE: Nel 2001 l'OMS ha pubblicato l' "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF), un sistema per valutare lo stato di salute delle persone in un'ottica più ampia di quella fornita dal modello bio-medico tradizionale, esemplificato quest'ultimo dal sistema ICD. Il sistema ICF infatti non classifica le patologie, come l'ICD, ma piuttosto gli effetti che queste hanno nel limitare la possibilità degli individui di partecipare pienamente a tutte quelle situazioni di vita proprie della condizione umana.

In particolare, la classificazione ICF si articola in quattro dimensioni, "Body Functions" (BF), "Body Structures" (BS), "Activity & Participation" (A&P), "Environment" (E), a loro volta articolate in 1424 categorie che, nel complesso, definiscono "l'intero spettro dell'esperienza umana" (Cieza et al., 2008). Ad ogni categoria delle dimensioni BF, BS e A&P è associata una scala in cinque livelli (da 0 a 4) che permette di qualificare l'entità della menomazione (BF e BS) o della limitazione dell'attività (A&P); quest'ultima viene valutata sia in condizioni di base che come "restrizione", come viene chiamata la limitazione dell'attività che permane anche dopo l'azione di ausili, persone o fattori ambientali in genere (E).

Nel 2007 la Regione Veneto ha recepito tale input introducendo la classificazione ICF (accanto all'ICD e alla raccolta di altre informazioni di carattere sanitario) nella SVaMDi (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Disabili), lo strumento utilizzato dai distretti socio-sanitari del Veneto per valutare il tipo e l'entità del bisogno assistenziale degli utenti che richiedono di accedere al sistema delle prestazioni socio-sanitarie volte a favorire l'integrazione delle persone disabili.

Nel 2013, in seguito all'aggiornamento e all'informatizzazione della SVaMDi, tutti gli utenti disabili assistiti dall'Azienda ULSS 20 di Verona sono stati sottoposti a rivalutazione: il presente studio è stato condotto con lo scopo di analizzare lo stato di salute di questo gruppo di persone sulla base delle informazioni fornite dalla compilazione della SVaMDi nel corso di tale processo di rivalutazione. **MATERIALI E METODI:** Grazie all'accesso all'apposito sistema informatico predisposto dalla Regione Veneto, sono state raccolte ed elaborate le principali informazioni contenute nelle SVaMDi compilate da giugno a ottobre 2013 per la rivalutazione del bisogno assistenziale degli utenti ammessi a beneficiare delle prestazioni socio-sanitarie (domiciliari,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

residenziali o semiresidenziali) erogate per favorire l'integrazione delle persone con disabilità nell'ambito del Distretto Socio-Sanitario n. 3 dell'Azienda ULSS 20 di Verona.

In particolare, sono state elaborate le informazioni provenienti dall'applicazione delle classificazioni ICF e ICD, nonché altre informazioni relative alla situazione sanitaria dei soggetti (utilizzo di farmaci e ausili, necessità di assistenza infermieristica continuativa).

Le informazioni provenienti dall'applicazione dell'ICF sono state elaborate in modo da calcolare, per ognuna delle 134 categorie BF, BS e A&P incluse nella SVaMDi, la proporzione dei soggetti con menomazione (per le categorie appartenenti alle dimensioni BF e BS) e con limitazione dell'attività (per le categorie appartenenti alla dimensione A&P), in quest'ultimo caso sia in condizioni di base che dopo l'intervento dei fattori ambientali, e il valore mediano del livello di gravità di ogni menomazione/limitazione; dalle informazioni provenienti dall'applicazione dell'ICD è stata calcolata la prevalenza delle patologie sottostanti alle menomazioni e alle limitazioni.

In base alla patologia indicata nella SVaMDi, i soggetti sono stati classificati come affetti da prevalente deficit intellettivo (PDI) o da prevalente deficit motorio (PDM): è poi stato applicato il test di Mann-Whitney per determinare se tra i due gruppi ci fosse una differenza statisticamente significativa nelle mediane dei livelli di gravità delle limitazioni dell'attività.

Sia la raccolta e l'elaborazione dei dati che l'analisi statistica sono state condotte con Microsoft Excel 2007®. **RISULTATI:** Sono state analizzate le schede SVaMDi di 236 soggetti: i maschi erano il 64%, le femmine il 36%, l'età media era 45,6 anni (DS 12,9).

Le patologie più frequenti erano il ritardo mentale (32%), le anomalie cromosomiche (17%) e la paralisi cerebrale (15%); complessivamente, il 71% dei soggetti era affetto da PDI, il 29% da PDM. Il 66% risultava assumere farmaci per il sistema nervoso (classe N ATC), il 56% faceva uso di ausili, l'8% necessitava di assistenza infermieristica continuativa.

Riguardo alla classificazione ICF, le categorie BF e BS nelle quali una menomazione era presente con frequenza maggiore erano rispettivamente "funzioni psicosociali globali" (96%) e "sistema nervoso" (91%).

Nelle 55 categorie della dimensione A&P, in condizioni di base una limitazione (di qualsiasi entità) era presente in almeno il 90% dei soggetti in 35 categorie, in almeno l'80% dei soggetti in 45 categorie. Le categorie in cui la limitazione era presente con prevalenza maggiore erano "gestire la tensione" (100% dei soggetti), "istruzione superiore" (100%) e "risoluzione dei problemi" (99%); quelle in cui era presente con prevalenza minore erano "bere" (53%), "ascoltare" (55%) e "cambiare posizione di base" (56%). In seguito all'effetto dei fattori ambientali (E) una restrizione di qualsiasi entità era presente in almeno il 90% dei soggetti in 12 categorie, in almeno l'80% dei soggetti in 26 categorie. Le categorie in cui la restrizione era presente con prevalenza maggiore erano "istruzione superiore" (98%), "apprendistato" (97%) e "guidare" (97%), quelle in cui era presente con prevalenza minore erano "procurarsi beni e servizi" (4%), "preparare i pasti" (4%) e "autosufficienza economica" (4%): queste tre sono anche le categorie con la maggior differenza



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

tra la prevalenza della limitazione prima dell'azione dei fattori ambientali e la prevalenza della restrizione dopo l'azione dei fattori ambientali (da 97-99% a 4%).

In 20 categorie della dimensione A&P il gruppo dei soggetti con PDM aveva una limitazione (prima dell'azione dei fattori ambientali) significativamente maggiore rispetto al gruppo con PDI, in una era il contrario, nelle altre 34 categorie non c'era differenza. CONCLUSIONI: La pubblicazione nel 2001 della classificazione ICF da parte dell'OMS ha rappresentato un passo decisivo in direzione della concezione della salute come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", a ideale coronamento di quella Dichiarazione di Alma Ata (1978) le cui raccomandazioni, fino ad allora, faticavano a trovare piena espressione nei modelli organizzativi correnti.

Molto opportunamente la Regione Veneto ha basato sull'ICF la SVaMDi, strumento standard per la valutazione del bisogno assistenziale dei soggetti con grave disabilità che accedono alle prestazioni del sistema socio-sanitario regionale. Questo ha permesso da un lato di avere una valutazione più oggettiva del bisogno degli utenti, il che facilita una distribuzione più equa delle risorse disponibili, e dall'altro lato, grazie alla varietà delle categorie ICF, di valutare lo stato di salute di questo gruppo di persone in modo più ampio di quanto permetterebbero i sistemi non basati sulla classificazione ICF.

Nello specifico, i soggetti con grave disabilità assistiti dal sistema socio-sanitario dell'Azienda ULSS 20 di Verona risultano avere, dalla valutazione fatta con il modello SVaMDi, una compromissione generalizzata sia delle limitazioni funzionali che delle restrizioni alla partecipazione alle situazioni di vita. Le limitazioni sembrano avere una prevalenza minore se riferite alle azioni che caratterizzano il funzionamento di base, mentre i fattori ambientali quali gli ausili e le altre persone sembra che riducano la prevalenza della restrizione soprattutto per le attività della vita domestica. Infine, è da notare che il deficit intellettivo è presente con frequenza maggiore, ma sono i soggetti con deficit motorio a sperimentare le limitazioni più gravi, soprattutto nelle attività che caratterizzano la mobilità e la cura della propria persona: questo potrebbe rendere giustificato il fatto di privilegiare questi soggetti nell'accesso alle prestazioni, perlomeno in questi ambiti. La SVaMDi, basandosi in gran parte sul sistema ICF, appare comunque essere uno strumento promettente per una valutazione più olistica dello stato di salute di soggetti appartenenti a categorie selezionate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 393

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI: NUOVE ESIGENZE E SOLUZIONI STRATEGICHE.

M. Buffoli¹, S. Capolongo¹, C. Longhin¹, D. Nachiero¹, L.V. Zazzarini¹

¹ Politecnico di Milano Department Architecture, Built environment and Construction engineering (A.B.C.)

INTRODUZIONE: Il complesso mondo della Sanità, per gestire al meglio il delicato compito istituzionale cui è chiamata ad assolvere, presiede a molti differenti organismi e funzioni. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), in questo macro-cosmo, sono le strutture responsabili di prestare cure alle persone in età senile, ai pazienti afflitti da malattie neuro-degenerative debilitanti e, più in generale, a soggetti non più auto-sufficienti.

Attualmente sia a livello nazionale che internazionale esistono poche indicazioni progettuali-gestionali e perlopiù non attuali. In considerazione del progressivo invecchiamento della società e dell'aumento della vita media, diviene quindi prioritario valutare attentamente le nuove esigenze quali-quantitative di queste strutture e delineare indicazioni progettuali e gestionali in grado di soddisfare al meglio tali esigenze.

Obiettivo della ricerca è fornire indicazioni tese alla buona progettualità di RSA, realmente rispondenti alle esigenze contemporanee e utili nel fornire un valido strumento per tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nel processo di pianificazione, realizzazione e gestione di una struttura assistenziale di questo tipo. **MATERIALI E METODI:** La ricerca e la stesura di linee guida per la progettazione di RSA si è sviluppata attraverso un'attenta analisi conoscitiva nazionale ed internazionale, un'indagine sulle soluzioni tecnico-progettuali utilizzate nelle più contemporanee ed innovative realizzazioni e tramite interviste/questionari/focus group effettuati con l'utenza interessata.

La ricerca ha quindi indagato nella vasta produzione in materia e nella letteratura attualmente disponibili, traendone i concetti più utili che, integrati alle soluzioni emerse dall'analisi sul campo, hanno permesso di definire linee guida progettuali in un elaborato unitario e chiaro.

L'attività di raccolta dei dati e dei materiali e la loro successiva compilazione, analogamente, ha consentito di effettuare paragoni tra le esperienze condotte sinora e lasciato trasparire ottenendo un quadro fedele dello stato dell'arte sulla pianificazione e la gestione delle RSA sia in fase di realizzazione, sia già esistenti od oggetto di interventi di recupero. **RISULTATI:** Il lavoro, frutto dell'attività di ricerca, è organizzato in schede tecniche e ripartito in macroaree secondo gli argomenti trattati. Si fa dunque esplicito riferimento al posizionamento della struttura in relazione alla scala urbana, alle tipologie edilizie riferite alla specificità dei casi, ai dimensionamenti dei locali e delle aree aperte, ai criteri di utilizzo degli spazi, all'articolazione complessiva dei vani e dei servizi correlati, ai percorsi, alla definizione di progettuali dei singoli ambienti, alle specifiche di comfort e benessere, alle strategie di flessibilità e adattabilità alle soluzioni per la sostenibilità ambientale...ecc.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Ogni scheda tecnica risponde ad una specifica esigenza e propone diverse strategie tecnico-gestionali per rispondere a tale esigenza. Tale strutturazione facilita la consultazione e favorisce l'utilizzo dello strumento anche nel caso di riqualificazione di una struttura esistente.

CONCLUSIONI: Orientarsi verso una RSA con caratteristiche prestazionali adeguate, significa realizzare una struttura che ponga realmente la persona affetta da disabilità al centro di qualsiasi attività assistenziale, provvedendo al suo benessere in modo compiuto e totale. La metodologia proposta consente di progettare tali strutture sanitarie in funzione dell'efficienza e della qualità delle prestazioni ambientali e assistenziali nonché igieniche-sanitarie fornite, individuando una serie di indicazioni che possono essere utilizzate come riferimento anche in fase di progettazione. Tale strumento è attualmente utilizzato nelle strutture coinvolte dal progetto (interviste/questionari/focus group) per la valutazione di possibili azioni strategiche migliorative



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 448

IMPATTO DI UN SERVIZIO DI ASSISTENZA TERRITORIALE SULLA SPESA OSPEDALIERA PER I RICOVERI DEGLI ULTRA SETTANTAQUATTRENNI

G. Liotta 1; C. Inzerilli 2; M. Maurici 5; O. Madaro 2; P. Scarcella 1; F. Gilardi 1; M. Ferrante 3; L. Paulon 5; S. Mancinelli 1; L. Palombi 1; M.C. Marazzi 4;

1. Dip.to di Biomedicina e Prevenzione - Università di Tor Vergata, Roma

2. Comunità di Sant'Egidio - Programma Viva gli Anziani, Roma

3. Direzione Sanitaria - Osp. SGC - FBF, Isola Tiberina, Roma

4. LUMSA, Roma

5. Dip.to di Biomedicina e Prevenzione, Lab SOS-SSN, Università di Tor Vergata, Roma

INTRODUZIONE: I ricoveri ospedalieri degli anziani costituiscono oltre il 40% del totale e ammontano al 52,3% della spesa annuale. Una parte rilevante di questa spesa, circa il 60%, è legata ai ricoveri degli ultrasettantaquattrenni (fonte dati SDO MinSal 2012). Ogni auspicabile riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e delle spese ad essa connessa sono legate all'espansione di efficaci servizi territoriali e ad una conseguente maggiore appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. Obiettivo del presente studio è analizzare l'impatto sul costo dell'attività ospedaliera di un servizio di assistenza territoriale, "Viva gli Anziani", dedicato agli ultrasettantaquattrenni, condotto dalla Comunità di Sant'Egidio dal 2004 in collaborazione con il Comune di Roma. Il programma raggiunge tutti gli ultrasettantaquattrenni attraverso un monitoraggio telefonico attivo tutto l'anno, e più frequentemente nei momenti di particolare necessità come ad esempio le ondate di calore, finalizzato a ridurre l'impatto negativo dell'isolamento sociale associato alla fragilità dei più anziani. A partire dal contatto telefonico vengono attivati altri servizi (segretariato sociale, visite domiciliari, assistenza domiciliare sociale o integrata) sulla base del desiderio dell'utente e di progetti individuali elaborati dal servizio.

MATERIALI E METODI: Oggetto del presente studio sono tutti i ricoveri degli ultrasettantaquattrenni nel 2011 presso l'ospedale San Giovanni Calibita – Fatebenefratelli (SGC-FBF), Isola Tiberina Roma, all'interno del cui bacino di utenza ricade l'area del rione Trastevere servita dal Programma di Monitoraggio Attivo (PMA). Dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai ricoveri ordinari superiori ad un giorno di tutti gli ultrasettantaquattrenni sono stati identificati i ricoveri ascrivibili ad anziani ad anziani seguiti dal PMA (casi). I due gruppi così ottenuti sono stati confrontati per valorizzazione economica, età e degenza, per le Categorie Diagnostiche Maggiori (MDC) che risultavano essere più del 5% dei ricoveri complessivi e/o presentavano tra i due gruppi differenze di frequenza superiori al 2,5%. Ai risultati sono stati applicati i test di significatività statistica (T-Test, X-quadrato di Pearson). **RISULTATI:** Su un totale di 2.443 ricoveri, 227 (9,3%) sono ascrivibili a pazienti seguiti dal PMA per un periodo medio di 5,3 anni (DS+/-2,5). L'età media del campione è 82 anni (+/-5,2), con una età media significativamente



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

superiore tra i casi rispetto ai controlli (84 vs 82,3; $p < 0,001$); il campione è costituito nel 56,1% da donne con una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi per una maggiore presenza femminile tra i casi (65,6% vs 55,1%; $p = 0,002$). La valorizzazione economica ha evidenziato un costo medio pari a euro 3.925 per gli anziani appartenenti PMA e 4.326 per gli altri, con un risparmio del 9,2% ($p = 0,045$).

Le MDC prese in considerazione nell'analisi sulla base dei criteri indicati in metodologia sono state: la numero 1 (malattie e disturbi del sistema nervoso) la 4 (malattie dell'apparato respiratorio), la 5 (malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio), la 6 (malattie e disturbi dell'apparato digerente), la 8 (malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo). In tabella 1 vengono indicati i principali elementi emersi dall'analisi proposta. Da sottolineare la presenza di differenze significative nell'età dei pazienti ricoverati per malattie gastroenteriche (87,3 anni per i casi contro 82,3 per i controlli) ed un minore costo medio per ricovero per i casi rispetto ai controlli ricoverati per patologie cardio-vascolari (euro 3.865,48 vs 5.178,65; $p = 0,009$). Anche per la MDC-6 (malattie polmonari) si osserva un costo inferiore per i ricoveri dei casi (4.219,70 euro vs 4.836,37) che non raggiunge la significatività statistica. Per quanto riguarda la degenza media non sono state osservate differenze né sui ricoveri complessivi né sulle MDC considerate. CONCLUSIONI: L'elemento più interessante emerso dalla presente analisi è il minore costo medio per ricovero riportato tra i casi associato ad una loro maggiore età. In genere infatti quest'ultima si associa ad un aumento dei costi. Nel complesso emerge un quadro di riduzione dei parametri principali relativi al costo della risorsa ospedaliera da parte di un campione di anziani seguiti attivamente da un servizio territoriale il cui principale obiettivo è il contrasto all'isolamento sociale. Si tratta di un elemento di grande interesse per la politica sanitaria in tempi che portano frequentemente alla ribalta il tema della supplenza svolta dai servizi ospedalieri nei confronti di quelli territoriali. L'espansione di servizi extra-ospedalieri in grado di integrare sia aspetti assistenziali sociali che sanitari appare un elemento decisivo nell'evoluzione verso un'offerta di servizi più adeguata al cambiamento in atto della domanda di salute espressi dai pazienti più anziani.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 130

UN APPROCCIO INNOVATIVO PER I CONTROLLI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

M. Di Fant1; G. Brianti1

1 A.S.S. n. 4 "Medio Friuli", Udine

INTRODUZIONE: La legislazione europea con sempre maggior decisione promuove il superamento del regime di tipo "autorizzativo" con un sistema di autocontrollo che si concretizza attraverso notifiche, segnalazioni certificate di inizio attività e autocertificazioni, di cui la pubblica amministrazione può verificare la veridicità.

Anche la politica del governo è orientata alla semplificazione amministrativa, superando tutto ciò che è ridondante o inutile e che perciò rappresenta una spesa ingiustificata per i servizi sanitari ed un costo (altrettanto ingiustificato) per i cittadini e le imprese. In questo senso è stato modificato l'art. 19 della L. 241/90, con l'introduzione della SCIA - Segnalazione Certificata di Inizio Attività. Il passaggio da procedimenti autorizzativi a procedimenti che non prevedono pareri preventivi comporta la necessità di modificare il comportamento, anche culturale, dei servizi del Dipartimento, che deve orientarsi su interventi ex post cioè quando l'attività è funzionante, rispetto al passato quando gli stessi erano effettuati ex ante. Questo richiede l'organizzazione di un sistema di verifica a posteriori che veda coinvolte le varie Strutture Operative Complesse (SOC) del Dipartimento anche con modalità innovative. **MATERIALI E METODI:** È stato condotto un percorso di approfondimento, durato 6 mesi, da un apposito gruppo di lavoro dipartimentale in particolare su:

- la graduazione dei rischi delle principali tipologie di attività soggette a SCIA censite per ogni SOC coinvolta e la conseguente frequenza dei controlli d'iniziativa per ogni SOC;
- le priorità sostanziali del controllo per ogni SOC coinvolta;
- la coerenza dei controlli d'iniziativa sulle SCIA con le altre attività del Dipartimento, quali la formazione permanente, l'informazione e le campagne di comunicazione;
- la necessità di disporre di una nuova funzione di raccordo e coordinamento trasversale rispetto alle SOC coinvolte, che dovrà essere svolta da un Responsabile della linea gestionale d'integrazione trasversale per le verifiche ed i controlli, quale figura con funzioni di rilevanza strategica dipartimentale in quanto sviluppa e attua il nuovo protocollo operativo d'ispezione per i controlli d'iniziativa, collaborando con l'Ufficio della Promozione della salute per concretizzare la "promozione della sicurezza" con i responsabili della attività soggette a SCIA;
- i percorsi operativi e organizzativi, con l'indicazione del "chi" "fa che cosa".

È stato sperimentato il Protocollo operativo SCIA per 6 mesi. **RISULTATI:** Nel Dipartimento di Prevenzione di Udine è stato definito il nuovo approccio per lo svolgimento delle funzioni di controllo sulle attività soggette a SCIA, formalizzato con un Protocollo operativo SCIA. Esso



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

descrive la graduazione dei rischi presenti nelle attività e la conseguente frequenza dei controlli d’iniziativa svolti dalle varie SOC, con una visione innovativa.

Sul sito istituzionale dell’ASS4, anche in ottemperanza agli obblighi di trasparenza, sarà pubblicato l’elenco degli obblighi e degli adempimenti che le imprese sono tenute a rispettare, in particolare riguardo alle priorità sostanziali di controllo del Protocollo SCIA, riportando i campi d’esame valutati in sede di ispezione. **CONCLUSIONI:** L’innovazione introdotta dal Protocollo SCIA consiste nell’ampliare le azioni dell’attuale modalità ispettiva: alla verifica della corrispondenza tra il fatto e/o il comportamento e/o l’omissione e il dato normativo dovrà essere affiancata quella di prevenzione, promozione dell’ottemperanza e informazione promuovendo, per quanto di competenza, una più diffusa cultura della sicurezza sostanziale. Il controllo dovrà evolvere da una funzione spesso più incentrata sull’accertamento della conformità formale verso una più moderna funzione tesa ad assicurare l’effettivo adempimento sostanziale alle disposizioni poste a tutela della salute, anche attraverso un’azione di orientamento delle imprese. Si tratta di avviare un cambiamento culturale nel Dipartimento di Prevenzione, che delinea l’attività di controllo nella prospettiva dell’effettiva promozione e tutela della sicurezza e della salute.

Il nuovo approccio implica l’attuazione della “promozione della sicurezza” con i responsabili delle attività (datore di lavoro, operatore del settore alimentare, tatuatore, ecc.), i quali hanno l’obbligo di garantire tale sicurezza nei vari ambienti di vita e di lavoro, assumendosene la responsabilità. La garanzia della sicurezza presuppone quindi un’efficace azione preventiva, attraverso il contributo costante ed attivo del Dipartimento di Prevenzione, anche per migliorare le conoscenze dei responsabili delle attività (attraverso incontri in-formativi rivolti a loro o ai loro rappresentanti di categoria). Di conseguenza, l’attività di verifica è svolta con l’aspettativa del riscontro di un livello soddisfacente di sicurezza, in particolare riguardo alle priorità sostanziali di controllo del nostro Dipartimento, che sottendono ai principali rischi presenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 016

LE COMPETENZE DELL'ASSISTENTE SANITARIO TRA TRADIZIONE E INNOVAZIONE

P. ROA¹; C. RUSSO²

1. Assistente Sanitaria - Laureata presso Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria - Università degli Studi di Padova - Sede di Conegliano ULSS 7; 2. Direttore delle Attività Didattiche - Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria - Università degli Studi di Padova - Sede di Conegliano ULSS 7

INTRODUZIONE: L'Assistente sanitario è una professionista altamente qualificata nella prevenzione, educazione e promozione della salute, che ha svolto numerose attività di tutela sul territorio fin dal 1918 evolvendo le proprie competenze nei contesti sanitari e sociali fino ad oggi. Percepita la situazione di misconoscenza della figura da parte dei dirigenti e decisori in particolare delle aziende sanitarie, questa ricerca si pone l'obiettivo di rivalutare le sue competenze tra tradizione e innovazione, al fine di motivarne e individuarne la specifica collocazione nei molti servizi, che sviluppino missioni coerenti con il suo mandato professionale. In particolare si analizzano alcuni ambiti in cui gli Assistenti Sanitari ad oggi sono meno presenti a causa di una successione di eventi formativi, legislativi, organizzativi e gestionali, che ne hanno ridotto, e in alcuni casi sostituito, nel tempo, la presenza solo in alcuni servizi essenziali come il Dipartimento di Prevenzione, inserendo professionisti che sviluppano nella loro formazione missioni diverse. Si ritiene che il mancato riconoscimento delle competenze nello svolgimento delle attività svolte dai servizi, porti di conseguenza ad un dispendio in termini economici, formativi e di sviluppo dei servizi che il SSN e in particolare la prevenzione, non possono permettersi. **MATERIALI E METODI:** È stato somministrato un questionario auto redatto ad un campione casuale di Assistenti Sanitari non operanti nei Dipartimenti di Prevenzione distribuendolo su tutto il territorio nazionale. In particolare gli Assistenti sanitari intervistati operavano nei seguenti servizi: Servizio per la promozione e prevenzione della salute, Centro di salute mentale, Servizio di Consultorio familiare, Servizio per le dipendenze, Direzione Medica, Assistenza Domiciliare Integrata, Cure primarie, Servizio di prevenzione oncologica, Pneumologia e Assistenza Farmaceutica. Il questionario è costituito da quattro sezioni ed indaga sull'appropriatezza delle competenze acquisite nella formazione di base come nell'aggiornamento professionale continuo e specialistico per lo svolgimento della professione, su tre livelli: tecnico-professionale, di base e trasversali. Nell'ultima sezione si è indagato sulla soddisfazione nell'attività lavorativa. **RISULTATI:** Hanno risposto al questionario 63 Assistenti Sanitari di cui 5 uomini (8%) e 58 donne (92%) con una distribuzione del campione nel range tra i quaranta e i sessanta anni (90% pari a 57). Il 60% è risultato in possesso del Diploma di Assistente Sanitario e il 40% in possesso della Laurea. Si rileva che tutte le pratiche indagate sono state considerate importanti per la professione, anche se poco utilizzate poiché affidate ad altri professionisti. Rispetto alla preparazione professionale il campione assegna ottima rilevanza operativa alle Tecniche di Assistenza Sanitaria (93%), poiché



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

considerate conoscenza indispensabile per rispondere ai bisogni di salute di una comunità e dimostra come gli Assistenti Sanitari manifestino un'insostituibilità professionale nei contesti lavorativi. L'84% ritiene la figura elettiva nella promozione di sani stili di vita e l'88% ritiene la figura elettiva nella promozione alla salute in generale. Tutte le competenze cognitive trasversali indagate ottengono risultati superiori al 60% (es. capacità di problem solving, utilizzo delle prove d'efficacia, applicazione di leggi, normative, protocolli e direttive, l'attenzione ai principi etici e deontologici, etc). Dalla tabella allegata si può notare anche la grande rilevanza che hanno le attitudini i tratti di personalità e i valori rispetto al ruolo professionale dell'assistente sanitario. Il 95% degli Assistenti Sanitari in forza lavoro ritengono la professione abbastanza o molto preparata nel porsi con empatia nei colloqui d'aiuto. L'87% ritiene importanti le conoscenze informatiche e tra questi il 41% ritiene che sia necessaria una competenza da utilizzatore specializzato, il 46% da utilizzatore esperto. **CONCLUSIONI:** La formazione degli operatori sanitari nel nostro Paese è definita secondo norme legislative precise legate al mandato formativo che ne definisce la mission. L'appropriatezza del loro inserimento nei servizi del SSN diventa strategico per l'efficacia degli interventi a tutela della salute. La Sanità Pubblica può contare oggi su operatori specificatamente formati nella prevenzione, promozione ed educazione alla salute come gli Assistenti Sanitari, perché l'efficacia degli interventi sia, non solo economicamente sostenibile, ma anche lungimirante nella vision dei servizi offerti.

Questa ricerca ha evidenziato come gli Assistenti Sanitari percepiscano la loro formazione coerente alla mission dei servizi in cui si svolgono azioni di prevenzione e promozione della salute, in particolare nei Servizi per la promozione e prevenzione della salute, nei Centri di salute mentale, nei Consultori familiari, nei Servizi per le dipendenze, presso l' INAIL, nei Servizi di Medicina Sportiva, nelle Direzioni Mediche, nella Medicina Scolastica, nella Medicina di Gruppo Integrata, presso l'ADI, nelle Case di riposo e nelle comunità terapeutiche, presso la Medicina Marittima Aeroportuale e di Frontiera.

La ricerca è destinata a creare spunti di riflessione per i professionisti, per chi dirige la formazione, e vuole essere uno strumento

per far conoscere ai dirigenti dei servizi pubblici e privati e a tutte le persone appartenenti alla società, l'apporto distintivo che gli Assistenti Sanitari sanno apportare alla salute e al benessere di una comunità attraverso l'utilizzo effettivo di tutte le loro competenze, spesso non utilizzate, acquisite nel percorso Universitario.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 449

STATO DELL'ARTE DELL'IMPLEMENTAZIONE DEI MODELLI DI DISEASE MANAGEMENT (DM) E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) NEI DISTRETTI SOCIO SANITARI PUGLIESI

N. Dahbaoui; S. Giuliani Ro'; R. Berardino; R. Guerra; S. Tafuri; C. Germinario;

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE: Il "Disease Management" è un modello assistenziale basato su un approccio integrato alla malattia, teso al miglioramento dei risultati clinici e della qualità dei servizi offerti al cittadino, in un'ottica di razionalizzazione della spesa. Rappresenta una risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee guida, che enfatizza la continuità assistenziale a medio-lungo termine, attraverso un maggiore coordinamento tra i livelli di assistenza presenti in un territorio ed un coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura. Esso prevede che sia prodotto un "pacchetto di programma sanitario" appropriato alla malattia in oggetto, che ovviamente deve avere le caratteristiche di patologia cronica evolutiva, ad alto tasso di complicanze e forte impatto socio-sanitario. Tale programma sanitario consiste fondamentalmente in un percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) descritto sotto forma di sequenza spazio-temporale delle attività di cui si compone il processo di cura, ricavato dalle linee guida internazionali e/o nazionali ed integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili. L'organizzazione e il coordinamento dei processi di integrazione ed elaborazione dei percorsi spetta alla rete dei Distretti Socio-Sanitari (DSS), la cui architettura organizzativa ha l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute.

La presente indagine descrive lo stato di attuazione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico dei pazienti diabetici nei DSS pugliesi. MATERIALI E METODI: L'indagine è stata svolta attraverso l'invio ai Direttori dei 49 DSS Pugliesi di un questionario strutturato, che indagava:

- la presenza o la programmazione di percorsi diagnostico-terapeutici nei distretti socio-sanitari pugliesi
- i profili professionali e le strutture coinvolte, le modalità di presa in carico del paziente, di condivisione dei dati e di verifica qualitativa (audit clinico) nell'ambito del percorso integrato

RISULTATI: Ventinove dei 49 DSS hanno attivo un PDTA per il diabete.

Tutti i percorsi assistenziali prevedono una collaborazione multidisciplinare, con il coinvolgimento di Medici di Medicina Generale (93,1%) oculisti (89,6%), endocrinologi (65,5%), neurologi (20,7%), chirurghi vascolari (10,3%), cardiologi e nefrologi (6,9%). Il compito di coordinamento è conferito al medico endocrinologo nel 41,4% dei DSS, al MMG nel 41,4% e parallelamente a due figure



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

professionali nel 17,2% dei DSS. La media dei pazienti attualmente in carico nei 29 PDTA è 45,2 (range: 6 - 300), la media delle unità di personale medico è 9,3 (range: 4 - 20), quella del personale infermieristico è 4,4 (range: 1 - 10).

Un processo di audit clinico per il monitoraggio e valutazione di qualità del percorso è previsto in 16 PDTA (55,2%). Per 10 (34,5%) DSS la riduzione dei ricoveri è uno degli indicatori di verifica presi in considerazione, per 8 (27,6%) il miglioramento della qualità della vita, infine in 2 (6,9%) percorsi tra gli indicatori annoverati si considerano l'accesso facilitato alle cure e l'abbattimento della spesa sanitaria. **CONCLUSIONI:** Dai risultati dell'indagine effettuata è emerso che più della metà dei DSS pugliesi ha già attivato dei PDTA per diabete mellito.

È importante che la quasi totalità dei percorsi attivati sia stata progettata con un discreto coinvolgimento multidisciplinare, in linea con i principi basilari del modello assistenziale del DM. Tuttavia anche se i risultati indicano che è stato intrapreso il giusto orientamento, queste esperienze devono essere ulteriormente implementate, con la prospettiva di una partecipazione più ampia di alcune figure specialistiche: ad esempio, desta qualche perplessità il fatto che in alcuni percorsi per l'assistenza ai pazienti diabetici manchi il supporto dell'endocrinologo e dell'oculista.

Infine è importante sottolineare la necessità di estendere il processo di audit clinico a tutti i percorsi attivi, in quanto la revisione di qualità è uno dei principi basilari del funzionamento e del miglioramento dei PDTA, nonché del concetto di DM.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 489

SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI SUL TERRITORIO DEL QUARTIER DEL PIAVE E DELLA VALLATA

T. Menegon 1; L. Dalla Torre 1; P. Paludetti 1; P. Patelli 1; S. Cinquetti 1

1. Azienda ULSS 7 del Veneto

INTRODUZIONE: Il territorio dell'ULSS 7 comprende 28 comuni per un totale di circa 220.000 abitanti. La popolazione del Quartier del Piave e della Vallata è ricompresa nel territorio di otto comuni per un totale di poco più di 42 mila residenti, con estensione geografica collinare nell'Alta Marca Trevigiana. Questo territorio privo di strutture ospedaliere, conseguente al riordino delle aziende sanitarie del 1990, ha continuato ad essere animato da aspettative e richieste di attenzione, da più parti, politiche e sociali, talora con significativi elementi di tensione. In particolare caratterizzato da diffusa e permanente percezione di svantaggio assistenziale e da un contenzioso pluriennale sulle proprietà dei beni appartenenti all'ex-ospedale ora trasformato in centro servizi per anziani. In risposta a questo, con delibera n. 521 dell'11.4.2013 la Direzione dell'Azienda ULSS 7 ha un gruppo di lavoro deputato all'analisi dei bisogni di salute dei cittadini del territorio del Quartier del Piave e Vallata (8 comuni) ed alla definizione di progetti di miglioramento dei Servizi Socio Sanitari operanti in questo territorio. L'obiettivo era quello di individuare soluzioni migliorative dell'offerta di servizi sociosanitari (anche con soluzioni sperimentali "extra-LEA") a favore di tale territorio. **MATERIALI E METODI:** Il gruppo tecnico aziendale formalmente costituito era composto da dirigenti/referenti autorevoli, rappresentativi delle varie macroaree aziendali, e integrato con rappresentanti dei Sindaci con ruolo di elaborare un documento di analisi e di proposta operativa. Il mandato affidato al gruppo di lavoro è stato interpretato cercando di attenersi ad un metodo con strutturazione minima di alcuni obiettivi e condivisione di un metodo di studio, serio e non dispersivo, mirato a fornire un primo documento di sintesi in tempi ragionevolmente brevi. Il percorso è stato declinato nei seguenti obiettivi specifici:

- analisi dei bisogni di salute dei cittadini del territorio degli otto comuni del Quartier del Piave e Vallata;
 - analisi degli attuali livelli di offerta dei servizi socio-sanitari;
 - definizione di un percorso di miglioramento, di sviluppo e di riordino dell'offerta dei servizi socio-sanitari con riferimento alle seguenti aree: promozione della salute e prevenzione, cure primarie (Aggregazione Funzionale Territoriale, offerta specialistica, cure domiciliari complesse, residenzialità intermedia, offerta infermieristica), emergenza territoriale, riordino strutturale;
 - supporto del percorso indicato con metodologie di indagine, progettazione partecipata, intervento e comunicazione innovative.
- RISULTATI:** Il gruppo di lavoro si è incontrato secondo una calendarizzazione periodica, complessivamente in 12 incontri, a cadenza settimanale, nel periodo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

compreso tra il 24 aprile 2013 ed il 29 luglio 2013. Inoltre sono stati realizzati, nella fase finale di elaborazione del piano di sviluppo dei servizi, incontri di confronto con vari stakeholders (rappresentanti Sindaci integrati nel gruppo tecnico di lavoro, rappresentanti sindacali, rappresentanti dei Gruppi Consiliari di maggioranza e minoranza). La declinazione degli obiettivi di lavoro, condivisa nelle fasi iniziali del percorso di studio, ha consentito di strutturare in maniera organica un documento di sintesi, assunto dalla Direzione Aziendale come formalizzazione delle decisioni (delibera aziendale n. 32/2014) e inserito nel Budget 2014. Il piano di sviluppo approvato prevede una serie di azioni di breve-medio periodo. Nel corso del 2014 sono già stati attivati: lo screening cardiovascolare nei 50enni; l'offerta nuovo vaccino anti-pneumococcico nelle coorti dei 65-70-75enni; l'attivazione-potenziamento di gruppi cammino; il potenziamento ambulatorio odontoiatrico; l'attivazione ambulatorio nutrizionale; il potenziamento ambulatorio ostetrico-ginecologico e l'attivazione ambulatorio angiologico; l'attivazione robot per ritiro referti radiologici e l'attivazione di un progetto multilivello di prevenzione delle dipendenze e aggancio precoce. Saranno attivati inoltre un ambulatorio cardiologico, due medicine di gruppo integrate, un ambulatorio infermieristico, una nuova sede dei servizi distrettuali e un ospedale di comunità.

CONCLUSIONI: L'indirizzo posto dalla Direzione dell'Azienda ULSS 7 e l'approccio introdotto dal gruppo di lavoro intendevano porre le basi per un percorso di programmazione da ricondurre alla risposta ai reali bisogni della comunità e quindi orientato dalla costruzione di un profilo di comunità. La conoscenza della comunità locale è infatti un elemento qualificante del processo di programmazione e come tale uno strumento di supporto nella individuazione delle criticità e delle priorità da considerare per lo sviluppo delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie. Nel lavoro specifico, tale approccio è stato ritenuto attuabile per la realtà del Quartier del Piave e Vallata, ed ha rappresentato conseguentemente la base metodologica di riferimento per la stesura di un progetto organico di miglioramento dei Servizi attivi nell'area, progetto strutturato in più linee di lavoro afferenti prevalentemente ai capitoli della prevenzione e della promozione della salute e dell'assistenza primaria. Obiettivo del Piano è sia l'ulteriore implementazione dei servizi che il miglioramento dell'attuale assetto strutturale delle sedi di erogazione, che prenderà forma nel medio periodo con l'individuazione di una nuova sede per i servizi distrettuali e l'attivazione di un ospedale di comunità. Il confronto con gli stakeholders, la strategia di comunicazione e il periodico monitoraggio e rendiconto dei risultati hanno rappresentato degli elementi chiave per la riuscita del progetto. Il percorso è stato particolarmente apprezzato dai rappresentanti della comunità e ha permesso di recuperare un clima più sereno e rassicurante rispetto al vissuto, consentendo all'Azienda ULSS di sperimentare un modello di partecipazione da sviluppare e riproporre per il futuro.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 244

DISEGUAGLIANZE DI SALUTE NELLA ASL 8 DI CAGLIARI

M.S. Floris¹, M.A. Corda¹, M.G. Tolu¹, S. Santus¹, G.C. Steri¹

¹Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL 8 di Cagliari

INTRODUZIONE: L'obiettivo del lavoro è quello di verificare, nel territorio della ASL 8 di Cagliari, la presenza di disuguaglianze di salute nella popolazione aziendale conseguenti a vari determinanti sociali. Più specificamente lo studio si prefigge di verificare se l'offerta generalizzata di Servizi Sanitari nel nostro territorio è capace di favorire l'equa distribuzione della salute, a prescindere dal reddito, istruzione e classe sociale. **MATERIALI E METODI:** Sono state analizzate le banche-dati dei Sistemi di Sorveglianza aziendali PASSI, database 2009-2012, e PASSI d'Argento, database 2012. In entrambe le ricerche la rappresentatività della popolazione è stata garantita da un campionamento casuale semplice dopo stratificazione per sesso e classi di età. Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati questionari standardizzati messi a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, e somministrati attraverso intervista telefonica o faccia a faccia. Le persone che, alla specifica domanda, hanno riferito molte o qualche difficoltà ad arrivare a fine mese con le proprie risorse economiche sono state considerate "con difficoltà economiche"; le persone che riferivano un titolo di studio non superiore alla licenza media inferiore sono state considerate con "livello culturale basso". **RISULTATI:** Sia il PASSI che il PASSI d'Argento realizzati nella ASL 8 di Cagliari hanno evidenziato che il "livello culturale basso" e le "difficoltà economiche" dei cittadini sono associate a condizioni di malattia o di rischio di malattia in misura maggiore rispetto a quella riscontrata in assenza di questi presupposti sfavorevoli. In particolare le patologie croniche, l'obesità, i disturbi sensoriali (vista, udito, masticazione), i sintomi di depressione, le cadute degli ultra 65enni, i fattori di rischio alimentari, la sedentarietà, il fumo, l'utilizzo (a rischio) di bevande alcoliche ed il mancato accesso agli screening oncologici sono risultati significativamente condizionati dai determinanti sociali di salute negativi. Poiché il PASSI ed il PASSI d'Argento raccolgono nell'insieme informazioni su individui dai 18 anni in su, si desume che le disuguaglianze di salute riscontrate coinvolgano tutte le persone, sebbene con prevalenze diverse nelle varie classi di età verificate. **CONCLUSIONI:** Nonostante l'offerta di salute da parte del Servizio Sanitario Nazionale sia generalizzata, il PASSI ed il PASSI d'Argento indicano la presenza di disuguaglianze di salute condizionate dai determinanti sociali nel territorio della ASL 8 di Cagliari. E' verosimile che i determinanti sociali creino barriere economiche, informative e culturali che condizionano l'accesso, l'utilizzo e la qualità dell'assistenza sanitaria nel nostro territorio. Altrettanto evidente risulta che l'offerta sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale non riesce a contrastare le difficoltà causate dalla scarsa cultura e dalle difficoltà economiche dei cittadini della ASL 8 di Cagliari.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 300

I PAZIENTI FREQUENTATORI ABITUALI DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

A. Buja 1; R. Toffanin 3; A. Vinelli 2; P. Sandonà 2; S. Rigon 3; C. Lion 2; D. Damiani V. Baldo 1.

1. Dipartimento di Medicina Molecolare, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova;

2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Padova;

3. Direzione sanitaria, Azienda Ulss 4, Regione Veneto.

INTRODUZIONE: I pazienti che ricorrono ripetutamente al proprio medico di fiducia (MMG) ricevono grande attenzione nell'ambito della ricerca sulle cure primarie. E' ormai infatti noto che un'elevata percentuale delle visite effettuate dai MMG riguardano una piccola proporzione di pazienti, che generano un elevato costo per i sistemi sanitari e nel contempo un considerevole carico di lavoro e di frustrazione per il medico. Ricerche effettuate confermano che i pazienti che ricorrono abitualmente al MMG sono affetti, con maggiore probabilità degli altri utenti, da problemi psichiatrici e presentano con maggiore frequenza uno stato di privazione sociale. Solo pochi studi in Europa si sono occupati dei pazienti che ricorrono ripetutamente ai servizi notturno di assistenza primaria, in particolare non risultano ad oggi studi che descrivano i pazienti che ricorrono ripetutamente al Servizio di Continuità Assistenziale (CA) in Italia. L'obiettivo della presente ricerca è descrivere caratteristiche e la co-morbilità dei frequentatori abituali di un servizio di CA così da consentire lo sviluppo di strategie atte a migliorarne l'assistenza. **MATERIALI E METODI:** Avvalendosi di flussi amministrativi correnti aziendali dell'ULSS 4 "Alto Vicentino" - Veneto sono stati analizzati i contatti e le prestazioni rese dalla CA nel periodo dal 01/01/2011 al 31/12/2011 e con tecnica di record linkage agganciati alle esenzioni, attive nel 2011, possedute dagli utenti del servizio. E' stata considerata come unità statistica (accesso alla CA) l'accesso telefonico dei pz che non presentavano alcun accesso nelle 12 ore successive e tutti gli accessi in ADIMED, in casa di riposo, a domicilio ed in ambulatorio. Sono stati classificati come pazienti che ricorrono frequentemente alla CA i pazienti con tre o più accessi nel corso anno. **RISULTATI:** Nel 2011 hanno operato 36 medici che hanno erogato 23980 prestazioni (46% v. ambulatoriali, 43% contatti telefonici, 10% v. domiciliari o in residenze). Il 77% dei pz ha 1 accesso/anno, l'7% più di 3. I tassi più elevati di accesso sono stati rilevati nella classe d'età 0-1 anni (35%) e tra gli ultra 84enni (40%). L'analisi ha dimostrato che gli utilizzatori frequenti hanno un maggiore probabilità, rispetto a coloro che utilizzano la CA in modo non frequente, di essere stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria, di usufruire di un servizio infermieristico a domicilio, di essere seguiti in ADIMED, di possedere una esenzione per reddito, per invalidità civile, per diabete e patologia psichiatrica. **CONCLUSIONI:** Il servizio di CA, che garantisce la continuità assistenziale dell'assistenza primaria, viene utilizzato con maggiore frequenza dagli utenti in condizioni socioeconomiche sfavorevoli.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 567

PIANIFICAZIONE DI UN PROGETTO DI COMUNITÀ: L'ESPERIENZA DELLE AUSL DELL'AREA VASTA EMILIA CENTRO.

G. Peroni 1; A. Pizzoli 1; P. Pandolfi 2; E. Guberti 2; G. Gallina 2; A. De Togni 3; A. Cucchi 3

1. Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL Imola; 2. Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL Bologna; 3. Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL Ferrara

INTRODUZIONE: È ormai universalmente riconosciuto che per intervenire efficacemente sullo stato di salute di una popolazione o di gruppi di essa, non è sufficiente una programmazione di azioni che si esaurisca nel solo settore sanitario: è infatti necessario investire su interventi di politica pubblica che coinvolgano in modo sinergico diversi settori ed ambiti della società. Partendo da questa visione più ampia e complessa del concetto di tutela della salute, è ad oggi prioritario promuovere e sostenere iniziative ad approccio multisettoriale, articolate sugli assi interdipendenti educativo, sociale e sanitario.

In questo contesto si inserisce il progetto "Alla Salute! Cittadini imprenditori di qualità di vita", che si pone come obiettivo principale l'implementazione e la valorizzazione di reti ed alleanze sociali a livello locale per la promozione di stili di vita sani, andando ad agire in particolare su alimentazione e sedentarietà, principali fattori di rischio delle malattie cronico - degenerative, di rilevante importanza in termini epidemiologici ed socio-economici. **MATERIALI E METODI:** Il progetto, partito a febbraio 2014, si articola su quattro semestri, pur prevedendo per sua natura un'evoluzione dinamica nel corso del suo svolgimento, e coinvolge le Aziende USL di Bologna, Ferrara e Imola, territorialmente identificate come Area Vasta Emilia Centro (AVEC). Nelle varie aziende sono state selezionate le popolazioni rispettivamente del quartiere Navile per Bologna, di una delle circoscrizioni di Ferrara e dell'intera città per Imola.

I principali attori coinvolti fanno parte degli enti rappresentativi degli assi educativo, sociale e sanitario, e configurano un gruppo di lavoro interdisciplinare ed interaziendale che passa per aziende USL, comuni, Università per andare poi a coinvolgere associazioni di varia natura (agro-alimentare, sportiva, volontariato, parrocchiale, etc.).

Il raggiungimento dell'adozione e promozione di comportamenti salutari in ambito alimentare e motorio si struttura sulla realizzazione di alcuni precisi obiettivi quali la valorizzazione del capitale sociale preesistente nell'ottica di una progettazione partecipata, il miglioramento dei contesti ambientali e sociali locali, la promozione attiva di comportamenti virtuosi negli ambiti di alimentazione e attività fisica. Contestualmente ci si prefigge di perseguire l'obiettivo trasversale di contrasto alle disuguaglianze, prestando nella realizzazione delle iniziative particolare attenzione ai contesti caratterizzati da un profilo socio-economico meno favorevole (gruppi di popolazione a basso reddito, immigrati, bambini, anziani fragili). L'approccio, necessariamente multimodale, prevede l'utilizzo di strategie comunicative variegata, attraverso coinvolgimento di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

mass media (televisione, stampa, predisposizione di sito web), produzione di materiale informativo, attività di formazione, promozione di iniziative e interventi per incentivare l'attività fisica e la corretta alimentazione. Le azioni potranno essere diversamente sviluppate nelle tre comunità coinvolte, tenendo conto delle esperienze già attive, delle reti di alleanze esistenti e di quelle ancora da attivare o potenziare. **RISULTATI:** Il progetto è attualmente in corso e prevede una valutazione degli outcomes prestabiliti e degli esiti sui determinanti comportamentali nel corso del quarto semestre. Nella sua implementazione ci si prefigge di sviluppare sinergie per consolidare contesti sociali, relazionali e ambientali favorevoli, tramite l'integrazione di professionalità, esperienze e risorse. Lo sviluppo di una sussidiarietà quale modello operativo di relazione fra strutture pubbliche ed entità associative permetterà di rendere gli stakeholders riferimenti attivi della comunità e di coinvolgere i cittadini con i loro diversi bisogni e risorse. Già da oggi, è disponibile la mappa del capitale sociale realizzata al fine di censire tutte le realtà che possono essere coinvolte in azioni di promozione della salute. Infine, grazie a focus mirati nella realizzazione dei vari progetti, sarà anche possibile individuare e di conseguenza potenziare l'integrazione di fasce di popolazione più fragili. **CONCLUSIONI:** Dal momento che la salute dei cittadini non dipende solo dall'offerta di servizi sanitari ma anche dagli stili di vita, dalla qualità degli ambienti di vita e di lavoro, dalla coesione del contesto sociale e dall'offerta di reti e servizi, questo progetto è finalizzato al miglioramento dello stato di salute delle popolazioni locali coinvolte e alla valorizzazione di alleanze locali tra cittadini per azioni efficaci, eque e sostenibili in materia di sana alimentazione e contrasto alla sedentarietà. Ci si augura che il progetto non si esaurisca alla fine dei due anni ma continui autonomamente con la collaborazione volontaria dei vari attori coinvolti. L'esempio fornito potrebbe offrire spunti per la realizzazione di iniziative simili sul territorio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 012

L'AMBULATORIO DI MEDICINA DI MONTAGNA DI TIONE DI TRENTO

A. Prestini 1, 2, 3, 4

1 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento

2 Dipartimento di Prevenzione

3 Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica. Distretto Centro sud

4 Ambito di Tione di Trento

INTRODUZIONE: -La medicina del viaggiatore è storicamente materia di interesse per il medico igienista e presso molte ASL si trovano gli ambulatori di consulenza e vaccinazioni per i viaggiatori internazionali.

All'interno di questa affascinante materia, trova spazio la medicina di montagna con le problematiche legate alla prevenzione delle patologie d'alta quota.

Scopo di questo lavoro è illustrare l'attività dell'ambulatorio di medicina di montagna, attivo a Tione di Trento presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, che da oltre 15 anni fornisce consulenza a favore di alpinisti e/o trekking che si recano in paesi lontani con l'obiettivo di raggiungere zone e cime d'alta quota. **MATERIALI E METODI:** Le problematiche specifiche delle patologie in alta quota si dividono in disturbi legati direttamente all'ipossia quali il mal di montagna (AMS), l'edema polmonare acuto (HAPE), l'edema cerebrale (HACE), le emorragie retiniche, le patologie da freddo (ipotermia e congelamenti), i danni da irraggiamento solare (oftalmie e danni cutanei). Vi sono poi aspetti più specifici che riguardano la corretta alimentazione in montagna per prevenire carenze alimentari e nutrizionali e gli squilibri idro-elettrolitici. Da ultimo esistono importanti aspetti igienico-sanitari e risvolti psicologici per chi si avventura in una spedizione alpinistica ad alte quote. (Bibliografia a richiesta)

Per questa variegata molteplicità di argomenti, la prevenzione rimane il punto cardine, in quanto spesso il turista si trova da affrontare l'emergenza sanitaria in zone remote e disagiate, in assenza di presidi sanitari e spesso impossibilitato ad avere una comunicazione con il resto del mondo.

RISULTATI: -L'ambulatorio di Medicina di Montagna, gestito dall'Autore in qualità di Medico igienista e Guida Alpina, rappresenta un completamento dell'Ambulatorio di Medicina del viaggiatore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, e ha svolto in questi anni molteplice attività di consulenza in tema di prevenzione soprattutto attraverso modalità telematica e con largo ausilio della rete informatica.

Per le visite in ambulatorio si accede tramite prenotazione telefonica e pagamento del ticket.

CONCLUSIONI: -La crescente globalizzazione e facilità di accesso in molte zone remote della terra rende sempre più numerosa la parte di turisti che ogni anno affronta escursioni o spedizioni alpinistiche in alta quota sulle cime più accattivanti del pianeta, ubicate principalmente nel continente asiatico e in Latino Americano.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Non solo, ma anche il continuo aumento di attività sportive estreme porta ad un numero sempre crescente di atleti che si cimentano con attività sempre più impegnative, come ad esempio salite in velocità di cime in quota ad alta difficoltà tecnica oppure il fenomeno degli ultratrailer, espressioni sportive che richiedono un approccio medico specifico.

A fianco delle problematiche mediche legate alla medicina del viaggiatore che da sempre sono patrimonio culturale del Medico Igienista e spesso compito istituzionale che si esplica negli ambulatori di vaccinazioni internazionali, con l'esperienza qui illustrata, si vuole evidenziare l'importanza di avere anche centri specialistici di riferimento per quanto riguarda la medicina di montagna e la prevenzione delle patologie d'alta quota.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C12: LA SALUTE DELL'ANZIANO



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 135

BEZZOS IN SALUDE “ANZIANI BIS”

P.Arras 1, P.Carboni1, P.Angioi1, Demontis1, L. Lai1, M.F.Milia1, L.Pini1, L.Vargiu1, M.Cappai1, M.F. Mameli1, G.Ruiu 1

1 SIAN-AslSassari - Sassari via Rizzeddu 21B

INTRODUZIONE: Il fenomeno dell'invecchiamento è una realtà complessa che interessa tutti i paesi, industrializzati e non, destinato sempre più ad assumere un ruolo rilevante all'interno della società.

In Europa, la quota di popolazione di età compresa tra 65 anni e oltre, passerà dal 17,1% del 2008 al 30% del 2016, e quelli di età compresa tra 80 anni e oltre dal 4,4% al 12,1%. In Italia nel 2011 la popolazione con età > 65 anni è del 20,3% e nella provincia di Sassari del 20%. In Italia l'indice di vecchiaia è del 144,5, in Provincia di Sassari è 160,9. Tale quadro demografico lascia facilmente intuire, da un lato, l'aumento della domanda di assistenza e del numero di strutture residenziali o semiresidenziali per gli anziani e dall'altro, l'importanza di garantire un continuo monitoraggio del rischio nutrizionale nella popolazione anziana, in quanto la malnutrizione nell'anziano è un fenomeno frequente ma non sempre riconosciuto che riguarda, in particolare, l'anziano istituzionalizzato.

Individuare, tra le persone anziane istituzionalizzate, indici precoci di malnutrizione e conseguentemente di intervenire positivamente sui casi che evolverebbero verso situazioni più critiche.

In coerenza con le raccomandazioni contenute nelle Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale, emanate dal Ministero della Salute in data 13.09.2010, il SIAN ha progettato un'indagine conoscitiva finalizzata alla promozione della salute in età geriatrica.

MATERIALI E METODI: Tale intervento è rivolto a soggetti di età maggiore di 65 anni, autosufficienti, ospitati in strutture residenziali, pubbliche e private, ricadenti nell'ambito territoriale della ASL di Sassari, articolato nei Distretti di Sassari, Alghero ed Ozieri. Quali obiettivi specifici del progetto, sono stati individuati:

1. aggiornamento dell'anagrafica delle strutture residenziali per anziani, ubicate nell'ambito territoriale di competenza;
2. rivalutazione delle tabelle dietetiche in uso, alla luce delle indicazioni fornite dai LARN
3. valutazione dell'assunzione dietetica attraverso un'inchiesta alimentare (all.1)
4. rilevazione dei dati relativi alle dotazioni strumentali, a disposizione delle strutture residenziali per anziani censite, per la rilevazione degli indici antropometrici (peso e altezza).(all.2)



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

5. valutazione del rischio nutrizionale negli anziani attraverso l'utilizzo del Mini Nutritional Assessment (MNA).

Elemento imprescindibile per la compliance al progetto è il coinvolgimento, a vari livelli, degli operatori delle case di riposo e RSA attraverso una corretta comunicazione delle finalità dello stesso e delle modalità operative.

In quest'ottica, il Responsabile del SIAN, ha predisposto una lettera di presentazione dell'indagine, indirizzata ai responsabili delle strutture residenziali per aprire il primo varco alla collaborazione e alla condivisione degli obiettivi.

Successivamente, personale sanitario del SIAN, ha proceduto alla somministrazione di un breve questionario, finalizzato alla raccolta di dati sulle dotazioni strumentali, presenti nelle strutture per anziani, per il rilevamento di peso ed altezza, contestualmente, si è proceduto ad una valutazione dell'assunzione dietetica attraverso la determinazione diretta di quanto consumato individualmente dagli anziani attraverso la misurazione degli "scarti" dei pasti somministrati.

In una fase successiva, dopo un adeguato training degli operatori sanitari coinvolti, si applicherà il test di screening MNA. **RISULTATI:** Al termine dell'indagine conoscitiva, la rilevazione dei bisogni, di salute e formativi, consentirà di mettere in atto interventi mirati finalizzati al miglioramento della sicurezza nutrizionale nel target individuato.

Allo stato attuale, le comunità di cui si ha il rilevamento scheda strumentazione sono 35/38 con dotazione di attrezzature in 32/38. Oltre la metà pur avendo la attrezzatura, non la utilizza; peraltro, molte strutture che ne hanno dichiarato l'utilizzo, ne fanno un utilizzo sporadico o solo all'ingresso dell'anziano nella struttura. La valutazione del dietetico attraverso la compilazione della scheda di rilevamento pasti è stata fatta su 13/38 strutture.

Le schede relative al rilevamento dei consumi del pasto fornito, hanno evidenziato un buon consumo dei primi piatti, in particolare minestre, delle verdure cotte, dei piatti tradizionali; si è rilevato, per contro, che i rifiuti riguardavano prevalentemente preparazioni carnee di difficile masticazione, ciò legato ad una disfagia e/o edentulia dell'anziano da prendere necessariamente in considerazione nella valutazione/costruzione dei dietetici.

Lo strumento di screening selezionato, l' MNA, viene utilizzato in una struttura, provvista di personale medico. **CONCLUSIONI:** Il Progetto permette di individuare, tra le persone anziane istituzionalizzate, carenze su sorveglianza nutrizionale che fa emergere problemi precoci di malnutrizione su cui si può intervenire positivamente. Tali casi evolverebbero verso situazioni più critiche, anche perché dai primi dati raccolti è stata rilevata una scarsa sensibilizzazione sulla problematica malnutrizione per cui occorrerà un impegno del Servizio sulla formazione a supporto degli operatori delle strutture per anziani. A tal proposito è iniziato un lavoro di istruzione degli operatori delle strutture, per rilevamento dei dati antropometrici e calcoli BMI. Il SIAN sta inoltre producendo un manuale operativo per la costruzione del dietetico- tipo da offrire alle strutture per assicurare pasti ben bilanciati in calorie, nutrienti, con ricetta adatta alle problematiche degli anziani e nel rispetto delle tradizioni culinarie locali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 450

SALUTE E INVECCHIAMENTO ATTIVO NELLA ASL 8 CAGLIARI RISULTATI DI PASSI D'ARGENTO 2012

M.G. Tolu¹, M.A. Corda¹, M.S. Floris¹, S. Santus¹, G.C. Steri¹

1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL 8 di Cagliari

INTRODUZIONE: PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza di popolazione anziana promosso dal Ministero della Salute e dalle Regioni con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità. L'indagine è svolta su un campione rappresentativo di ultra 64enni ed ha la finalità di mettere a disposizione di chi deve prendere decisioni, informazioni utili per le scelte in ambito socio-sanitario per migliorare la qualità di vita della popolazione anziana. Il profilo della popolazione oggetto della sorveglianza è centrato sui tre pilastri per l'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia "Active Ageing" dell'OMS: partecipazione, salute e sicurezza. **MATERIALI E METODI:** Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL 8 di Cagliari ha realizzato il Progetto PASSI d' ARGENTO utilizzando il protocollo Nazionale consistente nella somministrazione di un questionario, predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità, attraverso un'intervista telefonica o faccia a faccia. La rappresentatività della popolazione è stata garantita da un campionamento casuale semplice stratificato per sesso e classi di età. Sia alla somministrazione del questionario, sia all'analisi del database ha provveduto lo stesso personale sanitario. **RISULTATI:** Su un campione di 381 persone sono stati particolarmente significativi e indicativi, i riscontri delle cadute degli ultra 64enni (cadute recenti , ultimi 30 giorni) 12.8 % , le indagini sull'eccessi ponderali 53.9 % , i problemi sensoriali (vista 14.1% ; udito 20.3 % ; problemi di masticazione 20.8 %), la depressione 29.1 % , il consumo di alcol a rischio 41.9 % , Si é evidenziato inoltre un rilevante numero di persone che riferiscono difficoltà economiche. **CONCLUSIONI:** La trasformazione degli anziani in risorsa per la società è una sfida che può essere vinta migliorando la qualità dei Servizi Sanitari e Sociali secondo i reali bisogni degli ultra 64enni. Ogni iniziativa in campo sanitario e sociale deve conseguire alla precisa conoscenza delle esigenze degli anziani, sia quelle oggettivamente rilevabili che quelle soggettivamente espresse da loro stessi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 760

CONDIZIONI ECONOMICHE E SALUTE NELLA POPOLAZIONE ADULTA E ANZIANA DEL LAZIO. I DATI DI PASSI E PASSI D'ARGENTO.

M.O.Trinito 1;S.Iacovacci 2;A.Lancia 3; M.A. Brandimarte 4;L.Biscaglia 5;V.Pettinicchio 6; E.Di Rosa7

1Dipartimento di Prevenzione ASL RMC, Roma; 2 Dipartimento di Prevenzione ASL Latina,Latina; 3 Dipartimento di Prevenzione ASL RMC,Roma;4 Dipartimento di Prevenzione ASL RME,Roma; 5 Regione Lazio Area Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening,Roma; 6 Dipartimento di Prevenzione ASL RMC,Roma; 7 Dipartimento di Prevenzione ASL RME,Roma.

INTRODUZIONE: La qualità della vita relativa alla salute è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute, lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie. La salute percepita è una delle misure della qualità della vita internazionalmente più utilizzate.

Con le Sorveglianze di popolazione Passi e Passi d'Argento, attive in Italia rispettivamente dal 2007 e 2010, è possibile studiare i meccanismi per cui la presenza o meno di alcuni determinanti sociali possano indurre l'adozione di specifici comportamenti rischiosi per la salute, osservare cambiamenti, a seguito di interventi e politiche, consentendo così valutazioni sull'efficacia degli stessi, studiare l'evoluzione dell'influenza dei determinanti sociali su fattori di rischio Passi e Passi d'Argento forniscono, tra l'altro, informazioni sulla distribuzione di alcune caratteristiche sociodemografiche nella popolazione relativamente alla percezione del proprio stato di salute e alla condizione di portatore di alcune patologia cronica. Tali informazioni contribuiscono a descrivere le disuguaglianze esistenti nello stato di benessere e in quello di malattia di cui è necessario tener conto per una corretta programmazione degli interventi.

Obiettivo:Descrivere la distribuzione delle condizioni economiche riferite nella popolazione di 18-69 anni (Passi) e ultra sessantacinquenne (Passi d'Argento) relativamente alla percezione del proprio stato di salute, all'essere portatore di patologia cronica e, negli ultra sessantacinquenni, di problemi masticatori e sensoriali **MATERIALI E METODI:** Le Sorveglianze di popolazione Passi e Passi d'Argento prevedono che venga somministrata un'intervista telefonica, con un questionario standardizzato, ad un campione di residenti rispettivamente di età compresa tra 18 e 69 anni e ultra 65enne. nel Lazio il campione di entrambe le Sorveglianze è estratto con metodo casuale, proporzionale per sesso e classe d'età, dagli elenchi dell'anagrafe sanitaria.

L'intervista in entrambe le Sorveglianze è preceduta da una lettera informativa all'interessato ed al suo medico di famiglia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Passi d'Argento prevede la possibilità in determinati casi, codificati e omogenei di sostituire l'intervista telefonica con un'intervista vis a vis.

Passi è attivo nel Lazio dal 2007 mentre Passi d'Argento è stato realizzato, a livello regionale, nel 2012. Per entrambi i sistemi le analisi riguardano le interviste realizzate nel 2012, 3114 per Passi e 2011 per Passi d'Argento.

La percentuale delle interviste realizzate vis a vis in Passi d'Argento è stata del 2,3%. Il tasso di rifiuto dell'intervista è stato 6,7% per Passi e 9,4% per Passi d'Argento.

Sia Passi che Passi d'Argento utilizzano per il calcolo degli indicatori, realizzato con il software Epi Info 3.5.4, una pesatura complessa, che tiene conto della popolazione residente, nonché della numerosità e della stratificazione per età e sesso dei campioni aziendali. **RISULTATI:** Passi 2012 Nel Lazio, la percentuale di coloro che nel 2012 risultano essere affetti da almeno una patologia cronica è significativamente minore (OR:14%; IC95% 12,0-16,1) fra gli intervistati che riferiscono di non avere alcuna difficoltà economica rispetto a chi dichiara di averne qualche/molte (OR:22%; IC95% 20,0-24,1)

Anche la non buona percezione del proprio stato di salute è associata all'avere molte difficoltà economiche (42%), rispetto a chi non ne ha nessuna (22%) o qualche (34%).

La media di giorni in non buona salute è più del doppio tra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche rispetto a chi dichiara di non averne sia se tale valore è riferito alle condizioni sia fisiche (4,2gg/mese vs 1,8gg/mese) sia se è riferito alle condizioni psicologiche (4,8gg/mese vs 1,7gg/mese)

Passi d'Argento 2012

Nel Lazio, nella popolazione con 65 anni e più l'avere molte difficoltà economiche è associato ad una non buona percezione del proprio stato di salute (37%) rispetto a chi non ne ha nessuna (9%) o qualche (18%); a ciò corrisponde un aumento anche dei problemi fisici e sensoriali come difficoltà nella vista (20% vs 6%), nell'udito (22% vs 3%), nella masticazione (15% vs 8%) tra coloro che hanno molte difficoltà economiche rispetto a chi non le ha.

Sia in Passi che in Passi d'Argento la significativa associazione fra la non buona percezione del proprio stato di salute e la presenza di difficoltà economiche si conferma nel modello di analisi multivariata adottato che comprende anche sesso, classe d'età, livello d'istruzione e presenza di almeno una patologia cronica. **CONCLUSIONI:** Gli interventi di Sanità Pubblica, per essere efficaci ed equi, non possono non tener conto della distribuzione dei determinanti prossimali e distali di malattia. Incorporando gli indicatori della qualità della vita nella sorveglianza, è possibile ottenere dati che mettono le Aziende sanitarie in condizione di descrivere la salute della popolazione da una prospettiva più ampia, che tenga conto anche delle politiche non strettamente sanitarie nelle quali va ricercata la cooperazione con vari soggetti sociali. Passi e Passi d'Argento possono concorrere a indirizzare piani strategici in tal senso e monitorarne l'impatto sulla comunità.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 086

IL FENOMENO DELLA MULTI-MORBOSITÀ IN EMILIA-ROMAGNA

J. Lenzi 1; G. Pieri 1; P. Rucci 1; M.P. Fantini 1

1. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, Bologna

INTRODUZIONE: In seguito ai progressi nella riduzione e nel controllo della diffusione delle malattie infettive, la maggiore sfida per i Sistemi Sanitari è oggi rappresentata dall'aumento della prevalenza delle malattie croniche, ormai divenute la principale causa di mortalità e morbosità in Europa, nonché un problema emergente nei paesi a basso e medio reddito. Occorre tuttavia tenere a mente, come evidenziato dalla più recente letteratura, che la condizione cronica più comune per molti pazienti adulti è la multi-morbosità, ovvero la presenza di due o più patologie croniche (Barnett, 2012). Le stime di prevalenza della multi-morbosità variano in maniera sostanziale tra i diversi paesi e, ad oggi, sono pochi gli studi che descrivono l'epidemiologia di questa condizione (Salive, 2013).

Il presente studio si propone di stimare la prevalenza della multi-morbosità nella popolazione residente dell'Emilia-Romagna, a partire dai flussi amministrativi correnti. **MATERIALI E METODI:** Sono stati individuati i pazienti maggiorenni che, nel quinquennio 2008–2012, avessero almeno un ricovero ospedaliero riportante, tra le patologie primarie o secondarie, uno dei codici di diagnosi ICD-9-CM mutuati dagli algoritmi di Charlson e di Elixhauser (fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera). In tutto sono state considerate diciassette classi di patologia. Sono stati inoltre individuati gli assistiti con almeno due prescrizioni in data distinta di antidiabetici e antipertensivi nell'arco di 365 giorni (fonte: Assistenza Farmaceutica Territoriale e Farmaci a Erogazione Diretta). La prevalenza di multi-morbosità, intesa come la presenza di due o più patologie croniche, è stata calcolata ponendo a denominatore la popolazione maggiorenne nel medio periodo di osservazione (fonte: Regione Emilia-Romagna). I valori di prevalenza stratificati per Azienda Sanitaria Locale (ASL) e cittadinanza sono stati standardizzati per genere ed età. **RISULTATI:** Nel quinquennio 2008–2012 sono stati osservati 905.707 soggetti maggiorenni con una sola patologia cronica (prevalenza: 24,4%) e 604.856 pazienti con multi-morbosità (prevalenza: 16,3%). La prevalenza di multi-morbosità è più alta tra gli uomini (14,0%) rispetto alle donne (15,6%). Il dato è simile nelle diverse ASL, a dimostrazione del fatto che, nell'ambito regionale, il fenomeno è sostanzialmente omogeneo. Inoltre, come si evince dalla Figura 1, la prevalenza di multi-morbosità aumenta all'aumentare dell'età: a partire dai 60 anni più di metà della popolazione ha almeno una condizione cronica e, dai 70 anni in avanti, il 30% circa dei soggetti può definirsi affetto da multi-morbosità. A partire dal 78° anno d'età circa, la prevalenza di multi-morbosità supera quella di mono-morbosità. Tra le condizioni incluse nell'algoritmo, le più prevalenti sono l'ipertensione (35,6%), il diabete (7,6%), i tumori non metastatici (4,9%), le malattie cerebrovascolari (4,0%) e lo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

scompenso cardiaco (3,4%). Gli stranieri, rispetto ai cittadini italiani, hanno prevalenze di mono- e multi-morbosità assai più contenute. In seguito a standardizzazione per genere ed età, la prevalenza di stranieri con multi-morbosità, benché bassa, risulta comunque superiore alla prevalenza di stranieri con mono-morbosità. **CONCLUSIONI:** In Emilia-Romagna si registra un'alta prevalenza di soggetti con almeno due patologie croniche. Secondo i dati Istat sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari (Indagine Multiscopo sulle Famiglie, 2012), in Italia le persone con multi-morbosità sono pari al 20,4%, con una prevalenza del 49,4% nella fascia d'età 54-74 anni e del 69,4% negli ultrasessantacinquenni. Tali differenze potrebbero essere in parte spiegate dal fatto che, diversamente dall'indagine Istat, il presente algoritmo non considera alcune rilevanti condizioni patologiche quali depressione, ansietà cronica grave, celiachia, cefalee, artrosi/artrite e osteoporosi. Dall'analisi emerge che gli stranieri, rispetto ai cittadini italiani, hanno prevalenze di mono- e multi-morbosità molto più contenute. Si può quindi ipotizzare che i cittadini immigrati, presumibilmente di prima generazione e in cerca di lavoro, portano con sé un capitale di salute che ne fa un gruppo mediamente più sano rispetto alla popolazione residente. Questo processo di selezione prende il nome di "effetto migrante sano" (in inglese "healthy immigrant effect") (Gushulak, 2007). In seguito a standardizzazione per genere ed età, notiamo come la prevalenza di stranieri con multi-morbosità, benché bassa, risulti comunque superiore alla prevalenza di stranieri con mono-morbosità. Tali evidenze sono in linea con quanto descritto dell'ambito del progetto VALORE (Buja, 2013).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 479

LA DEPRESSIONE NELL' ANZIANO: RISULTATI DAL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO

E D'Ippolito¹, S Salmaso², C Quercioli¹, N Nante¹⁻³, Gruppo Tecnico Operativo PdA, A Perra²

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

² Istituto Superiore di Sanità – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS)

³ Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

⁴ Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena.

INTRODUZIONE: Il progressivo invecchiamento della popolazione richiede risposte mirate a specifici problemi dell'anziano, come la depressione. Passi d'Argento (PdA) è un sistema di sorveglianza nazionale mirato a seguire nel tempo le condizioni di salute della popolazione ultra-64enne e monitorare le misure di prevenzione adottate al fine di supportare le attività di policy making, in particolare a livello regionale. Per la sua crescente prevalenza nella popolazione anziana, riportiamo di seguito i risultati relativi al problema della depressione e i suoi fattori associati così come emerso dall'analisi dei dati PdA. **MATERIALI E METODI:** Tra il 2012 e il 2013 è stato intervistato per via telefonica o a domicilio un campione casuale di 24,129 ultra64enni in 19 regioni attraverso un questionario standardizzato. E' stata valutata la presenza di sintomi di depressione seguendo i criteri del PHQ2 (Patient Health Questionnaire 2). E' stata successivamente condotta un'analisi su molteplici variabili con il metodo della regressione logistica considerando accettabili solo quelle il cui valore di p nell'analisi univariata fosse minore di 0.20. Il modello statistico è stato costruito utilizzando una procedura "backward" basandosi sul log-likelihood ratio test ($p < 0.05$). **RISULTATI:** Da un campione di 17,723 questionari, sono stati rilevati 3,707 soggetti (21.3%) che riferivano sintomi di depressione. E' stata trovata un'associazione positiva con la depressione per le donne (OR 2.18, CI 95%: 2.01-2.35), l'età superiore ai 74 anni (OR 1.5, CI 95%: 1.47-1.70), basso livello di istruzione (OR 1.71, CI 95%: 1.58-1.84), diabete (OR 1.59, CI 95%: 1.46-1.73), disabilità (OR 6.41, CI 95%: 5.7-7.22), percezione di scarsa sicurezza nel quartiere in cui si ha domicilio (OR 1.82, CI 95%: 1.65-2.02), presenza di 3 o più malattie croniche (OR 4.51, CI 95%: 3.99-5.10). Non sono state trovate associazioni significative con la presenza di incontinenza urinaria o fecale, problemi di udito, vista e masticazione, stato civile, abitudine al fumo, nazionalità e livello di attività fisica. **CONCLUSIONI:** Il sistema di sorveglianza PdA consente ai professionisti sanitari e ai decision-makers di valutare l'estensione di alcune problematiche della popolazione ultra64enne. Nel caso specifico, si è configurato come un approccio promettente per definire i profili di rischio per la depressione e poter quindi selezionare gruppi di popolazione a maggior rischio per interventi mirati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 263

ESPERIENZA DI UNA UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA ALZHEIMER (UVIA) SU EPILESSIA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

M. Ragno 1, C. Paci 1, G. D'Andreamatteo 1, L. Persiani 2, A. Santone 2

1. U.O.C. Neurologia Presidio Ospedaliero "Madonna del Soccorso" – San Benedetto del Tronto (AP)

2. Servizio Igiene e Sanità Pubblica Asur Marche AV 5 San Benedetto del Tronto

INTRODUZIONE: Numerosi studi hanno mostrato che i pazienti affetti da malattia di Alzheimer hanno un maggiore rischio di presentare crisi epilettiche. Studi su prevalenza, incidenza di crisi e la relazione tra epilessia e Alzheimer, in particolare tra epilessia e gravità del quadro cognitivo, la prognosi e la progressione di entrambe le patologie, sono molto discordanti. La prevalenza della epilessia nella malattia di Alzheimer varia da 1.5 al 64%. La causa della insorgenza di epilessia non è ancora stata identificata. Tra le varie ipotesi quelle più accreditate sono che la sintesi di A-beta amiloide coinvolge molti peptidi e proteasi che influenzano l'eccitabilità neuronale. Un altro meccanismo coinvolto è la proteina Tau che determina una ipereccitabilità neuronale. Dati dalla letteratura elettrofisiologici, patologici e sperimentali, identificano nelle strutture mesiali temporali il probabile focus epilettogeno nei pazienti con malattia di Alzheimer ed epilessia sebbene non siano registrate anomalie EEG su scalp nella stessa regione. Inoltre all'esame EEG scariche epilettiformi sono registrate in pochi pazienti ma tali anomalie EEG sono presenti anche su pazienti con m. di Alzheimer senza storia di crisi epilettiche. Non esistono studi controllati – randomizzati sull'uso ed efficacia di specifici antiepilettici per il trattamento delle epilessie nella m. di Alzheimer. **MATERIALI E METODI:** Abbiamo raccolto i dati della nostra UVIA per identificare i pazienti con epilessia, caratteristiche cliniche, ed EEGrafiche gravità della demenza tramite test MMSE, farmaci assunti. **RISULTATI:** Tra i 630 pazienti affetti con m. di Alzheimer, 38 hanno presentato crisi epilettiche. Età media 75 ± 15 anni; durata della malattia 8 ± 3 anni; punteggio MMSE $8,2 \pm 7,5$; terapie concomitanti: 30% antipsicotici, 10% anticolinesterasici o memantina; tipologia delle crisi: 75% convulsive generalizzate, 10% generalizzate non convulsive, 5% parziali motorie. **CONCLUSIONI:** I nostri dati sono sovrapponibili alla letteratura. Le forme cliniche più comuni sono le crisi convulsive generalizzate e le crisi parziali complesse, sebbene sia complicato differenziare le altre forme cliniche dai numerosi disturbi comportamentali e cognitivi che la malattia di Alzheimer presenta. Il nostro studio suggerisce di prendere in considerazione, in paziente con malattia di Alzheimer e episodici disturbi comportamentali, la possibilità che possa presentare una crisi generalizzata non convulsiva e di eseguire un EEG per una migliore definizione diagnostica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 683

IMPATTO DI FATTORI SOCIOECONOMICI SULLE RIAMMISSIONI OSPEDALIERE, IN PAZIENTI CON ETÀ SUPERIORE AI 65 ANNI, RICOVERATI CON UNA DIAGNOSI DI INSUFFICIENZA CARDIACA O INFARTO MIOCARDICO ACUTO: UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

L. Iodice 1; E. Salvatori 1; G. Silvestrini 1; I. Ivanova 2; L. Bojovic 3; W. Ricciardi 1; G. Damiani 1

1. Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

2. ERAWEB Project, Faculty of Medicine, Ss. Cyril and Methodius University of Skopje, Skopje (Macedonia);

3. ERAWEB Project, Faculty of Medicine, University of Nis, Nis (Serbia)

INTRODUZIONE: Le patologie cardiovascolari rappresentano una delle principali cause di morte e disabilità al mondo. Fra queste, l'insufficienza cardiaca (IC) e l'infarto miocardico acuto (IMA) rientrano tra le maggiori cause di riammissione ospedaliera. Nel 2011, è stato stimato che il 6.5% dei pazienti nel Regno Unito ed il 14.2% dei pazienti sopra i 75 anni in Francia è stato riammesso in struttura ospedaliera entro i 30 giorni successivi alla dimissione. Negli Stati Uniti, tra il 2005 ed il 2008, il tasso di riammissione ospedaliera era pari a 24.4%, nei pazienti con IC e 19.9%, nei pazienti con IMA. Diversi fattori socioeconomici impattano sul rischio di riammissione. A tal proposito, l'obiettivo della presente revisione sistematica è stato quello di analizzare l'impatto di determinati fattori socioeconomici sul rischio di riammissione entro i 30 ed i 90 giorni dalla dimissione, in una popolazione anziana, sopra i 65 anni, affetta da IC o IMA. **MATERIALI E METODI:** La revisione sistematica è stata condotta sulla base delle linee guida del "PRISMA Statement", tramite l'interrogazione del database Medline e tramite una ricerca manuale degli articoli. Nella revisione sono stati inclusi gli studi che valutassero l'associazione tra la riammissione ospedaliera, a 30 o 90 giorni dalla dimissione, ed almeno un fattore socioeconomico, in pazienti affetti da IC o IMA, con un'età superiore ai 65 anni. È stata svolta, inoltre, una valutazione della qualità degli studi inclusi, condotta indipendentemente da due revisori, tramite lo "STROBE Statement". Il livello di concordanza tra i revisori è stato calcolato tramite il K di Cohen. L'analisi dei dati è stata organizzata sulla base della tipologia di outcome considerata e sulla base delle variabili socioeconomiche indagate. Quando l'esposizione ad una condizione di svantaggio socioeconomico aumentava il rischio di riammissione, è stato considerato un effetto positivo della variabile socioeconomica, mentre è stato considerato un effetto negativo della variabile nel caso in cui la condizione di svantaggio socioeconomico fosse associata ad una riduzione del rischio di riammissione ed infine nel caso in cui non vi fosse alcuna relazione fra la variabile socioeconomica ed il rischio di riammissione, è stato considerato un effetto nullo della variabile. **RISULTATI:** Da un totale di 2016 studi ottenuti, 7 sono stati inclusi nella revisione. Tutti gli studi hanno analizzato pazienti affetti da IC e 4 di questi hanno incluso inoltre pazienti con IMA. A 30 giorni dalla dimissione, per entrambe le patologie, in tutti gli studi che hanno analizzato la variabile "razza/etnia" è stato riscontrato un effetto positivo: tra gli ispanici e gli afroamericani è stato



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

evidenziato un più elevato rischio di riammissione. Inoltre, relativamente ad un solo studio individuato, per entrambe le patologie, è stato rilevato un effetto positivo della variabile “reddito”, in quanto i pazienti con inferiori livelli reddituali presentavano un più elevato rischio di riammissione. A 90 giorni dalla dimissione, soltanto la variabile “stato civile”, fra le altre indagate, ha mostrato un effetto positivo, con un maggior rischio di riammissione riscontrato fra i pazienti privi di un compagno/a. **CONCLUSIONI:** Le variabili razza/etnia e stato civile hanno mostrato un effetto positivo, mentre per il reddito abbiamo evidenze ancora non sufficienti, in relazione al rischio di riammissione per pazienti anziani con IC o IMA. Meccanismi di presidio della transizione, anche all'interno di programmi unitari di lungo-assistenza, che coinvolgono attori ed organizzazioni di offerta di servizi diversi, il cui obiettivo è quello di garantire la continuità assistenziale, costituiscono una priorità per i sistemi sanitari, non soltanto per migliorare il livello di integrazione assistenziale, ma anche per ridurre le disparità che impattano sul rischio di riammissione, nel target di popolazione considerato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 558

RISCHIO DI MALNUTRIZIONE E COMPOSIZIONE CORPOREA IN UN CAMPIONE DI ULTRANOVANTENNI

L. Indiani 1; C. Lorini 2; F. Santomauro 2; E. Pellegrino 1; C. Macchi 3; R. Molino Lova 3; G. Bonaccorsi 4

1. *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; Università degli Studi di Firenze*

2. *Dipartimento di Scienze della Salute; Università degli Studi di Firenze*

3. *Fondazione Don Carlo Gnocchi; Firenze*

4. *Dipartimento di Medicina Sperimentale; Università degli Studi di Firenze*

INTRODUZIONE: E' ormai noto il fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione mondiale: si stima che l'Europa sarà l'area maggiormente colpita da tale fenomeno, con un aumento della percentuale degli ultrasessantacinquenni dal 20% del 1998 al 35% nel 2050. Si prevede che il segmento di popolazione che aumenterà di più sarà proprio quello dei "più anziani" fra gli anziani, con aumento rilevante anche nella fascia degli ultranovantenni.

Lo stato nutrizionale presenta uno stretto legame con lo stato di salute, mostrando correlazioni con l'aggravarsi di patologie croniche, con l'incidenza di infezioni, ulcere e cadute e con il più generale livello di autonomia.

In letteratura, un numero molto limitato di studi valuta lo stato nutrizionale nella fascia di età ≥ 90 anni. Scopo del presente lavoro è valutare il rischio di malnutrizione e la composizione corporea di un campione di ultranovantenni. **MATERIALI E METODI:** Il "Mugello Study" è uno studio epidemiologico che coinvolge anziani residenti nei comuni del Mugello (provincia di Firenze) che hanno superato i 90 anni di età. Promosso e finanziato dal Centro di Riabilitazione di Firenze IRCCS della Fondazione Don Gnocchi ONLUS, in collaborazione con l'Università Degli Studi di Firenze e la Società della Salute del Mugello, lo studio è volto a indagare lo stato di salute ed a valutare le differenze tra l'invecchiamento "normale" (non associato a malattie) e l'invecchiamento "comune" (associato a malattie), in una fascia di età molto avanzata. La rilevazione, che ha preso in esame 475 ultranovantenni (130M e 345F; età media $92,6 \pm 2,6$ anni) è stata effettuata tramite visita al proprio domicilio. Un medico ha sottoposto i soggetti arruolati ad esame obiettivo ed ha somministrato un questionario (durata somministrazione max 2 ore, con presenza se necessario di familiare/caregiver) che raccoglieva varie informazioni tra cui: dati socio-demografici, stile di vita, stato funzionale, stato cognitivo, storia anamnestica, eventuale presenza di patologie. Su 321 soggetti (229F e 92M; età media $92,9 \pm 3,1$ anni) è stato valutato lo stato nutrizionale rilevando il rischio di malnutrizione tramite MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) e i valori bioimpedenziometrici tramite BIA (Bioelectrical Impedance Analysis). Su tale sottocampione si concentra l'analisi riportata nel presente lavoro. L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata ricercando associazioni significative tra le variabili disponibili mediante test χ^2 o mediante test t



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

per campioni indipendenti. Il livello alfa considerato è stato di 0,05. **RISULTATI:** In tabella 1 sono riportati i dati riassuntivi di età, parametri antropometrici e bioimpedenziometrici. I valori medi di età, peso, altezza stimata sulla base dell'ulna e BMI sono risultati significativamente diversi per genere. La valutazione del rischio di malnutrizione tramite MUST ha prodotto il seguente risultato: basso rischio 74,8%, medio rischio 11,5%, alto rischio 13,7%. Non sono state evidenziate differenze significative tra i due generi per quanto riguarda il livello di rischio di malnutrizione. I valori di R_z (resistenza) e X_c (reattanza), normalizzati per altezza stimata sulla base della lunghezza dell'ulna, risultano differenti in maniera significativa nei due generi, mentre per l'angolo di fase (PA) non si osserva tale associazione. I parametri bioimpedenziometrici non variano significativamente all'aumentare dell'età. Rispetto all'unico studio italiano individuato che riporta valori bioimpedenziometrici su ultranovantenni (Buffa, 2010), il valore medio dell'angolo di fase del nostro campione risulta quasi sovrapponibile per quanto riguarda le femmine e lievemente superiore per i maschi. L'analisi vettoriale BIVACconfidence ha evidenziato differenza significativa tra le categorie MUST basso rischio e medio/alto rischio del nostro campione in entrambi i generi (Fig.1). In particolare, nelle femmine i soggetti a medio-alto rischio di malnutrizione presentano un vettore medio più lungo rispetto alle donne a basso rischio mentre tra i maschi coloro che presentano medio-alto rischio di malnutrizione presentano un angolo di fase minore rispetto a coloro risultati a basso rischio. **CONCLUSIONI:** Anche se sono auspicabili ulteriori studi su popolazione ultranovantenne per una più approfondita valutazione delle caratteristiche peculiari di tali soggetti, questa ricerca è la prima nel nostro Paese per numerosità e complessità degli item rilevati, che comprende oltretutto la valutazione dello stato nutrizionale e del rischio di malnutrizione riportate da poche indagini precedenti. I risultati sono fondamentali per una corretta effettuazione di interventi sanitari e socioassistenziali adeguati a tutela della salute e della qualità di vita di "anziani più anziani".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 664

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE DEGLI ANZIANI FREE LIVING DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

V Ceccherini¹, T Grassi¹, C Lorini², T Tanini¹, F Santomauro², P Bonanni², G Bonaccorsi³

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

2 Dipartimento di Scienze della Salute

3 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica

INTRODUZIONE: In età geriatrica il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale è elemento importante per la tutela della salute e per il miglioramento della qualità della vita, oltre ad essere associato ad una minore incidenza di mortalità e morbosità e al ridotto ricorso alle strutture ospedaliere. Nonostante ciò, vari studi hanno rilevato che circa il 50% degli anziani che vivono a domicilio è affetto da malnutrizione. Malnutrizione per difetto e sarcopenia, ovvero perdita di massa metabolicamente “nobile”, presentano strette correlazioni. La sarcopenia, definita come una “sindrome caratterizzata da una progressiva e generalizzata perdita di massa e forza della muscolatura scheletrica che può condurre a disabilità fisica, scarsa qualità della vita e morte”, si presenta con riduzione della massa e della forza muscolare e scarsa performance fisica.

Le conseguenze della sarcopenia e della malnutrizione per difetto sono serie: aumento del rischio di cadute e fratture, alto tasso di disabilità, incapacità di eseguire le azioni della vita quotidiana, con conseguente alto grado di dipendenza e aumento del rischio di morte. Per tali ragioni appare quanto mai necessario agire per valutare tali epifenomeni e prevenire situazioni di rischio o di compromissione già evidente.

Mentre varie ricerche sono state condotte in diversi contesti di istituzionalizzazione, poco esplorato è l'ambito domiciliare.

Obiettivo del presente studio è la valutazione del rischio di malnutrizione e dell'eventuale presenza di sarcopenia associata in un campione di anziani free living residenti nella provincia di Firenze.

MATERIALI E METODI: Il progetto prevede l'arruolamento di anziani che vivono a domicilio, per mezzo di un'associazione che fornisce supporto alle famiglie.

I soggetti, di età superiore a 65 anni, sono stati visitati a domicilio da personale sanitario formato.

Lo screening del rischio di malnutrizione è stato effettuato mediante la somministrazione di MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), sono state rilevate varie misure antropometriche (peso, lunghezza ulna, circonferenza braccio), ed è stata effettuata la valutazione indiretta dello stato nutrizionale attraverso l'uso di bioimpedenziometria e dinamometro handgrip. (citare la marca delle macchine e quello che sono: tipo di bioimpedenziometro e caratteristiche come da manuale, lo stesso per handgrip).

Inoltre, sono state somministrate la scala di Barthel per la valutazione della autosufficienza fisica e il test di Pfeiffer per la valutazione dello stato cognitivo e sono state raccolte le informazioni anamnestiche relative alle patologie attuali, indagate con il DiseaseCount.

Al termine della valutazione, le informazioni raccolte sono restituite al soggetto e/o al caregiver, al fine di intraprendere le dovute precauzioni in caso di risultati al di fuori dei parametri di normalità.

I dati raccolti sono stati analizzati per valutare eventuali associazioni tra variabili. I test applicati sono stati il test Chi², il test t di Student per dati indipendenti e ANOVA. E' stata inoltre effettuata analisi di correlazione



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di Pearson. **RISULTATI:** La fase pilota del progetto ha coinvolto 27 soggetti, 17 femmine (63%) e 10 maschi (37%), con un'età media di 82 anni, senza differenze significative per genere.

In relazione alla scala di Barthel, il grado di autosufficienza dei soggetti in studio si ripartisce in maniera simmetrica, con un terzo dei pazienti con necessità di istituzionalizzazione, un terzo in situazione di dipendenza, ma con possibilità di essere accuditi domicilio, e il restante terzo in condizioni di indipendenza. La valutazione dello stato cognitivo ha dimostrato come la maggior parte dei soggetti (37,0%) presentasse un grado moderato di decadimento, mentre il 33,3% presentava funzioni intatte, il 14,8% decadimento lieve e il restante 14,8% decadimento severo.

Per quanto riguarda la situazione clinica dei soggetti, solo il 7,4% è risultato esente da patologie, mentre il 37,0% è risultato affetto da 1 patologia, un ulteriore 37% da 2 o 3 patologie e il restante 18,5% da 4 o più patologie.

La valutazione del rischio di malnutrizione tramite MUST ha prodotto il seguente risultato: basso rischio 75,0%, medio rischio 10,7%, alto rischio 10,7%.

La misurazione della forza prensile della mano mediante handgrip ha dato i seguenti risultati: nelle femmine una media di 13,2 Kg (DS 5,6 Kg – Min 6, Max 27), nei maschi una media di 24,5 Kg (DS 13,4 Kg – Min 9, Max 42,8).

La misura della forza prensile e due dei parametri bioimpedenziometrici (Resistenza e Reattanza) sono risultati significativamente correlati nel campione generale (correlazione di Pearson rispettivamente -0,680, $p < 0,01$; -0,594, $p = 0,001$) e tra le femmine (correlazione di Pearson rispettivamente -0,523, $p < 0,031$; -0,614, $p = 0,009$). In figura 1 sono riportati i grafici BIVA Tolerance. I soggetti si collocano prevalentemente all'interno dell'ellisse del 95%, il 74% all'interno dell'ellisse del 75%. Tutti i soggetti sono collocati nella metà inferiore delle ellissi, ad indicare una tendenza verso la iperidratazione. **CONCLUSIONI:** La valutazione dello stato nutrizionale degli anziani che vivono al proprio domicilio riveste una grande importanza, dal momento che la malnutrizione proteico-calorica ha un impatto considerevole sulla qualità della vita di questa fascia di popolazione più fragile.

Gli strumenti utilizzati nel presente studio sono universalmente riconosciuti come affidabili nella valutazione dello stato nutrizionale. Tra i loro vantaggi vi sono la non invasività, il basso costo a lungo termine (costo fisso iniziale, bassi costi operativi) e la buona ripetibilità. Considerate queste caratteristiche, si può ipotizzare e proporre l'introduzione routinaria di tali metodiche nella pratica clinico-assistenziale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 119

MANIFESTO PER I FAMILIARI CAREGIVER: VERSO IL RICONOSCIMENTO CULTURALE, SOCIALE, GIURIDICO DEL CAREGIVER

C. Scarcella1-2, E. Breda1, G. Lorini1, F. Comincini2-3, G. Orizio 1 e 2, M. Trabucchi4.

1. ASL di Brescia; 2. SItI Sezione Lombardia; 3. Centro Italiano per l'Assistenza in Famiglia CIAF "Edoardo Scarcella Onlus"; 4. Gruppo di Ricerca Geriatrica GRG;

INTRODUZIONE: Nel contesto socio-demografico attuale la cronicità e la disabilità influenzano in modo rilevante le politiche assistenziali e le risorse ad esse dedicate dal servizio pubblico, se pur rilevanti, non sono sufficienti a soddisfare tutti i bisogni, con la conseguenza che in questo scenario è la famiglia che viene coinvolta nei processi assistenziali in modo sempre più rilevante. Il caregiver familiare può essere quindi definito come la persona che, in maniera informale e gratuita, si prende cura di una persona cara in condizioni di non autosufficienza e/o disabilità, che necessita di un'assistenza di lunga durata.

Il protrarsi dell'assistenza nel tempo può determinare sul piano psicologico conseguenze emotive spesso molto gravi, e può avere anche conseguenze sul piano economico.

In Italia i caregiver sono circa 3.000.000, in gran parte donne, ma a differenza di altri paesi europei, non hanno una connotazione all'interno del SSN, anche se la loro presenza costituisce un importante elemento di sostenibilità economica nella gestione della cronicità e della disabilità. Il caregiver partecipa dunque a pieno del "sistema dei servizi", e per questo richiede tutela da un punto di vista culturale, sociale e giuridico, per sostenere il suo difficile compito di assistenza.

La Società Italiana di Igiene, Sezione Lombardia ritiene che attualmente il tema dei caregiver sia tra i problemi di sanità pubblica di rilevanza nazionale; a tal fine ha avviato un'azione di sensibilizzazione a livello regionale e nazionale. **MATERIALI E METODI:** E' stato redatto da parte di un gruppo di lavoro un Manifesto per:

- il riconoscimento nelle politiche nazionali e locali alla famiglia come componente del sistema dei servizi;
- la definizione dei compiti e doveri dei caregiver, partendo da un progetto di cura condiviso per le persone di ogni età, sia che vivano a casa loro oppure in strutture di ricovero o in ospedale;
- la definizione dei diritti del caregiver;
- la formulazione di proposte per il miglioramento dei servizi di supporto al paziente non autosufficiente, che tengano conto delle indicazioni e dei bisogni del caregiver.

Inoltre è stata promossa la presentazione del documento a vari livelli istituzionali e la sottoscrizione da parte di Società Scientifiche, Fondazioni, Aziende Sanitarie, Organizzazioni di professionisti della salute e Associazioni. **RISULTATI:** Il documento è stato presentato lo scorso 8 novembre 2013 in un Convegno realizzato da SItI Lombardia su " Prospettive per la valorizzazione del Caregiver familiare nelle politiche sanitarie", a cui hanno partecipato diversi rappresentanti di Società Scientifiche, Aziende Ospedaliere e Istituti di Cura, che hanno dichiarato il loro impegno ad



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

avviare azioni di sostegno nei confronti del caregiver all'interno degli specifici contesti scientifici e professionali nonché nell'ambito delle loro organizzazioni.

I sottoscrittori del Manifesto sono:

ACP, Associazione culturale pediatri (Sez. Lombardia); AIPO, Ass. Italiana Pneumologi Ospedalieri (Sez. Lombardia); ASL Bergamo; ASL Brescia; ANMDO, Ass. Naz. Medici Direzioni Ospedaliere (Sez. Lombardia); AO Desenzano del Garda; AO San Carlo; AMD, Associazione Medici Diabetologi; CIAF, Centro Italiano per l'Assistenza in Famiglia; Fatebenefratelli Prov. Lombardo-Veneta Ord. Osp. S. Giovanni di Dio; Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus; Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero; Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS; GRG, Gruppo di Ricerca Geriatrico; IPASVI Collegio BS; SIGG, Società It. di Geriatria e Gerontologia (Sez. Lombardia); SIMG, Società Italiana di Medicina generale (Sez. Lombardia); SiMPeF, Sindacato Medici Pediatri di Famiglia; SIN, Società Italiana di Nefrologia (Sez. Lombardia); SItI (Sez. Lombardia)

Presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, in collaborazione con la Società Italiana di Igiene-Sezione Lombardia, si è costituito un Tavolo di Lavoro formato da rappresentanti dei Ministeri della Salute e del Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha redatto una proposta di Accordo fra lo Stato, le Regioni e le Autonomie Locali, sul tema "Valorizzazione e sostegno del ruolo del Caregiver familiare".

Il documento è stato presentato alla Conferenza delle Regioni ed in tale sede i Rappresentanti regionali si sono impegnati a facilitare il percorso istituzionale per pervenire ad un Accordo condiviso in sede di Conferenza unificata. **CONCLUSIONI:** I risultati delle azioni intraprese evidenziano che il tema della valorizzazione del caregiver attraverso il riconoscimento formale quale componente, non professionale, della rete di assistenza domiciliare alla persona e il sostegno delle sue attività per rendere meno faticoso il suo lavoro, rappresenta una problematica di grande attualità e va considerato uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale vuole perseguire in tutto il territorio per garantire alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio.



SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C13: VACCINAZIONI DI ADOLESCENTI, ADULTI E ANZIANI



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 644

SORVEGLIANZA VIROLOGICA DELL'INFLUENZA STAGIONALE NEL PERIODO POST-PANDEMICO (2010-2014) IN EMILIA ROMAGNA

P. Affanni 1; M.E. Colucci 1; L. Veronesi 1; M.T. Bracchi 1; E. Capobianco 1; A. Cantarelli 2; R. Rangoni 3; M.L. Tanzi 1.

1. Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotechnologiche e Traslazionali (S.Bi.Bi.T), Unità di Sanità Pubblica, Parma; 2. Medico sentinella, Pediatra di libera scelta, AUSL di Parma; 3. Servizio di Sanità Pubblica, Direzione Generale Salute e Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna

INTRODUZIONE: Il Sistema di Sorveglianza dell'Influenza svolge un ruolo fondamentale nell'identificazione tempestiva di nuove varianti virali circolanti attraverso l'impiego di tecniche di Real Time RT-PCR altamente specifiche e sensibili che permettono di ottenere risultati in tempi rapidi. Lo studio si propone di analizzare i risultati del monitoraggio della circolazione dei diversi tipi e sottotipi di virus influenzali durante le 4 stagioni epidemiche successive alla pandemia (2010-2014) nella popolazione della regione Emilia Romagna. **MATERIALI E METODI:** Per ciascuna stagione sono stati raccolti ed analizzati tamponi nasali e/o orofaringei eseguiti su soggetti affetti da ILI (Influenza like-illness) provenienti da diverse province dell'Emilia Romagna ed eseguiti dalla rete regionale dei medici sentinella, da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta locali non sentinella, e da UU.OO. ospedaliere (Tabella 1). Ciascun campione era accompagnato da una scheda riportante dati di tipo anagrafico e di vaccinazione. I campioni sono stati analizzati oltre che con la metodica tradizionale di semina in coltura cellulare, con la Real Time-PCR. Sono stati utilizzati i protocolli di indagine e materiali indicati dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Gli isolati virali da coltura cellulare, sono stati sottoposti a caratterizzazione antigenica sia con reazioni sierologiche (inibizione dell'emoagglutinazione) sia con tecniche biomolecolari (PCR/sequenziamento). **RISULTATI:** I risultati delle indagini virologiche relative alle 4 stagioni influenzali analizzate sono riportati in tabella 2. Le stagioni influenzali 2012 -2013 e 2013-2014 sono state caratterizzate da una maggiore durata (18-19 settimane) rispetto alle precedenti (14-15 settimane); nella stagione influenzale 2012-2013 il primo isolamento si è avuto nel mese di novembre (47° settimana), mentre nelle altre intorno alla metà di dicembre (49°-50°). Il picco epidemico si è registrato alla fine di gennaio-inizio febbraio in tutte. Le prime 3 stagioni analizzate si sono caratterizzate per l'elevato numero di tamponi analizzati e le elevate percentuali di positività, sempre superiori al 50%. La stagione appena conclusa invece ha mostrato un minor numero sia di tamponi esaminati che di isolamenti (28,9%). La fascia di età con il maggior numero di isolamenti è risultata per tutte le stagioni la classe 5-14 anni (range: 39,6% - 77,7%), seguita dalla fascia 0-4 anni (range: 25,9% - 67,1%). Il sottotipo A(H1N1)pdm ha circolato in tutte le stagioni tranne che nella 2011-12, e non ha mostrato sostanziali cambiamenti rispetto al ceppo pandemico di riferimento A/California/7/2009.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

I virus di tipo B e A(H3N2) invece hanno mostrato un andamento altalenante, alternandosi nelle stagioni: nel 2011-2012 e 2013-2014 ha circolato prevalentemente il sottotipo A(H3N2), nel 2010-2011 e 2012-2013 il B. L'analisi molecolare eseguita sui virus A(H3N2) isolati nelle ha mostrato come essi appartenessero allo stesso clade genetico A/Victoria/208/2009 in entrambe le stagioni; i virus di tipo B invece risultavano appartenere a 2 diversi lineaggi (Lineaggio B/Victoria/2/87 e Lineaggio B/Yamagata/16/88) co-circolanti nella stagione 2012-2013. CONCLUSIONI: Il monitoraggio della circolazione dei virus influenzali nelle 4 stagioni considerate ha evidenziato la consistente circolazione del virus A(H1N1)pdm, che comparso con la pandemia del 2009, ha sostituito completamente il ceppo A(H1N1) stagionale precedentemente circolante, evidenziando una certa stabilità genetica. Il sottotipo A(H3N2) alternandosi con il sottotipo A(H1N1)pdm, ha circolato durante tutto il periodo considerato, mostrando solo lievi modificazioni all'interno dello stesso gruppo genetico. I virus di tipo B invece hanno presentato una maggiore variabilità; la co-circolazione dei virus B dei due lineaggi osservata durante la stagione 2012-2013, si accorda con la recente indicazione dell'OMS, di introdurre il vaccino quadrivalente nell'offerta vaccinale. La sorveglianza virologica si conferma uno strumento fondamentale oltre che per l'identificazione di nuove varianti virali con potenziale epidemico e pandemico, anche per la corretta formulazione della composizione del vaccino stagionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 453

STATO IMMUNITARIO DEGLI STUDENTI DI MEDICINA E CHIRURGIA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE E TIROCINANTI PRESSO UNA GRANDE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA TOSCANA

F. Aquino 1, B. Bruni 2, V. Gattini 3, A. Baggiani 4, R. Foddìs 5, G. Privitera 6, A. Cristaudo 7

1. Dipartimento di Ricerca Translazionale NTMC, Università di Pisa, Pisa;

2. U.O. Medicina Preventiva del Lavoro - AOUP, Pisa;

3. Sezione Universitaria Medicina del Lavoro – AOUP, Pisa

INTRODUZIONE: Obiettivo dello studio è riportare i dati relativi alla Sorveglianza Sanitaria (SS) degli studenti di Medicina e Chirurgia e dei corsi di laurea triennali e specialistiche delle

Professioni Sanitarie dell'Ateneo di Pisa che effettuano il tirocinio pratico presso l'Azienda

Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) con esposizione a Rischio Biologico (RB). MATERIALI E

METODI: Nel periodo 2011-2014 è stata effettuata la SS di 1879 studenti che sono stati sottoposti

a: visita medica generale, esami ematochimici di routine, accertamenti sierologici (ricerca delle IgM o IgG specifiche) per morbillo (M), rosolia (R), parotite (P), varicella (V), HBV, HCV, HIV.

RISULTATI: Non è stata riscontrata alcuna sieropositività per HIV e un singolo caso di HCV.

La prevalenza di immunizzazione per HBV (73%), M (79,5%), P (77%), R (99,5%), V (86%) è riportata dettagliatamente in tabella: (Tab. 1) **CONCLUSIONI:** I dati relativi alla immunizzazione per M, P, R e V confermano la presenza in un campione di popolazione di età media di 25 anni di una quota rilevante di soggetti non immuni ad almeno un dei quattro virus testati (40%).

Con l'eccezione di rosolia e varicella, le percentuali di soggetti suscettibili risultano essere più alte sia di quelle riscontrate in vari studi su operatori sanitari che di quelle riscontrate in altri studi con popolazione equivalente alla nostra, evidenziando una proporzione di soggetti non immuni tale da comportare un apprezzabile rischio di acquisizione e la possibilità di diffusione nosocomiale delle infezioni sorvegliate.

Inoltre la percentuale di soggetti suscettibili per infezione da HBV rimane ancora elevata: il 27% ha un titolo anticorpore inferiore alla soglia di 10mUI/mL.

I dati emersi dallo studio sono confortanti per le prevalenze di sieropositività per i virus a trasmissione parenterale; tuttavia l'evidenza di una incompleta copertura immunitaria della popolazione presa in esame per M,P,R,V impone una rimodulazione delle politiche vaccinali del personale sanitario in formazione in accordo con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale e il riferimento legislativo art.279 D.Lgs n. 81 9/4/08.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 341

LA SORVEGLIANZA VIROLOGICA COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTI-HPV

E. Tanzi¹, S. Bianchi¹, E.R. Frati¹, M. Martinelli¹, D. Colzani¹, D. Amicizia², P. L. Lai², S. Rossi³, D. Panatto², R. Gasparini²

1 Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università di Milano, Milano; 2 Dipartimento di Scienze della Salute – Università di Genova, Genova; 3 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo – Università di Siena, Siena.

INTRODUZIONE: INTRODUZIONE

Il carcinoma della cervice uterina è la terza causa di morte per cancro nelle donne a livello mondiale. Le infezioni persistenti da genotipi oncogeni di Human Papillomavirus (HPV) sono la causa necessaria per lo sviluppo del tumore. Le attuali strategie preventive includono la vaccinazione. Due sono i vaccini disponibili: un vaccino bivalente (Cervarix®) e un vaccino tetravalente (Gardasil®) che inducono protezione rispettivamente verso HPV-16 e -18 e verso HPV-16, -18, -6 e -11. In Italia, la vaccinazione anti-HPV è offerta in modo attivo e gratuito dal dicembre 2007 alle adolescenti nel 12° anno di vita (coorte di nascita 1997). Altri programmi vaccinali, rivolti a differenti coorti di donne entro i 26 anni di età, sono iniziati a seguito di iniziative pubbliche o private. Il principale endpoint clinico della vaccinazione anti-HPV è la riduzione del cancro cervicale, osservabile tuttavia solo nei prossimi decenni. Nel breve periodo, l'impatto della vaccinazione può essere valutato tramite la variazione di incidenza di lesioni di basso ed alto grado associate con genotipi di HPV contenuti nelle formulazioni vaccinali o tramite outcome virologici, quali la variazione di prevalenza tipo-specifica dell'infezione.

OBIETTIVI

Gli obiettivi del presente studio erano: a) condurre una sorveglianza virologica dell'infezione da HPV in adolescenti/giovani donne appartenenti alle coorti di nascita 1997-1998-1999 (13-16enni) e alle coorti dal 1986 al 1996 (17-26enni), vaccinate o non vaccinate; b) valutare la potenziale efficacia dei vaccini anti-HPV nel prevenire l'infezione. MATERIALI E METODI: METODI

Tutti i soggetti partecipanti hanno firmato il consenso/assenso informato.

Ogni partecipante ha fornito un campione di urina, raccolto in contenitore sterile. Ogni campione è stato analizzato per la determinazione dell'infezione da HPV (HPV-DNA) mediante amplificazione di un frammento di 450 pb del gene L1 tramite PCR specifica che utilizza la coppia di primer ELSI-f/ELSI-r. Tutti i campioni HPV-DNA positivi sono stati sottoposti a genotipizzazione mediante RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphisms) del frammento amplificato utilizzando gli enzimi di restrizione RsaI, DdeI, HaeIII. Il genotipo virale infettante è stato individuato mediante lettura del pattern di digestione ottenuto. RISULTATI: RISULTATI



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Tra novembre 2011 e dicembre 2013 sono state reclutate 1360 donne. 403 erano adolescenti (coorti di nascita 1997-1998-1999) di cui 174 (43,2%) erano state vaccinate nel 12° anno di vita (130 con vaccino quadrivalente e 44 con vaccino bivalente) e 957 erano giovani donne (coorti da 1986 a 1996), di cui 135 (14,1%) erano state vaccinate (55 avevano ricevuto il vaccino tetravalente, 40 il bivalente mentre 40 non hanno riportato la tipologia di formulazione vaccinale).

La popolazione in studio, lo stato di vaccinazione, la prevalenza di infezione da HPV e i genotipi infettanti sono descritti in Tabella 1.

In tutte le coorti analizzate, nessun genotipo vaccinale è stato identificato in soggetti vaccinati. Nelle coorti 1997-1998-1999, 1 soggetto non vaccinato è risultato HPV-DNA positivo (HPV-42).

Nelle coorti 1986-1996 6 donne sono risultate positive nel gruppo delle vaccinate: 4 avevano una infezione singola (HPV-31,-56,-58,-82), 1 presentava una infezione multipla (HPV-26 + HPV-82), mentre in 1 soggetto l'infezione non è risultata tipizzabile (NT). Tra le non vaccinate, 16 erano infette, di cui 8 (50%) con infezione singola (HPV-6,-16,-31,-35,-51,-56,-56,-58), 7 con infezioni multiple (HPV-16+HPV-31+HPV-39+HPV-56; HPV-6+HPV-72; HPV-16+HPV-26+HPV-66; HPV-16+HPV-39; HPV-16+HPV-89; HPV-16+HPV-56; HPV-16+HPV-70+HPV-74) e in 1 donna l'infezione è risultata NT.

In Tabella 2 sono riportate le infezioni da HPV rilevate nelle diverse coorti di adolescenti/giovani vaccinate suddivise in base al vaccino ricevuto. **CONCLUSIONI: CONCLUSIONI**

Fino a quando le valutazioni a lungo termine sull'efficacia della vaccinazione anti-HPV per la prevenzione del cancro del collo dell'utero non saranno disponibili, la sorveglianza virologica appare uno strumento indispensabile per monitorare in tempo reale le variazioni dei profili epidemiologici dell'infezione e dei genotipi circolanti.

Questi dati preliminari mostrano come, a pochi anni di distanza dall'introduzione della vaccinazione anti-HPV, nella popolazione vaccinata non si osservino infezioni sostenute dai genotipi vaccinali. Il continuo monitoraggio permetterà di evidenziare precocemente eventuali variazioni di prevalenza dei genotipi circolanti, la possibile emergenza di varianti "escape" dei genotipi vaccinali, così come il potenziale fenomeno del "type replacement".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 243

EFFECTIVENESS DEL VACCINO ANTI-PNEUMOCOCCO NELL'ADULTO: RIVALUTAZIONE ECONOMICA DELLA VACCINAZIONE

P. Bonanni¹, A. Bechini¹, M. Levi¹, S. Boccalini¹

¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

INTRODUZIONE: Le polmoniti acquisite in comunità (CAP) e le malattie pneumococciche invasive (IPD) sono patologie frequenti negli anziani (>64 anni di età) con un rilevante impatto clinico ed economico sia per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che per la Società. Il vaccino coniugato 13-valente anti-pneumococcico (PCV13), disponibile in Italia dal 2010, ha ricevuto l'estensione delle indicazioni per i soggetti sopra i 50 anni per prevenire le IPD già da ottobre 2011. Attualmente in Italia la vaccinazione negli anziani con PCV13 è raccomandata solo in alcune Regioni (quali Puglia, Sicilia, Basilicata, Friuli Venezia Giulia e Liguria). A livello nazionale, l'opportunità di adottare questa vaccinazione negli anziani continua ad essere un argomento molto dibattuto, in particolare, per gli aspetti di efficacia e quelli economici. In un momento di scarse disponibilità di risorse, le analisi farmaco-economiche sono un utile strumento per valutare la fattibilità dei nuovi programmi di vaccinazione e superare i momenti di indecisione. Il nostro gruppo di ricerca ha pubblicato uno studio di valutazione costo-utilità con un modello di popolazione e un orizzonte temporale di 5 anni, che ha permesso di valutare l'impatto clinico/economico della vaccinazione di 1-3 coorti di popolazione anziana in un'ottica di budget impact (Boccalini et al, Human Vaccines 2013; 9: 699-706). In tale modello, per la mancata disponibilità di dati specifici, erano stati utilizzati i dati di efficacia del PCV13 nei bambini. A marzo 2014, durante il 9° Congresso Internazionale sullo Pneumococco e sulla malattia Pneumococcica (ISPPD) a Hyderabad, in India, sono stati presentati per la prima volta i dati di effectiveness del PCV13 sia verso le CAP che le IPD nell'adulto (Studio CAPiTA). A seguito della disponibilità di questi nuovi importanti dati è stata aggiornata la valutazione di costo-utilità precedente pubblicata. Inoltre, è stata sviluppata anche una valutazione costo-utilità con un modello di coorte per valutare l'impatto clinico/economico della vaccinazione con PCV13 con un orizzonte temporale più lungo (lifetime). **MATERIALI E METODI:** Il modello matematico di popolazione è stato aggiornato con i dati di effectiveness dello Studio CAPiTA per valutare l'impatto clinico/economico di una campagna di vaccinazione con PCV13 negli adulti in Italia per il SSN in un breve arco temporale, ipotizzando di vaccinare una, due, tre coorti all'anno (65, 65-70 e 65-70-75 anni, rispettivamente) per 5 anni (in totale 5, 10 e 15 coorti vaccinate).

Per valutare l'impatto clinico/economico del programma di vaccinazione in una prospettiva più lunga (lifetime) è stato, invece, sviluppato un modello di coorte. E' stato ipotizzato di vaccinare 1, 2 e 3 coorti di anziani per determinare su questi soggetti immunizzati gli effetti della vaccinazione in un orizzonte temporale di 20 anni (fino all'aspettativa di vita prevista di 85 anni).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Gli outcomes clinici per entrambi i modelli sono stati le CAP (batteriche e non) dovute a pneumococco e le meningiti pneumococciche. **RISULTATI:** In base al modello di popolazione, la vaccinazione con PCV13 nei soggetti >64 anni di età in Italia per i 5 anni di campagna vaccinale, vaccinando da 5 a 15 coorti di anziani, avrebbe un costo per QALY che varia da 27.000 a 35.000, in base alla strategia adottata. Con il modello di popolazione, in un ottica a lungo termine, invece, la vaccinazione con PCV13 negli anziani risulterebbe ancora più costo-efficace con un costo per QALY che varia da 7.000 a 13.000 Euro per QALY in base al numero di coorti vaccinate. Inoltre, l'adozione della vaccinazione con PCV13 risulterebbe economicamente giustificata già dopo il primo anno di adozione. **CONCLUSIONI:** I risultati delle nuove valutazioni economiche con i dati di effectiveness del PCV13 per le CAP e le IPD dimostrerebbero ancora che l'adozione di un programma di vaccinazione con PCV13 nei soggetti ≥65 anni di età in Italia è economicamente molto favorevole per il SSN in una prospettiva sia a breve che a lungo termine, indipendentemente dalla strategia di vaccinazione a una o più coorti adottata. I nuovi risultati, quindi, giustificano ancora di più le raccomandazioni della vaccinazione con PCV13 negli anziani già adottate in alcune Regioni Italiane e continuano ad essere una utile indicazione economica per i decisori delle altre Regioni nell'attesa di una estensione della raccomandazione a livello nazionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 343

REVISIONE DELLA LETTERATURA SUL COSTO-EFFICACIA DELLA VACCINAZIONE CONTRO IL PAPILLOMAVIRUS UMANO.

G. Giraldi 1; E. De Luca d'Alessandro 1.

1. Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE: Il Papillomavirus umano (HPV) è una delle più frequenti Malattie Sessualmente Trasmesse (MST). L'infezione cronica con determinati sottotipi è la causa principale di cancro dell'utero e lesioni precancerose. Si stima che almeno il 50% della popolazione adulta si infetti con il virus nel corso della vita. La prevalenza dell'infezione nei soggetti affetti dal tumore o da lesioni precancerose varia dall'85% al 99%. Secondo l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) oltre l'85% del carico globale di malattia si verifica nei paesi in via di sviluppo, dove rappresenta il 13% di tutti i tumori femminili. Ad alto rischio sono le regioni orientali e occidentali dell'Africa (Age Standardized Rates [ASR] superiore a 30 per 100.000), l'Africa meridionale (ASR 26,8 per 100.000), l'Asia meridionale e centrale (ASR 24,6 per 100.000), il Sud America e l'Africa equatoriale (ASR 23,9 e 23,0 per 100.000 rispettivamente). I tassi sono più bassi in Asia occidentale, Nord America e Australia / Nuova Zelanda (ASR meno di 6 per 100.000). Il cancro cervicale rimane il tumore più comune nelle donne solo in Africa Orientale, Asia Centrale e Melanesia. Diversi paesi hanno condotto specifiche valutazioni di costo-efficacia sulla vaccinazione HPV; l'OMS raccomanda che il rapporto costo-efficacia della vaccinazione venga stabilito prima di essere offerta come parte dei programmi nazionali di vaccinazione. Obiettivo di questo studio è di fornire una rassegna degli studi costo-efficacia pubblicati sulla vaccinazione. **MATERIALI E METODI:** La ricerca bibliografica è stata condotta sul database scientifico MEDLINE per identificare gli articoli focalizzati sul rapporto costo-efficacia della vaccinazione. L'identificazione degli articoli è stata effettuata analizzando i titoli e gli abstract scaturiti dai risultati della ricerca; il testo completo di tutti i lavori è stato recuperato e letto al fine di identificare i lavori da prendere in considerazione per la revisione. La ricerca è stata limitata agli articoli in lingua inglese e i risultati sono aggiornati a Maggio 2014. Sono state escluse dall'analisi, review, editoriali, lettere. Il razionale per eventuali criteri di esclusione è dovuto principalmente alla mancanza di pertinenza di informazioni sulla costo-efficacia. **RISULTATI:** I risultati della letteratura sono presentati secondo i differenti paesi. Negli Stati Uniti il costo per QALY (Quality Adjusted Life Years) guadagnato con l'aggiunta della vaccinazione alle dodicenni insieme alle pratiche di screening già esistenti varia da \$ 3,906 a \$ 14,723 a seconda della versione del modello applicato (coorte vs popolazione), se si assumono come fattori la herd immunity, il tipo di HPV bersaglio del vaccino (bivalente, quadrivalente) e se vengono inclusi i benefici sulla prevenzione dei tumore associati all'HPV (anali, vulvari, orofaringei). Un altro studio statunitense invece ha valutato l'efficacia della vaccinazione nelle donne over 30 dimostrando che i benefici sono modesti. Nel Regno Unito vaccinare le



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dodicenni con il vaccino quadrivalente, considerando una copertura dell'80%, è costo-efficace considerando il limite di spesa di circa 30.000 £ per QALY guadagnato, se la durata media della protezione offerta dal vaccino è più di 10 anni. Un modello statunitense adattato al contesto italiano, assumendo un tasso di copertura sempre dell'80% per la coorte delle dodicenni, ha stimato un risparmio dell'1.5% e del 3% rispettivamente per quanto riguarda benefici per la salute e costi medici direttamente associati. La vaccinazione HPV assieme ai programmi di screening attuali consentirebbe di evitare in Italia 1.432 casi di cancro del collo dell'utero (-63,3%) e 513 decessi (-63,4%) rispetto al solo screening, con un rapporto incrementale costo-efficacia (ICER) di € 9.569 per ogni ulteriore anno di vita aggiustato anche per la qualità della vita (QALY).

CONCLUSIONI: I risultati scaturiti dalla revisione degli studi economici dimostrano che la vaccinazione contro l'HPV produce benefici immediati dal punto di vista epidemiologico in termini di costi evitati specifici per i sistemi sanitari nazionali di ogni paese. Il rapporto costo-efficacia della vaccinazione contro l'HPV è stato confermato da vari studi anche se le stime variano a seconda delle ipotesi formulate. Gli studi considerati variano in base al tipo di modello utilizzato (dinamico, statico, ibrido) così come per l'assunzione rispetto al problema decisionale (prezzo del vaccino, outcomes, copertura vaccinale); per questo motivo una comparazione diretta può risultare impegnativa. Ad ogni modo i nostri risultati suggeriscono che i più importanti determinanti del costo efficacia sulla vaccinazione sono il prezzo del vaccino, l'efficacia della campagna di screening e il livello soglia costo-efficacia utilizzato. Tali risultati impongono ai decision-makers di superare ogni barriera che possa ostacolare il raggiungimento della tutela contro l'infezione da HPV. Sono auspicabili valutazioni future nei vari paesi alla luce dei risultati ottenuti che si concentrino sulle criticità che ancora sussistono.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 228

VACCINAZIONE ANTI-EPATITE B NEI PAZIENTI IN DIALISI CON VACCINO RICOMBINANTE ADIUVATO CON AS04

F. Fabrizi¹, P. Messa¹

¹ Ospedale Maggiore IRCCS – Policlinico Mangiagalli e Regina Elena – Milano

INTRODUZIONE: I pazienti in dialisi rimangono a rischio di acquisire l'infezione da virus dell'epatite B (HBV) ma hanno spesso un'insoddisfacente risposta immunitaria al vaccino anti-epatite B. E' stata riportata di recente una migliore immunogenicità del vaccino anti-epatite B ricombinante adiuvato con AS04 (Fendrix®) rispetto al vaccino ricombinante convenzionale (1,2). Ogni dose di Fendrix® contiene 20 mcg di antigene di superficie dell'epatite B, prodotto su cellule di lievito (*Saccharomyces cerevisiae*) ottenuto mediante tecnologia del DNA ricombinante e adiuvato con AS04, costituito da MPL (monofosforil-lipide A) e alluminio fosfato. E' stata di recente raccomandata la prevenzione vaccinale dell'epatite B nei soggetti con insufficienza renale cronica in dialisi cronica ed in fase pre-dialitica e che sono suscettibili di infezione da HBV, secondo la flow-chart riportata in Figura 1. Stiamo attualmente seguendo una coorte di pazienti in dialisi vaccinati con Fendrix®. Vengono qui riportati i dati preliminari relativi alla valutazione della risposta immunitaria al completamento del ciclo vaccinale. **MATERIALI E METODI:** Pazienti (n=75, età media=68.1±14aa) suscettibili di infezione da HBV e naive al vaccino, in dialisi di mantenimento (durata media trattamento sostitutivo=36.2±34 mesi), sono stati sottoposti a vaccinazione anti-epatite B secondo il seguente protocollo: quattro dosi (20 mcg ciascuna) di Fendrix® ai mesi 0, 1, 2, e 3 per via intramuscolare (regione deltoidea) nel braccio controlaterale a quello sede di fistola artero-venosa. Abbiamo deciso di somministrare in questi pazienti la 4a dose di vaccino al mese 3 invece che al mese 6 (come previsto dal Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto, RCP) al fine di migliorare potenzialmente l'immunogenicità del vaccino e aumentare la compliance dei pazienti al completamento della schedula. La risposta anticorpale a breve termine è stata misurata quattro settimane dopo la somministrazione della quarta dose. **RISULTATI:** Un mese dopo il completamento della schedula vaccinale 63 su 75 (84%) pazienti risultavano protetti ("responders", titolo anticorpale HBsAb ≥10 mUI/mL) mentre 12 erano "non-responders". Non è stata riscontrata differenza significativa tra "responders" e non-responders" riguardo ai seguenti parametri considerati: razza (asiatica, 9% vs 0%, NS), sesso (femminile, 55% vs 41.6%, NS), durata del trattamento sostitutivo (35.7±33 vs 38.8±42 mesi, P=0.7), diabete mellito (28% vs. 17%, NS). L'età anagrafica era maggiore nei pazienti "non-responders" e si avvicinava alla significatività (75.4±13 vs 67.2±15aa, P=0.08). **CONCLUSIONI:** Abbiamo ottenuto un tasso di sieroprotezione con il vaccino ricombinante adiuvato con AS04 migliore rispetto a quanto in precedenza da noi ottenuto con vaccino ricombinante standard (67%, 79/118) (3). Tale risultato è comunque inferiore a quanto riportato da Kong et al. (91%) (1) che aveva vaccinato con Fendrix® un'ampia



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

coorte di pazienti con insufficienza renale cronica con disegno controllato e randomizzato. Tuttavia in quello studio la popolazione era estremamente selezionata, in quanto aveva minore età anagrafica (58.7 ± 15 vs 68.1 ± 14 aa) e minore durata di terapia sostitutiva (15.1 ± 17 vs 36.2 ± 34 mesi) rispetto a quella da noi studiata; inoltre molti pazienti erano in fase pre-dialitica (46% vs 0%), e il vaccino era stato somministrato secondo la schedula autorizzata nel RCP (mesi 0,1,2,6). I nostri risultati indicano una migliore immunogenicità di Fendrix® rispetto al vaccino ricombinante convenzionale nei pazienti in dialisi. Sono in corso inoltre studi atti ad identificare i fattori predittivi di risposta a questo vaccino nella popolazione in dialisi periodica, e la persistenza nel tempo degli anticorpi anti-HBsAg nei pazienti in dialisi che sono risultati “responders”.

Bibliografia

1. Kong NC, et al. *Kidney Int.* 2005; 68: 2298–2303
2. Polito P, et al. *Giorn It Nefrol* 2011; 28: 525-530
3. Fabrizi F, et al. *Nephron* 1996; 72 (4): 536-43



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 232

EPATITE B: I SOGGETTI A RISCHIO SOTTOPOSTI A SCREENING NEL NOSTRO PAESE VENGONO VACCINATI CONTRO L'HBV? RISULTATI DI UN QUESTIONARIO SOMMINISTRATO ONLINE A UN PANEL DI ESPERTI

P. Bonanni¹, A. Ahmad², A. Bechini¹, S. Boccalini¹, Q. Vinh Nguyen², I. Veldhuijzen³, J. H. Richardus⁴, R. Reintjes², M. Levi¹

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

2 Department of Health Sciences, Hamburg University of Applied Sciences, Hamburg, Germany

3 Division of Infectious Disease Control, Public Health Service Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam, The Netherlands

4 Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands

INTRODUZIONE: L'Italia, analogamente agli altri paesi dell'Europa Occidentale e a quelli del Nord Europa, è un paese con bassa prevalenza per epatite B. Tuttavia questa patologia rappresenta ancora un problema di Sanità Pubblica, specialmente per particolari fasce della popolazione. La vaccinazione è considerata l'arma più efficace per la prevenzione dell'infezione e delle sue conseguenze. Il presente studio fa parte del Progetto Europeo "HEPSCREEN" ed ha lo scopo di analizzare le attuali pratiche di vaccinazione in Italia verso determinate categorie di soggetti a rischio quando vengono sottoposti a screening per epatite B, in caso di risultato negativo del test, e per le donne in stato di gravidanza, per le quali lo screening è garantito su tutto il territorio nazionale. I gruppi a rischio considerati comprendono tossicodipendenti, prostitute, pazienti HIV o HCV positivi, contatti di pazienti HBV positivi, operatori sanitari, richiedenti asilo politico e migranti provenienti da paesi con intermedia o alta endemia. Lo studio ha previsto anche la raccolta dell'informazione circa la eventuale necessità di co-pagamento per la prestazione da parte dei soggetti a rischio. **MATERIALI E METODI:** Le informazioni sono state reperite tramite sei questionari predisposti ad hoc e somministrati via web tra Luglio e Settembre 2012 a un panel di esperti composto da figure istituzionali operanti nell'ambito del Ministero della Salute, rappresentanti delle associazioni dei pazienti, esperti di Sanità Pubblica, rappresentanti delle associazioni dei medici di medicina generale, ginecologi, ostetriche, operatori sanitari degli ambulatori per le malattie sessualmente trasmesse, operatori sanitari coinvolti nella cura dei richiedenti asilo politico e specialisti epatologi, gastroenterologi e infettivologi. In Tabella 1 sono specificati i sottogruppi di popolazione presi in considerazione in ciascun questionario. L'analisi descrittiva è stata ristretta alle risposte di coloro che nella sezione precedente del questionario avevano indicato che lo screening è offerto "sistematicamente" o "a volte" (escludendo le risposte di chi aveva indicato "no" o "non so") ai gruppi a rischio considerati. Il denominatore cambia di volta in volta a seconda del gruppo di esperti intervistati in relazione agli specifici sottogruppi di popolazione e in relazione alle risposte fornite dagli esperti nella sezione dedicata alle pratiche di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

screening. **RISULTATI:** Rispetto alle raccomandazioni delle linee guida nazionali e internazionali è stato evidenziato che non sempre i gruppi identificati come prioritari per la vaccinazione sono sottoposti alla stessa dopo aver effettuato lo screening, in caso di risultato negativo del test. I risultati sono riportati in Tabella 2. In particolare, il 25% degli esperti (7/28) ha riportato che i soggetti HCV positivi sono soltanto sporadicamente vaccinati contro l'HBV, e non sistematicamente, come raccomandato, e per il 18% (5/28) i pazienti con epatite C cronica sottoposti a screening non vengono vaccinati. L'immunizzazione è offerta solo occasionalmente anche ai migranti provenienti da aree endemiche, secondo l'opinione della maggior parte degli intervistati (10/18; 56%). Incertezza circa le pratiche di vaccinazione dei richiedenti asilo politico è stata riportata da un'elevata proporzione di partecipanti (5/8; 63%). Le donne in gravidanza, se identificate a rischio allo screening prenatale, non vengono vaccinate dopo il parto secondo i due terzi (21/32) degli intervistati.

Per quanto riguarda l'eventuale necessità di co-pagamento per la effettuazione della vaccinazione, la maggior parte dei partecipanti ha sottolineato la gratuità della prestazione per tutti i sottogruppi presi in considerazione. **CONCLUSIONI:** Per far sì che l'eliminazione dell'epatite B diventi un obiettivo realistico e raggiungibile è necessario approntare protocolli standardizzati nei confronti delle categorie a rischio. I risultati dello studio possono essere utilizzati dai decisori politici per implementare gli attuali programmi di vaccinazione e colmare gli scostamenti tra le raccomandazioni degli organismi scientifici nazionali e internazionali e ciò che avviene nella pratica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 320

STUDIO SIEROEPIDEMIOLOGICO SU UNA COORTE DI SOGGETTI ANZIANI VERSO CEPPI INFLUENZALI DI TIPO A/H3N2

I. Manini¹, V. Costanzo¹, V. Warren¹, E. Montomoli¹

¹ Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena. Siena.

INTRODUZIONE: L'influenza è una malattia respiratoria acuta provocata da virus appartenenti alla famiglia Orthomyxoviridae; L'influenza costituisce un importante problema di Sanità Pubblica a causa delle sue caratteristiche epidemiologiche di estrema complessità: elevata capacità di trasmissione, ampio spettro d'ospite ed enorme potenziale di variabilità antigenica.

Il principale problema legato alla diffusione dell'influenza è rappresentato dall'incredibile capacità del virus di mutare continuamente a livello genetico e antigenico. Questa particolare capacità, infatti, permette al virus influenzale di eludere la barriera immunitaria e di diffondersi senza ostacoli, causando ogni anno numerosi casi. La variabilità delle caratteristiche genetiche e antigeniche è una peculiarità dei virus influenzali di tipo A e in misura minore di quelli di tipo B. Al continuo cambiamento del virus sono soprattutto interessati gli antigeni di superficie, e in modo particolare l'emoagglutinina. Nel seguente lavoro è stato condotto uno studio sieroepidemiologico su una coorte di soggetti anziani, al fine di determinare la presenza di anticorpi cross-reattivi verso diversi strain influenzali del sottotipo A/H3N2. Lo studio è stato condotto su 202 campioni di siero raccolti nel 2005, di cui metà donne e metà uomini, provenienti dalla Sieroteca interna del laboratorio di Epidemiologia Molecolare dell'Università di Siena. I test sono stati eseguiti con il metodo HI, una metodica sierologica che rileva aspecificamente la presenza di anticorpi. Le linee guida internazionali stabiliscono che soggetti con un titolo in HI ≥ 40 sono da considerarsi sieroprotetti; in accordo con queste linee guida sono stati interpretati i risultati ottenuti da ciascun test. **MATERIALI E METODI:** Il test HI (hemagglutination inhibition) è un saggio sierologico comunemente utilizzato per determinare la presenza di anticorpi specifici verso l'emoagglutinina. Questo metodo sfrutta la tendenza dell'HA di legarsi all'acido sialico presente sulla superficie dei globuli rossi, provocando la loro agglutinazione.

Il test HI, descritto per la prima volta da Hirst nel 1942 e successivamente modificato da Salk nel 1944, viene attualmente svolto su piastre per microtitolazione; la tecnica prevede l'aggiunta di 4 unità emoagglutinanti del virus a un siero diluito serialmente, un periodo di incubazione e infine l'aggiunta di globuli rossi per determinare se gli anticorpi si sono legati specificatamente all'emoagglutinina. La più alta diluizione del siero alla quale è presente emoagglutinazione è definita come il titolo HI. Generalmente titoli maggiori di 40 sono considerati i valori soglia oltre i quali il soggetto presenta gli anticorpi specifici e viene quindi considerato protetto dal virus. Il test HI rileva tutti gli anticorpi, senza distinguere tra quelli funzionali e non ed è tutt'ora il principale saggio utilizzato dall'OMS per la sorveglianza globale del virus influenzale. **RISULTATI:** Sono stati



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

analizzati tramite metodo HI, 202 campioni di siero prelevati nel 2005, di cui 101 femmine e 101 maschi. Lo stato vaccinale e lo stato di salute dei soggetti impiegati non è stato preso in considerazione per mancanza d'informazioni. I sieri appartengono tutti a individui ultrasessantenni; la scelta della fascia di età considerata è molto importante per due ragioni: i soggetti ultrasessantenni sono stati esposti nel corso degli anni a moltissime varianti del virus influenzale e hanno di conseguenza una maggiore probabilità di aver sviluppato anticorpi cross-reattivi; pur non conoscendo lo stato vaccinale dei soggetti utilizzati nello studio, rientrando questi nella categoria di soggetti a rischio per cui la vaccinazione è fortemente consigliata e offerta gratuitamente, è probabile che almeno una parte di essi sia stata vaccinata con un vaccino adiuvato che, come detto in precedenza, tende ad aumentare il fenomeno di cross-reattività degli anticorpi. I sieri sono stati testati per quattro strain virali: A/California/7/2004; A/Wisconsin/67/2005; A/Victoria/210/2009 e infine per A/Victoria/361/2011. Da quando sono emersi per la prima volta nel 1968, i virus A/H3N2 tendono a essere epidemiologicamente dominanti durante le epidemie stagionali di influenza e sono associati a una maggiore morbilità e mortalità rispetto a virus A/H1N1. Dei quattro strain analizzati due hanno circolato contemporaneamente all'acquisizione dei campioni (A/California/7/2004 e A/Wisconsin/67/2005) e due hanno circolato successivamente (A/Victoria/210/2009 e A/Victoria/361/2011). I soggetti che presentavano un titolo anticorpale maggiore o uguale a 1:40 sono stati considerati sieroprotetti verso il ceppo virale testato; contrariamente i soggetti che presentavano un titolo anticorpale minore di 1:40 sono stati considerati non sieroprotetti. Lo strain verso il quale il maggior numero di soggetti è risultato essere sieroprotetto è stato il A/Wisconsin/67/2005, per il quale l'84,1% dei sieri testati presentavano anticorpi specifici; il 54,40% era sieroprotetto per il ceppo A/California/7/2004 mentre il 50,40% era protetto per lo strain A/Victoria/210/2009; infine il ceppo A/Victoria/361/2011 con il 40,00% di soggetti presentanti gli anticorpi specifici è risultato essere quello con la minor percentuale di sieroprotetti. CONCLUSIONI: I risultati hanno mostrato che i ceppi virali A/California/7/2004 e A/Wisconsin/67/2005 sono quelli per i quali la maggior percentuale di soggetti ha presentato un titolo anticorpale $\geq 1:40$. Entrambi questi strain hanno circolato ampiamente nelle stagioni influenzali 2004-2005 e 2005-2006 sia in Italia sia in Europa, come riportato dai rapporti annuali del CDC. È probabile inoltre, considerando la coorte di soggetti over 60, che una buona parte di questi sia stata vaccinata nella stagione influenzale 2004/2005; la componente vaccinale A/H3N2 per questa stagione era rappresentata dallo strain A/Wyoming/3/2003. Gli strain A/Victoria/210/2009 e A/Victoria/361/2011 hanno mostrato delle percentuali di soggetti sieroprotetti più basse rispetto ai primi due ceppi considerati. I virus A/Victoria/210/2009 e A/Victoria/361/2011 sono circolati rispettivamente nel 2009-2010 e nel 2011-2012, ovvero in un periodo di tempo successivo alla raccolta dei campioni analizzati. L'ipotesi è che la presenza di una percentuale non trascurabile di sieri con un titolo anticorpale protettivo per questi due ceppi sia da attribuire, anche in questo caso, a un fenomeno di cross-immunità. La cross-immunità può



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

essere acquisita sia in seguito a un'infezione naturale sia in seguito alla vaccinazione, specialmente se nel vaccino sono contenuti degli adiuvanti. Questo fenomeno, unito alla vicinanza filogenetica dei quattro strain analizzati, potrebbe spiegare perché anticorpi presenti in sieri raccolti nell'anno 2005 risultano protettivi anche per degli strain che si sono evoluti diversi anni dopo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 329

ADESIONE ALLA VACCINAZIONE CONTRO L'HPV DELLE DONNE DI DODICI ANNI RESIDENTI NELLA CITTA' DI L'AQUILA NEL PERIODO 2008-2012

F.Marra 1; S.Guida 1; A.R.Giuliani 1; M.Fabiani 2; L.Fabiani 1.

1. Università degli Studi Di L'Aquila, Dipartimento di Medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente;

2. Azienda Ospedaliera San Salvatore, Servizio di Prevenzione, ambulatorio delle vaccinazioni, L'Aquila.

INTRODUZIONE: I Papilloma Virus sono una numerosa famiglia di virus a DNA con spiccato tropismo per le cellule epiteliali della cute e delle mucose. Essi sono gli agenti maggiormente responsabili dei carcinomi del canale cervicale e delle verruche genitali.

Il tumore della cervice è una delle neoplasie più frequenti nella popolazione femminile. Essendo il carcinoma del canale cervicale una delle principali cause di morbidità e mortalità nelle donne dei Paesi Occidentali, per limitarne i danni, si è cercato di adottare metodi preventivi sia secondari, attraverso l'ausilio dello screening di massa, sia primari, attraverso l'introduzione del vaccino atto a prevenire la comparsa delle infezioni genitali.

Per cercare di ridurre al minimo il numero di persone infette e le patologie collaterali all'infezione da HPV, si cerca di promuovere la popolazione a rischio ad adottare un atteggiamento preventivo, e si cerca di spingerli verso l'adesione all'inoculazione del vaccino, che in Italia viene offerto gratuitamente a tutte le donne di età > ai 12 anni. **MATERIALI E METODI:** In questo lavoro si riporta il numero di vaccinazioni effettuate dal servizio di vaccinazioni della ASL 04- L'Aquila nel periodo di tempo compreso fra il 2008 e il 2012. Per ogni anno considerato, vengono esaminate le coorti delle dodicenni sottoposte a vaccinazione e il rispetto delle dosi previste per la prevenzione di tale patologia. Tali dati sono poi confrontati con il numero di dosi proposte dal Ministero della Salute nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012/2014. **RISULTATI:** Dall'anno 2008 all'anno 2012, sono state inoculate su coorti di ragazze dodicenni, circa 3838 dosi totali di vaccino contro l'HPV.

Il totale delle ragazze invitate alla vaccinazione è risultato essere pari a 2024.

1336 (66 %) di esse hanno risposto alla chiamata sottoponendosi ad una prima dose di vaccino. 1138 hanno assunto la seconda dose e solo 980 hanno terminato il ciclo delle tre dosi previste.

CONCLUSIONI: I risultati ottenuti da questa indagine, rilevano una moderata adesione delle ragazze di 12 anni di età e delle loro famiglie alla campagna vaccinale anti HPV.

La mancata inoculazione delle tre dosi consigliate dal Ministero della sanità riduce l'efficacia del vaccino determinando una riduzione della protezione nei confronti del virus con conseguente possibilità di contrarre l'infezione nonostante l'inoculo di una o due dosi del vaccino.

Dai risultati ottenuti, si evidenzia il non raggiungimento degli obiettivi proposti dal ministero della Salute dettati nel Piano di Prevenzione Vaccinale del triennio 2012-2014 che sono stati fissati con il



**47°
CONGRESSO
NAZIONALE**

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

raggiungimento di coperture vaccinali per 3 dosi di HPV $\geq 70\%$ nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001.

Dalle riflessioni esposte finora, emerge che i risultati attesi dipendono non solo dalla compliance degli utenti, i quali devono essere adeguatamente informati, ma anche dalla capacità dei servizi pubblici di individuare le coorti a cui viene offerta la vaccinazione, di verificarne l'adesione e di predisporre richiami attivi, sia per eventuali dosi di richiamo che per interventi successivi di informazione e inviti allo screening.

Questa vaccinazione va contestualizzata all'interno di un più ampio intervento di prevenzione e sensibilizzazione ed è necessario quindi rinforzare la formazione dei pediatri di base e dei medici di medicina generale nonché dei genitori sull'importanza di tali misure preventive.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 640

INFLUENZA E VACCINO ANTINFLUENZALE: CONOSCENZE E ATTITUDINI NELLE DONNE IN GRAVIDANZA

M Maurici 1; V Dugo 2; MG Pellegrini 3; E Baiocco 3; L Zaratti 4; L Paulon 1; E Franco 4

1 Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Lab. SOS-SSN, Università di Roma Tor Vergata;

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma Tor Vergata;

3 Ospedale San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli - Isola Tiberina - Roma;

4 Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata;

INTRODUZIONE: In Italia l'influenza rappresenta la terza causa di morte per patologia infettiva dopo Aids e tubercolosi (fonte MinSal). L'influenza contratta in gravidanza può comportare un aumento di complicanze per la gestante. Per questo motivo nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (PNPV) sono state inserite tra le categorie target le gestanti che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza. Sulla base del PNPV si è voluto valutare le conoscenze delle donne riguardo il vaccino antinfluenzale in gravidanza.

MATERIALI E METODI: È stato approntato un questionario basato sul modello proposto da Yudin nel 2009, tradotto e riadattato alle necessità italiane. Dal 1/10/2013 al 1/12/2013 sono stati somministrati 309 questionari a tutte le gestanti nel terzo trimestre di gravidanza che si recavano per un controllo presso l'Ambulatorio Ostetrico e Ginecologico dell'Ospedale SGC-Fatebenefratelli, nei primi tre giorni della settimana. Il questionario, anonimo, veniva consegnato direttamente alle donne e poi recuperato dalla persona incaricata della somministrazione. Comprendevo oltre a due domande riguardanti età e nazionalità, 12 domande riassunte in 3 gruppi. In tutte le domande è stata prevista la possibilità di esprimere la risposta "non so". Tutti i dati dei questionari sono stati inseriti in un foglio di calcolo Excel per effettuare l'analisi statistica dei dati. **RISULTATI:** I 309 questionari sono stati tutti compilati e restituiti. Tutti hanno risposto alle domande in modo completo. Le risposte "non so" sono state omesse dai risultati in quanto ricavabili dalla differenza delle risposte positive e negative. Il 92% delle donne risulta di nazionalità italiana mentre il 6,5% appartiene ad un'altra nazionalità. L'età media delle gestanti italiane è 34 (+/- 4,8); per le donne straniere 31 (+/- 5,1). Le domande del primo gruppo riguardavano le conoscenze sull'influenza in generale. Il 68,9% ritiene l'influenza altamente contagiosa, il 20,4% non la ritiene tale; riguardo la stagione in cui l'influenza si manifesta più frequentemente (domanda a risposta multipla) il 52,4% ha risposto in Inverno, il restante si orientava su risposte differenti più o meno scorrette. Sulla correlazione tra complicanze dell'influenza e ricovero ospedaliero, il 35,9% la ritiene possibile mentre circa il 50% no; Alla domanda che chiedeva se i bambini venivano ricoverati a causa dell'influenza più frequentemente degli adulti il 53,1% risponde vero mentre un 19,4% risponde falso. Alla domanda se le donne in gravidanza hanno lo stesso rischio di complicanze delle donne non in gravidanza rispondono vero il 34,6%, falso il 38,6. Il secondo gruppo verte sull'informazione



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nei confronti del vaccino antinfluenzale: il 39,8% lo ritiene sicuro, il 22,3% no; sull'efficacia del vaccino il 55,6% lo reputa tale, il 13% no. Solo 5,8% è a conoscenza di essere ricompresa nella popolazione target per tale vaccinazione mentre il 32,7% no. Sulla sicurezza del vaccino per le gestanti solo il 14,2% sa che è sicuro, il 19,7% propende per la non sicurezza. Sui possibili danni al feto del vaccino, il 13,9% lo ritiene vero, il 15,9% risponde che il vaccino non provoca danni al feto. Il terzo gruppo indaga le attitudini delle donne nei confronti del vaccino antinfluenzale. Del campione analizzato il 7,1% afferma di essersi vaccinato nell'arco della sua vita. Tra questi la maggior parte riferisce di averlo fatto per motivi di lavoro (40%); le altre risposte si dividono su tipologie diversificate. Su questo punto si è chiesto di esplicitare il motivo per cui non si sono mai vaccinate: solo il 40,7% ha dato una spiegazione: la maggioranza (48,3%) perché non lo ritiene necessario, il 28,4% afferma di essere contrario, il 22,4% sostiene che non gli è stato mai consigliato, lo 0,9% adduce una falsa controindicazione per la vaccinazione. La domanda finale indagava se, in accordo col PNPV, fosse stata proposta la vaccinazione alle gestanti. Al 98,4% (304/309) delle gestanti non è mai stata proposta la vaccinazione mentre all'1% (3/309) è stata proposta; di quest'ultime a 2 è stata consigliata dal medico di famiglia e a 1 dal ginecologo. Nessuna ha effettuato la vaccinazione o perché contraria o perché sconsigliata dal ginecologo.

CONCLUSIONI: Lo studio mette in evidenza la netta discrepanza tra le forti raccomandazioni del PNPV e la realtà emersa dallo studio. Infatti per quanto riguarda le conoscenze sulla contagiosità dell'influenza si raggiungono percentuali di risposte corrette intorno al 70%, mentre la percezione dell'aumentato rischio di complicanze non supera il 40%. Le attitudini delle gestanti verso il vaccino confermano la non accettazione della profilassi. Infatti nessuna ha eseguito la vaccinazione anti-influenzale. Questo dato dovrebbe essere un input forte per gli organi preposti ad esercitare da un lato una campagna informativa sulla popolazione target e dall'altro una formazione adeguata rivolta alle figure professionali coinvolte in tale delicata tematica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 585

SORVEGLIANZA E VACCINAZIONE DELL'INFLUENZA IN LOMBARDIA DAL 2003/2004 AL 2013/2014

E. Pariani^{1,3}, A. Amendola^{1,3}, A. Piatti², G. Anselmi¹, A. Ranghiero¹, L. Bubba¹, A. M. Rosa², L. Coppola², M. Gramegna², A. Zanetti^{1,3}

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano.

² Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano.

³ Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI), Università di Genova, Genova.

INTRODUZIONE: Il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza InNet, coordinato dal Ministero della Salute, si avvale della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI), dei medici sentinella, della rete dei laboratori periferici per l'influenza e degli Assessorati regionali alla Sanità. L'obiettivo principale della sorveglianza epidemiologica è quello di stimare l'incidenza settimanale della sindrome influenzale (influenza-like illness, ILI) durante la stagione invernale in modo da rilevare la durata e l'intensità dell'epidemia. La sorveglianza virologica si pone come obiettivo il monitoraggio dei tipi e sottotipi di virus influenzali circolanti e la valutazione del loro match antigenico/genetico con i ceppi vaccinali.

Come centro di riferimento regionale per la sorveglianza dell'influenza, riportiamo i dati di copertura vaccinale, il profilo epidemiologico e virologico dell'influenza in Lombardia durante le ultime 10 stagioni influenzali (dal 2003/2004 al 2013/2014). **MATERIALI E METODI:** La rete di sorveglianza è costituita da medici sentinella che hanno il compito di segnalare settimanalmente i nuovi casi di ILI osservati tra i propri assistiti e di raccogliere campioni respiratori per le indagini virologiche.

I dati epidemiologici vengono trasmessi settimanalmente al CIRI e qui elaborati.

I campioni respiratori sono inviati al laboratorio di riferimento per l'identificazione e l'analisi dei virus influenzali, condotte con metodi molecolari (real-time RT-PCR e sequenziamento). **RISULTATI:** Negli ultimi dieci anni, la copertura vaccinale è diminuita sia nella popolazione generale (dal 14,7% nel 2003/2004 all'11,4% nel 2012/2013), sia nella popolazione target (persone ≥65 anni) (dal 60,9% al 48,2%), con valori molto inferiori rispetto all'obiettivo minimo del 75%.

Le epidemie influenzali analizzate presentavano profili epidemiologici differenti. I valori di incidenza di ILI più elevati sono stati registrati durante le epidemie del 2004/2005 e 2009/2010 (incidenza di ILI al picco: 12,04% e 13,28%, rispettivamente). Entrambe queste stagioni sono state caratterizzate dall'introduzione di un nuovo ceppo influenzale: una variante driftata del virus A(H3N2) (A/Fujian/411/2002) nel 2004, e il virus A(H1N1) quadruplo riassortente d'origine suina del 2009 (A/California/7/2009). Poiché la corrispondenza antigenica/genetica tra i ceppi circolanti e quelli inclusi nel vaccino era buona in entrambe le stagioni, una percentuale rilevante di casi verificatisi durante queste epidemie avrebbe potuto essere evitata mediante la vaccinazione. Una



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

situazione diversa è stata osservata durante la stagione 2011/2012, quando l'impatto dell'infezione da virus A(H3N2) è stato particolarmente rilevante negli individui ≥ 65 anni, con morbosità di ILI da 1,5 a 6 volte superiori rispetto a quella registrata nelle altre epidemie analizzate. Di fatto, la stagione 2011/2012 è stata caratterizzata dalla circolazione di virus A/Victoria/361/2011(H3N2)-like, variante contraddistinta da un limitato match con il ceppo A(H3N2) incluso nel vaccino (A/Perth/16/2009 (H3N2)-like).

Il rischio di infezione da virus influenzale (il numero di infezioni di influenza laboratorio-confermate rispetto al numero totale di soggetti con ILI) è risultato sempre considerevole nella fascia d'età 0-14 anni ed è aumentato nelle ultime stagioni anche tra gli over-65, probabilmente anche in conseguenza alla diminuzione della copertura vaccinale in questo gruppo.

L'analisi filogenetica del gene HA dei virus influenzali identificati nel corso delle ultime dieci epidemie ha mostrato diversi modelli evolutivi dei tipi/sottotipi virali circolanti. Il virus A(H3N2) ha mostrato una rapida evoluzione che ha portato a un continuo cambiamento delle caratteristiche antigeniche del virus e, di conseguenza, ad un continuo aggiornamento del ceppo H3N2 incluso nel vaccino. Il virus A(H1N1)pdm09, introdotto nella popolazione umana nel 2009, ha completamente sostituito i ceppi H1N1 umani circolanti precedentemente. Infine, l'analisi filogenetica dei virus influenzali B ha mostrato la co-circolazione di virus appartenenti a entrambi i lineage durante le stagioni considerate. **CONCLUSIONI:** Il monitoraggio continuo delle caratteristiche dei virus circolanti è uno strumento essenziale per monitorare il match tra i ceppi vaccinali e circolanti. Lo studio delle caratteristiche genetiche dei virus influenzali rappresenta uno strumento fondamentale per comprendere gli aspetti epidemiologici e per valutare la performance del vaccino.

Le coperture vaccinali devono essere implementate; lo studio dell'impatto dell'influenza (eccesso di morbidità e mortalità, quota di casi prevenibili) nella popolazione lombarda potrebbe rafforzare l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in modo da favorirne il rilancio sia nella popolazione generale sia nella popolazione target.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 325

PROGRAMMA DI OFFERTA GRATUITA DEL NUOVO VACCINO CONTRO LO PNEUMOCOCCO A FAVORE DEI NEO 65 – 70 – 75ENNI.

E. Chermaz 1; A. Pierdonà 1; R. Antoniazzi 1; S. Cinquetti 2.

1 Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene Sanità Pubblica, ULSS 7, Pieve di Soligo

2 Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo

INTRODUZIONE: L'Azienda ULSS 7 del Veneto, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali degli otto Comuni facenti parte del "Quartier del Piave e Vallata" ha avviato nel 2014 lo studio "Sviluppo dei Servizi Socio Sanitari attivi nel territorio del Quartier del Piave e Vallata" per l'analisi di un profilo di comunità e per la definizione di un progetto di implementazione e miglioramento dei Servizi Socio Sanitari già presenti nel territorio. Dall'analisi è emerso che l'offerta preventiva nel territorio citato ha già validi livelli di adeguatezza come per esempio nella profilassi delle malattie infettive e dell'offerta vaccinale. Inoltre, l'incremento della speranza di vita rende i pazienti con malattie croniche, legate all'età, più a rischio di complicanze gravi da malattie infettive. Da qui la scelta di implementare ulteriormente l'offerta preventiva attraverso un innovativo programma di vaccinazione contro lo pneumococco, utilizzando un nuovo vaccino 13-valente coniugato per offrirlo, gratuitamente, ai neo65–70-75enni (per l'anno 2014 alle classi di nascita 1949, 1944 e 1939). E che consentirà, nell'arco dei 5 anni l'immunizzazione di ben 15 coorti di nascita (dal 1939 al 1953). **MATERIALI E METODI:** Metodi

Ogni assistito, prima della convocazione a vaccinazione ha ricevuto una lettera di preavviso per sensibilizzare sull'importanza della vaccinazione nel prevenire le malattie da pneumococco. La lettera era a firma congiunta Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria e Sindaco del Comune di residenza dell'assistito. Anche i Medici di Medicina Generale sono stati preventivamente avvisati sull'avvio della Campagna vaccinale. Successivamente ogni assistito ha ricevuto la lettera invito a vaccinazione completa di data, orario e sede per la prestazione. E' stata inoltre offerta l'opportunità di poter contattare, o il proprio Medico di Medicina Generale o gli operatori del Servizio Vaccinale per eventuali ulteriori informazioni. I dati vaccinali sono stati registrati nel software Regionale On.Vac per permettere le successive elaborazioni dei dati e calcolo delle coperture. **RISULTATI:** Risultati

Sono stati invitate, nell'arco di 3 mesi le tre coorti (coorte 1949 n. 476 –coorte 1945 n. 444 – coorte 1939 n. 434). Al momento attuale la campagna vaccinale è ancora in corso. Per quel che riguarda la coorte 1949, già tutta convocata, la copertura è del 50%, in linea con le campagne vaccinali antipneumococciche precedenti.

CONCLUSIONI: Considerati i costi legati alle malattie invasive da Pneumococco, anche in termini di gravità, la vaccinazione antipneumococcica di soggetti anziani appare un intervento di sanità pubblica di elevato valore. Sicuramente una collaborazione stretta tra vari attori come Azienda Sanitaria, Amministrazioni Comunali, Medici di Medicina Generale può creare quelle alleanze utili per condividere e raggiungere obiettivi comuni di salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 206

LA PROFILASSI VACCINALE PER MALATTIA PNEUMOCOCCICA NEL PAZIENTE RICOVERATO IN LUNGODEGENZA E PER MALATTIA NEUROPSICHIATRICA

L.Sofia 1; M.Di Resta 1; A. Mazzitelli 2

1. Casa di cura Alma Mater s.p.a. Villa Camaldoli

2. Università Degli Studi di Napoli Federico II- Dottorato in Economia e Management delle Aziende ed Organizzazioni Sanitarie

INTRODUZIONE: La profilassi vaccinale è indispensabile nella prevenzione delle malattie infettive (soprattutto a trasmissione aerea). Il Ministero della Salute (PNPV 2012-2014) ed il BOARD SITI (Indicazioni del Board del Calendario Vaccinale per la Vita in merito alla vaccinazione antipneumococcica dei soggetti a rischio - Stagione 2013-14), hanno individuato i soggetti a rischio. In particolare, la profilassi vaccinale è indicata per tutti i degenti in quei luoghi sanitari e sociosanitari di cura quali RSA, Lungodegenze, Riabilitazioni estensive, Riabilitazioni psichiatriche dove la degenza

- si protrae per una media di 45-60gg
- la giornata trascorre con socialità attiva in luoghi chiusi
- il paziente viene dimesso e frequentemente riammesso dopo breve periodo trascorso a domicilio.

Obiettivi e scopi

Nella Casa di Cura Villa Camaldoli di Napoli, struttura di ricovero per pazienti di neurologia, psichiatria e di lungodegenza, la Direzione Sanitaria ha aderito alla Campagna Vaccinale Pneumococcica della Regione Campania nel Febbraio 2013 (D.G.R.C. n.87 del 24/07/2013), ritenendo tale opportunità vaccinale utile al processo di ricovero per evitare :

- interruzioni del progetto riabilitativo e/o interferenze al processo di cura a causa di patologie/complicanze
- costi aggiuntivi da sostenere per cure non previste (antibiotici, broncodilatatori, cortisonici...) o trasferimenti a struttura di ricovero per acuti
- compromissione della salute degli operatori sanitari
- danno di immagine

Lo studio avviato contestualmente all'avvio della profilassi vaccinale (1 Febbraio 2013) è tutt'ora in itinere. L'unico periodo di sospensione (dicembre 2013-aprile 2014) è stato dettato da una mancata distribuzione dei vaccini da parte dell'ASL competente per territorio. MATERIALI E METODI: Metodologia scientifica: studio di incidenza dal 1 Febbraio 2013 al 30 Aprile 2014 Metodologia: identificazioni soggetti a rischio , somministrazione del vaccino , creazione ed aggiornamento dell'anagrafe vaccinale intrastrutturale , analisi dei dati trimestrale. RISULTATI: Le



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

tabelle A e B, aggiornate al 30 Aprile 2014, mostrano come la profilassi sia stata attuata e quali risultati siano stati raggiunti.

Un unico caso di effetto collaterale (dermatite) si è verificato in un paziente

ultrasessantacinquenne senza altri fattori di rischio. **CONCLUSIONI:** Nelle attività di profilassi sono state individuate due importanti criticità con relative azioni correttive

1. alcuni raggruppamenti sanitari della struttura, alla data odierna, hanno ostentato resistenza a vaccinare i propri degenti (sacche di resistenza)

2. l'informazione scientifica non ha sufficientemente sensibilizzato i medici della base operativa.

Al fine di risolvere entrambe le criticità ed essere più efficaci nella profilassi, la Direzione ha deciso di:

Predisporre una tavola rotonda due volte l'anno tra i medici, la direzione sanitaria, gli specialisti e un esponente del Servizio Epidemiologia e Prevenzione dell'ASL Na1Centro con la finalità di:

☐ - informare ed educare alla profilassi vaccinale in regime di ricovero

☐ - analizzare periodicamente i dati che mostrano i benefici aziendali ottenuti dalla profilassi vaccinale pneumococcica e quindi l'effectiveness della esperienza vaccinale aziendale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 570

VACCINAZIONE CONTRO L'HPV NELL'ASL MILANO : MOTIVAZIONI DELLA MANCATA ADESIONE E RUOLO DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA NEL PROCESSO DECISIONALE

D. Beretta¹, F. Laviola², M. Faccini², M.C. Bonazzi¹

¹ Dipartimento di Scienze della Salute – Università di Milano Bicocca; ASL 2 Milano

INTRODUZIONE: Introduzione/Obiettivo

Il primo vaccino contro l'infezione da HPV è stato introdotto nel 2006 e fin da subito ha suscitato perplessità, generando controversie e domande relative alla sua efficacia e sicurezza.

Ad oggi, sono innumerevoli gli studi che hanno analizzato questi due aspetti, definendo il vaccino assolutamente sicuro, sedando i dubbi riguardo agli effetti collaterali collegati al sistema nervoso centrale, ad interazioni con altri vaccini e alla possibile riattivazione di lesioni HPV-correlate già esistenti. Inoltre le più recenti evidenze hanno dimostrato come il vaccino sia altamente efficace nel prevenire malattie connesse al virus HPV e come la protezione sia superiore al 90%.

Considerando che l'HPV è il più comune agente eziologico connesso a malattie trasmesse sessualmente e come sia ormai assodato il suo ruolo patogenetico nello sviluppo del carcinoma della cervice uterina e di altri tumori, si può capire quanto il vaccino sia utile e come sia importante somministrarlo prima dell'inizio dell'attività sessuale. In Italia si stima che l'8% delle ragazze tra i 14 e i 24 anni sia tutt'ora infetta da un sierotipo di virus HPV ad alto rischio (16- 18). Il nuovo Piano Nazionale della prevenzione 2012-2014 raccomanda fortemente il vaccino a tutte le ragazze al compimento dei 12 anni.

Nonostante le suddette raccomandazioni, i livelli di copertura in Italia (e nel mondo) rimangono tra i più bassi fra tutte le vaccinazioni consigliate. Solo il 68,5% delle dodicenni italiane nate nel 1997 è vaccinata correttamente.

Per incrementare il livello di copertura è molto importante cercare di capire quali siano i fattori che possono orientare le famiglie e le ragazze nella decisione. Si è visto come sia importante una corretta informazione da parte delle strutture sanitarie adibite alla somministrazione del vaccino, ma anche un parere medico influenza la decisione finale delle famiglie.

Data questa discrepanza fra alta efficacia, sicurezza e utilità del vaccino e non soddisfacente partecipazione al programma vaccinale, lo studio si pone l'obiettivo di conoscere le motivazioni delle famiglie che non hanno aderito e valutare il ruolo dei pediatri di famiglia nel processo decisionale. MATERIALI E METODI: Materiali e metodi

Lo studio si è svolto nel territorio dell'ASL Milano. L'indagine è costituita da un'intervista telefonica rivolta alle famiglie delle ragazze non vaccinate residenti in ASL, nate nel 2001 e un'intervista ai pediatri di famiglia del territorio realizzata presso i loro ambulatori.

Sono state intervistate 102 famiglie alle quali è stato sottoposto un questionario di 18 quesiti riguardanti le loro informazioni sul virus e l'infezione, le fonti di informazione su questo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

argomento, il peso dell'opinione del pediatra di famiglia nella scelta di non vaccinare e le principali motivazioni che hanno portato alla scelta finale.

Sono stati intervistati presso i propri ambulatori 116 pediatri di famiglia sui 177 totali presenti in ASL Milano (65,5%) chiedendo, attraverso un questionario composto da 24 domande l'opinione generale sulle vaccinazioni, l'opinione specifica sulla vaccinazione anti-HPV, metodo di approccio con le famiglie, livello di sensibilizzazione sulla mancata adesione al programma vaccinale, opinione sulle motivazioni della scarsa adesione al vaccino e opinione sull'estensione del vaccino alle donne sopra i 12 anni. **RISULTATI:** Risultati

Il campione di famiglie è risultato informato sull'argomento. Solo una piccola parte non sapeva a cosa potesse servire il vaccino (9,8%); la principale fonte di informazione è risultata essere il pediatra di famiglia (53,9%), seguito dal ginecologo della madre (46,1%) e dai giornali (36,3%).

Il 26,5% delle famiglie dichiara di aver ricevuto un parere positivo dal pediatra, il 19,6% negativo e il 52,9% non ha ricevuto un parere al riguardo. I principali motivi della mancata adesione alla vaccinazione sono risultati essere due: la paura degli effetti collaterali (73,5%) e il fatto che la figlia fosse troppo giovane e non sessualmente attiva (60,8%).

I pediatri di famiglia possiedono un'ottima considerazione delle vaccinazioni in generale (il 91,6% le definisce estremamente importanti nella lotta contro le malattie trasmissibili) e anche l'opinione sul vaccino anti-HPV è molto buona: il 79,3% lo ritiene molto o abbastanza efficace, il 93,1% molto o abbastanza sicuro e l'88,8% molto o abbastanza utile. Nonostante ciò solo il 59,5% ritiene che questo vaccino sia una priorità nella prevenzione del cancro della cervice uterina in associazione allo screening e una percentuale ancora minore (il 31,9%) ritiene grave la mancata adesione al programma vaccinale per una dodicenne. Riguardo alle motivazioni della mancata adesione al programma vaccinale il 43% dei pediatri cita la disinformazione delle famiglie, il 34% la giovane età della ragazza, il 20% la giovane età del vaccino e il 18% la paura degli effetti collaterali. **CONCLUSIONI:** Conclusioni

I dati mostrano che le famiglie delle non aderenti presentano due motivazioni principali: la paura degli effetti collaterali e la giovane età della figlia non sessualmente attiva. Il pediatra di famiglia intercetta solo in parte questi dubbi mentre risulta una figura fondamentale nel processo decisionale delle famiglie e può pesare in maniera considerevole nella scelta. Nel nostro studio sono risultati pochi i pediatri contrari alla vaccinazione, ma si evince una noncuranza generale nella promozione di questo strumento di prevenzione. Dai nostri dati i pediatri potrebbero invece risultare fondamentali per un considerevole incremento dei livelli di copertura.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 061

VACCINAZIONE ANTI-HPV IN ITALIA E IN EUROPA: STATO DELL'ARTE E CRITICITÀ

A. M. Ferriero 1; M.L. Specchia¹; C. Cadeddu 1; E. Lovato 1; W. Ricciardi 1

1 Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene. Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma

INTRODUZIONE: L'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV) è estremamente frequente nella popolazione: si stima, infatti, che almeno il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della propria vita con un virus HPV di qualunque tipo, e che oltre il 50% con uno ad alto rischio oncogeno; tra questi, i sierotipi 16 e 18 sono responsabili di oltre il 70% dei casi di tumore della cervice uterina, seconda neoplasia più frequente nell'Unione Europea nelle donne tra i 15 e i 44 anni. Ogni anno nel mondo si verificano circa 500.000 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e 250.000 decessi e in Italia circa 3500 nuovi casi e 1000 decessi. Il vaccino anti-HPV, in associazione allo screening, rappresenta uno strumento importante per il controllo della patologia. Obiettivi di questo lavoro sono stati: analizzare politiche di offerta e tassi di copertura vaccinale, confrontando l'Italia con gli altri Paesi europei, nonché indagare le possibili criticità legate alla diffusione del vaccino. **MATERIALI E METODI:** È stata condotta una revisione della letteratura scientifica durante il periodo Luglio 2013- Maggio 2014, per valutare le politiche di offerta del vaccino anti-HPV e i tassi di copertura nei Paesi europei e nelle Regioni italiane. Sono stati consultati i principali database elettronici, i siti istituzionali e la letteratura grigia disponibile. In particolare, per i dati europei si è fatto riferimento ai report dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e per quelli italiani ai report periodici curati dal Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNEPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). **RISULTATI:** Nell'Unione Europea (UE), secondo i dati pubblicati dall'ECDC a settembre 2012, 19 Paesi su 29 hanno attuato programmi di vaccinazione anti-HPV di routine e 10 di questi hanno introdotto anche programmi di catch-up per cercare di raggiungere il più alto livello di copertura vaccinale. Nei diversi Paesi europei si riscontra eterogeneità riguardo alle strategie di implementazione della vaccinazione, all'età della vaccinazione (dai 9 ai 18 anni) e all'età dei programmi di catch-up (12-40 anni). I Paesi con i più alti tassi di copertura vaccinale sono Portogallo (84%), Regno Unito (80%) e Danimarca (79%), mentre la copertura più bassa si riscontra in Lussemburgo (17%). In Italia la vaccinazione anti-HPV viene offerta gratuitamente e attivamente alle dodicenni in tutte le Regioni italiane da fine 2007. Il diritto alla gratuità alla vaccinazione HPV viene mantenuto nel tempo nella maggior parte delle Regioni. Diverse Regioni, inoltre, hanno esteso l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione ad altre fasce di età oltre alle dodicenni e la maggior parte ha previsto un pagamento agevolato per le fasce d'età che non sono oggetto di chiamata attiva. I dati più recenti disponibili, aggiornati al 31 dicembre 2013, evidenziano un ampio range di copertura vaccinale tra le Regioni per tutte le coorti. Il tasso di copertura per 3 dosi di vaccinazione per la



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

coorte del 1997 (prima cui è stato offerto il vaccino), oscilla tra 26% della Provincia Autonoma di Bolzano e l'86,4% della Sardegna, con una media nazionale pari a 69,5%. **CONCLUSIONI:** Dai dati disponibili appare evidente come, nonostante gli sforzi compiuti dai singoli Stati Membri, i tassi di copertura siano inferiori alle attese in molti paesi dell'UE. Ciò è vero anche in Italia, in cui i livelli di copertura per la vaccinazione anti-HPV sono ancora lontani dal raggiungimento di una quota $\geq 95\%$ che era stata fissata dall'Intesa del 20/12/2007 come obiettivo da raggiungere in 5 anni. Alla luce della difficoltà di raggiungere questo obiettivo, il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014 ha fissato nuovi obiettivi, stabilendo che la copertura vaccinale per 3 dosi di HPV dovrebbe essere $\geq 70\%$ a partire dalla coorte del 2001, $\geq 80\%$ a partire dalla coorte del 2002, $\geq 95\%$ a partire dalla coorte del 2003. Tuttavia, ad oggi, ancora in molte Regioni si è lontani anche dalla quota del 70%. Un altro aspetto critico nel nostro Paese, inoltre, è rappresentato dalla eterogeneità di offerta nelle diverse Regioni. Questa notevole variabilità regionale contrasta con la necessità di garantire in modo uniforme a tutta la popolazione italiana, un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza. In virtù di quanto discusso appare evidente la necessità di fornire un nuovo impulso alla campagna vaccinale, mediante maggiore sensibilizzazione e coinvolgimento della popolazione (sanitaria e non), con interventi mirati e attraverso l'utilizzo di strumenti adatti, importando anche best practices rappresentate nel panorama internazionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 401

PROFILASSI VACCINALE IN SOGGETTI SPLENECTOMIZZATI: INDAGINE RETROSPETTIVA SUI PAZIENTI RICOVERATI PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA POLICLINICO BARI, ANNO 2012

C. Martino 1, M.G. Cappelli 1, G. Calabrese 1, S. Cannone 1, S. Tafuri 2, M. Quarto 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE: I pazienti con ipo/asplenia anatomica o funzionale hanno un rischio 10-50 volte superiore rispetto alla popolazione generale di sviluppare quadri settici severi, definiti dall'acronimo OPSI (Overwhelming Post Splenectomy Infections).

L'attuazione di adeguate misure di prevenzione è la principale arma per poter ridurre il rischio di OPSI nei soggetti splenectomizzati e pertanto il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 raccomanda per questi soggetti l'immunizzazione con le vaccinazioni anti-meningococcica, anti-pneumococcica e anti-Haemophilus influenzae tipo b.

Le vaccinazioni dovrebbero preferibilmente essere effettuate durante la degenza in ospedale oppure la loro esecuzione dovrebbe essere raccomandata nella lettera di dimissione, con effettuazione da parte del medico di assistenza primaria o del servizio di Igiene e Sanità Pubblica. Tuttavia, per l'Italia, non esistono dati correnti sulla prevista raccomandazione e sulla effettiva esecuzione delle vaccinazioni nei pazienti con ipo/asplenia.

Obiettivo di questo studio, è stato la verifica della corretta applicazione delle indicazioni in merito alla profilassi delle OPSI in pazienti sottoposti a intervento di splenectomia in elezione o d'urgenza presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari nell'anno 2012. **MATERIALI E METODI:** Dall'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per l'anno 2012 sono stati estratti i ricoveri eseguiti presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari sede ove è stato effettuato l'intervento di splenectomia totale. In particolare sono stati selezionati i ricoveri con codice di procedura ICD-9-CM 41.5 "Splenectomia totale" nel campo intervento principale e tra le procedure secondarie. Per questi soggetti si è proceduto alla verifica dell'avvenuta vaccinazione durante il ricovero attraverso la consultazione delle cartelle cliniche ovvero, dopo la dimissione, tramite consultazione degli archivi dei medici di assistenza primaria e dei servizi di vaccinazioni.

I dati sono stati raccolti tramite modello predisposto ad hoc e successivamente inseriti in un database costruito mediante software File Maker Pro 11 e l'analisi infine è stata effettuata tramite software STATA MP11. **RISULTATI:** Dei 58 casi individuati tramite le SDO, per 3 pazienti non è stato possibile recuperare la documentazione relativa al ricovero.

Dall'analisi delle 55 cartelle cliniche recuperate è stato possibile evidenziare come la maggior parte degli interventi di splenectomia totale (76,4%) sia stata eseguita in elezione mentre il 23,6% è



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

stato effettuato d'urgenza. Sono deceduti durante o entro le 48 ore dall'intervento 2 pazienti (3,6%), entrambi ricoverati d'urgenza per trauma; questi due casi sono stati esclusi dall'analisi. Dei 53 soggetti inclusi nell'analisi, nessuno è risultato sottoposto a profilassi vaccinale durante il ricovero.

Nell'88,7% (n=47) dei casi è stato possibile reperire la lettera di dimissione in cartella clinica. Tra questi, solo in 6 casi (12,8%) risultava raccomandata la somministrazione di vaccinazione anti-meningococcica, anti-pneumococcica e anti-Haemophilus influenzae, senza ulteriori indicazioni specifiche su modalità e tempi.

Dei 6 pazienti che hanno ricevuto l'indicazione nella lettera di dimissione, 5 si sono recati presso l'ambulatorio vaccinale del proprio comune di residenza per eseguire le vaccinazioni raccomandate. Oltre questi, altri 3 pazienti si sono rivolti presso ambulatorio vaccinale del SISP anche in assenza di precise raccomandazioni all'atto della dimissione.

In totale, pertanto, dei 53 soggetti sottoposti ad intervento di splenectomia, in 8 casi (15,1%), di cui 6 operati in elezione e 2 d'urgenza, sono state attuate le misure di immunoprofilassi. Sei soggetti (11,3%) sono stati vaccinati per Streptococcus pneumoniae, 4 con PCV13 e 2 con PPSV23. In media il tempo intercorso tra l'intervento e la vaccinazione è risultato di 85 giorni.

Sette pazienti (13,2%) hanno ricevuto la vaccinazione contro Neisseria meningitidis, in particolare 4 (57,1%) con vaccino polisaccaridico coniugato tetravalente (ACW135Y), 2 (28,6%) con vaccino coniugato monovalente MenC e 1 (14,3%) con vaccino polisaccaridico tetravalente; in media tra la splenectomia e la vaccinazione sono passati 64 giorni. Cinque soggetti (62,5%) hanno ricevuto una dose di vaccino anti-Haemophilus influenzae tipo b, con un tempo medio tra la dimissione e la somministrazione di 105 giorni. **CONCLUSIONI:** Dall'analisi dei dati raccolti emerge come l'applicazione delle raccomandazioni in materia di immunoprofilassi nei pazienti sottoposti a splenectomia presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, sia ancora assolutamente insoddisfacente, con una proporzione di soggetti vaccinati dopo intervento pari solo al 5,7% nel corso dell'anno 2012.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 415

DETERMINANTI DI ADESIONE ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELLA STAGIONE 2013-2014 NEGLI STUDENTI DELLA SCUOLA DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI "ALDO MORO"

M.F. Gallone 1, F. Desiante 1, G. Calabrese 1, A. Bollino 1, L. Civita 1, S. Tafuri 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE: Nella stagione 2013/2014 è stato sperimentato presso la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro un sistema di offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-influenzale a studenti e specializzandi. La copertura vaccinale raggiunta è stata pari al 12,5%, con valori più elevati tra gli studenti dei primi anni di corso e in particolare tra gli iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Il presente studio ha indagato i determinanti della adesione alla vaccinazione negli studenti della Scuola di Medicina nel corso della stagione influenzale 2013-2014. **MATERIALI E METODI:** Per la valutazione dei determinanti della adesione vaccinale, è stato realizzato uno studio caso-controllo tra gli studenti in corso iscritti per l'anno 2013-2014 ai corsi di laurea della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari.

I casi sono i soggetti vaccinati, i controlli i soggetti che non hanno effettuato la vaccinazione. È stato redatto un questionario ad hoc a cura dell'U.O.C. Igiene che indagava le opinioni degli studenti in merito a opportunità, efficacia e utilità della vaccinazione antinfluenzale, le fonti informative che hanno influenzato la scelta vaccinale e la partecipazione alle iniziative di promozione della vaccinazione proposte dall'Università.

Per il campionamento e l'appaiamento è stato utilizzato il dataset messo a punto per il monitoraggio dell'attività di vaccinazione antinfluenzale, fornito dal Centro Servizi Informatici dell'Università di Bari. I questionari sono stati inviati per mail ad ogni studente tra il 3 e il 7 febbraio 2014, con un recall nella seconda settimana di marzo, e le risposte sono state raccolte tramite il servizio web di storage online di Google Drive. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software statistico Stata MP/11. **RISULTATI:** Sono pervenuti 303 questionari compilati validi su 3335 inviati, con un tasso di adesione pari al 9,1%. L'età media del campione è risultata pari a 23,4 anni, il 54% del campione era di sesso femminile.

Dell'intero campione, 204 (67%) sono risultati casi e 99 (33%) controlli. Il 98% dei casi e il 74,5% dei controlli hanno dichiarato di aver ricevuto l'invito a vaccinarsi (chi-quadro=41,8; p=0,00). La probabilità di vaccinarsi è risultata associata all'aver ricevuto almeno un invito (OR=11,7; IC95%=4,6-29,7; p=0,000), in particolare da parte dell'Università (OR=8,8; IC95%=1,5 – 90,1; p=0,002). L'appartenenza al corso di laurea in Medicina e Chirurgia è risultato associato alla scelta di eseguire la vaccinazione (OR= 2,29; IC 95%: 1,4 – 3,9; p=0,002).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Tra i determinanti della scelta vaccinale, sono risultati significativi la raccomandazione da parte della struttura universitaria ($OR=2,4$; $IC95\%=1,4-4,1$; $p=0,0008$), l'opinione che la vaccinazione antinfluenzale sia sicura ($OR=3,8$; $IC95\%=1,9-7,6$; $p=0,000$) ed efficace ($OR=2,7$; $IC95\%=1,5-4,9$; $p=0,0004$), mentre la convinzione che il rischio di malattia non giustifica il ricorso al vaccino rappresenta un fattore determinante per la non-vaccinazione ($OR=0,4$; $IC95\%=0,3-0,8$; $p=0,003$). La scelta vaccinale degli studenti non è risultata influenzata dall'aver ricevuto informazioni, dal numero di fonti informative consultate ($OR=11,7$; $IC95\%=4,6-29,7$; $p=0,74$), né dal tipo di fonte, mentre è associata alla partecipazione alle iniziative di informazione e promozione proposte dell'Università ($OR=2,28$; $95\% CI=1,36-3,80$; $p=0,002$).

Il 90% degli intervistati ritiene utile la vaccinazione anti-influenzale per gli studenti della Scuola di Medicina e tale opinione risulta associata all'esecuzione della vaccinazione ($OR=7,6$; $IC95\%=2,9-21,8$; $p<0,0001$). **CONCLUSIONI:** Pur con i limiti legati al basso tasso di adesione, i risultati dello studio indicano nella chiamata attiva, in questo caso da parte dell'Università, uno strumento fondamentale nel promuovere l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale negli studenti. L'assenza di associazione con il desiderio di proteggere se stessi, i familiari e i pazienti dal rischio del contagio è suggestivo di una bassa percezione, da parte tra gli studenti, del peso della malattia e del rischio di complicanze gravi anche in soggetti non affetti da polipatologia. I determinanti di adesione sono rappresentati invece dalla raccomandazione alla vaccinazione antinfluenzale da parte della struttura presso cui studiano e l'opinione della vaccinazione come strumento efficace e sicuro. Inoltre, la formazione dedicata ha costituito un determinante di tipo positivo per la scelta di vaccinarsi.

Gli sforzi vanno comunque indirizzati in prospettiva al contatto con gli studenti più lontani dalla vita accademica che potrebbero costituire un sottogruppo di operatori sanitari meno incline, per difetto di conoscenza, alla pratica vaccinale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 358

VACCINAZIONE HPV IN PIEMONTE: CONOSCENZE E COMPORTAMENTI

M.V. Mussa¹, M. Stillo¹, V. Amprino¹, C. Zotti¹

¹ Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Torino

INTRODUZIONE: Il carcinoma della cervice uterina è il primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad una infezione, causata da HPV, (Human papilloma virus). La disponibilità di un vaccino consente un intervento di prevenzione. L'obiettivo del programma di vaccinazione in Italia, era il raggiungimento di una copertura con tre dosi di vaccino pari al 95% entro 5 anni dall'avvio del programma. In realtà, sia in Italia che negli altri Paesi, la compliance è risultata minore rispetto all'atteso. Molti studi hanno indagato le criticità associate con la mancata accettazione della vaccinazione HPV; tra questi pochi interessano direttamente la popolazione target. E' sembrato utile pertanto, focalizzare l'attenzione sulle informazioni fornite e sulla possibilità di colmare i bisogni formativi della popolazione adolescente. Lo scopo di questo studio è quello di descrivere il grado di informazione sull'infezione da HPV e sulla vaccinazione di un gruppo di ragazze di età compresa fra i 11-12 anni e fra i 18-19 anni, evidenziando le motivazioni che hanno portato alla mancata adesione alla vaccinazione. **MATERIALI E METODI:** Questionari autocompilativi sono stati distribuiti tra Ottobre 2011 e Giugno 2013 alle studentesse di tre scuole medie inferiori e due licei. I questionari indagano le conoscenze sulla patologia e sulle possibilità di prevenzione, l'accettazione dell'intervento vaccinale, le fonti di informazione sulla patologia e sulla vaccinazione, l'esigenza di ulteriori informazioni. I questionari sono stati costruiti in modo diverso in base all'età delle intervistate. I dati quantitativi sono stati riassunti in tabelle descrittive con frequenza percentuale; il confronto di frequenze è stato effettuato con test del Chi quadro a due code e test di Fisher. Sono stati calcolati gli Odds ratio con gli intervalli di confidenza al 95% per valutare l'associazione tra le variabili. I dati sono stati elaborati con il programma INSTAT. **RISULTATI:** Sono stati distribuiti in totale 620 questionari, di questi 576 sono stati restituiti compilati (92,7%). Tra le 327 intervistate delle scuole medie risultano già vaccinate 128 ragazze (39%). Nei due licei 248 questionari (92%) sono stati restituiti compilati; risultano vaccinate in totale 139 ragazze (56%). La principale fonte di informazione è rappresentata dai genitori (70% delle più giovani e 41,5% delle liceali) e dagli operatori sanitari (69,4% delle più giovani e 78,9% delle liceali). Solo il 31% delle ragazze delle scuole medie e il 38,4% delle liceali considerano vera l'affermazione "l'infezione da HPV è frequente"; in media l'80% delle intervistate è a conoscenza che HPV causa il tumore della cervice, ma solo il 22,6% e il 27,4%, rispettivamente, crede che gli uomini possano essere infettati da HPV. Le principali motivazioni della mancata adesione alla vaccinazione sono: il disaccordo dei genitori per il gruppo delle più giovani (45,3%) e la poca chiarezza delle informazioni riguardanti la vaccinazione per il gruppo delle liceali (26,8%). **CONCLUSIONI:** I risultati



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

evidenziano una generale povertà di informazioni rispetto all'infezione da HPV, alle sue conseguenze, alle modalità di trasmissione e prevenzione, nonostante la maggior parte delle ragazze affermi di aver parlato dell'argomento. Nelle conoscenze su infezione e modalità di trasmissione, sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra i gruppi a vantaggio delle vaccinate. Dai risultati emerge inoltre il bisogno di approfondire tali argomenti a scuola. Potrebbe inoltre essere utile che gli operatori sanitari fossero supportati nello sviluppo di competenze comunicative in tema di sessualità.

Infine, le campagne di comunicazione per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina devono essere caratterizzate da messaggi capaci di raggiungere le nuove coorti che ogni anno si succedono nell'offerta vaccinale, per chiarire e consolidare messaggi che potrebbero essere stati percepiti parzialmente o fraintesi.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C14: ANTIBIOTICORESISTENZE



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 340

PREVALENZA E RESISTENZA ANTIMICROBICA DI PSEUDOMONAS AERUGINOSA ISOLATI DA CAMPIONI DI ACQUA DI IMPIANTI NATATORI

G. Amagliani¹; E. Carloni¹; G. Brandi¹; V. Stocchi¹; S. Magi²; G. Giorgi²; L. Rotundo¹; M.L. Belpassi²; G.F. Schiavano¹

1 Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomolecolari, Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo", Urbino

2 Dipartimento Provinciale ARPAM di Pesaro – Servizio Acque, Pesaro

INTRODUZIONE: *Pseudomonas aeruginosa*, bacillo ubiquitario Gram-negativo, è responsabile di infezione in molte sedi come cute, orecchi, occhi, tratto urinario, valvole cardiache. Il microrganismo è stato isolato da acque natatorie e termali nelle quali viene eliminato, attraverso la desquamazione cutanea, dai frequentatori degli impianti. In questi ambienti si può ritrovare sotto forma di biofilm (Brousseau et al., 2013) che gli conferisce resistenza ai disinfettanti comunemente utilizzati, presenti anche ad alte concentrazioni. *P. aeruginosa* è resistente anche ad una vasta gamma di agenti antimicrobici. Evidenze epidemiologiche hanno dimostrato la presenza di ceppi resistenti agli antibiotici in acque ricreative (Lutz e Lee, 2011; Tirodimos et al., 2010). I criteri microbiologici previsti dall'Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003 (G.U. 03/03/2003 Serie Generale n. 51) stabiliscono i limiti di accettabilità, rispettivamente di ≤ 1 CFU/100 ml per l'acqua di vasca e 0 CFU/100 ml per l'acqua di immissione.

Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare la prevalenza e la suscettibilità agli antibiotici dei ceppi di *P. aeruginosa* isolati dagli impianti natatori presenti nella provincia di Pesaro-Urbino.

MATERIALI E METODI: Nel periodo 01/2012 – 05/2014 sono stati analizzati n. 126 campioni di acqua prelevati da 24 impianti natatori presenti nella provincia di Pesaro-Urbino.

I parametri microbiologici e chimico-fisici, sono stati analizzati secondo la normativa vigente (D.G.R. 23/07/2012 n. 1136). La ricerca di *P. aeruginosa* è stata effettuata con il metodo UNI EN ISO 16266:2008.

Gli isolati sono stati saggiati in real-time PCR secondo Amagliani et al. (2012).

Ciascun ceppo è stato testato con il metodo della diffusione in agar (Kirby-Bauer) per la suscettibilità ad un panel di 14 antimicrobici, analizzando l'estensione degli aloni di inibizione e definendo il microrganismo sensibile (S), intermedio (I), resistente (R) secondo i breakpoints CLSI (M100-S23). **RISULTATI:** Dall'esame dei risultati ottenuti si evince che il 7.1% (9/126) dei campioni di acqua è risultato positivo per *P. aeruginosa*; di questi, 4 (4.1%, 4/98) erano provenienti da acqua di vasca e 5 (17.8%, 5/28) da acqua di immissione.

I parametri microbiologici e chimico-fisici sono risultati sempre conformi alla normativa.

Tutti i ceppi identificati con il metodo colturale sono stati confermati con il metodo molecolare in real-time PCR. Quattro ceppi sono risultati resistenti all'imipenem (10 µg), antibiotico della classe



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dei carbapenemi, uno è risultato resistente alla combinazione ticarcillina-clavulanato (75/10 µg), della classe dei β-lattamici ed un altro ha mostrato sensibilità intermedia alla stessa combinazione. In parallelo sono stati testati per gli stessi farmaci 24 ceppi di *P. aeruginosa* isolati nello stesso periodo da acque di rete domestica, sanitarie e ricettive e nessuno è risultato resistente. CONCLUSIONI: *P. aeruginosa* può essere isolato nell'acqua di piscina con una discreta prevalenza (7.1%).

Il 4.7% degli isolati è risultato resistente, seppur a livelli differenti, ad alcuni agenti antimicrobici, sia in singolo che in combinazione. Sono in corso le prove per la caratterizzazione dei determinanti molecolari di resistenza.

Sebbene le percentuali di prevalenza e di resistenza agli antibiotici riscontrate siano inferiori a quelle descritte da altri autori, rimane fondamentale il controllo delle acque ad uso ricreazionale per prevenire il rischio microbiologico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 304

GENOTIPIZZAZIONE DI CEPPI DI KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE AI CARBAPENEMI IN PUGLIA

A. L. De Robertis 1, A. Sallustio 1, A. Morea 1, D. Loconsole 2, R. Procacci 2, M. Quarto 1-2, M. Chironna 1

1. Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - BARI

2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - BARI

INTRODUZIONE: La diffusione di ceppi di *Klebsiella pneumoniae* (KP) resistenti ai carbapenemi rappresenta un importante problema di Sanità Pubblica per la loro elevata capacità di diffusione clonale fra pazienti diversi e per la capacità di trasmissione mediante elementi genetici mobili tra i diversi microrganismi.

Tale resistenza è frequentemente associata a resistenza multipla a diverse classi di antibiotici. Gli enzimi attualmente più diffusi sono costituiti dalle carbapenemasi di Classe A (KPC “*Klebsiella pneumoniae*-carbapenemase”), le carbapenemasi di Classe B o Metallo- β -Lattamasi (di tipo IMP, VIM e NDM) tra le quali sta emergendo il ruolo di NDM-1, le oxacillinasi (carbapenemasi di Classe D), in particolare OXA-48 e le betalattamasi a spettro esteso (ESBL), tra cui CTX, TEM e SHV, associati a perdita di porine.

Le carbapenemasi possono essere codificate sia da geni (bla) a localizzazione cromosomiale che da geni trasferibili.

La percentuale di isolati di *Klebsiella pneumoniae* produttori di carbapenemasi (KPPC) negli ultimi anni è drammaticamente aumentata in Europa. In Italia le prime segnalazioni risalgono al 2008. A partire da Agosto 2013 la Regione Puglia ha avviato un sistema di sorveglianza e controllo dei batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in recepimento della Circolare Ministeriale DGPRE 0004968/2013 individuando quale laboratorio Regionale di Riferimento l'U.O.C. Igiene dell'A.O.U. Policlinico di Bari.

Scopo dell'indagine è stato quello di studiare ceppi di KPPC isolati in alcuni ospedali della Regione Puglia al fine della conferma genotipica della resistenza ai carbapenemi e della caratterizzazione del profilo genetico mediante MultiLocus Sequence Typing (MLST). **MATERIALI E METODI:** Da agosto 2013 a maggio 2014 sono stati collezionati presso il L.R.R. 55 ceppi di KPPC isolati da pazienti con batteremia causata da KP non sensibili ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi ricoverati presso Unità Operative di Aziende ospedaliere della regione Puglia. L'identificazione di KP e il test di sensibilità agli antibiotici sono stati eseguiti nei laboratori ospedalieri secondo le linee guida EUCAST 2011.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La conferma genotipica della resistenza ai carbapenemi è stata effettuata mediante multiplex PCR che permette l'identificazione dei seguenti geni: blaKPC, blaNDM, blaVIM, blaIMP, blaOXA e blaCTX.

La tipizzazione molecolare è stata effettuata mediante MLST che prevede l'amplificazione e sequenziamento di 7 geni housekeeping: gapA, infB, mdh, pgi, phoE, rpoB e tonB. Il Sequence Type (ST) è stato attribuito mediante inserimento delle sequenze alleliche nel database specifico per Klebsiella (<http://www.pasteur.fr/recherche/genopole/PF8/mlst/Kpneumoniae.html>). **RISULTATI:** Dei 55 pazienti positivi per KP il 62% (34/55) era di sesso maschile ed il 38% di sesso femminile. Complessivamente la conferma genotipica è stata effettuata su 45 ceppi. Tutti i ceppi presentavano il gene blaKPC. Di questi, il 6,7% (3/45) presentava anche il gene blaNDM e il 4,4% (2/45) i geni blaNDM e blaCTX (Fig.1).

Su 25 campioni è stata eseguita l'MLST, un campione inizialmente identificato come Klebsiella pneumoniae è risultato essere un Acinetobacter baumannii. L'ST512 è risultato il più frequente ST riscontrato (13/24), seguito dal ST307 (4/24), dal ST258 (3/24) e dal ST101 (2/24). Inoltre, sono stati identificati un ST11 e un ST868 (Fig.2). **CONCLUSIONI:** La diffusione di ceppi di Klebsiella pneumoniae produttori di carbapenemasi rappresenta un problema emergente anche in Puglia. Il profilo genotipico maggiormente diffuso è risultato il KPC che è più frequentemente associato a plasmidi ed integroni aumenta la possibilità di diffusione intra ed inter-specie come evidenziato nel caso di un ceppo di Acinetobacter baumannii KPC+ inizialmente classificato come Klebsiella pneumoniae.

I dati dello studio, anche se preliminari, indicano un'elevata circolazione dell'emergente ST512 in Puglia, dato apparentemente in contrasto con la maggiore prevalenza a livello nazionale di ceppi di KP con ST258.

Un'ulteriore caratterizzazione mediante PFGE (pulsed field gel electrophoresis) permetterà di valutare la diffusione clonale dei ceppi circolanti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 148

DIAGNOSI, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) IN UNA AZIENDA OSPEDALIERA MULTI PRESIDIO: IL CASO DELL'AO "G. SALVINI" DI GARBAGNATE MILANESE, MILANO.

G. Giuliani¹, M. Re¹, L. Re¹, N. Orfeo¹, D. Cartoni¹, G. Cattaneo¹, T. Caldarulo¹

1 Azienda Ospedaliera Guido Salvini, Garbagnate Milanese, Milano

INTRODUZIONE: L'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico rilevante, dato che questi antibiotici rappresentano i farmaci di riferimento per la terapia delle infezioni invasive da enterobatteri Gram negativi multiresistenti. Tale tratto di resistenza è dovuto prevalentemente all'emergere di nuove β -lattamasi capaci di idrolizzare i carbapenemi. Gli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae-CRE), soprattutto se produttori di carbapenemasi (Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae-CPE), non sono solo un problema clinicamente rilevante, ma rappresentano anche un pericolo notevole per la sanità pubblica in quanto: sono molto frequentemente causa di infezioni; la diffusione clonale di tali microrganismi fra pazienti diversi si sviluppa con estrema facilità e inoltre la resistenza ai carbapenemi può essere trasmessa anche ad altri microrganismi attraverso plasmidi; la mortalità attribuibile alle infezioni da CPE è elevata, potendo arrivare al 70% nelle batteriemie. **MATERIALI E METODI:** La prevenzione delle infezioni da CPE ed in particolare il controllo della diffusione non sono facili, in quanto non esistono al momento soluzioni definitive e standardizzate e, pertanto, è richiesto un lavoro d'equipe di tipo multidisciplinare. Sulla base di questa premessa, la nostra AO che è costituita da 4 Presidi Ospedalieri (PO di Garbagnate, Bollate, Rho e Passirana) ha costituito una equipe multidisciplinare coordinata dal CLIO (Comitato per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere) e composta da 1 Microbiologo Clinico, da 2 Epidemiologi, da 1 Farmacista, dalle 3 Direzioni Mediche di Presidio, da 3 Infermieri addetti al controllo delle infezioni, da 1 Infettivologo, da 2 Intensivisti, da 2 Internisti, da 1 Ematologo e da 1 esperto di gestione del rischio clinico. L'AO ha deliberato un Piano di Sorveglianza Aziendale per la Prevenzione delle Infezioni/Colonizzazioni da CPE (PRG.DSA.06) articolato nei seguenti momenti fondamentali: 1. Diagnosi di Laboratorio (screening, conferma fenotipica e genotipica); 2. Sorveglianza e Controllo CPE; 3. Isolamento del Paziente; 4. Sorveglianza Attiva; 5. Dimissione del Paziente Colonizzato/Infetto; 6. Screening CPE. **RISULTATI:** A far data dal 1 gennaio 2014 abbiamo registrato 53 casi di infezioni da CPE di cui 19, 8, 15 e 11 nei Presidi Ospedalieri di Garbagnate, Rho, Bollate e Passirana, rispettivamente. A livello aziendale, i reparti maggiormente interessati sono stati: Medicina Riabilitativa (19 - 36%), Medicina Generale (16 - 30%), Terapia Intensiva (11 - 21%), Pneumologia (3 - 5,7%), Cardiologia (2 - 3,6%) e Chirurgia (2 - 3,6%). I microrganismi maggiormente isolati sono stati *Klebsiella pneumoniae* (49 - 92,5%) ed *Escherichia coli* (4 - 7,5%) in campioni biologici come urine (30 - 56,7%), materiale respiratorio (13



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

– 24,5%), pus e versamenti liquidi (4 - 7,5%), sangue (4 - 7,5%), cateteri (2 - 3,8%). Tutti i 53 isolati clinici, dopo tipizzazione fenotipica, sono risultati produttori di carbapenemasi di tipo KPC. Per ogni caso indice di infezione abbiamo registrato una media di 2-3 pazienti colonizzati.

CONCLUSIONI: Le infezioni da CPE dimostrano essere un grosso problema di sanità pubblica sia da un punto di vista del rischio clinico per il paziente che da un punto di vista organizzativo per l'intero ospedale. In questo ambito estremamente delicato e non ancora del tutto esplorato, la nostra equipe sta sperimentando con successo il ruolo strategico dell'approccio multiculturale al tema orientandosi sempre più verso la diffusione, a tutti gli operatori sanitari, della cultura specifica sul tema e verso la ricerca di nuove soluzioni organizzative al fine unico di contrastare e prevenire la diffusione di questi temibili microrganismi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 422

ESPRESSIONE DI GENI IMPLICATI NELLA RESISTENZA AL CLORURO DI BENZALCONIO IN CEPPI DI LISTERIA MONOCYTOGENES

G.M. Grasso¹, M. Tamburro¹, I. Fanelli¹, G. Ripabelli¹, M.L. Sammarco¹

¹Cattedra di Igiene, Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute, Università degli Studi del Molise, Campobasso

INTRODUZIONE: *Listeria monocytogenes* è un patogeno intracellulare opportunistico, responsabile di severe infezioni caratterizzate da un elevato tasso di letalità, soprattutto in gruppi vulnerabili della popolazione (anziani, neonati, donne in gravidanza, immunocompromessi). Negli ambienti di produzione alimentare e nelle strutture di assistenza sanitaria, la selezione di ceppi resistenti in seguito all'esposizione a concentrazioni sub-letali di biocidi assume una dimensione sempre più preoccupante. Tra i disinfettanti, il cloruro di benzalconio, appartenente ai composti dell'ammonio quaternario (QACs), viene ampiamente utilizzato per la sanificazione di superfici o come antisettico. I meccanismi alla base della resistenza intrinseca o acquisita ai QACs non sono ancora chiari, ma sono stati identificati dei determinanti cromosomali e plasmidici: *bcrABC*, cassetta genica di resistenza associata al plasmide *pLM80*; *MdrL*, sistema aspecifico di efflusso attivato in seguito all'esposizione ad antimicrobici; *Lde*, appartenente alla superfamiglia dei trasportatori secondari e coinvolto nell'espulsione di composti tossici dalle cellule batteriche.

Obiettivo dello studio è stato di valutare in vitro l'attività battericida del cloruro di benzalconio alla concentrazione sub-letale di 10 ppm in 20 ceppi di *L. monocytogenes*, isolati da casi umani ($n=10$) e da alimenti ($n=10$) e di analizzare i cambiamenti nell'espressione relativa dei geni *bcrABC*, *mdrL* e *lde* in seguito all'esposizione al disinfettante. **MATERIALI E METODI:** L'attività antimicrobica del cloruro di benzalconio, definita come la riduzione delle cellule vitali, è stata valutata secondo il protocollo UNI EN ISO 1276/2009, attraverso il metodo della filtrazione su membrana. Il trattamento è stato ritenuto efficace quando il logaritmo della riduzione ($\log R$) risultava superiore a 5. L'identificazione del gene *bcrABC*, previa estrazione del DNA genomico (Maxwell[®] 16 Cell DNA Purification kit), è stata effettuata mediante amplificazione in PCR e confermata attraverso l'analisi dei profili di restrizione (RFLP) con gli enzimi *HinfI* e *TaqI*. L'RNA è stato estratto mediante RNeasy mini kit e la quantità e qualità degli estratti sono stati valutati mediante analisi spettrofotometriche ed elettroforetiche. La retrotrascrizione di RNA a cDNA è stata svolta mediante l'utilizzo di iScript[™] cDNA synthesis kit. L'espressione dei geni target è stata determinata mediante saggi di quantitative Reverse Transcriptase-PCR (qRT-PCR) in Real-time. **RISULTATI:** È stata osservata una riduzione delle cellule vitali nel 45% degli isolati; i ceppi isolati da alimenti sono risultati maggiormente sensibili al processo di disinfezione rispetto a quelli umani (70% vs 20%). Il gene *bcrABC* è stato identificato solo in sei ceppi (30%), tutti isolati da alimenti, ma in quattro di essi era sotto-espresso, mentre negli altri due non è stata osservata alcuna



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

espressione. Sono state riscontrate notevoli differenze nell'espressione genica, con un aumento dei livelli trascrizionali di almeno un gene codificante per i sistemi di efflusso nel 60% degli isolati. L'associazione tra una ridotta attività del cloruro di benzialconio e una sovra-espressione di *mdrL* è risultata significativa. I livelli medi di sovra-espressione di *mdrL* sono stati di $1,54 \pm 0,54$, mentre per *Ide* di $4,20 \pm 3,59$. Negli isolati da alimenti, l'aumento simultaneo di espressione dei geni *mdrI* e *Ide* è stato osservato solo nei ceppi resistenti ($\text{LogR} < 5$). CONCLUSIONI: I risultati hanno evidenziato che il trattamento con cloruro di benzialconio a concentrazione sub-letali è stato meno efficace nei confronti dei ceppi umani, suggerendo che nello sviluppo della listeriosi umana potrebbe essere implicato un fenotipo di resistenza agli antimicrobici. Nella risposta a condizioni di stress, come l'esposizione ai biocidi, un ruolo principale potrebbe essere attribuito all'attivazione del sistema di efflusso *MdrL*, implicato anche nella resistenza ai macrolidi e al cefotaxime. Lo studio sottolinea che i disinfettanti devono essere adeguatamente utilizzati alle concentrazioni raccomandate. Sebbene le procedure di disinfezione assicurino una riduzione del rischio di contaminazione microbica, alcuni fattori come la presenza di residui organici e una inadeguata concentrazione, possono inattivare gli agenti disinfettanti. Sono, tuttavia, necessari ulteriori approfondimenti per comprendere meglio la risposta di adattamento di *L. monocytogenes* al cloruro di benzialconio e per chiarire se i cambiamenti nell'espressione genica indotti dal disinfettante possano influenzare la virulenza e la persistenza del microrganismo patogeno.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 620

ANALISI DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DELLA REGIONE MARCHE

F. Tirabassi 1, R. Appignanesi 1, C. Recanatini 1, G. Mazzarini 1, P. Barbadoro 1, E. Prospero 1, F. Di Stanislao 1

1. *Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica – Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona*; 2. *ASUR Marche, Area Vasta n. 5, San Benedetto del Tronto*.

INTRODUZIONE: In Italia, analogamente ad altri Paesi Europei, si assiste ad un aumento sia del consumo degli antibiotici, sia del tasso di infezioni sostenute da patogeni resistenti. Questo studio ha l'obiettivo di fornire una precisa rappresentazione del consumo degli antibiotici e del loro costo negli ospedali della Regione Marche. **MATERIALI E METODI:** I dati per questo studio sono stati forniti dal Sistema Informativo Regionale dell'Agenzia Sanitaria Regionale (ARS). Sono stati raccolti da tutti i 36 ospedali della Regione i dati riguardanti il consumo di antibiotici per via orale e parenterale e i relativi costi. I dati relativi alla popolazione residente nella Regione Marche sono stati forniti dall'ISTAT.

I dati forniti dall'ARS in merito ai consumi erano espressi in termini di numero di dosi somministrate e di via di somministrazione per ciascun farmaco. Sono stati inclusi tutti i reparti tranne quelli pediatrici ed è stato escluso del tutto l'unico ospedale pediatrico della Regione. È stato calcolato il numero di Defined Daily Dose (DDD) per ciascun farmaco facendo riferimento alla 17ª edizione delle linee guida della WHO per la classificazione Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) e l'assegnazione delle DDD.

I dati sul consumo sono stati espressi in termini di DDD/1000 abitanti e DDD/100 giornate di degenza. Durante l'anno 2012 sono state registrate 1.865.060 giornate di degenza nella Regione Marche. I dati sono stati estratti dal sito web SDO-vision sviluppato e gestito dall'ARS. Tutti i dati sono stati elaborati utilizzando il software Microsoft Office. **RISULTATI:** Nei 35 ospedali considerati 1.138.393,2 DDD di antibiotici sono state somministrate alla popolazione adulta, per un costo totale di 6.737.496 euro. Il consumo generale è stato di 2 DDD/1000 abitanti/giorno o 61 DDD/100 giornate di degenza e il costo medio per singola DDD è stato di 5,91 euro. Le classi più consumate sono state le Combinazioni di Penicilline (inibitori beta lattamasi), i Fluorochinoloni e le Cefalosporine di 3ª generazione. Queste tre classi hanno costituito il 69,7% del consumo totale. La maggiore spesa è stata sostenuta per i Carbapenemi, i Glicopeptidi e il Linezolid. Queste tre classi hanno giustificato il 57,8% della spesa totale. **CONCLUSIONI:** I dati di consumo nella Regione Marche risultano in linea con la media nazionale, facendo riferimento all'ultimo rapporto AIFA disponibile.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Questo studio intende essere il primo passo verso una definizione accurata del consumo degli antibiotici nella Regione Marche. Contestualmente sono stati avviati nella stessa regione ulteriori studi sulle resistenze agli antibiotici e questo consentirà di effettuare una più approfondita analisi della correlazione tra i due aspetti. Seppure l'utilizzo di antibiotici nella popolazione pediatrica sia di notevole interesse epidemiologico, nella presente trattazione è stata presa in considerazione solo la popolazione adulta perché il sistema delle DDD non tiene conto delle caratteristiche individuali tipiche del dosaggio nel paziente pediatrico come il peso.

Una dettagliata valutazione dei modelli di consumo degli antibiotici è il primo passo verso un utilizzo più razionale di tali farmaci, con un miglioramento nella qualità dell'assistenza, una riduzione dei costi e un contenimento del fenomeno delle multiresistenze. L'introduzione di un sistema di monitoraggio del consumo degli antibiotici consentirebbe un rapido ed efficace confronto dei consumi tra ospedali diversi e tra diversi reparti all'interno della stessa struttura. L'ospedale rappresenta un contesto in cui la collaborazione tra diverse figure specialistiche potrebbe più facilmente rendere attuabile un programma di antimicrobial stewardship. Inoltre gli antibiotici più utilizzati in ospedale appartengono al gruppo delle cosiddette "Classi ad Alto Rischio" e perciò dovrebbero essere i primi ad essere gestiti in maniera più attenta.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 460

NETWORK PER LA SORVEGLIANZA ED IL CONTROLLO DEI MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI: LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO NELLA REGIONE MARCHE

MM. D'Errico 1,2, E. Prospreo 1,2, Gigli M 1,2, Gioia MG 2, Martini E 2, Savini S 2, P. Barbadoro 1,2 & Working Collaborative Group

1. Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche

2. SOD Igiene Ospedaliera - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona

INTRODUZIONE: In un recente documento tecnico, lo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e la European Medicines Agency (EMA) hanno stimato come almeno 25.000 pazienti l'anno muoiano in Europa a causa di infezioni dovute a batteri multiresistenti. Il costante aumento di microrganismi resistenti a diverse classi di antibiotici è ancora più allarmante se si considera la scarsità delle armi terapeutiche oggi a disposizione per la cura delle infezioni da essi sostenute, al punto che i ECDC hanno definito l'antibiotico-resistenza come una delle problematiche infettivologiche preminenti in Europa.

Nell'ambito del progetto finanziato dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), del Ministero della Salute, dal titolo: "Risk analysis per il controllo delle icpa nelle unità di terapia intensiva e di chirurgia e per la valutazione di efficacia di strategie preventive nella pratica clinica", è stato portato avanti uno studio multimodale con l'obiettivo generale di ridurre colonizzazioni ed infezioni da patogeni sentinella e descrivere la circolazione dei microrganismi stessi nelle strutture socio-sanitarie della regione Marche. **MATERIALI E METODI:** Lo studio ha previsto la realizzazione di diversi obiettivi specifici:

a. Costituzione della rete di sorveglianza regionale. Al fine di descrivere l'epidemiologia dei patogeni sentinella, sono state invitate a partecipare alla sorveglianza tutte le strutture ospedaliere della Regione Marche. Si è quindi proceduto ad un censimento delle modalità di gestione del dato microbiologico da parte dei laboratori analisi ed alla costruzione di un software per la integrazione delle diverse fonti informative (Laboratorio Analisi e Direzione Medica di Presidio).

b. Elaborazione del Protocollo Operativo di Sorveglianza della Circolazione dei Microrganismi Multi-Resistenti. I microrganismi Alert sono stati identificati sulla base della letteratura

internazionale e dell'epidemiologia locale. Sulla base delle linee guida della SHEA sono stati calcolati i seguenti indicatori: Prevalenza di pazienti con isolamento di microrganismi Alert, densità di incidenza = N. microrganismi Alert isolati nel mese/1000 gg degenza; frequenza di isolamento di Alert rispetto all'isolamento di microrganismi della stessa specie non multi resistenti, distribuzione dei siti di isolamento di Alert. Saranno inoltre, evidenziati eventuali eventi epidemici attraverso l'analisi della distribuzione degli isolamenti Alert nel tempo (n° microrganismi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

alert isolati/n° giornate di degenza nel mese del reparto interessato) con l'utilizzo di carte statistiche di processo.

C. formazione peer-to-peer degli operatori sanitari delle strutture regionali partecipanti. Il progetto ha previsto la realizzazione di un protocollo regionale per la gestione del paziente colonizzato/infetto da MDROs, la produzione di materiale informativo ad hoc e la successiva fase di formazione peer-to-peer per tutti gli ospedali partecipanti. **RISULTATI:** Il progetto ha visto la partecipazione di tutti gli ospedali pubblici, delle Aziende Ospedaliere della regione Marche e del presidio INRCA di Ancona, per un totale di 15 strutture ospedaliere. Nel periodo gennaio-dicembre 2013 sono stati sottoposti a sorveglianza 194.874 pazienti ammessi presso le strutture di degenza della regione. La prevalenza di pazienti con primo isolamento di microrganismo multi-resistente è risultata pari al 7,7% in area critica, 0,9% in area chirurgica e 2,2% in area medica. La densità di incidenza di pazienti con isolamento di microrganismi MDROs è risultata pari a 13.6 per 1000 giornate di degenza in area critica, a 2,47/1000 in area chirurgica e 3,58 /1000 in area medica. La specie batterica con il maggior numero di isolamenti di multiresistenti è risultata la *Klebsiella pneumoniae* sia in area critica che chirurgica, mentre in area medica l'*Escherichia coli* è stata preponderante. L'integrazione dei dati proveniente dalla rete dei laboratori ha permesso di istituire un sistema anonimo di segnalazione e tracciabilità del paziente colonizzato/infetto. Il gruppo di lavoro ha proceduto con la realizzazione di materiale informativo ad hoc, da utilizzare negli eventi formativi programmati nella seconda parte (di intervento e valutazione di outcome) del progetto. **CONCLUSIONI:** L'esperienza di realizzazione del progetto, ancora in atto, ha permesso di attivare un network regionale di sorveglianza e controllo del fenomeno. Alla fine del biennio sarà possibile quindi consolidare la rete formativa multidisciplinare sin qui istituita ed, infine, giungere ad una valutazione di outcome dell'intervento multimodale e sistemico attuato. Ulteriori sviluppi dell'iniziativa prevedono, inoltre, l'allargamento della rete alle strutture di assistenza del livello intermedio (riabilitazione ed RSA).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 555

DESCRIZIONE DI UN EPISODIO EPIDEMICO SOSTENUTO DA KLEBSIELLA OXYTOCA RESISTENTE AI CARBAPENEMI IN PAZIENTI DEGENTI IN TERAPIA INTENSIVA

E. Larosa¹, R. Zucco¹, R. Puccio², A. Quirino², R. Micò¹, E. Caligiuri¹, G. Alvaro³, S. Caroleo³, A. Bianco¹

1. Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi "Magna Græcia", Catanzaro

2. Unità Operativa di Microbiologia Clinica - Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", Catanzaro

3. Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione - Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", Catanzaro

INTRODUZIONE: A seguito di una segnalazione di 2 casi di sepsi, una delle quali confermata microbiologicamente, sostenuti da *Klebsiella oxytoca* multiresistente, in pazienti degenti nell'Unità di Terapia Intensiva (UTI), è stata attivata un'inchiesta epidemiologica che ha coinvolto l'UTI, l'UO di Cardiochirurgia ed il Blocco Operatorio. **MATERIALI E METODI:** Tempestivamente è stato raccomandato di utilizzare le precauzioni da contatto, in aggiunta a quelle standard, per l'assistenza a tutti i pazienti con infezione nota o sospetta trasmissibile per contatto, riservando al paziente una stanza singola, in alternativa valutando la possibilità di effettuare il cohorting di pazienti con la stessa infezione. E' stata verificata la diagnosi, acquisita la documentazione bibliografica e definito "caso" di infezione ogni paziente ricoverato in UTI nel periodo 15 dicembre 2012-31 gennaio 2013, affetto da sepsi clinica o da batteriemia confermata microbiologicamente. E' stata caratterizzata l'epidemia in termini di tempo, luogo, persona, tramite la predisposizione di una scheda analitica di rilevazione orientata alla raccolta delle informazioni utili. È stato, quindi, ricostruito l'andamento cronologico dei casi di infezione per evidenziare eventuali caratteristiche comuni e descrivere l'andamento temporo-spaziale del focolaio epidemico. Sono stati effettuati prelievi ambientali e delle mani del personale mediante piastre da contatto (RODAC) e mediante tamponi. Inoltre, è stato effettuato lo screening a tutti i contatti dei pazienti infetti, intesi come i pazienti gestiti dalla stessa equipe assistenziale che ha in carico il paziente infetto. I ceppi isolati sono stati sottoposti a tipizzazione molecolare. **RISULTATI:** Dall'analisi delle cartelle cliniche, è risultato che, nel periodo considerato, sono transitati in UTI 32 pazienti e si sono verificati 5 casi di batteriemie confermate microbiologicamente ed 1 sepsi clinica. Il primo isolamento di *Klebsiella oxytoca* ha riguardato l'esame colturale di un aspirato bronchiale in una paziente intubata degente in UTI che solo un mese dopo ha sviluppato una batteriemia confermata microbiologicamente. Tutti i casi risultano concentrati nel periodo 17-28 gennaio. I risultati dei controlli ambientali hanno messo in evidenza nell'UO di Cardiochirurgia, una carica microbica superiore ai valori di riferimento nella metà dei punti campionati e in UTI in 4 dei 21 punti campionati. Il superamento dei valori di carica microbica sono stati rilevati nei prelievi da mani del personale. A seguito degli interventi di sanificazione straordinaria, i valori di carica microbica sono risultati inferiori ai valori



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di riferimento su tutti i punti campionati, tranne uno. La ricerca selettiva di *Klebsiella oxytoca* da tutti i campioni ha sempre dato esito negativo. Sono state attuate misure di carattere organizzativo (isolamento strutturale, ove possibile, o funzionale dei pazienti con positività microbiologica per *Klebsiella* spp. multiresistente; limitazione dell'accesso ai locali dell'UTI, valutazione dell'adesione alle misure indicate per la prevenzione della trasmissione) e misure di carattere assistenziale (screening a tutti i contatti dei pazienti infetti tramite tampone rettale; segnalazione della positività per *Klebsiella* spp. multiresistente in caso di trasferimento del paziente; utilizzo delle precauzioni da contatto, in aggiunta a quelle standard, minimizzando la possibilità di contatto diretto ed utilizzando correttamente gli appropriati dispositivi di protezione individuale; antisepsi delle mani con prodotti su base alcolica; sanificazione delle superfici ambientali; utilizzo, nei pazienti colonizzati/infetti, di materiale monouso o strumenti ad uso dedicato, etc.). Sono, inoltre, stati organizzati incontri con il personale sanitario delle strutture coinvolte al fine di rinforzare l'attenzione alle misure di prevenzione. **CONCLUSIONI:** L'identificazione precoce dell'evento epidemico e l'attivazione tempestiva delle misure di controllo hanno consentito di circoscrivere l'epidemia e prevenire la trasmissione crociata dell'infezione. I pazienti coinvolti dal fenomeno erano portatori di dispositivi vascolari centrali e periferici e sottoposti ad intubazione oro-tracheale, verosimili porte d'ingresso del microrganismo. Pertanto, l'intensificazione delle misure generali di controllo delle infezioni quali l'antisepsi delle mani e le misure di igiene ambientale, la cui efficacia è stata verificata attraverso i controlli microbiologici ambientali, unitamente al rafforzamento delle misure di disinfezione e sterilizzazione ed al miglioramento degli assetti organizzativi assistenziali, hanno consentito di contenere il fenomeno epidemico e di interrompere il verificarsi nuovi casi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 600

IL FENOMENO DELL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA. ANALISI DESCRITTIVA DI ANTIBIOGRAMMI EFFETTUATI SU GERMI ISOLATI DA PAZIENTI DIABETICI

E. Avventuroso 1; M. Ferlazzo 2; D. Chiera 2; F. Mazzù 1; L. Melcarne 1; S. Delia 1; P. Laganà 1.

1. Dipartimento Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali - Università degli Studi di Messina - Messina.

2. Istituto Clinico Polispecialistico C.O.T. (Cure Ortopediche Traumatologiche). Messina

INTRODUZIONE: Il diabete è una patologia estremamente diffusa nella popolazione mondiale e in particolare in Italia ne sono affetti circa 3 milioni di pazienti. Di grande rilievo sociale sia per la sua notevole diffusione sia per la gravità delle complicanze, tra le quali la maggiore predisposizione a contrarre infezioni a decorso e outcome peggiori rispetto alla popolazione generale, dovuti al deficit di guarigione delle ferite per la ridotta funzionalità dei linfociti polimorfonucleati. La maggiore suscettibilità alle infezioni, unitamente alla presenza di comorbidità, obbliga spesso a trattamenti antibiotici aggressivi e prolungati, che spesso favoriscono la selezione di specie batteriche multiresistenti.

La comparsa di batteri sempre meno sensibili ai farmaci è un fenomeno in continua crescita che desta allarme a livello mondiale, come testimoniato dall'attenzione posta negli ultimi anni da governi, istituzioni scientifiche e autorità. Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità il fenomeno è una tra le più serie minacce alla Salute Pubblica.

L'antibiotico resistenza, oltre al già noto problema puramente clinico, ha un risvolto anche dal punto di vista economico riflettendosi sui tempi di ospedalizzazione e, di conseguenza, sui costi legati all'assistenza sanitaria. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto su 300 campioni biologici di varia natura pervenuti al nostro Laboratorio nel triennio 2011/2013, per sospetta infezione microbica. Sul totale delle analisi culturali effettuate sono stati isolati 130 ceppi microbici ritenuti causa di infezione, provenienti da 110 campioni (a volte da un singolo campione sono stati isolati germi diversi). Su ciascun germe è stato effettuato un antibiogramma (Metodo Kirby Bauer) che ha permesso di evidenziare le molecole più efficaci. **RISULTATI:** Tutti i campioni provenivano da soggetti in cura presso una struttura sanitaria privata di Messina, sia in regime di ricovero (71,8%) che ambulatoriale (21,2%). La popolazione in esame, stratificata per sesso, mostra una netta prevalenza del genere maschile (70%) rispetto a quello femminile (40%). L'età media del campione è di 69,7 anni (DS = 9,8).

Nella maggioranza dei casi i materiali da noi analizzati provenivano da secrezioni di ulcere cutanee (40,9%) e da ferite chirurgiche (34,5%). Le urine rappresentavano il 16,4 % dei campioni. Per quanto riguarda la localizzazione anatomica delle lesioni, vi è una netta prevalenza dell'emisoma sinistro (90,5%) rispetto al destro (6%), e, in particolare, dell'arto inferiore sinistro (47,6%). Dai campioni positivi sono stati isolati 70 ceppi di batteri Gram negativi e 40 di Gram positivi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Tra i Gram negativi figurano: *Pseudomonas aeruginosa* (50%), *Escherichia coli* (22,9%), *Proteus mirabilis* (11,4%), *Klebsiella pneumoniae* (8,6%) e *Acinetobacter baumannii* (2,9%).

Tra i Gram positivi quello più frequentemente isolato è stato lo *Staphylococcus aureus* (92,5%), che, in accordo con la letteratura, ha mostrato una significativa resistenza alla Meticillina (80%). Per quanto riguarda l'efficacia delle altre molecole testate, si pone l'attenzione su: Clindamicina (70%), Doxaciclina (65.5%), Rifampicina (65%), Vancomicina (52.5%) e, in minor misura, Nitrofurantoina (42.5%).

Per i Gram negativi si evidenzia, in generale, una spiccata resistenza ai Chinoloni (68%) per tutte le specie osservate, così come per le Cefalosporine (73%), sebbene in percentuale differenti nelle tre generazioni in cui tali preparati farmacologici sono classificati. La sensibilità riscontrata è stata, ovviamente, varia in funzione del germe considerato, ad esempio *P. aeruginosa* è risultata più sensibile a Colistina solfato (78.6%) e Tobramicina (68.3%) mentre *E. coli* è risultato sensibile nel 75% dei casi alla Nitrofurantoina. **CONCLUSIONI:** La profilassi antibiotica nel paziente diabetico non viene eseguita di prassi, ma è necessario valutarne l'esigenza volta per volta: è indicata soprattutto in caso di interventi chirurgici complessi in pazienti con scarso controllo glicemico e diabete scompensato oppure in presenza di foci infettivi nella regione da trattare (ulcere, ascessi, granulomi, parodontiti, ecc.). La selezione e la diffusione di batteri antibiotico-resistenti si configura come un problema particolarmente rilevante per la sicurezza del paziente in genere e di quello diabetico in particolare, verso il quale si auspica un uso sempre mirato di queste molecole.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 412

EPIDEMIOLOGIA DELLE INFEZIONI DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTTORE DI CARBAPENEMASI: DATI DI SORVEGLIANZA IN UN PRESIDIO OSPEDALIERO DI BARI

A. Guaccero², A. Mundo, A. Lollino, A.M. Di Benedetto, A. Leaci³

1 Direzione Medica di Presidio

2 Direttore Medico Presidio Ospedaliero San Paolo – ASL BARI,

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Bari

INTRODUZIONE: La resistenza ai carbapenemi degli enterobatteri rappresenta un problema rilevante per il nostro Paese sia da un punto di vista epidemiologico che clinico-assistenziale, tenuto conto dell'inefficacia della terapia antibiotica e dell'alto tasso di mortalità. In presenza di infezioni da *Klebsiella Pneumoniae* produttore di carbapenemasi (KPC), è necessario circoscrivere il rischio di diffusione, identificare tempestivamente i casi di infezione/colonizzazione ed instaurare misure di isolamento del paziente ed efficaci procedure igienico-sanitarie. **MATERIALI E METODI:** Facendo seguito alle Circolari Ministeriale e Regionale, la Direzione Medica del Presidio Ospedaliero San Paolo ha costituito un gruppo di lavoro al fine di avviare una sorveglianza attiva per il controllo delle infezioni da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE).

Nel novembre 2013 si è provveduto alla stesura e condivisione di una scheda compilativa per i casi isolati con relativa richiesta di esame colturale da inviare al Laboratorio di Microbiologia ed all'elaborazione di procedure operative sull'isolamento dei pazienti infetti/colonizzati.

Successivamente sono stati organizzati incontri di formazione e audit con il personale medico ed infermieristico del Presidio.

La sorveglianza attiva ha coinvolto inizialmente le Unità Operative a più alto rischio (Rianimazione, Pneumologia – UTIR, Medicina).

I pazienti arruolati sulla base dei fattori di rischio per colonizzazione sono stati sottoposti a tampone rettale. Il Laboratorio di Microbiologia ha refertato il risultato entro 24 ore, mediante piastre cromogene, per consentire l'adozione rapida dell'isolamento. **RISULTATI:** Nel primo semestre dello studio (dicembre 2013 - maggio 2014) sono state registrate 33 segnalazioni di infezione/colonizzazione di KPC riscontrate rispettivamente nelle Unità Operative di Rianimazione (22), Pneumologia-UTIR (10), Chirurgia Generale (1). L'età media è stata di 65,7 anni; l'età mediana di 67 anni.

Il 60,6% dei pazienti era di sesso maschile, il 39,4% di sesso femminile.

La durata media dei ricoveri è stata di 27,1 giorni; la mortalità riscontrata nel campione esaminato è stata del 48,5% (16 decessi), mentre il 70% dei dimessi (7 pazienti su 10) sono stati trasferiti: 2 in RSA, 3 in Pneumologia, 1 in UTIC, 1 in Chirurgia Toracica.

Per i casi riscontrati sono state applicate strette misure di isolamento da contatto e di sanificazione ambientale, oltre al controllo ripetuto di tamponi rettali. **CONCLUSIONI:** Per quanto



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

la Direzione Medica sia particolarmente attenta e vigile alle problematiche igienico-sanitarie del Presidio e stia effettuando costantemente rigidi controlli, il numero di casi di pazienti infetti e/o colonizzati da *Klebsiella Pneumoniae* risulta essere elevato rispetto alle casistiche nazionali.

Dall'analisi dei dati sono emerse alcune criticità in merito alle procedure di isolamento legate a carenze sia strutturali (impossibilità all'utilizzo ordinario di stanze singole), sia di risorse umane che non consentono di assegnare personale dedicato al paziente infetto.

Risulta indispensabile continuare nella attività formativa per sensibilizzare gli Operatori Sanitari sui rischi di contaminazione, con particolare attenzione all'igiene delle mani e al rispetto delle norme comportamentali durante l'attività assistenziale.

Inoltre è necessario implementare misure aggiuntive e ancor più restrittive di prevenzione e controllo per limitarne la trasmissione ed assicurare che i casi colonizzati non si trasformino in casi infetti.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C15: PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 663

È POSSIBILE RAZIONALIZZARE I CONSUMI DI ALBUMINA PER OGNI PAZIENTE CIRROTICO?

A. Marcolongo 1; S. Pollini 1; S. Barbieri 4-6; U. Cillo 2; P. Boccagni 2; G. Zanus 2; E. Gringeri 2; D. Neri 2; A. Da Riva 2; A. Vitale 2; F. D'Amico 2; R. Boetto 2; M. Polacco 2; P. Burra 3; G. Gabutti 4; M. Bergamini 4; A. Stefanati 4; RM. Gaudio 5; FM. Avato 5; P. Feltracco 6

1 Controllo di Gestione e Programmazione, Azienda Ospedaliera Padova, Padova; 2 Unità Operativa di Chirurgia Epatobiliare e dei Trapianti Epatici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, Padova; 3 Trapianto Multiviscerale Azienda Ospedaliera Padova, Padova; 4 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Igiene e Medicina del Lavoro Università degli Studi di Ferrara, Ferrara; 5 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Legale Università degli Studi di Ferrara, Ferrara; 6 Unità Operativa Anestesiologia e Terapia Intensiva DIMED Università degli Studi di Padova, Padova

INTRODUZIONE: Introduzione: Le informazioni sul consumo di albumina in Italia nel 1994 indicavano un valore complessivo di 422 Kg/106 abitanti/anno, dato che poneva l'Italia tra i maggiori consumatori di albumina in Europa. L'infusione di albumina viene usata nella gestione dei pazienti con cirrosi epatica avanzata allo scopo di migliorare il volume circolante efficace attraverso un incremento della pressione oncotica. **MATERIALI E METODI:** Materiali e metodi: In questo lavoro è stato eseguito un monitoraggio relativo all'uso dell'albumina in un particolare tipologia di pazienti ESLD (End Stage liver disease). Nel corso degli anni la strategia aziendale ha portato alla promozione dell'uso corretto dell'albumina, grazie ad una attenta sorveglianza da parte dei clinici e della Direzione Sanitaria che con capillarità ha permesso di cogliere le modalità locali di impiego, con congrui e continui interventi di sorveglianza nell'intero Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente cirrotico terminale. Il metodo utilizzato è stato quello dell'indagine conoscitiva relativa al consumo di albumina nel "percorso del paziente cirrotico" ricoverato presso un Ospedale Universitario, in lista di attesa di trapianto di fegato o trattati per ESLD. L'analisi delle diagnosi principali, la tipologia e la durata dei ricoveri, la gestione dei pazienti e il trattamento specifico, ha permesso di costruire un percorso ottimale nel processo diagnostico e terapeutico della patologia e delle complicanze, riducendone i costi. **RISULTATI:** Risultati: l'analisi del consumo di albumina in un ospedale di riferimento a livello nazionale per la trapiantologia epatica e per il paziente epatopatico acuto e cronico riveste un ruolo di notevole importanza. La riduzione del tasso di consumo alla luce della appropriatezza prescrittiva ha permesso negli ultimi anni il contenimento della spesa, inserito nel contesto del PDTA un impatto per i Capi-dipartimento e per gli operatori sanitari. Alla base della strategia di riduzione del consumo e quindi dei costi c'è stato l'incremento della percentuale di prescrizione informatizzata, l'appropriatezza prescrittiva, la costituzione di una task force finalizzata a ridurre la variabilità della



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

quantità d'uso dell'albumina. La richiesta e la somministrazione dell'albumina viene effettuata applicando criteri clinici predefiniti e condivisi che assicurano equità e trasparenza. Nella casistica considerata non si sono verificate situazioni di overtreatment. **CONCLUSIONI:** Conclusione: L'implementazione di un sistema che permette una costante verifica dell'appropriatezza prescrittiva ha determinato una chiara riduzione del consumo dell'albumina quasi del 22%, nel periodo considerato. L'eliminazione degli sprechi rappresenta non solo una necessità imposta dalle risorse limitate ma è anche il risultato della maggior responsabilizzazione del medico prescrittore che ne favorisce l'uso convalidato dai dati presenti in letteratura e utilizzando i consumi e i costi come uno strumento di sorveglianza prospettica basata su dati oggettivi, su risultati clinici relativi alla tipologia e la complessità clinica dei pazienti ESLD.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 400

CODICE ROSA IN PRONTO SOCCORSO: PROTOCOLLO DI PRIMA ACCOGLIENZA DELLA VITTIMA DI VIOLENZA DI GENERE NELL'AOU DI CAGLIARI

C Basciu 1; S. Pretta 2; C. Fadda 3; G. Ortu 4; A.M. Lampis 5

1 Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Cagliari; 2 Coordinatore infermieristico ASL 8, Cagliari; 3 Servizio Formazione AOU Cagliari; 4 Direttore Sanitario AOU Cagliari; 5 Coordinatrice infermieristica Anestesia e Rianimazione AOU Cagliari

INTRODUZIONE: Il Codice Rosa identifica un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze, senza distinzione di genere o età che, a causa della loro condizione di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza: donne, uomini, bambini, anziani, immigrati, omosessuali.

Il codice viene assegnato insieme al codice di gravità, da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata. Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) e dalle forze dell'ordine. Il gruppo operativo dà cura e sostegno alla vittima, avvia le procedure di indagine per individuare l'autore della violenza e, se necessario attiva le strutture territoriali.

L'obiettivo di tale progetto, promosso dal Ministero delle Pari Opportunità, è quello di approfondire la conoscenza del fenomeno da parte degli operatori, aumentare la capacità di interazione ed assistenza alle donne che hanno subito violenza, favorendo lo sviluppo di competenze di ascolto e di accoglienza della vittima. **MATERIALI E METODI:** Il protocollo è stato elaborato dagli operatori del Pronto Soccorso generale e del Pronto Soccorso ginecologico dell'AOU di Cagliari, nell'ambito del Progetto "Codice rosa in Pronto Soccorso" finanziato dal Ministero per le Pari Opportunità.

Scopo principale del progetto è coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso, considerando che la nuova normativa sancisce l'obbligo di denuncia se la prognosi supera i 20 giorni di cure.

Il progetto è stato articolato in due parti: una parte formativa di 50 ore, che ha portato in aula circa 100 operatori dei servizi in questione; ed una seconda parte sul campo, con la sperimentazione di procedure codificate e condivise e con l'allestimento di uno spazio apposito (stanza con letto e spazio conversazione) dedicato alle donne vittime di violenza. **RISULTATI:** Nei sei mesi della sperimentazione del progetto, dal 1 Novembre 2013 al 30 Aprile 2014 sono giunti in Pronto Soccorso 7 casi di vittime di violenza. Tutte donne dai 25 ai 40 anni di età e sono state trattate secondo protocollo. Una è stata vittima di violenza sessuale mentre le altre hanno subito violenza di genere con una prognosi che ha variato dai 7 ai 10 giorni. Il caso vittima di violenza sessuale ha subito anche sequestro di persona e stalking e pertanto è andato avanti per vie legali



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ed è attualmente in fase processuale. In tutti gli altri casi le vittime hanno rifiutato il ricovero e sono state rimandate al medico curante. **CONCLUSIONI:** E' necessario "conoscere per riconoscere", per modificare comportamenti, ma anche per essere consapevoli delle proprie modalità di approccio alle vittime e combattere l'idea stereotipata di violenza, comune tra gli operatori socio-sanitari, che sia un grave reato, ma relativamente poco frequente. Si deve arrivare a considerare la violenza contro le donne anche come un problema di Sanità Pubblica, che deve coinvolgere tutti gli operatori sanitari nella prevenzione del fenomeno e nel trattamento delle conseguenze in termini di danni alla salute fisica e psichica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 676

ATTIVITÀ FISICA ADATTATA NELLA RIABILITAZIONE POST-ICTUS: RISULTATI AL FOLLOW-UP DI 12 MESI

L. Dall'Olio 1, M.P. Fantini 1, M. Taricco 2, P. Rucci 1, S. Fugazzaro 3, M. Stuart 4, P. Pillastrini 1
S. Calugi 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum–Università di Bologna, Bologna, Italia

2 UO Medicina Fisica e Riabilitazione Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Bologna, Italia

3 Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico - Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia, Italia

4 Health Administration and Policy Program, Baltimore County, Maryland, USA

INTRODUZIONE: L'ictus è un importante problema di salute pubblica, è causa di morte e disabilità nella popolazione anziana. Per questo, sono necessarie strategie di prevenzione secondaria e terziaria per migliorare il funzionamento post-ictus e prevenire o ritardare altre condizioni disabilitanti. In un recente studio condotto in Italia è stato sviluppato un intervento di Attività Fisica Adattata (AFA) per l'ictus, che ha permesso di migliorare gli esiti della riabilitazione a 4 mesi di follow-up (Taricco et al., 2014). Obiettivo del presente studio è di valutare se l'AFA unita all'Educazione Terapeutica (ET), rispetto al trattamento riabilitativo standard, mantiene, a lungo termine (12 mesi di follow-up), il miglioramento nel funzionamento e nella qualità di vita in pazienti sopravvissuti ad ictus e riduce gli eventi avversi e l'utilizzo di servizi riabilitativi. **MATERIALI E METODI:** Studio prospettico di coorte con gruppo di controllo non randomizzato, in cui sono stati valutati 229 pazienti in riabilitazione post-ictus, 126 nel gruppo sperimentale (AFA+ET) e 103 nel gruppo di controllo. I pazienti sono stati valutati al baseline, a 4 e a 12 mesi di follow-up. Le variabili misurate sono: Barthel Index, Geriatric Depression Scale, SF-12 e Caregiver Strain Index. Inoltre, è stata valutata la presenza di complicanze mediche quali cadute, fratture, recidive di ictus, il numero di accessi al Pronto Soccorso, il numero di ospedalizzazioni, il ricorso a visite riabilitative e il ricorso a trattamenti riabilitativi. **RISULTATI:** A 12 mesi di follow-up, il gruppo AFA+ET ottiene un miglioramento superiore, rispetto al gruppo di controllo, nell'abilità di svolgimento delle attività giornaliere e nelle componenti mentale e fisica della qualità di vita. Inoltre, il gruppo AFA+ET riporta, nell'ultimo anno, una minor presenza di fratture e minor ricorso a visite riabilitative rispetto al gruppo di controllo. **CONCLUSIONI:** I nostri risultati confermano che l'AFA+ET è efficace nel migliorare le condizioni cliniche di pazienti sopravvissuti ad ictus e che gli effetti, soprattutto sulla riabilitazione fisica, sono mantenuti anche a lungo termine. Inoltre, la minor presenza di fratture e il minor ricorso a trattamenti riabilitativi nel gruppo sperimentale suggeriscono che programmi strutturati di attività fisica, uniti ad un'educazione terapeutica mirata, possono essere utilmente implementati al fine di migliorare gli esiti clinici nonché di ridurre i costi dell'assistenza sanitaria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 573

PERCORSO NASCITA E DISUGUAGLIANZE: INDAGINE CONOSCITIVA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

M. Chiavarini¹, P. Casucci², C. Leandri¹, L. Minelli¹.

1. Dipartimento di Medicina Sperimentale, sez. Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia

2. Mobilità sanitaria e gestione del Sistema informativo sanitario e sociale, Regione Umbria

INTRODUZIONE: La commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità sui determinanti sociali di salute ha prodotto delle raccomandazioni generali sul benessere delle donne e circostanze in cui i figli nascono che invitano a "misurare e analizzare il problema"; tali priorità, condivise dalla comunità scientifica, attraverso la generazione di ipotesi per approfondimenti pur conservando il maggior rigore possibile, permetteranno di produrre sintesi rilevanti a fini di sanità pubblica e utili ai decisori politici.

L'obiettivo dello studio è confrontare il percorso nascita delle donne straniere con quello delle donne italiane per rilevare le eventuali disuguaglianze esistenti sul piano della salute, dell'accesso ai servizi sanitari e della qualità dell'assistenza ricevuta. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto su tutte le donne che hanno partorito presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia (1846 donne di cui 452 straniere) nell'anno 2012 attraverso la somministrazione di due questionari, uno durante la degenza ed uno 40 giorni dopo il parto. **RISULTATI:** Il 24% dei parti è da attribuire a madri di cittadinanza straniera, con un'età media di 29 anni, per lo più disoccupate o casalinghe (63% versus 18% delle italiane).

Le donne straniere, rispetto alle donne italiane

- accedono con maggior frequenza al servizio pubblico per ricevere assistenza durante la gravidanza (ginecologo di struttura pubblica: 36.5% verso il 7.9%, Consultorio familiare: 29.4% verso il 5.9%), ma l'utilizzo avviene in maniera inappropriata, infatti l'effettuazione del primo controllo oltre la 12° settimana gestazionale è del 9.4% (verso 1.4%) e il percorso assistenziale mostra criticità, infatti si sono sottoposte a meno di 4 visite in gravidanza (12.2% verso 3.5%). Inoltre, solo il 7.5% ha avuto la possibilità di partecipare ad un Corso di Accompagnamento alla Nascita (verso 38.8% delle italiane).

- Affrontano il parto senza l'accompagnamento di una persona di fiducia (9.3% verso 2.1%) e ben il 19.2% non può contare sull'aiuto e sostegno di nessuno nell'ambito della maternità (3.9% nelle italiane).

- registrano una minore soddisfazione per l'assistenza ricevuta, poiché non si sentono pienamente rispettate nelle scelte; scarse sono anche le informazioni ricevute su cura del neonato, contraccettione e ginnastica perineale e assistenza ricevuta per l'allattamento al seno.

- non effettuano la visita di controllo in puerperio (38% versus 16% delle italiane)

CONCLUSIONI: Il fenomeno della migrazione femminile in Italia è in costante evoluzione e la causa principale è il



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

perseguimento di un progetto di vita familiare. Considerando che la maggioranza delle donne immigrate è in età riproduttiva e che sono maggiormente esposte a condizioni di fragilità sociale che hanno riflessi in tutto il percorso nascita è necessario aumentare l'attenzione per la tutela della maternità tra le donne immigrate. L'accesso non ottimale delle donne immigrate all'assistenza in gravidanza può essere determinato da difficoltà di accesso e da ostacoli incontrati presso il servizio stesso. Infine, anche se la donna raggiunge correttamente il servizio, possono essere le barriere linguistiche e culturali ad impedire il dialogo tra il personale sanitario e la paziente.

È quindi necessario:

- migliorare le conoscenze delle donne in merito ai servizi sanitari offerti, al loro diritto a ricevere assistenza e cura, alle modalità di accesso, all'assenza di rischio di segnalazione in caso di loro presenza non in regola con le vigenti norme di soggiorno (illustrando le possibilità di assistenza in gravidanza)
- utilizzare in maniera attiva i giorni di ricovero post parto per informarle in merito all'allattamento al seno, alla contraccezione in puerperio, alle possibilità di sottoporsi agli screening per la prevenzione dei tumori femminili
- creare una rete di continuità assistenziale che accompagni la donna nella gravidanza, al parto, in puerperio e nelle cure al neonato (rete tra strutture istituzionali, di volontariato e comunità di migranti), collaborando con i mediatori culturali che permettono di superare le barriere linguistiche e culturali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 583

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO PER PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA IN STADIO A E B

F. De Angelis 1; M. Pichezzi 2; M. De Angelis 2

1 ASL RM A

2 Viva la Vita onlus

INTRODUZIONE: Preso atto della chiusura, a decorrere dal 31/12/2013, del progetto per la realizzazione di un “Percorso assistenziale alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica” (stadio A e B), di cui in Deliberazione ASL RM/A n. 574/2010, viene preso in esame l’intero andamento del progetto. **MATERIALI E METODI:** L’Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) istituita presso la ASL RM/A, decide la presa in carico del paziente all’inizio del percorso di assistenza domiciliare autorizzandone il Piano Assistenziale Individuale (PAI). Gli interventi territoriali specialistici sono dedicati ai pazienti in stadio A e B e sono di tipo domiciliare nel caso in cui le condizioni motorie del paziente ne impediscano lo spostamento.

Vengono garantite dalla ASL RM/A tutte le tipologie ed il numero di prestazioni territoriali previste dal vigente Progetto Assistenziale ed inserite nel PAI approvato dalla UVM. Ogni Piano Assistenziale Individuale viene costantemente monitorato da parte del Care e Case Manager di ogni Distretto che eventualmente possono proporre la modifica al fine di un suo più funzionale adattamento alle specifiche condizioni di ogni paziente.

A tal fine, la UVM aziendale esercita comunque la propria funzione riunendosi più volte periodicamente per effettuare una valutazione generale di tutti i PAI dei pazienti affetti da SLA ed eventualmente modificarli in relazione all’evoluzione della patologia. **RISULTATI:** Il numero totale dei pazienti SLA assistiti nella ASL RM/A risultante al 31/12/2013 a n. 36 pazienti dei quali n. 16 uomini e n. 20 donne. Con i Responsabili delle UOS CAD dei quattro Distretti si è provveduto ad una mappatura della stadiazione della patologia sul territorio aziendale da cui è risultato che n. 6 pazienti sono in stadio A e n. 10 pazienti in stadio B.

Da una analisi comparativa dell’andamento percentuale degli stadi di patologia nel corso dell’anno 2013, si registra che gran parte dei pazienti è allo stadio D (53%) ed allo stadio iniziale B (30%), mentre una percentuale più contenuta è in stadio A (20%) e in stadio C (3%).

Se nella media nazionale i pazienti in stadio D in ventilazione meccanica invasiva risultano circa il 20% del totale, sul territorio della ASL RM/A la percentuale aumenta fino a superare il 50 % degli utenti assistiti.

Da questa analisi comparativa dell’andamento percentuale degli stadi di patologia nel corso dell’anno 2013, rispetto all’anno 2012, emerge la progressiva ingravescenza della patologia dal momento della prima diagnosi ed il graduale aumento dei pazienti allo stadio D della patologia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Nel corso dell'anno 2013, a fronte del decesso di n. 3 utenti, si è provveduto all'inserimento nel Percorso assistenziale di n. 4 nuovi utenti in stadio D ed al peggioramento delle condizioni di n. 5 utenti passati dallo stadio A - B allo stadio C - D della patologia.

Nell'ambito delle specifiche attività realizzate dalla ASL RM/A in favore delle persone affette da SLA, grazie allo specifico finanziamento della Regione Lazio, sono stati organizzati con l'Associazione Viva La Vita onlus corsi per la diffusione ed una maggiore conoscenza del problema specifico da parte degli operatori dei servizi sociali e sanitari, compresi MMG, per una corretta gestione dell'assistenza.

Sono stati organizzati "Corsi informativi per familiari ed assistenti familiari della ASL RM/A sulla gestione ordinaria del paziente con SLA" oltre che avviare specifiche attività di aiuto, ascolto e coordinamento degli interventi per i malati di SLA, **CONCLUSIONI:** Il Percorso Assistenziale sperimentale di cui in Determinazione 4090/2009, poneva come obiettivo primario la creazione, validazione ed applicazione di un modello integrato di interventi socio-sanitari che prendessero in carico il paziente fin dal momento della prima diagnosi, al fine di ridurre il numero delle ospedalizzazioni improprie ed intensificare le attività di assistenza domiciliare. La ASL RM A, ha istituito tale percorso assistenziale avvalendosi anche di un Protocollo di Intesa con il Policlinico Umberto I, stipulato ed approvato con Deliberazione 574 del 18/05/2010.

In data 29/07/2013, con Deliberazione n. 000465, il Policlinico Umberto I ha attivato una "Unità di Area Critica respiratoria SLA" (ALS Respiratory and Critical Care Unit), ridefinendo i protocolli relativi ed istituendo uno specifico percorso dedicato al ricovero del paziente SLA ed una adeguata assistenza infermieristica presso la struttura.

Da una analisi effettuata, relativa alla ricerca da parte dei vari pazienti in stadio A e B della propria struttura ospedaliera di riferimento, è emerso che la maggior parte dei pazienti indica comunque Il Policlinico Umberto I struttura ospedaliera di riferimento sul territorio, anche grazie alla interazione esistente tra ospedale, territorio ed associazione, potenziata dalla condivisione delle risorse professionali previste dal protocollo d'intesa attualmente vigente tra Policlinico Umberto I ed ASL RM A. Qui il paziente preso in carico usufruisce di una sinergica integrazione dei servizi assistenziali di ospedale e territorio.

Si ritiene quindi che il percorso assistenziale fino ad ora attivato possa costituire l'offerta assistenziale più idonea alle peculiari condizioni e necessità dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, fin dal momento della prima diagnosi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 568

PROGETTO CODICE ROSA

L. Gregni 1; D. Modica; R. Ferranti 2

1 Ospedale Maggiore, Modica, ASP 7

2 Dipartimento "G. F. Ingrassia" - Università degli Studi di Catania

INTRODUZIONE: La "Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne" adottata dall'ONU nel 1993 nell'art. 1 descrive la violenza contro le donne come : "qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata."

E' ormai evidente che a causa del notevole aumento di segnalazioni (accessi al Pronto Soccorso, denunce, richieste di intervento delle Forze dell'Ordine, etc.) di episodi violenti (in particolare violenza sessuale e domestica) di cui sono vittime le fasce deboli delle popolazione occorre attivare interventi inter-istituzionali condivisi, in grado di stimolare la partecipazione, la formazione del personale ed un corretto intervento operativo; l'Azienda Sanitaria Provincia 7 dopo aver esaminato attentamente il suddetto "Problema Sociale" ha previsto di stipulare un Protocollo d'Intesa con la Procura della Repubblica di Ragusa attuando un progetto denominato "Codice Rosa" finalizzato alla promozione della tutela della collettività contro la violenza. **MATERIALI E METODI:** Il "Codice Rosa" prevede l'istituzione di un gruppo di operatori sanitari in grado di collaborare tempestivamente e sinergicamente formando una task force che collabora con un pool di magistrati, incaricati esclusivamente della gestione dei reati contro le cosiddette "Fasce Deboli" della popolazione.

Dal 29/10/2013 al 06/04/2014 è stata effettuata la raccolta dei dati intra ed extra-ospedaliera, resa possibile dal programma informatico Firstaid usato nel triage dei Pronto Soccorsi e dal quale si ottengono informazioni riguardanti l'anagrafe del paziente, la anamnesi e prognosi e tutte le notizie riguardanti l'accesso al servizio che mette in relazione e collaborazione i 5 MCAU (Unità Operativa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza area d'emergenza - pronto soccorso) dell'Asp 7 di Ragusa. **RISULTATI:** Nel periodo di studio sono stati osservati numero 47 casi di accesso al Pronto Soccorso alla voce di "Codice Rosa", di cui il 38,4% a Modica, il 25,5% a Ragusa, il 17% a Scicli e Vittoria e il 2,1% a Comiso.

Il 72,3% era di nazionalità italiana, il 14,9% rumeno, il 4,2% albanese e tunisino, il 2,2% polacco e sloveno e la totalità dell'utenza è di sesso femminile.

L'età media è di 34,46 anni e senza considerare i minorenni l'età media sale a 37,12, la mediana si colloca ai 35 anni; la media della prognosi assegnata è di 7,8 giorni e mediana 7 giorni con un minimo di 1 ad un massimo di 20 giorni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Di questi 47 casi in 39, ovvero l'83% si è verificato per denuncia spontanea, e il 17% di questi casi si poteva classificare come violenza inespresa.

Nello specifico si può riassumere che era violenza o aggressione da parte del marito (23,4%; 12,8%) il principale motivo per il ricorso al Pronto Soccorso, segue l'aggressione o la violenza da parte del convivente (8,5%; 6,4%), rilevante anche la violenza da parte dei familiari (12,8%), molto spesso si tratta di una persona nota (14,9%) responsabile dell'evento al contrario di uno sconosciuto (4,2%).

La fascia di età maggiormente interessata all'intervento al codice rosa è stata quella che va dai 26 ai 50 anni (61,7%), segue la fascia 5-25 anni (27,6%) e la fascia di età superiore ai 50 anni (10,7%).

CONCLUSIONI: L'inizio di un percorso attivo contro la violenza di genere e l'inizio di uno studio più affinato dei casi, porterà l'Asp 7 di Ragusa a migliorare i piani di intervento e tempestività adeguati alle vittime, così da poter limitare i danni psico-fisici del soggetto traumatizzato..

La valutazione del lavoro svolto può essere verificata solo nel tempo, il progetto porterà innovazioni e sensibilizzazione nella società. Il problema deve essere esposto dichiarato e denunciato, questo ci servirà come punto di partenza per cercare di evitarlo, prevenirlo e permettere che questo non sfoci in atti che possono determinare omicidi e suicidi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 737

ANALISI E MONITORAGGIO DELLE COMORBIDITÀ FISICHE IN SOGGETTI OBESI TRATTATI CHIRURGICAMENTE: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA

W. Longanella¹, A. Cirella², F. Gallè², V. Di Onofrio², M. Di Dio², A. Miele², F. Siciliano², R. Mastronuzzi², A.M. Salzano³ e G. Liguori²

1 AU-P "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona", Salerno

2 Università degli Studi di Napoli "Parthenope", Napoli

3 Ospedale Evangelico "Villa Betania" Napoli

INTRODUZIONE: Le linee guida per l'utilizzo della terapia chirurgica dell'obesità individuano come suscettibili di intervento bariatrico i pazienti obesi adulti che presentino Body Mass Index (BMI) >40 kg/m² oppure, se presenti comorbidità, BMI >35 kg/m². Il calo ponderale ottenuto con la chirurgia bariatrica è correlato ad un significativo miglioramento della mortalità e delle principali comorbidità associate all'obesità: diabete tipo2, sindrome delle apnee ostruttive notturne, ipertensione, disturbi psicopatologici. **MATERIALI E METODI:** Lo studio, della durata di 13 mesi, ha valutato l'effetto sul peso corporeo e sulle principali comorbidità di due tipologie di interventi di chirurgia bariatrica (by-pass gastrico e bendaggio) in pazienti obesi con 30-35 < BMI >40 kg/m²; ha inteso altresì determinare quale tra i due tipi di intervento chirurgico risultasse più efficace nel migliorare la qualità di vita.

Sono stati studiati 142 obesi adulti [105 F e 37M; età media 33 anni (range 15-63)] dei quali 71 sottoposti a by pass gastrico ed altrettanti ad intervento di bendaggio.

Per ciascuno, al momento del ricovero, sono stati raccolti i dati anagrafici e verificati: presenza/assenza di diabete tipo 2 e di apnee notturne, ipertensione (endpoint primari), BMI (endpoint secondario).

La presenza/assenza del diabete di tipo 2 è stata valutata in base ai livelli di emoglobina glicata (HbA1c); l'ipertensione arteriosa come classificata dall'OMS; le apnee notturne attraverso l'Indice di Apnea-Ipopnea (Apnea-Hypopnea Index, AHI) eventi/ora sonno, definito dall'American Academy of Sleep Medicine.

Gli endpoint primari sono stati valutati nel seguente modo: diabete tipo 2, come riduzione dell'HbA1c di almeno l'1% rispetto al valore basale; ipertensione arteriosa, come miglioramento; OSAS, come riduzione dell'AHI <30 eventi/ora; BMI, come miglioramento.

Endpoint primari e secondari sono stati valutati a T0 e a 13 mesi (T13) dall'intervento. **RISULTATI:** Il 63% dei pazienti presentava al ricovero comorbidità severe (17% diabete tipo 2; 35% ipertensione; 48% apnea notturna). Le professioni più frequenti erano, rispettivamente, casalinga (donne 75%) e disoccupato (uomini 30%). Solo il 2,8% dei soggetti praticava attività fisica.

Al termine del follow-up, in entrambi i gruppi, si è registrata una riduzione dell'HbA1c di almeno l'1% rispetto al valore basale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa, questa si è ridotta da grado 2 a grado 1, rispettivamente, nel 61% dei soggetti sottoposti a by-pass e nel 92% di quelli operati di bendaggio. Tra i primi, il 39% delle ipertensioni di grado 3 si è ridotto a grado 1 dopo 13 mesi.

Il miglioramento ha riguardato anche le apnee notturne. Nel 78% dei soggetti sottoposti a by-pass è segnalata a T13 un'OSAS ridotta a 15-30 e, nel 22%, ridotta a 5-15 (OSAS lieve). L'OSAS si è ridotta da grave (AHI>30) a moderata (AHI 15-30) nel 100% dei pazienti sottoposti a bendaggio gastrico.

A tredici mesi dall'intervento, il BMI è risultato mediamente ridotto di +30% nei pazienti sottoposti a by-pass gastrico e del 17% in quelli operati di bendaggio. **CONCLUSIONI:** Lo studio mette in evidenza la riduzione del peso corporeo, il miglioramento delle comorbidità e dunque della qualità di vita in seguito all'intervento di chirurgia bariatrica, più evidenti nei pazienti sottoposti a by-pass gastrico.

I risultati confermano dunque i benefici derivanti dal trattamento chirurgico nella riduzione delle comorbidità in pazienti obesi, soprattutto di quelli sottoposti a by-pass gastrico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 385

EDUCAZIONE SANITARIA PER PAZIENTI COLPITI DA DA STROKE E LORO CAREGIVERS: IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA

D.Moro¹, L.Marin², A.Mastretti², F.Gardinali², C.Cavatorta², R.Montanaro², M.Arpesella¹, M.Sacco¹

1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense. Unità di Igiene. Università degli studi di Pavia

2. Istituto di Cura Città di Pavia, Gruppo Ospedaliero San Donato

INTRODUZIONE: In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille. E' stato osservato che i pazienti non sono adeguatamente informati del proprio stato di salute e pochi sono aiutati a gestire le cure o ad assumersene la responsabilità. Inoltre, nella maggior parte dei casi i caregivers che si occupano dei pazienti colpiti da stroke sono familiari impreparati per il ruolo che si trovano a dover ricoprire all'improvviso. **MATERIALI E METODI:** Un gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito da fisioterapisti, infermieri, neurologi, fisiatristi, psicologa, nutrizionista e direzione sanitaria, ha concepito un intervento volto a migliorare l'assistenza al paziente colpito da stroke, potenziare la prevenzione secondaria attraverso l'educazione agli stili di vita sani e l'educazione terapeutica.

Gli incontri si baseranno su:

- incontri di educazione sanitaria/terapeutica con caregivers e pazienti sui temi:
 - ☐ prosecuzione dell'attività riabilitativa a domicilio
 - ☐ indicazioni sugli ausili da utilizzare a domicilio
 - ☐ indicazioni sulle modifiche strutturali da apportare al domicilio per migliorare l'autonomia
 - ☐ consigli alimentari
 - ☐ consigli sull'attività fisica adattata
 - ☐ indicazioni terapeutiche
 - ☐ attività di counselling
- stesura di un opuscolo informativo

In letteratura è nota l'utilità dell'informazione scritta per il paziente che, colto da ansia e agitazione, potrebbe travisare le informazioni fornite dal personale sanitario

Gli obiettivi dell'intervento sono:

- ☐ migliorare la qualità della vita del disabile e favorire la riabilitazione alle attività quotidiane (ADL)
- ☐ promuovere uno stile di vita volto a prevenire eventi secondari
- ☐ migliorare la qualità di vita dei familiari

RISULTATI: A distanza di 6 mesi dall'intervento, è previsto un follow-up con la somministrazione ai pazienti e ai caregivers di un questionario sulla qualità della vita. **CONCLUSIONI:** L'educazione terapeutica del paziente e dei familiari è designata



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

all'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione, nonché nei processi di coping al fine di migliorarne la qualità della vita.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 728

PROGETTAZIONE E MANAGEMENT DELL'EMERGENZA IN LUOGHI PUBBLICI PER SOGGETTI CON DISABILITÀ

I. Mura¹, E. Muresu¹, L. Manselli², S. Zanut², P.L. Ciappeddu¹, R. Santoru¹, G. Sotgiu¹, A. Piana¹, A. Maida¹

¹Dipartimento di Scienze Biomediche, Igiene e Med. Prev., Università degli Studi di Sassari;

²Comando Provinciale Vigili del Fuoco Sassari

INTRODUZIONE: Le alluvioni che hanno colpito recentemente diverse zone della Sardegna, causando decine di morti, sottolineano la necessità di disporre di piani di intervento per soccorrere le persone colpite e porre in salvo, in particolare, i soggetti “fragili”, quali bambini, anziani e portatori di disabilità motoria, sensoriale e cognitiva. La gestione ed il soccorso alle persone con disabilità, in caso di emergenza, rappresenta oggi una delle principali tematiche di Sanità pubblica. Tale aspetto è particolarmente complesso e deve necessariamente essere affrontato con un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di differenti figure professionali che operano nei campi della progettazione edilizia, della prevenzione, delle operazioni di soccorso e di assistenza. Non meno importante è il ruolo attivo che lo stesso soggetto portatore di disabilità, secondo un approccio metodologico innovativo, deve assumere nella prevenzione e nella gestione delle emergenze.

Inserito nell'ambito di un protocollo di intesa stipulato tra il Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università degli Studi di Sassari e la Direzione Centrale per la Prevenzione Incendi e la Sicurezza Tecnica del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, il presente lavoro si pone gli obiettivi di delineare linee guida per la gestione delle emergenze e proporre norme di settore nell'ambito della prevenzione di calamità in presenza di persone disabili in attività lavorative civili ed industriali. **MATERIALI E METODI:** La metodologia adottata ha previsto un'analisi sistematica della letteratura scientifica e delle fonti giuridiche disponibili in materia di prevenzione, intervento e gestione di tali eventi e l'analisi dello stato dell'arte sugli strumenti normativi e sulle regole di buona tecnica (nazionali e internazionali) a disposizione dei progettisti e dei soccorritori, per affrontare situazioni di emergenza che potrebbero presentare criticità per le persone con disabilità. **RISULTATI:** Il D.M. 10/03/1998, emanato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 626/94, rappresenta il riferimento normativo base in merito ai criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione delle emergenze nei luoghi di lavoro. Successivamente, il Ministero dell'Interno, attraverso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile, ha elaborato, nel marzo 2002, un documento relativo a “Linee guida per la valutazione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro ove siano presenti persone disabili” affrontando con maggior dettaglio le problematiche connesse alla gestione delle emergenze quando vi è la presenza di persone disabili. Con un successivo documento (Lettera Circolare n. P880 del 18/08/2006), redatto



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

con le Associazioni aderenti alla Consulta Nazionale delle Persone Disabili e delle loro famiglie, sono stati descritti con maggiore dettaglio i principi da tenere presente nella valutazione dei rischi e gli interventi da adattare in base alla situazione riscontrata.

Tali norme e prescrizioni sono conformi con il successivo D.Lgs. 81/2008 (Testo unico in materia di sicurezza del lavoro) che, tra i diversi provvedimenti, impone al datore di lavoro di predisporre un documento di valutazione dei rischi lavorativi correlati con le attività svolte, tenendo anche conto di gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari (come i soggetti con limitazioni permanenti o temporanee di capacità fisiche, mentali, sensoriali o motorie). Tuttavia, è in fase di stesura un nuovo Decreto del Ministro degli Interni, elaborato attraverso il Dipartimento dei Vigili del Fuoco, del soccorso pubblico e della difesa civile che aggiunge novità ed integrazioni rispetto le precedenti normative, inerenti la definizione di termini quali spazio calmo, corridoio cieco, ecc.. Inoltre, specifica meglio le problematiche della valutazione dei rischi e della gestione delle emergenze per le persone con disabilità; rivede le attività di formazione rendendole più aderenti alla tipologia di rischio e di attività; introduce il necessario aggiornamento periodico della formazione.

In aggiunta a tali disposizioni, il protocollo di lavoro delineato nel progetto prevede anche un censimento delle strutture lavorative civili ed industriali al fine di evidenziarne eventuali criticità, nonché la predisposizione di un questionario da distribuire sia ai lavoratori che agli utenti di tali strutture in merito al loro grado di preparazione per affrontare situazioni di emergenza. Inoltre, così come previsto nella bozza del Decreto, sarà dato ampio agli interventi di formazione rivolti al personale addetto alla prevenzione che opera negli edifici pubblici, nonché, in un più ampio intervento di sanità pubblica, interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione generale in tema di prevenzione e gestione dei rischi in caso di calamità. **CONCLUSIONI:** I risultati ottenuti consentiranno di avere a disposizione una mappa degli edifici che consenta di evidenziare eventuali criticità e predisporre interventi preventivi, oltre che valutare la preparazione dei soggetti coinvolti, e quindi della popolazione, alle situazioni in questione. Nel contempo la creazione di un network scientifico multidisciplinare comprendente varie figure professionali quali Vigili del Fuoco, architetti e progettisti delle strutture, medici del lavoro ed igienisti, tecnici della prevenzione, ecc. consentirà di approfondire l'aspetto scientifico e metodologico parallelamente all'individuazione di linee operative maggiormente efficaci ed adatte alla realtà locale, che auspicabilmente potranno condurre a ridurre il numero delle vittime di incendi e catastrofi, facilitare le operazioni di soccorso, ridurre l'impatto economico e sociale dei danni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 352

PROFILO DI ASSISTENZA STEMI NELL'AREA VASTA 5 - MARCHE

I. Pellegrini 1; A. Ricciardi 1; R. Appignanesi 2; P. Groff 2; F. Novelli 2; M. Loria 2; L. Moretti 2; M. Persico 2; G. De Curtis 2

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università Politecnica delle Marche, Ancona;

2. Gruppo di Lavoro STEMI - ASUR Marche - Area vasta n. 5.

INTRODUZIONE: In Italia, le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte. Nella Regione Marche si verificano circa 4500 ricoveri/anno per Sindrome Coronarica Acuta di cui il 41% per STEMI, infarto miocardico con tratto ST sopraslivellato. La gestione di tale patologia ad alta prevalenza ed impatto clinico è un obiettivo che la Regione Marche persegue attraverso il monitoraggio continuo degli indicatori e si concretizza nell'implementazione e nella valutazione del profilo di assistenza STEMI.

Dal settembre 2009 è stato integrato il percorso di gestione dello STEMI nell'Area vasta n. 5 dell'ASUR con la collaborazione delle UUOO di Cardiologia delle ZZTT 12 e 13, Laboratorio di Emodinamica della Zona Territoriale ZT 13, Pronto Soccorso delle ZT 12 e 13 e la Centrale Operativa 118.

Nei pazienti con STEMI l'angioplastica primaria (PTCA) è considerata il trattamento ottimale purché venga eseguita entro 90 minuti dal primo contatto medico: la verifica del rispetto di tale standard costituisce un rilevante elemento di valutazione della qualità dell'assistenza. L'obiettivo del lavoro è analizzare il profilo di assistenza per STEMI nell'Area vasta 5 nell'anno 2013 per l'individuazione di elementi critici che possano portare al continuo miglioramento del percorso in atto. **MATERIALI E METODI:** Nel corso dell'anno 2013 sono state svolte tre riunioni del gruppo di lavoro STEMI nei mesi di giugno, ottobre e dicembre, ciascuna della durata di circa tre ore, per una durata complessiva di nove ore. Sono state analizzate le attivazioni del percorso IMA STEMI nel periodo gennaio – dicembre 2013; è stata utilizzata una scheda di rilevazione che comprendeva: dati anagrafici del paziente; modalità di attivazione e tempi del percorso (orario di inizio della sintomatologia, del primo contatto medico – door, del primo ecg effettuato, di ingresso ed uscita dal Pronto Soccorso, di arrivo in Emodinamica, del primo gonfiaggio del palloncino in corrispondenza dell'occlusione coronarica – balloon time); protocollo terapeutico (aspirina, clopidogrel ed eparina); programma di riabilitazione. **RISULTATI:** È stato analizzato il profilo di assistenza di 142 pazienti inclusi nel percorso: nel corso delle riunioni sono stati discussi come critici il 41% dei casi; dalla valutazione dell'indicatore "door to ecg" (primo contatto medico-esecuzione del primo ECG) è emerso che in 128 casi è stato ≤ 10 minuti (90%), mentre in 14 casi è stato > 10 minuti (10%); dalla valutazione dell'indicatore "door to balloon" (primo contatto medico-rivascolarizzazione) è emerso che in 93 casi è stato ≤ 90 minuti (64%), mentre in 49 casi è stato > 90 minuti (36%) figura 1. Sono stati analizzati i diversi step del processo, anche



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

relativamente al rispetto del protocollo terapeutico (76%) per l'identificazione dei punti critici. I casi trasportati direttamente in emodinamica sono stati il 30% (figura 2).

Nel corso delle tre riunioni effettuate nel 2013 sono emerse diverse criticità, un elemento è rappresentato dal ridotto numero di casi inviati direttamente in emodinamica senza passaggio al presidio ospedaliero zonale; è stato rilevato in casi di ECG dubbio/non diagnostico un elevato numero di consulenze cardiologiche e in particolar modo una maggior richiesta di ECOcardiogrammi nel caso di accesso in Pronto Soccorso; inoltre, è stato evidenziato, in un numero discreto di casi, il mancato rispetto del protocollo terapeutico in particolare da parte degli operatori dell'Emergenza territoriale. Si segnala il dato relativo all'inserimento nel programma riabilitativo (17%), ma solo l'4% rispetta i tempi di inserimento (entro 30 giorni). CONCLUSIONI: Il periodo oggetto di analisi è relativo al quarto anno dopo l'avvio del protocollo per la gestione in ambito di Area vasta n. 5 del profilo di assistenza per lo STEMI, alle diverse criticità segnalate hanno fatto seguito azioni correttive e sviluppi del protocollo del percorso. Nell'obiettivo di ridurre al minimo i tempi diagnostici, si è proposto di eseguire gli ECG nelle derivazioni posteriori V7-V8 e di non richiedere l'esecuzione dell'ECOcardiogramma in consulenza cardiologica, non essendo tale esame di maggiore utilità diagnostica e portando ad ovvi ritardi nella gestione del paziente; sono stati effettuati corsi di retraining sulla diagnostica ECGráfica dello STEMI ed inoltre, nel prossimo futuro, si procederà alla centralizzazione dei tracciati ECG attraverso la trasmissione in rete. Sono stati effettuati audit clinici inerenti i casi nei quali gli operatori dell'Emergenza territoriale non hanno rispettato il protocollo terapeutico STEMI.

In aggiunta si registra la possibile introduzione nel protocollo terapeutico di nuovi antiaggreganti per la profilassi dei pazienti che verranno sottoposti ad angioplastica coronarica e la necessità di un intervento di potenziamento dell'offerta riabilitativa.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 194

ANALISI RETROSPETTIVA DELLE DIMISSIONI VOLONTARIE NELLA REGIONE VENETO

M. Saia 1, M. Marchiori 1, G. Callegaro 2, C. Bianchin 3, A. Buja 4, V. Baldo 4

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Regione Veneto - ULSS 13, 3 Regione Veneto - ULSS 1, 4 Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE: Le dimissioni volontarie (DV) costituiscono una delle modalità di dimissione previste dalla normativa italiana e un indicatore di qualità delle cure ampiamente utilizzato, rappresentando allo stesso tempo una problematica per operatori e strutture, per le possibili implicazioni giuridiche, esponendo i pazienti a un concreto rischio di trattamenti medici incompleti e inadeguati.

Per dimensionare il fenomeno nella Regione Veneto, evidenziando i principali fattori predisponenti in una popolazione per definizione disomogenea, costituita da tutti i soggetti ricoverati presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, è stato condotto un'analisi retrospettiva. **MATERIALI E METODI:** L'analisi è stata condotta utilizzando come fonte informativa l'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) in riferimento al periodo 2000-2012, includendo nel campione l'attività di tutte le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate del Veneto, che nel periodo considerato poteva contare su una dotazione complessiva di circa 20.000 posti letto per 4.750.000 abitanti.

Per l'identificazione dei fattori di rischio, oltre alle caratteristiche degli autodimessisi quali il genere, l'età, la cittadinanza e la residenza, sono state valutate le caratteristiche del ricovero e determinate caratteristiche cliniche selezionando specifici DRG in letteratura associati all'autodimissione quali le patologie psichiatriche, l'affezione da HIV e l'abuso o dipendenza da droghe, farmaci e/o bevande alcoliche; indagata inoltre anche l'associazione con altre condizioni cliniche quali i traumatismi, gli avvelenamenti, le patologie infettive e le patologie neoplastiche. **RISULTATI:** Nel periodo considerato, caratterizzato da 11.436.500 dimissioni, il 73,2% da regime ordinario (DM:8,61 gg.), si è assistito a 66.549 DV, con un indice pari a 6,0‰; con un effetto protettivo del regime diurno (1,6‰ Vs. 7,7‰; OR: 0,2; $p < 0,05$), a fronte di una contenuta diminuzione dell'indice per le dimissioni da ricovero ordinario, da 8‰ a 7,3‰, si è evidenziato un marcato decremento relativamente al diurno, da 2,9‰ a 1,1‰.

Più elevato l'indice nel sesso maschile (6,3‰ Vs. 5,7‰; OR: 1,10; $p < 0,05$) con la classe di età tra i 25 e i 44 anni più rappresentata numericamente (38%), in particolare nel sesso femminile (45%) nel quale l'indice più elevato era però riferito alla classe 15-24 anni (15,2‰).

Evidenti inoltre l'aumento del rischio di DV in caso di ricovero urgente (OR: 2,51; $p < 0,05$) e l'effetto protettivo legato all'effettuazione di una procedura chirurgica (OR: 0,17; $p < 0,05$).

Dalla stratificazione del campione per cittadinanza si evidenzia un rischio aumentato nei cittadini extra UE (OR: 2,64; $p < 0,05$) ma il fattore maggiormente determinante appare il luogo di residenza,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

con i residenti all'estero che presentano un indice di DV pari a 54,2‰ (OR: 10,78; $p < 0,05$); meno marcatamente aumentato il rischio legato alla residenza extraregione (OR: 1,54; $p < 0,05$).

Per quanto concerne le condizioni cliniche, il maggior rischio è risultato associato all'assunzione/dipendenza da sostanze d'abuso con un indice pari a 83,5‰ (OR: 15,75; $p < 0,05$), più marcatamente nel sesso maschile (OR: 1,28; $p < 0,05$) che presenta un maggior rischio anche nel gruppo di condizioni cliniche rappresentato dagli avvelenamenti (OR: 1,31; $p < 0,05$), che ha presentato un indice pari a 40,2‰ (OR: 7,02; $p < 0,05$). Nessuna differenza significativa per sesso per quanto concerne invece le patologie psichiatriche con un indice pari a 24,7‰ (OR: 4,57; $p < 0,05$).

Altre condizioni non trascurabili in termini di DV erano i traumatismi (OR: 3,79; $p < 0,05$) e l'affezione da HIV (OR: 3,38; $p < 0,05$) seguite dalle ustioni (OR: 1,76; $p < 0,05$); anche le patologie infettive rappresentano un fattore di rischio (OR: 1,34; $p < 0,05$); protettiva invece la presenza di patologie neoplastiche con un rischio di DV dimezzato rispetto al resto del campione (OR: 0,5; $p < 0,05$). **CONCLUSIONI:** Quest'analisi, in considerazione della numerosità del campione, rappresenta un utile quadro per la valutazione del tasso di DV, oltre che come indicatore della qualità delle cure, per l'identificazione di determinate caratteristiche dei soggetti coinvolti nei confronti dei quali è opportuno indirizzare maggiori attenzioni dal punto di vista comunicativo e dell'informazione in quanto il fenomeno DV ha delle ricadute negative sia per la qualità relazionale, per la "crisi" nel rapporto fiduciario medico-paziente, che in termini di outcome in quanto le riammissioni in ospedale a seguito di una DV, più frequenti in seguito a tale modalità di dimissione, rappresenta meglio di qualsiasi altro indicatore il frazionamento degli episodi di cura.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 775

LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DI SPAZI PER PERSONE AFFETTE DA AUTISMO: ASPETTI IGIENICO – SANITARI.

A.Conti¹, A.Zoccali¹, M.Aglia¹, O.C.Grilo², G.Arena³

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva - Messina

2 Dipartimento di Scienze biomediche e delle immagini morfologiche e funzionali- A.O.U. G.Martino - Messina

3 Resp. U.O. Edilizia Pubblica e Privata – ASP Messina

INTRODUZIONE: L' autismo, annoverato tra i disturbi pervasivi dello sviluppo (DSM IV, 1994), è una condizione neuro-comportamentale dell' età evolutiva su base organica, ad eziologia multifattoriale dove la componente genetica svolge un ruolo significativo ma che al momento non riconosce markers biologici specifici; anche i fattori ambientali (sostanze tossiche, agenti teratogeni, infezioni prenatali come Rosolia, Cytomegalovirus ecc.) giocano un ruolo importante. E' caratterizzata dalla compromissione qualitativa dell' interazione sociale, della comunicazione verbale e non verbale, dell' immaginazione e della presenza d' interessi ed attività ristretti, stereotipati e ripetitivi. E' un disturbo non evolutivo, che dura per tutta la vita, con sintomi che possono migliorare con il passare degli anni grazie ad interventi riabilitativi e d educativi. La frequenza è di 20 casi su 10000 nati. Rapporto maschi/femmine 5:1.

In Sicilia si stima una prevalenza di circa 5000 persone con disturbi dello spettro autistico. L' aumento del numero dei casi di autismo (di circa 10 volte negli ultimi 30 anni) è attribuibile solo in parte alle migliorate capacità diagnostiche. L' incidenza non risente delle diversità socio-economiche e ha una distribuzione geografica uniforme. L' età di esordio è tra il primo ed il secondo anno di vita, mentre l' età di riconoscimento avviene a circa 2,6 anni.

Obiettivo del nostro lavoro è quello di fornire linee guida per la progettazione di strutture che tengono conto dei bisogni e delle necessità di una particolare tipologia di utenza, per promuovere sia le attività che l' utente in esse svolge, sia il suo benessere e la sua soddisfazione, in modo da rendere la struttura socio-sanitaria un luogo confortevole e idoneo. **MATERIALI E METODI:** Analisi della normativa nazionale e locale vigente in materia.

Secondo il Decreto Assessoriale della Regione Siciliana dell' 1 Febbraio 2007 i centri diurni per adolescenti con disturbo autistico sono strutture a valenza terapeutica e socio-riabilitativa i cui interventi sono finalizzati all'acquisizione di competenze per il raggiungimento dei migliori livelli possibili di autonomia personale, di interazione sociale e di inserimento nel mondo del lavoro. Gli interventi effettuati presso la struttura devono essere posti all'interno del progetto di presa in carico globale individualizzato. Il progetto deve inoltre essere esplicitato ai genitori e da questi accettato. Nel progetto vanno indicati gli obiettivi intermedi e finali ed i tempi delle relative verifiche. Gli standard strutturali sono quelli indicati nel decreto 17 giugno 2002.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Deve essere assicurata la presenza almeno delle seguenti figure professionali.

- neuropsichiatra infantile;
- psicologo;
- pedagogo;
- assistente sociale;
- terapeuta della riabilitazione psichiatrica e psicosociale;
- eventuali altre figure professionali.

Tutte le figure rappresentate nell'equipe devono effettuare iter formativi specifici.

Il Centro deve garantire un'apertura di 8 ore al giorno per 6 giorni settimanali e deve essere funzionalmente collegato con le strutture che erogano assistenza a differenti livelli ai soggetti con autismo.

Si ritiene ottimale un numero di posti per struttura non superiore a 20, con organizzazione modulare delle attività, in base alle fasce d'età e/o al sesso.

Col Decreto Assessoriale della Regione Siciliana del 10 Gennaio 2011 vengono definiti gli standard organizzativi di riferimento dei servizi dedicati per le persone affette da disturbo autistico che dovranno funzionare in rete con le altre strutture assistenziali che partecipano alla presa in carico di tali soggetti.

Nella progettazione di spazi per persone affette da autismo bisogna porre l'attenzione su aspetti spaziali (materiali, colori, illuminazione) e sociali (spazi per socializzare, privacy, possibilità di ospitare un genitore, spazi ludici).

Le attività dovranno avere come obiettivi:

- lo sviluppo della comunicazione;
- delle abilità cognitive;
- dell'autonomia;
- delle abilità sociali;
- delle abilità motorie;
- delle abilità di tempo libero;
- il training familiare;
- le attività d'informazione e sensibilizzazione del territorio. **RISULTATI:** Da tali considerazioni

e da quanto emerso precedentemente, si sono messe a punto delle proposte di soluzioni progettuali per la riqualificazione dell'ambiente di un centro diurno per adolescenti con disturbo autistico, tali da ridurre il disagio.

-Ordine e chiarezza: sono necessari spazi che danno conforto e sicurezza, con arredi essenziali;

-Illuminazione, preferibile quella naturale e diffusa, che non distrae e aiuta la concentrazione, finestre prive di tende e corde; la luce artificiale deve poter essere regolata, ottimi i LED.

-Riscaldamento, data l'estrema sensibilità percettiva sia al caldo che al freddo, il sistema dovrà essere regolabile e fuori dalla portata degli utenti, si privilegia l'uso di elementi diffusi (pannelli radianti nei controsoffitti), e non di radiatori che possono essere oggetto di pericolo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

-Acustica, si preferiscono ambienti isolati acusticamente.

-Colori, quelli troppo forti sono fonte di eccitazione, preferibili colori tenui per facilitare la concentrazione. I diversi ambienti possono essere colorati in modo diverso per essere facilmente riconoscibili.

-Arredi, resistenti, preferibilmente elementi di arredo incassati. Porte interne con una visuale in modo che gli operatori possono supervisionare quanto accade all' interno.

Un requisito prioritario è la flessibilità dello spazio. In una stessa classe si devono poter svolgere più attività, utili i pannelli scorrevoli che permettono di dividere momentaneamente in gruppi i bambini. Positiva la presenza della “quiet area”(area calma), divisa dal resto dello spazio, che garantisce la possibilità ai bambini in precise circostanze di calmarsi.

-Impianti idrosanitari, i rischi sono lo spargimento di acqua, ostruzione delle reti di scarico, le scottature. L' acqua erogata deve avere una temperatura preimpostata. Deve essere presente uno scarico a pavimento.

-Pulibilità dei materiali, data l' incontinenza di alcuni utenti. I pavimenti in vinile sono consigliati. In ogni centro devono essere presenti spazi destinati al lavoro individuale, ad attività di gruppo e al gioco, palestra, cucina, sala pranzo, studio medico, salotto per i genitori, laboratori (es. lavorazione della ceramica), e aree dedicate alla coltivazione di ortaggi e fiori, si parla di “giardino terapeutico”. **CONCLUSIONI:** Si è scelto l' adeguamento di una struttura già esistente, rispetto alla costruzione di una ex novo, di certo di più facile attuazione, per motivi logistici: ottenere un risparmio economico ed abbreviare i tempi di realizzazione..

Il progetto dovrà essere attuato attraverso diverse fasi:

- Analisi economica e finanziaria per stabilire l' entità degli investimenti strutturali e degli investimenti sugli arredi e le attrezzature;
- Svolgimento degli atti amministrativi e burocratici agli enti locali
- Lavori edili di ristrutturazione e riorganizzazione della struttura.
- Corsi per la formazione adeguata del personale
- Informazione rivolta alle famiglie
- Organizzazione di congressi per la presentazione del progetto agli enti locali ed alla opinione pubblica.
- Valutazioni periodiche dell' esito del progetto

Con questo progetto si vuole sottolineare la necessità di attivare e consolidare la stretta collaborazione tra Igienisti e Progettisti per “prendersi cura” dei pazienti e di chi li assiste, anche, e soprattutto, attraverso la creazione di un ambiente familiare che migliori la loro qualità della vita.

Là dove la vita alza un muro, l' intelligenza apre una breccia
 (Marcel Proust)



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 476

GESTIONE PROVINCIALE DELLE DIMISSIONI DIFFICILI: L'AGENZIA DI CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO

M. Maccari 1, L. Vigni 1, O. Poeta 1, M.P. D'Amato 1, C Russo 2, L. Righi 2, P. Calvelli 1, N. Nante 2

1 Azienda Sanitaria Locale 7 della Regione Toscana, Siena

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

INTRODUZIONE: La dimissione difficile è una modalità concordata tra l'ospedale e i servizi territoriali socio-sanitari di dimissione di pazienti in condizioni di non autosufficienza che richiedono la continuazione delle cure mediche, assistenziali, riabilitative. La criticità è ulteriormente accentuata nelle aziende sanitarie territoriali nelle quali insiste una azienda ospedaliera di grandi dimensioni.

Al fine di favorire il passaggio delle informazioni e l'attivazione sinergica di tutti i servizi necessari alla presa in carico del paziente viene istituita la Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) a funzione provinciale come punto di riferimento unico di attivazione dei percorsi Ospedale/Territorio e Territorio/Ospedale.

Il progetto è stato formalizzato attraverso la stesura di una procedura interaziendale tra Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e Azienda territoriale USL 7 Siena.

L'ACOT è stata istituita con i seguenti obiettivi: 1-Ricondurre ad un unico punto la richiesta di bisogno assistenziale proveniente da tutti i presidi ospedalieri e territoriali della provincia di Siena; 2-Assicurare ai pazienti in dimissione da un reparto ospedaliero e in condizioni di disautonomia la continuità terapeutica e assistenziale; 3-Favorire per i pazienti non autonomi la possibilità di accedere a percorsi guidati attraverso l'organizzazione di accessi agevolati in day service.

MATERIALI E METODI: Tutte le fasi del percorso sono seguite da un "care manager" ospedaliero specificatamente individuato (ruolo svolto da un operatore sanitario in relazione alla prevalenza del bisogno).

Il percorso per la presa in carico inizia con una valutazione precoce del paziente e dei suoi bisogni. Il personale di reparto somministra la scheda Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) al paziente che ha superato l'evento acuto almeno 48/72 ore dall'ingresso (il livello di alert previsto corrisponde ad un punteggio superiore a 10). Nel caso di paziente a rischio si attiva la segnalazione di caso difficile all'ACOT, previa acquisizione del consenso del paziente.

Una volta ricevuta la scheda BRASS l'ACOT informa il PUA (Punto Unico di Accesso) di Zona che, a sua volta, comunica al Medico di Comunità (ASC) di aver ricevuto un alert rispetto al paziente in dimissione. Se il caso intercettato è inquadrato come situazione di criticità a medio o alto carico assistenziale (tramite scala BRASS) il Medico e il Coordinatore infermieristico del reparto dimettente, provvederanno ad integrare la documentazione compilando ed inoltrando via mail alla ACOT una seconda scheda: la scheda di segnalazione al territorio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'infermiere dell'ACOT per l'Azienda Ospedaliero Universitaria o il referente ospedaliero per l'ACOT per gli ospedali ASL, allertato dall'ACOT stessa, si attivano per completare il quadro delle informazioni necessarie ad identificare le necessità assistenziali del paziente in previsione della dimissione (criteri clinici, assistenziali, riabilitativi, sociofamiliari di dimissibilità) ed attribuiscono al paziente un codice colore al fine di attivare il servizio territoriale più appropriato alla presa in carico del paziente (mono-professionale, gruppo di progetto, Unità di Valutazione Multidisciplinare).

Una volta individuato il livello di complessità del paziente è possibile procedere alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI), redatto dal gruppo di progetto (con il coinvolgimento del paziente e dei familiari). Tale PAI viene trasmesso dal Medico di Comunità (ASC) all'ACOT per facilitare l'attivazione delle dimissioni. **RISULTATI:** La sperimentazione, con l'utilizzo della scheda BRASS e relativo score, è stata messa in atto solo sui due reparti maggiormente segnalanti, gli altri reparti hanno continuato a segnalare con criteri meno oggettivabili.

Nell'anno 2013 sono state accolte, provenienti dall'Azienda Ospedaliera n. 1.352 segnalazioni su 15.233 pazienti residenti nella USL7 ricoverati.

Il trend mensile si è attestato intorno alle 120 segnalazioni.

Tutti i pazienti segnalati sono stati valutati e indirizzati nei percorsi clinico assistenziali ritenuti più idonei, favorendo il più possibile la domiciliarità. **CONCLUSIONI:** La presenza di un unico punto di riferimento facilita le comunicazioni, garantisce una uniforme valutazione del bisogno e favorisce maggiore equità nella risposta assistenziale su tutto il territorio.

La centralizzazione del riferimento territoriale esprime una serie di potenzialità per l'attivazione di numerosi processi trasversali a dimensione provinciale (Palliazione, Nutrizione Artificiale Domiciliare, Ossigenoterapia Domiciliare etc).

L'attivazione dell' ACOT si è dimostrata strategicamente valida e se ne auspica l'implementazione e l'estensione a tutti i reparti e strutture sia dell'Azienda Ospedaliera che della USL 7. Si ritiene inoltre possa rappresentare una facilitazione organizzativa per i MMG e per i servizi territoriali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 629

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) INTEGRATO TERRITORIO - OSPEDALE NELLA ASL ROMA B PER LA PREVENZIONE DEGLI ESITI INVALIDANTI AGLI ARTI INFERIORI NEI DIABETICI

T. Mariani 1; M. Musolino 2; R. Gagliardi 3; S. Leotta 3; E. Sesti 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Tor Vergata, Roma; 2 UOC Qualità e Risk Management ASL RMB, Roma; 3 UOC Diabetologia Osp. S. Pertini, Roma;

INTRODUZIONE: Fare “salute” significa lavorare per offrire al cittadino non solo longevità, ma anche la possibilità di una migliore qualità di vita, soprattutto nell’ambito delle patologie croniche degenerative.

Le ospedalizzazioni per amputazioni agli arti inferiori, evitabili tramite un programma di prevenzione, sono considerate un indicatore di qualità dell’assistenza alle persone con diabete. Tutt’oggi il diabete è responsabile della maggior parte delle amputazioni di arto inferiore nei paesi industrializzati, con un rischio relativo 20 volte superiore rispetto a quello della popolazione generale. Le lesioni del piede sono responsabili di oltre il 90% delle amputazioni nei pazienti diabetici e del maggior numero di giorni di degenza, con costi di gestione assistenziale più alti tra quelli relativi al diabete ed alle sue complicanze.

Nella Regione Lazio, dalla valutazione dei dati di attività del P.Re.Val.E., relativa agli anni 2009, 2010 e 2011, emerge un incremento del 1% delle amputazioni agli arti inferiori nei pazienti diabetici residenti nel territorio della ASL RMB. Analogamente, i dati SIO relativi al periodo 2007-2012 depongono per un trend in aumento con una stabilizzazione dei valori negli ultimi due anni. Per questo nella ASL RMB è stato costruito un PDTA integrato territorio-ospedale, che si propone di assicurare un’appropriata presa in carico del paziente con complicanze agli arti inferiori.

L’assistenza per processi è infatti l’attuale orientamento in Sanità in grado di garantire appropriatezza, efficacia e continuità delle cure. La Regione Lazio ha inserito l’attuazione del PDTA per la gestione della patologia diabetica, tra gli obiettivi dei Direttori Generali.

MATERIALI E METODI: Per la costruzione del PDTA “prevenzione e trattamento delle complicanze degli arti inferiori nel paziente diabetico” è stato costituito ad Aprile 2013 un GdL dedicato.

L’intervento organizzativo ha come elementi chiave l’approccio multidisciplinare integrato e l’adozione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. **RISULTATI:** Il modello di gestione integrata ospedale-territorio ha previsto le seguenti attività:

1. definizione e articolazione in tre livelli di assistenza con criteri graduati secondo l’ordine di gravità evolutiva della malattia e creazione di una rete di lavoro fra gli operatori del 1° e 2° livello (ambulatori infermieristici e specialistici territoriali della ASL) e del 3° livello (ambulatori e servizi ospedalieri) rispetto allo screening e la prevenzione, la diagnosi e la terapia del piede diabetico
2. costituzione al 2° e 3° livello di centri di prescrizione delle ortesi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

3. individuazione di un linguaggio tecnico-scientifico comune (scale di valutazione, modelli di assessment della patologia, protocolli di valutazione clinico assistenziale) condiviso da tutti gli operatori
4. messa in rete della cartella informatica con gli ambulatori diabetologici ed infermieristici del territorio e dell'ospedale
5. programmazione extra CUP della recettività specifica delle differenti strutture
6. programmazione ed implementazione di corsi di formazione/addestramento specifici su modelli e strumenti di assessment, trattamento e prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) delle complicanze diabetiche a carico degli arti inferiori

I risultati attesi del progetto sono:

1. la riduzione dell'incidenza annuale delle amputazioni non traumatiche agli arti inferiori in pazienti diabetici
2. la riduzione della mobilità passiva
3. un adeguato trattamento del piede diabetico
4. la riduzione del tempo di decorso clinico delle ulcerazioni del piede
5. la riduzione dei tempi di degenza nelle ospedalizzazioni
6. l'individuazione un flusso informativo relativo alle ortesi per il piede diabetico
7. la standardizzazione delle prescrizioni ortesiche

CONCLUSIONI: Il GdL multidisciplinare ha permesso la realizzazione di un progetto di orientamento della pratica clinica che, mediante l'implementazione delle linee guida, ha coinvolto e integrato nel processo assistenziale tutti gli operatori interessati, con l'obiettivo di un progressivo passaggio da una gestione per specialità a una gestione per processi. Nel pieno rispetto dei livelli di autonomia professionale, è stata ridotta la variabilità dei comportamenti attraverso la definizione di:

- obiettivi dei singoli professionisti e di quelli comuni al sistema organizzativo
- ruoli e compiti degli operatori
- tempi, ambiti e modalità di intervento

Il progetto, in via di approvazione dalla Direzione Generale Aziendale, sarà valutato attraverso il monitoraggio annuale degli indicatori previsti e potrà prevedere nuove soluzioni nell'ottica di un processo di miglioramento continuo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 432

VIOLENZA DI GENERE E PERSONALE: IL SISTEMA DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO TRAMITE “CODICE ROSA”

B. La Rocca 1; F. Santomauro 2; C. Lorini 2; T. Tanini 1; M. Chellini 1; L. Fallani 3; P. Magneschi 4; G. Bonaccorsi 3

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; 2 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; 3 Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Firenze; 4 Regione Toscana. Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Settore Programmazione e organizzazione delle cure.

INTRODUZIONE: L'OMS definisce la violenza come “l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione”. In questo ambito si colloca anche la violenza di genere, ossia quella rivolta contro alcune peculiari caratteristiche sociali assegnate a uomini e donne (età, religione, nazionalità, etnia, status sociale).

Tale fenomeno è molto più diffuso di quanto emerga e in Toscana un'efficace soluzione per contribuire alla sua emersione si è dimostrata la sperimentazione del Codice rosa, avviata nel 2010 nell'Azienda sanitaria di Grosseto.

Il Codice rosa è uno specifico percorso di accoglienza per chi afferisca al Pronto Soccorso per aver subito violenza: non solo donne, come il nome potrebbe far supporre, ma anche anziani, bambini, disabili, omosessuali e immigrati, ovvero persone che possono trovarsi in una situazione di debolezza e vulnerabilità e i cui segni di violenza subita non sempre risultano evidenti.

Dall'esperienza grossetana il codice rosa si è diffuso – dal 2012 - in alcune ASL Toscane, ed è stato implementato e promosso a seguito della DRT 180/2014, che ne ha completato l'estensione su tutto il territorio regionale.

L'intervento congiunto della task force interistituzionale costituita da operatori delle Aziende sanitarie e membri della Procura della Repubblica (operatori sociosanitari, magistrati e forze dell'ordine), permette di prestare immediate cure mediche e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel fondamentale rispetto della riservatezza.

Obiettivo del presente lavoro è descrivere e analizzare i dati quantitativi disponibili relativi agli accessi codificati come Codici Rosa nei Pronto Soccorso delle ASL toscane. **MATERIALI E METODI:** I dati esaminati in questo lavoro provengono dai registri dei “Codici rosa” conservati dalla Direzione medica dei vari presidi ospedalieri coinvolti nel progetto dal 1° gennaio 2012 (ASL2-Lucca, ASL4-Prato, ASL8-Arezzo, ASL9-Grosseto, ASL12-Viareggio) e dal 1° gennaio 2013 (oltre alle prime anche ASL5-Pisa, ASL6-Livorno, ASL11-Empoli, AOU Careggi e AOU Meyer). Gli accessi ai vari PS sono suddivisi per genere, fasce di età, tipologia di violenza (maltrattamento, abuso, maltrattamento



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

seguito ad azioni di stalking) e cittadinanza della vittima. **RISULTATI:** Nei primi due anni del progetto “Codice rosa” il numero complessivo di casi è stato di 4453; in particolare 1455 nel 2012 (5 ASL partecipanti) e 2998 nel 2013 (10 ASL partecipanti).

Per l’anno 2012 le informazioni a nostra disposizione ci consentono di suddividere il campione solo in adulti e minori e per tipologia di violenza. I maltrattamenti sono stati 1361 (93,5%), gli abusi 72 (5%) e maltrattamenti seguiti ad azioni di stalking 22 (1,5%). Il maggior numero di violenze, sia negli adulti che nei minori, è stato registrato nell’ASL grossetana (32%), mentre il minor numero nell’ASL viareggina (11%).

Dai dati del 2013 è possibile suddividere il campione anche per genere, fasce d’età e cittadinanza. I maltrattamenti sono stati 2536 (96%), gli abusi 85 (3%) e i maltrattamenti seguiti ad azioni di stalking 25 (1%); tra gli adulti il genere femminile è stato coinvolto nel 69% dei casi, le fasce di età più colpite sono state 18-29 anni (29%), 30-39 (28%), 40-49 (23%) e nel 64% la cittadinanza è stata italiana.

Nei minori, il sesso femminile è stato coinvolto nel 57% dei casi, le fasce d’età più colpite quelle 7-14 anni (46%) e 15-18 (32%) e nel 69% la cittadinanza è stata italiana. Il maggior numero di violenze negli adulti è stato registrato nell’AOU di Careggi (43%), ASL grossetana (15%) e ASL lucchese (12%) mentre nei minori nell’AOU Meyer (24%), AOU di Careggi (15%), ASL grossetana (14%), ASL lucchese (13%). **CONCLUSIONI:** Il progetto “Codice rosa” è un intervento di prevenzione secondaria che mira alla tutela psico-fisica delle vittime di violenza fin dal primo momento in cui emerga una richiesta di cura urgente in Pronto Soccorso; alle cure iniziali conseguono i follow-up medici e psicologici, l’assistenza sociale e gli interventi giuridici che impediscano il reiterarsi della violenza.

L’azione delle istituzioni deve anche prevedere interventi specifici e diversificati di prevenzione primaria, in particolar modo sui giovani, al fine di sostenere lo sviluppo sociale e il rispetto delle diversità.

La raccolta di dati affidabili, comparabili e l’individuazione di indicatori adeguati, sono indispensabili per definire strategie efficaci contro la violenza, rappresentati da investimenti in prevenzione e nei servizi territoriali di supporto (punti di ascolto, servizi sociali).

I casi segnalati nei pronto soccorso toscani dal 2012 al 2013 cominciano a fare intravedere una realtà che emergerà con maggiore chiarezza quando, alla fine del 2014, avremo a disposizione i dati rilevati in tutte le strutture ospedaliere toscane.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 509

“CODICE ROSA”: UN’ESPERIENZA DI CENTRO-ITALIA

LG Campanile¹, CD Cristoforo², B Bianconi¹, B Innocenti¹, A Cappetti¹, G Messina²⁻³

¹ Unità Sanitaria Locale 8 della Regione Toscana, Arezzo

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

³ Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

INTRODUZIONE: Gli ultimi dati presentati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indicano che il 35 % delle donne nel mondo sono vittime di violenza fisica e/o sessuale da parte del proprio partner o di sconosciuti. Inoltre i dati riportano che il 38 % di femminicidio avviene all'interno delle mura domestiche.

In Italia, sono le donne del centro-nord, con alto livello di istruzione che denunciano più frequentemente le violenze subite.

" Codice rosa " è definito come un percorso che provvede ad una tempestiva attivazione degli interventi urgenti in modo che la vittima possa evitare numerosi passaggi e gli operatori coinvolti abbiano punti di riferimento chiari e precisi .

Lo scopo di questo studio è quello di verificare se esistono differenze di accesso ad un Dipartimento di Emergenza tra i cittadini italiani e quelli stranieri con “codice rosa”. **MATERIALI E METODI:** I dati sono stati raccolti usando una coorte storica dal 1 gennaio 2013 al 31 dicembre 2013. E’ stata registrata l'incidenza cumulativa di italiani e stranieri con accesso al Pronto Soccorso dell'Unità Sanitaria Locale 8 di Arezzo con il "Codice Rosa". La popolazione a rischio è stata ricavata dal sito www.demo.istat.it ed è stato calcolato quindi il rischio relativo. **RISULTATI:** Sono stati registrati un totale di 165 “Codici Rosa” di cui 144 adulti e 21 bambini. 102 erano italiani e 63 stranieri. La Popolazione residente al 1 ° gennaio 2013 era rispettivamente 344.437 italiani e 35.772 stranieri.

L’accesso degli italiani al Pronto Soccorso per “codice rosa” è risultato essere inferiore rispetto a quello degli stranieri (RR : 0,17 ; CI 0,12-0,23) P (≤0.001). **CONCLUSIONI:** Sembrerebbe che la popolazione straniera sia più suscettibile all’ accesso al Pronto Soccorso per “codice rosa” . Questo potrebbe essere legato al fatto che gli svantaggi sociali della popolazione straniera facilitano un comportamento più aggressivo. Potrebbe essere utile collegare i dati raccolti dal Dipartimento di Emergenza con quelli ottenuti dalle forze dell'ordine per una migliore valutazione di questo problema.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 116

LA CONTINUITÀ DEL PERCORSO DELL'ASSISTITO TRA CURE PRIMARIE E CURE SPECIALISTICHE

R. Peasso¹, F. Auxilia¹, S. Castaldi¹, C. Gasparotti¹, F. Lonati¹, G. Orizio¹, P. Peduzzi¹, C. Scarcella¹
1. Gruppo di lavoro Cure Primarie, Siti Sezione Lombardia

INTRODUZIONE: La continuità tra cure primarie e cure specialistiche costituisce un punto critico dei percorsi di diagnosi terapia e assistenza di tutte le malattie, in particolare delle patologie croniche e complesse in cui è richiesto il concorso di più attori professionali e livelli di cura e in cui, accanto alla dimensione clinica, giocano un ruolo rilevante aspetti socio assistenziali e relazionali. L'attuale organizzazione dei servizi, differenziata per livelli di cura e tra servizi territoriali e ospedalieri, non facilita una visione unitaria del percorso dell'assistito e rende complessa la ricomposizione delle diverse professionalità e prestazioni. La continuità di cura richiede agli operatori e alle organizzazioni sanitarie di superare visioni specialistiche settoriali, e di lavorare in una logica di sistema complesso in cui intervengono una molteplicità di attori, sanitari e non, chiamati a interagire e collaborare.

È necessario rimodulare obiettivi, strategie, modelli e strumenti di lavoro sia a livello di cure primarie e territorio sia a livello di cure specialistiche e ospedale.

I medici di sanità pubblica, che operano presso le direzioni dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, hanno un ruolo rilevante nel promuovere e coordinare questi processi a condizione che, coniugando formazione e pratica professionale, sviluppino specifiche competenze e capacità operative di regia. Con tale consapevolezza, e la considerazione della necessità di rendere disponibili specifici strumenti formativi e professionali a supporto dell'attività di direzione dei medici di sanità pubblica, la Sezione Lombarda della Siti ha promosso uno specifico percorso di approfondimento e formazione. **MATERIALI E METODI:** Tre sono stati gli elementi di metodo che hanno guidato il percorso formativo:

- Mettere al centro della riflessione i percorsi degli assistiti nelle principali aree clinico assistenziali: patologie acute, patologie croniche ad alta prevalenza, patologie ad elevata complessità assistenziale, problemi di salute mentale, problemi neuropsichiatrici in età evolutiva;
- presentare il punto di osservazione dei diversi attori professionali (medici delle cure primarie, medici specialisti, medici di direzione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali) coinvolti nei percorsi e alcune esperienze significative sviluppate sul territorio lombardo e in altre regioni;
- condividere tra i partecipanti, gli obiettivi di governo, letti dal punto di vista dei cittadini, dei professionisti e delle aziende sanitarie, le linee strategiche da sviluppare per il loro raggiungimento, la metodologia e gli strumenti di lavoro da utilizzare. **RISULTATI:** Il percorso formativo, che ha coinvolto circa 50 professionisti impegnati nell'organizzazione dei servizi sanitari



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

territoriali e ospedalieri, si è articolato in un incontro introduttivo, di confronto tra le diverse culture e modelli di riferimento professionali, e 5 incontri dedicati a ciascuna delle aree clinico assistenziali considerate, nel periodo ottobre 2013 / marzo 2014.

Il contributo qualificato di professionisti delle cure specialistiche e delle cure primarie, di medici di sanità pubblica impegnati nell'ambito delle direzioni dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, di rappresentanti di altre realtà regionali, ha permesso di focalizzare e approfondire i problemi relativi alla continuità di cura per le principali aree di interfaccia tra cure primarie e cure specialistiche, tenendo conto dei diversi livelli di complessità assistenziale e quindi dei livelli differenti di risposte in termini di presa in carico dei problemi di salute nell'ambito della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria.

Per ciascuna area clinico assistenziale è stato condiviso un documento di sintesi sugli obiettivi di governo del percorso considerato, le linee strategiche, la metodologia e gli strumenti di lavoro da sviluppare per il loro raggiungimento. **CONCLUSIONI:** L'iniziativa ha evidenziato come esistano bisogni specifici di formazione e di confronto per i medici di sanità pubblica impegnati nell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri, sui quali è necessario intervenire per affrontare le problematiche emergenti per le quali è importante consolidare e implementare buone pratiche professionali.

Come per la precedente esperienza su "Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie", è in corso la pubblicazione del materiale dell'iniziativa, con l'obiettivo di fornire un utile strumento di lavoro a i professionisti impegnati nel promuovere e coordinare processi di integrazione professionale e organizzativa volti a ricomporre l'attuale frammentazione dei percorsi di diagnosi cura e assistenza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 322

QUALITA' DELLA VITA DEI SOGGETTI CON DIPENDENZA DA SOSTANZE DA ABUSO E SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI SUI SERVIZI EROGATI DALLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE LIGURI

D. Amicizia 1, N. L. Bragazzi 1, N. Lo Coco 1, A. Giangrosso 1, D. Panatto 1, R. Gasparini 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

INTRODUZIONE: Il consumo sempre più esteso di sostanze d'abuso rappresenta una problematica di notevole interesse, che coinvolge ambiti differenti: clinico-terapeutici, socio-economici, politico-culturali, ideologici, psicologici e pedagogici. Data la complessità del problema, per valutare la qualità della vita e il grado di soddisfazione delle cure ricevute dai soggetti con dipendenza, abbiamo programmato uno studio interdisciplinare presso le Comunità Terapeutiche (CT) del territorio ligure. Inoltre, per ottenere un quadro complessivo del problema abbiamo raccolto informazioni sull'assetto organizzativo intervistando gli operatori socio-sanitari. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto nel 2013.

I soggetti reclutati erano utenti maggiorenni con diagnosi di dipendenza da sostanza e in assenza di doppia diagnosi (assenza di co-morbidità psichiatriche). Per valutare la qualità della vita è stato utilizzato il questionario validato Short-Form 12 (SF-12) che considera 2 indici sintetici relativi alla salute fisica (PCS) e allo stato mentale/psicologico (MCS). Per indagare la soddisfazione delle cure ricevute è stato utilizzato il questionario validato Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). Sono state ottenute le informazioni generali mediante interviste semi-strutturate e "focus-group". Gli indici sintetici dei questionari sono stati ottenuti mediante l'algoritmo per l'attribuzione dei punteggi. Sono state, inoltre, consultate le cartelle cliniche dei pazienti.

Sono stati arruolati anche gli operatori sanitari per avere un quadro complessivo della problematica. Gli operatori sono stati intervistati con un questionario semi-strutturato. Le interviste sono state registrate, trascritte e analizzate mediante un software commerciale per l'analisi lessicale e il text mining (T-Lab®).

Per l'analisi quantitativa, sono stati utilizzati il test t di Student, l'analisi della varianza (ANOVA), il test del chi quadro e il coefficiente di correlazione. I valori con $p < 0,05$ sono stati considerati statisticamente significativi. Per la parte qualitativa, è stata effettuata l'Analisi delle Corrispondenze Lessicali (ACL) mediante il metodo dello scaling multidimensionale (MDS) secondo Sammon e rappresentata mediante un grafico fattoriale. **RISULTATI:** Sono stati reclutati 53 utenti con dipendenza da sostanza da abuso in carico a 6 CT liguri. I volontari erano prevalentemente maschi (67,9% [95%IC 53,7-80,1]) con età media di $38,0 \pm 9,1$ anni (range 22-60 anni), senza partner, con un basso livello di scolarità, disoccupati e in trattamento residenziale. Il 43,3% (95%IC 32,9-54,2) dei soggetti era dipendente da eroina, il 22,2% (95% IC 14,1-32,2) da alcol, il 20,0% (95%IC 12,3-29,8) da cocaina, il 6,7% (95%IC 2,5-13,9) da cannabis, il 5,6% (95%IC 1,8-12,5) da oppiacei e, infine il 2,2% (95%IC 0,3-7,8) da anfetamine. Il punteggio medio del PCS era di $50,8 \pm 9,9$



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(range 28,1-59,6), quello del MCS era di $39,7 \pm 9,7$ (range 20,6-55,8) e la media della soddisfazione della vita era di $5,8 \pm 1,6$ (range 2-9). Si è osservata un'associazione significativa tra il Paese d'origine e il valore di PCS, tra co-morbidità somatiche e PCS e un'influenza del livello del reddito sul MCS.

Il valore medio del TPQ era di $23,2 \pm 5,9$ (range 10-36) ed era influenzato dal tipo di trattamento (residenziale versus diurno), dalla durata dell'astinenza dell'utente calcolata in giorni e dal grado di strutturazione della comunità terapeutica (intesa come presenza di protocolli standardizzati e linee guida specifiche). Il TPQ variava tra le diverse CT ($p < 0,05$) e una buona percezione delle cure ricevute era associata a un grado maggiore di soddisfazione della vita. In Tabella 1 sono riportati i risultati ottenuti dalla compilazione del SF-12 e dal TPQ.

Dall'analisi delle interviste ai sette operatori socio-sanitari è emerso: un cambiamento nell'ultimo decennio del tipo di sostanze consumate, della tipologia di utenti che si rivolgono alle CT e una progressiva difficoltà nel reperimento delle risorse associata con la crisi economica.

Dalla valutazione dell'analisi lessicale sono emersi due principali nuclei tematici: 1) fattori associati agli aspetti organizzativi e 2) variabili legate alla problematica psicologica dovuta alla dipendenza da sostanze da abuso (figura 1). **CONCLUSIONI:** La nostra ricerca focalizza l'attenzione su un problema di estrema rilevanza della società attuale e rileva un cambiamento nella tipologia delle droghe utilizzate e dei soggetti che si rivolgono alle CT. Inoltre, dalla valutazione della qualità della vita è emerso che la tossicodipendenza condiziona maggiormente lo stato mentale/psicologico rispetto a quello fisico, infatti, il PCS non è significativamente diverso da quello della popolazione generale, mentre l'MCS è nettamente inferiore ($39,7$ vs $50,07$). La valutazione della soddisfazione delle cure ricevute è un dato innovativo e può indirizzare concretamente gli operatori socio-sanitari a una migliore gestione del paziente con dipendenza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 582

GOVERNANCE DEI PERCORSI DI CURA DOMICILIARI: DEFINIZIONE DI UNA SCHEDA DI MONITORAGGIO PER LE LESIONI VASCOLARI

P.Bertolaia¹; O.Casati¹
1 ASL di Milano, Milano

INTRODUZIONE: La necessità di elaborare in modo specifico per il domicilio una scheda per la valutazione delle lesioni vascolari degli arti inferiori trattate in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), nasce nella nostra ASL dalla necessità di governare in modo più efficace ed efficiente l'assistenza per tale patologia. I dati che sono stati presi in considerazione prima di avviare questo lavoro sono sintetizzati nella Tabella 1 e si riferiscono all'anno 2013.

Come si rileva i pazienti affetti da ulcere vascolari degli arti inferiori rappresentano una larga quota del totale dei pazienti seguiti e ancora maggiore è la quota dei ricoveri domiciliari, evidenza del fatto che per ogni paziente viene effettuato più di un ricovero annuo.

Inoltre va posta l'attenzione sulla complessità del contesto ASL in cui ci si trova: 1.700.000 abitanti, 32 ospedali, 41 Enti Gestori ADI (EG-ADI) i quali erogano l'assistenza in outsourcing per conto di ASL. **MATERIALI E METODI:** E' stato costituito un gruppo di lavoro con operatori sanitari appartenenti sia ad ASL che agli EG-ADI. Il gruppo ha effettuato una ricerca EBM relativa alle scale di valutazione delle lesioni vascolari.

E' stata identificata come idonea la scheda della RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario). È stata verificata l'applicabilità della scheda al domicilio, tramite la somministrazione della stessa a 27 pazienti con compilazione congiunta tra ASL e EG-ADI.

Si è quindi proceduto alla modifica e all'adattamento della scheda, attraverso l'inserimento di contenuti più specifici per il domicilio ovvero: valutazione delle condizioni igieniche ambientali, eventuale presenza di animali domestici, mantenimento del bendaggio, pulizia degli arti pre-medicazione.

È stata quindi somministrata ad un campione di utenti, costituito da 190 pazienti. A 58 di loro la scheda è stata anche somministrata nel corso di una rivalutazione a un mese. **RISULTATI:**

L'applicazione della scheda ha consentito di verificare in modo approfondito sia le caratteristiche delle lesioni sia le caratteristiche specifiche del domicilio più sopra elencate. Tra la numerosità dei dati rilevati se ne riportano per sintesi solo alcuni.

L'eziologia delle lesioni è risultata così distribuita: 73 venose, 29 arteriose, 47 diabetiche, 10 artero-venose, 12 ad eziologia venosa e diabetica, 19 ad eziologia arteriosa e diabetica.

110 pazienti avevano già sofferto di ulcere in precedenza.

12 erano allettati e 40 costretti su sedia a rotelle.

Interessanti si sono evidenziati inoltre i risultati relativi al bendaggio compressivo, all'igiene del domicilio e all'effettuazione del lavaggio dell'arto prima della medicazione. I dati sono riportati



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nella Tabella 2. **CONCLUSIONI:** Questa scheda ha consentito di monitorare sia l'andamento della lesione sia, in modo indiretto:

- L'appropriatezza degli interventi effettuati
- L'appropriatezza del contesto di cura
- L'efficacia dell'addestramento del care giver

Per questi motivi si è dimostrata uno strumento efficace di governance, in quanto consente di:

- Misurare il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano di Assistenza Individuale,
- Misurare la qualità dell'assistenza erogata

La scheda è stata quindi inserita nel set di indicatori dell'ADI.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C16: LA SALUTE DEL BAMBINO



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 122

PREVALENZA DEL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS E FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI A TALE DISTURBO NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI DOPO IL TERREMOTO CHE HA COLPITO L'EMILIA ROMAGNA NEL 2012: RISULTATI PRELIMINARI

E. Bottosso 1; E. Righi 2; G. Aggazzotti 2; E. Carluccio 1; F. Soncini 1; O. Daolio 3; E. Di Pietro 3; D. Gualdi 3; G. Scarpini 3; L. Giamboni 3; I. Maini 3; S. Leonardi 3; R. la Torre 3; B. Forresi 2; E. Caffo2

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia;
2. Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia;
3. Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

INTRODUZIONE: Il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) si manifesta frequentemente nei bambini e negli adolescenti a seguito di disastri naturali come i terremoti, con percentuali che oscillano tra il 5 e il 60% dei soggetti esposti. La maggior parte dei casi va incontro a una remissione spontanea entro 12 mesi; tuttavia in circa 1/3 dei soggetti questo disturbo progredisce verso un decorso cronico, con potenziali serie conseguenze a medio e lungo termine associate, tra l'altro, a gravi disturbi del sonno e ad abuso di sostanze.

Nel maggio del 2012 un forte terremoto ha colpito l'Emilia-Romagna e in modo particolare la provincia di Modena, causando 27 morti, molte centinaia di feriti e privando circa 15.000 persone residenti nella zona della propria abitazione. **MATERIALI E METODI:** Nel periodo Maggio 2013- Maggio 2014 è stata svolta un'indagine epidemiologia di tipo cross-sectional, approvata dal comitato etico provinciale, con l'obiettivo di riconoscere e trattare efficacemente i potenziali casi di PTSD di tipo cronico (con sintomi manifesti a più di un anno dall'episodio stressante) in bambini e adolescenti residenti nella provincia di Modena e di identificare i potenziali fattori di protezione e di rischio di natura sociale, familiare e demografica associati con l'insorgenza e la cronicizzazione di tale disturbo.

I soggetti (9-14 anni) sono stati reclutati presso le scuole primarie e secondarie di I grado della Provincia (dati forniti dall'Ufficio Scolastico Regionale) selezionate con modalità random dopo essere state suddivise in due gruppi in base al comune di appartenenza: scuole dell'area terremotata situate nei 19 comuni maggiormente colpiti dal sisma, e scuole dell'area di controllo localizzate in comuni della provincia extra-area terremoto con caratteristiche demografiche e geografiche simili a quelle dei comuni del primo gruppo. Previo consenso informato dei genitori e sempre tenendo conto della volontà dei bambini/adolescenti, i soggetti partecipanti sono stati sottoposti a un'intervista diagnostica composta da diversi questionari: una checklist volta a valutare il tipo di esposizione al terremoto in termini sia oggettivi che soggettivi, lo UCLA-PTSD



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Index for DSM-IV al fine di valutare la presenza del PTSD, e lo Strengths and Difficulties Questionnaire che valuta, oltre ad alcuni sintomi psicopatologici, la presenza di comportamenti prosociali e altri fattori che possono costituire un fattore protettivo nello sviluppo del PTSD in età evolutiva. Ai genitori dei bambini e degli adolescenti è stato invece chiesto di compilare la Symptom Checklist- 90-R, strumento che indaga la presenza di eventuali sintomi psicopatologici insieme allo Strength and Difficulties Questionnaire. **RISULTATI:** Ad oggi sono stati inclusi nello studio 683 soggetti (2% dei residenti di pari età nelle aree oggetto di studio; Figura 1). I dati preliminari di seguito riportati fanno riferimento 549 soggetti (Maschi: 280, 51%; Femmine: 269, 49%; Età media: $11 \pm 1,5$ anni). Il 79% dei soggetti residenti nelle aree terremotate ha dichiarato che la propria famiglia è stata colpita dal terremoto (con danni a persone o abitazioni) e il 45% è stato costretto ad abbandonare la propria casa nel periodo post-terremoto. Nella zona di controllo una percentuale significativamente inferiore ($p < 0.001$) di bambini o adolescenti ha riportato danni a persone o abitazioni (14%) o ha dovuto temporaneamente abbandonare la propria abitazione (2%). All'interno dell'area maggiormente colpita dal sisma è stata rilevata una prevalenza di PTSD cronico pari al 2%, mentre in quella di controllo la prevalenza registrata era del 0,4% ($p < 0.05$). La prevalenza di PTSD cronico inoltre è risultata più elevata nei soggetti di sesso femminile (2.7%) e nei soggetti di maggiore età (2,6%) (Tabella 1). **CONCLUSIONI:** I risultati preliminari del nostro studio mostrano una differenza significativa nella prevalenza di PTSD di tipo cronico fra il gruppo di bambini ed adolescenti residenti nelle aree maggiormente colpite dal sisma e quello di controllo. Il tasso di prevalenza evidenziato tuttavia risulta inferiore a quello osservato in analoghi studi: ciò può trovare giustificazione in numerosi fattori tra cui differenze nelle tempistiche intercorse tra evento traumatico e rilevazione o l'“effetto protettivo” offerto dalla compattezza sociale dei territori colpiti.

Le elaborazioni finali forniranno importanti informazioni sui fattori potenzialmente protettivi e su quelli associati allo sviluppo di tale disturbo. Tali dati potranno poi essere usati sia per sviluppare interventi post-traumatici mirati e tempestivi in altre popolazioni italiane esposte a stress di natura ambientale di simile entità e gravità, sia per diffondere e rafforzare fattori di protezione di natura sociale e/o familiare potenzialmente efficaci nel ridurre il rischio di sviluppare PTSD.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 324

AFFY FIUTAPERICOLO – UN PROGETTO DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI IN ETÀ PEDIATRICA PER I NIDI IN FAMIGLIA RICONOSCIUTI DALLA REGIONE DEL VENETO (DGR 1502 DEL 20/09/2011)

A. Brichese 1, T. Menegon 1, A. Pierdonà 1, S. Cinquetti 1

1. Azienda ULSS 7 Veneto

INTRODUZIONE: Gli infortuni accidentali in ambito domestico sono un problema di sanità pubblica molto rilevante e rappresentano la prima causa di morte dei bambini e adolescenti. Il 20% dei ricoveri in età pediatrica è dovuto ad un incidente domestico. In particolare i bambini di età compresa tra 0 e 4 anni rappresentano una fascia di popolazione ad alto rischio per gli incidenti domestici. La maggior parte degli incidenti domestici nei bambini è prevedibile ed evitabile mediante l'adozione di comportamenti adeguati e di misure di sicurezza da parte delle persone che se ne prendono cura: genitori, famigliari, educatori. Per questo si è sperimentato il progetto con l'obiettivo di sviluppare competenze nella gestione di oggetti e situazioni potenzialmente pericolosi in casa e nelle attività di gioco rivolti ai bambini 0-3 anni, alle educatrici dei nidi famiglia e alle loro famiglie. Il progetto: "nido in famiglia" della Regione del Veneto, Direzione Servizi Sociali, Servizio Famiglia è un'offerta con funzione educativa, di cura e di socializzazione. In tale attività persone professionalmente preparate e controllate accudiscono ed educano presso la propria abitazione massimo 6 bambini (0-3 anni). **MATERIALI E METODI:** Il progetto si è articolato in tre azioni: la prima ha visto la consegna dei materiali di BABY BUM da parte delle educatrici attive nella zona di Vittorio Veneto alle famiglie coinvolte. I materiali hanno lo scopo di evidenziare la necessità di apportare modifiche nella casa e nel comportamento dei neo-genitori quando nasce un bambino e man mano che cresce. La seconda azione ha previsto l'utilizzo da parte delle educatrici nelle attività didattiche con i bambini del kit didattico contenuto nella valigetta di Affy Fiutapericoli.

Il kit didattico ha l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dei bambini in merito alle conseguenze spiacevoli che possono verificarsi in determinate situazioni e favorire la riflessione sulle azioni che si possono attivare per prevenire gli incidenti domestici. La terza azione ha previsto l'organizzazione di una formazione per le educatrici dei nidi famiglia e i genitori per conoscere l'epidemiologia del fenomeno incidenti domestici, i pericoli che si nascondono in casa, come prevenirli e come affrontarli, capire la pericolosità di oggetti e situazioni e come intervenire in caso di piccoli incidenti domestici (prime nozioni di primo intervento). La formazione è stata divisa in due momenti: un incontro informativo-educativo rivolto alle educatrici e alle famiglie dei nidi utilizzando un gioco interattivo. **RISULTATI:** Il progetto che si è sviluppato nel periodo dicembre 2013 – giugno 2014, ha visto il coinvolgimento dei 6 nidi in famiglia della zona di Vittorio Veneto, dei 30 bambini con età compresa tra 0 e 3 anni, le 10 educatrici e tutte le loro famiglie. In



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

particolare le famiglie hanno dimostrato un grande interesse per le tematiche trattate durante gli incontri di formazione. L'utilizzo del gioco interattivo come strumento si è dimostrato accattivante e dinamico e sono stati trasmessi maggiori contenuti e informazioni, grazie anche alla partecipazione attiva dei genitori e delle educatrici. Al termine della prima serata di formazione sono stati raccolti eventuali dubbi e richieste di approfondimento fatte dai presenti. L'incontro informativo sul primo intervento da mettere in campo in caso di incidente domestico, è stato realizzato grazie alla collaborazione attivata con il Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile di Conegliano. **CONCLUSIONI:** La sicurezza in casa passa nella prima fase della vita del bambino attraverso l'attenzione degli adulti. Quando il bambino diventa più autonomo nel movimento, all'attenzione bisogna aggiungere una riorganizzazione degli spazi e degli oggetti proporzionata ai diversi gradi di autonomia delle tappe di sviluppo del bambino e bisogna coinvolgerlo sviluppando in lui capacità di ordine percettivo, motorio e cognitivo.

Il progetto è stato sperimentato positivamente in fascia di età più bassa (0-3 anni) e nel setting particolare del nido in famiglia, tanto che al Servizio sono pervenute altre richieste di intervento.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 357

SAPERNE DI PIÙ PER VIVERE IN SICUREZZA CON IL TUO BAMBINO.(AA 2013)

L.Cecconami¹, J.Frizza¹, B.Martina Gallenga¹, C.Mitta¹, T.Riccetti¹, M.Sala¹, N.Zamboni¹
1 Asl di Sondrio

INTRODUZIONE: Gli incidenti in casa, a scuola, in strada e nel tempo libero rappresentano la prima causa di morte nella fascia 0-4 anni, con l'esclusione del periodo perinatale, provocando nel 2008 16 morti e 2178 feriti, il 50% sulle strade, a seguire incidenti domestici, annegamenti, cadute, urti, soffocamenti e folgorazioni.

Il progetto intende promuovere nei genitori e, a cascata in altre figure, atteggiamenti consapevoli e responsabili sui rischi presenti negli ambienti sopra descritti, una cultura della sicurezza e una preparazione nel gestire gli eventi traumatici. **MATERIALI E METODI:** I genitori sono stati reclutati:

- in occasione delle vaccinazioni del primo anno, tramite consegna di invito a partecipare a due serate
- tramite coinvolgimento dei Dirigenti Scolastici
- tramite diffusione di manifesti e depliant presso farmacie, bacheche comunali e ambulatori pediatrici.

Le serate hanno previsto la presentazione dei pericoli presenti negli ambienti domestici, nel tempo libero e quelli connessi alla circolazione stradale.

I genitori sono stati attivamente coinvolti nella discussione anche con una sezione dedicata a prove pratiche su manichino di rianimazione cardiopolmonare e sulla manovra di Heimlich.

Al termine è stato consegnato un manuale predisposto dall'ASL : "La sicurezza, piccolo prontuario".

Sono stati somministrati un questionario per la valutazione dell'apprendimento a breve termine e un questionario di gradimento. **RISULTATI:** Hanno partecipato 166 genitori.

Sono stati effettuati 5 corsi di due serate .

Al questionario di apprendimento hanno risposto senza errori il 26%, con 1 errore il 28%, con 2 errori il 19% con 3 e più errori il 27%.

I questionari di gradimento hanno evidenziato come il corso sia stato considerato dai partecipanti molto utile nell'86%, di interesse nell'81% e ben organizzato nel 92%. **CONCLUSIONI:** La partecipazione è stata alta.

L'apprendimento rilevato è stato buono.

I questionari di gradimento hanno evidenziato molto interesse e sono emersi suggerimenti per aumentare la partecipazione. Alcuni genitori si sono resi disponibili nell'organizzazione di ulteriori serate e nella rivisitazione del materiale utilizzato.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 137

LA MOBILITA' SANITARIA DEI CITTADINI CAMPANI DI ETÀ PEDIATRICA: DESCRIZIONE ED ANALISI DEL FENOMENO

De Pascale T.2, Passaro M.2, Grimaldi N.2, Mazzitelli A.2, Schiavone D.1, Rubba F.1, D'Onofrio G.1 Triassi M.2

1 Direzione Sanitaria AOU Federico II Napoli

2 Dipartimento di Sanità Pubblica AOU Federico II Napoli

INTRODUZIONE: La valutazione della mobilità sanitaria e l'analisi delle motivazioni che inducono i pazienti pediatrici a richiedere assistenza a strutture esterne all'area di residenza, sono argomenti di grande interesse sia per chi gestisce i servizi a livello di Azienda Sanitaria, territoriale o ospedaliera, sia ai fini di programmazione regionale, come possibile indicazione dei bisogni assistenziali della popolazione più giovane, dell'accessibilità ai servizi e della adeguatezza delle strutture locali.

Il fenomeno della mobilità pediatrica assume rilevanza maggiore in una regione "giovane" come quella campana: nell'anno 2008 su una popolazione totale di 5.811.390 abitanti ben il 17% rientrava nella fascia di età 0-14 anni. Nel presente lavoro è stata effettuata un'analisi descrittiva della mobilità extra-regionale campana per i ricoveri ospedalieri dei pazienti pediatrici e dei costi che questa comporta, al fine di fornire uno strumento di analisi idoneo a valutare il fenomeno e approntare sulla base di questo, tutte le misure necessarie per poter contrastare ed arginare questo flusso migratorio che è un grave elemento di depauperamento quali-quantitativo per la Regione. **MATERIALI E METODI:** Nello studio sono stati presi in esame esclusivamente i ricoveri per acuti extra-regionali erogati a cittadini campani in età pediatrica (<15 anni) nell'anno 2009, sia in regime ordinario che in day hospital. L'analisi è stata condotta utilizzando i dati tratti dall'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), messi a disposizione dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Campania (Arsan), che cura il sistema informativo delle dimissioni ospedaliere della Regione.

Tutti i casi sono stati raggruppati in categorie definite dal sistema di classificazione dei Diagnosis Related Groups (DRG) (versione 24.0). **RISULTATI:** Nell'anno 2009 i ricoveri in mobilità osservati nei bambini al di sotto dei 15 anni, sono stati 14.666. Il 76% di questi casi sono attribuiti a DRG di tipo medico. Per frequenza di dimissioni i primi 10 DRG medici dei bambini comprendono malattie a carattere neurologico e/o psichiatrico, su base organica, malattie renali, malattie neoplastiche. Tali patologie costituiscono ben il 43% del totale della casistica medica trattata fuori regione in età pediatrica con una spesa complessiva di € 12.756.202,97. Il 7% è attribuibile a ricoveri di tipo non medico e non chirurgico con una spesa complessiva pari a € 1.404.195,69.

I ricoveri pediatrici relativi ai primi 10 DRG chirurgici costituiscono invece il 50% di tutti i ricoveri chirurgici per età pediatrica. Tra i DRG più frequenti compaiono quelli relativi ad interventi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

sull'apparato genitale maschile, interventi di tipo ortopedico (piedi, anca e femore) ed interventi sulla cavità orale per patologie malformative con una spesa complessiva pari a € 11.416.018,96. CONCLUSIONI: Dall'osservazione della mobilità dei cittadini campani in età pediatrica, e dalle ipotesi sulle varie, possibili motivazioni della migrazione, è plausibile ritenere che la mobilità che riconosce principalmente motivi sanitari, non sempre e non necessariamente rappresenta un fenomeno negativo o preoccupante: per alcune prestazioni diagnostiche o terapeutiche, relative a malattie molto rare o a prestazioni che richiedono un volume minimo di casi per assicurare qualità ed efficienza, appare razionale infatti, favorire la concentrazione dei pazienti presso strutture di riferimento regionale, nazionale o anche internazionali.

Nel complesso tuttavia, la parte preponderante del fenomeno potrebbe essere evitata: molti genitori Campani infatti, scelgono di far curare il proprio figlio altrove perché si fidano maggiormente di ospedali e professionisti di altre regioni o perché non riescono ad accedere agevolmente negli ospedali del proprio territorio di residenza, alle cure di cui necessitano, ad esempio per prolungati tempi di attesa. Il fenomeno della migrazione potrà essere arginato solo adottando opportune misure correttive volte essenzialmente al potenziamento della qualità, dell'efficienza e dell'accessibilità delle strutture di alta specialità presenti sul territorio e sviluppando una organizzazione reticolare dell'assistenza pediatrica regionale, soprattutto per le patologie oncologiche e neurologiche, che figurano ai primi posti per la mobilità pediatrica di elevata complessità. Le modifiche dovranno riguardare non solo le dotazioni tecnologiche, ma soprattutto il livello organizzativo, allo scopo di ridurre i tempi di attesa e garantire una completa presa in carico dei piccoli pazienti anche a livello territoriale oltre che ospedaliero.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 444

DIABETE MATERNO E RISCHIO DI MACROSOMIA FETALE: UNO STUDIO DI COORTE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Carlotta Malagoli 1; Tommaso Filippini 1-2; Rossella Rodolfi 3; Marco Bertolotti 4; Gianni Astolfi 5; Elisa Calzolari 5; Aurora Puccini 6; Mariella Martini 7; Fausto Nicolini 3; Marco Vinceti 1

1. CREAGEN - Centro di Ricerca in Epidemiologia Ambientale, Genetica e Nutrizionale, Università di Modena e Reggio Emilia, Reggio Emilia; 2. Scuola Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia, Reggio Emilia; 3. Ausl di Reggio Emilia, Reggio Emilia; 4. Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena; 5. Registro IMER, Dipartimento di Scienze biomediche e chirurgico specialistiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Ferrara; 6. Servizio Politica del Farmaco, Regione Emilia-Romagna, Bologna; 7. Ausl di Modena, Modena

INTRODUZIONE: La più frequente complicanza del diabete in gravidanza è la macrosomia fetale, definita come peso del feto superiore al 90° percentile di riferimento per l'età gestazionale oppure peso alla nascita superiore a 4000 grammi. L'8% delle donne non diabetiche partorisce bambini macrosomici, mentre nelle madri con diabete (sia pregestazionale che gestazionale) il fenomeno si presenta nel 26% delle gravidanze, in particolare quando il controllo metabolico della malattia non è ottimale. Altri fattori di rischio per macrosomia sono l'obesità, l'eccessivo aumento di peso durante la gravidanza, la multiparità, una precedente gravidanza con macrosomia, etnia negroide e familiarità. La presenza di un feto macrosomico aumenta il rischio di parto cesareo o di parto distocico (con frattura e distocia della spalla) oltre che lacerazioni vaginali ed emorragie post-partum. In condizioni di macrosomia severa aumenta il rischio di mortalità infantile perinatale. La macrosomia da diabete materno si manifesta tipicamente a partire dal 3° trimestre di gravidanza ed è generalmente disarmonica ovvero con circonferenza addominale del feto ai centili più alti e le altre misure antropometriche nella media. Abbiamo realizzato un ampio studio di coorte di popolazione in Emilia Romagna nel periodo 2002-2010 con l'obiettivo di quantificare il rischio di macrosomia fetale associato a diabete materno pregestazionale di tipo 1 e di tipo 2, le possibili differenze tra le due forme cliniche di diabete e l'influenza di alcune variabili materne quali età anagrafica. **MATERIALI E METODI:** Lo studio intende confrontare il rischio di macrosomia fetale tra due coorti di donne partorienti: la 'Coorte-madri-diabetiche' rappresentata da tutte le donne con scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di parto registrata nel Registro SDO della Regione Emilia-Romagna nel periodo 2002-2010 e riportante un codice di diagnosi di diabete pregestazionale ed una coorte di controllo denominata 'Coorte-madri-non-diabetiche', generata tramite estrazione casuale presso lo stesso archivio, di cinque SDO di parto di donne non diabetiche, appaiate per età, provincia di residenza, anno ed ospedale del parto, ad ogni donna della coorte precedente. Dal il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) di ogni donna inclusa nello studio, sono stati recuperati dati clinici quali età gestazionale, peso, lunghezza, circonferenza cranica e punteggio di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Apgar del il neonato, e la nazionalità, livello di istruzione, condizione professionale, stato civile e abitudini tabagiche della la madre. Il Registro IMER ha permesso di individuare i neonati portatori di malformazioni congenite. Sono state escluse dallo studio le donne di etnia asiatica e centro-sudafricana e quelle che hanno partorito bambini con malformazioni congenite. Abbiamo calcolato per le principali misure antropometriche dei neonati, ovvero peso, lunghezza e circonferenza cranica i percentili di riferimento per l'età gestazionale secondo le tabelle INeS, quindi calcolato il rischio relativo (RR stimato tramite l'Odds Ratio) di macrosomia associata a diabete materno pregestazionale sia di tipo 1 che di tipo 2 tramite regressione logistica multivariata condizionata, tenendo conto dell'influenza di alcune variabili materne quali età e il titolo di studio. **RISULTATI:** Nel database regionale delle SDO abbiamo individuato 1829 donne affette da diabete pregestazionale che hanno partorito in Emilia-Romagna nel periodo 2002-2010 e proceduto quindi alla estrazione delle madri non diabetiche per la generazione della coorte di controllo. Dopo la esclusione delle donne senza i requisiti, la 'Coorte-madri-diabetiche' e la 'Coorte-madri-non-diabetiche' sono risultate composte rispettivamente da un numero di 1406 e 5938 madri. Le abitudini tabagiche nelle donne delle due coorti sono risultate sovrapponibili. Abbiamo considerato macrosomici i feti con un peso alla nascita maggiore del 90° percentile per l'età gestazionale. I neonati delle donne diabetiche hanno dimostrato di essere soggetti ad un rischio maggiore di macrosomia ($RR=4,2$; $95\%CI=3,6-4,8$), particolarmente evidente a partire dalla 28° settimana di gestazione e più accentuato per le madri con diabete di tipo 1 rispetto a quelle con diabete di tipo 2 ($RR=6,4$; $95\%CI=4,5-9,1$ e $RR=4,9$; $95\%CI=3,5-7,1$ rispettivamente) (Figura 1). L'analisi stratificata per età e tipo di diabete ha dimostrato come l'eccesso di macrosomia sia maggiore nelle diabetiche più giovani e che questo fenomeno appare molto più evidente nelle donne con diabete di tipo 2 (Tabella 1). Le curve di accrescimento dimostrano inoltre che nelle donne diabetiche con meno di 30 anni l'accrescimento macrosomico del feto inizia precocemente, già dalla 26° settimana, rispetto alle partorienti delle fasce di età più alte. **CONCLUSIONI:** Il nostro studio, oltre a confermare il maggior rischio per le madri diabetiche di partorire un feto macrosomico, evidenzia come l'eccesso di rischio sia maggiore quando sono giovani ed affette da diabete di tipo 2.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 426

ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DELL'ORMONE DELLA CRESCITA NELL'AREA VASTA 2, AMBITO TERRITORIALE DI ANCONA (EX ZT7)

G. Palmieri¹, C. Rossi¹, F. Federici¹, Scuri S. ² M. Cocchioni², I. Grappasonni², F. Petrelli²

1 Servizio Farmaceutico Territoriale di Ancona (AV2, ASUR Marche)

2 Università degli studi di Camerino, Scuola di Scienze del Farmaco e dei Prodotti della Salute

INTRODUZIONE: L'ormone della crescita (GH) è un ormone proteico la cui secrezione da parte dell'ipofisi è regolata dall'ipotalamo attraverso mediatori ad azione stimolatoria (GHRH) ed inibitoria (Somatostatina). I picchi maggiori si riscontrano durante il sonno. Il GH agisce su specifici recettori cellulari inducendo sintesi proteica, lipolisi e antagonizzando l'azione insulinica. La terapia con GH ha carattere sostitutivo e le indicazioni relative alla sua prescrizione sono riportate nella Nota AIFA n°39, la quale prevede che la prescrizione a carico del SSN possa essere effettuata su diagnosi e Piano Terapeutico (PT) di Centri autorizzati, limitatamente a particolari condizioni cliniche. Il GH viene impropriamente utilizzato dagli atleti per ottenere migliori risultati sportivi con elevato rischio di scompenso cardiaco ed infarto.

Negli anni, nella Regione Marche, il consumo di GH è aumentato, sia in termini di confezioni che di spesa, mostrandosi notevolmente superiore rispetto a quello delle altre Regioni e non correlato alla prevalenza della malattia. Pertanto, la Regione Marche ha richiesto ai Servizi Farmaceutici dell'ASUR di verificare che tutte le prescrizioni siano effettuate in base ai Piani Terapeutici redatti dai Centri prescrittori compresi quelli effettuati da strutture di altre regioni.

L'obiettivo primario è di verificare l'appropriatezza prescrittiva dei medicinali contenenti GH (ATC: H01AC01), nella Zona Territoriale di Ancona (AV2 ex ZT7) nell'anno 2011 e nel primo semestre del 2012, in termini di:

- I. Correttezza delle prescrizioni, verificando che siano state redatte nel rispetto dei PT;
- II. Numero di confezioni/paziente, verificando l'eventuale iper-prescrizione sulla base della posologia prevista sui PT.

L'obiettivo finale è di eseguire, dai dati di prescrizione ottenuti, studi di farmaco-utilizzazione nel periodo analizzato e valutazioni economiche dedotte dal confronto tra gli stessi dati, relativi alla Zona di Ancona, con quelli Regionali. **MATERIALI E METODI:** Lo studio, condotto presso il Servizio Farmaceutico Territoriale di Ancona, consiste nell'analisi delle prescrizioni di GH risultanti dai database della Farmaceutica Convenzionata e della DPC nel 2011 e nel primo semestre del 2012, effettuate dai MMG e PLS della ZT di Ancona.

Nella I° fase è stato effettuato un controllo incrociato tra tali prescrizioni e i PT cartacei presenti presso il Servizio Farmaceutico, richiedendo ai medici i PT mancanti, mentre nella II° fase è stata verificata l'eventuale iper-prescrizione. **RISULTATI:** Sono state riscontrate 3.559 prescrizioni di GH



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

per una spesa di € 1.673.105,63, effettuate da 100 medici a 145 assistiti, per un totale di 7.296 confezioni.

Sono risultati mancanti i PT relativi a 3.120 prescrizioni (88%) per una spesa di € 1.456.114,97 (87%), effettuate da tutti i 100 prescrittori a 136 assistiti (94%). In seguito alla richiesta di tali PT, sono stati forniti, da 80 medici, i PT relativi a 103 pazienti e 1.931 prescrizioni. Pertanto risultano ancora mancanti i PT per 1.189 prescrizioni (33%) per una spesa di € 541.151,23 (32%), effettuate da 46 medici (46%) a 60 assistiti (41%).

È stata riscontrata un'iper-prescrizione per 24 pazienti (20%), per un totale di 153 confezioni erogate in eccesso, corrispondenti a 6 confezioni medie per paziente e ad una spesa totale di € 35.761,88 (2%).

Il 75% degli assistiti consumatori di GH ha un'età $\leq$ a 18 anni e la relativa spesa lorda incide per l'89% sul totale; inoltre tali assistiti hanno il maggior numero medio di confezioni e la maggiore spesa media per paziente a causa della prescrizione di medicinali ad alto dosaggio di GH. A causa della diffidenza riscontrata nei prescrittori e delle innumerevoli contestazioni sollevate dagli stessi, solamente il 54% ha fornito tutti i PT richiesti; pertanto, se pur con un incremento del 53%, 28 pazienti (19%) risultano ancora completamente privi di PT e 32 (22%) ne presentano solo una parte. Tale inapproprietezza incide per il 32% sulla spesa totale di GH.

Inoltre a causa della mancanza di PT, i Centri prescrittori di 19 assistiti non sono noti. L'80% dei pazienti ha ricevuto un quantitativo di confezioni $\leq$ a quello previsto, mentre il 20% ne ha ricevuto in eccesso. L'incidenza di tale inapproprietezza sulla spesa è notevolmente inferiore, pari al 2%.

Mentre la Regione Marche ha evidenziato, fino al 2011, un graduale incremento del consumo di GH, la ZT di Ancona ha mostrato una riduzione del numero di confezioni nel 2011 e un successivo incremento nel 2012; in entrambi i casi gli incrementi della spesa sono superiori rispetto a quelli del numero di confezioni, a causa dell'elevata prescrizione di confezioni ad alto dosaggio.

Confrontando il costo di GH per popolazione pesata, si evince che nella ZT di Ancona il consumo di GH è sempre stato in linea con quello Regionale. **CONCLUSIONI:** Negli anni la Regione Marche aveva già messo in atto degli interventi per il contenimento del consumo di GH e quindi della spesa; la ZT di Ancona, per migliorare l'attuale situazione prescrittiva, concorderà con la Direzione Sanitaria di Zona una comunicazione da inviare alle Direzioni Sanitarie dei principali Centri prescrittori di GH per sensibilizzare gli specialisti a redigere ed inoltrare al Servizio Farmaceutico tutti i PT.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 165

CORRELAZIONI TRA OBESITÀ VISCERALE, BMI, ABITUDINI ALIMENTARI E STILE DI VITA NEI BAMBINI DI PAVIA

E. Porzio 1, S. Moro 1, L. Testa 2, M. Adduci 3, M. Rossi 1, L. Maccarini 1, C. Roggi 2, G. Turconi 2
1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Igiene, Università degli Studi di Pavia; 2. Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Scienza dell'Alimentazione, Università degli Studi di Pavia; 3. Comune di Pavia, Settore Istruzione, Pavia

INTRODUZIONE: La prevalenza di sovrappeso e obesità dei bambini in età scolare è aumentata in tutti i Paesi sviluppati, tanto da poterla definire una vera pandemia. L'obesità infantile è associata ad un elevato numero di complicanze a breve e a lungo termine che possono ridurre la qualità e l'aspettativa di vita. L'obesità infantile che persiste in età adulta comporta un aumento della morbilità e mortalità rispetto all'obesità con insorgenza tardiva.

Per migliorare le abitudini alimentari e gli stili di vita dei bambini e delle famiglie, riducendo così i fattori di rischio correlati a comportamenti scorretti, è necessario avere un quadro definito della situazione di partenza.

Date queste premesse, il Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense-Sezioni di Scienze dell'Alimentazione e di Igiene-dell'Università di Pavia, in collaborazione con il Settore Istruzione del Comune di Pavia, ha ideato un progetto di Educazione Sanitaria ed Alimentare che prevede, nella prima fase, una valutazione generale relativa allo stato ponderale e agli stili di vita delle famiglie e dei bambini frequentanti la seconda classe delle scuole primarie statali della città di Pavia.

In particolare sono state indagate le possibili relazioni esistenti tra il rapporto vita/altezza dei bambini (W/HtR), quale migliore indicatore precoce di obesità viscerale e dunque di complicanze metaboliche e cardiovascolari, e le seguenti variabili:

BMI dei bambini;

BMI dei genitori;

abitudini alimentari del bambino;

attività fisica dei bambini. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato condotto nella primavera 2012 e ha coinvolto 442 alunni (232 maschi e 210 femmine), di età compresa tra i 7 e gli 8 anni e mezzo, frequentanti la seconda classe di tutte le scuole primarie statali della città di Pavia.

Su tutti i bambini sono stati rilevati peso, altezza e circonferenza vita, al fine di ricavare BMI e W/HtR.

I valori dei parametri antropometrici dei genitori (peso e altezza) sono stati ottenuti da un questionario auto-compilato realizzato ad hoc. Ad ogni nucleo familiare è stato inoltre somministrato un questionario per raccogliere, tra altre informazioni, le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini. **RISULTATI:** Il valore medio del BMI è risultato di $16,4 \pm 2,4$ kg/m² per i



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

maschi e di $16,2 \pm 2,6$ kg/m² per le femmine, mentre il calcolo del W/HtR ha fornito lo stesso valore medio per entrambi i sessi ($0,46 \pm 0,04$).

Prendendo come riferimento le classificazioni ponderali di Cole, i bambini sono stati suddivisi per classi di peso (sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesità).

La prevalenza del sottopeso (maschi 11,6% e femmine 15,2%) e dell'obesità (maschi 4,7% e femmine 5,2%) è apparsa maggiore nelle femmine rispetto ai maschi, mentre la prevalenza del sovrappeso è risultata maggiore nei maschi (maschi 12,5% e femmine 9%).

Il W/HtR è risultato $>0,5$ (punto di cut off per identificare l'obesità viscerale) per il 95,5% dei bambini obesi e per il 45,8% dei bambini in sovrappeso.

È stata indagata la possibile relazione esistente tra il BMI e il W/HtR dei bambini ed è emersa una correlazione statisticamente significativa tra le due variabili ($R=0,845$; $p=0,000$).

Dall'analisi dei dati risulta inoltre un'associazione statisticamente significativa tra il W/HtR dei bambini e il BMI sia della madre ($R=0,317$, $p=0,000$), che del padre ($R=0,148$, $p=0,003$), tra il W/HtR e le abitudini alimentari dei bambini ($R= -0,150$, $p=0,04$) e tra lo stesso W/HtR e l'attività fisica dei bambini ($R= -0,130$, $p=0,007$). **CONCLUSIONI:** I dati di prevalenza di sovrappeso e obesità raccolti nel campione sono risultati essere pari al 15,9%, dato inferiore rispetto a quello nazionale (32,8%). Il quadro della situazione ponderale, diventa tuttavia più completo se analizzato alla luce del W/HtR, utile per valutare il rischio metabolico e cardiovascolare del bambino.

Il 12,5% dei soggetti campionati presenta un W/HtR $>0,5$ e il valore di tale parametro risulta essere associato direttamente al BMI dei genitori e inversamente alle abitudini alimentari dei bambini e al livello di attività fisica da loro praticata.

Per impedire che le condizioni di sovrappeso e obesità identificate in età infantile si perpetuino in età adulta, occorre agire attraverso interventi educativi che mirino a modificare le abitudini alimentari e lo stile di vita del bambino.

Tale compito deve essere svolto da figure professionali diverse (insegnanti, dirigenti scolastici, pediatri, ecc.), ma soprattutto dai genitori.

La famiglia, infatti riveste un ruolo fondamentale per far acquisire ai bambini l'abitudine ad una corretta alimentazione e a sani stili di vita, in quanto il buon esempio quotidiano risulta essere uno dei metodi educativi più efficaci.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 046

LE OSPEDALIZZAZIONI PER BRONCHIOLITE NEL PRIMO ANNO DI VITA NELLA REGIONE VENETO

M. Saia 1., G. Callegaro 2, C. Pilerici 1, S. Tardivo 3, A. Buja 4, V. Baldo 4

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Regione Veneto - ULSS 13, 3 Università degli Studi di Verona

4 Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE: Le bronchioliti rappresentano la patologia respiratoria più frequentemente oggetto di ospedalizzazione tra i bambini nel primo anno di vita nei paesi industrializzati, caratterizzate da un picco di incidenza nei mesi invernali e che nel corso degli ultimi anni hanno evidenziato tassi di ricovero tendenzialmente in aumento.

In considerazione del fatto che in letteratura è riportato come uno degli agenti causali maggiormente implicato sia il virus respiratorio sinciziale (RSV), nel dimensionare il fenomeno, descrivendone l'andamento temporale in ambito regionale, è stata condotta un'analisi retrospettiva, indagando i casi incidenti di ricovero ospedaliero per bronchiolite e in particolare quelle sostenute da RSV. **MATERIALI E METODI:** Avvalendosi dell'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera è stato condotto uno studio retrospettivo includendo nel campione tutte le dimissioni dei cittadini veneti al di sotto dell'anno di età, su scala nazionale, nel quinquennio 2008-2012, rappresentando i risultati in termini di tasso di ospedalizzazione (TO) per 1.000 residenti.

Le dimissioni sono state identificate attraverso gli specifici codici diagnosi ICD9-CM 466.11 "Bronchiolite acuta da virus respiratorio sinciziale (RSV)" e 466.19 "Bronchiolite acuta da altri agenti infettivi". **RISULTATI:** Nel corso del quinquennio oggetto dell'analisi, a fronte di un totale di 5.858 dimissioni con diagnosi di bronchiolite, si è assistito a 5.110 dimissioni relative a soggetti di età inferiore all'anno, in riferimento ai quali si è evidenziato un TO pari a 23,4, più elevato nel sesso maschile (26 Vs. 20,7; OR: 1,26; IC95%: 1,19-1,33; $p < 0,05$), il 28% delle quali sostenute da RSV (TO: 6,5), anch'esse più elevate nel sesso maschile (6,9 Vs. 5,9; OR: 1,17; IC95%: 1,05-1,30; $p < 0,05$).

La DM era pari a $5,15 \pm 5,72$ gg., più elevata nelle RSV (6,2 Vs. 4,7; $p < 0,05$), in occasione delle quali è risultato maggiore anche il ricorso alla terapia intensiva (OR: 4,47; IC95%: 3,12-6,42; $p < 0,05$), complessivamente pari a 2,8% (n. 142).

Oltre alla contenuta letalità (n. 3 casi 0,06%), confermate inoltre sia la stagionalità delle ospedalizzazioni che il maggior interessamento dei soggetti nei primi 3 mesi di vita, con il picco di incidenza tra i 2 e i 3 mesi di vita; dall'analisi emerge tuttavia una forte variabilità nell'andamento temporale sia del TO (range 18-27,6) che della percentuale di bronchioliti sostenute da RSV (18%-36%).

La stratificazione del campione in base alla cittadinanza ha evidenziato come la non appartenenza all'Unione Europea costituisca un fattore di rischio sia complessivamente (OR: 1,71; IC95%: 1,60-1,82; $p < 0,05$) che per quelle sostenute da RSV (OR: 1,48; IC95%: 1,30-1,68; $p < 0,05$), senza



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

differenze significative tra cittadini italiani e di altri stati membri dell'Unione Europea; assolutamente priva di significatività invece la condizione di non residente in Italia. **CONCLUSIONI:** L'analisi, oltre a confermare il noto quadro epidemiologico, pur caratterizzato da una certa variabilità dal punto di vista dell'andamento temporale, evidenzia come, oltre a fattori clinici non direttamente desumibili da dati amministrativi, le caratteristiche socio demografiche rappresentino un indicatore di rischio meritevole di approfondimento. A tal proposito alcuni studi hanno sottolineato la necessità di interventi preventivi su alcuni fattori comportamentali modificabili nell'assistenza al bambino con noti fattori di rischio in occasione dei periodi epidemici, con altri che tuttavia auspicano l'adozione di strategie preventive indipendentemente dalla presenza di fattori di rischio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 050

IL RICORSO ALL'INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA IN ETÀ PEDIATRICA NELLA POPOLAZIONE VENETA

M. Saia 1, G. Callegaro 2, S. Tardivo 3, T. Tassoni 1, A. Buja 4, V. Baldo 4

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Regione Veneto - ULSS 13, 3 Università degli Studi di Verona, 4 Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE: La chirurgia tonsillare, pur evidenziando una diminuzione negli ultimi decenni, rientra tra gli interventi eseguiti con maggior frequenza ed essendo considerata una chirurgia "intermedia" ma non scevra da rischi, è caratterizzata da una marcata variabilità anche all'interno dei singoli paesi, tra i quali l'Italia, con variazioni spesso attribuibili all'eterogeneità della pratica medica e nella formazione degli specialisti rispetto a differenze di morbosità (Materia E et al. *Pediatr Med Chir* 2004; 26: 179-86.).

Le principali indicazioni agli interventi di tonsillectomia sono rappresentati dalla sindrome delle apnee ostruttive del bambino (OSAS) con ipertrofia adenotonsillare e dalle forme severe di tonsillite ricorrente. **MATERIALI E METODI:** Con l'obiettivo di dimensionare il ricorso alla chirurgia tonsillare nella popolazione veneta di età 0-17 anni è stato condotto uno studio retrospettivo relativamente agli interventi praticati nel decennio 2003-2012 a livello nazionale, sia da strutture pubbliche che private accreditate, avvalendosi dell'archivio regionale informatizzato anonimo delle SDO.

In base ai codici diagnosi ICD9-CM presenti nelle SDO, nel corso dell'analisi le indicazioni all'intervento sono state classificate in tonsilliti ricorrenti e sindromi ostruttive.

Per dimensionarne l'impatto nella popolazione veneta, è stato utilizzato il tasso di interventi annuo (TI) per 10.000 residenti, calcolato annualmente in considerazione dei mutamenti demografici intervenuti, e per la valutazione dell'andamento temporale si è fatto ricorso al test chi-quadrato per trend. **RISULTATI:** Nel decennio considerato sono stati identificati complessivamente 27.971 interventi di tonsillectomia (TI: 35,1), le cui indicazioni erano rappresentate principalmente da un'ostruzione delle vie aeree (51% - TI: 17,8) e il mal di gola cronico (48% - TI: 16,8).

Dalla stratificazione per fascia di età del campione si è evidenziato un decremento per patologia ostruttiva all'aumentare dell'età (0-1 anni: 75%; 10-17: 16%; X² trend: 3257; p<0,05) con un andamento opposto per il mal di gola cronico (X²: 107,1; p<0,05); il TI era più elevato nella fascia 2-4 anni (80,1), seguita dalla 5-9 (46,8).

Per quanto concerne il trend temporale si è assistito ad una significativa diminuzione (X²:186,3; p<0,05) nel periodo oggetto dell'analisi, con il TI dell'ultimo anno pari a 30,4 rispetto al 38,1 del primo.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il dato relativo al secondo quinquennio (OR: 0,83; IC95%: 0,81-0,85; $p<0,05$) ha evidenziato un valore decisamente inferiore al primo in particolare per le patologie ostruttive (19,9 Vs. 15,8) rispetto al mal di gola cronico (18 Vs. 15,7). **CONCLUSIONI:** Quanto evidenziato, oltre a confermare le indicazioni all'intervento, ha evidenziato una diminuzione nel ricorso alla chirurgia tonsillare in particolare per le patologie ostruttive e ciò è in linea a quanto riportato in letteratura pur considerando che si tratta di uno degli interventi eseguiti con maggior frequenza nel nostro paese. Da sottolineare inoltre come alla luce della forte variabilità, anche a livello regionale, il ricorso alla tonsillectomia in età pediatrica, oltre ad essere gravato da una potenziale inappropriatezza continui ad essere a tutti gli effetti come una procedura ad elevata discrezionalità e variabilità attribuibile all'eterogeneità nella pratica medica e antagonizzabile, nell'ottica di politiche di appropriatezza, dalla diffusione e condivisione di linee guida tra i professionisti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 136

LA PRIMA COLAZIONE DEI BAMBINI DELLE SCUOLE PRIMARIE STATALI DI PAVIA

L. Testa 1, S. Moro 2, E. Porzio 2, R. Faldini 3, M. Rossi 2, L. Maccarini 2, G. Turconi 1, C. Roggi 1

1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Scienza dell'Alimentazione, Università degli Studi di Pavia; 2. Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Sezione di Igiene, Università degli Studi di Pavia;

3. Comune di Pavia, Settore Istruzione, Pavia

INTRODUZIONE: La prima colazione fornisce l'energia ed i nutrienti necessari per affrontare le attività della giornata dopo il digiuno notturno. Saltare questo pasto determina, soprattutto nei bambini, un peggioramento della performance nelle prime ore della giornata, con una minore capacità di concentrazione e di resistenza durante l'esercizio fisico. Al contrario, consumare la prima colazione può migliorare le capacità di memorizzazione ed il rendimento scolastico, oltre a promuovere il mantenimento del peso forma. Risulta perciò importante attuare progetti scolastici volti a promuovere un consumo quotidiano della prima colazione.

Gli obiettivi che si è posto il presente studio, frutto della collaborazione tra il Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezioni di Scienze dell'Alimentazione e di Igiene - dell'Università di Pavia ed il Settore Istruzione del Comune di Pavia, sono stati:

- indagare la frequenza e le modalità di consumo della prima colazione tra gli alunni frequentanti le classi terze di tutte le scuole primarie statali della città di Pavia;
- evidenziare i fattori che inducono i bambini a saltare la prima colazione;
- valutare l'adeguatezza qualitativa della prima colazione;
- individuare il tipo di approccio emotivo dei bambini nei confronti del primo pasto della giornata.

MATERIALI E METODI: Lo studio descrittivo è stato condotto sui 448 bambini (52,5% maschi e 47,5% femmine) frequentanti le classi terze delle 13 scuole primarie statali della città di Pavia. Durante l'Anno Scolastico 2012-2013 ai bambini è stato somministrato un questionario realizzato ad hoc sulla prima colazione, costituito da tre sezioni:

- dieci domande a risposta multipla relative alle abitudini di consumo della prima colazione;
- diario alimentare illustrato, sul quale i bambini dovevano contrassegnare gli alimenti che erano soliti consumare a colazione, scegliendo quei disegni che per dimensioni, più si avvicinavano alle porzioni realmente assunte;
- foglio bianco, sul quale i bambini erano invitati a disegnare la loro prima colazione abituale. Il disegno è stato interpretato da una psicologa per valutare l'approccio emotivo dei bambini nei confronti della prima colazione.

RISULTATI: È risultato che l'84.3% dei bambini fa regolarmente colazione tutti i giorni, mentre l'8% saltuariamente: di questi, lo 0.7% non fa mai colazione. Le principali ragioni che spingono i bambini a saltare la colazione sono la mancanza di tempo (46.3%), lo scarso appetito (29.8%) e la sonnolenza (10.4 %).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il 73.3% del campione consuma una colazione bilanciata ed adeguata alla propria età, a base di latte o yogurt abbinati a cereali, come biscotti, fette biscottate o fiocchi e molti bambini la completano con un frutto o una spremuta di agrumi.

L'analisi qualitativa dei disegni è in linea con i risultati generali emersi dallo studio, che dimostrano come l'84.3% dei bambini faccia colazione ogni mattina e volentieri. La maggior parte dei disegni è ben organizzata nel foglio, sono presenti molti colori e varie componenti della colazione; da ciò si evince un orientamento positivo dei bambini nei confronti del primo pasto della giornata.

È interessante notare che oltre un quarto dei bambini ha scritto la marca degli alimenti consumati abitualmente. **CONCLUSIONI:** Dai dati raccolti è stato possibile delineare un quadro positivo e confortante della situazione pavese: solo un'esigua percentuale dei bambini è solita saltare la prima colazione, che risulta essere bilanciata e nutrizionalmente adeguata. L'approccio emotivo dei bambini alla prima colazione è nel complesso sicuramente buono ed il disegno ci ha permesso di rilevare che una parte dei bambini ha identificato alcuni alimenti con il loro nome commerciale dimostrando la forte influenza dei messaggi pubblicitari.

Così come è fondamentale intervenire per modificare comportamenti alimentari inadeguati, è indispensabile adoperarsi per consolidare abitudini alimentari corrette, affinché vengano mantenute anche nell'età adulta.

Risulta perciò di estrema importanza attuare nella scuola primaria interventi di Educazione Alimentare volti alla promozione del consumo regolare di una prima colazione equilibrata, che vedano coinvolti nell'azione educativa non solo insegnanti e specialisti del settore, ma anche e soprattutto le famiglie.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 111

ANALISI DEGLI ASPETTI NUTRIZIONALI IN 26 CENTRI PER L'INFANZIA IN IMPERIAL COUNTY, UN'AREA DELLA CALIFORNIA AD ALTA PREVALENZA DI OBESITA' INFANTILE

E. Garavelli 1; S.Castaldi 2

1 Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Milano; 2

Professore Associato Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Milano

INTRODUZIONE: Negli Stati Uniti vi è evidenza che l'obesità insorga sempre più frequentemente in età prescolare, recentemente, infatti, il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ha rilevato che un bambino su 8 pari al 12% è obeso. Questo fenomeno si presenta con maggiore gravità nei bambini di colore ed ispanici in cui, a 2-5 anni di età, la frequenza di manifestazione dell'obesità si verifica, rispettivamente, con una frequenza pari a uno su 5 (19 %) e di uno 1 a 6 (16 %).

Nell'area Imperial County, zona di confine con il Messico e a prevalente popolazione ispanica, si riscontra il tasso di obesità più alto della California: il 40% dei bambini risulta in sovrappeso od obeso.

Poiché le abitudini e i comportamenti a rischio per la salute si instaurano già nei primi anni di vita, l'età prescolare rappresenta un periodo chiave molto importante in cui concentrare gli interventi per la promozione della salute.

In questo contesto è stata svolta la presente indagine con l'obiettivo di indagare la qualità dei pasti serviti in 26 centri per l'infanzia coinvolti in un intervento di promozione dell'obesità infantile del CDC, esaminando i fattori che potrebbero agire come facilitatori o barriere all'offerta di cibi sani.

MATERIALI E METODI: Le informazioni utili all'indagine sono state ricavate da interviste rivolte ai direttori dei centri per l'infanzia sia di tipo pubblico sia privato e da questionari compilati in collaborazione con il resto dello staff di questi centri. Sono stati valutati i dati riguardanti l'offerta delle principali categorie alimentari per ricavare informazioni generali sulla qualità dei pasti somministrati e l'adesione ad altri interventi di promozione della salute. Sono state indagate anche le differenze nella qualità dei pasti in base alla modalità di approvvigionamento (acquisto diretto degli alimenti al supermercato, servizio di catering, cibo fornito dalle famiglie) ed in base alla presenza di cucina completa o parziale in loco.

Per tutte le analisi viene utilizzato il software "IBM SPSS Statistics versione 20".

Sulle variabili valutate viene condotta dapprima un'analisi di statistica descrittiva per trovare media, deviazioni standard e IC e successivamente un'analisi inferenziale per accertare la significatività delle differenze rilevate.

Nella seconda parte dell'analisi le informazioni derivate dai questionari auto-compilati dai centri sono invece prese in esame per confrontare la performance dei centri nelle aree chiave nella



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nutrizione rispetto alle buone pratiche target dell'intervento di promozione. Su queste variabili viene effettuata solo una statistica descrittiva per confrontare le risposte con la best practice.

RISULTATI: Lo studio rileva che l'offerta di frutta sia sufficiente solo nel 13% degli asili e l'offerta di verdura solo nel 22%. Il 61% degli asili osservati invece utilizza per cucinare margarina e burro. I pasti serviti in asili statali o già coinvolti in programmi di promozione sembrano migliori rispetto a quelli offerti da strutture private, infatti nei primi sono serviti più frutta (10.79 porzioni a settimana vs 6.42), più verdura (4.86 vs 2.67) e più latte (12 vs 5.08).

Gli asili con cucina presentano una maggiore offerta di frutta (9.87 porzioni a settimana vs 7.36), verdura (4.47 vs 3), latte (9.87 vs 7.36), ma servono più fritti (0.38 vs 0.11).

Infine, nei casi in cui i pasti vengono preparati dalle famiglie vengono forniti più frequentemente cibi confezionati e calorici. **CONCLUSIONI:** La qualità dell'offerta nei centri per l'infanzia esaminati è insoddisfacente e sembra essere peggiore negli asili privati. Questo riscontro suggerisce che la partecipazione ad un intervento di promozione della salute e il rispetto di norme condivise potrebbero costituire almeno un primo passo per garantire da parte delle strutture almeno un livello base di qualità nei pasti.

La cucina in loco offre la possibilità di preparare pasti più sani, tuttavia non tutti i centri per l'infanzia possono permettersi una cucina completamente attrezzata. Inoltre, ove la cucina è già presente sarebbe, comunque, utile organizzare corsi per formare il personale a cucinare in modo salutare limitando l'uso di condimenti e grassi. Inoltre, avere la cucina nel centro può essere l'occasione per coinvolgere i bambini in attività per mostrare e insegnare le corrette abitudini alimentari.

Si nota come gli errori più grossolani nella composizione dei pasti vengano commessi proprio dai genitori e questo dato conferma l'importanza avanti coinvolgere nei programmi di promozione della salute anche le famiglie.

La promozione della salute in età prescolare è un ambito ancora poco esplorato che invece può offrire grandi opportunità per progettare interventi futuri. E' quindi importante condurre ulteriori studi in questo settore per indagare sia ciò che è in atto sia ciò che può essere ancora sviluppato al fine di contrastare sovrappeso e obesità all'esordio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 566

SINTOMATOLOGIA SIMIL-INFLUENZALE ASSOCIATA AD ISOLAMENTO VIRALE IN BAMBINI NON OSPEDALIZZATI DI PARMA

C.Latini¹; A.Rampini¹; L.Veronesi¹; M.E.Colucci¹; P.Affanni¹; A.Cantarelli²; E.Voccia²; F.Torelli²; R.Viani²; C.Marcellini²; M.L.Tanzi¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Parma

²Pediatri di libera scelta, Parma

INTRODUZIONE: L'influenza è considerata una malattia benigna autolimitante del tratto respiratorio ma spesso si possono avere gravi complicanze in particolare per le categorie a rischio tra cui i bambini con età inferiore o uguale ai 4 anni. L'impatto diretto dell'influenza nei bambini piccoli può essere difficile da valutare, poiché le manifestazioni cliniche sono spesso atipiche.

L'obiettivo di questo lavoro è stato individuare i sintomi più ricorrenti in una popolazione pediatrica, per approfondire le conoscenze sulla sintomatologia associata all'isolamento virale.

MATERIALI E METODI: Cinque pediatri di libera scelta (PLS) del distretto di Parma hanno eseguito tamponi faringei ai bambini con sintomi di Influenza like-Illness (ILI: affezione respiratoria con febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e contemporanea presenza di un sintomo sistemico ed un sintomo respiratorio). La ricerca dei virus influenzali è stata realizzata mediante metodiche tradizionali di isolamento in coltura cellulare e di biologia molecolare (Real Time RT-PCR). Ogni campione era accompagnato da una scheda anamnestica riportante informazioni anagrafiche dell'assistito, sintomatologia, notizie relative alle vaccinazioni antinfluenzali, frequenza di ambienti comunitari ed eventuale appartenenza a categorie a rischio. E' stata effettuata un'analisi descrittiva della sintomatologia stratificando per età, sesso, diagnosi di laboratorio, vaccinazione per la stagione in corso e per quelle pregresse, contatti comunitari ed appartenenza a categorie a rischio. **RISULTATI:** Da ottobre 2013 ad aprile 2014 sono stati raccolti 212 tamponi faringei di soggetti da 0 a 14 anni (54% di 0-4 anni, 46% di 5-14 anni), 44% di sesso femminile e 56% di sesso maschile. Dei 212 bambini solo 44 sono stati vaccinati per la stagione influenzale in corso, 70 campioni sono risultati positivi per virus influenzali (33%), ed in particolare 59 positivi per virus di tipo A/H3N2, 10 positivi per virus di tipo A/H1N1v mentre un solo campione è risultato positivo per virus di tipo B. I sintomi più frequenti che hanno portato alla sospetta diagnosi di influenza sono stati: raffreddore (52,4%), tosse produttiva (43,9%) e tosse secca (31,1%). Il 78% dei bambini frequentava comunità scolastiche ed il 31,4% aveva un familiare con sintomatologia simile. Dei tamponi eseguiti su bambini vaccinati il 29,5% è risultato positivo, contro il 31,5% dei non vaccinati. I sintomi più frequenti associati a diagnosi ottenuta con isolamento virale sono stati: raffreddore (72,7%), tosse produttiva (54,5%) e cefalea (40,9%). Stratificando per età si possono notare alcune differenze nella sintomatologia associata a positività, ed in particolare, nella classe d'età tra 0-4 anni rispetto a quella 5-14 anni risultano essere più frequenti raffreddore (62,2% vs 47,2%), irritabilità-pianto-inappetenza



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(35,1%vs 14,6%) e diarrea (9%vs 3,4%); nella seconda classe, invece, i sintomi che ricorrono maggiormente sono: cefalea (46,1% vs 14,4%), tosse secca (43,8% vs 24,3%), dolori osteo-articolari (19,1% vs 7,2%) e dolori muscolari (18% vs 8%). Tosse produttiva (47,7%-44,9%), faringodinia (24,3%-24,7%) e congiuntivite (7,2%-5,6%) si sono manifestate con percentuali simili in entrambe le popolazioni. In tutti i bambini era presente febbre all'esecuzione del tampone, e tra i positivi raggiungeva valori $\geq 39^{\circ}\text{C}$ nel 70% dei casi. Anche se la maggior parte dei tamponi (69%) è stata eseguita in giorni diversi dal secondo e terzo dalla comparsa della sintomatologia (fino ad arrivare al decimo), si è riscontrata una positività più elevata nei campioni eseguiti dopo 2-3 giorni dall'esordio OR 2,5 (IC 95% 1,4-4,6). La percentuale di positività tra i campioni dei bambini da 0-4 anni risulta essere del 25,4% mentre nella seconda classe d'età sale a 41,8% OR 0,47 (IC 95% 0,27-0,85). CONCLUSIONI: Il sistema di sorveglianza dell'influenza umana si basa sulla presenza sia nella popolazione adulta che in quella pediatrica di ILI, anche se nei bambini la diagnosi su base clinica risulta essere più complessa. Solo il 25,4% dei tamponi di bambini da 0 a 4 anni con ILI è risultato positivo, dato che presuppone una sottostima dei casi reali. Sarebbe pertanto opportuno, che i PLS valutassero i sintomi relativi alle diverse classi d'età per poter effettuare una corretta diagnosi differenziale. Nei bambini più piccoli si possono manifestare più frequentemente i sintomi locali (raffreddore, tosse produttiva e gola arrossata) mentre in quelli più grandi accanto ai sintomi locali (tosse secca, faringodinia) si aggiungono quelli sistemici (cefalea, dolori muscolari ed astenia). In entrambe le popolazioni la presenza di febbre e sintomi locali per la durata di 2,3 giorni sembra supportare la diagnosi clinica e confermare le indicazioni riguardo la somministrazione di farmaci antivirali entro le 48 ore dalla comparsa dei sintomi nei casi gravi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 236

TASSI E COSTI DEI RICOVERI PER INVAGINAZIONE INTESTINALE NEI BAMBINI DI ETÀ INFERIORE A 5 ANNI IN TOSCANA NEGLI ANNI 2003-2013

S. Boccalini 1, P. Bonanni 1, C. Canessa 1, S. Callaioli 2, A. Bechini 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze; 2 Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Regione Toscana.

INTRODUZIONE: Nel 1999 un vaccino contro l'infezione da rotavirus è stato ritirato dal mercato a seguito di una associazione temporale tra la vaccinazione e l'incremento dei casi di invaginazione intestinale (IN) (1/10.000 vaccinati). I due nuovi vaccini ora disponibili si sono dimostrati più sicuri del precedente, anche se alcuni studi hanno, comunque, evidenziato un modesto aumento del rischio di IN (1-5/100.000 vaccinati). La vaccinazione anti-rotavirus, non è stata inserita tra le vaccinazioni offerte in modo attivo e gratuito per i nuovi nati nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinazione 2012-2014 e nemmeno nell'attuale calendario vaccinale della Regione Toscana (ad eccezione di alcune ASL Toscane, come quella di Lucca).

In analogia con quanto già effettuato in altri Paesi, che hanno già introdotto la vaccinazione anti-rotavirus, tramite l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) è stata analizzata la frequenza di IN nei bambini di età <5 anni nel periodo 2003-2013 in Toscana. Scopo dello studio è stato quello di determinare il numero di ospedalizzazioni per IN nella fascia di età interessata dalla somministrazione del vaccino (2-6 mesi) per individuare eventuali scostamenti da quanto riportato in letteratura. **MATERIALI E METODI:** E' stato svolto uno studio retrospettivo osservazionale delle SDO riportanti il codice ICD-9 560.0 (IN) ottenute dal database della Regione Toscana. Definizione di caso: SDO riportante in qualsiasi posizione (diagnosi primaria e secondaria) il codice ICD-9 560.0 per bambini di età <5 anni in Toscana negli anni 2003-2013. E' stata analizzata la frequenza delle ospedalizzazioni negli anni esaminati, la distribuzione per sesso, la stagionalità, la durata della degenza, la distribuzione per fasce di età (<6 mesi; <1 anno; <5 anni) con calcolo del tasso di ospedalizzazione e, infine, i costi delle ospedalizzazioni. In particolare, le ospedalizzazioni sono state suddivise in primo ricovero o ricovero successivo ad una precedente ospedalizzazione per IN.

RISULTATI: Nel 2003-2012 in Toscana sono state registrate complessivamente 548 ospedalizzazioni per IN tra i bambini di età <5 anni, verificatesi in 520 bambini come primo ricovero e in 28 bambini come ricoveri successivi. Dei 520 primi ricoveri per IN, ci sono stati in media 47,3 (±8,6) ospedalizzazioni all'anno, con un minimo di 35 casi nel 2006 e un massimo di 62 casi nel 2013. Tra le 520 SDO analizzate, 479 (92%) includevano il codice 560 come diagnosi principale, 41 come diagnosi secondaria. Il 64% dei soggetti ospedalizzati era maschio. Non emerge una stagione prevalente di ospedalizzazione per intussuscezione: nell'intero periodo di studio ci sono stati in media 43 (±8) primi ricoveri per mese. La mediana della degenza è di 3 giorni, con un intervallo che varia da 1 a 84 giorni. Il tasso di ospedalizzazione annuale per i bambini <5 anni oscilla tra un



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

minimo di 23,0 casi/100.000 (2006) ad un massimo di 38,9 casi/100.000 (2013). Tra i bambini di età <1 anno ci sono stati 205 ospedalizzazioni (39%), con una media annuale di 18,6 casi ($\pm 2,9$), un minimo di 13 casi (2011) e un massimo di 24 casi (2007). Il tasso di ospedalizzazione annuale oscilla tra un minimo di 40,0 casi/100.000 (2011) ad un massimo di 77,0 casi/100.000 (2007). La distribuzione per mese di età di queste ospedalizzazioni evidenzia una concentrazione tra il 5° ed il 9° mese di vita (56%). Per quanto attiene i bambini di età <6 mesi, età in cui è raccomandata la vaccinazione, il numero di ospedalizzazioni per IN oscilla da un minimo di 5 casi (2006) ad un massimo di 13 casi (2013). Il costo annuale medio delle ospedalizzazioni per IN è stato di 236.411 Euro, con un minimo di 183.846 Euro (2006) e un massimo di 312.416 Euro (2007). Il costo medio per caso ospedalizzato per IN è stato di 5.088 Euro. Se si aggiungono i costi dei ricoveri successivi (28 bambini ospedalizzati), il costo annuale medio delle ospedalizzazioni per IN sale a 248.255 Euro. Inoltre, ci sono state 44 ospedalizzazioni con “Altre e non specificate malattie dell'appendice” (codice 543.9), con una media annuale di ospedalizzazione di 4,0 casi ($\pm 2,4$).

CONCLUSIONI: Il tasso di ospedalizzazione medio annuale per primo ricovero per IN nei bambini di età inferiore ai 5 anni di vita in Toscana risulta pari a 30 ospedalizzazioni per 100.000. Tale tasso raddoppia nei bambini di età <1 anno (60 ospedalizzazioni/100.000). Le ospedalizzazioni attese annualmente nei neonati, entro i 6 mesi di vita, risultano variare tra i 5 e 13 casi all'anno. Questi risultati forniscono una base di dati per determinare la frequenza con cui i bambini di età inferiore ai 5 anni di vita in Toscana vengono ospedalizzati per IN e, soprattutto, per iniziare a valutare la possibile adozione della vaccinazione anti-rotavirus per i nuovi nati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 576

TEMPERATURA E NASCITA PRETERMINE, UNA COORTE IN AREA VASTA EMILIA CENTRO, 2005-2012.

E. Stivanello 1; M. Pagliaro 1; V. Perlangeli 1; L. Pizzi 1; F. Asta 2; N. Collina 1; F. Francia 1; P. Schifano 2; S. Zauli 3; P. Pandolfi 1.

1. *Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna, Bologna*

2. *Dipartimento di Epidemiologia Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio, Roma*

3. *Centro Ambiente e Salute - ARPA Emilia-Romagna, Modena*

INTRODUZIONE: Il cambiamento climatico è considerato una delle maggiori minacce per l'ambiente, gli ecosistemi e la salute umana. Recenti modelli previsionali indicano che la temperatura media globale è in aumento di valori compresi tra 0,15 e 0,3 °C per decade. Negli ultimi anni sono stati condotti vari studi sulla relazione clima-salute, la maggior parte di questi ha analizzato l'associazione tra mortalità e temperatura/ondate di calore, mentre sono pochi gli studi condotti per valutare l'associazione con altri eventi sanitari e in gruppi di popolazione più vulnerabili. Le donne in gravidanza rappresentano una categoria potenzialmente a maggior rischio di subire gli effetti da alte temperature avendo una serie di limiti fisiologici nell'adattarsi agli stress termici.

Considerando che la nascita pretermine è la principale causa di morte perinatale nella maggior parte dei paesi ad alto reddito e tenuto conto del suo impatto anche a lungo termine sulla salute del bambino, abbiamo condotto uno studio con l'obiettivo di valutare gli effetti delle alte temperature ambientali sulle nascite pretermine. **MATERIALI E METODI:** La popolazione in studio è costituita dalla coorte di nati nelle strutture sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro (Aziende USL di Bologna, Ferrara e Imola) da madri residenti negli 85 comuni dello stesso territorio. Sono stati inclusi i nati da parto singolo a inizio di travaglio spontaneo tra il mese di aprile e il mese di ottobre nel periodo 2005-2012. Dalla popolazione sono stati esclusi i nati: da madre con meno di 10 anni o più di 55 anni; da parto con travaglio indotto; da parto cesareo in elezione; da parto gemellare; con età gestazionale <22 settimane; con malformazioni congenite e i nati morti.

La popolazione è stata selezionata a partire da tutti i Certificati di Assistenza al Parto relativi al periodo 1 aprile 2005 - 31 ottobre 2012 linkati con le Schede di Dimissione Ospedaliera del ricovero per parto.

Le informazioni relative a potenziali confondenti e/o modificatori di effetto sono state ricavate dalle stesse fonti già citate e dalle SDO di ricoveri avvenuti nei 2 anni precedenti.

Si definisce pretermine un nato prima della 37esima settimana di gestazione. La variabile di esposizione studiata è la temperatura media giornaliera registrata dalle centraline di ARPA Emilia Romagna. Ad ogni donna è stata attribuita la temperatura media rilevata nel giorno del parto (lag 0), la media delle temperature rilevate nel giorno del parto e nei 6 giorni precedenti (lag 0-6),



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nell'ultimo mese di gravidanza (lag 0-30) e nell'ultimo trimestre (lag 0-90) a seconda del comune di residenza.

E' stata condotta una regressione logistica multivariata per ogni tempo di esposizione inserendo nel modello i seguenti potenziali confondenti: anno di parto, zona di residenza della madre (collina, pianura, montagna, urbana-Ferrara ed urbana-Bologna), giorno dell'anno, giorno della settimana, festività, età, livello di istruzione, cittadinanza. In analisi secondarie sono state aggiunte le seguenti variabili: patologie cardiovascolari, altre patologie croniche e patologie ostetriche. Alcune variabili sono state inserite come termine di interazione con la temperatura media e studiate in un'analisi stratificata. **RISULTATI:** Il numero di nati inclusi nello studio è di 28969, di questi il 4,05% è nato pretermine. L'OR (Odds Ratio) grezzo di nascita pretermine per ogni aumento di temperatura media di 1°C al lag 0-6 è 0,996 (IC95%: 0,984-1,007). Come si vede dalla tabella 1, non è stata rilevata alcuna associazione significativa ($p>0.05$) tra temperatura media e nascita pretermine a nessuno dei lag considerati nei vari modelli di aggiustamento.

Le variabili studiate non risultano essere modificatori di effetto, nell'analisi stratificata non si evidenziano aumenti di rischio di nascita pretermine associati alle temperature medie relative al lag 0-6 in nessuno degli strati studiati (Figura 1.). **CONCLUSIONI:** Il nostro studio non evidenzia un'associazione tra temperature ambientali e aumento del numero di nascite pretermine nella popolazione dell'Area Vasta Emilia Centro. Questo risultato non indica necessariamente un mancato effetto della temperatura sulla durata della gravidanza, come invece evidenziato in alcuni studi precedenti, ma potrebbe essere spiegato dalle misure di adattamento e mitigazione personali (quali ad esempio l'uso di condizionatori) che vengono sempre più adottate nel periodo estivo in questi ultimi anni, soprattutto in concomitanza con le ondate di calore.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 418

PROSEGUENDO LUNGO IL PERCORSO DEI CORRETTI STILI DI VITA: PROGETTO PILOTA DI CAMPO ESTIVO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE E MOTORIA PER BAMBINI IN ETÀ SCOLARE

A.Giorgino 1; S. Liuzzi 1; M.D. Simeone 1; A.R. Cavallo 1; R. Lattarulo 1; C. Licomati 1; R. Cipriani 1; A. Pesare 1; M. Conversano 1

1.Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: Proseguendo l'attività di educazione nutrizionale e motoria proposta durante l'anno scolastico nella scuola, il Campo Estivo nasce come progetto pilota studiato per offrire ai bambini in età scolare e alle loro famiglie un contributo efficace di educazione motoria e alimentare, per prevenire e contrastare l'obesità, alla luce dei dati dello Studio di Sorveglianza nutrizionale "OKKIO alla Salute 2012" della Regione Puglia, da cui è emerso che il 41.6% di bambini è in eccesso ponderale. In Italia, dagli studi di cross-sectional sullo stile di vita dei bambini in età scolare, si è evidenziato come i risultati migliori si sono ottenuti creando intorno al bambino un ambiente di sviluppo sereno e giocoso che porta a scoprire e imparare con "piacere" stili di vita sana. **MATERIALI E METODI:** Il Progetto utilizza una metodologia innovativa, interattiva e multicanale, che privilegia la visione del bambino al centro delle sue scelte di vita, promuovendo un'idea di salute come esperienza condivisa con gli altri bambini, le famiglie e i promotori della salute: la struttura organizzativa prevede, la costruzione di una rete interdisciplinare costituita da operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto (Medico igienista, Dietiste e Biologa Nutrizionista) ed esperti di attività motoria e sportiva. La metodologia didattico - educativa segue la teoria di Piaget sugli stadi di sviluppo dell'intelligenza, in cui l'età compresa tra 7 e 12 anni (target del progetto) è considerata come "periodo delle operazioni concrete", in cui le motivazioni all'attività intellettuale ci sono se suscitano gioco, divertimento, conferme o piacere. Sono utilizzati, pertanto, dei Laboratori didattici finalizzati a favorire l'apprendimento attraverso lavori di gruppo di manipolazione ed elaborazione. Le attività di laboratorio prevedono, in particolare:

Il Laboratorio del gusto: il gioco, proposto nella pausa merenda, consiste in una vera e propria "degustazione" che consentirà al bambino di conoscere la frutta con gli "organi di senso".

La frutta ti sorride: il face food. Si tratta di un'attività ludica molto creativa, in cui il bambino crea un piatto con "una faccia che sorride" utilizzando frutta e ortaggi di stagione.

I sapori della Terra Madre: questo laboratorio è improntato su temi dello sviluppo sostenibile, della filiera corta e della valorizzazione dei prodotti tipici locali, in particolare quelli a "Km zero", coinvolgendo i bambini nella preparazione e realizzazione della "merenda tipica pugliese", che tra l'altro si accorda con i programmi di Expo Milano 2015.

Costruiamo la piramide alimentare: i bambini saranno guidati verso la "costruzione" del modello alimentare italiano, secondo i principi e le Linee Guida per una sana alimentazione. La finalità è far



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

conoscere le caratteristiche nutrizionali degli alimenti e la loro distribuzione nella giornata alimentare.

La bocca della verità: si tratta di un gioco-quiz in cui i bambini devono saper rispondere a semplici domande che spaziano su argomenti correlati ad alimenti e nutrizione. I bambini sono chiamati alla bocca della verità per definire come “veri” o “falsi” alcuni fra i più famosi miti dell'alimentazione, come ad esempio “E' vero che gli spinaci contengono tanto ferro?”.

Per aumentare la “compliance”, rinforzare l'informazione e consentire un proseguimento del progetto, è previsto un incontro iniziale d'informazione ed educazione nutrizionale rivolto anche ai genitori dei bambini partecipanti al campo estivo, con la consegna di Brochure informative. La famiglia va considerata un potente alleato in un processo di modifica dello stile di vita del bambino: infatti, numerose indagini epidemiologiche dimostrano che molti bambini in età evolutiva incorrono in errori nutrizionali qualitativi e quantitativi che, chiaramente, non dipendono dalla loro volontà. **RISULTATI:** Il Progetto prevederà l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e valutazione di efficacia, attraverso la compilazione di schede da parte dei bambini e di un questionario da parte dei genitori, che permetteranno di verificare il raggiungimento o meno degli obiettivi e quindi di conseguenza valutare l'ipotesi di dare continuità al progetto. **CONCLUSIONI:** La struttura organizzativa e metodologica del progetto-pilota si connota come una esperienza di “welfare community” innovativa e sperimentale, attraverso un processo educativo originale.

L'approccio scelto è quello del “learning by doing”, ossia dell'apprendimento attraverso la sperimentazione, che prevede la messa in campo di strategie per comunicare efficacemente ai bambini, coinvolgendoli attivamente nel “fare salute”. In seguito alla fase di valutazione e monitoraggio, i risultati del Progetto potranno essere utilizzati per programmare e avviare azioni specifiche che coinvolgano scuole-genitori-istituzioni-associazioni e altro, seguendo le finalità e le linee d'indirizzo del più ampio Programma nazionale “Guadagnare salute”.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 041

OBESITÀ INFANTILE: L'IMPORTANZA DELLA SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE E DELLA PREVENZIONE PRIMARIA

V. Muzio 1; S. Verga 1

1. ASP 6, Palermo; Distretto 40, Corleone

INTRODUZIONE: Secondo i dati Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) la prevalenza dell'obesità è ai nostri giorni più che raddoppiata rispetto al 1980; nel 2008, a livello globale, più di 1,5 miliardi di adulti risultano essere in sovrappeso. Il fenomeno è in continua crescita anche in età infantile ed adolescenziale. Il problema dell'obesità e del sovrappeso in età infantile assume particolare rilevanza per le implicazioni dirette sulla salute fisica, psicologica e sociale del bambino e perché queste condizioni rappresentano fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie cronico-degenerative in età adulta. Il lavoro si centra, soprattutto, sull'importanza della sorveglianza nutrizionale, quale principale sistema informativo che permette di ottenere dati sulla prevalenza del sovrappeso e dell'obesità, di monitorare il suo andamento nel tempo e nelle varie aree geografiche, nonché di valutare l'efficacia delle azioni intraprese. In particolare, sono presentati i dati del sistema di sorveglianza nutrizionale condotto nel territorio dell'ASP 6, Palermo – Distretto 40, Corleone, rivolto a 270 bambini in età prescolare. **MATERIALI E METODI:** Per la rilevazione delle abitudini alimentari e gli stili di vita dei bambini si è proceduto alla stesura di specifici questionari, basati sui questionari standardizzati e validati già utilizzati in ambito nazionale ed internazionale e adattati al contesto e agli obiettivi dell'indagine. L'attività di screening ha previsto invece la raccolta di parametri quali peso, altezza e circonferenza vita. I dati ricavati dai questionari somministrati sono stati inseriti in un database creato con il programma EpiData 3.1, e successivamente analizzati con il programma EpiData ANALYSIS. Per l'attività di screening, invece, i dati raccolti e inseriti in EpiData, sono stati esportati ed analizzati con il programma WHO AnthroPlus. **RISULTATI:** Da quanto si evince dall'analisi condotta, l'obesità infantile è un fenomeno di grande rilevanza anche in questa specifica realtà territoriale, con una certa tendenza, già in età abbastanza precoce, all'accumulo di grasso in sede centrale-viscerale, indice di rischio per malattie metaboliche e cardiovascolari. Emergono altresì numerosi errori in ambito dietetico-nutrizionale: in particolare il ridotto consumo di verdure e ortaggi e per contro l'abuso di alimenti ricchi in grassi saturi e zuccheri semplici; fattori cui si aggiunge uno stile di vita sedentario con scarso livello di attività fisica. Inoltre sono emerse informazioni che denunciano come l'errato comportamento nutrizionale dei piccoli sia fortemente influenzato e favorito dagli stessi genitori. **CONCLUSIONI:** Alla luce di tali evidenze, si ci sofferma sull'importanza di programmare una sistematica e diffusa promozione di corrette abitudini alimentari e di vita, mediante campagne di intervento che coinvolgano non solo i bambini, ma tutto il contesto "obesigeno" in cui il bambino vive. Il campo di azione deve dunque ampliarsi anche a famiglie, scuole, insegnanti, pediatri, operatori sanitari, governi e realizzare strategie e politiche di intervento che, oltre ad essere valide ed efficaci, abbiano continuità temporale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 999

NASCERE NELL'AREA VASTA 2 DELLE MARCHE

F. Pasqualini¹; M. Morbidoni²; E. Ambrogiani²; A. Guidi²; S. Vallorani³

1. U.O. Epidemiologia, Area Vasta 2 ASUR Marche, Jesi

2. U.O. Epidemiologia, Area Vasta 2 ASUR Marche, Ancona

3. Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università Politecnica delle Marche

INTRODUZIONE: I dati raccolti dal Certificato Di Assistenza al Parto (CEDAP) forniscono informazioni sulle nascite, sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne e sulla qualità dell'assistenza alla gravidanza e al parto, presentando in tal modo un quadro generale sui principali problemi socio-sanitari relativi alla salute materno-infantile: tali dati sono necessari per la programmazione sanitaria nazionale e regionale. Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'ostetrica/o o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita. L'obiettivo di questo lavoro è quello di individuare criticità nel percorso nascita delle donne residenti nell'Area Vasta 2 delle Marche (che comprende la provincia di Ancona con in aggiunta i comuni Apiro, Cingoli e Poggio San Vicino) confrontando tali dati con quelli nazionali. **MATERIALI E METODI:** E' stato analizzato il database fornito dalla P.F. Sistemi Informativi Statistici e di Controllo di Gestione della Regione Marche contenente 3471 schede Cedap relative alle donne residenti nell'Area Vasta 2 delle Marche che hanno partorito nel 2012. L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando il software EPI Info, versione 3.5.3. **RISULTATI:** A livello nazionale nel 2010 il 18,3% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al centro-nord dove oltre il 25% dei parti avviene da madri straniere; a conferma di ciò nell' AV2 delle Marche le partorienti non italiane costituiscono il 35% di tutte le donne con una prevalenza della cittadinanza rumena (8,6% sul totale delle straniere) seguita dall'Albania, Bangladesh e Marocco. In Italia l'età media della madre al momento del parto è 32,6 anni per le italiane mentre scende a 29,3 per le cittadine straniere, dato confermato dalle residenti dell'AV2 delle Marche in cui l'età media è 32,9 per le italiane e 30,2 per le straniere: tale differenza è risultata statisticamente significativa ($p < 0,05$). In Italia nell'84,6% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,2% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. Nella realtà dell'Area Vasta marchigiana, nonostante il decorso della gravidanza sia fisiologico nel 90% dei casi, la percentuale di donne che ha effettuato più di 4 visite è il 92,6% (molto al di sopra della media nazionale) e il 67,7% delle donne fa più di 3 ecografie con una media di 4,6 (moda 3 e mediana 4). Per quanto riguarda l'espletamento del parto per via chirurgica in media in Italia il 37,5% e nell'AV2 il 32,3% dei parti avviene con taglio cesareo, nonostante in quest'ultimo caso la quasi totalità dei bimbi si presenti in maniera cefalica (94,6%). In Italia si è ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) nell'1,38% dei casi. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI). Nell'area vasta 2 di Ancona si è ricorso alla fecondazione assistita nel 2,4% dei casi (quasi il doppio rispetto al dato nazionale), mentre per quel che riguarda la tecnica più utilizzata i dati locali rispecchiano quelli italiani. **CONCLUSIONI:** Da tali risultati emerge che nell'Area Vasta 2 delle Marche, rispetto ai valori medi nazionali, è maggiore il contributo alla natalità derivante dalle donne di cittadinanza straniera (soprattutto rumena); un'elevata percentuale di donne (dato dell'Area Vasta 2 di poco inferiore rispetto al dato nazionale) effettua più di 3 ecografie durante la gravidanza (valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza fisiologica del Ministero della Salute) e più di 4 visite ostetriche (dato marchigiano superiore rispetto alla media nazionale). Inoltre vi è un ricorso eccessivo al taglio cesareo (dato marchigiano di poco inferiore al dato nazionale) e l'utilizzo di tecniche di procreazione medicalmente assistita nell'Area Vasta 2 è quasi il doppio rispetto alla media nazionale. I dati rilevati riflettono il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza sia a livello nazionale sia a livello dell'AV2 della regione Marche.



SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C17: EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE
MALATTIE INFETTIVE NON VPD



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 487

STIMA DELLE OSPEDALIZZAZIONI ATTRIBUIBILI ALLO STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE NELLA REGIONE VENETO (2008-2012)

S. Cocchio¹, V. Baldo¹, A. Buja¹, P. Furlan¹, C. Bertoncetto¹, F. Russo², M. Saia² & T. Baldovin¹

¹ Department of Molecular Medicine, Public Health Section, University of Padua

² EuroHealth Net, Venice, Veneto Region Health Directorate

INTRODUZIONE: Globalmente, lo *Streptococcus pneumoniae* (SP) rappresenta una delle maggiori cause di morbidità e mortalità ed è responsabile di patologie diverse per tipo e grado di severità, quando invade le sedi normalmente sterili dell'organismo, provoca malattie invasive. Esso rappresenta una delle principali cause di community-acquired bacterial pneumonia (CAP) (24%) e nei pazienti ospedalizzati per polmonite è stato isolato nel 38,3% dei casi.

Lo scopo del presente lavoro è stimare le ospedalizzazioni causate dallo SP nella Regione Veneto.

MATERIALI E METODI: L'analisi è stata condotta sui dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO), relative al periodo gennaio 2008 - dicembre 2012, provenienti dall'Archivio Regionale. Della totalità delle SDO pervenute alla Regione Veneto, dalle Aziende pubbliche e private, sono state estrapolate solo quelle in regime di ricovero ordinario.

Sono state esaminate le diagnosi principali di dimissione contenute nella SDO. I codici utilizzati, in accordo con l'International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9), analizzati sono per la polmonite i codici 481: "polmonite pneumococcica", 485: "broncopolmonite non specificata", 486: "polmonite, organismo non specificato", 482.30: "polmonite streptococcica", 482.9 "polmonite batterica non specificata; per la meningite: 320.1: "meningite pneumococcica", 322.9: "meningite non specificata"; per la setticemia: 038.2: "setticemia pneumococcica", 038.9 "setticemia non specificata". Le diagnosi specifiche di pneumococco sono state ricercate in tutte le diagnosi. Per la stima del carico di patologia attribuibile allo SP sono state impiegate le percentuali riportate in letteratura ovvero del 36%, del 58% e 20% rispettivamente per polmonite, meningite e setticemia quando non specificate. Sono stati calcolati i tassi di ospedalizzazione dei soggetti residenti nella Regione Veneto utilizzando al denominatore la popolazione residente nella Regione Veneto negli specifici anni di stima. In caso di ricovero ripetuto entro 30 giorni da un precedente ricovero con stessa diagnosi principale, è stato utilizzato nell'analisi del tasso di ospedalizzazione solo il primo ricovero. Sono state analizzate le diagnosi concomitanti per la definizione delle eventuali patologie croniche concomitanti. I costi delle ospedalizzazioni sono stati stimati considerando il DRG. I dati sono stati analizzati utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0; SPSS Inc, Chicago, IL, USA). **RISULTATI:** Nel periodo esaminato, il totale complessivo delle dimissioni selezionate secondo i criteri di inclusione dello studio, è risultato pari a 62.946 ospedalizzazioni. Le riammissioni sono state 935 (1,5%). Rispettivamente per polmonite, setticemia e meningite, vi è stata una diagnosi specifica di SP nel 2,9%, 6,5% e 56,4%. Complessivamente, dopo l'applicazione



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

del peso attribuibile, è risultato che 23.089 ospedalizzazioni (37,2% di tutte le dimissioni estratte) sono riconducibili allo SP in base alla metodologia utilizzata. Di queste, 12.342 (53,4%) sono di sesso maschile. Il 94,6% è codificato come polmonite, il 4,4% come setticemia e l'1% come meningite. Il 71,9% dei casi stimati è distribuito in soggetti con età superiore ai 65 anni e il 95,6% è di origine italiana. Il 36,2% dei pazienti presenta almeno una patologia cronica concomitante. Il tasso di ospedalizzazione stimato è risultato pari a 94,0 per 100.000 abitanti (rispettivamente 89,0, 0,9 e 4,1 per 100.000 per polmonite, meningite e setticemia). Esso è risultato maggiore nel sesso maschile (101,9 per 100.00 vs 85,6 per 100.000 nelle femmine) e in entrambi i sessi ha mostrato due picchi, uno nei bambini e uno nei soggetti anziani. La mortalità intraospedaliera è risultata pari all'11,0% raggiungendo il 22,7% e, in relazione alla patologia, rispettivamente del 21,4%, 12,9% e 5,0% nella setticemia, meningite e polmonite.

La durata del ricovero è stata complessivamente di $11,7 \pm 10,2$ giorni senza differenze per sesso ($14,2 \pm 13,0$, $16,9 \pm 16,2$ e $11,4 \pm 9,1$ rispettivamente per setticemia, meningite e polmonite). Il costo DRG complessivo nel periodo di osservazione è risultato pari a 14,8 milioni di euro/anno con un costo per ricovero pari a 3.120€ (2.927€ per polmonite, 8.239€ per meningite e 5.520 € per setticemia). **CONCLUSIONI:** Appare corretto non tralasciare i limiti dello studio che utilizzando come fonte l'archivio delle SDO regionali non permette la verifica della diagnosi per la mancanza dei dati laboratoristici. Ciò premesso, i risultati dello studio hanno evidenziato un elevato carico di ricoveri attribuibili alla patologia pneumococcica. La polmonite rappresenta la patologia maggiormente riconducibile allo SP e rilevante è la percentuale di soggetti ricoverati con età superiore ai 65 anni che presentano la maggior mortalità intraospedaliera. Lo studio evidenzia il considerevole impatto sui servizi sanitari della patologia pneumococcica nella Regione Veneto in termini di risorse assorbite e rappresenta sicuramente una sottostima considerando che verosimilmente i soggetti ricoverati sono quelli più gravi e complicati. Appare quindi opportuno considerare la necessità di implementare le strategie vaccinali nelle popolazioni a rischio e nei soggetti anziani.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 636

SU UN RECENTE CASO DI BORRELIOSI IN ETA' INFANTILE NOTIFICATO ALLA ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

P. Bulgheroni 1; M. Nieri 1; F. Sambo 1; L. Caselli 1; M. Ponti 1; I. Cappellato 1; V. Renna 1
 1 ASL della Provincia di Varese, Dipartimento di Prevenzione Medico, Varese

INTRODUZIONE: La Borreliosi o Malattia di Lyme è una antropozoonosi causata dalla spirocheta *Borrelia burgdorferi*. Il microrganismo viene trasmesso all'uomo dal morso di zecche "dure" del genere *Ixodes*, parassiti abituali di numerosi mammiferi. L'infezione è stata descritta per la prima volta nel 1975 negli USA; attualmente la malattia è diffusa prevalentemente negli Stati Uniti e in diversi Paesi Europei (specie Austria, Slovenia, Slovacchia e Repubblica Ceca). In Italia le regioni maggiormente interessate sono la Liguria, il Friuli Venezia-Giulia, il Trentino Alto-Adige, il Veneto e l'Emilia-Romagna. Dopo un periodo di incubazione mediamente entro 30 giorni, la malattia si presenta in genere con un eritema anulare a carattere migrante, spesso accompagnato da febbre, cefalea, astenia, artromialgia e linfadenopatia. In seguito, a distanza di settimane o mesi dall'infezione, possono comparire artralgie migranti, mialgie, rigidità nucale, meningite, neuriti, eritemi multipli, miocardite; tardivamente, anche a distanza di anni, possono manifestarsi sequele articolari (artrite cronica), neurologiche, cutanee e cardiache. Nel nostro Paese, la Borreliosi è soggetta a notifica obbligatoria secondo le modalità della Classe V del D.M. 15 Dicembre 1990.

MATERIALI E METODI: Presentazione di un caso di Borreliosi notificato nel Marzo 2014 alla ASL Varese relativo a un soggetto di età pediatrica residente nella nostra Provincia e discussione delle sue principali caratteristiche epidemiologiche.

RISULTATI: Un bambino di 6 anni viene ricoverato in un ospedale provinciale per febbre persistente da alcuni giorni, iniziale quadro di bronchite, lesioni puntiformi eritematose al tronco, iperemia tonsillare, microadenia laterocervicale, lesioni iperemiche alla faccia anteriore del terzo medio delle tibie bilateralmente, associate a edema e dolorabilità. Prima della comparsa di tale sintomatologia, i genitori riferiscono di avere notato nel bambino la presenza da qualche tempo di astenia e malessere generalizzato. Viene eseguito un tampone rapido per SBEA che risulta negativo, mentre gli esami ematochimici evidenziano rialzo degli indici di infiammazione (PCR, VES). Si avvia terapia antibiotica con ampicillina e sulbactam per via endovenosa. Ulteriori approfondimenti diagnostici (ECG, RX torace, eco addome) appaiono nella norma, mentre un eco del III medio-distale della gamba evidenzia ispessimento con aspetto edematoso dei tessuti sottocutanei. La sierologia risulta positiva in due occasioni per presenza di anticorpi anti-Borrelia. Tale riscontro porta a proseguire la terapia antibiotica instaurata con sulbactam. In undicesima giornata, il piccolo paziente viene dimesso in buone condizioni generali e normalizzazione degli indici di flogosi, con indicazione alla prosecuzione della terapia antibiotica con Amoxicillina/Acido Clavulanico a domicilio. La diagnosi alla dimissione è di "Borreliosi".

CONCLUSIONI: La Malattia di Lyme interessa tutte le età senza prevalenza particolare fra i due



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

sessi. Il caso presentato costituisce un evento inusuale per la Provincia di Varese, in quanto rappresenta l'unico riscontro di Borreliosi in un bambino avvenuto negli ultimi dieci anni e la terza segnalazione avvenuta nel medesimo periodo per infezione da *Borrelia*. Sebbene l'infezione sia provocata dal morso di zecca, in alcuni casi nell'anamnesi non viene riferita con certezza l'esposizione al parassita. Nel caso in esame, i genitori del piccolo paziente hanno riferito una "puntura" da parte di un insetto a livello del padiglione auricolare, avvenuta alcune settimane prima dell'insorgenza della malattia. L'indagine epidemiologica ha messo in evidenza che l'abitazione del bambino è situata in una zona verde periferica del comune di residenza, in cui è presente un maneggio e dove avviene passaggio occasionale di greggi di pecore in transito; inoltre, il piccolo viene spesso a contatto con gatti domestici del vicinato. Queste circostanze sono coerenti con una possibile esposizione a zecche infettate da *Borrelia burgdorferi* negli ambienti di vita del bambino. La diagnosi di Borreliosi si può sospettare in base ai dati anamnestici e ai sintomi clinici; l'accertamento diagnostico si effettua comunque con l'isolamento in coltura del microrganismo o con l'identificazione del suo genoma, ovvero, più frequentemente, mediante indagini sierologiche con la dimostrazione degli anticorpi specifici, come avvenuto nel caso in esame. La prevenzione consiste nell'adozione di misure idonee a evitare i morsi delle zecche nelle zone di endemia (quali, l'impiego di repellenti cutanei e di abbigliamento protettivo adeguato), mentre appare difficoltoso il controllo degli infestanti in aree aperte. In conclusione, il caso di Borreliosi in età pediatrica presentato è peculiare sia per la sua rarità sia per le sue caratteristiche epidemiologiche in Provincia di Varese.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 635

BOTULISMO E LISTERIOSI: DUE DIVERSI SISTEMI DI SORVEGLIANZA

D. De Medici 1

1 Istituto Superiore di Sanità, Roma

INTRODUZIONE: La prevenzione delle malattie, e in particolare quella delle malattie più gravi, costituisce per la Comunità Europea una priorità e richiede un approccio globale e coordinato tra gli Stati membri. Il Parlamento Europeo e il Consiglio, con Decisione n. 2119/98/CE hanno istituito una rete a livello comunitario per promuovere la cooperazione e il coordinamento tra gli Stati membri, al fine di migliorare la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili.

Tale rete viene utilizzata per la sorveglianza epidemiologica delle malattie e come sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili.

Tra le diverse categorie di malattie trasmissibili oggetto della sorveglianza comunitaria sono state incluse anche le malattie trasmesse dagli alimenti (FWD) e in particolare: carbonchio, botulismo, campilobacteriosi, criptosporidiosi, giardiasi, infezione da *Escherichia coli* entero-emorragico, leptospirosi, listeriosi, salmonellosi, shigellosi, toxoplasmosi, trichinosi e yersiniosi. Tra queste, l'ECDC ha individuato sei priorità (campilobacteriosi, infezione da *Escherichia coli* entero-emorragico, listeriosi, salmonellosi, shigellosi, yersiniosi) per le quali è necessario condurre una sorveglianza più approfondita, al fine di verificare "burden", "source attribution" e "outbreak identification". Tale esigenza nasce dall'elevata prevalenza o dall'elevato tasso di mortalità di queste malattie nel territorio comunitario.

In questo abstract viene riportata l'attività di sorveglianza svolta presso il Reparto Pericoli Microbiologici Connessi agli Alimenti (RPMCA) dell'ISS in merito a listeriosi e botulismo. **MATERIALI E METODI:** Il Ministero della Salute, nominato nel 2008 Contact Point per le FWD e per l'EWRS, ha individuato all'interno dell'ISS gli esperti per ciascuna delle priorità del CDC, allo scopo di avere dati microbiologici ed epidemiologici, al momento non previsti dal sistema di sorveglianza ufficiale. Per quanto riguarda la listeriosi, una delle malattie con tasso di mortalità maggiore fra quelle associate al consumo degli alimenti nei paesi industrializzati, il Ministero della Salute ha individuato gli esperti tra il personale del Reparto Pericoli Microbiologici Connessi agli Alimenti (RPMCA) dell'ISS.

Il RPMCA esegue le analisi relative alla ricerca di *Listeria monocytogenes* in campioni biologici e provvede ad effettuare la sierotipizzazione e la sub-tipizzazione molecolare mediante PFGE dei ceppi batterici inviati dai laboratori periferici. I dati microbiologici (sierotipo e pulsotipo) ed epidemiologici [sesso, età, ospedalizzazione, esito, trasmissione (alimento, gravidanza)] vengono trasmessi annualmente al Ministero della Salute, quindi inviati all'ECDC attraverso il nuovo sistema di sorveglianza europeo delle malattie trasmissibili (TESSy).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il botulismo, per quanto grave è una malattia rara e in considerazione della sua bassa prevalenza, il sistema di sorveglianza da parte degli Stati membri non è obbligatorio, ma deve essere effettuato in funzione della situazione epidemiologica. In Italia, la malattia viene notificata obbligatoriamente dal 1975 e dal 1988 è stato istituito il Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo (CNRB) presso l'ISS. Nel 1990, con la revisione del sistema di notifica delle malattie trasmissibili e diffusibili, il botulismo è stato inserito tra le malattie di classe I, per le quali la notifica viene effettuata al solo sospetto clinico. Ciò nonostante, per la diagnosi definitiva, il sospetto clinico deve essere confermato in laboratorio. La conferma di laboratorio è infatti l'attività preponderante del CNRB. Inoltre il CNRB raccoglie ed elabora informazioni e dati di natura clinica, epidemiologica, microbiologica e biomolecolare, collabora con le altre strutture del SSN per la gestione dei casi e delle emergenze di botulismo, effettua attività di formazione per gli operatori del settore, sviluppa e valida metodiche diagnostiche e di subtipizzazione, organizza proficiency testing in ambito nazionale ed internazionale. **RISULTATI:** Per quanto riguarda la listeriosi nel 2013, alcune regioni, prevalentemente quelle del centro-nord, hanno inviato all'Istituto Superiore di Sanità, 85 ceppi di *Listeria monocytogenes* relativi a casi di listeriosi, dei quali 5 associati alla gravidanza. Nel 2012, i casi di listeriosi erano stati 70, segnalati sempre e solo dalle regioni del centro-nord, con 5 casi associati alla gravidanza. I dati epidemiologici del 2013 hanno confermato, come per il 2012, il 100% di ospedalizzazioni e un tasso di mortalità, intorno al 10%, il più elevato rispetto a tutte le malattie trasmesse da alimenti. I dati microbiologici confermano la prevalenza del sierotipo 1/2a che è anche il sierotipo più frequentemente isolato dagli alimenti. Per quanto riguarda il botulismo, dal 1984 al 2013 sono stati confermati in laboratorio 258 focolai che hanno coinvolto 391 pazienti ospedalizzati. L'alimento coinvolto è stato identificato in laboratorio nel 39,9 % dei focolai, risultando nel 43,7 % vegetali in olio, nel 26,2% vegetali in acqua/salamoia, nel 7,8 % tonno e nel 6,8% prosciutto crudo. Gli alimenti di produzione industriale sono responsabili dell'8,5 % dei focolai di botulismo notificati. Dall'analisi dei dati epidemiologici raccolti dal Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo è possibile effettuare alcune considerazioni peculiari della situazione italiana:

- La prevalenza dei casi di botulismo alimentare è tra le più alte dell'UE.
- La maggior parte dei casi è concentrata nel sud, dove è più spiccata la produzione di conserve tradizionali;
- Si registrano frequenti casi fra gli studenti che dal sud si trasferiscono per motivi di studio al nord, dove consumano le conserve preparate dalla mamma. Questo fenomeno coinvolge maggiormente la popolazione maschile.
- Da alcuni anni si registrano casi fra gli extracomunitari specialmente provenienti dai Paesi dell'est. Tali casi, concentrati soprattutto nei periodi successivi alle festività, coinvolgono principalmente la popolazione maschile che consuma conserve tipiche del proprio paese di origine prodotte in loco e trasportate in Italia. Molti di questi casi, soprattutto i più lievi, non vengono tuttavia notificati anche a causa della posizione di clandestinità di alcune fasce di immigrati.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- Una cospicua parte delle allerte per botulismo segnalate dal Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) è riconducibile a conserve prodotte/distribuite in Italia. **CONCLUSIONI:** Tutte le malattie trasmesse dagli alimenti presentano un elevato grado di sottostima legato alle principalmente alle difficoltà diagnostiche, soprattutto nelle forme lievi, che talvolta si auto-risolvono senza ospedalizzazione. Il livello di sottostima si riduce in quei paesi in cui sono stati implementati programmi di sorveglianza ad hoc e/o centri di riferimento dedicati e nei paesi in cui i sistemi sanitari prevedono un'elevata attività di formazione e aggiornamento della classe medica. La formulazione precoce del sospetto diagnostico facilita la conferma di laboratorio, l'aggregazione dei casi apparentemente sporadici in focolai e la diffusione della malattia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 241

**IL CARICO DI MALATTIA DA HERPES ZOSTER IN TOSCANA: RISULTATI DI UNO STUDIO
RETROSPETTIVO DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA IN REGIONE TOSCANA NEL
PERIODO 2002-2012**

E. Tiscione¹, M. Levi¹, I. Bellini¹, L. Capecchi¹, L. Pieri¹, A. Bechini¹, S. Boccalini¹, S. Callaioli¹
P. Bonanni¹

¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

INTRODUZIONE: Herpes Zoster (HZ) è una patologia causata dalla riattivazione del virus Varicella-Zoster (VZV) che non rientra tra le malattie sottoposte a notifica obbligatoria. La malattia si manifesta anni o decenni dopo un'infezione primaria da varicella, quando VZV, rimasto latente a livello dei gangli della radice dorsale, si riattiva in caso di riduzione della riduzione immunitaria cellulare, in particolare VZV-specifica. Ciò si realizza in particolare con l'immunosenescenza (il 90% dei casi riguarda soggetti immunocompetenti appartenenti alle fasce di età più avanzate della vita) o a fattori in grado di determinare un'immunocompromissione (es. HIV, cancro, alcuni farmaci). Le manifestazioni cliniche sono limitate a un'area circoscritta del corpo: la regione più colpita è quella toracica. Tuttavia, il grado di compromissione dello stato di benessere del paziente è generale, soprattutto in caso di cronicizzazione. Tra le complicanze, che colpiscono il 20% circa dei soggetti con HZ, particolarmente temibile è la nevralgia post-erpetica (PHN), una condizione dolorosa cronica per cui non esiste un trattamento farmacologico soddisfacente. Nei soggetti più anziani le manifestazioni sono più gravi ed è maggiore la probabilità di comparsa di PHN.

Un vaccino contro l'HZ con dimostrata efficacia e accettabile profilo di sicurezza è disponibile dal 2006, e l'European Medicines Agency ne raccomanda l'utilizzo per i soggetti a partire dai 50 anni. In previsione della possibile introduzione dell'offerta vaccinale in Toscana nei soggetti delle fasce di età più avanzate della popolazione, allo scopo di valutare il carico di malattia derivante dall'Herpes Zoster (HZ) e del possibile impatto di misure di prevenzione di prossima disponibilità, è stata effettuata l'analisi retrospettiva delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per mezzo del codice ICD9-CM053. **MATERIALI E METODI:** E' stata effettuata un'analisi retrospettiva riferita al periodo 2002-2012 delle SDO della Regione Toscana in cui compariva il codice ICD9-CM053 nei campi di diagnosi primaria o secondaria. **RISULTATI:** Nel periodo 2002-2012 in Toscana sono state registrate 4.475 ospedalizzazioni per patologie legate ad Herpes Zoster: 4.078 ricoveri in regime ordinario e 427 ammissioni in day-hospital (DH), con una media annuale di 368 ricoveri ordinari e 39 in DH. Il tasso di ospedalizzazione (ricoveri ordinari+DH) varia da 17 a 8 per 100.000 abitanti (rispettivamente nel 2002 e nel 2011). Si è osservata una graduale diminuzione delle ospedalizzazioni complessive fino al 2011 (da 597 nel 2002 a 293 nel 2011). Nel 2012 i ricoveri sono nuovamente aumentati. Con riferimento alle ammissioni annuali in DH, si nota invece un trend in diminuzione dal 2002 (60 accessi in DH, pari a quasi il 10% del totale) fino al 2009 (anno in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

cui è stato toccato il valore minimo di 13 accessi in DH, 4% del totale) ed una successiva risalita dei valori fino al 2012 (39 accessi; 12%). Il 68% delle ospedalizzazioni ha riguardato persone ≥ 65 anni. Il 50% circa dei casi ospedalizzati è rappresentato da HZ senza menzione di complicanze. Le complicazioni neurologiche sono state le più frequenti, il 24,2% di tutti i casi ospedalizzati, seguite dalle complicazioni oculari ($n=737$; 16,5%); il rimanente 10% (472 casi) include otite esterna da HZ e i codici relativi a "HZ con altre complicazioni specificate" e "con complicazioni non specificate". La durata media della degenza, di 9,5 giorni, aumenta all'aumentare dell'età, passando da una media di circa 6 giorni nelle classi di età più giovani ai circa 10,5 giorni nei soggetti ≥ 75 anni. Il costo legato ai ricoveri per HZ e sue complicanze è stato complessivamente di 13.876.978,82 €, di cui 880.593,86 € per i ricoveri in DH, e 12.996.384,96 € per quelli ordinari, con un costo medio annuo di 1.261.543,53€ e di 3.101€ per ogni caso ospedalizzato. I costi sono complessivamente diminuiti, con uno spostamento verso i ricoveri in DH, i cui costi sono in aumento e sono stati elevati in particolare per i soggetti più anziani: il costo medio per ricovero nei soggetti ≥ 75 anni nel 2002 era di 3208€, è salito a 4.443€ nel 2012. CONCLUSIONI: Il trend in diminuzione dei ricoveri ordinari, l'aumento negli ultimi anni, dal 2009, dei ricoveri in DH, e l'aumento dei costi dei casi nelle fasce di età più avanzate rispecchiano una maggiore appropriatezza organizzativa, per cui i pazienti ospedalizzati sono quelli con le manifestazioni più severe. Lo studio conferma l'impatto epidemiologico dell'HZ e delle sue complicanze soprattutto a carico delle classi di età più avanzate, le più gravate in termini di numero di casi, di durata media della degenza e dei costi sostenuti, evidenziando i benefici che l'introduzione di un programma di immunizzazione rivolto a queste stesse fasce di età potrebbe avere sui tassi di morbosità determinati dalla malattia in Regione Toscana.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 126

APPLICAZIONE DI UN SISTEMA DI NOTIFICA ELETTRONICA PER LA SORVEGLIANZA DELLE PATOLOGIE ASSOCIATE A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (CDAD).

E. Lucaccini 1; F. Guarneri 1; M. Macchiarulo 1; S. Memmini 1; B. Bruni 1; F. Aquino 1; F. Casalini 1; F. Uccelli 1; S. Barnini 2; A. Porretta 1; G. Privitera 1.

1. Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa.

2. Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

INTRODUZIONE: Gli studi di prevalenza condotti in Europa nel 2012 individuano in Clostridium difficile uno dei più rilevanti microrganismi responsabili di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). Lo studio regionale di prevalenza del 2012 ha confermato che anche in Toscana e nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria pisana (AOUP) le CDAD hanno una frequenza rilevante. Al fine di applicare tempestive misure di controllo è stata realizzata una procedura aziendale (marzo 2013) che prevede tra le altre misure l'attivazione di un sistema di notifica elettronica a partire dal laboratorio di microbiologia. Scopo dello studio è stato quello di definire l'incidenza globale di CDAD nell'AOUP, l'incidenza per ciascuna UU.OO. e valutare il rapporto tra il numero di casi notificati alla Direzione Medica e il numero di positivi all'esame di laboratorio. **MATERIALI E METODI:** A partire dalle segnalazioni elettroniche del rilevamento delle tossine A e B provenienti dal laboratorio di Microbiologia e dalle notifiche cartacee provenienti dai reparti di ricovero dell'anno 2013, è stato costituito un database da cui sono stati elaborati i dati relativi ai reparti, all'andamento temporale e al tasso di notifica. **RISULTATI:** A fronte di un'incidenza globale di 4,94 casi di CDAD per 10.000 giornate di degenza è stata rilevata un'ampia variabilità tra i diversi ambiti assistenziali (0-42,3). Le UU.OO. in cui l'incidenza è stata significativamente superiore alla media dell'ospedale sono state: la Gastroenterologia, la Medicina d'Urgenza, altre UU.OO. Mediche, le Malattie Infettive e l'Oncoematologia Pediatrica. La proporzione di casi notificati alla Direzione Medica dai reparti sul numero di pazienti con positività di laboratorio è stata di 33/123 (26%). **CONCLUSIONI:** L'incidenza rilevata in AOUP è superiore alla media italiana, pari a 3,6 per 10.000 giornate di degenza (min 0,4 – max 5,8), ma ricompresa nell'ambito dei dati riportati dai singoli studi e comparabile ai tassi europei (4,1 per 10.000 gg di degenza) e statunitensi (5,5 per 10.000 gg di degenza). La valutazione del solo dato medio aziendale però non permette di identificare situazioni endemo-epidemiche di specifiche unità operative per le quali vanno calcolati tassi specifici. L'attivazione di un sistema di reporting a partire dal laboratorio delle indagini diagnostiche positive per CDAD può essere una fonte importante di dati per la sorveglianza, la tempestiva applicazione delle misure di controllo e la verifica di efficacia degli interventi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 257

DUE CASI DI SINDROME EMOLITICO UREMICA: INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE SVOLTE PRESSO IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELL'ASUR (AZIENDA SANITARIA UNICA DELLA REGIONE MARCHE) DELL'AREA VASTA N. 5 – SAN BENEDETTO DEL TRONTO

S. Impullitti 1; L. Persiani 1; A. Santone; F. Picciotti; G. Carnessale; I. Pellegrini 2

1. Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Area Vasta n. 5 – San Benedetto del Tronto;

2. Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università Politecnica delle Marche, Ancona.

INTRODUZIONE: La sindrome emolitico-uremica (SEU) è una malattia rara che rappresenta, tuttavia, la causa più importante di insufficienza renale acuta nell'età pediatrica. È caratterizzata da anemia emolitica Coombs negativa, piastrinopenia da consumo e insufficienza renale acuta di grado variabile, sino alla necessità di trattamento dialitico. Nella fase acuta, la SEU può essere fatale nel 3-5% dei casi.

Come noto il 70-80% dei casi di SEU fa seguito all'infezione intestinale da *Escherichia coli* produttore di vero-citotossina (VTEC), il periodo di incubazione varia da 1 a 8 giorni, la malattia esordisce con diarrea, spesso caratterizzata da presenza di sangue nelle feci, vomito e dolore addominale. Negli ultimi anni il sierogruppo responsabile del maggior numero di cluster è stato VTEC O26, seguito da VTEC O157.

Dal 2005 è attivo il sistema di sorveglianza del Registro Italiano della SEU, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Società Italiana di Nefrologia Pediatrica (SINP) che ha iniziato a raccogliere dati fin dal 1988; in Italia fino al 2010 sono stati registrati complessivamente 710 casi di SEU. Il tasso annuale medio di incidenza della SEU nel nostro Paese è di 0,35 nuovi casi di SEU ogni 100.000 abitanti in età pediatrica (in media 50/ anno); nella regione Marche, negli anni recenti, il numero dei casi è stato limitato (2 casi nel 2010 e due casi nel 2012). **MATERIALI E METODI:** Nel periodo marzo-aprile 2014 sono stati ricoverati per SEU due piccole pazienti rispettivamente di 2 anni e 2 anni e mezzo, residenti nella Provincia di Ascoli Piceno. Al fine di risalire alla fonte di infezione e di intraprendere celermente le necessarie misure di Sanità Pubblica per il controllo dell'infezione si è tempestivamente provveduto a raccogliere tutte le informazioni inerenti i casi tramite il questionario di indagine epidemiologica predisposto per la SEU (dati relativi al paziente; sintomatologia; regime alimentare; alimenti consumati 10 giorni prima l'insorgenza della malattia: carni, formaggi e latticini, verdure crude e frutta; soggiorni precedenti; caratteristiche abitative; dati relativi all'approvvigionamento dell'acqua al domicilio; abitudini di vita; contatti con animali; vita di relazione; sintomatologia e alimentazione nei familiari).

I campioni biologici dei pazienti (feci e siero), dei genitori e di alcuni conviventi (feci) sono stati analizzati dall'ISS, mentre le altre matrici (alimentari e ambientali) dall'Istituto ZooProfilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche sezione di Perugia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La presenza di E. coli VTEC è stata ricercata: nei campioni di alimenti riportati nel questionario d'indagine epidemiologica (yogurt, yogurt e biscotto, ricottine, stracchino, insalate pronte imbustate, verdure e ortaggi freschi, hamburger provenienti dal banco macelleria e carne macinata confezionata presso la grande distribuzione); nei campioni ambientali (feci di cavallo, di capra, di pecora, terriccio del parco giochi); in campioni di acqua minerale, di acqua di pozzo (utilizzata per l'irrigazione di spazi esterni alle abitazioni) e di acqua potabile utilizzata presso il domicilio. **RISULTATI:** Entrambi i casi hanno presentato una sintomatologia classica ad esordio intestinale con diarrea, vomito e dolore addominale: il primo caso, caratterizzato da importante componente emolitica, è stato ricoverato presso il reparto di Oncoematologia dell'Azienda Ospedaliera Salesi di Ancona, mentre il secondo caso presso il reparto di Nefrologia dell'Ospedale Pediatrico "Bambin Gesù" di Roma.

Le indagini diagnostiche condotte sui campioni fecali del 1° caso hanno permesso di isolare un ceppo VTEC sierogruppo O26, portatore dei geni di virulenza *vtx2* ed *eae*, confermando l'etiologia infettiva della SEU.

Nel 2° caso vi è stata evidenza di infezione da VTEC a seguito della rilevazione di tossina libera nelle feci (test di citotossicità su cellule vero), ma non è stato isolato il ceppo VTEC infettante, né si è evidenziata una siero-conversione verso gli antigeni sierogruppo-specifici di VTEC. I campioni fecali prelevati dai genitori e conviventi di entrambi i casi, sono risultati negativi per infezione da VTEC. Inoltre, le analisi condotte sulle matrici alimentari e ambientali hanno dato esito negativo per la ricerca di VTEC. **CONCLUSIONI:** Sebbene le risultanze analitiche sui campioni biologici non consentano una correlazione certa tra i due casi, l'appartenenza alla stessa area geografica in un arco temporale ristretto ha fatto fortemente sospettare un collegamento tra essi. Come avviene persino nei focolai di proporzioni maggiori, i risultati delle indagini non hanno finora indicato con chiarezza l'esistenza di una fonte comune.

Tra tutti gli interventi di Sanità Pubblica adottati, l'indagine epidemiologica si conferma lo strumento imprescindibile per il controllo delle infezioni VTEC in quanto finalizzata alla identificazione e correlazione dei casi, alla definizione dell'estensione del focolaio, alla ricerca della potenziale origine.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 052

LA SEGNALEAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA NELLA REGIONE VENETO

M. Saia 1, G. Callegaro 2, C. Bianchin 3, S. Tardivo 4

1 Regione Veneto - Area Sanità e Sociale, 2 Regione Veneto - ULSS 13, 3 Regione Veneto - ULSS 1, 4 Università degli Studi di Verona

INTRODUZIONE: Con il Decreto Ministeriale del 11 dicembre 2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità” è stato istituito il cosiddetto flusso SIMES, finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella (EVS) ed alla denuncia dei sinistri, e tale decreto ha previsto come Regioni e Province Autonome dovessero mettere a disposizione le informazioni relative agli eventi sentinella verificatesi dal 1 Gennaio 2009 ed alle denunce dei sinistri presentate a far data dal 1 luglio 2009, adempimento ricompreso tra quelli cui le regioni devono ottemperare per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005 e successive integrazioni e modifiche.

Allo scopo di dimensionare il ricorso alla segnalazione degli EVS è stata condotta nella regione Veneto, dimensionando il fenomeno nel primo quinquennio di applicazione e indagando la tipologia di eventi segnalati e le relative cause/fattori di rischio. **MATERIALI E METODI:** Dall'analisi del flusso SIMES relativamente al quinquennio 2009-2013, sono stati considerati tutti gli EVS comprensivi della scheda B e validati a livello regionale segnalati dalle strutture sanitarie operanti nella Regione Veneto, sia pubbliche che private accreditate, presso la quale operano n. 21 Az. ULSS, n. 2 Az. Ospedaliere, n. 1 IRCCS oncologico; n. 28 strutture private accreditate. **RISULTATI:** Sono stati segnalati complessivamente 363 EVS, mediamente 72,6/anno, con il dato relativo al primo anno dell'analisi presumibilmente sottodimensionato (n. 35) in considerazione dell'imputazione a posteriori.

Per quanto concerne le segnalazioni, ognuna delle 16 tipologie di EVS proposte è stata segnalata e alle segnalazioni hanno contribuito tutte le 24 strutture pubbliche e 23 delle 28 private accreditate, con un range di segnalazioni piuttosto ampio (1-83) e non rapportabile alla tipologia e ai volumi di prestazioni erogate.

L'evento “morte o grave danno per caduta di paziente”, con 137 segnalazioni pari al 38%, rappresenta l'EVS più frequentemente segnalato, seguito da “ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente” con 50 (14%), e dal “suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale” con 34 (9%).

Da riportare come la letalità degli EVS segnalati si sia attestata al 21%, con un picco del 43% riferito al primo anno, e come l'esito più frequentemente riportato sia stato, come atteso in virtù della tipologia di EVS segnalati, il “trauma maggiore conseguente a caduta di paziente” nel 27% dei



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

casi, con la tipologia di EVS relativo alla caduta dei pazienti che nel 71% dei casi ha esitato in un trauma maggior e nel 11% nel decesso.

Per quanto concerne le aree di accadimento, la maggior parte degli EVS segnalati erano appannaggio dell'area medica (43%), seguita dalla chirurgica (20%) e dalla materno infantile (10%), e, dall'analisi per luogo di accadimento, emerge come quasi la metà degli EVS si sia verificata presso le unità di degenza (48%), con la sala operatoria a rappresentare il secondo luogo in termini di frequenza assoluta (16%) e il principale luogo di accadimento per le unità operative dell'area chirurgica (55%).

Di rilievo come dall'analisi delle cause e fattori contribuenti, riportati nelle segnalazioni, l'accadimento degli EVS, oltre a carenze formative e comunicative (33%), fosse principalmente riconducibile a inadeguatezza, violazioni o assenza di linee guida, istruzioni operative o protocolli interni (51%).

Contenuto infine l'impatto delle segnalazioni relative a errori nella terapia farmacologica (5%) e di rilievo invece come le segnalazioni siano pervenute anche da strutture extraospedaliere (4%).

CONCLUSIONI: Quanto emerso, oltre a confermare la problematicità della sottonotifica delle segnalazioni, testimoniata dall'elevatissima letalità degli EVS segnalati, pari al 21%, a rappresentazione di un contesto comunque gravato dall'effetto paradosso secondo il quale le istituzioni con un numero maggiore di segnalazioni rappresentano le realtà più attente e sensibili alle politiche della sicurezza e qualità delle cure, conferma la tipologia degli EVS riportati nella letteratura maggiormente accreditata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 312

METODO DI RILEVAZIONE MENSILE DELLE MALATTIE INFETTIVE NELL'ASL DI VARESE

M. Nieri¹, F. Sambo¹, L. Caselli¹, P. Bulgheroni¹, S. Taborelli²

1. Dipartimento di Prevenzione Medico ASL Varese, Varese 2. Direzione Sanitaria ASL Varese, Varese

INTRODUZIONE: Con la DGR n. VII/18853 del 30/09/2004 e i successivi atti integrativi in materia di sorveglianza e controllo delle malattie infettive la Regione Lombardia ha revisionato e riordinato gli interventi di prevenzione. La Regione ha inoltre predisposto un nuovo sistema di registrazione delle malattie infettive con il passaggio dal sistema informativo "Simil" al sistema informativo "Mainf" che l'ASL di Varese utilizza dal 01/04/2006. Mainf è un programma centralizzato che gira su web, le informazioni sono depositate in un'unica banca dati regionale, che utilizza Lombardia Informatica. Il sistema permette la gestione delle informazioni già a partire dalla segnalazione in modo dinamico, permette aggiornamenti progressivi e centralizzazione e circolarità delle informazioni.

OBIETTIVO: Assolvere al mandato di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e favorire il ritorno delle informazioni agli operatori coinvolti, attraverso la predisposizione di due tabelle, a cadenza mensile, utilizzando le potenzialità del sistema informativo. **MATERIALI E METODI:** Dopo aver consultato siti autorevoli internazionali sulle modalità di monitoraggio delle malattie infettive e aver appreso le potenzialità del nuovo sistema informativo regionale, l'ASL di Varese ha sviluppato un metodo che, dopo aver estratto i dati che sono aggiornati in tempo reale, permette di predisporre in poche ore due tabelle, aggiornate ogni mese, che danno una visione completa sull'andamento delle malattie infettive. La prima tabella contiene dati relativamente: al mese appena trascorso suddiviso per i dodici Distretti socio sanitari, al mese precedente a quello appena trascorso, al mese appena trascorso dell'anno precedente, al totale da gennaio al mese appena trascorso dell'anno precedente, al totale da gennaio al mese appena trascorso. La seconda tabella fornisce informazioni sulle malattie del mese precedente divise per sesso e fascia d'età. Poiché l'ASL di Varese è costituita da dodici Distretti socio sanitari, le tabelle sono facilmente trasformabili in tabelle annuali divise per mese. **RISULTATI:** Le tabelle così predisposte permettono una visione immediata di aumenti del numero assoluto di casi per una malattia, rispetto ai mesi trascorsi e all'anno precedente. Tali dati poi naturalmente richiedono ulteriori verifiche e approfondimenti. Forniscono informazioni utili ai Medici segnalatori che le ricevono e che si sentono più coinvolti nel sistema di segnalazione delle malattie infettive. **CONCLUSIONI:** L'esperienza maturata con questo sistema di monitoraggio ha permesso, in alcuni casi di evidenziare prontamente variazioni sull'andamento delle malattie infettive. La regolare divulgazione delle tabelle, completata da report trimestrali di analisi approfondita su singole malattie, permette costante e completa sorveglianza e controllo delle malattie infettive sul territorio aziendale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 260

CASO CLINICO DI ENDOCARDITE INFETTIVA CAUSA EMBOLICA DI ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO

C. Paci 1, R. Gobbato 1, M. Ragno 1, A. Santone 2

1 U.O.C. Neurologia Presidio Ospedaliero "Madonna del Soccorso" – San Benedetto del Tronto (AP)

2 Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica Asur Marche AV 5 San Benedetto del Tronto

INTRODUZIONE: Caso clinico di un uomo di 34 anni, colpito da ictus ischemico cerebrale la cui sintomatologia è da ricondurre ad embolo settico da endocardite infettiva misconosciuta.

MATERIALI E METODI: Anamnesi negativa per malattie. Riferito rialzo termico circa 3 settimane prima l'accesso al PS (inferiore a 39° C) con sudorazione notturna, facile affaticabilità, malessere, perdita di peso ed artralgie. Al PS giunge per comparsa di emiparesi arti di sinistra insorta la notte precedente.

RISULTATI: Al PS parametri PA: 160-70 mmHg; TC 36°C, Saturazione Ossigeno 99%; esegue Emocromo (nella norma tranne per GB a 17,2, GR a 3,56 HGB a 9,1), TAC Cranio (nella norma) Figura 1; ECG (tachicardia sinusale con BAV I° grado e PQ 0,38 ms, ipertrofia ventricolare sinistra) Figura 2; Eco-color-doppler dei vasi epiaortici (assente componente diastolica su tutti i vasi esaminati) Figura 3; Angio-TC dei vasi del collo (negativa per stenosi e dissecazioni). Inizia trattamento con Ac. Acetilsalicilico e.v 300 mg. Il giorno successivo esegue consulenza cardiologica (polso ampio e scoccante con PA 130-40 mmHG, itto ampio, sollevante e spostato in basso e a sinistra, soffio protomesodiastolico ad alta tonalità, aspirativo, in decrescendo, click proto sistolico seguito da lieve soffio mesosistolico; ECOECG (valvola aortica bicuspidale, massa mobile sul lato arterioso della cuspidale posteriore dimensioni 1 cm, piccolo spazio ecoprivo a livello della porzione del setto, ampio jet da rigurgito aortico, aumento delle dimensioni diastoliche del ventricolo sinistro con normali indici di funzione sistolica (Figure 4a, 4b, 4c).

Alla luce della valutazione cardiologica il paziente esegue emocultura (positiva per streptococcus mitis group), virus neurotropi e anticorpi antiborrelia (negativi); peptide natriuretico a 625.

CONCLUSIONI: Diagnosi conclusiva: Endocardite Infettiva su valvola aortica bicuspidale con insufficienza importante e cronica (misconosciuta), complicata da embolia cerebrale e ascesso sottovalvolare aortico (settale). Il paziente è stato trasferito alla UOC di Malattie Infettive e, dopo alcune settimane di ricovero e trattamento farmacologico con antibiotici, è stato dimesso con risoluzione del quadro clinico neurologico ed infettivo. Il nostro caso, seppure descritto raramente in letteratura, permette di riflettere sull'individuazione di tutte le possibili cause di ictus cerebrali che fanno esordio in persone di giovane età.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 207

FOCOLAIO DI SCABBIA IN RSA : GESTIONE E MONITORAGGIO

Speccher 1; G.Brambilla 1; P. Senegaglia 1; L. Pesci 1, A. Colaiani 1, M.Montanelli 1
 1 ASL MI 2, Melegnano (MI)

INTRODUZIONE: La scabbia è un ectoparassitosi causata dall'acaro *Sarcoptes scabiei hominis*, un parassita obbligato dell'essere umano.

Tra i fattori che favoriscono la sua diffusione vanno segnalati: lo scarso livello igienico, la promiscuità e la permanenza presso strutture socio-assistenziali. La scabbia può causare epidemie negli ospedali e nelle strutture a lunga degenza, poiché si trasmette attraverso i contatti interpersonali e il numero elevato di individui immunodepressi e di soggetti in età avanzata facilita la sua diffusione. Il contagio viene favorito dal lungo periodo di incubazione, durante il quale le persone possono essere contagiose e inoltre dal fatto che spesso si hanno ritardi nella diagnosi perché può essere facilmente scambiata per altre patologie cutanee.

In questo lavoro vengono analizzati 3 picchi epidemici verificatisi in una RSA insistente sul territorio dell'ASL Mi2 a partire da 1 caso indice con il coinvolgimento di numerosi operatori sanitari e pazienti. **MATERIALI E METODI:** Nel corso del 2013 sono giunte al nostro Servizio n°54 notifiche di casi di scabbia tutte riferibili a infezione contratta presso un'unica struttura residenziale per anziani distribuiti in 3 picchi epidemici:

Maggio n. 26 casi di cui 18 operatori e 8 ospiti

Agosto n. 13 casi tutti tra gli ospiti (di cui 4 recidivi)

Ottobre n. 15 casi di cui 9 operatori (di cui 5 recidivi), 3 ospiti e 3 contatti esterni (parenti)

1. Il primo episodio era caratterizzato da univocità di reparto di degenza sia per gli operatori che per i pazienti prevalentemente allettati e non autosufficienti. Il caso indice veniva individuato in una paziente proveniente da altra struttura Ospedaliera peraltro dichiarata indenne da scabbia all'ingresso e successivamente diagnosticata come caso. La diagnosi veniva fatta su criteri clinici e, per alcuni casi, confermata da indagine microscopica diretta. La Direzione Sanitaria della Struttura dichiarava di mettere in atto le Linee Guida e i Protocolli da loro validati che ci venivano dati in visione. Personale ASL ha effettuato sopralluogo in sede per verificare l'adozione dei provvedimenti dichiarati sia nei confronti dei pazienti che dei lavoratori. Sono stati intervistati sia pazienti che operatori senza evidenziare macroscopiche incongruenze.

2. Ricevute le segnalazioni del 2° episodio sono stati richiesti approfondimenti alla Direzione Sanitaria in merito alla sorveglianza sanitaria attuata. In particolare venivano approfonditi gli aspetti operativi delle azioni di sanificazione e di gestione del materiale sporco-pulito.

La struttura aveva provveduto a dare ampia informazione ai dipendenti e anche ai parenti dei ricoverati in merito ai corretti comportamenti da adottare anche nei confronti degli effetti



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

letterecci. Tutti gli effetti dei pazienti venivano mandati in lavanderia centrale senza possibilità di riporto al domicilio.

Ancora una volta si raccomandava la puntuale adozione delle raccomandazioni descritte in procedura aziendale.

3. Nei mesi di ottobre/novembre giungono le segnalazioni del 3° episodio, cui si aggiunge un forte coinvolgimento dei media a fronte di segnalazioni dei parenti.

Si procede ad ulteriore sopralluogo, congiuntamente ai colleghi del Dipartimento ASSI, rivedendo i percorsi e ricostruendo le dinamiche operative.

Intervistati gli addetti alle operazioni di pulizia paiono scarsamente consapevoli delle modalità di sanificazione degli effetti letterecci, discordandosi da quanto descritto in procedura.

In particolare il trattamento dei materassi appariva scarsamente efficace per l'eliminazione dell'acaro e lo stoccaggio degli stessi non dava garanzie sufficienti al contenimento dell'epidemia.

RISULTATI: Complessivamente sono stati infettati 44 soggetti, di cui 20 dipendenti, 21 ospiti su 29 (72%) del piano e 3 contatti (3 parenti di soggetti ospitati nell'RSA). L'età dei soggetti va da 30 ai 100 anni. Le fasce d'età più colpite sono quelle comprese tra i 30 e i 49 anni (16 casi) e quella tra gli 80 e i 99 anni (17 casi): alla prima fascia il maggior contributo è dato dal personale mentre alla seconda fascia appartengono esclusivamente ospiti dell'RSA. Sono inoltre state segnalate 9 recidive, di cui più del 50% in carico agli operatori segno di scarsa compliance terapeutica, ancorché sia stata richiesta certificazione di guarigione prima del rientro lavorativo, ovvero di reinfezione.

Ciò ha di fatto comportato l'avvio di onerose procedure terapeutiche e di allontanamento dal lavoro degli operatori malati con i conseguenti costi, oltre che una riduzione della Qualità di vita dei degenti.

La intempestiva diagnosi del caso indice ha di fatto consentito la diffusione della malattia e la scarsa aderenza ai protocolli dichiarati ne ha probabilmente facilitato la recrudescenza.

CONCLUSIONI: Una tempestiva individuazione di un caso di infezione da scabbia, vuoi in concomitanza di nuovi ingressi in istituti residenziali ovvero ai primi esordi della sintomatologia, accanto ad una adeguata formazione del personale sanitario rispetto ai comportamenti idonei coerenti ai protocolli aziendali, soprattutto nell'igiene della persona, la disponibilità dei giusti DPI di fatto sono fattori determinanti a ridurre il rischio di nuovi casi.

Nell'eventualità di sintomatologia che faccia supporre l'infezione da scabbia la tempestività di una diagnosi accertata, l'individuazione un team per la gestione del/i casi con le necessarie competenze epidemiologiche utili a contenere l'estensione dei casi e ad individuare prontamente i fattori di rischio, costituiscono i capisaldi per il contenimento dell'evento.

Non ultimo una verifica della compliance al trattamento, un intervento di educazione sanitaria di rinforzo e di sensibilizzazione su personale e parenti insieme ad interventi di sanificazione ambientale coerente alla resistenza dell'acaro rappresentano le azioni necessarie a ridurre l'impatto e chiudere la catena del contagio nel più breve tempo possibile.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 531

EPATITE E NELLA EX ZT7 DI ANCONA: EFFETTO "CIAUSCOLO?". REVISIONE DEI CASI DAL 2000 AL PRIMO QUADRIMESTRE 2014.

S. Giuliani 1; L. Pennacchietti 1; S. Vallorani 1; S. Cimica 2; L. Farroni 2; P. Marcolini 2

1.Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona

2.Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Area Vasta 2, Ancona

INTRODUZIONE: In Italia, la sorveglianza delle epatiti acute virali, si basa, oltre che sulla notifica obbligatoria in classe II registrata nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), anche sul Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute (SEIEVA). La regione Marche conta 239 comuni con un numero complessivo di abitanti pari a 1.545.155, mentre all' ex Zona Territoriale 7 di Ancona (ZT7) afferiscono quindici comuni, con un numero di residenti pari a 253.246 (dati al 1° gennaio 2013). Lo studio ha come obiettivo primario quello di analizzare l'incidenza dei casi di epatite virale acuta E nella popolazione residente nell'ex ZT7 di Ancona nell'arco temporale 2000 - aprile 2014 valutando se tale andamento rispecchi o meno il dato regionale. L'obiettivo secondario è la caratterizzazione delle variabili socio-demografiche ed epidemiologiche associate alle epatiti stesse. **MATERIALI E METODI:** I database SEIEVA ed NSIS relativi alle notifiche di Epatite virale acuta E registrati nella Regione Marche, nel periodo di tempo analizzato, sono stati forniti dalla PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro, ARS Marche. Il tasso di incidenza dei casi di epatite virale E è stato calcolato come numero di nuovi casi annui di epatite virale acuta E sul numero di residenti annui per 100.000 abitanti. I dati sono stati analizzati utilizzando i software STATA® versione 9.0 e WIN-PEPI® versione 11.39. Il livello di significatività è stato fissato a 0,05. **RISULTATI:** Dal 2000 al 2010 non si sono registrati casi di epatite acuta virale E nella Marche, mentre a partire dal 2011 fino al primo quadrimestre del 2014 si sono verificati 16 casi. Il tasso medio complessivo regionale è pari a 1,05 casi/100.000 abitanti (IC 95% 0,6-1,7), con un trend di incremento positivo del 7,2%, statisticamente significativo ($p \leq 0,01$). Il 62,5% ($n=10$) dei casi si sono verificati nella ex ZT7 di Ancona, il cui tasso medio complessivo è pari a 4,0 casi su 100.000 abitanti, IC 95% (2,0-7,0), trend di incremento positivo del 19,5% ($p \leq 0,05$). La differenza tra i due tassi medi calcolati è risultata statisticamente significativa ($p \leq 0,01$). Dall'analisi descrittiva condotta sui 10 casi di epatite acuta virale E insorti nell'ex ZT7, è emerso che il 60% dei soggetti è di sesso maschile e che l'età media all'insorgenza dei segni e sintomi è di 60 anni. Il 90% ($n=9$) dei casi è di nazionalità italiana. Per quanto concerne i fattori di rischio, l'80% dei soggetti ha consumato alimenti a base di carne di maiale (salame tipo "ciauscolo", salsicce, costarelle e bistecche) interamente o parzialmente crudi, nei 64 giorni precedenti la comparsa dei segni e sintomi; in nessun caso si è avuto un contatto diretto con secreti, escreti o organi di animali, principalmente maiali e 1 su 10 ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente. Un solo soggetto ha consumato frutti di mare crudi. Dall'inchiesta è emerso inoltre che nel 30% ($n=3$) dei casi



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

l'alimento consumato era stato acquistato presso la stessa catena di supermercati, un 30% (n=3) dei casi aveva acquistato l'alimento presso lo stesso rivenditore di carne locale, un 20% (n=2) dei casi presso altri supermercati. Nel restante 20% (n=2) dei casi non è stato possibile risalire al luogo dell'acquisto. CONCLUSIONI: L'analisi effettuata mostra come l'incidenza di Epatite E nelle Marche sia incrementata a partire dall'anno 2011 (in linea con quanto verificatosi a livello nazionale) con una concentrazione dei casi (62,5%) nella ex ZT7. Il consumo di prodotti a base di carne di maiale, cruda o poco cotta, rappresenta il fattore di rischio principalmente associato ai casi di epatite virale acuta E. La tradizione culinaria marchigiana annovera infatti, tra i suoi prodotti più tipici, salumi a base di carne di maiale quali il "ciauscolo" e le "salsicce" consumati principalmente crudi. Tramite l'inchiesta epidemiologica è stato possibile identificare i rivenditori delle carni consumate dall' 80% dei pazienti. E' emerso che tre dei dieci pazienti avevano acquistato dallo stesso rivenditore locale e altri tre da una medesima catena di supermercati, tuttavia dai sopralluoghi effettuati nei punti vendita e dalle analisi sui prodotti campionati non è stata riscontrata una contaminazione da HEV o altri microrganismi. La maggiore attenzione nel porre il sospetto diagnostico potrebbe aver positivamente influito nell'incremento dei casi di epatite E. Tuttavia l'abitudine a consumare gli insaccati crudi o poco cotti è comune a tutta la Regione pertanto l'apparente concentrazione di casi nel territorio della ex ZT7 di Ancona dovrà essere oggetto di ulteriori approfondimenti per tentare di individuare la/e cause del fenomeno e mettere in atto azioni correttive.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 143

INCIDENZA DELLE INFLUENZA LIKE-ILLNESSES TRA I MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA ITALIANI: RISULTATI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO

V, Restivo 1, C.Costantino 1, E.Amodio 1, E Azzolini 2, C Baldini 3, M Bergomi 4, AD Biafiore 5, M Bianco 6, L Borsari 4, P Cacciari 7, C Cadeddu 8, P Camia 9, E Carluccio 4, A Conti 10, C De Waure 8, V Di Gregori 7, L Fabiani 11, R Fallico 12, B Filisetti 13, ME Flacco 14, E Franco 15, R Furnari 12, V Galis 6, MR Gallea 12, MF Gallone 16, S Gallone 16, U Gelatti 13, F Gilardi 15, AR Giuliani 11, OC Grillo 10, N Lanati 17, S Mascaretti 13, A Mattei 11, R Micò 5, L Morciano 15, N Nante 2, G Napoli 1, C Nobile 5, R Palladino 18, S Parisi 1, M Passaro 18, G Pelissero 17, M Quarto 16, W Ricciardi 8, G Romano 3, E Rustico 7, A Saponari 14, FS Schioppa 14, C Signorelli 9, R Siliquini 6, V Trabacchi 9, M Triassi 18, A Varetta 17, A Ziglio 3, A Zoccali 10, G Calamusa 1, A Firenze 1, F Vitale 1

1.Dipartimento di scienze per la promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro"- Università degli Studi di Palermo, Palermo; 2.Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo – Università degli Studi di Siena, Siena; 3. Dipartimento Sanità Pubblica e di Medicina di Comunità - Università degli Studi di Verona, Verona; 4.Dipartimento di Scienze di Sanità pubblica - Università di Modena e Reggio Emilia, Modena e Reggio Emilia; 5.Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro, Catanzaro; 6.Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia – Università degli Studi di Torino, Torino; 7.Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Bologna, Bologna; 8.Dipartimento di Salute Pubblica- Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Roma; 9.Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Parma, Parma; 10.Dipartimento di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica "R. De Blasi"- Università degli Studi di Messina, Messina; 11.Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica – Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila; 12.Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica "G.F. Ingrassia" - Università degli Studi di Catania, Catania; 13.Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Brescia, Brescia; 14.

Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento - Università degli Studi "G. D'Annunzio" di Chieti Pescara, Chieti e Pescara;

15.Dipartimento di Sanità Pubblica e Biologia Cellulare – Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma; 16.Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia umana - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari; 17.Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Università degli Studi di Pavia, Pavia; 18.Dipartimento di Sanità Pubblica – Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli.

INTRODUZIONE: Ogni anno, si stima che il 20% degli operatori sanitari (OS) contragga una Influenza Like Illnesses (ILIs), continuando a lavorare nonostante il rischio di contagiare i propri pazienti.

I medici in formazione specialistica (MFS) sono considerati una categoria di OS ad elevato rischio e con una alta priorità per la vaccinazione antinfluenzale stagionale, non solo perché rappresentano spesso il primo contatto per pazienti e soggetti con comorbidità, ma anche perché sono i medici specialisti del futuro.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La vaccinazione antinfluenzale è universalmente riconosciuta quale intervento fondamentale nel limitare la trasmissione del virus, anche da parte degli OS, specialmente ai soggetti anziani e con comorbidità. Il vaccino ha dimostrato un'efficacia compresa tra il 70% ed il 90% nei soggetti <65 anni in buona salute nel ridurre sia la trasmissione del virus che l'assenteismo lavorativo. Inoltre, è stato dimostrato che la vaccinazione antinfluenzale è in grado di proteggere contro le ILIs anche nella stagione successiva a quella in cui si effettua la vaccinazione.

Il presente studio è il primo ad indagare su scala nazionale l'incidenza di ILIs tra i MFS nella stagione 2011/2012, valutando eventuali correlati di protezione determinati dalla vaccinazione antinfluenzale effettuata nelle stagioni 2009/2010 e/o 2010/2011. MATERIALI E METODI: Tra Aprile e Giugno 2012 è stata condotta una survey tra i MFS iscritti in 18 Università Italiane (Bari, Bologna, Brescia, Catania, Catanzaro, Chieti, L'Aquila, Messina, Modena, Napoli Federico II, Palermo, Pavia, Parma, Roma Cattolica, Roma Tor Vergata, Siena, Torino, Verona). Ciascun partecipante è stato contattato tramite una e-mail in cui erano illustrate le motivazioni dello studio e veniva chiesto di rispondere ad un breve questionario online, anonimo ed autosomministrato. Nel questionario la ILI è stata identificata con la definizione fornita dal Center for Disease Control and Prevention. Il questionario è stato precedentemente elaborato in collaborazione con il gruppo di lavoro e successivamente testato in uno studio pilota condotto dall'Ateneo che coordinava lo studio (Palermo). RISULTATI: 2,506 MFS su un totale di 10,396 hanno aderito allo studio (response rate 24.1%). L'adesione alla vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2011/2012 è stata pari all'11,9%, in diminuzione rispetto al 2010/2011 (15,5%) ed al 2009/2010 (21,7%). In generale, le coperture vaccinali mostrano un calo sensibile e significativo nel corso degli anni (chi-square for trend=20,95; p<0,001).

Suddividendo il campione per macroarea geografica si osserva che la percentuale di ILIs tra i MFS del Nord Italia è del 42,0%, inferiore a quanto osservato al Centro (52,8%) e al Sud Italia (49,9%) Il 49,2% dei MFS dell'area medica ha avuto almeno un episodio di ILI, contro il 45,1% dei MFS dell'area chirurgica ed il 46,8% dei MFS dell'area dei servizi. Il tasso medio di incidenza per mese di ILIs nella stagione 2011/2012 è risultato di 7,5% a Novembre 2011, 12,8% a Dicembre 2011, 15,1% a Gennaio 2012, 12,2% a Febbraio 2012 e 7,0% a Marzo 2012. Il 46,8% dei MFS non vaccinati nelle due stagioni prese in esame ha avuto almeno un episodio di ILI nella stagione 2011/2012. Di contro, il 49,1% dei MFS vaccinati soltanto nel 2009/2010 e il 47,8% dei MFS vaccinati sia nel 2009/2010 che nel 2010/2011, hanno dichiarato di aver avuto almeno un episodio di ILI. CONCLUSIONI: I MFS italiani, in linea con le altre categorie professionali di operatori sanitari, dimostrano una scarsa "compliance" con la vaccinazione antinfluenzale. I tassi di ILIs tra i MFS italiani sono superiori a quelli osservati, attraverso la sorveglianza della rete Influnet, nella popolazione generale.

Dai risultati emerge una maggiore probabilità di contrarre una ILIs tra i MFS del Centro-Sud Italia (p0,05). La curva di incidenza delle ILIs tra i MFS italiani ha mostrato una crescita repentina nel mese di Dicembre 2011, raggiungendo il picco nel mese di Gennaio 2012.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

La vaccinazione antinfluenzale effettuata in almeno una delle due stagioni precedenti non evidenzia livelli di protezione statisticamente significativi tra i MFS in studio contro l'insorgenza delle ILIs. Tuttavia, sarebbe necessario condurre ulteriori studi che approfondiscano il tema attraverso una valutazione sierologica della protezione immunitaria contro l'influenza superando il limite principale del presente studio che si basa su un dato riferito.

Considerata l'elevata incidenza di ILIs tra i MFS e l'elevato rischio di trasmettere l'influenza ai pazienti, specialmente se anziani ed ospedalizzati, appare opportuno promuovere sempre di più strategie efficaci ed incentivanti per implementare la vaccinazione antinfluenzale tra gli OS.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 779

SORVEGLIANZA DI UN CLUSTER DI MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB (MCJ)

V. Aprile¹, C. Marra¹, A. Fedele¹,

1. Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL LECCE

INTRODUZIONE: La sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ) e sindromi correlate ha avuto inizio in Italia nel gennaio 1993 nell'ambito di un progetto europeo teso ad identificare eventuali cambiamenti nell'incidenza e nelle manifestazioni cliniche o neuropatologiche della MCJ in Europa in seguito all'epidemia di encefalopatia spongiforme bovina (BSE) nel Regno Unito. L'obiettivo, secondo normativa di riferimento, è stimare incidenza e mortalità della malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate in Italia, identificare eventuali fattori di rischio ambientali o genetici che possano contribuire all'etiopatogenesi della malattia o modificarne il decorso, valutare i fattori di rischio legati ad interventi chirurgici, trasfusioni e possibile trasmissione animale-uomo. **MATERIALI E METODI:** Nel corso del 2013 in Provincia di Lecce sono stati notificati 7 casi sospetti di sindrome di Creutzfeldt-Jakob: 2 maschi e 5 femmine con una età media di 67 anni (range: 57–75 anni).

La professione è nota per 6 dei 7 casi: 4 casalinghe, 1 farmacista, 1 medico odontoiatra:

La diagnosi di sospetto è stata posta attraverso indagini clinico-strumentali (TAC e RMN cerebrale e positività della proteina 14-3-3 nel liquido cerebrospinale)

Di questi 6 sono deceduti, 1 risulta in vita.

Su 4 dei 6 casi deceduti, non disponendo all'atto del decesso di conferma di laboratorio, è stato effettuato il riscontro autoptico, in conformità alla normativa specifica, per il prelievo di materiale encefalico ai fini della diagnosi istopatologica di certezza su indagini immunoistochimiche e molecolari effettuate presso il Centro di riferimento:

- 2 casi (maschi) sono stati classificati come forma classica con positività agli esami immunoistochimici e molecolari della Proteina prionica patologica (PrP)
- 2 (femminile) invece sono stati classificati come forma genetica con individuazione della mutazione patogena V210I dell'open reading frame del gene PRNP e positività agli esami immunoistochimici e molecolari della Proteina prionica patologica (PrP).

I residui due casi (entrambi di sesso femminile) non sono stati sottoposti ad esame autoptico per riscontro diagnostico istopatologico, in quanto in un caso era disponibile l'esito dell'indagine genetica (positiva per mutazione patogena V210I dell'open reading frame del gene PRNP) mentre nell'altro risultava solo una positività agli esami clinico-strumentali ed alla proteina liquorale 14-3-3, permanendo la mancanza di certezza diagnostica. **RISULTATI:** Dal report nazionale dell'ISS risulta che a livello nazionale nel periodo 1993–2013, popolazione di riferimento a partire dalla classe di età maggiore o uguale 15 anni, sono stati notificati un numero totale di casi con sospetta MCJ pari a 3755 con una media nazionale di 179 casi/anno, incidenza pari a 7,6 per milione di abitanti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per lo stesso periodo è stato osservato un numero totale di decessi pari a 1864 con una media nazionale pari a 89 decessi/anno, mortalità pari a 1,8 per milione di abitanti/anno.

Nello stesso periodo in Puglia, popolazione di riferimento a partire dalla classe di età maggiore o uguale a 15 anni, sono stati osservati n. 117 casi con una media regionale di 5,6 casi/anno e incidenza pari a 1,7 casi per milione di abitanti, valore inferiore rispetto al dato nazionale. Si sono osservati, invece, 111 decessi con una media regionale pari a 5,5 decessi/anno, mortalità pari a 1,83 per milione di abitanti/anno.

Considerata la popolazione della provincia di Lecce, di età maggiore/uguale a 15 anni, pari a circa 705.551 abitanti, l'analisi delle informazioni permette di osservare come solo nell'anno 2013 nella sola Provincia di Lecce sono stati notificati n. 7 nuovi casi sospetti di MCJ con una incidenza pari a 9,9 casi per milione di abitanti. Nello stesso periodo di tali casi 6 sono deceduti con una mortalità pari a 8 per milione di abitanti (6 decessi su 7 nello stesso anno). **CONCLUSIONI:** Quanto descritto evidenzia nell'anno 2013 in Provincia di Lecce un cluster di MCJ con incidenza e mortalità notevolmente superiore sia alla media nazionale che regionale (Puglia ed altre Regioni). Tale osservazione impone di seguire attentamente il fenomeno e valutare l'adozione di ulteriori approfondimenti relativamente alla presenza di fattori di rischio aggiuntivi rispetto a quello della mutazione genetica.

Utile anche valutare l'opportunità di inserire nei protocolli di sorveglianza l'effettuazione nei parenti diretti dei casi (accertati e sospetti), di indagini biomolecolari tese ad escludere la presenza di fattori predisponenti di tipo genetico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 462

I RISULTATI DEL PROGETTO CCM “SORVEGLIANZA ZONOSI: ALLEANZA PREVENZIONE, OSPEDALE E TERRITORIO”

D. Cimini 1; G. Capezzone 2; G. Gori 3; D. Fiacchini 1

1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASUR Marche, Area Vasta 2 Fabriano

2 UO Epidemiologia ASUR Marche, Area Vasta 2 Fabriano

3 Università Politecnica delle Marche

INTRODUZIONE: Nel 2010, è stato approvato e finanziato dal CCM Ministero della Salute al Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell’ASUR Marche Area Vasta 2 Fabriano, il progetto Sorveglianza delle zoonosi: alleanza Prevenzione, Ospedale e Territorio. Il progetto, esteso a tutta la Regione Marche, attraverso l’implementazione di percorsi di collaborazione interdisciplinare, aveva come obiettivi la diffusione delle conoscenze su aspetti clinici, diagnostici ed epidemiologici delle zoonosi, il miglioramento delle attività d’indagine epidemiologica e l’implementazione di una rete laboratoristica interistituzionale per l’ampliamento della capacità diagnostica. **MATERIALI E**

METODI: Per la diffusione delle conoscenze, è stato ideato un pacchetto formativo su approfondimenti epidemiologici, clinici e diagnostici, che è stato proposto, con un meccanismo di formazione a cascata. Un gruppo di lavoro multidisciplinare (clinici, veterinari, laboratoristi) ha avuto l’incarico di elaborare un documento con la finalità di descrivere le principali zoonosi, riassumendone le caratteristiche cliniche, epidemiologiche e diagnostiche al fine di agevolare i Medici nel sospetto clinico e facilitare l’individuazione del laboratorio analisi di riferimento per l’invio dei campioni sospetti.

Per il miglioramento delle attività d’indagine epidemiologica gli operatori del Dipartimento di Prevenzione di Fabriano, hanno condiviso documenti ed esperienze professionali al fine di produrre procedure per la gestione degli episodi di malattie trasmesse da alimenti. Per l’ampliamento della capacità diagnostica un gruppo di lavoro regionale, costituito prevalentemente da laboratoristi, ha effettuato un censimento delle attività svolte dai laboratori ospedalieri regionali, ha analizzato le priorità in ambito della diagnostica con l’obiettivo di stilare un documento sulla gestione dei campioni biologici in caso di zoonosi sospette. Su richiesta di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono stati approfonditi gli aspetti preventivi sulle malattie trasmesse da zecche. Per garantire un costante aggiornamento sui risultati del progetto e per mettere a disposizione uno strumento di divulgazione è stato deciso di creare un blog “dedicato” attraverso l’utilizzo di Blogger, un servizio gratuito di Blogging messo a disposizione da Google e di inviare newsletter periodiche. E’ stata attivata una collaborazione con il GORES (Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie) al fine di gestire interventi in caso di emergenze da epidemie da vettori. **RISULTATI:** Nel periodo 2011-2013 sono stati organizzati eventi formativi nelle 5 Aree Vaste dell’ASUR che hanno visto la partecipazione di circa 500 operatori tra



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

MMG, PLS, Medici Internisti, operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e Laboratoristi. Sono stati organizzati, inoltre, 8 corsi monotematici su argomenti d'interesse specifico quali, ad esempio: zoonosi veicolate da alimenti, zoonosi e zootecnia, Leishmaniosi, parassitosi di origine alimentare. E' stato elaborato il documento Sinossi e diffuso inizialmente in formato cartaceo, poi convertito in un programma informatico e inserito nella rete intranet dell'ASUR.

Il documento Procedura di sorveglianza, controllo e gestione degli episodi di malattia trasmessa da alimenti è stato elaborato e, successivamente, condiviso con i Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR. Il documento è stato ulteriormente discusso in una conferenza di consenso regionale e diffuso per il recepimento attraverso Circolare del Servizio Salute Regionale.

Nel periodo 2012-2013 sono state stilate le Linee Guida per un'appropriata diagnostica microbiologica e sierologica delle principali zoonosi e malattie da vettori. Il documento è in fase di revisione.

Per la prevenzione delle malattie trasmesse da zecche, è stata concordata una collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità finalizzata a tradurre e adattare per l'Italia il materiale informativo del Toolkit on Tick-borne Disease dell'ECDC. Il materiale sarà principalmente diffuso attraverso il web (www.epicentro.iss.it).

A ottobre 2011 è stato attivato il blog <http://zoonosi.blogspot.it>, aggiornato con cadenza periodica.

Le newsletter informative sono state inviate con cadenza quindicinale a circa 1000 operatori sanitari e sono consultabili nel sito www.marcheinsalute.it.

E' stata elaborata una circolare Regionale per le emergenze da epidemie da vettori. **CONCLUSIONI:** In un campo complesso come quello delle zoonosi l'approccio interdisciplinare e il coinvolgimento del maggior numero di portatori d'interesse (IZSUM, Università, Ordini dei Medici e Veterinari, Protezione Civile, Istituto Superiore di Sanità, Associazione Microbiologi Regionale, GORES) possono garantire la sinergia necessaria per affrontare, nelle modalità più appropriate, la gestione degli aspetti epidemiologici, clinici e diagnostici delle zoonosi.

La prevenzione delle zoonosi è un campo d'intervento, dove i Servizi del Dipartimento di Prevenzione sono chiamati a un approccio unitario e sinergico.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 447

EPIDEMIA DI POLMONITE DA STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE IN UNA RESIDENZA PER ANZIANI IN VALLE D'AOSTA

R. Novati¹, L. Iannizzi¹, A. Catania¹, M. Verardo¹, C. Giacomazzi¹, R. Papalia¹, C. Galotto¹, P. Montanera¹, A. Traverso¹.

1 Azienda USL Valle d'Aosta

INTRODUZIONE: La malattia da *Streptococcus pneumoniae* si verifica di regola con casi sporadici, gli episodi epidemici sono tuttavia possibili, specie nelle comunità chiuse che ospitano persone defedate, come le residenze per anziani. **MATERIALI E METODI:** In questo lavoro descriviamo un'epidemia di polmonite pneumococcica in una micro comunità per anziani in regione Valle d'Aosta. **RISULTATI:** L'epidemia si è verificata in una struttura che può ospitare fino a 19 persone in regime residenziale e 2 in regime semi-residenziale. La struttura dispone di camere a due letti e di alcune a letto singolo, e di un'unica sala da pranzo. Nel periodo considerato erano presenti 12 femmine (età media 86 anni; range 70-98) e 8 maschi (età media 83 anni; range 77-95). Nessuno degli ospiti era stato vaccinato contro *S. pneumoniae*. La cronistoria dell'evento è in sintesi la seguente

Il caso indice si è verificato il 14 aprile: una paziente con sindrome simil-influenzale (rinite, faringodinia, tosse, febbre non elevata) curata in struttura con antibiotici, e risoluzione della sintomatologia.

Il 27 aprile è deceduto in struttura un paziente che aveva esordito con analoga sintomatologia, non curato con antibiotici.

Il 27 aprile notte secondo decesso nella notte (in Ospedale), di una paziente, ricoverata per dispnea acuta non febbrile e gravi comorbidità.

28-30 aprile: nove accessi in Pronto Soccorso di altrettanti ospiti della micro comunità, tutti con sintomi respiratori ed iperpiressia, esitati in 8 ricoveri e una dimissione in antibiotico terapia domiciliare; gli altri ospiti della micro comunità erano asintomatici durante il periodo epidemico, mentre due operatori e diversi parenti hanno presentato i sintomi di una sindrome influenzale, senza ulteriori complicazioni. Sette su otto pazienti ricoverati (3 M e 5 F) sono stati raggruppati in geriatria, l'ottava paziente, affetto da significativa insufficienza respiratoria ipossiémica veniva invece ricoverata in stanza singola presso il reparto di malattie infettive. L'età media era di 84.2 anni. Tutti i pazienti erano semi allettati con encefalopatie su base vascolare e/o degenerativa con importante deterioramento cognitivo. Sette su otto pazienti sono risultati positivi per la ricerca dell'Ag urinario di *S. pneumoniae* (la paziente negativa per l'Ag era l'unica ospitata in micro comunità in regime semi-residenziale); la degenza media è stata di 7.3 giorni. Sono state eseguite emocolture in tre casi, tutte negative. I pazienti sono stati curati con cefalosporina di 3° generazione parenterale (5 casi, in uno in associazione a macrolide), o levofloxacin parenterale



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

con successivo switch orale (3 pazienti). La terapia è stata efficace in tutti i casi, in assenza di ulteriori decessi, con sfebbramento e calo degli indici di flogosi .

Al fine di contenere la diffusione del focolaio epidemico si è provveduto a :

- 1- Verificare tramite un sopralluogo accurato della struttura le condizioni strutturali e igienico-sanitarie soprattutto relative alle modalità di areazione (presenza o meno di impianto di condizionamento-areazione forzata ecc.).
- 2- Limitare l'accesso al numero di addetti strettamente necessari e autorizzati.
- 3- Bloccare l'inserimento di nuovi ospiti.
- 4- Impartire la prescrizione di utilizzo, da parte di tutti gli operatori sia sanitari che assistenziali , dei Dispositivi di Protezione Individuali: camici, guanti monouso, mascherine di tipo biologico.
- 5- Sottolineare la necessità di mantenere costante e attento il lavaggio delle mani di tutti gli operatori e degli ospiti in particolare nei servizi igienici, nonché di consentire l'accesso alla struttura al solo personale autorizzato.
- 6- Sottolineare la necessità di eseguire pulizie di tutti gli ambienti di soggiorno e transito garantendo idonei ricambi d'aria ove possibile con areazione naturale almeno tre volte al giorno.
- 7- Impartire dalla SC Igiene e Sanità Pubblica analoghe indicazioni alla responsabile della Cooperativa che gestisce la struttura, con l'indicazione a mantenere l'allerta sulla situazione in particolare segnalando alla SC Igiene le eventuali assenze per malattia del personale.

CONCLUSIONI: L'impatto clinico del focolaio descritto è importante, con due decessi probabilmente associati e ospedalizzazione di quasi la metà degli ospiti della micro comunità interessata; sfortunatamente la mancanza di isolamento colturale non ci permette di descrivere la sensibilità agli antibiotici del ceppo responsabile.

S. pneumoniae colonizza frequentemente le vie aeree superiori e pertanto non è ritenuto un tipico germe trasmissibile; tuttavia è possibile che particolari condizioni di sovraffollamento e promiscuità in comunità chiuse consentano di superare la soglia critica necessaria alla diffusione epidemica del germe. L'episodio descritto sottolinea l'importanza di adottare e verificare i comportamenti igienici nelle strutture residenziali geriatriche e la necessità della vaccinazione anti pneumococcica nell'anziano, specie se istituzionalizzato



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 231

ARBOVIROSI IN PUGLIA: EVIDENZA DI CASI DI IMPORTAZIONE DI DENGUE E PRIMO CASO AUTOCTONO DI WEST NILE DISEASE

A. Sallustio 1; A.L. De Robertis 1; A. Morea 1; D. Loconsole 2; M. Quarto 1-2; M. Chironna 1

1 Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana-Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"-Bari

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"-Bari

INTRODUZIONE: Le arbovirosi, infezioni virali trasmesse da artropodi, costituiscono un importante e crescente problema di sanità pubblica emergente a livello mondiale come conseguenza della globalizzazione che rende più rapida e intensa la mobilità internazionale di persone e merci. In particolare, si registra un aumento significativo delle infezioni da Dengue virus (DENV), da West Nile virus (WNV) e da Chikungunya virus (CHIKV). Nel 2010 in Italia, in seguito al crescente numero di casi confermati di WNV, il Ministero della Salute ha introdotto un programma nazionale di sorveglianza di WNV che è stato esteso nel 2011 anche a DENV e CHIKV. Anche in Puglia a partire dal 2010 è stato avviato un programma regionale di sorveglianza al fine di garantire l'identificazione precoce di casi importati da viaggiatori di rientro da aree endemiche, di identificare eventuali casi autoctoni e cluster.

Si riportano i risultati della sorveglianza per le arbovirosi in Puglia negli anni 2010-2013.

MATERIALI E METODI: In tutti i casi di sospetta DENV, CHIKV e WNV è stata compilata la scheda di segnalazione di caso e sono stati raccolti campioni di sangue. I campioni sono stati analizzati presso l' U.O.C. Igiene, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari, Laboratorio Regionale di Riferimento e sottoposti a test sierologici e molecolari. I test sierologici sono stati effettuati con kit commerciali al fine di differenziare infezioni acute da infezioni pregresse. La presenza del genoma virale è stata accertata mediante real time PCR amplificando il gene E1 per CHIKV, la regione 3'-UTR per DENV ed il gene NS5 per WNV. La tipizzazione di DENV è stata effettuata mediante RT/nested PCR. **RISULTATI:** Durante il periodo 2010-2013, sono stati esaminati 30 casi sospetti (8 CHIKV, 14 DENV, 4 DENV/CHIKV e 4 WNV); il 57% erano maschi ed il 43% femmine. L'età media dei pazienti era 34 anni (range 18-81 anni). I sintomi più comuni erano febbre, rash, cefalea, astenia, artralgia, dolore retro-orbitale, mialgia. I test di laboratorio hanno confermato 2 casi di infezione da WNV e 10 casi di infezione da DENV. Durante il periodo di sorveglianza non sono stati diagnosticati casi di infezione da CHIKV. I 2 casi di infezione da WNV sono stati segnalati nel 2013 (Tab. I). Due pazienti (1 donna di 81 anni ed un maschio di 74 anni, entrambi italiani) erano positivi alla ricerca di WNV IgM ed IgG ma negativi per WNV RNA. Dei due casi, uno risultava autoctono (nessun viaggio fuori regione) ed uno importato (soggetto che aveva contratto l'infezione in Emilia Romagna).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Dei 18 sospetti casi di infezione da DENV, 10 sono stati confermati: 3 nel 2010, 2 nel 2011 e 5 nel 2013. Al momento della diagnosi, 4 pazienti erano positivi solo per DENV IgM, 4 erano positivi per IgM e IgG e 2 erano negativi per IgM e IgG. Per 3 pazienti IgM positivi e IgG negativi è stato possibile registrare la sierconversione durante il follow-up. 3 soggetti (2 casi negativi per IgM/IgG e 1 caso positivo per IgM/IgG) sono risultati viremici. La tipizzazione molecolare di questi tre casi ha evidenziato DENV sierotipo 1 in un caso e DENV sierotipo 4 in due casi. Tutti i casi di DENV sono risultati di importazione legati a viaggio e soggiorno in area endemica (Repubblica Dominicana, Polinesia, Filippine). CONCLUSIONI: In Puglia nel corso del periodo di sorveglianza sono stati identificati 2 casi di infezione da WNV e 10 da DENV. Tutti i casi positivi di DENV e WNV sono stati registrati tra giugno e novembre.

Un sistema attivo di sorveglianza ha consentito la rapida identificazione dei casi e, per WNV, la pronta attivazione dei controlli mediante NAT sui donatori di sangue e di organi come previsto dalle raccomandazioni ministeriali in vigore.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C18: PROBLEMI EMERGENTI IN SANITÀ PUBBLICA



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 666

ATTIVITA' DI TATUAGGIO E PIERCING: PREDISPOSIZIONE DI UNA CHECK-LIST

Raffo M.1, Brandimarte MA.1, Bordi L.1, Di Gregorio F.1, Orlandi P.1, Perini A.1, Braccini A.1, Ursino S.2, Di Rosa E.1

1 UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) ASL RME

2 UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) ASL RMF

INTRODUZIONE: INTRODUZIONE - OBIETTIVO

Negli ultimi anni di grave crisi per le imprese, secondo i dati delle Camere di Commercio alcune attività artigianali in realtà hanno registrato un incremento, tra queste, il cambiamento più significativo si è avuto per le attività di tatuaggio e piercing, aumentate tra il 2009 e il 2013 di circa il 443% (CGIA Mestre, 2014). I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) del territorio di Roma, in base ad un accordo tra Asl e Comune, rilasciano per le attività di tatuaggio e piercing un parere igienico-sanitario all'utente che viene da questi allegato alla SCIA, oltre ad effettuare vigilanza per il rispetto delle norme e dei requisiti nelle attività già esistenti.

Al fine di creare un valido strumento per l'attività di controllo, è stata predisposta una apposita check-list da utilizzare in sede di sopralluogo. MATERIALI E METODI: MATERIALI E METODI

In una prima fase è stato organizzato, in collaborazione con il Centro ONDICO dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), un corso di formazione rivolto al personale SISP finalizzato all'approfondimento della tematica ed al chiarimento di alcuni aspetti controversi della normativa.

In una fase successiva è stato creato un gruppo di lavoro (GdL) composto da personale medico e tecnico di prevenzione con l'obiettivo di elaborare una check-list da utilizzare in fase di sopralluogo. RISULTATI:

RISULTATI

Nell'occasione del corso di formazione con docenti dell'ISS è stato possibile approfondire e chiarire alcuni temi della problematica, grazie anche all'intervento di alcuni esperti del settore, selezionati dal Centro ONDICO.

Dal GdL SISP è stata predisposta una check-list composta da domande in prevalenza a risposta chiusa suddivise in 4 sezioni: (a) requisiti ambientali (requisiti edilizi, presenza di sala d'attesa, aree apposite per il tatuaggio, zona "sporco", etc); (b) requisiti delle apparecchiature e attrezzature (sterilizzatrice, stufa a secco, contenitori per taglienti, sacchi impermeabili, etc); (c) requisiti strumenti (presenza di materiali sterili monouso, pigmenti a norma, diluenti sterili, etc) (d) requisiti procedurali (procedure di lavoro, di decontaminazione spandimenti, smaltimento rifiuti, presenza memorandum, etc.) e professionali.

CONCLUSIONI: CONCLUSIONI

La creazione di un'apposita check-list permette di avere un valido strumento per effettuare una verifica puntuale dei requisiti previsti dalla normativa in tema di attività di tatuaggio.

Nelle prossime fasi è prevista la valutazione della validità di tale strumento testandone l'utilizzo nei territori di due ASL di Roma e provincia a confronto e la sua revisione alla luce delle criticità riscontrate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 290

UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI SICUREZZA STRADALE: CONFRONTO TRA DATI OSSERVATI E DATI AUTORIFERITI

F. Pieralli 1, C. Lorini 2, F. Santomauro 2, L. Pieri 1, A. Mersi 3, R. Cecconi 3, G. Garofalo 3, M.G. Santini 3, G. Bonaccorsi 4

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze;

2 Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze;

3 Dipartimento della Prevenzione dell'Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze;

4 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università degli Studi di Firenze, Firenze.

INTRODUZIONE: L'uso della cintura anteriore, della cintura posteriore e del casco ha una dimostrata efficacia nel ridurre la prevalenza delle lesioni gravi o mortali causate dagli incidenti stradali. Monitorarne l'utilizzo e promuovere interventi volti ad aumentarne l'uso, la cui efficacia possa essere valutata con gli stessi sistemi di sorveglianza, risulta quindi prioritario.

In Italia, a livello nazionale, i metodi di sorveglianza dei dispositivi di sicurezza sono i sistemi PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), basato su dati autoriferiti tramite interviste, e Ulisse dell'Istituto Superiore di Sanità, basato sull'osservazione diretta del fenomeno.

L'obiettivo del lavoro è confrontare i dati ottenuti tramite i due diversi metodi nell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) nel periodo 2008-2012, per stabilire il livello di concordanza tra i due sistemi di rilevazione. **MATERIALI E METODI:** PASSI è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta: in ogni ASL, un campione di residenti di età compresa fra 18 e 69 anni viene estratto mensilmente dalle anagrafi sanitarie e sottoposto a intervista telefonica da parte del personale ASL specificamente formato, utilizzando un questionario standardizzato. Per quanto riguarda l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza, a tutti coloro che riferiscono di usare auto o motoveicoli, viene chiesto con quale frequenza abbiano l'abitudine di indossare la cintura anteriore, quella posteriore o il casco. Tra il 2008 e il 2012 nella ASF sono state effettuate 2081 interviste.

Il sistema Ulisse è stato istituito per ottenere informazioni oggettive sull'uso dei dispositivi di sicurezza. Nella ASF, a partire dal 2005, operatori opportunamente formati del Dipartimento di Prevenzione hanno effettuato un monitoraggio mensile dell'utilizzo della cintura e del casco. Le indagini sono state condotte in più punti di rilevazione, ciascuno con caratteristiche di viabilità diverse (centro città, strade a grande scorrimento, periferia). Tra il 2008 e il 2012 sono stati osservati 59787 conducenti, 11870 passeggeri anteriori, 1129 passeggeri posteriori e 16816 motociclisti.

Per confrontare i dati di prevalenza ottenuti attraverso i due diversi metodi di rilevazione è stato calcolato l'over-reporting factor (ORF), ovvero il rapporto tra prevalenza ricavata dai dati riferiti e quella derivante dai dati osservati. Se tale valore è pari a 1 le prevalenze sono uguali; quanto più il valore si allontana da 1, tanto più le prevalenze sono differenti. È così possibile quantificare il bias



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di desiderabilità sociale, caratteristico dei dati autoriferiti, in quanto gli intervistati tendono a dichiarare abitudini non veritiere omettendo comportamenti che potrebbero essere ritenuti deprecabili. **RISULTATI:** Per quanto riguarda la prevalenza d'uso della cintura anteriore, i dati osservati mostrano un trend in diminuzione, sebbene non statisticamente significativo. La differenza tra dati riferiti e osservati tende ad aumentare nel tempo, parallelamente l'ORF si allontana dal valore 1. L'ORF varia da 1,12 a 1,32, la maggior concordanza tra i dati si ha nel 2008 con un ORF pari a 1,12. I dati relativi all'uso della cintura posteriore mostrano una grande variabilità per entrambi i metodi di rilevazione e l'ORF varia da 0,67 a 1,37. Nel 2011 e nel 2012 la prevalenza osservata è risultata maggiore di quella riferita ($ORF < 1$); la maggior concordanza fra i dati si è verificata nel 2008, con un ORF di 0,95. Il casco mostra percentuali di utilizzo molto elevate, vicine al 100%, con entrambi i metodi di rilevazione. L'ORF presenta oscillazioni molto piccole e varia da 0,98 a 1, dimostrando un'ottima concordanza tra dato riferito e osservato. Non è emersa una variazione temporale significativa né per i dati osservati né per quelli riferiti; anche la tendenza temporale dell'ORF non ha mostrato significative variazioni. In relazione alla tipologia di dispositivo, per entrambi i tipi di dati si riscontra una prevalenza d'uso della cintura significativamente inferiore rispetto a quella del casco; ciò vale soprattutto per la cintura posteriore. **CONCLUSIONI:** Dai risultati emerge che le due metodologie di rilevazione leggono il fenomeno in modo simile e che il bias di desiderabilità sociale (espresso in termini di ORF) non mostra variazioni significative nel tempo. La validità dei dati ottenuti mediante intervista rende tale metodica utilizzabile per monitorare la prevalenza dell'uso dei dispositivi di sicurezza e per valutarne il trend temporale; ciò è fondamentale ai fini della programmazione di interventi efficaci di Sanità Pubblica, volti ad aumentare i comportamenti responsabili degli utenti della strada. Si prospetta quindi, per il futuro, la possibilità di avvalersi del sistema PASSI per il monitoraggio di routine limitando le rilevazioni di Ulisse, più dispendiose, ad intervalli di tempo prestabiliti, sfruttando inoltre la possibilità che PASSI offre di analizzare i dati considerando anche le caratteristiche socio-demografiche del campione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 512

FATTORI PREDITTIVI DI FALLIMENTO DELL'INDUZIONE DI PARTO

L Batinelli¹, A Serafini², N Nante¹⁻²⁻³, F Petraglia³, F M Severi³, G Messina¹⁻²

¹ Laboratorio di Programmazione e Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

³ Azienda Ospedaliera Universitaria "Le Scotte", Siena

⁴ Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena.

INTRODUZIONE: L'induzione di parto è un argomento ampiamente dibattuto in letteratura, con risultati spesso discordanti, probabilmente dovuti all'eterogeneità delle popolazioni, delle variabili e degli outcomes studiati. L'obiettivo di questo lavoro è verificare le variabili predittive di parto vaginale in una popolazione specifica e omogenea di donne con gravidanze fisiologiche protratte oltre la 41° settimana indotte con Propess (PGE₂). **MATERIALI E METODI:** Abbiamo condotto uno studio trasversale retrospettivo con componente analitica. La nostra popolazione era composta da 145 donne ricoverate con la sola indicazione di "induzione di travaglio in gravidanza fisiologica post-termine" oltre la 41° settimana e trattate con dispositivo vaginale Propess. L'outcome studiato è stato il tipo di parto a fine induzione: parto vaginale (successo dell'induzione) o taglio cesareo (fallimento dell'induzione). Le variabili materne analizzate sono: età, peso, altezza, BMI, incremento percentuale del BMI dovuto alla gravidanza, parti precedenti, pregressi raschiamenti della cavità uterine, e il punteggio di Bishop all'inizio dell'induzione; mentre le variabili fetali sono: età gestazionale, AFI e peso alla nascita. Sono state condotte un'analisi descrittiva della popolazione, analisi monovariate e una regressione logistica multivariata. **RISULTATI:** L'80,7% della popolazione ha avuto un parto vaginale dopo l'induzione con prostaglandine. Nel modello finale sono state incluse 4 covariate significativamente legate all'outcome studiato: l'età materna maggiore di 35 anni (OR 4,20, p=0,006) e il peso fetale alla nascita maggiore di 3500 g (OR 3,63, p=0,013) sono risultati forti fattori di rischio per il fallimento dell'induzione; mentre la multiparità (OR 0,16, p=0,028) e un alto punteggio di Bishop (OR 0,62, p=0,034) sono risultati fattori protettivi nei confronti del fallimento dell'induzione di parto. **CONCLUSIONI:** I nostri risultati sono concordi con la letteratura riguardo la multiparità e il punteggio di Bishop, mentre non tutti gli studi precedenti hanno trovato risultati simili ai nostri riguardo l'età materna e il peso fetale. Ciò potrebbe essere spiegato dalla specificità della nostra popolazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 469

MORTALITÀ EVITABILE: REGIONI ITALIANE A CONFRONTO

G Spataro¹, V Biagiotti², E Ceriale¹, C Bedogni¹, F Morano¹, N Nante^{1,2}

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 Laboratorio di Organizzazione e Programmazione Sanitaria, Università di Siena

INTRODUZIONE: L'uso della mortalità evitabile come indicatore per la valutazione della qualità in Sanità venne inizialmente introdotto da Rutstein nel 1976. In riferimento a più recenti studi, il nostro obiettivo, è quello di valutare, in maniera pratica e specifica la qualità delle prestazioni sanitarie regionali usando la mortalità evitabile, come indicatore e suddividendo le prestazioni sanitarie, nei diversi ambiti di appartenenza per valutare in ogni regione, aree qualitativamente più forti o deboli. **MATERIALI E METODI:** Sono stati individuati alcuni settori che descrivono diverse aree di azione: "Promozione della Salute" ("Misure pubbliche non direttamente correlate all'ambito sanitario", "Educazione alla salute"), "Prevenzione Primaria", "Diagnosi Precoce e Terapia", "Assistenza Ospedaliera", "Assistenza Distrettuale". Attraverso la letteratura sono state esaminate 579 cause di morti evitabili, da attribuire a singole aree di competenza. I dati relativi alle morti evitabili tra 2006-2010 sono stati estratti e stratificati per età, sesso e regione dal Istituto Nazionale Italiano di Statistica. Infine sono stati calcolati giorni perduti pro capite e tassi di mortalità standardizzati. **RISULTATI:** L'area "Promozione della Salute" mostra risultati interessanti essendo il settore con il tasso di mortalità più alto e la più grande discrepanza nei due sessi, nettamente elevato nel sesso maschile.

In generale, importanti differenze tra i sessi possono essere visti in quasi ogni settore. Le donne appaiono più vulnerabili per malattie relative a mortalità evitabile in aree come "Diagnosi precoce e Terapia", mentre gli uomini sono molto più rappresentati nel settore dell'"Educazione alla salute". **CONCLUSIONI:** Migliori risultati possono essere trovati nelle regioni italiane centrali e settentrionali in materia di "Assistenza Distrettuale" e "Prevenzione Primaria". Trascurabili differenze si osservano in termini di "diagnosi precoce e terapia" e "Assistenza Ospedaliera".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 763

CLUSTER SPAZIO-TEMPORALI DI CASI DI TUBERCOLOSI IN QUATTRO MUNICIPI DI ROMA NEL PERIODO 2000-2012

Raffo M.1, Magnoni T.2, Di Rosa E.1, Pendenza A.1, Raspa G.3, D'Alessandro D.2

1 Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, ASL Roma E

2 Dipartimento di Ingegneria Civile, Edile ed Ambientale, Sapienza Università di Roma

3 Dipartimento di Ingegneria Chimica Materiali Ambiente, Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE: Obiettivo del presente lavoro è quello di individuare cluster spazio-temporali di casi confermati di tubercolosi (TBC) verificatisi in quattro Municipi di Roma nel territorio della ASL RME nel periodo 2000-2012, al fine di individuare aree a maggior rischio e programmare eventuali accertamenti aggiuntivi. **MATERIALI E METODI:** Tutti i casi di TBC notificati tra i residenti nel territorio della ASL Roma E nel periodo 2000 - 2012 sono stati codificati per sezione di censimento ($n = 31$) sulla base della residenza al tempo della diagnosi. E' stato utilizzato il software di analisi statistica "space-time scan" (SaTScan) per identificare cluster di sezioni di censimento con proporzioni elevate di casi. **RISULTATI:** Nel periodo 2000 - 2012 sono stati notificati 1004 casi di TBC. Il tasso di incidenza media era di 15.4 casi per 100,000 residenti (min-max=10.0-19.8), tasso significativamente più alto tra gli immigrati (71.1 casi per 100,000 versus 6.8 casi per RR=10.5) e nelle aree in prossimità del fiume Tevere ($RR \geq 1.8$). Dall'analisi spazio-tempo, è risultato che il cluster associato ad un rischio maggiore era situato in un'area residenziale (circa 2 kmq) vicino la Città del Vaticano (dicembre 2007-giugno 2008), territorio con alta densità di popolazione. Il cluster ($RR = 6.7$; $p = 0.006$) includeva 12 casi. **CONCLUSIONI:** Nel periodo 2000 - 2012 sono stati notificati 1004 casi di TBC. Il tasso di incidenza media era di 15.4 casi per 100,000 residenti (min-max=10.0-19.8), tasso significativamente più alto tra gli immigrati (71.1 casi per 100,000 versus 6.8 casi per RR=10.5) e nelle aree in prossimità del fiume Tevere ($RR \geq 1.8$). Dall'analisi spazio-tempo, è risultato che il cluster associato ad un rischio maggiore era situato in un'area residenziale (circa 2 kmq) vicino la Città del Vaticano (dicembre 2007-giugno 2008), territorio con alta densità di popolazione. Il cluster ($RR = 6.7$; $p = 0.006$) includeva 12 casi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 311

LA CRISI ECONOMICA IN REGIONE CAMPANIA E IL DECREMENTO DELLE NASCITE: UN'ANALISI DEI DATI CEDAP

M. Passaro M.1 , T.De Pascale1, V. De Martino1 , M. Triassi1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione Igiene e Medicina Preventiva A.O.U Federico II di Napoli

INTRODUZIONE: La Regione Campania è una delle regioni più giovani d'Italia, e per questo da sempre caratterizzata sia da una percentuale di donne in età fertile molto alta rispetto a quella di altre regioni italiane sia da un elevato numero di nascite. Tuttavia, nell'ultimo quinquennio si è registrata una riduzione del numero di nati in regione che nello specifico è passato da 60.635 a 54.839 . Il Rapporto sulla Natalità in Campania si è mostrato uno strumento di analisi utile a valutare il fenomeno e le molteplici dinamiche sociali ed economiche che ne sono alla base anche ai fini di programmazione regionale, come possibile indicazione dei bisogni assistenziali della popolazione più giovane, dell'accessibilità ai servizi e della adeguatezza delle strutture locali.

MATERIALI E METODI: Il Rapporto Annuale sulla Natalità in Regione Campania si basa sui dati epidemiologici raccolti dai Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) e sui dati Istat per la descrizione del contesto demografico.

In ciascun centro nascita, i dati CedAP vengono informatizzati utilizzando il programma EPIDATA; successivamente i file vengono inviati ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione (SEP) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) territorialmente competenti. In ogni SEP viene verificata la qualità dei dati: vengono eliminati i CedAP che risultano duplicati o inutilizzabili per la carenza di informazioni, si correggono eventuali incongruenze e si provvede con inchiesta telefonica al recupero dei dati omessi.

I file sono poi inviati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e quindi al Dipartimento di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene dell'Università Federico II di Napoli dove viene effettuato un ulteriore controllo di qualità. L'OER inoltra ogni 6 mesi i file definitivi al Ministero della Salute e all'Ufficio Statistico Regionale come previsto dalla normativa.

Per l'elaborazione dei dati viene utilizzato il programma EPI-INFO 3. Per il 2012 le analisi riguardano i dati epidemiologici presenti in 56.663 CedAP, di cui 54.045 relativi a nati da madri residenti in Campania, 1.995 da madri non residenti in Campania, 623 relativi ai casi in cui manca il dato della residenza o di madri residenti all'estero.

RISULTATI: Dal rapporto emerge che la percentuale di donne in età fertile, è scesa dal 42,3% dell'anno 2008 al 39,9% del 2012. Il tasso di fecondità totale (TFT) pari a 1,39 figli per donna, per la prima volta risulta di poco inferiore alla media nazionale italiana (1,42 figli per donna). Il tasso di natalità pari al 9,5‰, pur restando uno dei più alti in Italia, è in continua diminuzione raggiungendo quello della Lombardia (9,4 ‰) e per la prima volta è inferiore a quello di regioni come il Lazio (9,6‰). Inoltre, i dati 2012 mostrano uno spostamento dell'età media al parto verso età più avanzate: il 53% delle partorienti in



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Campania ha un'età compresa tra i 30-39 anni. Si innalza, sempre di più, l'età media al parto che si attesta intorno ai 31 anni, valore di poco inferiore alla media nazionale di 31,4 anni. Tra le Province Campane il tasso di natalità è più alto nelle province di Napoli (10,5‰) e Caserta (9,7‰), che presentano un'età media al parto di 30,5-30,8 anni. Al contrario, dove il tasso è più basso, nelle province di Salerno (8,9‰), di Avellino (7,8‰) e Benevento (7,4‰), si registra un'età materna al parto più alta, rispettivamente di 31,4 e 31,6 e 32 anni. CONCLUSIONI: L'arrivo di quote crescenti di immigrati, ha reso positivo un saldo migratorio totale tradizionalmente negativo in Campania. Ciò nonostante, nell'ultimo quinquennio, il numero di nati in regione è sceso da 60.635 a 54.839. Il fenomeno, va soprattutto inquadrato nell'attuale congiuntura economica sfavorevole che sta agendo nel verso di una procrastinazione delle nascite sia per le donne italiane che per le donne straniere, per problemi di sostenibilità economica ed organizzativa. I dati CedAP rispecchiano il pesante divario socio-economico esistente tra la Campania e le Regioni Settentrionali. Nella nostra Regione agiscono negativamente, sulle dinamiche riproduttive, condizioni socio economiche più sfavorevoli rappresentate da alti tassi di disoccupazione, basso livello medio di scolarizzazione dei genitori e contesto sociale di carenza del sistema welfare a sostegno della genitorialità. Il TFT delle cittadine straniere inoltre è più basso rispetto a quello di altre regioni, e ciò, è dovuto al fatto, che il Sud in generale e la Campania in particolare, non sono in grado di accogliere e dare stabilità a un elevato numero di migranti, con conseguente basso contributo da parte delle straniere al bilancio riproduttivo. Le dinamiche demografiche positive del Nord-Europa, in cui vige un solido sistema di welfare a sostegno della genitorialità e in cui c'è una forte attenzione alla promozione dell'istruzione e all'entrata nel mondo del lavoro delle donne, suggeriscono che esiste una forte relazione tra contesto socio-economico e tendenza alla riproduzione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 308

CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI NEGLI AGENTI DI POLIZIA PENITENZIARIA DELLA CASA DI RECLUSIONE E DELLA CASA CIRCONDARIALE - AULSS16 PADOVA

L.Gottardello¹, I.Simoncello¹, E.Cipolla¹, A.Basile², T.Coppola², E.Cannizzo¹, P.Ranzato¹, R.Zonta¹, D.Masiero¹, G.Iuliano¹

1UOC Igiene e Sanità Pubblica Azienda ULSS 16 Padova;

2Dipartimento di Medicina Molecolare - Università degli studi di Padova

INTRODUZIONE: Con Delibera della Giunta Regionale del Veneto n°241 del 22/02/2012 la Regione ha avviato il "Programma Regionale per il controllo della Tubercolosi in Carcere" dettando le linee guida per l'attuazione, che prevedono il controllo della TB negli Agenti di Polizia Penitenziaria, Detenuti, Volontari e altri Operatori del Carcere. **MATERIALI E METODI:** Dal 1 settembre 2013 al 31 dicembre 2013 il personale del SISP dell' ULSS16 ha effettuato, secondo un calendario prestabilito e concordato con il Direttore e il Medico Competente del carcere, lo screening della tubercolosi negli Agenti di Polizia Penitenziaria della Casa di Reclusione e della Casa Circondariale di Padova mediante i Test Mantoux e/o Quantiferon.

Tale intervento ha richiesto un notevole impegno da parte di tutto il personale del Servizio Epidemiologia e Profilassi delle Malattie Infettive rendendo necessaria una riorganizzazione interna dell'attività ordinaria.

RISULTATI: Nella Casa Circondariale sono stati eseguiti 87 Test Mantoux negli Agenti; di questi 6 sono risultati positivi (2 con successivo Test Quantiferon positivo e 4 con Test Quantiferon negativo). In 5 casi è stato eseguito solo il Test Quantiferon (2 Q +; 3 Q -).

Nella Casa di Reclusione sono stati eseguiti 223 Test Mantoux negli Agenti; di questi 22 sono risultati positivi (di cui 12 con successivo Test Quantiferon positivo e 10 con Test Quantiferon negativo). In 21 casi è stato eseguito solo il Test Quantiferon risultato sempre negativo.

Tenendo conto dell'elevata mobilità degli Agenti, si sono sottoposti in totale allo screening 336 su 476 (71 %).

Gli Agenti risultati positivi ai Test di screening sono stati sottoposti a visita specialistica pneumologica presso la sede del SISP con conseguente somministrazione di profilassi antibiotica nei casi previsti: 9 dei 12 Agenti della Casa di Reclusione positivi ai Test hanno effettuato la profilassi, 1 l'ha rifiutata, 1 non si è presentato ed 1 l'ha sospesa per effetti collaterali mentre

tutti i 4 Agenti della Casa Circondariale positivi ai test l'hanno effettuata. **CONCLUSIONI:** Dall'analisi effettuata in entrambe le carceri del territorio dell'ULSS16 si evince che hanno aderito allo screening della tubercolosi il 71% del Agenti di Polizia Penitenziaria; di questi il 10% sono risultati positivi e, di questi, l'80% ha effettuato la profilassi antibiotica.

Questo dimostra l'importanza dello screening della tubercolosi nei lavoratori a rischio come gli Agenti della Polizia Penitenziaria. Una criticità evidenziata è l'elevata mobilità del personale di Polizia penitenziaria e quindi la necessità di un continuo controllo nel tempo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 485

STUDIO COMPARATIVO SUL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI IN REPARTI A DIFFERENTE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

M. Mazzei¹, V. Bianchini¹, A. Mattei¹, A.M. Angelone¹, F. di Orio¹

¹ Università degli Studi, Dipartimento MeSVA, L'Aquila

INTRODUZIONE: Introduzione. Gli operatori sanitari, a causa degli intensi stimoli fisici ed emotivi ai quali vengono sottoposti per raggiungere elevati standard qualitativi e quantitativi, sono tra i gruppi professionali a maggior rischio di sviluppare il Burnout. Seppur tale fenomeno in ambito scientifico, negli ultimi decenni, ha avuto una sua risonanza, sono pochi gli studi che hanno esplorato il Burnout in team multidisciplinari con specialità e carico assistenziale differenti (1). Scopo dello studio è stato quello di indagare il fenomeno del Burnout tra gli operatori sanitari del PO regionale dell'Aquila operanti in reparti a differente carico assistenziale. **MATERIALI E METODI:** Metodi. Lo studio consiste in un'indagine epidemiologica di tipo osservazionale. In base al decreto ministeriale n.49 del 2012 che differenzia i reparti in base al carico assistenziale (Basso, Medio, Alto, Intensiva), i reparti a Basso e Media attività assistenziale sono stati accorpati così come quelli ad Alta ed Intensiva, costituendo 2 gruppi. Da ciascun gruppo sono stati estratti 2 reparti: per il gruppo ad Alta/Intensiva complessità assistenziale i reparti di Psichiatria e di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), mentre per il gruppo a Media/Bassa complessità assistenziale, quelli di Oncologia e Pediatria. Gli operatori sanitari di ogni reparto estratto, fornito il consenso, sono stati sottoposti ad una batteria costituita da una scheda contenente informazioni socio-demografiche, post traumatiche e sullo stile di vita lavorativo e sociale e dal Maslach Burnout Inventory (MBI) uno strumento psicometrico standardizzato che oltre ad un punteggio totale che indica il grado di burnout del soggetto, identifica anche delle sottodimensioni: Esaurimento Emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e Gratificazione Personale (GP). Generalmente, alti valori di EE (≥ 24) sono considerati indicatori di alto Burnout, così come valori ≥ 9 di DP, mentre valori ≤ 29 indicano una non soddisfacente gratificazione personale. Differenze tra i due gruppi sono state analizzate e valutate le associazioni tra le variabili considerate. Le variabili quantitative continue sono state espresse come media e deviazione standard e confrontate con il test di Mann-Whitney per campioni indipendenti, mentre le variabili categoriche sono state confrontate con il test del χ^2 . Il presente studio è stato approvato dal Comitato Etico della ASL 01 Avezzano, Sulmona, L'Aquila. **RISULTATI:** Risultati.

In Tabella 1 sono riportate le caratteristiche socio-demografiche degli operatori sanitari. Non sono state osservate differenze tra i due gruppi esaminati rispetto all'età, numero di figli, anni di lavoro in sanità, anni di lavoro nei reparti. Questi risultati indicano che le caratteristiche socio-demografiche non costituiscono variabili di confondimento per una corretta comparazione tra i due gruppi. In riferimento alle sottoscale MBI i risultati mostrano una differenza statisticamente



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

significativa tra i due gruppi solo sulla depersonalizzazione. Nessuna significatività è stata riscontrata nella comparazione dei due gruppi tra le EE ed il PA. **CONCLUSIONI:** Conclusioni. Nonostante le problematiche legate ad una diagnosi formale e ad un riconoscimento internazionalmente condiviso, ad oggi il Burnout è un fenomeno di notevole impatto individuale, sociale ed economico. Alla luce dei risultati ottenuti e considerando l'elevata prevalenza del fenomeno nell'ambito sanitario, si rende necessario implementare i programmi di prevenzione e di eventuale intervento di supporto che, al momento, sono relativamente pochi e non adeguatamente valutati nella loro efficacia (2).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 515

STUDIO EPIDEMIOLOGICO DEI CASI DI TUBERCOLOSI A PRATO

D. Biagiotti 1, I. Bellini 2, S. Pugi 1, L. Paliaga 3, C. Berti 3, V. Margheri 1, L. Ricci 4, A. Nastasi 5

1. *ASL 4 Prato*

2. *Università degli Studi di Firenze*

INTRODUZIONE: Il tasso di incidenza della malattia tubercolare nei residenti della provincia di Prato risulta tendenzialmente tripla rispetto alla media regionale toscana. Abbiamo descritto la storia naturale della malattia nel territorio pratese attraverso lo studio dei casi di tubercolosi nei residenti della provincia di Prato con l'obiettivo di raccogliere evidenze per azioni di miglioramento da portare avanti dal nostro servizio, il quale già da tempo pratica anche la vaccinazione BCG dei nuovi nati da genitori provenienti da zone a media e alta endemia tubercolare. **MATERIALI E METODI:** Abbiamo condotto uno studio epidemiologico osservazionale, descrittivo e retrospettivo limitatamente al periodo 2007-2013, attraverso la consultazione dell'archivio cartaceo delle notifiche dei casi conservato presso l'Unità Funzionale di Igiene e Sanità pubblica di Prato. Abbiamo incrociato tale archivio con quello presente sul programma informatico SIMI (Sistema Informativo delle Malattie Infettive).

Per il calcolo del tasso di incidenza sono stati considerati i casi nei residenti rapportati alla popolazione residente nella provincia di Prato a metà anno, suddivisa per maschi e femmine. Sono state escluse le persone non residenti che costituivano circa un 24% in più ogni anno.

Abbiamo poi distinto i casi per nazionalità e gli stranieri secondo l'anno di arrivo in Italia. E' stato quantificato il tempo che intercorre tra l'inizio dei sintomi e l'inizio della terapia specifica. La diagnosi certa arriva con i risultati di laboratorio, i quali impiegano in media un mese, massimo 2 mesi ed è legata all'isolamento del micobatterio tubercolare. La terapia viene iniziata con un quadro clinico e/o radiologico sospetto. Il periodo fra l'inizio dei sintomi e l'inizio della terapia è risultato disponibile per 319 casi su 398. In questa stima occorre considerare il peso dell'errore derivante sia dalla soggettività di quanto riferito dal paziente sia dalla data riportata non sempre in modo accurato. **RISULTATI:** Nell'intero periodo considerato sono stati rilevati 121 casi fra gli italiani e 277 fra gli stranieri. Tra gli stranieri le principali etnie rappresentate sono cinesi (118), pakistani (56) e romeni (33); 205 su 277 stranieri sono presenti in Italia da almeno 3 anni. 302 casi su 398 presentano alla diagnosi forme polmonari. Inoltre sono state effettuate 3867 intradermoreazioni di Mantoux nei contatti dei casi con 812 risultati positivi.

Il tasso di incidenza per i residenti nella provincia di Prato risulta più elevata negli anni in esame rispetto alla media della regione toscana (Grafico n°1). Il sesso maschile presenta valori circa doppi rispetto al femminile. Il Grafico n°2 mostra quanto sia diversa l'età di maggiore incidenza fra italiani e stranieri.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Tra gli italiani oltre il 50% sono pensionati, fra gli stranieri prevalgono operai, disoccupati e casalinghe. Considerando il periodo tra la data di inizio dei sintomi e l'inizio della terapia, la media è di 113 giorni, l'IC 95% di 113 ± 21 giorni, la mediana di 62 giorni, il range [1 giorno-8 anni]. Mentre per gli italiani la media è di 83,2 giorni, l'IC 95% di $83,2 \pm 13,8$ giorni, la mediana di 61 giorni e il range [4-373gg]; per gli stranieri la media è 138 giorni, l'IC95% $138 \pm 36,7$ giorni e la mediana di 62 giorni e il range [1gg-8anni]. Limitatamente all'etnia cinese, tale periodo ha una media di 127,1 giorni, l'IC95% $127,1 \pm 53,5$ giorni, la mediana di 76 giorni e il range [1 giorno- 8 anni]. CONCLUSIONI: I dati confermano il diverso impatto socio-sanitario della tubercolosi nella realtà pratese rispetto alla Toscana. E' notevole sia per gli italiani che per le altre etnie il periodo di attesa prima della diagnosi. Da questa prima iniziale elaborazione si evince come possano essere diverse le motivazioni:

- per il gruppo indigeno, avendo la maggior parte un'età superiore ai 64 anni è presumibile, ma da confermare, una ritardata diagnosi per misclassificazione nel corso del primo accesso sanitario;
- per gli stranieri probabilmente intervengono difficoltà di relazioni sociali, disorientamento nel capire a quali strutture sanitarie accedere e l'esistenza di reti parallele sanitarie non mediche di comune consultazione per alcune etnie.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 520

“DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE NEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DELL’AQUILA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE SU BASE DI POPOLAZIONE”.

S. Leonardi 1, E. Altobelli 1, A. Angelone 1, V. Cofini 1, C. Leuter 1, P. Vittorini 1, F. Aloisio 1, V. Bianchini 1, S. Ricci 1, P. Ricci 1, F. Zazzara 1, F. di Orio 1

1. Dipartimento di Medicina Clinica Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente (MeSVA) Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila

INTRODUZIONE: Negli ultimi decenni sono aumentate le disuguaglianze economiche e sociali in quasi tutte le popolazioni del mondo. Tali disparità vengono misurate non solo da un punto di vista economico, ma anche come livello di istruzione, occupazione, accesso e uso di servizi. Carenze in tali settori contribuiscono a determinare gradi differenti di deprivazione, misurabili nella popolazione attraverso indicatori di vario tipo. Questa tematica fa fatica ad entrare concretamente nel dibattito sui sistemi sanitari in molti Paesi europei e l'impegno per la loro riduzione non è ancora prioritario tra gli obiettivi della maggioranza dei governi. L'equità nella salute e dei suoi determinanti devono essere posti con maggior forza nelle agende politiche e di ricerca nei Paesi a basso, medio e alto reddito (1). Lo scopo del presente studio è la rilevazione di alcune delle disuguaglianze di salute nella popolazione residente della provincia L'Aquila, della regione Abruzzo. **MATERIALI E METODI:** Dalla popolazione oggetto di studio è stato estratto un campione (n=1509, errore pari al 2.5%) utilizzando un campionamento probabilistico stratificato con 6 classi di età decennali (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 anni). Per la rilevazione dei dati, è stato costruito un questionario suddiviso in alcune sezioni riguardanti variabili anamnestiche, sociodemografiche, qualità della visita, visite mediche, accertamenti diagnostici e consumo di farmaci. Per la validazione del questionario è stato organizzato uno studio pilota. Lo studio, al momento in fase pilota, consta di un campione di 50 soggetti di età compresa tra i 18 e i 79 anni, afferiti consecutivamente presso alcuni centri di Cure Primarie della provincia, L'Aquila. Tutti coloro che hanno fornito il consenso e la disponibilità ad entrare nello studio, hanno compilato un questionario autosomministrato costruito ad hoc contenente informazioni socio-demografiche, sulle modalità di accesso alle cure, sul consumo di farmaci da banco e non, e rispetto alla percezione del proprio stato di salute. **RISULTATI:** Lo studio, al momento in fase pilota, consta di un campione di 50 soggetti di età compresa tra i 18 e i 79 anni, afferiti consecutivamente presso alcuni centri di Cure Primarie della provincia dell'Aquila. Tutti coloro che hanno fornito il consenso e la disponibilità ad entrare nello studio hanno compilato un questionario autosomministrato. I risultati attesi dal nostro studio potranno far emergere aree con particolari necessità di intervento e quindi dare indicazioni utili ad orientare le politiche socio-sanitarie alla direzione strategica della AUSL del territorio oggetto di studio. **CONCLUSIONI:** Una migliore distribuzione delle risorse è una più appropriata politica di sanità pubblica, consentirà di



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

aumentare i benefici di salute nella popolazione oggetto di studio, riducendo non solo le disuguaglianze di salute, ma anche promuovendo lo sviluppo in termini socio-culturali. A tale proposito infatti, ci sono molte prove che documentano come il livello di equità nella salute di una comunità sia correlato con la sua capacità di produrre ricchezza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 756

EPIDEMIOLOGIA DELLA TBC NELLA ASL RM E PER L'IDENTIFICAZIONE DEI GRUPPI AD ALTO RISCHIO E LA VALUTAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTROLLO

Di Rosa E.1, Bisti A. 1, De Marchis A.1, Nappi M.1, Pendenza A.1, Viora C.2, Protano C.2, Vitali M.2

1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL Roma E

2 Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive Università di Roma "Sapienza"

INTRODUZIONE: In Italia tasso di incidenza della TBC è in costante e lenta discesa infatti tra il 1995 ed il 2011 l'incidenza della tubercolosi ha registrato un sostanziale decremento, passando da 8 casi/100.000 abitanti (dell'anno 1995) a 5,8 casi/100.000 abitanti (nell'anno 2011); ciò pone l'Italia al di sotto della soglia di 10 casi per 100.000 abitanti, limite che la classifica come paese a bassa prevalenza di tubercolosi. Tuttavia si evidenziano rilevanti disomogeneità nella distribuzione geografica della malattia, che appare maggiormente presente nelle grandi aree urbane: 73% dei casi totali notificati nel 2008 provengono da Lombardia, Lazio, Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte. Le province di Roma e di Milano notificano da sole il 25% del totale. Inoltre, negli ultimi 15 anni, il numero di casi di TBC nelle persone nate all'estero è più che raddoppiato e la frequenza percentuale sui casi totali è vicina al 50% e la popolazione immigrata ha ancora un rischio relativo di andare incontro a TBC che è 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione italiana.

L'ASLROMA E corrisponde al XIII, XIV, XV e parte del I del Municipio del Comune di Roma e si estende per 392,3 kmq, e conta circa 540.000 abitanti. In questo lavoro si espongono i risultati dell'elaborazione e dell'analisi delle informazioni contenute nelle notifiche di malattie infettive e nelle schede MISIPA, pervenute al Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL RME nel periodo 2009-2013 effettuata per individuare le caratteristiche della popolazione colpita da tubercolosi, l'andamento temporale dell'endemia tubercolare, identificare eventuali gruppi ad alto rischio e indirizzare più efficacemente interventi e di prevenzione e controllo. **MATERIALI E METODI:** Per l'analisi delle informazioni contenute nelle notifiche di malattie infettive e nelle schede MISIPA, pervenute al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL RME nel periodo 2009-2013 si è proceduto alla creazione di uno specifico database in cui sono stati riversati i dati presenti in archivio, sotto forma cartacea. Il database è stato creato utilizzando il programma Microsoft Excel® ed è stato strutturato per raccogliere le informazioni contenute nella scheda di notifica di malattia infettiva di classe terza e l'apposito modello MISIPA (D.M.15 Dicembre 1990) che viene compilato al termine dell'inchiesta ospedaliera.

Pertanto tale database è stato composto innanzitutto ordinando i casi secondo l'anno di notifica e di uno specifico codice di protocollo, corrispondente a ciascuna notifica giunta presso il SISF.

La prima parte del record contiene informazioni di natura anagrafica: generalità del paziente, luogo di nascita, stato civile, il titolo di studio, il domicilio e le eventuali comunità frequentate. La



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

seconda parte comprende notizie cliniche: data di inizio dei sintomi, data dell'eventuale ricovero e la struttura sanitaria, fattori di rischio presentati dal paziente, definizione dell'agente eziologico, criteri diagnostici adoperati e le eventuali risultanze di tali esami, data di inizio della specifica terapia antitubercolare.

I dati ricavati sono stati utilizzati al fine di preparare uno studio epidemiologico osservazionale descrittivo. In questo senso è stata condotta un'analisi statistica dei dati per rilevare alcune correlazioni fra la patologia ed altri fattori (ad esempio età, sesso), da comparare con quelli rilevati dalle varie agenzie di salute operanti a livello nazionale e sovranazionale. E' stato tenuto conto della numerosità del campione di popolazione analizzato risultato sufficientemente rappresentativo per le correlazioni prese in esame. La popolazione della ASL RM E conta (dato 2012) 555.633 abitanti di cui 474.884 (85%) italiani e 80.749 (15%) stranieri.

I dati rilevati sono stati confrontati con precedenti studi epidemiologici locali, nazionali e regionali di riferimento. Sono stati inseriti nel database 473 record corrispondenti alle notifiche di casi di tubercolosi pervenute al SISP dell'ASL RM E dal 1 gennaio 2009 al 31 dicembre 2013. Il numero delle notifiche, suddiviso per anno e per paese di origine, è riportato nella tabella. **RISULTATI:** Di 473 record inseriti, 202 (47%) si riferiscono a pazienti di nazionalità italiana e 271 (53%) sono relativi a immigrati; di questi 102 (42%) di nazionalità Rumena, 29 (10%) Filippini. Si segnala estrema eterogeneità del dato riguardante il paese di origine con pazienti originari di 49 diverse nazionalità. La fascia d'età più a rischio è quella da 25 a 44 anni con il 38% del totale, seguono le fasce di età tra i 45 e 64 anni con il 24% e > 65 anni con il 19%;

La sede anatomica più diffusa (oltre il 75% dei casi) è quella polmonare. L'esame diretto dell'espettorato è stato eseguito in 332 casi su 388 diagnosi di tubercolosi polmonari (85,6%), registrando positività nel 61,9% sul totale dei casi polmonari.

Dei 473 casi di tubercolosi notificati nel periodo 2009-2013, solamente su 262 casi (55%), è stato fatto un esame colturale sull'escreato o su altro materiale. La proporzione di casi positivi all'esame colturale è stata pari al 49,7%. Il test di Mantoux è stato fatto nell'89% dei casi con una risposta positiva pari al 81,4%. Un test IGRA è stato eseguito su 96 pazienti (26%) con risposta positiva nell'87% dei casi. LA PCR è stata eseguita su 123 pazienti con risposta positiva nell'80% dei casi. Un esame radiologico del torace è stato eseguito su 421 pazienti (80%) ed risultato di conferma alla diagnosi nel 90% dei casi complessivi e praticamente nella totalità dei casi con localizzazione polmonare. Riguardo il trattamento farmacologico si registrano 411 casi trattati (86,9% dei casi totali: esito positivo 102 (25%), esito negativo 5 (1%), esito non noto 304 (74%). Il ritardo diagnostico, inteso come il tempo in giorni intercorso tra la data di inizio sintomi e la data di inizio della terapia antitubercolare, ha un valore mediano pari a 42 giorni. La mediana del ritardo diagnostico è maggiore nei nati all'estero (48 giorni) rispetto ai nati in Italia (34 giorni).

Nel periodo 2009-2013 l'incidenza di tubercolosi nella ASL RM E ha mostrato un'incidenza media superiore a quella nazionale, con un tasso di notifica al di sopra della soglia di definizione di paese a bassa endemia tubercolare (10 casi per 100.000 abitanti) e una sempre più alta percentuale di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

tubercolosi notificate in cittadini nati all'estero. **CONCLUSIONI:** La distribuzione per sesso e per fasce di età è coerente con i dati della sorveglianza nazionale e regionale. Il dato più peculiare è l'aumento del numero di notifiche tra i cittadini stranieri. Nella ASL RM E coesistono due popolazioni: quella italiana con una incidenza bassa e quella immigrata con una incidenza molto più alta, al di sopra il valore soglia di 50 casi/100.000. Tuttavia, in entrambe le popolazioni, i tassi di incidenza mostrano tendenza alla diminuzione, mentre il tasso globale registra un aumento determinato dalla crescita relativa della presenza di popolazione immigrata. In linea con i dati nazionali ed internazionali è la percentuale predominante maggiore del 75% di forme polmonari di tubercolosi ed il Test di Mantoux come esame utilizzato più frequentemente ai fini diagnostici, unitamente all'esame radiografico del torace. Meno utilizzati, ai fini diagnostici test immunologici (IGRA) e l'esame PCR, anche se è rilevabile una tendenza all'aumento. Un programma di controllo efficace della tubercolosi deve porsi tra i principali obiettivi la diagnosi e il trattamento tempestivo della tubercolosi e alcuni autori suggeriscono come ritardo diagnostico accettabile un tempo inferiore ai 30 giorni dall'insorgenza dei sintomi all'inizio del trattamento antitubercolare, mentre, per i pazienti presi in considerazione nel presente studio, il tempo tra l'inizio dei sintomi di tubercolosi e l'avvio del trattamento antitubercolare ha una mediana di 42 giorni. Il ritardo diagnostico è superiore nei soggetti nati all'estero (48 giorni) rispetto ai casi nati in Italia (34,5 giorni). Questo dato è in linea con le esperienze di altre regioni. Il 25% delle diagnosi è posto a più di tre mesi dalla comparsa dei sintomi. Un elemento di criticità rilevante è stato l'incompletezza dei dati. Mentre, infatti, le informazioni anagrafiche quelle clinico –diagnostiche risultavano complete, fortemente carenti erano invece le informazioni relative al completamento del trattamento terapeutico, la data di arrivo in Italia, la professione e il livello di istruzione, precedenti diagnosi di TBC.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 511

VARIAZIONI DI PESO DURANTE 6 MESI DI ALLATTAMENTO E NEI SUCCESSIVI 18 MESI IN UN CAMPIONE DI DONNE HIV POSITIVE IN HAART IN MALAWI

S Mancinelli 1-5, L Palombi 1-5, E Caredda 5, M Giuliano 2, M Andreotti 2, P Scarcella 1, H Jere 3, JB Sagno 3, E Buonomo 1-5, G Liotta 1-5, MC Marazzi 4-5

1 Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università Tor Vergata, Roma

2 Istituto Superiore di Sanità, Roma

3 DREAM Program, Comunità di S. Egidio, Blantyre, Malawi

4 Università LUMSA, Roma

5 Accademia Romana di Sanità Pubblica, Roma

INTRODUZIONE: La letteratura scientifica non riporta dati esaustivi sul potenziale effetto negativo dell'allattamento sull'andamento del peso materno (e sul possibile aumentato rischio di morte). Questo studio analizza le variazioni di peso nei 24 mesi successivi al parto in una coorte di donne HIV infette, seguite nell'ambito del programma DREAM (promosso dalla Comunità di Sant'Egidio per la prevenzione e il trattamento dell'AIDS) mettendole in relazione con l'effetto dell'allattamento al seno, lo stato immunologico e la somministrazione di terapia HAART.

MATERIALI E METODI: Il campione comprende 269 donne arruolate nello studio SMAC (Safe Milk for African Children) condotto in Malawi fra il 2008 e il 2013 nell'ambito del programma DREAM. Tutte le donne ricevevano terapia HAART dalla 25a settimana di gravidanza alla fine dell'allattamento (raccomandato nel protocollo utilizzato fino a 6 mesi dal parto); in seguito, se i CD4+ erano $>350/\text{mm}^3$ la HAART veniva interrotta, mentre veniva continuata se indicata per le condizioni immunologiche e/o cliniche della donna. Tutte le donne ricevevano supplementazione nutrizionale con cibi locali. Il peso veniva rilevato mensilmente.

L'età media del campione era 27 anni; al baseline il livello medio di CD4+ era $375/\text{mm}^3$ e la carica virale media era $4,2 \log_{10}$ copie/ml. Le donne allattavano per un periodo medio di 174 giorni. Nei due sottogruppi creati in base allo stato immunitario, 127 donne avevano $>350 \text{ CD4+}/\text{mm}^3$ e 142 avevano $<350 \text{ CD4+}/\text{mm}^3$: nessuna differenza significativa era presente tra i due sottogruppi, ad eccezione dell'età media (26 vs. 28 anni). Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software SPSS v. 20.0. **RISULTATI:** Durante l'allattamento il peso medio dell'intero gruppo diminuiva fra il primo e il terzo mese di 0,3 kg e tra il primo e il sesto mese di 1,1 kg; la perdita era significativamente più alta nel sottogruppo di donne con CD4 baseline $>350/\text{mm}^3$ (0.7 kg e 1.7 kg, a 3 e 6 mesi rispettivamente) rispetto a quelle con CD4 baseline $<350/\text{mm}^3$ (0 kg e 0.6 kg, a 3 e 6 mesi rispettivamente). Tra il 6° e il 12° mese dal parto, quindi nei 6 mesi seguenti la fine del periodo raccomandato di allattamento, veniva rilevata una variazione del peso della madre che risultava significativamente più elevata ($p \text{ } 350/\text{mm}^3$ +2.28 kg) rispetto a quello delle donne con CD4+ baseline $350/\text{mm}^3$ e 0.9 kg in quelle con CD4 baseline $< 350/\text{mm}^3$ ($p = 0.299$).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Nella coorte in esame l'allattamento (dal mese 1 a mese 6) è risultato associato con una perdita di peso (complessivamente modesta) che era maggiore nelle donne con CD4+ >350/mm³ al baseline. In quelle con CD4+ baseline più bassi, si può ipotizzare che gli effetti positivi della HAART in termini di guadagno di peso erano più rilevanti degli effetti negativi legati all'allattamento. Nei 6 mesi successivi all'interruzione dell'allattamento (dal mese 6 al 12), mentre il trend del peso era rapidamente invertito nelle donne con alti CD4+, nelle donne con bassi CD4+ il recupero era più lento. Questa differenza può essere spiegata attraverso due ipotesi: 1. il prolungamento dell'allattamento oltre i 6 mesi nelle donne con CD4+ bassi che, dovendo continuare la terapia a motivo della loro situazione immunologica, hanno considerato sicuro l'allattamento perché coperte dalla HAART; 2. la persistenza per un periodo più lungo degli effetti dell'allattamento sullo stato nutrizionale, anche alcuni mesi dopo l'interruzione, in donne con uno stadio di malattia più avanzato.

Comunque, nel periodo successivo (a 12 e 24 mesi dal parto), è stato rilevato un incremento di peso in entrambi i sottogruppi: in particolare il netto incremento rilevato due anni dopo il parto suggerisce che, anche nelle donne con più avanzato stadio di AIDS, il possibile effetto dell'allattamento in termini di perdita di peso era efficacemente riassorbito dall'interruzione dell'allattamento e dalla somministrazione della terapia HAART. CONCLUSIONI: In conclusione, lo studio mostra che l'allattamento in donne HIV-positive è associato ad una perdita di peso, peraltro di modesta entità, seguita da un successivo guadagno di peso dopo l'interruzione dell'allattamento stesso. Nel prossimo futuro sarà necessario indagare le variazioni di peso associate con il prolungamento dell'allattamento previsto dalle ultime Linee Guida dell'OMS.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 549

DAL VECCHIO SANATORIO AL NUOVO OSPEDALE: LA TUBERCOLOSI NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI LEGNANO

A Bodina¹, C Radice², S Schieppati², N Airaghi², G Colusso², S Romano², P Viganò², P Clerici², M Lombardo², C Dotti²

1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Milano.

2 Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano, Legnano (MI).

INTRODUZIONE: Nel giugno 1924 la Regina Madre Margherita di Savoia inaugura in un parco adiacente all'Ospedale di Legnano il sanatorio dedicato alla cura dei malati di tubercolosi polmonare dotato di 84 posti letto, di cui una parte riservati ai dipendenti dei molti cotonifici della zona, luoghi in cui la tubercolosi ha trovato da sempre le migliori condizioni di sviluppo. Il numero medio di ricoverati nei primi dieci anni di funzionamento è pari a 150 ammalati, con punte di 350 con oltre 40.500 giornate di degenza annue.

Da allora molte cose sono cambiate: in particolare si è assistito alla chiusura delle fabbriche tessili radicate nel territorio, a profondi cambiamenti socio-demografici e all'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale con le sue diverse riforme.

L'attuale Azienda Ospedaliera (AO) Ospedale Civile di Legnano comprende quattro presidi: ospedale di Legnano, ospedale di Cuggiono, ospedale di Magenta e ospedale di Abbiategrasso, siti nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria locale di Milano 1. Scopo di questo lavoro è l'analisi dei casi di infezioni da micobatteri tubercolari segnalati nell'AO negli anni 2011-2012-2013 al fine di dare indicazioni sull'importanza del fenomeno tenuto conto che in Italia, l'incidenza di TB negli ultimi anni è stata inferiore a 10 casi di malattia/100.000 abitanti, soglia entro la quale un Paese è definito dall'OMS come —a bassa incidenza. **MATERIALI E METODI:** La sorveglianza delle infezioni da Micobatteri Gruppo Tubercolari (MT) coinvolge i quattro Ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Legnano a partire dall'anno 2001.

Sono considerati "casi" i pazienti con i seguenti criteri:

- paziente con degenza e/o accesso ambulatoriale/pronto soccorso presso le UU.OO. o i Servizi dell'Azienda Ospedaliera;
- isolato positivo per MT (esame batterioscopico, colturale, Sonde DNA, istologico) e/o con diagnosi clinica di infezione.

Le analisi specifiche sono effettuate solamente sui pazienti degenti relativamente ai quali è stata effettuata l'indagine epidemiologica. **RISULTATI:** Negli anni il numero di casi segnalati (nuovi) di infezioni da MT è rimasto all'incirca stabile attestandosi intorno a valori di 30 casi/anno (Grafico 1), pur raggiungendo picchi di 42 casi nel 2004 e di 47 nel 2013. Il dato riguarda anche le segnalazioni relative a pazienti non degenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Prendendo in considerazione i casi segnalati in pazienti degenti presso l'AO negli anni 2011-2012-2013 si possono fare le seguenti considerazioni:

- segnalazione di nuovi casi maggiore presso l'ospedale di Legnano rispetto agli altri (2011: 13/25; 2012:20/26; 2013: 19/30);
- maggioranza delle infezioni sviluppate a livello polmonare: 22/25 nel 2011; 15/26 nel 2013 e 22/30 nel 2013;
- casi segnalati rispetto alla residenza e alle fasce di età (Grafico 2): maggior incidenza nella fascia 20-39 anni, infezioni in minori di 19 anni prevalenti in cittadini stranieri;
- numero di Micobatteri resistenti registrati negli ultimi tre anni rispetto al numero di antibiogrammi effettuati: 8/19 nel 2011; 4/20 nel 2012 e 6/19 nel 2013 con aumento nel tempo delle multi-resistenze. CONCLUSIONI: La sostanziale stabilità del numero di nuovi casi dal 2001 ad oggi conferma il trend nazionale. Infatti dalla seconda metà del Novecento agli anni Ottanta si è assistito a una progressiva riduzione della frequenza della Tbc nella popolazione italiana, mentre negli ultimi anni la frequenza annuale di nuovi casi è stabile. Allo stesso modo i dati relativi alle fasce di età confermano le dinamiche nazionali per cui nella fasce più giovani prevalgono le infezioni a carico di cittadini stranieri mentre negli anziani il rapporto si inverte. A causa della numerosità dei casi poco si riesce a dire rispetto alle resistenze batteriche che restano elemento fondamentale della sorveglianza, pur sottolineando l'importanza del dato relativo all'aumento dei ceppi multi-resistenti.

Il maggior numero di segnalazioni pervenute dall'Ospedale di Legnano è in parte spiegabile dalla presenza nella struttura dell'Unità Operativa di Malattie Infettive. In sottofondo resta l'immagine storica del sanatorio legnanese che, pur in un contesto socio-demografico molto cambiato, ancora oggi richiama i malati di tubercolosi del territorio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 398

PROTOCOLLO DI SCREENING PER LA TUBERCOLOSI NEGLI STUDENTI DELLA SCUOLA DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI BARI

S. Cannone 1, C. Martino 1, L. Civita 1, S. Lanotte 1, M.S. Gallone 1, M. Quarto 2

1. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

2. Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE: Gli operatori sanitari sono esposti a rischio occupazionale di contrarre tubercolosi (TB). Analoga considerazione deve essere tenuta per i soggetti equiparati agli operatori sanitari, tra questi, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008, gli studenti dei Corsi di Laurea della Scuola di Medicina dell'Università. Fino al 2001, per gli studenti di Area Medica cutinegativi era obbligatoria l'esecuzione della vaccinazione anti-tubercolare. Tale obbligo è stato successivamente rivisitato, permanendo tuttavia da parte delle Università e delle strutture sanitarie sede delle attività di formazione il dovere di porre in essere tutte le misure idonee a prevenire il rischio occupazionale di TB. In particolare, uno degli strumenti di provata efficacia nella prevenzione della TB latente è lo screening periodico e post esposizione. Per gli studenti della Scuola di Medicina dell'Università di Bari, tale screening viene effettuato al momento dell'immatricolazione ed eventualmente ripetuto in caso di esposizione a casi di TB nel corso delle attività professionalizzanti.

In questo studio è stata eseguita un'analisi descrittiva delle attività di screening dell'Infezione Tubercolare Latente (ITL) negli studenti della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" nel corso dell'anno 2013, realizzate a cura dell'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari. **MATERIALI E METODI:** Tutti gli studenti afferenti ai corsi di laurea, laurea magistrale e specialistica della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", al momento dell'immatricolazione o comunque prima della conclusione degli studi sono sottoposti a test cutaneo alla tubercolina-TST secondo Mantoux. I medici dell'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico curano il counselling anche al fine di valutare la presenza di fattori di confondimento e l'applicabilità dei cut-off di positività, somministrano il test TST e successivamente ne consegnano il referto. Il TST è stato eseguito attraverso la somministrazione intradermica di 5UT di PPD sulla faccia volare dell'avambraccio, con lettura nelle 48/72 ore successive ed è stato ritenuto positivo in presenza di un infiltrato ≥ 10 mm. A tutti i soggetti cutipositivi è stata consigliata l'esecuzione del test QuantiFERON – TB – Gold e consulenza clinica specialistica.

E' stata eseguita un'analisi descrittiva del programma di screening dell'infezione tubercolare e attraverso un modello di regressione logistica è stata valutata la possibile associazione tra cutipositività e fattori di rischio quali l'aver avuto un contatto con un paziente affetto da TB, l'aver frequentato una collettività negli ultimi sessanta giorni, l'aver soggiornato all'estero nell'ultimo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

anno. **RISULTATI:** Nel corso del 2013 sono stati sottoposti allo screening per la TB 228 studenti, 88 (38,6%) maschi e 140 (61,4%) femmine. Sono risultati positivi al test di Mantoux 10 (4,4%) studenti, (50% M e 50% F), di cui 5 hanno riferito di aver frequentato, negli ultimi sessanta giorni, reparti del Policlinico di Bari e 3 di aver effettuato un soggiorno all'estero nell'ultimo anno. Tra i positivi, 3 hanno riferito di essere stati vaccinati con BCG, altri 3 non ricordavano di aver effettuato la vaccinazione, 1 ha riferito di essere affetto da una patologia del sistema immunitario, 3 da allergia e 1 da miosite ossificante.

A tutti gli studenti positivi al test di Mantoux è stata consigliata l'esecuzione del test Quantiferon e consulenza clinica specialistica. Per 4 dei 10 soggetti cutipositivi è stato disponibile il risultato del test Quantiferon e tra questi 1 studente è risultato positivo. Il modello di regressione logistica non ha evidenziato alcuna associazione tra cutipositività e fattori di rischio indagati. **CONCLUSIONI:** I risultati dello studio sembrano mostrare un basso valore di indice tubercolinico per gli studenti della Scuola di Medicina. La cutipositività non sembra essere associata ai fattori di rischio epidemiologici classici (viaggi all'estero, contatto con soggetti con TB), osservazione, tuttavia, condizionata dalla bassa frequenza dell'esito nel campione in studio.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 776

GESTIONE DIFFICILE DI UN CASO DI TUBERCOLOSI IN ETÀ PEDIATRICA

A. Fedele¹, V. Ruberti¹, V. Aprile¹, R. Filieri¹, A. Leonardo¹, G. Baldari¹, R. Montinaro²,
G. Pasanisi³, L. Donateo⁴

1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, ASL LECCE

2 U.O. Pediatria P.O. Galatina, ASL LECCE

3 U.O. Virologia e Biologia Molecolare, Pia Fondazione Ospedale Cardinale Giovanni Panico, Tricase

4 Servizio Pneumotisiologico ASL LECCE

INTRODUZIONE: Attualmente la tubercolosi costituisce una delle principali cause di morbidità e mortalità infantile in tutto il mondo, in particolare nei Paesi in via di sviluppo. Più del 15% dei nuovi casi riguarda la popolazione pediatrica.

La trasmissione del Mtb avviene solitamente per inalazione di goccioline respiratorie emesse da un adulto o da un adolescente con Tbc polmonare.

La tubercolosi infantile, sebbene possa avere conseguenze significative per la salute dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, esercita nel nostro Paese una modesta influenza sull'epidemiologia della malattia, poiché i bambini raramente trasmettono l'infezione.

La notifica di un caso sospetto di Tbc in un bimbo di anni 4 (positivo ad IGRA test), e la successiva diagnosi di Tbc miliare in fase attiva, ha fatto avviare accurata indagine epidemiologica e contestuale predisposizione di flow-chart operativa per il management di tutti i soggetti adulti e piccoli a rischio di esposizione.

Due gli obiettivi specifici del primo step nell'azione di prevenzione della trasmissione:

1. definizione del tipo di contatto e stratificazione del rischio in base al grado di esposizione

2. ricerca del caso indice **MATERIALI E METODI:** Attualmente non esiste un gold-standard nella diagnosi di infezione da Mtb. Il test cutaneo alla tubercolina secondo Mantoux (TST- tuberculin skin test) rappresenta il mezzo diagnostico tutt'ora più utilizzato nello screening dei contatti, presenta tuttavia diverse limitazioni in termini di

sensibilità e specificità, in particolare nei bambini. I test di rilascio di interferon (IGRAs), sviluppati nell'ultimo decennio, presentano una sensibilità pari ed una specificità superiore al TST ed il loro utilizzo nella pratica clinica è sempre maggiore.

Sono stati sottoposti a screening complessivamente 200 soggetti in totale di cui 100 adulti (10 extracomunitari con sintomatologia sospetta, 24 operatori sanitari, 25 operatori scolastici, 41 tra familiari e conoscenti della famiglia del caso) e 100 bambini (frequentanti la stessa scuola materna).

Agli adulti è stato praticato il tuberculin skin test. Tutti i bambini sono stati sottoposti a Quantiferon-TB-Gold (QTB), considerato valido indice di contatto precoce.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

I test di screening sono stati ripetuti a distanza di 60 giorni dal primo controllo per valutare l'eventuale positivizzazione come da Linee Guida Nazionali. **RISULTATI:** Gli adulti risultati positivi sono stati pari a 13 (più del 50% dei soggetti extracomunitari). Gli stessi sono stati sottoposti a visita clinica, RX torace e ove necessario a TAC torace per escludere la malattia tubercolare. L'accurata indagine epidemiologica ha consentito di individuare un soggetto adulto di nazionalità pakistana, transitoriamente domiciliato presso il Centro Accoglienza del Comune di origine del caso e risultato "contatto" del bimbo stesso, affetto da tbc bacillifera.

I bambini a rischio di esposizione sottoposti a screening, sono risultati tutti negativi al primo IGRA test. All'atto del follow up a 2 mesi dal primo controllo, 1 è risultato positivo. L'indagine di approfondimento ha consentito di rilevare la positività al test di Mantoux anche della mamma di quest'ultimo bambino, che agli ulteriori accertamenti clinico-strumentali è risultata affetta da focolaio polmonare nonché positiva all'esame batterioscopico dell'escreato.

Ciò ha imposto l'allargamento dello screening (che verrà altresì ripetuto ai bambini ad ulteriori 60 giorni dall'individuazione del secondo caso nella scolaresca) e dell'indagine epidemiologica tesa anche all'individuazione dell'origine dei casi. **CONCLUSIONI:** Ogni caso pediatrico di tbc deve essere considerato un evento sentinella della presenza nella collettività di forme bacillifere da individuare e trattare.

Il nuovo test gamma-interferon (IGRA-test), conferma nel bambino maggiore specificità e valore predittivo elevato rispetto all'intradermoreazione tubercolinica.

L'individuazione di un verosimile caso "indice" non deve indurre alla conclusione dell'indagine epidemiologica che deve proseguire fino al termine degli screening a distanza e, come nel caso di specie, fino alla genotipizzazione per la ricostruzione della catena di trasmissione.

La gestione multidisciplinare dei casi di tubercolosi che si verificano in collettività con il coinvolgimento dei servizi di sanità pubblica, U.O. malattie infettive, Servizi pneumotisiologici territoriali, Laboratori di micobatteriologia con esperienza nel campo della biologia molecolare, Direzioni sanitarie di Presidio Ospedaliero e Medici competenti, si conferma indispensabile per un'efficace sorveglianza della popolazione a rischio e per il controllo della diffusione della malattia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 671

STIMA DELLA PREVALENZA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE NEI RESIDENTI DELLA PROVINCIA DI RAGUSA NEGLI ANNI 2010-13

G.Migliorino^{1,2}, C.Pace¹, F.Giurdanella¹, G.Ferrera², F. Blangiardi²

1 Osservatorio Epidemiologico Aziendale Asp Ragusa, 2 Dipartimento Medico di Prevenzione Asp Ragusa

INTRODUZIONE: Introduzione

La stima dell'incidenza di tubercolosi (TB) nel mondo, ha osservato circa 122 casi per 100 000 abitanti. La frequenza più elevata si è verificata in Asia (58%) e i paesi con il numero più elevato di casi incidenti si è verificato in India. Di tutti i casi di TB, circa il 12-14%, sono state persone HIV e di questi la percentuale più alta è stata nei paesi dell'Africa (37%), specialmente in Sudafrica. Sono circa 450 000 nuovi casi rilevati per quanto riguarda la MDR-TB. Nel 2012, nel mondo, la mortalità per tubercolosi è stata circa 1,3 milioni di decessi circa 320 000 tra le persone HIV-positivi e 170 000 morti per MDR-TB. In Europa, il quadro epidemiologico è disomogeneo tra i Paesi membri, passando da un'incidenza di 1 caso per 100.000 abitanti ad oltre 200/100.000. Nel 2011 la prevalenza stimata della TB è stata pari a 56 casi/100.000 abitanti e la mortalità pari a 4,9 decessi/100.000. In Italia i casi notificati, nel 2012, sono stati 3142 circa il 5.2 per 100 000 e il 68% circa di tipo polmonare. L'età media di tutti i casi italiani è stata 56,1 anni e quella dei nuovi casi di degli stranieri 35,5 anni.

Obiettivo

Stimare il peso della malattia tubercolare per l'implementazione di strategie di prevenzione e di controllo e per attivare percorsi assistenziali appropriati nell'ambito sia territoriale che ospedaliero. MATERIALI E METODI: Metodi e strumenti

L'analisi è stata realizzata utilizzando i dati provenienti da varie fonti informative istituzionali relativi agli anni 2012-13 come l'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) prendendo in esame le diagnosi di dimissione principale e secondaria (codici ICD-IX da 010 a 018), poi il Registro nazionale di notifica della tubercolosi (SIMI), il flusso del Registro del laboratorio per la tubercolosi, l'Esenzione ticket per TB (codice =055.10-055.18) ed infine il flusso farmaceutico (inclusione i pz che hanno avuto per almeno 6 mesi la prescrizione contemporanea di 4 farmaci "streptomina (Codice ATC: J01GA01, rifampicina (ATC-J04AB02), isoniazide (Codice-ATC: J04AC01, etambutolo (Codice ATC • J04AK02) e pirazinamide (Codice ATC • J04AK01)").

Dai archivi elettronici selezionati è stato realizzato il record linkage deterministico e l'applicazione del metodo cattura-ricattura. RISULTATI: Risultati

Dall'analisi preliminare, negli anni dal 2010 al 2013, sono stati rilevati 124 casi di cui il 56% sono stati stranieri; la prevalenza è stata del 9,7 per 100 000 abitanti e il rapporto tra maschi e femmine uguale a 1,7. L'età media degli italiani è stata 54 anni e 32 anni negli stranieri ed inoltre la classe di età con frequenza più elevata è stata quella "25-44" degli stranieri maschi. La



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Romania è la nazione straniera con una percentuale più elevata di casi individuati (53%).
Avvalendosi solo di 2 fonti informative (SDO e SIMI) sono stati individuati 64% di casi non notificati. **CONCLUSIONI:** Conclusioni

Sono state rilevate molte criticità nel reperire tutte le fonti informative ma i risultati preliminari hanno rilevato delle sotto-notifiche dei casi di malattia tubercolare, in particolare le forme bacillifere, a maggior potenziale diffusivo, rendendo difficile la definizione e l'implementazione di appropriate strategie di prevenzione e controllo, soprattutto tra sottogruppi di popolazione ad alto rischio d'infezione, trasmissione e malattia, come gli immigrati da Paesi ad alta prevalenza di tubercolosi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 332

SORVEGLIANZA DELLE PARALISI FLACCIDE ACUTE (PFA) IN LOMBARDIA (2013) NELL'AMBITO DEL PIANO DI ERADICAZIONE DELLA POLIOMIELITE

L. Pellegrinelli 1, S. Binda 1, V. Primache 1, L. Bubba 1, E. Pariani 1, A. Amendola¹, C. Amato 2, S. Fiore 2, L. Fiore 2

1 Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano.

2 Dipartimento CRIVB, Istituto Superiore di Sanità, Roma

INTRODUZIONE: L'Italia è stata dichiarata polio-free, come il resto dei paesi della Regione Europea del WHO, dal 2002. Tuttavia, la poliomielite non è ancora stata eradicata in quanto endemica in tre paesi (Nigeria, Pakistan, Afghanistan); inoltre, sono note reintroduzioni di poliovirus (PV) in paesi nei quali era stata da tempo interrotta la circolazione del virus e ne sono un esempio le recenti ed estese epidemie in Siria e nelle popolazioni confinanti con questa area geografica. In questo contesto appare evidente come sia fondamentale, in ogni paese del mondo, un'attenta sorveglianza dei PV, per non vanificare gli sforzi svolti fino ad ora e per raggiungere finalmente l'obiettivo globale dell'eradicazione della polio stabilito dal WHO per il 2018. Attualmente il gold-standard per la sorveglianza della polio è la sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA) manifestate nei soggetti di età inferiore a < 15 anni, attività svolta in ogni parte del mondo con gli stessi protocolli e parametri di performance, armonizzati in accordo alle indicazioni del WHO. In Italia la sorveglianza delle PFA è cominciata come sorveglianza passiva nel 1995 (Lettera circolare n. 400.2/28/911 del 7 febbraio 1995) ed è proseguita come sorveglianza attiva, tramite una rete che ha messo in collegamento il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e 20 Centri di riferimento regionale, tra cui il Laboratorio di Diagnosi Virologica - Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano è da sempre referente per la regione Lombardia. **MATERIALI E METODI:** Tra gli indicatori di performance della sorveglianza delle PFA, i più considerati sono: 1) l'incidenza del numero dei casi che devono essere notificati all'anno (almeno 1 PFA/100,000 abitanti < 15 anni); 2) completa indagine virologica del caso, attraverso l'analisi di 2 campioni fecali raccolti entro 14 giorni dall'esordio della PFA e a distanza di un giorno l'uno dall'altro per almeno l'80% delle PFA notificate; 3) raccolta di follow-up diagnostico per escludere la presenza di eventuali paralisi residue a 60-90 giorni dall'esordio della PFA (diversamente il caso potrebbe essere compatibile con poliomielite paralitica) per almeno l'80% dei casi.

I campioni fecali vengono trattati ed analizzati secondo i protocolli indicati dal WHO per investigare l'eventuale presenza di PV ed altri enterovirus-non-polio (EVNP). **RISULTATI:** La Lombardia è la regione italiana più densamente popolata con 1'400'000 abitanti <15 anni d'età, per cui annualmente sono attesi almeno 14 casi di PFA notificati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per quanto riguarda l'anno 2013, sono stati notificati ed indagati virologicamente e clinicamente 20 casi di PFA, segnalati da medici sentinella distribuiti tra le province lombarde: 2 casi sono stati esclusi da parte del Ministero della Salute in quanto non rispondenti ai criteri di adeguatezza per la definizione di 'caso PFA'. È stato possibile raccogliere 2 campioni fecali ed il report di follow-up per oltre l'80% dei casi. La maggior parte dei casi erano notificati in diagnosi iniziale e conclusiva come Sindrome di Guillain-Barré, come noto in letteratura. In funzione degli indici di performance, la sorveglianza delle PFA è stata svolta in maniera adeguata durante il 2013. Quasi la metà dei casi è stata segnalata tra settembre e dicembre, periodo noto come il più frequente per l'esordio dei sintomi.

L'età media dei casi di PFA era di 5,5 anni, di cui il 56% erano maschi. Come atteso non sono stati identificati PV; la presenza di EVNP è stata riscontrata in 4 casi (pari al 22% del totale). Uno di questi è stato caratterizzato come Echovirus-11 mentre per gli altri le indagini di genotipizzazione sono ancora in corso. **CONCLUSIONI:** Fintanto che la circolazione dei PV non verrà interrotta, in ogni paese e in ogni popolazione il virus potrebbe essere reintrodotta, con drammatiche conseguenze per le singole popolazioni e per l'intero programma di eradicazione; le recenti infezioni di PV in paesi con reintroduzione, hanno causato un aumento dei casi di poliomielite paralitica dell'82% dal 2012 al 2013. In data 05/05/2014, il direttore generale dell'WHO, ha dichiarato come la reintroduzioni di PV in Siria e nei paesi confinanti rappresentino un'emergenza sanitaria internazionale, ponendo l'Europa in una vera e propria condizione di pericolo. In questo scenario è chiaro che i nostri strumenti di protezione nei riguardi della polio possono essere riassunti sotto due aspetti: 1) adeguata protezione anticorpale in bambini e adulti, perseguibile mediante idonee strategie vaccinali in tutta la popolazione, e 2) attività di sorveglianza efficaci ed efficienti, tra le quali la sorveglianza delle PFA, la sorveglianza ambientale tramite il monitoraggio dei PV nelle acque reflue e studi sieroepidemiologici di popolazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 411

VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE SULL'INTRODUZIONE DI UN NUOVO SISTEMA DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA SU BASE REGIONALE

MR Gualano 1, F Bert 1, F Di Stanislao 2, S Scondotto 3, L Rizzo 4, R Pizzuti 5, F Bux 6, B Calco 7, Q Tozzi 7, Siliquini R1

1 Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

3 Regione Siciliana

4 Regione Calabria

5 Regione Campania

6 Regione Puglia

7 AGENAS

INTRODUZIONE: L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha condotto un progetto di implementazione delle metodologie della Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS), attraverso lo sviluppo di linee guida in 4 Regioni del Sud Italia (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia). Al fine di validare il lavoro svolto sono state condotte alcune simulazioni di VIS, per verificarne l'applicabilità al contesto locale. In particolare, è stata condotta una simulazione di VIS comune alle quattro Regioni coinvolte, con il duplice obiettivo di validare le linee guida e di identificare i potenziali impatti sulla salute di una proposta volta a introdurre nuove forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte della popolazione.

I ticket, e il sistema delle esenzioni ad essi collegato, sono regolati da un insieme di norme nazionali e regionali che nel tempo si sono sovrapposte le une alle altre, non consentendo di garantire un disegno preciso e una logica unitaria.

Le prestazioni soggette a ticket (anche se in modo differenziato tra le regioni) sono: la specialistica ambulatoriale, gli accessi al pronto soccorso con codice bianco, le cure termali e l'assistenza farmaceutica territoriale.

Il DL 98/2011 ha stabilito l'introduzione, a decorrere dal 2014, di nuovi ticket sui farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie, per un importo complessivo di circa 2 miliardi annui. Tali compartecipazioni andrebbero a sommarsi a quelle storicamente esistenti. L'intesa Stato-Regioni da sottoscrivere entro il 30 aprile 2012 (art. 17, c. 1 DL 98/2011) potrebbe individuare misure alternative per evitare l'introduzione di tali ticket. **MATERIALI E METODI:** La metodologia illustrata nelle Linee Guida prodotte nella prima fase del progetto e scaturite dalla collaborazione tra il Gruppo di Coordinamento di esperti dell'Agenas e i gruppi di lavoro delle 4 Regioni coinvolte, è stata applicata alla simulazione di VIS. La validazione mediante simulazione della VIS è stata condotta essenzialmente in tre fasi: la costruzione del framework logico, la definizione del profilo demografico della comunità interessata e l'applicazione delle griglie delle linee guida per le fasi di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Screening, di Scoping e di Appraisal. In particolare, è stato deciso di condurre una VIS intermedia basata sulla letteratura scientifica e su precedenti esperienze di VIS in materia al fine di validare gli strumenti inclusi nelle linee guida e indagare i potenziali effetti sulla salute della proposta. La griglia di Scoping in particolare è stata utilizzata per pianificare il lavoro e la raccolta dei dati da utilizzare nella successiva fase di Appraisal. Sono stati dunque consultati i principali database nazionali (ISTAT, Health for All, Primo Rapporto Benessere Equo e Solidale – nato in collaborazione con il CNEL) e regionali al fine di raccogliere i dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche e socio-economiche e relative all'epidemiologia delle patologie presenti nella popolazione delle Regioni coinvolte nel progetto.

Sono stati inoltre organizzati focus group periodici con i rappresentanti di ogni Regione al fine di elaborare i dati raccolti, discutere le criticità emerse e produrre il report finale. **RISULTATI:** Nel report prodotto ci si è voluti focalizzare sui possibili impatti sulla salute di maggiori/nuovi copayment per l'accesso ai dipartimenti d'emergenza per cure non urgenti o procrastinabili, per la spesa farmaceutica, per l'accesso ai servizi di prevenzione/diagnosi/trattamento di patologie sessualmente trasmissibili, per l'accesso alla prevenzione di tumori e patologie cronico-degenerative. Ad oggi il sistema di introduzione di ticket sanitari ammonta all'1.73% della spesa totale sanitaria in Campania and Calabria, all'1.78% in Puglia e al 2.77% in Sicilia.

L'implementazione di un nuovo sistema di co-payment va attentamente monitorato, in quanto potrebbe avere effetti tutt'altro che positivi sulla salute e sullo stato socio-economico della popolazione, in particolar modo per quelle fasce di popolazione già in condizione svantaggiata e che principalmente per motivi economici potrebbe non essere più in grado di accedere ai servizi sanitari, soprattutto legati all'assistenza farmaceutica. La simulazione effettuata ha avuto l'effetto di proporre lievi aggiustamenti alle Linee Guida prodotte in precedenza, come ad esempio quello di modificare la griglia di scoping. **CONCLUSIONI:** La VIS simulata ha raggiunto l'obiettivo principale, ovvero quello di validare gli strumenti metodologici delle linee guida recentemente proposte nelle quattro Regioni del Sud Italia partecipanti al progetto POAT Salute 2007-2013. Inoltre le informazioni raccolte e presentate dal report finale possono essere utili ai fini della programmazione politica e dei servizi sanitari, nonché per indirizzare nella migliore maniera possibile il processo di decision-making, scopo precipuo e caratterizzante i processi di VIS.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C19: VACCINAZIONI MPR-V



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 495

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL PROGRAMMA DI VACCINAZIONE ANTIVARICELLA IN TOSCANA, NELLA ASL DI FIRENZE E NELLA ASL DI PRATO NEL PERIODO 2009-2013

A. Bechini¹, F. Pieralli¹, A. Roselli¹, S. Boccalini¹, L. Paliaga², S. Baretta³, MG. Santini³, P. Bonanni¹.

1. Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

2. Dipartimento di prevenzione UF Igiene e Sanità Pubblica – Azienda USL 4 di Prato

3. Dipartimento di prevenzione UF Igiene e Sanità Pubblica – Azienda USL 10 di Firenze

INTRODUZIONE: Il vaccino antivariella è attualmente disponibile in almeno 14 Paesi europei, tuttavia non è ancora molto utilizzato. Molti Paesi offrono infatti la vaccinazione ai gruppi a rischio piuttosto che universalmente a tutti i bambini. In Toscana la vaccinazione universale antivariella (UVV) è iniziata nel 2008. Il programma di vaccinazione prevede una schedula a due dosi (13-15 mesi e 5-6 anni) di vaccino quadrivalente contro morbillo-parotite-rosolia-varicella (MPRV). Per i soggetti tra i 12 e i 14 anni, anamnesticamente negativi, è inoltre prevista la somministrazione di due dosi di vaccino antivariella per evitare casi di infezione tra gli adulti che potrebbero andare incontro a complicanze più severe.

In Toscana la copertura vaccinale (CV) per varicella al 24° mese è passata dal 75% nel 2010 all'84% nel 2012. Si è osservata una riduzione del 60% dei casi di varicella, dopo 4 anni di implementazione del programma su base regionale. Da un confronto tra il periodo pre-vaccinale (2004-2007) e di vaccinazione (2009-2012) l'incidenza media in Toscana dei casi di varicella si è dimezzata fino a un caso per 1000 abitanti.

Lo scopo del presente lavoro è di stimare l'efficacia della vaccinazione antivariella nelle ASL di Firenze e di Prato, in particolare nelle coorti di nascita coinvolte nel programma di vaccinazione dal 2008 in avanti, per misurare l'effetto diretto della vaccinazione utilizzando il metodo di screening, già applicato per la valutazione del programma di vaccinazione antivariella in altri Paesi europei. **MATERIALI E METODI:** Per la raccolta dei dati di notifica è stato utilizzato il database SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive) da cui sono stati estratti tutti i casi di varicella notificati dal 2009 al 2013 e successivamente sono stati selezionati solo i casi che si sono verificati in soggetti appartenenti alle coorti di nascita interessate dalla campagna di vaccinazione (2008-2011). Infine, sono stati considerati nell'analisi solo i casi di varicella "breakthrough" identificati attraverso la consultazione dell'anagrafe vaccinale, verificando il tempo trascorso tra la data di somministrazione della prima dose di vaccino e la data di insorgenza dei sintomi. La definizione di caso "breakthrough" adottata è la seguente: manifestazione dei sintomi in soggetti vaccinati con prima dose di vaccino antivariella da almeno 42 giorni. La CV considerata per ciascuna coorte di nascita è stata quella a 24 mesi per prima dose.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Per l'applicazione del metodo di screening è stata utilizzata la seguente formula: $VE = 1 - [(PCV/1 - PCV) (1 - PPV/PPV)]$ in cui VE= Efficacia Vaccinale; PCV= proporzione dei soggetti vaccinati tra i casi notificati; PPV= Proporzione della popolazione vaccinata (CV). E' stata esclusa dalla presente analisi la coorte dei nati nel 2007 per la quale non era disponibile il dato di CV per varicella in quanto il modulo di rilevazione routinario non permetteva di scorporare le dosi di MPR da quelle di MPRV. L'efficacia della vaccinazione calcolata con il metodo di screening potrebbe essere diversa da quella che viene presentata dai risultati del presente lavoro, nel caso in cui il tasso di sottonotifica per varicella che per l'Italia centrale in epoca pre-vaccinale si aggirava intorno a 5,1 (95% CI 2,9-7,2) fino ai 5 anni di età, fosse in realtà diversificato tra vaccinati e non vaccinati.

RISULTATI: Nella ASL di Firenze e nella ASL di Prato la copertura vaccinale nelle coorti di nascita considerate (nati tra il 2008 e il 2011) è stata globalmente dell'82% (range 79%-85%) e del 76% (range 69%-87%), rispettivamente. La proporzione dei casi di varicella notificati in soggetti vaccinati con una dose di vaccino antivariella nelle stesse coorti di nascita, è stata complessivamente più elevata nella ASL di Firenze (21,1%) rispetto ai valori osservati nella ASL di Prato (6,3%). L'efficacia vaccinale del programma di vaccinazione per le coorti coinvolte calcolata con il metodo di screening è stata del 94,3% per la ASL di Firenze e del 97,8% per la ASL di Prato.

CONCLUSIONI: I risultati mostrano un'elevata efficacia vaccinale del programma di vaccinazione nelle coorti di nascita target del programma di vaccinazione nelle due ASL del territorio toscano. I risultati ottenuti, anche se su una popolazione più piccola, sono sovrapponibili a quelli riportati in uno studio spagnolo. L'applicazione di questo metodo è stata effettuata solo per due delle 12 ASL toscane, lo stesso tipo di analisi potrà essere proposto anche alle altre Aziende sanitarie per ottenere un campione più rappresentativo della Regione Toscana.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 537

MPR VS MPRV: COMPARAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI INDESIDERATI POST-VACCINALI DI ENTRAMBI I VACCINI

O. MERO¹; G. SANTORO¹; R. G. COFANO¹

1 Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: I vaccini MPR e MPRV sono sotto la lente d'ingrandimento della comunità scientifica, onde valutare, effettivamente, la gravità e la frequenza degli effetti indesiderati e/o collaterali post- vaccinali di entrambi i vaccini. La vaccinazione antimorbillosa è in uso nei Paesi Occidentali da svariate decine d'anni ed essendo un vaccino a virus vivo attenuato, le reazioni attese dovrebbero essere simili a quelle attese per la malattia naturale ma, ovviamente, in misura estremamente ridotta. Ad esempio, l'encefalite da virus morbilloso compare con una frequenza di 1 caso ogni 1000 casi di malattia naturale mentre il virus attenuato del vaccino può essere responsabile, al massimo, di 1 caso ogni 1.000.000 di dosi di vaccino. Con l'uso del vaccino MPRV (in Regione Puglia dal 2009), una nuova problematica si è presentata nell'esecuzione di questo vaccino; infatti, la comparsa di un eventuale reazione febbrile più marcata rispetto a quella che compare solitamente con il vaccino MPR, ha indotto la comunità scientifica ad avere una certa prudenza nella somministrazione del vaccino MPRV, specie nei soggetti con anamnesi familiare positiva per convulsioni febbrili ed episodi convulsivanti in genere. In seguito a tutto ciò, abbiamo effettuato uno studio comparativo tra gli effetti provocati dai due vaccini. **MATERIALI E METODI:** A tutti i genitori di quei bambini che hanno effettuato la 1° dose di vaccino MPR o MPRV nell'arco del 2° anno di vita e che si sono rivolti ai nostri Centri vaccinali nell'arco temporale che va dal 01/01/2014 al 25/05/2014, è stato chiesto di tenere un diario su cui annotare l'eventuale comparsa di febbre, esantema o qualsiasi altro evento significativo, nei 20 giorni successivi alla vaccinazione MPR o MPRV segnalando, inoltre, il giorno della comparsa dell'evento, la durata e l'eventuale trattamento. Considerando che nel Calendario Vaccinale in uso nella Regione Puglia, è prevista la vaccinazione MPR o MPRV al 13° mese di vita, in associazione con il vaccino Antiepatite A che generalmente non dà seguito ad alcuna reazione indesiderata, si è chiesto ai genitori di riferire all'ambulatorio vaccinale gli eventuali fenomeni comparsi nel corso dell'appuntamento successivo al 15° mese di vita, in occasione del vaccino Antimeningococco C. **RISULTATI:** Nell'arco di tempo considerato, sono stati presi in considerazione per il nostro lavoro n°143 bambini di età compresa tra il 12°mese ed il 24°mese di vita; tra loro 15 hanno ricevuto il vaccino MPR mentre 128 il vaccino MPRV. Tra coloro che hanno ricevuto il vaccino MPR, 11 non hanno riferito alcuna reazione, 4 hanno riferito comparsa di febbre dopo 7-10gg dalla vaccinazione (tra questi 2 hanno avuto iperpiressia fino a 38,5° trattata con paracetamolo mentre gli altri 2 a 37° non trattata), febbre che comunque è scomparsa dopo 1-2 gg. Solo 1 di questi bambini ha avuto, oltre all'iperpiressia, anche un lieve esantema. Gli altri 128 bambini hanno ricevuto il vaccino MPRV e



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

tra questi, 72 non hanno riferito alcuna reazione nei 20 gg successivi alla vaccinazione; i genitori dei 56 bambini hanno riferito una reazione, di questi 51 hanno riferito la comparsa di febbre (2 la temperatura si è alzata non oltre i 37°, in 28 la temperatura si è elevata fino a 38°- 38,5°, in 15 fino a 38°- 39° e in 6 fino a 39°- 40°) che è durata 1-3gg in 31 casi, 4 - 7gg in 7 casi mentre 13 genitori non ricordano; la febbre è comparsa dopo 2- 4gg in 6 casi, dopo 5°- 8° in 24 casi, dopo 9-15gg in 21 casi; per 38 bambini si è reso necessario il trattamento con paracetamolo e, in 2 casi è stato somministrato il cortisone. Nei 51 bambini che hanno avuto la febbre, 18 ha avuto anche l'esantema che invece, è comparso isolatamente negli altri 5 casi di reazione. CONCLUSIONI: Sono stati vaccinati 143 bambini, nel 10,5% con MPR, nel 89,5% con MPRV. Nel 42% di tutti i vaccinati non si è avuta alcuna reazione (73,3% dei vaccinati con MPR, 56,25% dei vaccinati con l'MPRV). Nei vaccinati con l'MPR, solo il 13,3% ha avuto febbre superiore a 38° e, in solo il 6,6%, è comparso l'esantema. Nei vaccinati con l'MPRV, il 16,4% ha avuto febbre superiore a 38° mentre l'esantema è comparso nel 17,9% dei casi di reazione. Non è stato osservato alcun altro fenomeno e nessun bambino ha avuto le convulsioni. La valutazione comparativa degli effetti indesiderati dei 2 vaccini, benché i casi presi in esame siano limitati numericamente, consente una valutazione obiettiva delle criticità eventuali che possono emergere con l'uso dell'uno o dell'altro vaccino.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 406

ANDAMENTO DELLA VARICELLA NELLA PROVINCIA DI FERRARA DALL'ENTRATA IN VIGORE DEL NUOVO SISTEMA DI SEGNALAZIONE REGIONALE SMI (SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE)

M. Cova¹, A. Cucchi², N. Sulcaj³, M. Franchi³, A. De Togni², G. Cosenza⁴

1 M.O. Dipartimentale Prevenzione e Controllo delle Malattie Trasmissibili - AUSL Ferrara

2 U.O. Igiene Pubblica - AUSL Ferrara

3 Dipartimento di Scienze Mediche - Sezione di Medicina e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Ferrara

4 Dipartimento Sanità Pubblica - AUSL Ferrara

INTRODUZIONE: Introduzione

Varicella-zoster virus (VZV) determina un'infezione primaria ad andamento endemico-epidemico tendenzialmente benigna e generalmente interessante la prima infanzia. Il virus è tuttavia in grado di latentizzarsi a livello gangliare con potenziali riattivazioni in situazioni favorevoli e sviluppo di zoster. In alcuni casi si verificano complicanze anche gravi che coinvolgono soprattutto soggetti immunocompromessi e danni potenzialmente letali nelle forme gestazionali e neonatali.

MATERIALI E METODI: Materiali e metodi

Nella regione Emilia Romagna, la segnalazione della varicella come delle altre malattie infettive è regolata dal D.M. 15/12/90 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive" e successive modifiche e integrazioni, che ribadisce l'obbligo di notifica da parte dei medici al Dipartimento di Sanità Pubblica. Da qui le segnalazioni sono verificate e inviate alle autorità sanitarie regionali e successivamente al Ministero della Salute. L'andamento della varicella nella provincia di Ferrara è stato valutato a partire dall'01/07/12 sino al 30/04/2014 impiegando i dati del sistema di regionale di sorveglianza delle malattie infettive (SMI). Sono stati oggetto di valutazione l'andamento temporale della patologia, la distribuzione geografica dei casi, le fasce d'età interessate, il numero di focolai. **RISULTATI:** Risultati

Un quadro riassuntivo dei casi confermati è riportato nella tabella 1. Nel secondo semestre del 2012 sono stati confermati 56 casi, 2 localizzati nel distretto ovest, 27 nel distretto centro-nord, 27 nel distretto sud-est. La distribuzione per età è stata la seguente: 44 casi nella fascia 0-14 anni, 1 caso nella fascia 15-24, 9 nella 25-44 e 2 nella 45-64. Sono stati inoltre individuati 3 focolai di varicella comprendenti globalmente 7 casi.

Nell'anno 2013 sono stati confermati 803 casi, 74 localizzati nel distretto ovest, 230 nel centro-nord, 499 nel sud-est. La distribuzione per età è stata la seguente: 764 casi nella fascia 0-14, 6 nella 15-24, 26 nella 25-44, 6 nella 45-64 e 1 negli over 65. Sono stati individuati 34 focolai coinvolgenti complessivamente 168 casi.

Nel primo quadrimestre 2014 sono stati confermati 613 casi, 8 nel distretto ovest, 431 nel centro-nord, 174 nel sud-est. La distribuzione per età è stata la seguente: 591 nella fascia 0-14, 19 nella



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

25-44 e 3 nella 45-64. Sono stati registrati 33 focolai coinvolgenti in tutto 200 casi. **CONCLUSIONI:**
Conclusioni

Nei primi quattro mesi del 2014 si è registrato un notevole aumento della numerosità dei casi rispetto all'andamento degli anni precedenti, in linea con l'andamento epidemiologico nazionale nelle regioni che non hanno ancora adottato una strategia di vaccinazione universale. È interessante notare come non tutti i distretti della provincia siano egualmente interessati da questo fenomeno, infatti nel distretto ovest i casi confermati si mantengono in numero esiguo, determinando una diffusione non uniforme della patologia.

La distribuzione dei casi per età conferma l'andamento epidemiologico classico della varicella, con prevalente interessamento dell'infanzia e dei primi anni dell'adolescenza. Nell'ottica di controllare la diffusione ancora notevole della malattia in questa fascia d'età, risulta condivisibile l'obiettivo del Piano Nazionale Vaccinale 2012-2014 che prevede di ottenere una copertura almeno del 95% entro i due anni a partire dalla coorte 2014 con due dosi. Allo stato attuale in Emilia Romagna la vaccinazione è offerta in maniera attiva e gratuita agli adolescenti suscettibili, a soggetti con rischio aumentato di complicanze o che potrebbero comportare un rischio per le persone con cui sono a contatto ed alle persone che lavorano in ambiente sanitario.

Appare inoltre fondamentale mantenere una costante sorveglianza sul fenomeno, che non può prescindere dall'attività di notifica per la quale è determinante il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 186

PREVENZIONE DELLA ROSOLIA CONGENITA E DELLA VARICELLA IN GRAVIDANZA NELL' AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.4 "MEDIO FRIULI "

A.Cuccu1; B. Cerno 1 ; G. Degani 2; S.Miceli 1; MG.Pellizzon 1; T. Gallo 1

1 ASS 4 "Medio Friuli", Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Udine

2 Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, Università degli Studi di Udine

INTRODUZIONE: Le infezioni da virus della Rosolia e da Varicella Zoster, contratte durante la gravidanza, possono causare gravi malformazioni all'embrione e al feto.

Nonostante la disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci, i casi di rosolia congenita si verificano ancora in Italia. Al fine di raggiungere l'obiettivo previsto dal Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) e per prevenire la varicella in gravidanza, è stata condotta nell' ASS4 un' attività di immunizzazione supplementare alle azioni già in atto, attraverso la chiamata attiva delle donne che non risultavano vaccinate all' anagrafe vaccinale informatizzata. **MATERIALI E METODI:** Sono state estratte dall'anagrafe vaccinale dell'ASS4 tutte le donne non vaccinate per rosolia appartenenti alle coorti di nascita dal 1984 al 1994. A esse è stata inviata una lettera con appuntamento alla vaccinazione sia per rosolia che per varicella, con allegato un dépliant informativo sugli obiettivi del PNEMoRc e sull' importanza di proteggersi contro tali infezioni. Inoltre ai soggetti invitati venivano richiesti eventuali dati vaccinali non in nostro possesso e Rubeo-test precedentemente eseguiti. Per quanto riguarda la varicella, si è ritenuto sufficiente considerare il ricordo anamnestico o una precedente notifica di malattia infettiva, come prova di immunizzazione. **RISULTATI:** Dai dati in possesso emergeva che solo il 64% delle donne appartenenti alle coorti considerate risultavano essere state vaccinate per la rosolia, pertanto nel periodo compreso tra maggio 2012 e maggio 2014 sono state invitate 6034 donne. Hanno risposto all'invito 1417 (23%), di queste 130 già vaccinate per rosolia e 809 con Rubeo-test positivo. Le restanti 478 (34% delle invitate), risultate non protette, sono state vaccinate.

Per quanto riguarda la vaccinazione anti varicella, il 90% (1282) delle rispondenti sono state esonerate, in quanto dal dato anamnestico risultavano essere già immunizzate, e le restanti 135, risultate non protette, sono state tutte vaccinate. **CONCLUSIONI:** Accanto alle strategie già in atto per identificare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia e alla varicella (informazioni provenienti dai consultori familiari aziendali, le vaccinazioni effettuate nel post-partum e le vaccinazioni eseguite in occasione della somministrazione delle prime dosi ai nuovi nati), la chiamata attiva di soggetti non immuni rappresenta un'arma aggiuntiva per riuscire a raggiungere l'obiettivo di ridurre la percentuale delle donne ancora non protette per tali infezioni. Questa attività ha permesso inoltre di implementare le informazioni riguardanti i soggetti vaccinati non ancora registrati nell' anagrafe vaccinale e di esonerare alla vaccinazione le donne con Rubeo-test positivo, nonché utilizzare la chiamata attiva per immunizzare chi ancora non risultava protetto contro la varicella.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 299

SORVEGLIANZA VIROLOGICA DEL MORBILLO IN PUGLIA: LINKAGE DI UN FOCOLAIO EPIDEMICO IN UN PRONTO SOCCORSO CON EPIDEMIA SU NAVE DA CROCIERA

A. Morea 1, A. Sallustio 1, A. L. De Robertis 1, D. Loconsole 2, M. Quarto 1-2, M. Chironna 1

1. Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - BARI

2. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” - BARI

INTRODUZIONE: Il morbillo, nonostante l'introduzione della vaccinazione routinaria permane tuttora un rilevante problema di Sanità Pubblica. In Italia, come in altre nazioni europee, continuano ad essere segnalati focolai di morbillo, pertanto l'OMS ha posticipato al 2015 il termine per l'eliminazione del morbillo in Europa. Da anni in Puglia viene effettuata una stretta sorveglianza epidemiologica e molecolare di tutti i casi di morbillo con sequenziamento dei ceppi virali e genotipizzazione. L'obiettivo dello studio è stato quello di descrivere l'epidemiologia molecolare del morbillo in Puglia negli anni 2013-2014 che ha consentito di identificare anche un focolaio epidemico in un Pronto Soccorso della Regione associato ad un'epidemia su una nave da crociera nel corso del 2014. **MATERIALI E METODI:** Dal gennaio 2013 a maggio 2014 sono stati collezionati campioni clinici di 67 soggetti con diagnosi di sospetto morbillo. L'identificazione e la genotipizzazione del virus del morbillo sono state effettuate mediante nested PCR e sequenziamento di un frammento di 501pb. L'analisi filogenetica è stata eseguita mediante software MEGA5. I dosaggi delle IgM e delle IgG specifiche sui campioni di siero sono stati effettuati mediante test ELISA. **RISULTATI:** Dei 67 casi di sospetto morbillo sottoposti ad accertamento, 59 (88%) sono risultati positivi: 21 nel 2013 e 38 fino a maggio 2014. Nel corso del periodo considerato sono stati tipizzati 38 ceppi: il 37% (14 ceppi) è risultato D8 e il 63% (24 ceppi) B3. L'analisi filogenetica ha evidenziato come i ceppi D8 del 2013 formano 3 clusters distinti uno, più numeroso costituito da 11 ceppi, correlato ad altri ceppi D8 circolanti in Italia negli anni 2011-2012, l'altro, costituito da 2 ceppi, correlato a ceppi endemici pugliesi. Un terzo ceppo è risultato correlato a ceppi D8 di origine brasiliana. A fine febbraio 2014 un soggetto con sintomi di morbillo viene ospedalizzato presso l'ospedale di Brindisi e il sequenziamento del ceppo del caso rivela un'identità del 100% con un ceppo B3 (MV/TonbridgeGBR/5.14/B3) [Fig.1] identificato nel corso di un focolaio epidemico su una nave da crociera del Mediterraneo Occidentale. Il soggetto era stato anch'egli sulla nave da crociera dove si era verificata l'epidemia. Ad aprile 2014 viene osservato un aumento dei casi di morbillo nella città di Brindisi con presenza dello stesso ceppo B3 dell'outbreak in altri 18 casi. L'analisi epidemiologica ha evidenziato che si trattava di casi riconducibili al caso indice e che nel 50% dei casi il luogo dell'esposizione dei soggetti era rappresentato dal Pronto Soccorso dove si erano recati per differenti esigenze cliniche. Altri 4



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ceppi B3 del 2014 sono stati caratterizzati in campioni provenienti dalla provincia di Lecce e sembrano determinare un cluster distinto rispetto ai B3 del focolaio di Brindisi. L'unico ceppo B3 isolato nel corso del 2013 è risultato correlato ad altri ceppi B3 circolanti in Puglia nel corso del 2011 [Fig.1]. **CONCLUSIONI:** La sorveglianza epidemiologica e molecolare del morbillo rappresenta un importante strumento ai fini del controllo della malattia. L'epidemia verificatasi a Brindisi sottolinea l'importanza di alcuni "settings" (Pronto Soccorso) nella trasmissione dell'infezione e la rapida diffusione dello stesso nella popolazione suscettibile. Il rischio di diffusione del morbillo in ambito ospedaliero può essere particolarmente pericoloso soprattutto in presenza di operatori sanitari non vaccinati, di neonati e di donne in gravidanza. La caratterizzazione molecolare ha consentito nel corso del 2013-2014 di accertare anche la presenza di casi di importazione causati da ceppi B3 non endemici in Puglia.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 239

LE DIAGNOSI ASSOCIATE ALLE OSPEDALIZZAZIONI PER VARICELLA NELLA REGIONE TOSCANA DAL 2004 AL 2012

P. Bonanni 1, F. Pieralli 1, E. Sinisgalli 1, S. Callaioli 2, A. Bechini 1, S. Boccalini 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, Italia; 2 Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Regione Toscana

INTRODUZIONE: Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 posticipa l'introduzione della vaccinazione universale contro la varicella al 2015, quando saranno disponibili dati consolidati sulle esperienze portate avanti da alcune regioni italiane che hanno già introdotto questa vaccinazione. Il precedente Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 prevedeva l'introduzione della vaccinazione universale anti-varicella solo in quelle regioni italiane in grado di mantenere elevate coperture del vaccino MPR (Morbillo, Parotite, Rosolia), per evitare uno slittamento dei casi di infezione verso l'età adulta; altrimenti la vaccinazione era prevista solo per le categorie a rischio. La Regione Toscana è stata una delle prime regioni a introdurre la vaccinazione universale contro la varicella a partire dal luglio 2008 per i bambini di 13-15 mesi di età (prima dose) e 5-6 anni (seconda dose). In particolare, il programma di immunizzazione ha raccomandato l'utilizzo del vaccino tetravalente MPRV (Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella).

L'obiettivo dello studio è stato analizzare l'impatto dell'introduzione della vaccinazione universale contro la varicella in Toscana, valutando le ospedalizzazioni correlate a questa infezione nel periodo 2004-2012, in modo da fornire dati a conferma dell'importanza di estendere questa vaccinazione a livello nazionale nel 2015. In particolare, sono stati esaminati i codici di diagnosi presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dei soggetti ospedalizzati per varicella.

MATERIALI E METODI: I dati di ospedalizzazione per varicella in Toscana dal 2004 al 2012 sono stati ricavati dal database della Regione Toscana. I dati di ospedalizzazione sono stati analizzati per il periodo 2004-2007 (periodo pre-vaccinazione) e 2009-2012 (periodo vaccinazione); l'anno 2008 è stato eliminato dall'analisi perché di transizione nell'implementazione della vaccinazione. Sono stati analizzati tutti i ricoveri con diagnosi principale o secondaria di varicella o di una delle sue complicanze dirette, sulla base dei seguenti codici di codifica ICD IX CM: 052.0 encefalite post-varicella, 052.1 polmonite emorragica da varicella, 052.2 mielite post varicella, 052.7 varicella con altre complicazioni specificate, 052.8 varicella con altre complicazioni non specificate e 052.9 varicella senza menzione di complicazioni. In particolare, per i soggetti ospedalizzati per varicella sono stati analizzati gli altri codici di diagnosi presenti nella SDO oltre quelli relativi alle patologie correlate alla varicella. Sono stati valutati i codici presenti in almeno l'1% dei casi; i dati sono poi stati analizzati per fasce d'età (64 anni). **RISULTATI:** Complessivamente dal 2004 al 2012 le ospedalizzazioni annuali per varicella sono diminuite da 189 casi nel 2004 a 44 casi nel 2012 (con una riduzione del 77%). Nel periodo pre-vaccinale 2004-2007 il tasso di ospedalizzazione è stato



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

del 4,1/100.000 abitanti, nel periodo vaccinale 2009-2012, invece, del 2,2/100.000 abitanti; la riduzione delle ospedalizzazioni per varicella è stata osservata in tutte le fasce di età, non solo nei soggetti target della vaccinazione.

Le patologie registrate più frequentemente nelle SDO insieme alla varicella sono state: polmoniti e broncopolmoniti, da agenti specificati e non; impetigine; infezioni delle vie aeree superiori e bronchite acuta; insufficienza respiratoria; convulsioni; febbre, cefalea e sincope; leucemie, linfomi e mieloma; disordini dell'equilibrio idroelettrolitico e acido-base; malattie infettive legate al periodo post, pre e peri partum; setticemia. La media dei ricoveri con almeno una di queste diagnosi associate alla ospedalizzazione per varicella è stata in totale del 3,9% (4,2% nel periodo pre-vaccinazione, 3,7% nel periodo vaccinazione).

In particolare si è assistito ad una riduzione delle diagnosi di polmoniti e broncopolmoniti, impetigine e infezioni delle alte vie respiratorie; tali complicazioni risultano più frequenti nella fascia di età 0-4 anni, ovvero quella soggetta all'offerta attiva di vaccinazione. Questi dati sono confermati comparando per queste diagnosi il periodo pre-vaccinazione con quello di vaccinazione nei bambini di 0-4 anni e nei soggetti >4 anni. In effetti, la percentuale dei ricoveri con complicanze, nelle fasce di età target della vaccinazione universale è passata per polmoniti e broncopolmoniti da 9,5% nel triennio 2004-2007 a 7,1% nel triennio 2009-2012. Analogamente, il confronto tra periodo pre e post-vaccinale vede una riduzione delle percentuali di ricoveri per impetigine da 9,9% a 8,5%, e per infezioni delle vie aeree superiori da 5,7% a 3,5%.

Per quanto riguarda le complicazioni dirette da varicella, la polmonite emorragica è risultata presente nel 3,7% di tutti i ricoveri e l'encefalite nel 6,6%. Confrontando i due periodi, per entrambe queste patologie è stata registrata una riduzione dell'incidenza: in particolare, la polmonite è passata dal 4,3% al 2,8% e l'encefalite dal 7,5% al 5,8%. **CONCLUSIONI:** Dall'analisi dei dati di ospedalizzazione per varicella in Toscana dal 2004 al 2012 risulta evidente l'impatto favorevole della vaccinazione anti-varicella nella riduzione delle ospedalizzazioni in tutte le fasce d'età, con un rilevante risparmio per il Servizio Sanitario Regionale. L'impatto della vaccinazione anti-varicella è evidente anche nelle ospedalizzazioni per varicella in soggetti con altre patologie. I dati supportano quindi l'introduzione della vaccinazione universale contro la varicella a livello nazionale.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

**C20: FORMAZIONE, COMUNICAZIONE
SANITARIA E NEW MEDIA**



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 709

IL GIS E LE FONTI INFORMATIVE SANITARIE: POSSIBILE INTEGRAZIONE IN SANITÀ PUBBLICA?

S Cocchio 1, M Busolin 2, P Furlan 1, V Vitale 2, T Baldovin 1, F Benazzi 2 e V Baldo 1

1 Dipartimento di Medicina Molecolare, Sezione di Public Health, Università di Padova

2 Azienda ULSS 15 Alta Padovana, Regione Veneto

INTRODUZIONE: La necessità di disporre di informazioni complete ed esaustive è stata messa in risalto già nel 1946 da Dunn, infatti indicava l'importanza del mettere l'individuo al centro del sistema e di registrare in modo completo e accurato tutte le informazioni di interesse sanitario. Bisogna considerare la necessità crescente di informazioni delle varie istituzioni per l'attuazione di processi decisionali in territori spesso condizionati, per il passato, da uno sviluppo socio-economico non armonico e caratterizzato da situazioni antropiche anche di particolare pericolosità per la salute della popolazione e dell'ambiente.

Le fonti informative sanitarie sono state costruite principalmente ai fini amministrativi e conseguentemente la qualità dei dati è direttamente correlata all'impatto sul processo gestionale. Inoltre la "copertura" della popolazione dipende dalla propensione nell'utilizzo dei servizi sanitari e, quindi, vi è l'impossibilità di valutare le caratteristiche dei soggetti che non si rivolgono al servizio sanitario. Tali caratteristiche obbligano ad una attenta valutazione qualitativa ma la sistematicità della loro raccolta e le elevate dimensioni delle popolazioni di riferimento suscitano un elevato interesse.

Il seguente lavoro si propone descrivere uno strumento che sia in grado di rispondere tempestivamente a quesiti di natura epidemiologica, al fine di pianificare l'erogazione dei servizi e renderli rispondenti ai reali bisogni della popolazione. Strumento che deve essere in grado di integrare la conoscenza dei seguenti elementi: stato di salute della popolazione, stato di salute dell'ambiente e fonti di elementi nocivi nell'ambiente, anagrafe dei cittadini, e geografia del territorio. **MATERIALI E METODI:** Gli archivi utilizzati dal SEI sono i seguenti, Anagrafe sanitaria, Mortalità, Schede di Dimissione Ospedaliera, Mobilità passiva, divisa in intra- ed extraregionale, Farmaceutica, Anatomia Patologica e Esenzioni Ticket. Gli algoritmi per identificare le patologie sono tratti dalla letteratura (Supplemento della Rivista Epidemiologia e Prevenzione, Anno 32 (3), maggio-giugno 2008; SISMEC (Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica; AIE (Associazione Italiana Epidemiologia). Nel calcolo dei tassi annuali, al denominatore si utilizza la popolazione nell'anno di stima fornita dalla regione Veneto. La fase di geocoding consiste nell'associare ad ogni indirizzo presente nel database una posizione geografica rappresentata da una coppia di coordinate spaziali XY.

Nell'Az.ULSS 15 "Alta Padovana", è stata realizzata la Piattaforma IISA-GIS (Integrazione Informazioni Sanitarie e Ambientali – Geographic Information System) con la georeferenziazione dei dati raccolti e l'integrazione con il sistema SEI e, mediante il software per l'analisi dei cluster



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

spazio-temporali (Sat-Scan) valuterà la presenza di possibili clusters di malattie nella popolazione. **RISULTATI:** L'area di studio interessata comprende tutti i comuni afferenti ad un' Azienda Sanitaria della Regione Veneto, con un ambito territoriale di 582 Km², costituito dai territori dei 28 Comuni ed una popolazione residente di approssimativamente 256.000 assistiti.

I principali risultati per le patologie analizzate sono:

- **Diabete:** la prevalenza è relativamente costante variando dal 3% del 2001 al 4,3% del 2012. La malattia colpisce maggiormente il sesso maschile (rapporto 1,3:1). Il maggior tasso di malattia è registrato nei soggetti con età ≥65 anni: da 10 a 14,2 casi per 100 abitanti dal 2001 al 2012.

L'archivio prescrizioni farmaceutiche risulta la fonte informativa più rilevante nell'identificare tali soggetti.

- **Cardiopatie ischemiche:** la prevalenza presenta una diminuzione nel tempo in entrambi i sessi; complessivamente il tasso grezzo è sceso dal 2004 al 2010 da 2,5% a 2%. La prevalenza è più alta negli uomini rispetto che alle donne: il rapporto fra i due sessi varia fra 2 e 2,7 con un trend in lieve aumento. La SDO è la fonte informativa più rilevante.

- **Infarto acuto del miocardio:** mediamente vengono identificati circa 350 casi ogni anno una letalità del 18,5%. Il tasso di incidenza presenta un range variabile da 195,6 a 164,7 per 100.000 abitanti, nel 2004 e 2009 mentre il tasso di mortalità risulta essere in diminuzione.

- **Malattie respiratorie croniche:** La BPCO e l'asma sono patologie respiratorie croniche e benché siano considerate entità distinte vengono trattate congiuntamente. La prevalenza complessiva varia da 5,8% a 6,5% soggetti per 100 abitanti nel periodo in studio. Si registra un maggior tasso di malattia tra i soggetti con più di 75 anni e la fonte che contribuisce maggiormente alla stima della prevalenza delle MPCO è quella delle prescrizioni farmaceutiche che contribuisce per più del 95% dei casi

CONCLUSIONI: L'integrazione delle fonti integrative e del GIS ha permesso di fornire un quadro descrittivo delle varie patologie nel territorio dell'Azienda. La possibilità di valutare le densità di patologia, permette l'identificazione di aree critiche ove approfondire le indagini, mediante metodologie analitiche, al fine di considerare le eventuali correlazioni con i fattori ambientali in modo relativamente semplice e rapido. Bisogna comunque tenere in considerazione il limite delle fonti utilizzate che potrebbero essere influenzate da una maggiore predisposizione all'utilizzo dei servizi sanitari oppure alla propensione dei medici nella prescrizione farmaceutica. Dal punto di vista della valutazione dei trend temporali, si dovrà anche tenere in considerazione gli eventuali cambiamenti nella gestione delle varie patologie in applicazione di protocolli di cura o linee guida.

La possibilità di utilizzare le fonti informative sanitarie associate alle applicazioni del GIS può contribuire a diverse finalità di sanità pubblica sia in termini preventivi che assistenziali e, in particolare

- all'approfondimento delle conoscenze sulla distribuzione delle malattie e dei fattori di rischio comprensivi di quelli ambientali;
- alla pianificazione e la valutazione degli interventi sanitari (accessibilità, equità, appropriatezza);



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- alla possibilità del suo utilizzo durante eventi che inducono l'emergenza (eventi naturali o antropici).

La piattaforma IISA-GIS rappresenta uno strumento a supporto che viene impiegato nella gestione di possibili emergenze, per fornire ipotesi da sottoporre ad approfondimento da parte dei professionisti interessati sia in ambito prettamente sanitario ed epidemiologico, sia in ambito economico-finanziario, di pianificazione territoriale e più in generale di "governance del territorio".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 590

UTILIZZO DELLE NUOVE TECNOLOGIE INFORMATICHE PER LA PREDISPOSIZIONE DI "APP" NEGLI SCREENING ONCOLOGICI

N. L. Bragazzi 1, D. Tramalloni 1, K. Sulaj 1, R. Gasparini 1, D. Panatto 1, D. Amicizia 1, G. Faragli 2, P. Dovico 3, V. Tofanelli 3, I. Valle 3

1. Università degli Studi di Genova - Dipartimento di Scienze della Salute (DiSSal), Genova

2. ASL3 Genovese - Dipartimento Prevenzione, Genova

3. ASL AL Piemontese - U.V.O.S., Alessandria

INTRODUZIONE: Sempre più persone utilizzano Internet e i nuovi media per cercare informazioni relative alle cure mediche e alla salute in generale. L'informatica medica applicata alla Sanità Pubblica e alla Prevenzione è in continua espansione e ha un ruolo sempre più rilevante nella realizzazione di siti web e di nuovi strumenti comunicativi per aumentare i tassi di copertura vaccinali e sensibilizzare l'opinione pubblica sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudini voluttuarie quali fumo e alcol). Inoltre, le nuove tecnologie informatiche possono raggiungere soggetti difficili da contattare con i mezzi tradizionali, vista l'ubiquitarità, la diffusione e l'accessibilità dei nuovi media. D'altra parte, vi è però la concreta possibilità che i nuovi media siano utilizzati per veicolare informazioni parziali, erronee e fuorvianti.

Una recente revisione sistematica condotta da Bender e collaboratori ha mostrato come esistano centinaia di applicazioni per smartphones dedicate al tema del cancro, tuttavia la qualità di queste applicazioni risulta essere piuttosto scarsa. Inoltre, solo il 2% di queste applicazioni affronta il tema della prevenzione e degli screening oncologici di popolazione.

Una ricerca preliminare da noi condotta ha mostrato che non esistono attualmente applicazioni in lingua italiana finalizzate alla divulgazione dei programmi organizzati di screening oncologico per sensibilizzare l'opinione pubblica sulle opportunità di prevenzione.

Sulla base di questi dati e vista la riconosciuta utilità dei nuovi strumenti tecnologici informatici, abbiamo realizzato un'applicazione per smartphones al fine di accrescere nella popolazione la consapevolezza dell'importanza degli screening. **MATERIALI E METODI:** Sono state realizzate due applicazioni su piattaforma Google Android e piattaforma Apple iOS per iPhone e iPad, e scaricabili gratuitamente da Google Play Store e App Store, una per gli utenti dell'ASL3 Genovese e una per quelli dell'ASL AL Piemontese. **RISULTATI:** È allo studio un logo apposito, che riassume in un'unica immagine i tre bracci dello screening organizzato del cancro colon-rettale, del cancro della mammella e del cancro della cervice uterina e che veicoli significati positivi di difesa, protezione e assistenza, per accrescere tra gli utenti la consapevolezza dell'importanza della prevenzione in campo oncologico (Figura 1).

Le applicazioni sviluppate contengono sia documenti generici relativi alle linee guida in ambito di screening oncologici sia informazioni specifiche sulla sede degli ambulatori e dei centri di primo e



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

secondo livello. Inoltre, sono riportati i contatti telefonici e telematici (indirizzi mail), una lista delle domande più frequenti (Frequently Asked Questions, FAQ) e link a siti web istituzionali dove gli utenti interessati possono ulteriormente approfondire le tematiche di interesse (Figura 2).

CONCLUSIONI: Grazie all'evoluzione continua della tecnologia e alla sua nuova offerta, gli operatori che lavorano in Sanità Pubblica sono chiamati sempre più a conoscere e imparare a utilizzare le opportunità messe a disposizione dai nuovi mezzi informatici. La predisposizione di "App" da parte delle ASL potrà fornire agli utenti degli applicativi contenenti materiali e informazioni affidabili, continuamente aggiornati e di alta qualità.

L'applicazione da noi realizzata rappresenta un primo passo, essa potrà essere ulteriormente sviluppata in futuro, ad esempio offrendo ulteriori servizi come la possibilità di spostare giorno o sede degli appuntamenti e di ricevere degli SMS personalizzati come "reminder" delle visite prenotate.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 596

IL RUOLO DELLA EMOTIONAL EPIDEMIOLOGY NELLA EPIDEMIOLOGIA DESCRITTIVA: IL CASO DELLA MENINGITE

P. Castiglia¹, B. Arru¹, R. Bosu¹, A. Andolfi¹, C. Delrio¹, E. Muresu¹, A. Piana¹

1 Igiene e Medicina Preventiva-Dipartimento di Scienze Biomediche-Università di Sassari

INTRODUZIONE: Malattie nuove, emergenti o riemergenti, rare, ma gravate da elevata letalità e con potenziale epidemico, come la SARS o l'Ebola, rievocano nell'immaginario collettivo i fantasmi delle epidemie del passato, come il vaiolo, la peste bubbonica, malattie che decimavano le nostre popolazioni e che venivano invano esorcizzate con processioni religiose e con la preghiera collettiva "...a bello, a fame, a morbo, libera nos Domine". Questi atteggiamenti sono evidentemente innati nella nostra psiche e contribuiscono ad attivare meccanismi di difesa collettiva le cui dinamiche sono del tutto assimilabili alla trasmissibilità delle malattie stesse, e così, come un virus, lo stupore, la paura e talvolta la rabbia derivante dalla ineluttabilità del morbo, si diffondono rapidamente in seno alla collettività. In questo contesto i media svolgono oggi un ruolo succedaneo ai rituali del passato, ma fondamentale nella diffusione e scambio delle informazioni. La meningite meningococcica ha tutte le caratteristiche di quelle malattie: è infatti da considerarsi rara, gravata da elevata letalità o da gravi sequele, ha potenziale epidemico e per di più colpisce con maggiore probabilità soggetti fragili per età o condizioni predisponenti. Così, allorché si registra un caso di meningite è altamente probabile che questo venga riportato sugli organi di stampa o sia data eco sui social media. Lo scopo del lavoro è valutare la corrispondenza tra le statistiche ufficiali della malattia meningococcica in Sardegna ed il media reporting dei casi stessi da parte di un locale quotidiano online la cui maggior parte dei lettori è residente nel Nord dell'Isola. **MATERIALI E METODI:** E' stata effettuata, per il periodo 1999-2014, sul sito on-line di un quotidiano locale attraverso il motore di ricerca dello stesso giornale, una ricerca retrospettiva di tutti gli articoli che concernevano casi di malattia meningococcica. La procedura di selezione degli articoli è stata effettuata utilizzando le parole chiave: meningite, meningococco, sepsi, fulminante. Gli articoli selezionati sono stati quindi letti indipendentemente da due ricercatori per lo spoglio dei casi secondo criteri di specificità, esaustività e mutua esclusività. I dati ottenuti sono stati confrontati con quelli riportati nelle tabelle del Servizio Informativo delle Malattie Infettive (SIMI: <http://www.simi.iss.it/dati.htm>). L'uguaglianza nella funzione di distribuzione delle due casistiche è stata testata con il test di Kolmogorow Smirnow per due campioni. L'analisi statistica è stata effettuata con STATA_11. Il livello di significatività è stato posto ad un cut-off di 0,05. **RISULTATI:** Nel periodo considerato sono stati reperiti 350 articoli sul quotidiano locale. Da questi è stato possibile ricostruire 76 casi riferibile a malattia meningococcica occorsa nel periodo considerato. Il numero di articoli per singolo caso oscillava da 1 a 15. I casi del territorio del Nord erano significativamente più rappresentati di quelli del Sud



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dell'Isola. I casi di meningiti non meningococciche riportati dal quotidiano erano più frequentemente di origine virale, pneumococcica seguiti da altre batteriche non specificate. Per lo stesso periodo il SIMI ha riportato 132 casi notificati di malattia meningococcica. La distribuzione dei casi dalle due fonti è riportata nella figura 1.

Nel complesso non si osservano differenze significative nella distribuzione dei casi tra quelli ufficialmente notificati e quelli riportati sul quotidiano (combined K-S=0,40; p=0,18). Peraltro è possibile apprezzare una maggiore corrispondenza negli anni con minore frequenza di casi osservati ed una tendenza all'aumento della sensibilità dei media a catturare la notizia negli anni più recenti. Inoltre si può apprezzare che le notifiche ufficiali non riportano casi oltre il 2012, mentre dal quotidiano è stato possibile intercettare 3 casi nel 2013 e già 2 casi nel 2014.

CONCLUSIONI: Pur con i limiti di una possibile asimmetrica cattura dei dati da parte del quotidiano locale, non sono state osservate differenze significative rispetto alle notifiche ufficiali. In realtà a bassa densità abitativa come quelle della Sardegna, pertanto, malattie a bassa incidenza ma ad alto impatto emotivo come la meningite o la sepsi meningococcica, gravate da alta letalità o gravi sequele, possono essere epidemiologicamente descritte a partire dai casi riportati sui mass media, con una sensibilità prossima a quella fornita dalle statistiche ufficiali, ma con un aggiornamento in real time.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 726

LA CAMPAGNA INFORMATIVA DEGLI SCREENING ONCOLOGICI IN PROVINCIA DI RAGUSA: EVOLUZIONE ED EFFICACIA.

S. Cilia 1, E. Aprile 2, R. Venga 3, C. Interlandi 4, F. Blangiardi 5

1 Resp. U.O.S. Centro Gestione Screening – Dipartimento Medico di Prevenzione, 2 Medico Igienista U.O.S. Centro Gestione Screening ASP 7 Ragusa, 3 Assistente Sanitaria U.O. Epidemiologia e Prevenzione ASP 7 Ragusa, 4 Assistente Sanitaria volontaria U.O. Epidemiologia e Prevenzione ASP 7 Ragusa, 5 Direttore Dipartimento Medico di Prevenzione ASP di Ragusa

INTRODUZIONE: INTRODUZIONE:

Gli screening oncologici sono un complesso investimento per la salute pubblica, che ha come risultato una riduzione della mortalità per tumore. Fin dal 2009 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa ha messo in atto, tramite il Centro Gestione Screening del Dipartimento Medico di Prevenzione, vari processi che hanno migliorato gradualmente le capacità organizzative, la tecnologia e le specializzazioni professionali dedicate garantendo un percorso di qualità e gratuito. In questo contesto, la campagna informativa per la popolazione ha rivestito un ruolo fondamentale per l'incremento della partecipazione agli screening.

OBIETTIVO:

Obiettivo dello studio è descrivere l'avvio e la prosecuzione della campagna informativa rivolta alla popolazione giudicata a rischio di manifestare i tumori della mammella, cervice uterina e colon retto, al fine di diffondere una maggiore consapevolezza dell'efficacia della prevenzione e dell'importanza della tutela della propria salute aderendo all'offerta degli screening oncologici. Ad oggi si vuole valutare se la sensibilizzazione dei cittadini sulle possibilità di prevenzione e cura delle patologie oncologiche ha raggiunto il duplice obiettivo di informare su strutture e servizi offerti dall'Azienda sanitaria e di conseguenza anche l'implementazione della partecipazione agli screening. MATERIALI E METODI: METODO:

La campagna informativa pubblicitaria sugli screening oncologici è stata estesa, fin dal 2009, a tutta la popolazione residente sul territorio provinciale di Ragusa. Ha previsto l'utilizzo di materiale pubblicitario cartaceo prodotto in tipografia, articoli mirati su giornali locali, spot pubblicitari nelle reti televisive locali e affissioni pubbliche di locandine nei Comuni e nei luoghi più frequentati dalla popolazione.

La campagna pubblicitaria si è avvalsa della distribuzione di brochure contenenti le necessarie informazioni sulle modalità di accesso ai programmi di screening, sulla esecuzione dei test e sul percorso clinico operativo organizzato offerto; è stato messo a disposizione della comunità un numero verde a cui poter chiamare per ottenere eventuali informazioni e per accedere ad eventuali prenotazioni degli esami. Inizialmente nel 2009 è stato scelto come slogan "Scegli la prevenzione, più screening più salute" ed è stato coinvolto un attore caratterista locale, Angelo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Russo, molto conosciuto nel territorio per avere partecipato alla fiction “Il Commissario Montalbano”. Sono state distribuite più di 10.000 brochure e locandine con informazioni specifiche sugli screening, accompagnate dai numeri telefonici delle varie strutture sanitarie di riferimento. Nel 2011, in particolare per lo screening del tumore del colon retto, è stato mandato in onda su varie reti televisive locali uno spot in cui due attori locali di teatro simulavano l’arrivo della lettera di invito agli screening e ne spiegavano l’importanza.

Nel 2013 è stata avviata una ulteriore campagna pubblicitaria per gli screening con lo slogan “Non ti scordar di te”, per cui sono state stampate e distribuite brochure e locandine presso le farmacie e gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale.

Al fine di incrementare la diffusione dell’informazione e la partecipazione della popolazione, nel 2014 è stata avviata una più importante campagna pubblicitaria con lo slogan “Tu al centro”, affidando l’incarico a una agenzia pubblicitaria specializzata. Il coinvolgimento di questa ditta ha permesso di implementare in modo più professionale l’informazione della popolazione. Due testimonial d’eccezione hanno prestato gratuitamente la loro immagine per l’iniziativa, provocando un immediato notevole successo: gli attori di fiction televisive e film Andrea Tidona e Loredana Cannata, entrambi ragusani molto conosciuti dalla popolazione locale. È stata indetta una conferenza stampa per l’avvio della campagna pubblicitaria a cui hanno partecipato tutte le testate giornalistiche e le reti televisive locali.

Inoltre, grazie all’implementazione del personale dedicato al Call center screening, sono stati reclutati un numero maggiore di soggetti non rispondenti curando al meglio le richieste di informazione, e sono state implementate una serie di iniziative di sostegno e supporto al programma di screening, quale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Farmacisti e delle Associazioni di volontariato come la LILT e l’AVIS. **RISULTATI:** Il proficuo e sostenuto impegno da parte delle figure professionali coinvolte nella campagna informativa pubblicitaria dei Programmi di screening, ha contribuito all’aumento della sensibilizzazione di tutta la popolazione target e all’implementazione delle adesioni sugli inviti, che sono passate gradualmente dal 20% del 2010 al 30% del 2013. **CONCLUSIONI:** Si stima che con la nuova campagna del 2014 “Tu al Centro” si possa raggiungere un’utenza sempre più numerosa e un empowerment di comunità in cui i cittadini acquisiscono una maggiore presa di coscienza, aumentando la partecipazione fino al 50% così come indicato dall’Osservatorio Nazionale Screening.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 083

VACCINARSI, CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE SULLA POLIO ATTRAVERSO I SOCIAL NETWORK: COSTRUIRE UNA MEMORIA STORICA NELLE GENERAZIONI DIGITALI.

P. Anello 1, A. Ferro 2, M. Colucci 1, C. Amadasi 1, M. Longone 1, E. Marcon 1, V. Baldo 1

1 Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Padova

2 Dipartimento di prevenzione Ulss 17 Este, Padova

INTRODUZIONE: La scarsa percezione del rischio delle malattie infettive è tra i determinanti del rifiuto vaccinale; tra le sue cause, il fatto che in Italia, grazie alle vaccinazioni, non siano più presenti malattie come poliomielite. Recenti studi sulle strategie di comunicazione suggeriscono, inoltre, come una campagna informativa non possa ormai prescindere dai social network, capillarmente diffusi nella fascia di età tra i 20 e i 45 anni. La stessa che, per motivi anagrafici, possiede una minore o nulla memoria storica della malattia, ed è al tempo stesso responsabile di decisioni relative alle vaccinazioni infantili.

I dati di insight del primo mese di attività della pagina Facebook di VaccinarSi confermano come le preferenze degli utenti siano rivolte a contenuti iconografici, accompagnati da testi brevi, di immediata comprensione, e ad elevato impatto emotivo. Ottengono un maggior “post engagement rate” (rapporto tra la somma del numero di “mi piace”, commenti e condivisioni di un post e il totale dei fan della pagina) video, immagini, notizie e testimonianze relative a casi di malattia infettiva. Anche il numero di click (numero di utenti che visualizzano il contenuto postato) è maggiore rispetto ai contenuti testuali.

Su tali premesse, il Gruppo Comunicazione di VaccinarSi ha lanciato sui Facebook e Twitter una campagna di sensibilizzazione sulla storia della poliomielite. L'occasione è data dalla ricorrenza dei 50 anni dall'introduzione della vaccinazione antipolio in Italia, e dall'attualità del tema, legata ai continui focolai epidemici segnalati dall'Oms. L'obiettivo è riattivare la consapevolezza della malattia nel target di popolazione, attraverso un metodo storico-narrativo. **MATERIALI E METODI:**

Per la ricerca dei materiali audiovisivi sono stati considerati siti web scientifici e divulgativi, contenenti sezioni dedicate alla storia delle vaccinazioni, tra cui: The history of vaccines (m.historyofvaccines.org), National Museum of American Story (amhistory.si.edu), Polio eradication (polioeradication.org), History channel (history.com), Salk institute (salk.edu), March of dimes (marchofdimes.com). Per i video sulla vaccinazione antipolio in Italia, la ricerca è stata condotta in archivi storici quali “Banca della memoria del Casentino” e “Cinecittà – Istituto Luce”. I documentari sulla ricerca del vaccino e sulla vaccinazione antipolio negli Stati Uniti sono reperibili sul canale YouTube della March of Dimes e nell'archivio online della Rai.

Si è inoltre scelto di dare un taglio divulgativo ai materiali informativi appositamente prodotti, come consigliano metodologie di comunicazione della salute diffuse a livello nazionale e internazionale (Dors, Cdc, ecc.), al fine di favorire la comprensione corretta, il coinvolgimento



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dell'utente, e un rinforzo positivo al suo atteggiamento vaccinale. In ogni sessione di pubblicazione, si bilanciano i contenuti "nozionistici" affiancandoli a contenuti audiovisivi. **RISULTATI:** La campagna di sensibilizzazione è stata pianificata dal 21 maggio al 24 ottobre 2014, data della giornata mondiale della poliomielite (23 settimane di programmazione). I seguenti contenuti, accompagnati da un hashtag esclusivo (#StoriaDellaPolio), sono pubblicati con cadenza settimanale:

- 4 post per attirare l'attenzione e sollecitare la curiosità degli utenti prima dell'attivazione della campagna, pubblicati ogni due giorni. Allo stesso fine, sono stati realizzati, con un'applicazione Facebook, alcuni sondaggi per aumentare l'engagement;
 - 100 immagini e foto dell'epoca, tra cui: Elvis Presley che si sottopone alla vaccinazione anti-polio, Marilyn Monroe in posa per la raccolta fondi, i poster della March of Dimes, fumetti e francobolli dedicati alla polio;
 - 23 video, tra cui: due documentari sulla nascita del vaccino, cinque video storici italiani che promuovono la vaccinazione anti-polio, otto video della March of Dimes in cui celebrità internazionali promuovono la raccolta fondi, due interviste a esperti sul progetto di eradicazione della poliomielite;
 - 30 poster informativi sul poliovirus, che descrivono: l'infezione e le possibili complicanze, le figure di Salk e Sabin e i rispettivi vaccini, l'iniziativa March of Dimes, fatti e documenti storici legati alla malattia, curiosità (Figura 1), personaggi del mondo dello spettacolo con esiti da poliomielite;
 - aggiornamenti sui casi di poliomielite e l'eradicazione della malattia, dalla sezione "In primo piano" del sito vaccinarsi.org.
- CONCLUSIONI:** La campagna di sensibilizzazione sulla polio si affianca alle altre attività di VaccinarSì, volte a diffondere una corretta informazione scientifica su Internet. I social network sono oggi un canale indispensabile per le campagne comunicative, ma implicano una profonda conoscenza dei contenuti maggiormente in grado di catturare l'attenzione dell'utenza. Inoltre, permettono di raggiungere quel target (generazione digitale) che, non avendo esperienza diretta della malattia, è più predisposta a un atteggiamento neutrale o negativo verso la vaccinazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 554

“ATTESA IN SALUTE”: UN PERCORSO DI COMUNICAZIONE DALLA PREVENZIONE REGIONALE AI SERVIZI TERRITORIALI DELL’ULSS 12 VENEZIANA.

R. Sciarrone 1, M. Colucci 2, C. Ziprani 1, A. Pettenò 3, F. Russo 3

1 Dipartimento di Prevenzione Ulss 12 Veneziana, Venezia.

2 Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Padova.

3 Settore Promozione e sviluppo Igiene e Sanità pubblica - Regione del Veneto, Venezia.

INTRODUZIONE: Il progetto “Attesa in salute” ha l’obiettivo di divulgare, all’utenza dell’Ulss 12 Veneziana, messaggi di prevenzione e promozione della salute, sfruttando i tempi trascorsi nelle sale d’attesa dei servizi territoriali. La strategia informativa, basata su brevi messaggi audiovisivi, è stata ideata dall’U.O.S.D. Educazione e promozione della salute (Unità Eps) del Dipartimento di Prevenzione dell’Ulss 12. I filmati sono stati ricavati da una campagna di comunicazione della salute (Ccs) – il format televisivo “Prevenzione salute” (Figura 1), in dieci puntate – prodotta dal Settore Promozione e sviluppo Igiene e Sanità pubblica della Regione del Veneto. La letteratura supporta l’evidenza di come tali messaggi siano in grado, se non di determinare il cambiamento comportamentale, di svolgere un’azione di stimolo e/o rinforzo dello stesso. **MATERIALI E METODI:** A livello regionale, la Ccs ha seguito un modello consolidato da realtà istituzionali statunitensi (CDC, John Hopkins Bloomberg School of Public Health, National Institute of Health). Tale modello segue un processo a tappe: 1) analisi: definizione del problema di salute, del target di popolazione, oltre che di setting, strumenti operativi e risorse; 2) design: definizione di obiettivi, messaggi, canali, procedure e piano di comunicazione; 3) attuazione; 4) monitoraggio. L’attuazione del modello, adattato al contesto, è stata verificata elaborando un’apposita check-list. Per avvicinare l’informazione al target (popolazione generale), le è stato dato un carattere “regionale”, individuando realtà e soggetti legati al territorio, e presentando le tematiche con un taglio attento alla dimensione e all’offerta sanitaria veneta. A livello di redazione, si è cercato di conseguire le maggiori chiarezza, semplicità e immediatezza, limitando i “tecnicismi”. Si è inoltre adottata, dove possibile, la teoria del framing nel formulare i messaggi di salute. La scaletta e il contenuto di ogni puntata sono stati redatti a livello regionale. La Ccs è stata seguita da due operatori, una psicologa e un medico-giornalista. La produzione della trasmissione è stata finanziata con 30 mila euro lordi, e assegnata mediante concorso a un’emittente locale. I temi delle puntate sono stati: campagna “GenitoriPiù” e allattamento materno; attività motoria e alimentazione; vaccinazioni; fumo; alcool; screening oncologici; melanomi; malattie emergenti trasmesse da vettori; ribaltamento trattori e cadute dall’alto; sistemi di gestione della sicurezza aziendale. L’Unità Eps ha scelto i primi sette temi per il proprio progetto. A livello aziendale, i filmati della Ccs sono stati ulteriormente adattati all’obiettivo. Dopo la conversione dell’audiovisivo in un formato adeguato ai comuni televisori, sono stati creati,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

mediante software di video editing, dei brevi clip a “domanda/risposta”. Tale scelta è stata fatta per favorire una ricezione: 1) di singoli messaggi, in un contesto dove l’attenzione dell’utente è ridotta; 2) pluritematica, nonostante il limitato tempo di permanenza dell’utente. Si sono quindi studiate due raccolte, una per le sale d’attesa dei Servizi vaccinali e una per quelle delle Commissioni patenti, con riproduzione casuale dei clip sui vari temi.

Si è inoltre potenziato l’apparato trasmissivo, acquistando 9 televisori per un costo totale di circa 3 mila euro (6 dall’Unità Eps e 3 dal Sisp) per le sale d’aspetto degli ambulatori del Dipartimento di prevenzione (Vaccinazioni e Commissione patenti) e dei Servizi vaccinali pediatrici (Lido, Venezia Giustinian, Zelarino, Marghera, Favaro). **RISULTATI:** A livello regionale, la campagna è stata prodotta da maggio 2012 a maggio 2013. Sono stati 35 gli interventi totali, tra esperti in studio e interviste esterne. La trasmissione è andata in onda da marzo a maggio 2013. Ogni puntata, di 30 min., è stata diffusa con replica: le 20 messe in onda sono state visionate da 366.621 utenti, in media 17 mila visualizzazioni a puntata (dati Auditel).

In seguito, la Direzione Prevenzione regionale ha finanziato la produzione di 51 cofanetti, contenenti i dvd dell’intero format, distribuendoli ai Dipartimenti di Prevenzione veneti nel dicembre 2013.

Da tali filmati, presso l’Unità Eps si sono prodotti 59 clip, per un totale di 108 minuti di visualizzazione (1’ 50” di durata media per clip). Ogni raccolta viene trasmessa a rotazione continua. Il progetto è stato avviato nel mese di aprile 2014. **CONCLUSIONI:** La sanità del futuro ha sempre più necessità di investire in prevenzione e promozione della salute. A tal fine, raggiungere l’utente con messaggi informativi è un passaggio cruciale. Adeguate strategie di comunicazione possono essere studiate, con costi contenuti, valorizzando punti deboli dell’organizzazione sanitaria, come appunto i tempi di attesa. È già in fase di studio l’estensione del progetto ad altri ambiti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 694

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI FORMATIVI INFERMIERISTICI NEL MIGLIORARE I COMPORTAMENTI DI AUTOCURA IN PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPEMSO CARDIACO. RISULTATI DI UNA REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

G. Damiani¹, Maria Luisa Rega², Caterina Galletti², Carolina Marzuillo³, Walter Ricciardi¹, Paolo Villari³, Corrado De Vito³

1 Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 Corso di Laurea Magistrale Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

3 Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE: Attualmente lo scompenso cardiaco costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, sia per la sua frequenza e le implicazioni in termini di mortalità, morbidità e qualità della vita, sia per il carico assistenziale che comporta e, di conseguenza, i costi correlati. Lo scompenso cardiaco è una patologia della popolazione anziana, per la quale il tasso di ospedalizzazione, significativamente elevato, è pari a 1.469 ricoveri per 100.000 abitanti, circa cinque volte superiore al tasso complessivo, assorbendo circa il 2,6% di tutte le giornate di degenza erogate, sia in regime ordinario sia in day-hospital.

Gli interventi educativi dopo la dimissione costituiscono uno dei sistemi più efficaci per migliorare le abilità di autocura e i comportamenti tra i pazienti con scompenso cardiaco, e, in ultima analisi migliorare la prognosi e ridurre i tassi di riammissione in ospedale.

L'obiettivo di questa meta-analisi è di sintetizzare i risultati degli studi sperimentali che hanno valutato l'efficacia degli interventi di formazione guidati da infermieri sull'autogestione tra i pazienti con scompenso cardiaco in termini di miglioramento dei comportamenti di autocura

MATERIALI E METODI: Sono stati inclusi studi sperimentali randomizzati controllati (RCT) che hanno valutato l'efficacia degli interventi di autogestione effettuati da infermieri con qualsiasi metodo di comunicazione o di formazione (di persona, via telefono, email, scritta, verbale, audiovisivo, elettronico), su pazienti di età pari o superiore a 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco.

Gli studi sono stati inclusi se nell'intervento descritto i pazienti o i parenti hanno mantenuto il ruolo primario nella gestione della condizione di salute. Sono stati esclusi interventi educativi in cui gli infermieri sono stati coinvolti nella valutazione medica o nell'ottimizzazione della terapia. La ricerca bibliografica è stata condotta su Pubmed e sui principali motori di ricerca elettronici (Embase, CINAHL, Scopus e Web of Science). L'esito di interesse è stata l'efficacia degli interventi di autogestione per migliorare i comportamenti di autocura tra i pazienti, misurati con scale comportamentali appropriate. I tempi per la misurazione sono stati divisi in breve termine (3 mesi), medio termine (6-9 mesi) e lungo termine (12 mesi). Per le analisi di dati continui è stata



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

calcolata la differenza media standardizzata (DMS), insieme con l'intervallo di confidenza al 95% (IC 95%), dal momento che lo stesso concetto di base è stato misurato utilizzando diverse scale.

RISULTATI: La ricerca ha permesso di individuare 96 studi, di cui otto hanno soddisfatto i criteri di inclusione, per un totale di 1.012 partecipanti. Sei su dieci partecipanti erano maschi e l'età media cumulativa all'inizio degli studi era di 69 anni ($\pm 10,2$). Tre su sette studi (per un totale di 442 soggetti) ha riportato le comorbidità più rilevanti che, in ordine di frequenza combinata, sono: ipertensione (54,1%), diabete (32,8%) e malattie polmonari (26,5%).

Due studi sono stati condotti nei Paesi Bassi, uno in Svezia, uno negli USA, uno in Colombia uno a Taiwan e uno in Iran. La lunghezza massima del follow-up è stata di 12 mesi per due studi, nove mesi per altri due studi e, infine, quattro mesi e tre mesi per uno e tre studi, rispettivamente. Cinque studi che coinvolgono 484 partecipanti hanno valutato le capacità di autocura a 3 mesi (a breve termine). La differenza media standardizzata è risultata di 0,64 (IC 95% 0,19-1,10) a favore dell'intervento autocura a 6-9 mesi (periodo intermedio). In questo caso la differenza media standardizzata è stata di 0,45 (CI 95% -0,12-1,02).

L'effetto a lungo termine dell'intervento formativo è stato valutato da due studi. Il più grande dei quali ha coinvolto 265 partecipanti e l'altro ha coinvolto 106 partecipanti. L'analisi combinata ha mostrato un miglioramento non statisticamente significativo del comportamento di autocura (DMS 0,06, IC 95% -0,15-0,26). **CONCLUSIONI:** Questa meta-analisi costituisce un'ulteriore prova dell'importanza del ruolo dell'infermiere nello sviluppo di adeguati comportamenti di autocura in pazienti con scompenso cardiaco, fatto essenziale per mantenere la stabilità della malattia.

L'intervento formativo guidato dall'infermiere risulta essere di grande supporto nel migliorare i comportamenti di autocura dei pazienti, ma solo nel breve periodo (3 mesi). L'impiego di gruppi multidisciplinari sembra essere una caratteristica importante dei programmi di gestione dello scompenso cardiaco, in particolare, l'infermiere specializzato in malattie cardiache occupa una posizione chiave in tali programmi, essendo dimostrato che le strategie di gestione dello scompenso cardiaco che coinvolgono un infermiere specializzato sono efficaci nel migliorare gli esiti. La funzione infermieristica deve essere programmata anticipatamente non solo per le fasi di assistenza intermedia (post-acuta e sub-acuta) ma anche per le successive fasi di lungo-assistenza. Questo elemento evidenzia la criticità nel trattamento acuto post-scompenso cardiaco della mancanza di una continuità dell'assistenza. In quest'ottica il potenziamento del ruolo degli infermieri, tanto con funzioni di case-manager quanto con funzioni cliniche, rappresenta un'opportunità prioritaria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 605

LA FORMAZIONE CONTINUA COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO E CRESCITA PROFESSIONALE: INDAGINE CONOSCITIVA SUI SOCI SITI DELLE PROFESSIONI SANITARIE. STATO DI FATTO E PROPOSTE FUTURE.

A.Fabbro¹; S.Miceli¹; C.Russo¹; R.Rosselli¹; A. Macedonio¹; R. Donnoli¹; A. Butera¹; C. Melotti¹; G. Mereu¹; F. Comincini¹

1 Consulta Professioni Sanitarie SItI

INTRODUZIONE: La formazione continua è uno strumento di miglioramento e crescita professionale rivolta a tutte le Professioni. L'indagine è utile al fine di rilevare criticità e proposte delle Professioni Sanitarie in tema di formazione ECM allo scopo di valutare quali azioni la Consulta può intraprendere per favorire interventi formativi mirati e finalizzati alla crescita scientifica delle Professioni Sanitarie. **MATERIALI E METODI:** E' stato proposto un questionario online rivolto alle Professioni Sanitarie iscritte alla SItI. Con il contributo della Segreteria Nazionale SItI sono stati recuperati gli indirizzi e-mail di tutti i soci appartenenti alle 22 Professioni Sanitarie ed è stata inoltrata a ciascuno di loro una e-mail univoca con l'accesso riservato al questionario online predisposto dai membri della Consulta. Il questionario era caratterizzato da 16 domande di cui una prima parte inerenti ai dati del Professionista (Regione, Professione, titolo di studio, ruolo aziendale, Struttura di appartenenza) e l'altra con domande specifiche sulla formazione. L'indagine è stata avviata il 07 Marzo e conclusa il 15 Maggio 2014. **RISULTATI:** La percentuale di risposta da parte dei soci ha raggiunto il 56%. Sono stati inviati circa 460 questionari. Su 260 questionari compilati, 230 sono da considerare validi per corretta e completa compilazione. L'analisi dei dati ha evidenziato che il tasso di risposta sul territorio Italiano è stato del 23% al Sud, 29% al Centro e 48% al Nord. Nel dettaglio, da alcune Regioni non è pervenuto nessun dato mentre altre hanno risposto in modo molto rilevante.

Le Professioni Sanitarie che hanno risposto maggiormente sono l'Assistente Sanitario (50%) e il Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (18%). Il titolo di studio maggiormente rappresentativo è la Laurea (50%). Il 50% dei rispondenti ha dichiarato di non aver ruoli aggiuntivi rispetto a quello di base del proprio profilo di appartenenza. Il 48% lavora nei Dipartimenti di Prevenzione. Il 73% ha dichiarato di prestare servizio da oltre 3 anni ed il 96% afferma di partecipare a corsi di formazione ECM. Il 92% partecipa ai corsi ECM per il miglioramento e la crescita professionale mentre il 33% di chi non partecipa dichiara di non essere sostenuto economicamente dalla propria Azienda. Il 56% dei rispondenti partecipa dai 2 a 5 corsi ECM all'anno e il 62% ha acquisito oltre 50 ECM nell'ultimo triennio. La maggior parte dei Professionisti Sanitari ha dichiarato che le fonti della propria formazione sono aziendali o da parte di Società Scientifiche. Il 66% dichiara che la formazione continua è uno strumento utile a far acquisire conoscenze per rispondere ai bisogni di salute del cittadino. Quasi il 50% ha risposto che



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

i corsi di formazione a cui partecipano sono abbastanza teorici. Quasi il 90% afferma che la Consulta delle Professioni Sanitarie può contribuire alla propria formazione. Come tipologia di offerta formativa più efficace, il 60% preferisce corsi di formazione sul campo. L'argomento indicato come più interessante nei corsi ECM è la comunicazione in sanità (35%). Circa l'87% dei rispondenti afferma che i corsi di formazione rivolti esclusivamente alle Professioni Sanitarie sono più efficaci se proposti da Professioni Sanitarie. **CONCLUSIONI:** L'indagine ha ottenuto un buon risultato in termini di risposta, tuttavia diversi indirizzi e-mail forniti dai soci al momento dell'iscrizione non sono corretti, pertanto non è stato possibile raggiungerli capillarmente con la modalità e-mail.

Le proposte emerse da parte dei rispondenti, verranno prese in considerazione dalla Consulta che si attiverà nel proporre eventi formativi dedicati alle Professioni Sanitarie sulla base della tipologia di formazione e degli argomenti maggiormente richiesti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 556

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DI RAGUSA E L'USO DEL QUESTIONARIO DI GRADIMENTO COME STRUMENTO DI CONTINUO MIGLIORAMENTO

R. Ferranti 1; F. Blangiardi 2

1 Dipartimento di Prevenzione ASP 7 Ragusa

2 Dipartimento "G.F. Ingrassia" - Università degli studi di Catania

INTRODUZIONE: Gli obiettivi di politica aziendale devono essere orientati a garantire :

- L'uniformità di accesso alle prestazioni sanitarie
- La qualità tecnica delle prestazioni
- La qualità organizzativa
- La sicurezza dell'operatore e degli utenti
- La valorizzazione professionale degli operatori
- I diritti e la soddisfazione degli utenti

E devono consentire la misurazione del loro grado di raggiungimento.

La qualità in sanità è una variabile multidisciplinare, le sue componenti principali sono rappresentate dalla qualità tecnica dell'atto professionale, dalla qualità organizzativa del processo gestionale e dalla qualità percepita da parte degli utilizzatori dei servizi. Il modo di operare nei servizi pubblici sanitari deve porre al centro il cittadino/utente e deve quindi tener conto delle sue esigenze e dei bisogni.

La qualità percepita è la soddisfazione delle esigenze dei cittadini/clienti, siano esse implicite, esplicite o latenti, e quindi è la capacità che il servizio offerto ha di rispondere alle loro aspettative.

Il servizio erogato è il risultato di un processo dove un insieme di persone interagiscono all'erogazione del servizio stesso (personale di contatto, back-office). Il giudizio sull'erogazione di un servizio è sempre strettamente soggettivo, la customer satisfaction non dipende solo dalla percezione del servizio erogato ma è anche influenzata dal tipo di servizio atteso dal cliente.

La valutazione della qualità dei servizi espressa dal cittadino cliente è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria si impegna a perseguire l'obiettivo della qualità totale per far coincidere i servizi offerti dall'Azienda con le richieste dei cittadini, ottimizzando le risorse disponibili e intervenendo con azioni mirate e progetti specifici.

Attivare un'analisi della valutazione della qualità dei servizi significa realizzare l'ascolto del cliente che non si traduce in un sondaggio di opinioni, ma rappresenta la capacità di ascoltare i bisogni del cittadino che vede realizzare le proprie aspettative. MATERIALI E METODI: Dal 1° Gennaio 2014 sono stati somministrati n.149 questionari di gradimento nel Dipartimento di Prevenzione della Provincia di Ragusa, questi sono divisi in diversi items quali: dati anagrafici, che mantengono la privacy del compilatore informano sulla sua appartenenza o meno al territorio dell' ASP e sulla propria attività lavorativa e il titolo di studio; valutazione dell' accessibilità ai servizi sia in termini



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di prenotazione che di accesso alla struttura e alle barriere architettoniche; tempi d'attesa intesa in tutta l'erogazione della prestazione dalla prenotazione all'eventuale ritiro del referto; comfort della struttura; relazione con il personale in termini di accoglienza, assistenza e ascolto; relazioni esterne in termini di reclamo, qualità dell'assistenza in termini di informazioni, accoglienza e rispetto della privacy; indice di gradimento e possibili miglioramenti. **RISULTATI:** Da una prima analisi dei dati ottenuti i risultati sono confortanti in quanto premiano il buon lavoro fatto dal Dipartimento di Prevenzione con ottimi risultati in termine di soddisfazione per i tempi di attesa e per il personale in tutte le sue figure sia sanitario che non, in particolar modo è stata molto gradita la cortesia del personale mentre l'utenza avrebbe preferito un miglioramento più che altro strutturale come il miglioramento del parcheggio e migliorare le informazioni per l'utenza per conoscere i servizi dei quali si può usufruire in quanto ad oggi il migliore informatore in merito sembra essere il medico di famiglia.

Altro punto a favore per il lavoro del Dipartimento di Prevenzione è stato il fatto che in passato la stessa utenza che ha compilato il questionario, pur avendo usufruito dei servizi non ha avuto mai reclami.

In particolar modo il punteggio medio, punteggio che va da 1 (pessimo) a 5 (ottimo) nei diversi items è risultato 4 per comfort, 5 per relazione, 4 per qualità dell'assistenza, 4 per soddisfazione generale. **CONCLUSIONI:** Attraverso questi questionari di gradimento, processo di valutazione ancora in itinere, si è potuto sottolineare il buon lavoro condotto fino ad ora dal Dipartimento di Prevenzione ed è in atto un processo di continuo miglioramento anche grazie all'analisi dei dati che ci sono stati forniti e l'utilizzo di questi come dati come ottimizzazione dei servizi offerti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 521

IL QUESTIONARIO DI FREQUENZA ALIMENTARE WEB-BASED ASSO-FFQ: VALIDAZIONE E RIPRODUCIBILITA' IN RELAZIONE ALL'APPORTO DI ALIMENTI

A. R. Filippi 1; G. Napoli 1; E. Amodio 1; A. Firenze 1; C. Mammina 1; G. Tabacchi 1

1 Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", Palermo

INTRODUZIONE: I food frequency questionnaires (FFQ) sono gli strumenti più comunemente utilizzati per la stima dell'assunzione quotidiana di alimenti e bevande tra gli adolescenti, grazie alla loro versatilità e al basso costo. Il progetto ASSO (Adolescenti e Sistema di Sorveglianza per la Prevenzione dell'Obesità), finanziato dal Ministero della Salute, mira a sviluppare e testare un sistema di sorveglianza su obesità e stili di vita nell'adolescenza; la principale innovazione del progetto è rappresentata dall'uso di un software (ASSO-NutFit) basato su una piattaforma web accessibile nell'ambiente scolastico, che permette una raccolta standardizzata di dati completi e parzialmente elaborati, sul consumo di cibo, comportamenti e stili di vita degli adolescenti. L'ASSO-FFQ è un questionario semi-quantitativo sviluppato dagli esperti del gruppo ASSO per soddisfare l'esigenza di fornire uno strumento valido, affidabile, veloce e facile da usare per la valutazione del consumo di cibo negli adolescenti. La validità e la riproducibilità di un FFQ sono caratteristiche di fondamentale importanza per uno strumento il cui utilizzo deve essere esteso a orizzonti nazionali e internazionali. Il presente lavoro descrive la validità e la riproducibilità dell'ASSO-FFQ, con riferimento al consumo di 24 gruppi di alimenti. **MATERIALI E METODI:** Soggetti coinvolti: Per l'analisi della validità, è stato considerato un campione di 92 soggetti di età compresa tra 14 e 17 anni, che ha compilato l'ASSO-FFQ e il WFR settimanale. L'analisi della riproducibilità ha coinvolto un totale di 185 soggetti, di età compresa tra 14 e 17 anni, che ha completato l'ASSO-FFQ due volte a distanza di circa un mese. Il protocollo del Progetto ASSO è stato approvato dal comitato etico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo (codice n.9/2011) e i genitori dei soggetti coinvolti nello studio hanno firmato il consenso informato. **Analisi statistica per lo studio di validità:** Sono stati stimati per l'ASSO-FFQ e il WFR le mediane e gli intervalli interquartili del consumo dei seguenti 24 gruppi di alimenti (misurati in g ed ml): ortaggi, frutta fresca, frutta secca, semi e noci, legumi, cereali da colazione, pane bianco, sostituti del pane, pasta/riso/couscous, patate, dolci, formaggi/yogurt, prodotti della pesca, carne, uova, grassi di origine animale, grassi di origine vegetale, altri alimenti, acqua, bibite gassate, succhi di frutta, latte, tè/caffè, bevande alcoliche.

Il test di Wilcoxon per dati appaiati è stato eseguito per valutare la significatività statistica delle differenze degli apporti tra i due metodi, ed è stato calcolato il coefficiente di correlazione(cc) di Spearman per valutare il grado dell'associazione tra i due metodi. Per verificare il livello di concordanza tra i due strumenti è stato calcolato il kappa pesato; sono inoltre state stimate le percentuali di individui classificati nello stesso quintile o in quintili adiacenti, per ciascun gruppo di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

alimenti. Per eseguire il test di Bland e Altman, al fine di stabilire i limiti di concordanza (LOA), sono stati normalizzati i dati (logaritmo naturale). Il test t di Student è stato effettuato per indicare se, in media, l'ASSO-FFQ sistematicamente sovrastima o sottostima il WFR.

Analisi statistica per lo studio di riproducibilità

Le analisi statistiche relative alla riproducibilità sono sovrapponibili a quelle effettuate per la validità, fatta eccezione per il coefficiente di correlazione intraclasse (ICC) e il coefficiente di ripetibilità (CR). L'ICC è stato utilizzato al posto del coefficiente di correlazione di Spearman, e i cutoff sono stati interpretati come segue: ≤ 0.40 = scarso; $0.41-0.75$ = da discreto a buono; > 0.75 = eccellente. Il CR è direttamente correlato ai LOA che contengono il 95 % delle differenze tra misurazioni ripetute sugli stessi soggetti.

Tutte le analisi statistiche sono state eseguite con il software STATA/MP 12.1 (StataCorpLP, College Station, TX, USA) ed un P valore di 0.05 è stato usato come soglia per la significatività.

RISULTATI: Validità: In Tabella 1 sono mostrate le mediane, i range interquartili, i valori di kappa, le percentuali di individui classificati nello stesso quintile o in quintili adiacenti, e i cc di Spearman. Il test di Wilcoxon ha mostrato per 19 gruppi di alimenti che le stime prodotte dall'ASSO-FFQ sono significativamente differenti da quelli del WFR. Un cc alto ($r \geq 0.4$) è stato osservato per ortaggi, bevande analcoliche, latte e tè/caffè. La percentuale di individui classificati nello stesso quintile o in quello adiacente varia dal 40% (bevande alcoliche) al 100% (frutta secca). I valori del kappa pesato mostrano un accordo moderato/sostanziale ($k=0.41-0.80$) per le bevande analcoliche, latte e tè/caffè; per le ortaggi, cereali da colazione, altri alimenti, dolci prodotti della pesca acqua e succhi di frutta è stato trovato un accordo discreto ($k=0.21-0.40$). Il metodo di Bland e Altman, applicato sui dati trasformati, ha evidenziato una generale sovrastima dell'ASSO-FFQ rispetto al WFR, e il test t di Student ha rivelato che questa differenza è significativa per 17 gruppi alimentari. Tutti i gruppi alimentari hanno mostrato dei LOA in cui almeno il 90% delle unità si è posizionato all'interno delle bande. **Riproducibilità:** Il test di Wilcoxon ha mostrato differenze significative (positive) solo per i sostituti del pane, altri alimenti (quali pizza, piadine, ecc), acqua e bibite gassate. I valori del kappa pesato hanno mostrato un sostanziale accordo ($0.61-0.80$) per le bevande alcoliche, mentre variano tra 0.41 e 0.60 per ortaggi, frutta fresca, cereali per la colazione, sostituti del pane, pasta/riso/couscous, patate, dolci, formaggi/yogurt, prodotti della pesca, carne, uova, grassi animali, grassi vegetali, altri alimenti, bevande analcoliche, succhi di frutta, latte, tè/caffè.

I valori di ICC hanno mostrato scarsa affidabilità ($0.21-0.39$) per frutta secca, semi e noci, legumi, pane bianco, acqua, succhi di frutta, mentre per tutti gli altri gruppi alimentari è stato osservato un livello di affidabilità da discreto a buono (> 0.40). Venti dei 24 gruppi di alimenti hanno mostrato differenze medie positive (FFQ1 - FFQ2), indicando che le stime di consumo ottenute dalla seconda somministrazione sono generalmente inferiori a quelli derivanti della prima. Il grafico allegato mostra il metodo di Bland e Altman per legumi, grassi vegetali, carne e altri alimenti. Le osservazioni sono ben distribuite attorno alla media e solo in un numero limitato di



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

casi si presentano al di fuori. **CONCLUSIONI:** Nel presente studio è stata valutata la validità e la riproducibilità di un nuovo FFQ web-based, per la misurazione dei consumi negli adolescenti. L'analisi esplorativa dei dati ha mostrato che l'ASSO-FFQ è uno strumento valido e adeguato per classificare gli adolescenti secondo il consumo di gruppi alimentari, anche se, in linea con la maggior parte di studi simili, non è in grado di quantificare correttamente i consumi assoluti di alcuni gruppi di alimenti. Questa performance limitata può essere spiegata dalle caratteristiche personali dei soggetti coinvolti nell'analisi. L'analisi della riproducibilità ha rivelato un buon livello di affidabilità delle misure ripetute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 185

AUDIT SULL'ADESIONE DEGLI OPERATORI ALLE PROCEDURE CORRETTE DI ATTIVITA' VACCINALE PRESSO L'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI 4 "MEDIO FRIULI"

T. Gallo 1 ; B. Boccaccino 2 ; B. Cerno 1 ; G. Degani 5; A. Fabbro 1 ; D.Fantini 3 ; F.Farneti 4 ; S.Miceli 1, A. Vit 1; G.Zuliani 1 ; S. Degano 3

1 ASS 4 "Medio Friuli", Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Udine

2 ASS 4 "Medio Friuli", Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Medicina Legale, Udine

3 ASS 4 "Medio Friuli", Accredimento, qualità, risk management , Udine

4 ASS 4 "Medio Friuli", Direzione Medica IMFR "Gervasutta ", Udine

5 Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, Università degli Studi di Udine

INTRODUZIONE: L'indagine nasce dall'esigenza di verificare l'aderenza dell'attività svolta dal servizio vaccinazioni del Dipartimento di Prevenzione dell'ASS4 "Medio Friuli" al Regolamento della seduta vaccinale adottato con Delibera di giunta Regionale n. 1769 del 20 Luglio 2007. Con il processo di incident reporting aziendale, infatti erano stati rilevati alcuni near miss che avevano permesso di mettere in evidenza qualche punto critico nell'ambito del percorso relativo alle vaccinazioni e l'effettuazione dell'audit è stata una delle azioni di miglioramento progettate ed attuate.

In particolare si è resa evidente la necessità di documentare eventuali scostamenti rispetto al modello comportamentale ufficiale poiché le criticità rilevate indirizzavano verso una eccessiva discrezionalità dei comportamenti effettivamente messi in atto dai professionisti; si è ritenuto di garantire in questo modo la possibilità di mettere in luce eventuali punti di debolezza (con proposte di miglioramento) anche della procedura ufficiale deliberata dalla Giunta Regionale.

MATERIALI E METODI: L'audit è stato effettuato in tutti i distretti sanitari dell'ASS4 "Medio Friuli" selezionando in modo casuale 16 sedute vaccinali nel periodo tra il 28.10.2013 ed il 27.11.2013, rendendo anonime le sedi vaccinali con numeri da 1 a 5. Le osservazioni sono state effettuate da medici e assistenti sanitari dell'ASS4, anche con la collaborazione del risk manager aziendale, per le prime vaccinazioni e le successive attraverso una scheda che prevede le opzioni si no non applicabile per domande che verificano l'esecuzione di controlli prevaccinali, l'effettuazione di un'anamnesi completa, l'adeguata comunicazione delle informazioni riguardanti i vaccini, la corretta preparazione e somministrazione dei vaccini. **RISULTATI:** Su 277 osservazioni complessive risulta che il processo di identificazione dei vaccinandì è migliorabile nel 40%. Nel processo di counselling prevaccinale mentre è sempre effettuata l'anamnesi e compilata la scheda informatizzata, verificata l'assenza di controindicazioni e sempre forniti chiarimenti quando richiesto (100%), solo nei due terzi dei casi (72%) viene illustrato il piano vaccinale, e a meno della metà (46%) sono spiegati i rischi e benefici delle vaccinazioni.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Il protocollo di preparazione dei vaccini è posizionato davanti al tavolo di lavoro nel 60% dei casi; la procedura più adeguata di preparazione dei vaccini (che implica meno possibilità di errori) viene seguita nel 91,4% per il primo vaccino e nel 79,3 % per il secondo vaccino.

La fase conclusiva della seduta vaccinale ha buone performance (100%) per registrazione informatizzata e cartacea della vaccinazione mentre la trascrizione sul libretto vaccinale del lotto non viene effettuata in un caso su cinque. Le informazioni riguardanti possibili reazioni avverse sono fornite nell'86% dei casi mentre le schede per la compilazione delle reazioni non vengono consegnate nel 20% dei casi. Le informazioni relative alla vaccinazione rimangono il dato critico risultando complessivamente che solo nel 30 % delle occasioni sono spiegate le caratteristiche del vaccino, nel 23% i benefici attesi, nel 20% i rischi, nel 16% l'epidemiologia della malattia, nell'8% i pericoli da mancata vaccinazione. **CONCLUSIONI:** La scelta di effettuare un Audit organizzativo rappresenta complessivamente un'azione di verifica e di crescita nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione. I risultati hanno confermato un ottimo utilizzo dei percorsi informatizzati mentre ambiti di miglioramento si evidenziano nell'area della comunicazione con l'utente. Per il futuro dovranno essere previsti progetti operativi che migliorino i processi informativi attraverso l'individuazione di "pacchetti standardizzati" di informazioni sintetiche ma precise ed esaustive che nel tempo limitato della seduta possano garantire un'adesione consapevole alla vaccinazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 123

FORMAZIONE, COMPETENZE E INSERIMENTO LAVORATIVO: REVISIONE DELLE ATTIVITÀ PRATICHE DELL'ASSISTENTE SANITARIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E SETTORE PRIVATO

R. Ghizzo 1, P. Roa' 1, V. Nascimben 1, T. Covre 1, C. Russo 1

1 Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria-Università degli Studi di Padova - Sede di Conegliano ULSS 7

INTRODUZIONE: Il panorama strutturale organizzativo del SSN, pur nelle ristrettezze economiche del momento, può ancora contare sulla ricchezza e sulle diversità di competenze dei suoi professionisti derivanti essenzialmente dalla formazione di base. Tra le professioni sanitarie poco visibili si delinea l'Assistente Sanitario (AS) che elettivamente opera nell'ambito della prevenzione, educazione e promozione della salute. Spesso a causa di svariate difficoltà la professione non riesce ad affermarsi, a far emergere ed esprimere le proprie competenze e il proprio potenziale operativo nei servizi pubblici e nelle aziende private. Si è attivata una ricerca qualitativa per raccogliere l'expertise, nascosto e spesso soffocato, per misconoscenza della professione e per eccesso di semplificazione gestionale dei decisori, che ha prodotto un documento il quale delinea le specifiche competenze, attività e azioni per singolo servizio, evidenziandone l'importanza strategica a sostegno dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi offerti e pianificati.

MATERIALI E METODI: Si è costituito un gruppo di lavoro di AS esperti in formazione che ha preso in esame Profilo, Codice Deontologico e Ordinamento Didattico orientato dai descrittori di Dublino, quali documenti essenziali di avvio. Tra la documentazione revisionata sono state utilizzate le Job Descriptions prodotte dagli studenti del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria Università di Padova, le relazioni di tirocinio e diverse tesi di laurea dei percorsi ordinari e straordinari. Inoltre è stato intervistato un campione ristretto di colleghi per i servizi non presi in esame con altra documentazione. Le informazioni e rielaborazioni derivanti dalla ricerca saranno sintetizzate in tabelle per renderle più fruibili e consultabili.

RISULTATI: Il primo problema affrontato dal gruppo è stato codificare i servizi in quanto è emersa una elevata disomogeneità negli organigrammi aziendali. Diverse le unità operative individuate che esprimono il potenziale degli AS nelle Aziende SSN come in Staff alla Direzione Generale: Servizio Prevenzione Protezione, Medico Competente, Servizio Qualità, Ufficio Relazioni Pubblico; Direzioni Sanitarie/Direzioni Ospedale: sorveglianza infezioni ospedaliere, appropriatezza ricoveri, Servizio Diabetologico; Servizio Epidemiologico Aziendale, Regionale; Sedi Regionali del CCM; Dipartimento Prevenzione: Igiene Sanità Pubblica (vaccinazioni, sorveglianza sanitaria, screening oncologici, prevenzione delle patologie cronico degenerative, medicina sportiva), Medicina Legale, Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti Lavoro, Igiene Alimenti Nutrizione, Servizio Educazione Promozione Salute; Distretti: attività di integrazione socio sanitaria per anziani, disabili, bambini, adolescenti, adulti e detenuti; Medicina



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Integrata MMG/PLS; Servizi Territoriali Psichiatrici; Consultori Familiari, infanzia adolescenza; Servizi Dipendenze; Pediatria di Comunità; Strutture Territoriali Convenzionate (Case di Cura, RSA).

Le funzioni proprie evidenziate dal profilo (statistico–epidemiologica, ricerca, sanitario–sociale, informativa, educativa, formativa, consulenza, sostegno e lavoro di rete, tutela diritti dei cittadini, raccordo interprofessionale, organizzativa, sorveglianza, vigilanza, prevenzione, promozione alla salute) sono poi dettagliate in azioni per ogni attività individuata.

Dai risultati di apprendimento attesi, espressi dai descrittori europei del titolo di studio, le abilità pratiche diventano per la professione concreta operatività a supporto di conoscenze teoriche forti per gestire la comunità di riferimento e dei singoli individui. Tra queste si evidenziano p.e. le tecniche iniettive e di campionamento materiali biologici (coprocoltura, tampone faringeo, campione ematico), le spirometrie, l'esecuzione ECG ed ogni altra pratica a supporto di attività legate alla prevenzione. Si aggiungono abilità legate ai concetti di promozione di salute come la capacità di gestire il colloquio e il counseling motivazionale, lavorare in gruppo gestendone le dinamiche oltre che adottare strumenti di ricerca sociale. **CONCLUSIONI:** L'analisi risalta la flessibilità operativa dell'AS che ben si adatta alle diverse esigenze dei servizi sanitari: analizza il bisogno di salute del singolo, del gruppo e comunità di riferimento, pianifica, progetta, attua e valuta interventi per la tutela della salute come bene pubblico e non solo individuale. Emerge che il mandato professionale e gli obiettivi formativi sono coerenti con le mission e con l'operatività quotidiana di molti servizi e per questa ragione il suo inserimento lavorativo potrebbe migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni. Come nella formazione del medico esistono specializzazioni che ne caratterizzano l'azione, in ogni professione sanitaria esiste una formazione che indirizza a svolgere un determinato ruolo specifico nella società. Le competenze per la governance delle attività di prevenzione e promozione di salute si differenziano da quelle degli altri professionisti, identificando gli AS come i collaboratori più affini per disciplinarietà e operatività ai medici igienisti, medici del lavoro, PLS/MMG. La ricerca assumerà una definizione editoriale pubblicata, quale strumento di presentazione sia nelle aziende del SSN che in quelle private anche a supporto dei neolaureati per l'inserimento lavorativo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 593

POSSIBLE RISK OF HARM RESULTING FROM A LACK OF AWARENESS OF THE RULES OF CORRECT USE OF DRUGS

I. Grappasonni 1, H. Klusoňová 2, L. Kubíková 2, L. Kračmarová 3, P. Cioffi 4, S. Scuri 1, F. Petrelli 1

1 University of Camerino (Italy), School of Pharmacy

2 Charles University In Prague (Czech Republic), Faculty Of Pharmacy In Hradec Králové, Department Of Biological And Medical Sciences

3 Regional Hospital of T. Bata in Zlin, Czech Republic, Hospital Pharmacy

4 Hospital "SS Annunziata" of Chieti (Italy), Hospital Pharmacy

INTRODUZIONE: It is well known that every drug can be effective as a drug, but also just as a poison, depending on the amount. Taking drugs could lead many risks, even if people comply with the correct rules of use. Obviously, these risks grow if the rules are not followed. Currently, it is absolutely common that everybody sometimes takes some medicine. There are also many polypharmacy patients with serious or chronic diseases who are in possible higher risk of medical related problems. In addition, many people use drugs without advice of a pharmacist or a physician. Self-medication could represent a problem because it involves the use of medicinal products to treat self-recognized disorders or symptoms, or the intermittent or continuous use of a medication prescribed by a physician for chronic or recurring disease or symptoms. Self-medication involves acquiring medicines without prescription, resubmitting old prescriptions to purchase medicines, sharing medicines with relatives or members of one's social circle, or using leftover medicines stored at home. The practice of self-medication must be based on authentic medical information, otherwise irrational use of drugs can cause wastage of resources, increased resistance of pathogens, and can lead to serious health hazards such as adverse drug reaction. A high prevalence of self-medication in young people was noted, and it is known that they are influenced by the media and the Internet, which promote self-medication behavior. Many studies were focused on health literacy in adults, but there is still lack of information about student's understanding the medical recommendations. For this reason this work was focused on understanding medical terms. This paper might help to better evaluate the importance and the risk of incomprehension of information about using drugs in young people. **MATERIALI E METODI:** The study population was randomly chosen from students of Camerino (University, and grammar and vocational high-schools). The questionnaire used was divided into: demographic data, use of drugs, buying drugs in on-line pharmacies, knowledge of medical terms. Twenty five technical terms were used, each with four possible answers (just one answer was the right one) and the fifth possibility was the answer "I do not know". The questionnaires (absolutely anonymous and voluntary) were filled in during the classes. The results were processed in Microsoft Excel 2010. Chi square test was used to examine the relationship between the level of understanding medical



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

terms and sex, age, education or occupation of parents. **RISULTATI:** The questionnaire was completed by 387 students (55.04% male and 44.96% female). The mean age of responders was 18.9 years. Table 1 shows the demographic data of the participants to the survey.

A high level of knowledge of some well-known expressions as precautions, analgesic, spasm and erythema was found out. On the contrary, most of medical terms used in the leaflet were not known to majority of the respondents (only 10-33%). Figure 1 shows answers given by respondents concerning some medical terms. Any relation between the gender of respondents and understanding the medical terms was not observed. The level of understanding of medical terms was also not related to age of respondents. Although in some questions was observed that older students had better knowledge of medical terms, the most likely reason should be probably the higher education than the real age of students. Indeed, a significant correlation between education and better understanding medical terms was observed. Finally, medical terms awareness - not adequately known to majority of respondents - shows the significant connection to the job of parents (if at least one of parents worked in a medical profession, the level of understanding the terms was significantly higher). **CONCLUSIONI:** The results show that there is a low knowledge of the most used medical terms. This observation suggest that young people who use drugs are at risk for potential drug interaction, adverse drug reactions, etc. There is a need to educate the youth, and make them health literate, to ensure safe practices.

References

- Davis Tc, Wolf Ms, Bass Pf, Middlebrooks M et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *J Gen Intern Med* 2006;21:847-851.
- Golbeck A, Paschal A, Jones A, Hsiao T. Correlating reading comprehension and health numeracy among adults with low literacy. *Patient Educ Couns*. 2011;84:132-134.
- WHO. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in Selfmedication, 2000. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>.
- Loyola Filho AI, Lima-Costa MF, Uchoa E (2004) Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cad Saude Publica* 20(6):1661-1669.
- Nathan JP, Zerilli T, Cicero LA, Rosenberg JM. Patients' use and perception of medication information leaflets. *Ann Pharmacother* 2007 May;41(5):777-82.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 142

ELABORAZIONE DI UN MODELLO DI FORMAZIONE PER L' EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
PER L'AGGIORNAMENTO DEL MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LSG 81/08 ART. 38
ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA FEDERICO II DI NAPOLI

Caporale O. 2; Schiavone D.1; De Pascale T.2; Grimaldi N.2; D'Onofrio G.1; Triassi M.2

1 Direzione Sanitaria AOU Federico II Napoli

2 Dipartimento di Sanità Pubblica AOU Federico II Napoli

INTRODUZIONE: La funzione della formazione, ormai presente in tutti i contesti organizzativi, costituisce uno dei fenomeni più rilevanti di sviluppo del nostro paese. Il progressivo riconoscimento della risorsa umana quale variabile strategica per lo sviluppo di una cultura della sicurezza ha conferito alla formazione una funzione centrale per creare, sviluppare e mantenere il sistema sicurezza. Partendo dal concetto di prevenzione, basato sulla responsabilità soggettiva di ogni titolare di obblighi di sicurezza, la formazione si pone quale fondamentale processo idoneo a garantire l'approfondimento delle conoscenze legate alle responsabilità del ruolo.

In questa ottica il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, in collaborazione con l'Ufficio Formazione Aziendale, ha elaborato un modello di formazione, in modalità frontale, per l'educazione continua in medicina per i medici competenti dell'AOU.

Obiettivi principali del progetto sono:

- ottemperare a quanto disposto dalla normativa vigente in merito all'aggiornamento del medico competente ai sensi del D.lsg 81/08, art. 38;
- garantire la standardizzazione delle procedure di sorveglianza sanitaria e dei flussi informativi tra: Datore di lavoro, Ufficio del Personale, coordinatore medici competenti, medici competenti e lavoratori, attraverso un confronto proficuo dei vari professionisti aziendali.

MATERIALI E METODI: Lo sviluppo del percorso di progettazione dell'intervento formativo è un'azione cognitiva e insieme operativa svolta allo scopo di trovare la soluzione più adeguata per trasformare e migliorare situazioni esistenti. Il modello di formazione elaborato dal Dipartimento di Sanità Pubblica è stato concepito tenendo presente le cinque fasi principali necessarie all'ideazione del percorso formativo: 1) analisi dei bisogni e definizione delle competenze da acquisire; 2) programmazione e progettazione dell'intervento formativo; 3) erogazione ed esecuzione dell'intervento formativo; 4) verifica e valutazione dei risultati; 5) documentazione dell'attività formativa.

L'analisi dei bisogni e la definizione delle competenze da acquisire sono emerse attraverso la somministrazione a ciascun medico competente dell'azienda di un questionario in forma anonima che prevede l'approfondimento di varie tematiche per conoscere le aspettative formative ed analizzare i bisogni di formazione. La programmazione e progettazione dell'intervento formativo si è svolta attraverso l'elaborazione di un Piano Formativo specifico articolato in una serie di giornate



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nelle quali sono affrontate discusse e svolte con esercitazioni pratiche diverse tematiche di notevole interesse per la formazione del medico competente. L'erogazione ed esecuzione dell'intervento formativo si è articolato attraverso l'attivazione, di uno specifico corso di formazione in frontale, costituito da 24 giornate organizzate singolarmente ma legate quattro a quattro, da un unico filo conduttore. Ciascun percorso formativo di 4 giornate di formazione è accreditato singolarmente per un totale complessivo di circa 138 crediti formativi. La verifica e la valutazione dei risultati prevede infine la somministrazione a conclusione di ogni giornata (frontale e pratica) di questionari, mentre in relazione alla documentazione dell'attività formativa, ogni giornata si dovrà concludere con l'elaborazione di procedure al fine di creare una Linea Guida per i medici competenti aziendali, usufruibile anche al di fuori del contesto universitario.

RISULTATI: L'AOU Federico II attraverso la realizzazione di questo progetto, implementa sempre più lo sviluppo di una realtà aziendale centrata e fondata sulla formazione degli attori della sicurezza. La formazione continua, se da un lato permette l'acquisizione delle più attuali conoscenze, dall'altro agisce sugli atteggiamenti dei medici competenti orientandoli verso un'efficace sistema di prevenzione e monitoraggio della salute dei lavoratori e fornendo un supporto concreto di abilità ovvero il saper fare i passi giusti e le varie attività per garantire e tutelare la sicurezza negli ambienti di lavoro.

CONCLUSIONI: Il corso ha posto inoltre le basi per la creazione ed attivazione, in collaborazione con la Società Italiana di Igiene, di un corso in e-learning per tutti medici competenti presenti sul territorio nazionale, disponibile su una piattaforma tecnologica web e rispondente pienamente alla normativa di riferimento. Il corso in e-learning, elaborato sulla base del modello predisposto nell'AOU in frontale, è stato progettato tenendo in considerazione la fisiologia umana, quindi valutando i fenomeni e i meccanismi associati alle esigenze di ogni individuo. Ogni discente infatti potrà seguire un percorso personalizzato, ottimizzando il proprio capitale-tempo. Attraverso la condivisione di materiali e conoscenze, senza vincoli di tempo e spazio, sarà possibile per il medico competente, usufruire in modo dinamico e interattivo di una formazione completa ed integrata.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 704

SPORTELLO INFORMATIVO DELL'ASLTO5 DEDICATO ALLE INTOLLERANZE ALIMENTARI IN PARTICOLARE ALLA CELIACHIA

M. Gulino 1; C. Maggi 1; I. De Luca 1; G. Galvagno 2; A. Della Torre 1; M. Minutolo 1; A. Aldrighetti 1; C. Amelio 1; S. Marengo 1; A. Fornuto 1; U. Tanti 1, P. Passarella 1; C. Strumia 3; M. Traina 4; T. Bevivino 5; F. Romeo 6; M. Dore 7

1 *Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ASL TO5, Nichelino (TO);*

2 *Struttura Complessa Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale Maggiore di Chieri, Chieri (TO);*

3 *Regione Piemonte, Torino;*

4 *Distretto di Chieri ASL TO5, Chieri (TO);*

5 *Distretto di Moncalieri ASL TO5, Moncalieri (TO);*

6 *Distretto di Nichelino ASL TO5, Nichelino (TO);*

7 *Direzione Generale ASL TO5, Chieri (TO);*

INTRODUZIONE: INTRODUZIONE: La celiachia o malattia celiaca (MC) è una enteropatia autoimmune permanente, scatenata all'ingestione del glutine in soggetti geneticamente predisposti. La MC è l'intolleranza alimentare più frequente a livello mondiale con una prevalenza stimata intorno all'1% considerando sia la fascia degli adulti che quella dei bambini. Nella popolazione italiana il numero teorico dei celiaci dovrebbe essere intorno ai 600.000 contro i 135.800 effettivamente diagnosticati. Nella Regione Piemonte dai dati rilevati nel 2011 dalle singole realtà territoriali, risultano 9.311 celiaci (femmine: 6.636; maschi: 2.675), che rappresentano il 6,9% della popolazione celiaca italiana; le indagini diagnostiche evidenziano la comparsa dei sintomi dai 10 anni in su quando, invece i sintomi della malattia sono comparsi molto spesso prima e non stati riconosciuti. Visto la rilevanza della MC che è riconosciuta come malattia sociale, la Regione Piemonte ha finanziato nel corso dei vari anni diversi progetti di ricerca sulla MC; nel 2013 ha finanziato insieme ad altre ASL piemontesi anche la Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SCIAN) dell'ASL TO5 contribuendo allo sviluppo di un "Progetto per il potenziamento delle azioni attuate da parte dei SIAN per la protezione dei soggetti affetti da celiachia", nell'ambito del quale tra le varie attività previste è stato attivato uno "Sportello dedicato alle intolleranze alimentari in particolare alla MC" (S-MC) al fine di promuovere con la informazione sulla MC anche la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze associate alla MC. **MATERIALI E METODI:** MATERIALI E METODI: L'accesso allo S-MC è stato gratuito, è stato svolto dalla Dietista della SCIAN per un totale di 5 ore a settimana su due sedi del territorio dell'ASL TO5: una sede presso la SCIAN ed un'altra presso l'Ospedale Maggiore di Chieri in collaborazione con la Struttura Complessa Pediatria e Neonatologia di Chieri ed altri reparti dell'ospedale di Chieri, Moncalieri e Carmagnola. I destinatari dello S-MC sono stati: 1) soggetti affetti o con sospetto di allergie ed intolleranze alimentari con particolare riferimento alla



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

celiachia e i loro familiari (SO-MC); 2) Operatori del settore alimentare che intendano produrre o commercializzare alimenti senza glutine (O-MC); 3) Altri soggetti coinvolti nelle problematiche legate a tali patologie quali Istituti scolastici, ecc (A-MC). Tale S-MC ha fornito informazioni sulle seguenti tematiche: 1) consumo di alimenti ed etichettatura per celiaci; 2) informazione sui corsi di formazione gratuiti, attivati nell'ambito del Progetto regionale sulla celiachia, rivolti alle varie categorie lavorative che si occupano dei pasti senza glutine; 3) informazioni su riferimenti legislativi, principalmente sui diritti dei malati celiaci; 4) informazioni su norme tecniche per l'apertura/gestione dei locali da parte delle imprese alimentari che vogliano preparare/somministrare pasti senza glutine; 5) informazioni nutrizionali sui principi di corretta alimentazione con particolare riferimento alla condizione di celiachia; 6) distribuzione di materiale informativo sulla celiachia. Le informazioni sull'accesso degli utenti dello S-MC sono state raccolte attraverso una scheda costruita "ad hoc" che si compone di 3 sezioni:

SEZIONE 1: Caratteristiche identificative del destinatario (sesso, età, ect);

SEZIONE 2: Criteri di identificazione dei vari destinatari (SO-MC; O-MC ed A-MC);

SEZIONE 3: Criteri di definizione dei vari tipi di SO-MC (1-Soggetti con forte sospetto clinico di MC; 2- Soggetti con bassa probabilità di MC; 3- Soggetti con familiarità di MC; 4- Soggetti in età pediatrica e 5- Soggetti con diagnosi confermata di MC) per fornire un approccio informativo e terapeutico appropriato. **RISULTATI:** Nel periodo compreso tra il mese di gennaio e maggio 2014 hanno avuto accesso allo S-MC un totale di 50 soggetti, di cui 32 SO-MC, 10 O-MC e 8 A-MC. Dei 32 SO-MC, 24 sono di sesso femminile (75%) e 8 di sesso maschile (25%) con età compresa tra 4,5 mesi e 75 anni. Dall'analisi dei dati dei 32 SO-MC in base ai criteri di definizione dei vari tipi di SO-MC è emerso che: il 31% sono Soggetti con forte sospetto clinico di MC; l'11% sono Soggetti con bassa probabilità di MC; 11% Soggetti con familiarità di MC; 16% Soggetti in età pediatrica e 31% Soggetti con diagnosi confermata. **CONCLUSIONI:** Lo S-MC costituisce un punto di riferimento e collegamento con gli operatori sanitari delle strutture che si interessano della MC (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici e Pediatri ospedalieri, Gastroenterologi, ecc). Le informazioni ed i dati raccolti dallo S-MC potranno essere funzionali all'attivazione di momenti di incontro formativo e di approfondimento su tematiche specifiche destinate a singoli o gruppi di categorie di soggetti affetti da celiachia e per validare la scheda costruita "ad hoc".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 076

VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA E CUSTOMER SATISFACTION NELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI CAGLIARI

F. Ingianni 1; B. Soggiu 1; L. Lai 1; C. Basciu 1; E. Filigheddu 2; G. Ortu 2. ; R.C. Coppola 1

1. *Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva; Cagliari (Università degli studi di Cagliari);* 2. *Direzione AOU di Cagliari.*

INTRODUZIONE: Con il termine customer satisfaction, si indica un processo finalizzato alla rilevazione del grado di soddisfazione di un cliente/utente nell'ottica del miglioramento del prodotto/servizio offerto.

Per un'azienda sanitaria significa attivare un orientamento verso l'utente col fine ultimo di migliorare la qualità dei servizi offerti.

Tale processo comprende le seguenti fasi: impostazione della rilevazione, conduzione dell'indagine di customer satisfaction, analisi dei dati, realizzazione del piano di miglioramento e delle relative azioni di comunicazione.

L'ascolto degli utenti e la rilevazione della soddisfazione dovrebbero diventare attività permanenti e costanti, pianificate e integrate all'interno delle strategie degli enti pubblici.

Per tali motivazione anche l'AOU di Cagliari ha voluto rilevare il grado di soddisfazione delle persone assistite nei reparti del Policlinico Universitario di Monserrato e dell'Ospedale S. Giovanni di Dio di Cagliari. **MATERIALI E METODI:** Tra Dicembre 2013 e Aprile 2014 è stato somministrato un questionario a pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria presso i presidi ospedalieri dell'AOU di Cagliari al fine di valutare il Rapporto Servizi-Paziente (ovvero il livello di soddisfazione percepito nei confronti della AOU di Cagliari e dei servizi sanitari da essa erogati); Rapporto Personale-Paziente (ovvero la valutazione delle relazioni che intercorrono tra il personale medico ed infermieristico e l'utente, nei suoi percorsi preventivi diagnostico-terapeutici e riabilitativi); Rapporto tra AOU e familiari/visitatori che vivono in seconda persona il problema della degenza. Il questionario, lo stesso impiegato per la rilevazione della Customer Satisfaction nell'AOU di Cagliari per l'anno 2012-2013, è anonimo, a risposta multipla, articolato in una parte anamnestica e 20 items che indagano i diversi campi d'interesse sopracitati.

Il questionario è stato consegnato al paziente nella prima giornata di ricovero da parte del coordinatore infermieristico del reparto o da altro personale da lui identificato. Il questionario è stato compilato dal paziente al momento della dimissione e inserito dal paziente stesso in apposite scatole posizionate in punti individuati prima dell'inizio delle indagini all'interno dello stesso reparto.

La scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva ha collaborato fornendo attività di counselling al paziente, provvedendo alla raccolta dei questionari ed alla elaborazione dei dati.

RISULTATI: Sono stati raccolti 548 questionari, dei quali 366 al Policlinico Universitario di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Monserrato e 182 al San Giovanni di Dio di Cagliari. L'analisi da noi condotta ha mostrato un elevato livello di soddisfazione dei pazienti su tutti gli aspetti assistenziali con ottimo giudizio sulla disponibilità e cortesia del personale sia medico (giudizio ottimo nel 64,2% dei casi) che infermieristico (giudizio ottimo nel 54,9% dei casi), un buon livello di informazione sui trattamenti medici/chirurgici e sullo stato di salute del paziente senza notizie contraddittorie nel 75% dei casi circa. Meno positiva è risultata la percezione dei servizi offerti in out-sourcing : pulizia reparti e servizi igienici (giudizio buono nel 40,7% dei casi), regolarità cambi di biancheria (giudizio buono nel 41,2% dei casi), qualità dei pasti (giudizio buono nel 31,9% dei casi). CONCLUSIONI: Rispetto all'analisi condotta nell'anno 2013 è da sottolineare un maggior numero di ricoveri presso il Policlinico di Monserrato a seguito del trasferimento ivi dei reparti di ginecologia, ostetricia, terapia intensiva neonatale (TIN), puericoltura dal San Giovanni di Dio. Non sono stati inseriti nel lavoro la pediatria e la neuropsichiatria infantile in quanto non facenti più parte dell'AOU. Nel confronto tra le analisi condotte nel 2013 e quelle nel 2014, i giudizi relativi agli aspetti assistenziali e agli out-sourcing sono rimasti invariati, così come il giudizio complessivo, in assenza di differenze statisticamente significative.

Lo studio della Customer Satisfaction si riconferma un efficace strumento di programmazione aziendale per identificare i punti critici, scegliere le misure più idonee a rispondere alle esigenze espresse dai propri pazienti al fine di rendere confortevole l'esperienza del ricovero.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 769

PROCEDURA SUL RUOLO DEL MEDICO IGIENISTA NELLE EMERGENZE AMBIENTALI

M. Marotta¹, V. Signorini¹, E. Bakken¹, S. Epifani¹

1 Azienda USL della Romagna - DSP di Rimini

INTRODUZIONE: Per migliorare e uniformare il più possibile le modalità di intervento degli operatori della Sanità Pubblica e per ottemperare ai “Requisiti specifici per l'accreditamento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica” previsti nella DGR dell'Emilia Romagna del 28 marzo 2011, il Servizio di Igiene Pubblica (SISP) di Rimini si è dotato di una procedura per affrontare le emergenze ambientali. L'esigenza di dotarsi di tale procedura è dettata dal ruolo che viene attribuito al medico di Sanità Pubblica, ad esempio nel Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile n. 116/2001, nei vari piani di intervento della Prefettura e nei piani di emergenza esterni agli stabilimenti a rischio rilevante (D.Lgs. 334/99). La procedura prevedendo vari livelli di gravità si applica in caso di segnalazioni di situazioni o eventi di tipo ambientale che abbiano la potenzialità di determinare una condizione di pericolo per la salute pubblica.

Sono esclusi dal campo di applicazione della procedura sulle emergenze ambientali i problemi legati alle acque di balneazione, agli inconvenienti igienico sanitari degli alloggi, ai problemi legati all'amianto, per i quali esistono specifiche procedure. **MATERIALI E METODI:** Prima di affrontare la stesura della procedura è stato organizzato dal referente dell'Ambiente un workshop sul “Ruolo del Dipartimento di Sanità Pubblica nelle emergenze chimiche” al fine di poter meglio individuare l'interazione, l'integrazione e la collaborazione sia con le altre Unità Operative all'interno del DSP sia con gli Enti chiamati a fronteggiare ad una emergenza ambientale. Questo incontro tenutosi il 3 giugno 2013 ha visto la partecipazione dei rappresentanti dei Vigili del fuoco di Rimini, della Protezione Civile di Rimini, dell'Arpa di Rimini e di Bologna, dell'U.O. Veterinaria dell'Ausl di Ferrara, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, del Servizio Igiene Pubblica di Reggio Emilia, del Servizio di Sanità Pubblica Direzione Sanitaria Regione Emilia Romagna e per quanto riguarda la Ausl della Romagna- AOO Rimini: l'U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione, il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, l'U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro. Il percorso di predisposizione alla procedura ha previsto, inoltre, momenti di confronto interni sul ruolo delle varie figure del DSP attraverso l'analisi e la discussione di casi realmente avvenuti nella nostra Provincia. **RISULTATI:** Nella procedura sono state prese in considerazione le seguenti fasi per le quali sono stati preparati dei moduli specifici e il diagramma di flusso delle attività:

Ricevimento segnalazione

Indagine ambientale e valutazione della segnalazione

Coinvolgimento altri settori



**47°
CONGRESSO
NAZIONALE**

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Sopralluogo

Verbalizzazione attività

Emissione del parere, proposte per le Autorità, provvedimenti, eventuali atti d'ufficio

Registrazione atti in uscita e spedizione

Verifica

Registrazione delle attività svolte nel sistema informativo **CONCLUSIONI:** E' noto che gli operatori dell'Igiene Pubblica hanno un ruolo da protagonisti nelle emergenze di tipo infettivo avendo tra l'altro procedure ben codificate e collaudate. Gli sforzi maggiori che il SISP è chiamato ad affrontare per il futuro devono essere rivolti ad approfondire sempre di più e a delineare sempre meglio il ruolo dell'igienista nell'ambito delle emergenze ambientali da eventi naturali o provocati, . Il workshop e la procedura rappresentano senz'altro solo un primo passo per cercare di fornire agli operatori chiamati in emergenza, le nozioni e gli elementi minimi necessari per collaborare e dare un utile apporto agli enti coinvolti. La fase successiva sarà quella di consolidare l'applicazione della procedura tra gli operatori e di creare un documento unico a valenza dipartimentale che comprenda anche il Regolamento Reach.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 718

OPINIONI ED ATTEGGIAMENTI DEGLI STUDENTI DELLA SCUOLA SECONDARIA DI 2° GRADO DI TRIESTE NEI CONFRONTI DELLA MALATTIA MENTALE E DEL MALATO DI MENTE NEL 2003/2005 E NEL 2011/13.

G. B. Modonutti 1; Leon L. 2

1 Gruppo di ricerca sull'educazione alla salute (GRES), Trieste, 2 Dottorando, Scuola di dottorato di ricerca in scienze della riproduzione – IRCCS Burlo Garofolo – Università degli Studi di Trieste

INTRODUZIONE: Il pregiudizio nei confronti delle malattie mentali (MM) e del malato di mente (ML) è un deterrente alla diagnosi precoce, alla presa in carico ed al reinserimento sociale delle persone affette da disturbi mentali e causa di un considerevole aggravio dei costi umani, sociali ed economici per i singoli e la comunità.

Lo studio si propone di monitorare le conoscenze, gli atteggiamenti ed i comportamenti stigmatizzanti nei confronti delle MM e del ML degli adolescenti e valutare gli eventuali cambiamenti nel contesto scolastico protagonista nella lotta allo stigma ed alla promozione della salute mentale. **MATERIALI E METODI:** Nell'ambito del progetto P.S.I.CH.E - Produrre Stimoli Intelligenti a CHi Educa – è stato proposto, in due momenti diversi - 2003-2005 (P1) e 2011-2013 (P2) -, agli Studenti delle Scuole Secondarie di Secondo grado di Trieste (SS2) coinvolte nella ricerca – le stesse, nelle due fasi: un Istituto Tecnico Statale e due Licei Scientifici – la compilazione di un questionario in grado di rilevare le informazioni anagrafiche, lo stile di vita quotidiano, le opinioni ed il modo di porsi nei confronti dei problemi psichiatrici (R.H. Falloon - Buckingham Proget, Aylesbury Vale Health Authority, U.K. 1988). **RISULTATI:** Hanno preso parte alla prima fase della ricerca (P1) 693 studenti (M:40,3%;F:59,7%) di età compresa tra i 13 ed i 25 anni (M:13-25aa; F:13-20aa) ed età media stimata di 16,2 anni (M:16,2aa;F:15,7aa), mentre nella seconda fase (P2) sono risultati coinvolti 441 adolescenti (M:45,8%;F:54,2%) fra i 13 ed i 21 anni (M:14-21aa; F:13-19aa) ed età media di 15,8 anni (M:15,8aa;F:15,8aa).

E' risultata opinione egualmente condivisa da una minoranza di entrambe le popolazioni studentesche, in particolare dal 24,2% dei componenti la P1 (M:22,9%;F:25,1%) e dal 23,4% di quelli della P2 (M:26,7%;F:20,5%), che "le malattie mentali sono come tutte le altre malattie", così come, pressoché nella stessa percentuale, buona parte delle comunità scolastiche, nel dettaglio il 62,5% degli studenti coinvolti nella P1 (M:58,1%; F:65,5%) e il 60,1% dei coetanei appartenenti alla P2 (M:61,9%; F:58,6%), non condividono l'affermazione "le persone che soffrono di malattie mentali sono curate meglio nelle corsie chiuse degli ospedali".

La percentuale degli studenti che nel periodo considerato afferma "i moderni trattamenti delle MM danno degli ottimi risultati" aumenta significativamente (P1vsP2 => $p < 0,001$) passando dal originario 54,3% dei suffragi registrati nella P1 (M:54,5;F:54,1%) al 64,2% espressi dalla P2, mentre non si registrano variazioni di sorta fra le percentuali degli studenti, il 78,4% degli afferenti alla P1



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(M:75,6%;F:80,2%) e il 78,7% dei colleghi della P2 (M:78,7%;F:78,7%), che si dichiarano in disaccordo con chi afferma “le persone che soffrono di una MM non riescono mai a riprendersi”. Contemporaneamente, mostrano un significativo decremento (P1 vs P2: $p<0,025$), riducendosi dal 68,8% registrato nella P1 (M:66,3%;F:70,5%) al 61,7% rilevato nella P2 (M:57,9%;F:64,9%), le percentuali degli studenti che affermano “non riesco sempre a riconoscere se una persona ha avuto un problema mentale”, mentre sono molto simili fra loro e coinvolgono una minoranza della popolazione (P1:38,2%; P2:34,5%) le percentuali degli studenti che dichiarano “la maggior parte delle persone che soffrono di malattie mentali non sono pericolose”. In entrambe le fasi della ricerca, gli studenti maschi (P1: 43,4%;P2:40,6%) che condividono quest’ultima opinione prevalgono significativamente (P1: $p<0,025$;P2: $p<0,025$) sulle compagne di studio (P1:34,8%; P2:29,3%).

Nello stesso periodo aumenta decisamente (P1 vs P2: $p<0,025$) il disaccordo degli studenti con chi ritiene “le persone che hanno avuto una malattia mentale non dovrebbero avere figli” che accomuna il 69,4% della P1 (M:71,3%;F:68,1%) e coinvolge il 76,2% della P2 (M:73,3%; F:78,7%). Infine, contrari all’idea “le persone che hanno avuto una MM non possono lavorare” si rivela il 79,9% della dei componenti la P1 (M:75,6%; F:82,9%; $p<0,025$) e il 77,6% di quelli della P2 (M:73,8%; F:80,8%) ed in entrambe le fasi della ricerca le femmine prevalgono sui maschi.

CONCLUSIONI: I risultati espressi da questo studio testimoniano che il pregiudizio nei confronti della MM e del ML fa parte ed è largamente diffuso nel background culturale degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste e che gli esigui miglioramenti rilevati nell’arco di tempo non depongono a favore dell’efficacia degli eventuali interventi effettuati e mirati all’abbattimento dello stigma della malattia mentale.

Quanto detto e le previsioni rese disponibili dall’OMS - circa un quinto della popolazione soffre o ha sofferto nella propria vita di un disturbo mentale – ci inducono a ritenere essenziale intraprendere e/o implementare le attività di promozione della salute mentale finalizzate alla riduzione del pregiudizio ed a predisporre la valutazione della loro efficacia a breve e lungo termine.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 745

PREVENZIONE DELLA TUBERCOLOSI: GRADO DI CONOSCENZA TRA GLI STUDENTI UNIVERSITARI DI AREA SANITARIA

Odone A.1, Latini C.1, Rampini A.1, Faccini L.1, Veronesi L.1, Signorelli C.1, Pasquarella C.1

1. Dipartimento S.Bi.Bi.T, Unità di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Parma

INTRODUZIONE: Nonostante la mortalità della tubercolosi (Tbc) sia globalmente diminuita di circa il 41% dal 1990 ad oggi, la Tbc rimane un importante problema di sanità pubblica; l'organizzazione Mondiale della Sanità stima che ogni anno ci siano 8,6 milioni di nuovi casi di tubercolosi e 1,3 milioni di decessi.

L'Italia - come altri paesi dell'Europa occidentale e del Nord America - è classificata come paese a bassa incidenza di tubercolosi con meno di 10 nuovi casi per 100.000 abitanti/anno e percentuali di soggetti stranieri tra i casi notificati in aumento. In questo contesto, è cruciale che gli operatori sanitari abbiano un grado di conoscenza adeguato della Tbc che consenta interventi preventivi, diagnosi tempestive e trattamenti efficaci. Obiettivo dello studio è stato valutare tra gli studenti universitari di area sanitaria conoscenze e esperienze nel campo della prevenzione della tubercolosi. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è parte di un'indagine multicentrica condotta dal Gruppo di Lavoro GISIO (Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera) della SITI. Un questionario è stato distribuito nel corso dell'anno accademico 2012-2013 a studenti dei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Infermieristica dell'Università degli Studi di Parma, al termine delle lezioni dei corsi di Igiene e Medicina Preventiva. Uno studio pilota era stato precedentemente realizzato per valutare e migliorare le domande. Il questionario, compilato in maniera volontaria ed anonima dagli studenti, era strutturato in tre parti al fine di raccogliere dati circa: 1) variabili socio-demografiche, 2) conoscenze ed 3) esperienze personali in campo di prevenzione della tubercolosi. In particolare, la parte sulle conoscenze valutava conoscenze sull'infezione tubercolare, sul vaccino antitubercolare e sulle prove tubercoliniche.

I dati raccolti sono stati analizzati in maniera descrittiva ed analitica con il software STATA.

RISULTATI: 188 studenti hanno completato il questionario. L'età media era 22 anni (DS=3,1), il 70% (n=124) dei partecipanti era di sesso femminile. Il 23% degli studenti risiede nella provincia di Parma ed il 40% nella regione Emilia-Romagna. 136 (72%) studenti erano iscritti al corso di Laurea in Infermieristica e 52 (28%) al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Complessivamente, il 68% degli intervistati affermava di essere stato sottoposto a test di screening per infezione tubercolare, di cui la maggior parte tramite il test di Mantoux (98%) e nel corso dell'anno precedente all'indagine perchè richiesto per l'iscrizione universitaria. Il 68% (n=128) di coloro sottoposti a screening riportava risultato negativo.

Per quanto concerne il grado di conoscenza in campo di prevenzione della Tbc, il 94% degli intervistati era a conoscenza del fatto che la Tbc sia una malattia infettiva causata da vari ceppi di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

micobatteri e il 78% che l'infezione è asintomatica nella maggior parte dei casi. Il 28% crede che la Tbc colpisca unicamente i polmoni e circa il 25% afferma che non esiste il problema della resistenza ai farmaci antitubercolari. Solo il 60% circa degli intervistati sa che il vaccino disponibile non è particolarmente efficace e che è allestito con il bacillo di Calmette-Guerin. Nonostante la maggior parte degli intervistati (87%) sappia che le prove tubercoliniche sono test di screening per individuare l'infezione da M. tuberculosis, il 27%, 30% e 20%, rispettivamente, crede che siano anche vaccini, test di laboratorio o terapie.

In media, gli studenti hanno risposto correttamente a 9,7 domande su 13; in particolare, a 4,7 domande su 6 circa la conoscenza specifica della patologia tubercolare, a 2,1 domande su 3 circa la conoscenza specifica del vaccino e a 2,8 domande su 4 circa la conoscenza specifica dei test di screening. Gli studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia hanno un grado di conoscenza più elevato degli studenti del corso di Laurea in Infermieristica sia complessivamente ($p < 0,001$), sia per quanto concerne la conoscenza specifica del vaccino ($p < 0,001$) e dei test di screening ($p < 0,001$). **CONCLUSIONI:** I dati suggeriscono che il grado di conoscenza sulla prevenzione della tubercolosi è in media buono tra gli studenti dell'area sanitaria e più elevato tra gli studenti del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia rispetto agli studenti del corso di Laurea in Infermieristica. Tuttavia, sono state evidenziate alcune importanti carenze conoscitive come, ad esempio, quelle concernenti la composizione del vaccino o le prove tubercoliniche, per cui diventa necessario individuare adeguate strategie formative nei corsi di Laurea. L'educazione sanitaria è una componente essenziale ai fini della prevenzione e maggiori sforzi andrebbero compiuti ai fini di formare e sensibilizzare sia gli operatori sanitari che la popolazione generale sul tema della prevenzione della tubercolosi.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 433

QUALITA' DELLA FORMAZIONE CONTINUA IN SANITA' PUBBLICA (ECM)

A. Rea 2; M. Triassi 1; G. Improta 1; E. Curiale 2; L. Esposito 2, T. Rea 1;

1 Dipartimento Sanità Pubblica Università "Federico II" Napoli

2 Corso di Laurea Magistrale Scienze della Prevenzione, Università "Federico II" Napoli

INTRODUZIONE: La formazione professionale degli operatori in sanità pubblica sta assumendo un ruolo decisivo nello sviluppo della qualità dei servizi offerti e la formazione continua è parte attiva in questo processo. Da anni si è ormai compresa la necessità per gli operatori sanitari di effettuare aggiornamenti continui in medicina al fine di offrire un servizio che mantenga alti gli standard di qualità del Sistema Sanitario Nazionale. L'ECM comprende l'aggiornamento professionale e le attività finalizzate a migliorare le competenze, le abilità cliniche, le conoscenze tecniche e manageriali dei professionisti sanitari. Negli ultimi anni, i corsi ECM rivolti contemporaneamente a più figure professionali non risultano inerenti i profili dei professionisti che vi partecipano, ciò comporta una carenza circa i bisogni formativi evidenziati dagli stessi. Analizzando due realtà regionali diverse ci si è posti l'obiettivo di verificare quanto i corsi ECM rispondano ai bisogni formativi degli operatori. **MATERIALI E METODI:** : E' stata effettuata un'analisi statistica sui corsi offerti da due Aziende Sanitarie i cui dati sono stati estrapolati dai questionari di gradimento compilati a fine corso da tutti i partecipanti. Sono stati presi in considerazione i corsi ECM per le figure professionali che hanno l'obbligo di tali crediti effettuati nell'anno 2013 per Medici, infermieri e Tecnici della prevenzione:

1. Le due aziende avevano rispettivamente:

- Azienda A: 1080 dipendenti (35% medici, 40% infermieri, 20% Tecnici della prevenzione, 5% altre figure)
- Azienda B: 640 dipendenti (30% medici, 35% infermieri, 28% Tecnici della prevenzione, 7% altre figure)

Credi ECM effettuati nell'Azienda A erano per circa 40 svolti in corsi rivolti contemporaneamente alle 3 figure professionali, 10 erano suddivisi per singole figure.

Nell'Azienda B 15 svolti in corsi rivolti contemporaneamente alle 3 figure professionali, 15 crediti contemporaneamente a medici e Tecnici della prevenzione, gli altri 20 crediti erano organizzati su corsi per le singole figure.

2. Organizzazione dei corsi

- Azienda A per il 50% prevedevano modalità convegno mentre l'altro 50% prevedeva corsi organizzati con metodologia del workshop o focus group
- Azienda B per il 10% prevedevano modalità convegno mentre l'altro 90% prevedeva corsi organizzati con metodologia del workshop o focus group

RISULTATI: Dall'analisi dei dati dell'Azienda A è emerso che:



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- i partecipanti avevano scelto soprattutto corsi gratuiti o basso costo;
- che i corsi rivolti alle singole figure erano tutti a pagamento e non avevano raggiunto la quota massima di iscritti;
- che alcuni di questi professionisti per raggiungere il numero di crediti si era rivolto alle associazioni di categoria che offrono spesso corsi gratuiti e professionalizzanti.

Dall'analisi dei dati dell'Azienda B è emerso che:

- i partecipanti avevano scelto soprattutto a loro dedicati;
- che i corsi rivolti alle singole figure erano per il 50% a pagamento e avevano raggiunto la quota massima di iscritti;
- che alcuni di questi professionisti per raggiungere il numero di crediti si era rivolto alle associazioni di categoria che offrono spesso corsi gratuiti e professionalizzanti.

CONCLUSIONI:

Dall'analisi dei dati dei questionari di gradimento si è evidenziando che i corsi strutturati con modalità di apprendimento con metodologie del workshop o focus group vengono scelti anche se prevedono un costo per l'operatore sanitario che vi partecipa. Che l'Azienda B ha ricevuto valutazioni di qualità più alte rispetto a quelle dell'Azienda A. "Che alla domanda se consiglierebbe questo corso ai suoi colleghi?" e alla domanda "Questo corso risulta utile per la sua attività lavorativa", l'Azienda A ha ricevuto il 55% di risposte positive mentre l'Azienda B ha ricevuto il 93% di risposte positive.

Sicuramente gli ECM sono un valore aggiunto ma ciò è vero se i corsi fornisco ai partecipanti strumenti utili per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca nell'ambito propria professione sanitaria



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 424

ANALISI DEL PERCORSO FORMATIVO DELLA 4° CLASSE DELLE LAUREE SPECIALISTICHE NELLE SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

T. Rea 1; M. Triassi 1; G. Improta 1; L. Esposito 2; M. Lucido 2; A. Rea 2;

1 Dipartimento Sanità Pubblica, Università "Federico II" Napoli

2 Corso di Laurea Magistrale Scienze della Prevenzione, Università "Federico II" Napoli

INTRODUZIONE: L'architettura degli Studi Universitari vigente risponde alla normativa introdotta dal Decreto 22/10/2004, n. 270 e prevede un'articolazione in tre cicli o livelli. I primi due cicli coprono l'intero percorso universitario con un triennio di base e un biennio di specializzazione, mentre il terzo ciclo caratterizza la formazione per attività di alta qualificazione, inclusa la formazione per attività di ricerca, da svolgere in enti e organismi di ricerca pubblici o privati. L'introduzione, quindi, delle Lauree Magistrali ha l'obiettivo di fornire a gli operatori sanitari una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca nell'ambito pertinente alla professione sanitaria. E' in questo ambito che si colloca la 4° Classe delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione. Obiettivo del lavoro è stato analizzare i dati dei laureati magistrali dal a.a. 2009/10 all'a.a. 2012/13 presso l'Università Federico II di Napoli, Dipartimento di Sanità Pubblica. **MATERIALI E METODI:** Sono stati analizzati i dati degli Iscritti nei 4 anni delle Lauree Magistrali presi in esame, facendo un'analisi statistica, consultando i dati presenti nell'archivio dell'Università:

1. Numero di iscritti, studenti che hanno terminato il percorso di studio, studenti che hanno abbandonato e motivo dell'abbandono, analizzando e confrontando i dati forniti.
2. Provenienza: 4° Classe delle lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione è aperta a due figure professionali che hanno già effettuato un percorso di laurea di 1° Livello ovvero Tecnici della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro e Assistenti Sanitari.

3. Analisi dei programmi didattici offerti, esaminando quanto questi siano attinenti alle due professioni e quanto tali programmi rispettino gli obiettivi che tale corso si propone confronto tra vecchio e nuovo ordinamento. **RISULTATI:** L'analisi ha prodotto quanto segue:

Il corso di Laurea era aperto a 20 studenti, che avevano superato la prova selettiva, negli anni presi in esame si sono immatricolati rispettivamente:

- a. a.a. 2009/10 14 studenti
- b. a.a. 2010/11 14 studenti
- c. a.a. 2011/12 13 studenti
- d. a.a. 2012/13 13 studenti



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Pertanto ogni anno circa il 18% dei partecipanti alle selezioni iniziali non ha effettuato l'iscrizione, degli iscritti solo 2 hanno abbandonato il percorso di studi, di questi:

- 1 abbandono c'è stato per motivi lavorativi e impossibilità di conciliare gli orari dei corsi per la frequenza obbligatoria;
- 1 abbandono per motivi lavorativi, lo studente non è più residente in Regione Campania, ma non ha effettuato nessuna richiesta di trasferimento presso altro istituto universitario. Per ogni laureato si è analizzato il tipo di Elaborato di Tesi svolto, al fine di valutare quante rispondessero al profilo del Laureato Magistrale.

Dall'analisi sulla provenienza tra tecnici della prevenzione e assistenti sanitari è risultato una notevole differenza numerica tra gli iscritti dei primi anni due anni avvero:

- biennio 2009/2010 che vedeva circa il 50% suddivisi nelle due classi di appartenenze
- biennio 2011/2012 che ha visto invece un incremento dei tecnici della prevenzioni dal 50% al 85%.

Sono stati analizzati i dati a disposizione confrontando i moduli didattici presentati nella scheda di istituzione del MIUR Offerta Formativa con il piano di studi deliberato dall'Università Federico II di Napoli. Sono stati infine analizzati i programmi sviluppati dai singoli docenti. **CONCLUSIONI:** Da un'ulteriori analisi è emerso che circa il 5% degli studenti che avevano superato la selezione iniziale si sono poi iscritti negli anni successivi avendo maturato la reale decisione di completare il proprio percorso di studi.

Dall'analisi delle tesi prodotte è emerso che nel corso degli ultimi due anni presi in esame, gli elaborati avevano un taglio più dirigenziale, abbandonando quindi l'idea che la Laurea magistrale fosse un mero completamento della laurea triennale.

Il passaggio dal 50% all'85% degli iscritti come Tecnici della Prevenzione può essere letto sotto due aspetti:

- numericamente i corsi di laurea per Tecnici della Prevenzione sono quasi il 50% in più rispetto agli Assistenti Sanitari, inoltre tale profilo sta lentamente scomparendo nell'ambito delle professioni sanitarie;
- il taglio della Laurea Magistrale si sta spostando sempre più verso la figura del Tecnico della Prevenzione.

Dall'analisi dei programmi didattici è emerso che nei primi anni di istituzione del corso di laurea magistrale, docenti e discenti vedevano questo percorso come un proseguimento delle Lauree Triennali, così come già precedentemente emerso dall'analisi degli elaborati delle tesi, senza considerare gli obiettivi formativi specifici che prevendevano invece un'avanza formazione culturale e professionale con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formati e di ricerca, c'è stata molta confusione tra quanto definito negli obiettivi del corso di laurea e quanto i docenti realmente proponevano ai discenti. In seguito alla revisione dei programmi, all'introduzione del nuovo ordinamento, si sono invece sviluppati programmi didattici più orientati verso la formazione manageriale e la ricerca scientifica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 672

SPERIMENTARE L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE: LABORATORIO INTERPROFESSIONALE TRA ASSISTENTI SANITARI E TECNICI DELLA PREVENZIONE CON GLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA – UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA.

C. RUSSO 1, V. BALDO

1. Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria - Università degli Studi di Padova - Sede di Conegliano ULSS 7; 2. Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Medicina Molecolare Istituto di Igiene, Laboratorio di Sanità Pubblica

INTRODUZIONE: I bisogni di salute hanno caratteristiche complesse che richiedono approcci integrati con il contributo di diversi professionisti. La prevenzione e la promozione della salute sono ambiti elettivi in cui l'integrazione professionale è spesso la decisiva strategia di azione per risolverli. I corsi di laurea hanno una importante responsabilità a formare in tal senso come priorità, per dare agli studenti futuri professionisti, un forte imprinting quale modalità di azione nella pratica quotidiana. L'interprofessionalità è una risposta alla frammentazione degli interventi e azioni per ottenere un outcome chiaro e misurato in termini di soddisfazione dell'utente e/o della comunità. Questa competenza culturale dovrà essere sviluppata come una strategia importante per affrontare le disparità di salute ad oggi sempre più incipiente. Gli Assistenti Sanitari inoltre sono maggiormente motivati all'integrazione professionale, dato che nel mandato professionale si definisce la loro modalità di azione quali operatori, che per tutelare il diritto di salute dei cittadini, svolgono funzione di sostegno e lavoro di rete oltre che di raccordo interprofessionale. MATERIALI E METODI: A partire dall'Anno Accademico 2010/2011 il Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università degli Studi di Padova ha sperimentato e poi stabilizzato un laboratorio di comunità di pratica nel secondo e terzo anno di corso, coinvolgendo come tutor esperti un Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TdP) e Assistenti Sanitari (AS), con l'obiettivo di far acquisire agli studenti la consapevolezza della necessità di orientarsi verso una cultura operativa di partecipazione, di empowering, per mettere a confronto le competenze delle due professioni dentro l'organizzazione e valorizzare le identità di ruolo nella loro specificità. La progettazione, tenuto conto delle caratteristiche dei partecipanti, ha definito i contenuti didattici, l'approccio pedagogico, la struttura dell'intervento: alla introduttiva lezione frontale per presentare il ruolo e le responsabilità dei TdP, si è affiancato il metodo di apprendimento attivo Problem Based Learning. I servizi presi in esame sono stati proposti in base alle programmate esperienze di tirocinio e sono stati quelli di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, di Igiene e Sanità Pubblica, di Prevenzione e Protezione dai rischi, di Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro. È stata prevista una valutazione conclusiva attraverso la discussione



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

di casi pratici in piccoli gruppi con la condivisione finale in plenaria. **RISULTATI:** Dati di letteratura sull'educazione interprofessionale evidenziano come la formazione sia determinante nella forma mentis dei futuri professionisti. Gli studenti che hanno partecipato ai laboratori, sono stati coinvolti nella soluzione di problemi in casi verosimili proposti dai colleghi esperti e hanno esposto soluzioni sulla base delle nozioni teoriche acquisite nelle discipline d'aula. Hanno espresso soddisfazione nell'individuare le competenze dei TdP e i loro campi di applicazione pratica avvalorando così, anche dal confronto, le competenze e gli spazi di applicazioni della propria professione. I professionisti individuati nella conduzione dei gruppi sono stati in grado di trasmettere la propria esperienza abbattendo loro stessi questi ostacoli, condividendo valori, codici di condotta e modi di lavorare. Affrontando i casi hanno sperimentato in situazione protetta modalità di azione condivisa tra le due professioni. Il tirocinio diventerà poi luogo per verificare gli spazi di interprofessionalità tra gli operatori degli stessi servizi, offrendo magari stimoli alla costruzione di soluzioni condivise e partecipate. **CONCLUSIONI:** L'interprofessionalità non implica lo sviluppo di nuove professioni, ma piuttosto è un mezzo attraverso il quale i professionisti possono esercitarsi in modo più collaborativo e integrato. Questa distinzione separa interprofessionalità da interdisciplinarietà. Formarsi insieme in modo collaborativo obbliga ad imparare a riconoscere le altre professioni nel rispetto delle loro competenze. La sperimentazione in questo laboratorio interprofessionale tra le due professioni della Classe SNT/4 ha un valore ancora più importante perché gli AS e i TdP che lavoreranno insieme ognuno con i propri requisiti, renderanno più efficaci ed efficienti le azioni per la soluzione dei bisogni di salute della comunità. Nel quadro delle iniziative di miglioramento della qualità la formazione interprofessionale è spesso usata nei servizi come un meccanismo per favorire lo sviluppo di prassi e di miglioramento dei servizi. La proposta di laboratorio è stata proposta al Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, perché si possa costruire un percorso formativo in cui gli studenti di entrambi i corsi riescano a lavorare insieme con le stesse modalità didattiche perché davvero la formazione incida sulla conoscenza reciproca con i valori che ne possono derivare. Un contesto importante di confronto è costituito sicuramente dalla Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie della Prevenzione (LM/SNT4) in cui la compresenza delle due professioni alla didattica si auspica possa contribuire ad abbattere le spesso inutili, se non dannose, barriere difensive. Inoltre i PDTA potrebbero essere spunto formativo per l'apprendimento interdisciplinare anche tra professioni delle diverse classi, per diminuire il conflitto riconoscendosi vicendevolmente.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 507

SCUOLA: DIVULGARE LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

N Dipalma1, C Scarnera1, I Aloise1, F Rezza1, MR Turco1

1 Dipartimento di Prevenzione - Spesal ASL Taranto

INTRODUZIONE: La Scuola non è solo un “luogo di lavoro” particolare per le attività che vi si svolgono, ma è anche il luogo deputato alla formazione degli studenti, che saranno i lavoratori di domani. Da ciò il forte impegno di “assistenza” svolto dai Servizi della ASL nei confronti della Scuola, concretizzatosi in questi anni in corsi di informazione e formazione, strumenti educativi e di supporto per una attiva opera di diffusione della cultura della sicurezza. Negli anni tale lavoro si è svolto in un due differenti fasi: negli anni 2008-2011 è stata effettuata una prima tranche di incontri informativi/formativi al termine dei quali gli alunni erano chiamati a compilare dei questionari che hanno permesso di qualificare il grado di percezione del rischio. Partendo da tali evidenze, nella seconda fase, realizzata negli Anni Scolastici 2012/13 e 2013/14 nell’ambito delle attività previste dal Progetto Regionale “Dal Palcoscenico alla realtà: a Scuola di Prevenzione”, si è trasferita la conoscenza del rischio in maniera più puntuale ed immediata. **MATERIALI E METODI:** Prima fase:

- Attività di sensibilizzazione degli studenti degli Istituti di Scuola Superiore di II grado di ogni indirizzo di Taranto e provincia, in collaborazione con l’INAIL
- Attività di informazione rivolta agli studenti delle 4° e 5° classi di tutti gli Istituti Superiori Tecnici/Professionali di Taranto e Provincia, con il CPT di Taranto con elaborazione di questionari sulla percezione del rischio
- Attività di formazione rivolta agli studenti delle 5° classi di tutti gli Istituti superiori Tecnici/Professionali di Taranto e Provincia con il CPT di Taranto

Seconda fase:

- Partecipazione degli alunni allo spettacolo teatrale “Vite Spezzate”
- Partecipazione attiva dei ragazzi al successivo momento formativo nel contesto scolastico
- Elaborazione da parte dei ragazzi di prodotti audiovisivi sul tema della sicurezza nei luoghi di lavoro ai fini di un’attività concorsuale

RISULTATI: Prima fase:

- Attività di informazione operata su 550 alunni, formazione di 194 alunni
- Analisi di 372 questionari sulla percezione del rischio dai quali si è evinto che nei ragazzi c’è la convinzione che per evitare gli infortuni bisogna intervenire sul comportamento lavoratori e che se si seguono scrupolosamente le norme non ci si infortuna

Seconda fase:

- 30 repliche dello Spettacolo teatrale “Vite Spezzate” negli Anni Scolastici 2012/13 e 2013/14, con la partecipazione di 2700 alunni



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- 57 incontri formativi presso le Scuole da parte di operatori dello SPESAL e dell'INAIL a cui hanno partecipato in totale 2700 ragazzi

- Produzione di 12 elaborati concorsuali (raccolte fotografiche o video) **CONCLUSIONI:** Accrescere la cultura della sicurezza all'interno delle istituzioni scolastiche rappresenta un investimento primario per poter ottenere risultati apprezzabili a medio - lungo termine nella riduzione dei tassi infortunistici. Lo scopo del programma attuato si basa da un lato sulla conoscenza dell'effettivo grado di percezione del rischio nelle future generazioni di lavoratori, dall'altro sull'utilizzo di una metodologia innovativa, di tipo emotivo - affettivo, che permette un trasferimento più immediato e duraturo dei principi alla base della prevenzione nei luoghi di lavoro.

In tal modo è stato implementato il grado di consapevolezza dei ragazzi su tali tematiche, anche mediante lo sviluppo di nuove abilità, extracurricolari rispetto ai classici programmi formativi scolastici, indispensabili per la creazione di foto e video la cui elaborazione, sotto la guida di insegnanti - educatori sensibilizzati, ha determinato nelle diverse classi spunto di riflessione e di crescita culturale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 733

MATERIALE DIDATTICO PER LEZIONI DI AMBIENTE E SALUTE PER GLI STUDENTI DEI CORSI DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA E TECNICHE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

C. Signorelli 1, M. Ferrante 2, F. Donato 3, M. Conversano 4

1. Ordinario di Igiene, Univ. Parma - Vicepresidente SItI

2. Associato di Igiene, Univ. Catania - Coordinatore Gruppo di lavoro SItI Salute e Ambiente

3. Ordinario di Igiene, Univ. Brescia

4. Direttore Dip. di Prevenzione ASL di Taranto - Presidente SItI

INTRODUZIONE: Il crescente interesse scientifico e popolare sulle tematiche del rapporto tra ambiente e salute, enfatizzato da casi eclatanti (come ILVA e TERRE DEI FUOCHI), sottolinea l'importanza degli aspetti formativi del personale medico e delle professioni sanitarie. La SItI, attraverso il Gruppo di lavoro Salute e Ambiente, ha colto questa esigenza iniziando l'elaborazione di "pacchetti formativi" semplici e aggiornati. **MATERIALI E METODI:** I primi prodotti riguardano due "pacchetti formativi" minimi: uno per gli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e uno per gli studenti del Corso di laurea in Tecniche della Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro. Essi sono stati redatti dal Gruppo di lavoro sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, della consultazione di materiale bibliografico e della diretta esperienza di docenti di materie igienistiche e di operatori dei Dipartimenti di prevenzione, coinvolti direttamente nella gestione di problemi di contaminazione ambientale. I due file sono stati rivisti e validati da tutti gli autori. **RISULTATI:** I due "pacchetti formativi" sono costituiti da una serie di diapositive illustrate e contengono una parte generale e l'approfondimento di temi specifici quali inquinamenti atmosferici, igiene degli ambienti confinati, gestione del ciclo idrico e di quello dei rifiuti, rumore, radiazioni e riscaldamento globale. Gli aspetti generali approfondiscono i concetti di sviluppo sostenibile, prevenzione ambientale, politiche energetiche, edilizia ecosostenibile, valutazione di impatto ambientale (VIA) e sanitario (VIS), controlli ambientali. Un approfondimento con esempi pratici è dedicato ai metodi epidemiologici per lo studio del rapporto ambiente-salute, per la valutazione del danno sanitario e per identificare i principali effetti sanitari delle "pressioni" ambientali. Il "pacchetto formativo" destinato ai Tecnici della Prevenzione esclude elementi di natura clinica che non caratterizzano l'iter formativo di questi corsi. **CONCLUSIONI:** Nell'ambito del 47° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI) tutti i docenti di Igiene Ambientale dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e Tecniche della Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro riceveranno su supporto informatico i due file con l'indicazione di utilizzarli come base della didattica frontale a partire dall'a.a. 2014/15, riportando eventuali suggerimenti e commenti per futuri aggiornamenti ed estensioni dei moduli didattici per corsi di aggiornamento, corsi specialistici e formazione a distanza (FAD).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 494

CUSTOMER SATISFACTION SURVEY

ML Simonetti 1, B. Gionni 2

1 Nursing Research , PhD Terapia Intensiva Coronarica, Ospedale "C. G. Mazzoni" ASUR Marche Area Vasta 5, Ascoli Piceno

2 Nursing U.O.C. Chirurgia Generale , Ospedale "C. G. Mazzoni" ASUR Marche Area Vasta 5, Ascoli Piceno

INTRODUZIONE: INTRODUZIONE:

Nell'ultimo decennio le Organizzazioni Sanitarie, sia internazionali che nazionali, hanno avviato un'analisi sistematica per la valutazione della performance dei servizi sanitari. Oltre ad indicatori clinici ed economici è stata considerata anche la Customer satisfaction (CS).

L'interesse verso questo nuovo parametro di valutazione deriva dal fatto che si parla sempre più frequentemente di patient empowerment nonché di paziente inteso come soggetto centrale e attivo nella definizione dei processi di cura, il cui punto di vista risulta determinante per garantire il continuo miglioramento organizzativo dei servizi, a seguito di una sempre maggiore competizione degli stessi.

Lo scopo dello studio è quello di valutare il livello di soddisfazione dei clienti rispetto all'esperienza ricovero e comprendere le azioni da intraprendere per rendere il servizio più efficiente ed in linea con le aspettative degli utenti attraverso una metodologia di rilevazione scientifica che consente di elaborare periodicamente indicatori della qualità confrontabili nel tempo. MATERIALI E METODI:

METODI:

Lo studio è stato condotto su un campione di pazienti di età adulta (≥ 18 anni) che nell'anno 2013 sono stati dimessi presso Area Vasta 5, Presidio Ospedaliero "C.G.Mazzoni" di Ascoli Piceno.

L'indagine è avvenuta in giorni sia feriali che festivi. I reparti inclusi nell'indagine sono stati Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Oculistica-Otorino, Medicina, Cardiologia, Pneumologia, Nefrologia, Ematologia e Ostetricia; sono state escluse le Terapie Intensive e l'area Pediatrica e Psichiatrica.

Le informazioni sono state acquisite in modalità face to face fornendo ad ogni paziente, previo consenso, un questionario anonimo, strutturato in 7 aree tematiche (caratteristiche socio demografiche, accoglienza, relazione con il personale e privacy, assistenza e cura, aspetti alberghieri, dimissione, giudizio generale) secondo la metodologia Picker Institute Europe (Patient Experience Reviews, 2012). Il questionario aziendale validato mediante l'alfa di Cronbach, è stato redatto anche in lingua inglese al fine di intervistare gli utenti stranieri.

RISULTATI: RISULTATI:

I questionari somministrati nel periodo di studio sono stati complessivamente 543 con un tasso di risposta del 100 %, come da calcolo della dimensione campionaria rappresentativa del numero annuale di ricoveri dell'Azienda. Il bacino d'utenza è risultato per N.515 (95%) proveniente dalla Regione Marche, per il 67,6% si è trattato di un ricovero urgente mentre per il restante 32,4% di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

un programmato. La durata del ricovero è risultata in media di non oltre una settimana per il 70,7% dei pazienti e di 8-15 giorni per il 26%.

Sul piano delle caratteristiche socio-demografiche il campione esaminato risulta rappresentato da utenti di sesso maschile N. 286 (52,7 %), di nazionalità italiana N.535 (98,5%), aventi un'età compresa tra i 65 e i 79 anni (40,9%), prevalentemente pensionati N.336 (62,%) e con un basso livello d'istruzione (51,3%). I servizi di assistenza sanitaria sono stati valutati nel complesso come soddisfacenti; più della metà degli intervistati (70,5%), infatti, ha espresso un giudizio positivo in materia di accoglienza, confort ambientale, rispetto, gentilezza e disponibilità da parte di tutto il personale di reparto, apprezzando sia i medici per il modo in cui hanno fornito informazioni chiare e comprensibili circa lo stato di salute e i trattamenti, sia gli infermieri e gli OSS per l'aiuto ricevuto nelle procedure assistenziali. Nell'analisi stratificata per specialità, le Unità Operative con un più alto indice di gradimento per i diversi aspetti, sono risultate l'Ematologia, seguita da Cardiologia e Chirurgia.

in caso di dolore il gradimento del trattamento ricevuto per alleviarlo, nel 17,5% è risultato "Molto soddisfatto", nel 78,5% "Soddisfatto", e solo nel 3,9% "Poco soddisfatto"/"Insoddisfatto". Sono inoltre risultate significative anche le seguenti variabili privacy, pulizia ambiente, e qualità del cibo.

Complessivamente gli utenti risultano soddisfatti della struttura 95,2% (517/543) la consiglierebbero ad un loro familiare o amico 89,7% (487/543); e il 90,4% (490/543) ci tornerebbe nel caso di necessità. **CONCLUSIONI: CONCLUSIONI**

L'analisi della CS è uno strumento di gestione strategica delle Aziende Sanitarie molto importante che se integrata con altri strumenti di analisi come il report dei reclami permette di programmare percorsi di miglioramento organizzativo in relazione alle reali esigenze manifestate dagli stakeholders e di potenziare la fidelizzazione dell'utenza.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 732

PERCEZIONE DEL RUOLO DELL'IGIENE DELLE MANI NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO TRA GLI STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO IN INFERMIERISTICA

G. Sotgiu¹, B. Arru¹, M.D. Masia¹, A. Azara¹, S. Bellu², L. Pesapane², S. Porcheddu², G.M. Deriu²

1Dipartimento di Scienze Biomediche-Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari

2 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari

INTRODUZIONE: La percezione che l'igiene delle mani costituisca il cardine per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) si ebbe già molto tempo fa e, con gli anni, la necessità di garantire l'applicazione di questa pratica nell'attività sanitaria ha trovato numerose conferme. A fronte di ciò, tale pratica è spesso disattesa. La stessa Campagna Clean Care is Safer Care, promossa dall'OMS nel periodo 2005-2006, conferma da un lato l'importanza della procedura e, dall'altro, la necessità che ancora permane di sensibilizzare gli operatori sanitari su questo tema. Scopo del lavoro è stato quello di valutare opinioni e conoscenze specifiche di futuri operatori sanitari, nell'ottica di individuare precocemente possibili atteggiamenti e comportamenti errati sui quali modulare un intervento formativo volto a far apprendere e radicare corretti e specifici modelli comportamentali. **MATERIALI E METODI:** Target dello studio è stata la popolazione studentesca del 2° anno del Corso di Studio in Infermieristica dell'Università degli Studi di Sassari. La modalità di indagine ha previsto la somministrazione di un questionario, da compilarsi in forma anonima, sia prima (per valutare le conoscenze di base) che dopo (per verificare l'apprendimento) uno specifico seminario formativo. **RISULTATI:** Complessivamente sono stati intervistati 210 studenti, per un totale di 420 questionari distribuiti. La compliance è stata dell'88,6% in entrambe le fasi. Dall'analisi delle risposte emerge che l'igiene delle mani è ritenuta da quasi tutti i rispondenti, già prima dell'intervento formativo, attività importante (26,8%) o molto importante (71,6%) per la prevenzione delle ICA, giudizio quest'ultimo espresso dall'88,1% ($P=0.0001$) degli intervistati al termine del seminario. Una possibile disattenzione della pratica viene ricondotta inizialmente soprattutto a dimenticanza e/o trascuratezza, non reperibilità di sapone e/o carta per asciugarsi e all'uso - pensato come alternativa - dei guanti; nelle risposte post seminario, si aggiunge anche la possibile scarsa conoscenza e diffusione di protocolli e linee guida specifici, mentre viene meno la percezione errata dell'uso dei guanti come sostituto. Pochissimi, anche dopo l'intervento formativo, riconoscono l'importanza di una buona idratazione della cute con creme o lozioni nel limitare la colonizzazione microbica delle mani (pre- 17,2% vs post- 38,7%). Sotto questo aspetto, per quasi tutti è da evitare l'uso di gioielli (pre- 97,3%; post- 98,3%) e unghie artificiali (pre- 95,2%; post- 97,8%), durante l'assistenza. L'igiene delle mani prima e dopo contatto col paziente e dopo esposizione a fluidi corporei è considerata dalla quasi totalità degli studenti (circa 99%) misura fondamentale per prevenire la trasmissione esogena ed endogena di microrganismi, mentre una percentuale minore ne riconosce l'utilità prima di una procedura



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

asettica (pre- 44,1%; post- 86,5%) e dopo contatto con ciò che circonda il paziente (pre- 77,9%; post- 87,6%). Scarsa è risultata la conoscenza di prodotti a base alcolica e delle possibili occasioni di loro utilizzo nell'ambito dell'igiene delle mani. **CONCLUSIONI:** Nel complesso, l'indagine ha evidenziato tra gli studenti, già prima dell'intervento formativo, una buona conoscenza del ruolo ricoperto dalle mani nel favorire il rischio infettivo; lacune, pregiudizi e convinzioni errate sono stati discussi durante il seminario e, in gran parte, colmate e rimossi. Tuttavia, poiché al sapere non sempre corrisponde il saper fare, cioè alla conoscenza del problema non sempre si associano comportamenti coerenti, si ritiene che, per radicare corretti e specifici modelli comportamentali, siano indispensabili attività di formazione e sensibilizzazione sul tema da attuarsi ciclicamente durante il percorso formativo del futuro infermiere.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 414

E-GREEN: UNA PROPOSTA DI EVOLUZIONE INFORMATICA AD USO DEGLI EDUCATORI ALLA SALUTE

R. Stifini¹; T. Battista¹; R. Coniglio¹; M. Vinci¹; W. Liuzzi¹; A. Pesare¹; M. Conversano¹

1 Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: Le nuove tecnologie e i nuovi strumenti ICT (Information and Communication Technology) proposti in letteratura, possono rappresentare un valido supporto alle azioni di educazione alla salute, potendo contribuire a elevare il livello qualitativo degli interventi e, al contempo a semplificare alcune attività degli operatori sanitari. In questo lavoro è proposto un modello atto a facilitare l'interoperabilità tra processi di programmazione dei percorsi di educazione alla salute e servizi offerti dall'ICT. In particolare viene illustrato un framework di Knowledge Engineering (Ingegneria della Conoscenza) atto alla progettazione di strumenti automatici di supporto allo sviluppo delle fasi di progetto del modello Precede-Proceed (P-P) proposto da Green nel 1980. **MATERIALI E METODI:** Nell'intento di organizzare un intervento efficace, in grado cioè di incidere sulla salute della popolazione coinvolta, il modello P-P propone un approccio deduttivo, ossia iniziando dall'analisi del risultato atteso e delle possibili cause passa alla progettazione dell'intervento e della sua valutazione. Lo "Specialista", per ottimizzare il proprio contributo, deve poter fare tesoro dei risultati ottenuti nel corso dei precedenti interventi, acquisendo il vantaggio di poter fruire di esperienze precedentemente maturate e di conoscenze consolidate, ma al contempo lo svantaggio di dover lavorare su moli di dati in crescita esponenziale e di dover intervenire su target di popolazione sempre più grandi e sparsi sul territorio. E' evidente pertanto che un automatismo di procedura non è sufficiente a supportare il personale sanitario, ma occorre la costruzione, manutenzione e sviluppo di sistemi basati sulla conoscenza al fine di supportare lo Specialista in ogni fase del programma. Con lo scopo di rendere quanto più efficaci gli strumenti automatici, la Knowledge Engineering ha sviluppato dei modelli di interazione trasversali per l'interazione delle tecnologie ICT con qualsiasi disciplina. Prendendo in esame il modello P-P, la conoscenza che ne deriva al termine di ogni fase è frutto del processo diagnostico dello specialista, basato su delle informazioni rilevanti, a loro volta ottenuti da una analisi dei dati presi in esame. In tabella è illustrata una sintesi relativa ad ogni fase del modello P-P e il relativo strumento ICT proposto.

La fase iniziale pone la propria attenzione sulla determinazione dello stato di salute e dei fattori responsabili della stessa, ossia opera su dati provenienti da qualsiasi fonte utile come: istituti di statistica, letteratura scientifica e strutture dislocate sul territorio. Paradigmi come il Text Mining (atto alla ricerca tra documenti elettronici mediante parole chiave) ed Information Retrieval (per il tracciamento delle informazioni tra banche dati di natura eterogenea) offrono il giusto supporto per il processo di analisi delle matrici che conducono alla diagnosi educativa. A supporto di tale



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

diagnosi, sono inoltre gli strumenti di elaborazione dei dati a fornire tecniche e metodologie necessarie a identificare in maniera efficiente specifici problemi di salute che possono contribuire a chiarire il quadro delineato nelle altre fasi. Il Data Mining si propone come l'insieme delle metodiche che hanno per oggetto l'estrazione della conoscenza utile a partire da grandi quantità di dati.

Il LMS è lo strumento qui proposto per accogliere i dati elaborati secondo criteri definiti dallo Specialista. Si tratta di un sistema informatico basato su l'e-learning molto flessibile, particolarmente utile per la sua capacità di interoperare con qualsiasi altro sistema informatico (relativamente all'interscambio di dati). Esso inoltre contiene tutti gli strumenti per supportare lo sviluppo delle restanti fasi di progetto del modello P-P quali:

- Autoanalisi e autovalutazione
- Livello di apprendimento dei discenti
- Valutazione del personale impiegato
- Grado di partecipazione e soddisfazione di tutti i partecipanti
- Valutazione di processo e sistemi di correzione retroattivi

Unitamente ad altri strumenti ICT come i sistemi autore (sistemi per la creazione di materiale didattico multimediale) e l'impiego di unità elementari di istruzione condivisibili (Learning Object).

RISULTATI: Il modello presentato è teso a supportare al meglio lo Specialista creando al contempo un valore aggiunto al processo educativo desumibile in termini di :

- Collaborazione tra partecipanti
- Superamento di barriere spaziali e temporali
- Possibilità di intervento di diverse figure professionali
- Collaborazione fra istituzioni eterogenee

CONCLUSIONI: Il modello presentato vincola l'operatore sanitario ad utilizzare un approccio più sistemico e meno legato alla personale percezione dei problemi ed alle proprie preferenze tecniche, ma al tempo stesso semplifica molte delle attività elevandone il livello qualitativo. Offre inoltre sia un sistema efficace per le valutazioni dell'intervento che la flessibilità di modifica dei moduli informatici del sistema stesso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 631

LA CULTURA DELLA PREVENZIONE E DEL PRIMO SOCCORSO

G. Giarratana¹, F. Blangiardi¹, G. Ferrera¹, G. Taranto¹

¹Dipartimento di Prevenzione - Servizio di Epidemiologia - ASP Ragusa

INTRODUZIONE: L'opuscolo "La cultura della prevenzione e del Primo Soccorso" è il frutto del progetto "Scuola - Prevenzione - Famiglia" svoltosi sotto il patrocinio Nazionale della SITI e dell'ASP di Ragusa, presso il II Circolo Didattico "G. Caruano" di Vittoria nell'anno scolastico 2013/14.

Creare in famiglia la cultura della prevenzione e del primo soccorso attraverso la sensibilizzazione di interi nuclei familiari di alunni di Scuola elementare a tematiche inerenti la salvaguardia dell'ambiente, le nozioni di primo soccorso, la sana alimentazione, le posture corrette e l'importanza delle vaccinazioni. MATERIALI E METODI: Corsi di informazione e formazione tenuti da specialisti in orario curriculare agli alunni e pomeriggio ai genitori degli stessi sulle seguenti tematiche:

- Primo soccorso in famiglia.
- Malattie infettive e vaccinazioni.
- Nutrizione.
- Posture e disturbi visivi.

Cura dell'ambiente esterno, familiare e scolastico **RISULTATI:** L'esperienza del progetto svolto quest'anno in via sperimentale, ha portato anche, e non per ultimo, all'elaborazione di poster realizzati dagli alunni a scuola e in famiglia e che costituiscono la vera anima dell'opuscolo presentato.

la parte dello stesso pertinente il primo soccorso, contiene la chiamata di emergenza al 118 realizzata da una alunna ipovedente di V elementare in alfabeto Braille. **CONCLUSIONI:** La realizzazione del progetto ha portato certamente allo sviluppo di responsabilità e di corresponsabilità sia negli alunni che nei loro familiari, forme di sicuro benessere per l'intera società.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 167

L'ESPERIENZA DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA PRESSO LE SEDI PERIFERICHE (UFFICI DI IGIENE) DEL SISP

C. Zanardo 1; V. Baldo 1; S. Cinquetti 2

1 Dipartimento di Medicina Molecolare, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Padova; 2 Direzione del Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS7 Pieve di Soligo (Treviso)

INTRODUZIONE: Questo percorso nasce dalla collaborazione tra Università e Strutture del territorio per dare la possibilità ai giovani medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva di integrare la loro formazione accademica con una preparazione di tipo pratico. In questa maniera gli specializzandi vengono inseriti fin dal secondo anno di Scuola nelle tipologie di strutture in cui, in futuro, si troveranno ad operare. **MATERIALI E METODI:** La collaborazione si fonda su una convenzione esistente tra l'Università degli Studi di Padova e l'Azienda ULSS7 di Pieve di Soligo (TV).

Una volta iniziato il tirocinio, dopo un periodo di affiancamento al personale strutturato e un colloquio attitudinale, è stata effettuata l'assegnazione ad un Servizio del Dipartimento di Prevenzione (il SISP) con definizione precisa dei compiti:

- attività certificativa ordinaria presso gli Uffici di Igiene,
- visite necroscopiche (escluso esame esterno del cadavere a supporto dell'Autorità Giudiziaria),
- presidenza delle sedute vaccinali,
- attività ambulatoriale di consulenza ai viaggiatori internazionali,
- sorveglianza sanitaria delle malattie infettive.

Per ogni competenza sono stati individuati medici Igienisti strutturati a cui fare riferimento. Durante il tirocinio la valutazione della formazione sul campo avviene mediante approccio diretto dello specializzando al suo tutor e al Responsabile di Unità Operativa da cui lo specializzando riceve un feedback sull'andamento del lavoro. **RISULTATI:** Nel caso specifico, dopo un periodo di 3 mesi di affiancamento ad un medico strutturato e sotto la sua supervisione lo specializzando ha iniziato ad effettuare l'attività ordinaria dell'Ufficio Igiene; successivamente c'è stata una progressiva assunzione di responsabilità da parte del medico in formazione, tutto ciò a vantaggio del lavoro effettivo dell'igienista permettendogli il confronto con le criticità e le problematiche caratteristiche del reale mondo lavorativo.

Risulta chiara la necessità di una ulteriore formazione, a livello universitario, per poter rendere più fluido il passaggio dalla teoria alla pratica. **CONCLUSIONI:** Sicuramente questo tipo di formazione calata nella pratica quotidiana ha una notevole importanza ed utilità sia in riferimento alla evidenza di applicabilità della formazione teorica, sia in relazione alle prospettive di rapido inserimento nel mondo del lavoro.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 227

LA FORMAZIONE DEL MEDICO IGIENISTA. WORKSHOP DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA DELL'AQUILA.

F. Zazzara 1; G. Iacutone 1; F. Santilli 1; V. Simonelli 1; M. Pettinaro 1; V. Bianchini 1; M. A. Manganaro 1; L. Fabiani1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento MeSVA, Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila

INTRODUZIONE: Il Workshop “La formazione del medico igienista” è stato organizzato dagli allievi dalla Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell’Università dell’Aquila con l’obiettivo di valutare il percorso formativo dei medici in formazione specialistica e analizzarne le caratteristiche e le criticità. Gli obiettivi formativi e gli strumenti di valutazione della formazione devono essere riconsiderati secondo la recente riforma delle scuole di specializzazione, con la riduzione degli anni e la modificazione degli ordinamenti. All’ art. 38 comma 1 della legge 368/99 (modificata nel 2005) che disciplina l’ordinamento delle scuole di specializzazione si sottolinea come sia cruciale il ruolo del tutor per l’attività professionalizzante nel percorso formativo. **MATERIALI E METODI:** È stato utilizzato un questionario self report in forma anonima come strumento per la valutazione del grado di soddisfazione degli specializzandi rispetto alla didattica, alla ricerca e alle attività professionalizzanti nelle diverse aree. Il campione è stato costituito dai 17 specializzandi della Scuola. Il Questionario presentava 2 sezioni: -generale; -per area di tirocinio professionalizzante. **RISULTATI:** L’età media degli specializzandi è di 33 anni, di cui 71% donne, 29% uomini. Il 35% ha già conseguito un’altra specializzazione. Per quanto riguarda l’attività di ricerca solo il 35 % dichiara di svolgerne poca, il 70% ha partecipato alla stesura di poster e/o articoli scientifici, la maggior parte dichiara di partecipare a convegni e seminari. Il 35% degli specializzandi ritiene che vi sia molta o abbastanza attinenza tra l’attività professionalizzante svolta in Direzione Sanitaria e gli obiettivi ministeriali. La totalità ritiene molto utile il percorso professionalizzante svolto nel Centro Vaccinazioni. Il 67% ritiene molto utile il tirocinio svolto nel Servizio Medico Competente. (In grafica, i risultati per gli altri servizi: Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Servizio di Medicina Legale, Distretto Sanitario di Base). **CONCLUSIONI:** Il sistema di rotazione nei diversi servizi di attività professionalizzante a partire dal primo anno di corso è ritenuto estremamente utile e si propone che alla fine del terzo anno tutti gli specializzandi abbiano effettuato la rotazione per poi terminare nel servizio d’elezione, in cui portare avanti il progetto di tesi. Tra le proposte, ha trovato spazio l’inserimento di nuove attività e insegnamenti come la Salute Globale, intesa come nuovo strumento di formazione per gli operatori della salute nell’era della globalizzazione. Allora, qual è la missione per il Medico igienista? Le parole scelte sono state quelle di Martin Mc Kee: “L’approccio dei futuri specialisti alla Salute Pubblica sia fortemente basato sui diritti umani: una società democratica, basata sulla giustizia sociale e la parità di diritti per tutti sono i requisiti fondamentali per una società sana, ed è nostro compito andare verso questo obiettivo.”



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 171

USO DEL WEB IN UN CAMPIONE DI GESTANTI AFFERENTI A TRE DIVERSE STRUTTURE OSPEDALIERE DI PALERMO: EFFETTI SULLE ATTITUDINI SANITARIE E TERAPEUTICHE

Sinatra I.1, Amodio E.1, Carubia L.1, Giugno S.1, Marchese V.1, Saorin L.1, Vitale F.1, Torregrossa M.V.1

1 A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

INTRODUZIONE: Negli ultimi anni si è osservato un incremento della ricerca di informazioni riguardanti la salute tramite Internet, fenomeno noto come “e-Health”. Da numerosi studi è emerso che questo fenomeno si riscontra, prevalentemente, nelle donne di giovane età e si presume che la condizione di gravidanza possa determinare un maggiore interesse alla consultazione del Web. Il presente studio ha avuto l’obiettivo di stimare la prevalenza delle gestanti che utilizzano il Web per ottenere informazioni concernenti la gravidanza e/o il nascituro, di valutare l’impatto di Internet sulle scelte sanitarie delle gravide ed infine di analizzare le possibili differenze tra le strutture sanitarie reclutate nello studio. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è stato effettuato da Gennaio 2012 ad Aprile 2012 previo reclutamento di gestanti recatesi presso ambulatori di tre diverse tipologie di strutture ospedaliere di Palermo (pubblico, privato e pubblico-privato) per controlli sanitari di routine. Dopo acquisizione di consenso informato e adesione al trattamento dei dati personali, a ciascuna donna è stato somministrato un questionario che mirava ad indagare condizioni socio-economiche, accesso alla rete per delucidazioni inerenti la gestazione, il parto, il nascituro ed, infine, possibile influenza di tali informazioni sulle proprie scelte in ambito sanitario. **RISULTATI:** Sono state intervistate 239 gestanti di età compresa tra 17 e 43 anni: 223 erano di nazionalità italiana e 16 straniere. L’età media era di 29,74 (DS $\pm$ 5,85). L’ 80,8% (193/239) delle intervistate ha dichiarato di fare uso di internet: 178 (92,1%) per cercare informazioni relative alla loro condizione in prima persona, mentre 11 (7,9%) di loro hanno delegato ad altri la ricerca di informazioni riguardanti la gravidanza e quindi non sono state considerate nell’analisi. Il nostro campione è stato così ridotto a 228 donne: 155 (68%) gestanti sono state intervistate in un ospedale pubblico, 42 (18,4%) in un ospedale pubblico-privato, 31 (13,6%) in una clinica privata.

La maggior parte delle donne intervistate erano italiane (93%), sposate (72,4%) e avevano un’età media di 30 anni (SD $\pm$ 5,8), con una buona percezione del proprio stato di salute. 133 (59%) erano primipare e 95 (41%) pluripare. Circa la metà delle donne erano disoccupate (53%); tra coloro che lavoravano (47%), il lavoro più rappresentato è stato il lavoro d’ufficio (51,4%) seguito dalla libera professione (13%). Il 41,7% delle donne aveva conseguito un diploma di scuola media mentre il 33,8% diploma di scuola superiore, il 17,1% laurea e, infine, il 7,5% licenza elementare. Soltanto 53 (29,8%) gestanti su 178 hanno cambiato il loro stile di vita o comportamento dopo aver consultato



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

il Web. Gli effetti psicologici indotti dalle informazioni ottenute su Internet sono state: sollievo (62,4%), ansia (27%), confusione (18,5%) e paura (5,3%).

L'analisi multivariabile condotta sui dati dello studio ha permesso di identificare l'elevato livello educativo (diploma liceale o più) come predittore significativamente associato all'uso del web (adj OR: 5; 95% IC 2,44 -11,1).

Diversamente, nazionalità straniera (adj-OR= 3,55; 95% IC= 1,02-12,4), elevato livello educativo (adj-OR= 1,57; 95% IC= 1,25-2,56) e consultazione di siti web istituzionali (adj-OR= 2,69; IC 95%= 1,21-5,95) sono stati significativamente associati ad una maggiore probabilità di cambiare stile di vita e prendere decisioni dopo aver consultato Internet per informazioni riguardanti la gravidanza.

CONCLUSIONI: Dal nostro studio è emerso che il fenomeno "e-health" è un'attitudine molto diffusa tra le gestanti, in accordo alle statistiche internazionali.

I risultati della nostra analisi hanno mostrato un uso generico di Internet da parte delle gestanti soprattutto per informazioni relative alla gravidanza, e questo fenomeno è più rilevante tra primipare e lavoratrici; ciò è dovuto al più alto livello di istruzione di queste donne.

Negli ospedali pubblici-privati e privati, è stato segnalato un uso maggiore di internet da parte delle donne intervistate, ma quest'attitudine era essenzialmente legata al livello di istruzione delle donne afferenti in queste strutture.

I risultati hanno mostrato che circa un terzo delle gestanti che aveva utilizzato il Web per nozioni riguardanti la gravidanza ha poi modificato il proprio stile di vita, ma solo una piccola parte di esse ha acquisito uno stile di vita più adeguato alla propria condizione (abitudini alimentari, astensione dal fumo e dall'alcol, corretto uso dei farmaci).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 395

SKILLS PER LA PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI NEGLI OPERATORI SANITARI: RISULTATI DI UNA INDAGINE CAP TRA I MEDICI COMPETENTI

G. Calabrese 1, M.S. Gallone 1, V. Balena 1, M.F. Gallone 1, D. Parisi 2, S. Tafuri 3

1.Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

2.Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

3.Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

INTRODUZIONE: Il D.Lgs 81/2008 impone ai datori di lavoro di salvaguardare i lavoratori dal rischio biologico, individuando nella vaccinazione dei dipendenti uno strumento chiave per la prevenzione e indicando il Medico Competente (MC) come responsabile della raccomandazione e della somministrazione del vaccino. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 raccomanda fortemente per tutti gli operatori sanitari e gli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria le vaccinazioni anti-epatite B, anti-influenzale, anti morbillo-parotite-rosolia (MPR), anti-varicella, anti-pertosse, anti-tubercolare (BCG). **MATERIALI E METODI:** L'indagine si è proposta di valutare conoscenze, attitudini e pratica (CAP) dei MC di Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Molise e Puglia sulle vaccinazioni raccomandate negli operatori sanitari. È stata eseguita tramite somministrazione di questionario anonimo realizzato ad hoc. Per individuare i MC operanti nelle strutture sanitarie regionali è stato consultato l'elenco analitico dei medici in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 D.Lgs n. 81/2008 edito dal Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione del Ministero della Salute in data 18 settembre 2013. Il questionario è stato somministrato in formato elettronico a mezzo email. I questionari compilati sono stati inseriti in un database con software File Maker Pro 9.0v3 ed elaborati con software Stata MP11. **RISULTATI:** Hanno aderito all'indagine CAP 161 dei 258 MC contattati via email (62,4%). Il 52,2% (n=84) ha dichiarato di lavorare in struttura sanitaria e, tra questi, 66 prestano servizio nella Regione Puglia, 6 in Calabria, 4 in Abruzzo, 3 in Campania, 3 in Basilicata e 2 in Molise. Per quanto attiene alla percezione del rischio professionale, la maggior parte dei MC ritiene che sussista un'elevata probabilità di esposizione dell'operatore sanitario ad epatite B e influenza; seguono tubercolosi, rosolia e varicella (Tabella 1). In riferimento alla percezione del pericolo che l'operatore sanitario possa rappresentare una sorgente d'infezione per il paziente, le patologie per le quali questa percezione è più marcata sono influenza ed epatite B, seguite da tubercolosi, morbillo e rosolia (Tabella 2).

Ai medici intervistati è stato chiesto quali sono le vaccinazioni fortemente raccomandate per gli operatori sanitari secondo il PNPV 2012-2014; solo l'11,9% (n=10) ha indicato tutte le vaccinazioni previste nel PNPV. In merito alle competenze previste dal PNPV relative all'identificazione ed esecuzione delle vaccinazioni negli operatori sanitari, il 23,8% (n=20) ritiene di essere responsabile della sola identificazione della vaccinazione, il 54,8% (n=46) sia dell'identificazione che



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dell'esecuzione delle vaccinazioni, mentre il 21,4% (n=18) non ha risposto alla domanda. Inoltre si è indagato sulla conoscenza dei MC dell'intervallo di tempo necessario per la sieroconversione dopo vaccinazione anti-epatite B. Il 44% (n=37) ritiene che l'intervallo temporale necessario per la sieroconversione sia pari a un mese, il 10,7% (n=9) sei mesi, il 9,5% (n=8) ritiene che non sia necessario indagare l'avvenuta sieroconversione dopo l'esecuzione dell'ultima dose di vaccino, il 6% (n=5) ritiene che siano necessari tre mesi, il 3,6% (n=3) ritiene che ne siano necessari due, l'1,2% (n=1) due settimane, il 3,6% (n=3) ha risposto che nessun intervallo temporale indicato era corretto, il restante 21,4% (n=18) non ha risposto alla domanda. Poco più della metà dei medici (56%) propone annualmente la vaccinazione antinfluenzale agli operatori delle strutture sanitarie per cui lavorano. **CONCLUSIONI:** I risultati dell'indagine mettono in luce una inadeguata conoscenza e attitudine dei MC in merito alle linee guida che regolamentano l'impiego delle vaccinazioni negli operatori sanitari. Significativo è anche il dato relativo alla conoscenza di quanto previsto dal PNPV 2012-2014: solo 10 medici degli 84 conoscevano effettivamente le vaccinazioni fortemente consigliate e un quarto del campione pensa che sia tutt'oggi in vigore l'obbligatorietà della vaccinazione anti-tubercolare. Un dato confortante emerge dal giudizio della maggior parte dei medici intervistati (70,2%) che ha riconosciuto l'importanza di questo strumento di prevenzione; il 38,1% si è dichiarato in accordo con l'instaurazione dell'obbligo vaccinale negli operatori sanitari per le malattie prevenibili da vaccino, come recentemente proposto negli Stati Uniti d'America.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 651

INDAGINE SULL'EFFICACIA DI UN MODELLO DI COMUNICAZIONE DEL RISCHIO CORRELATO ALL'INDOOR AIR QUALITY IN LUOGHI DESTINATI AD ATTIVITÀ FISICA

M. Wachocka¹, P. Gallucci¹, A. Poscia¹, F. Pattavina¹, V. Cerabona¹, D.I. La Milia¹, P. Villari², W. Ricciardi¹, U. Moscato¹

¹Istituto di Sanità Pubblica - Sezione Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

²Dipartimento di Malattie Infettive e Sanità Pubblica, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

INTRODUZIONE: L'influenza dei fattori ambientali sulla salute umana è da tempo all'attenzione della comunità scientifica. In particolare, la qualità dell'aria negli ambienti confinati costituisce un importante campo di ricerca, in quanto l'ambiente indoor, in cui la popolazione vive, lavora e trascorre il suo tempo libero, svolge un ruolo importante sulla salute e sul benessere, anche se l'impatto specifico rimane difficile da quantificare in quanto influenzato da numerosi potenziali inquinanti, in quantità modesta e spesso sinergica.

Questo studio, finalizzato alla valutazione di efficacia di uno strumento di informazione/formazione riguardante l'Indoor Air Quality (IAQ), è pensato per le palestre, in quanto l'aspetto benefico connesso alle attività sportive praticate in spazi confinati è inscindibilmente legato allo stato di salubrità e alle condizioni di carattere igienico-sanitario e di sicurezza dell'ambiente in cui queste vengono praticate. **MATERIALI E METODI:** Lo strumento di formazione utilizzato, un breve video-filmato di circa 3 minuti, ha avuto come scopo quello di sottolineare, attraverso l'utilizzo di nuove strategie di comunicazione, le criticità, le peculiarità e i problemi ambientali relativi agli ambienti confinati al fine ultimo di incrementare, su base scientifica, le conoscenze e le competenze dei partecipanti. La sequenza delle immagini utilizzate per ogni tema trattato (IAQ, Microclima, Miceti, Anidride Carbonica, Radon, Formaldeide e Legionella), era finalizzata a descrivere: cos'è? quali effetti sulla salute può provocare? cosa si può fare per evitarli? (es. Figura 1). La valutazione dell'efficacia dell'intervento formativo è stata effettuata attraverso un questionario di 7 domande a risposta multipla somministrato prima e dopo la visione del video-filmato.

I questionari sono stati analizzati mediante il software SITA Versione 1.0 (Sistema per l'Item Analysis) realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità. Il confronto pre-post è stato valutato complessivamente attraverso t-test per dati appaiati e per le singole domande attraverso il test del CHI². **RISULTATI:** Il questionario è stato somministrato a 179 persone (98 femmine e 81 maschi, frequentatori di palestre), con età compresa tra 16 e 55 anni. La popolazione oggetto di studio, che mostrava una discreta preparazione di base degli argomenti trattati (media[DS]=3,9[2.2]), ha evidenziato un significativo miglioramento delle conoscenze (6,2[1.0]). Prima della formazione, il tema più conosciuto era quello relativo alla CO₂ (Q4), mentre erano meno conosciuti il "rischio Formaldeide"(Q6) ed il "rischio Legionella"(Q7) (Figura2). Per tutti i



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

temi trattati, l'intervento formativo è riuscito ad incrementare significativamente le conoscenze specifiche, con un incremento percentuale medio di circa il 30%. **CONCLUSIONI:** Il problema degli ambienti confinati destinati ad attività sportive a ridotta mobilità (palestre, sale fitness, ecc..), è ancora oggi ampio e spesso determinato da errori nelle scelte progettuali (design), edilizie (materiali) o impiantistiche (sistemi di ventilazione/riscaldamento) o, ancor peggio, da errate determinazioni delle destinazioni d'uso o loro repentina variazione. Ciò, purtroppo, è spesso correlato con la mancanza di una adeguata informazione e formazione culturale generale e/o specificatamente finalizzata alla salute ed al benessere, in grado di ridurre gli eventuali rischi presenti negli ambienti indoor.

Il modello formativo proposto e valutato nel presente studio si presenta come di facile somministrazione, ampia possibilità di diffusione ed elevata efficacia nella trasmissione di messaggi essenziali per l'informazione degli utenti delle palestre. Se adeguatamente implementato e a seguito di ulteriori studi che vadano a dimostrarne l'impatto in termini di efficacia reale, ovvero di cambiamenti nei comportamenti/abitudini che possono amplificare i rischi negli ambienti indoor, potrebbe rappresentare un importante strumento per la diffusione di informazioni basate sull'evidenza, rendendo più facile la scelta di comportamenti salutari. Inoltre, il modello potrebbe essere facilmente esportato in ambiti più ampi dell'igiene ambientale, in cui la velocità e la diffusione delle corrette informazioni alla popolazione rappresentano una importante sfida di Sanità Pubblica (vaccinazioni, screening, prevenzione del rischio cardiovascolare, etc).



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 383

LE NUOVE TECNOLOGIE E LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA: APPLICAZIONI PER GLI SMARTPHONES RIVOLTE ALLE GESTANTI

Scaioli G.1, Bert F.1, Gualano MR.1, Gili R.1, Passi S.1, Siliquini R.1

1 Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

INTRODUZIONE: Il fenomeno della m-health, definito come l'utilizzo di dispositivi mobili (smartphones e tablets) a fini sanitari, ha assunto negli ultimi anni una sempre maggiore importanza. Gli smartphones consentono infatti di essere connessi ad internet in qualunque luogo e in qualunque momento della giornata e di usufruire delle cosiddette "app" o applicazioni, software concepiti appositamente per questi device e scaricabili da appositi "store" online. Le "app" relative alla salute risultano essere tra quelle più scaricate dagli utenti, secondo una survey condotta nel 2011 dal Pew Research Center.

Una categoria di individui particolarmente propensa a cercare informazioni sul web riguardo al proprio stato di salute è quella delle donne in gravidanza. Uno studio italiano ha dimostrato infatti come il 98% delle donne in gravidanza che utilizzano internet cerchino informazioni di salute. Attualmente, sono presenti pochi dati riguardo l'utilizzo di questi software da parte della popolazione generale. In particolare, nessuno studio si è focalizzato sulle app relative alla gravidanza. Il nostro lavoro, pertanto, si pone l'obiettivo di fornire un'analisi delle più popolari app relative alla gravidanza disponibili e di valutare il possibile impatto dell'utilizzo di queste app sulle donne in gravidanza. **MATERIALI E METODI:** Nel Gennaio 2014 è stata condotta una ricerca strutturata per trovare e descrivere le app relative alla gravidanza più frequentemente menzionate sul web. La ricerca, condotta tramite le parole chiave "smartphone", "tablet", "mobile phone", "application", "app", "pregnancy", "pregnant women", è stata effettuata sul motore di ricerca generalista Google®, ottenendo come risultato 370 pagine web. Di ciascuna pagina in cui veniva citata almeno un'app relativa alla gravidanza, è stato registrato il tipo di sito internet e il nome dell'app o delle app citate. Tutte le applicazioni menzionate almeno otto volte sono state incluse nella nostra analisi. Per ciascuna di queste app sono state registrate informazioni relative al produttore, al prezzo, agli strumenti offerti e soprattutto alla presenza di riferimenti in merito all'utilizzo dei dati (privacy) e all'evidenza scientifica dei contenuti. **RISULTATI:** In totale, 146 pagine web (39,46%) citavano almeno una app relativa alla gravidanza. Nove app sono state citate almeno otto volte e sono quindi state incluse nell'analisi. La maggior parte di esse fornisce strumenti in grado di coprire tutti gli aspetti della gravidanza. Una caratteristica comune di quasi tutte le app analizzate è la presenza di un link diretto ad un forum in cui le donne in gravidanza possano essere connesse tra loro e scambiarsi informazioni, opinioni e consigli. Due app trattano argomenti specifici (cibi da evitare in gravidanza, esercizi da eseguire durante la gestazione), mentre una applicazione è stata ideata per permettere alle future mamme di calcolare il periodo



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

migliore per concepire un figlio. Tutte queste applicazioni sono disponibili nel più popolare negozio on-line, “Apple® App Store”, mentre cinque risultano scaricabili anche dallo store “Android® Google Play”. Sette applicazioni sono scaricabili gratuitamente, due a pagamento (0,99 euro e 9,99 euro). Cinque app dichiarano di tutelare la privacy delle proprie utenti. Le altre quattro non contengono informazioni circa il trattamento dei dati forniti dalle utenti, mentre la maggior parte di esse dichiarano che i dati personali possono essere utilizzati a fini commerciali. Solamente tre citano espressamente la presenza tra gli sviluppatori di un “medical advisory board” in grado di controllare e garantire la veridicità delle informazioni mediche fornite. **CONCLUSIONI:** Il crescente utilizzo di applicazioni per smartphones relative alla gravidanza presenta benefici e rischi. I benefici di questi nuovi device sono rappresentati dalla possibilità, per le utenti, di reperire informazioni che, senza tali strumenti, avrebbero potuto ottenere con maggiore difficoltà. I rischi sono invece principalmente legati alla mancanza di controllo sui contenuti, al trattamento dei dati personali e sanitari e al “digital divide”. I nostri risultati, infatti, dimostrano come in alcuni casi queste applicazioni non contengano indicazioni circa l'affidabilità delle informazioni fornite e/o se tali contenuti siano evidence-based. Non tutte le applicazioni considerate, inoltre, sono scaricabili gratuitamente e solo la metà di esse è disponibile in entrambi gli store. Di conseguenza, l'utilizzo di queste applicazioni da parte delle utenti è necessariamente legata allo status socio-economico (possibilità di acquistare uno smartphone e le relative app) e alle competenze informatiche delle stesse. In conclusione, smartphone e app rappresentano strumenti dalle notevoli potenzialità nell'ambito della comunicazione sanitaria con la popolazione ma ulteriori studi sono necessari per contenere i potenziali rischi legati all'uso improprio di questi strumenti.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 670

LA CLASSIFICAZIONE DI NEAR MISS ED EVENTI AVVERSI: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE NEL BIENNIO 2012-2013

F. Bellomo 1, L. Castriotta 1, G. Cattani 2, P. Tricarico 2, L. Grillone 2, S. Degan 1, D. De Corti 1, S. Brusaferro 1,2

1 SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Ospedaliero Universitaria "S.Maria della Misericordia", Udine

2 Dipartimento Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine, Udine

INTRODUZIONE: Introduzione

Il programma di segnalazione spontanea di near miss ed eventi avversi (Incident Reporting) costituisce uno strumento essenziale per l'identificazione e l'analisi dei rischi correlati alle cure e risponde al principio dell'"imparare dall'errore".

Il flusso di segnalazioni per poter diventare strumento efficace necessita però di un sistema di classificazione che faciliti la predisposizione di misure correttive. Il lavoro presenta l'esperienza condotta presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "S.Maria della Misericordia" di Udine (AOU-UD) nel biennio 2012-2013. MATERIALI E METODI: Materiali e metodi

L'AOU-UD è un'azienda di rilievo nazionale e ad alta specializzazione, che conta di 1.099 posti letto con 3.807 dipendenti.

La raccolta delle segnalazioni è avvenuta tramite l'utilizzo di 4 schede di segnalazione per i principali near miss/eventi avversi: cadute, eventi sentinella, near miss/eventi avversi nell'area della terapia farmacologica e near miss/eventi avversi generici. Per quanto concerne quest'ultimi, gli ambiti oggetto di segnalazione, sono stati classificati in macro aree utilizzando come riferimento la classificazione degli standard per l'accREDITAMENTO degli ospedali, proposta dalla Joint Commission International, nel manuale in vigore da Gennaio 2011.

Per ogni macro area è stato misurato il numero di eventi segnalato nel corso del biennio 2012-2013. Le tre macro aree risultate più frequenti sono state ulteriormente classificate in sottocapitoli. Successivamente è stato misurato il numero di eventi segnalati per ogni sottocapitolo. RISULTATI: Risultati

Negli anni 2012 e 2013 sono state raccolte rispettivamente 1.243 e 1.339 schede di segnalazione. Stratificando i near miss/eventi avversi generici sulla base delle definizioni delle macro aree (Tabella 1) gli ambiti più segnalati sono la gestione delle comunicazioni e delle informazioni (MCI), gli Obiettivi Internazionali di Sicurezza del Paziente (IPSG) e la valutazione del paziente (AOP). Andando ad identificare i principali sottocapitoli, all'interno delle macro aree principali nel periodo considerato, i più frequenti sono stati l'identificazione del paziente e l'inefficace trasmissione di informazioni tra il personale sanitario (Tabella 2). CONCLUSIONI: Conclusioni



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Lo studio ha permesso di descrivere la frequenza di utilizzo dello strumento dell'incident reporting nel biennio 2012-2013 nell'AOU-UD applicando la classificazione dei near miss/aventi avversi generici utilizzata dal Gruppo Rischio Clinico aziendale.

L'utilizzo di un sistema standard di classificazione ha permesso di rappresentare in modo più analitico i dati raccolti tramite le schede di segnalazione e di individuare interventi di miglioramento specifici (es. corsi di formazione).

Una limitazione della classificazione descritta, rilevato dallo studio, è la assegnazione ad ogni singolo evento di una sola macro-area rendendo difficoltosa il suo utilizzo in presenza di eventi complessi che coinvolgono più macro-aree. Per ovviare a questo limite all'inizio del 2014 è stata introdotta la possibilità di assegnare ad un singolo evento fino a due macro-aree.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 274

LA COMUNICAZIONE NELLA CAMPAGNA HPV: ALLA RICERCA DEL CANALE GIUSTO

C.R. Borriello 1, M. Faccini 2, S. Senatore 2, A. Marino 3, L. Trotta 4, P.A. Moser 1

1 ASL Milano, Coordinamento Distretti; 2 ASL Milano, Dipartimento Prevenzione Medico; 3 Università degli Studi di Milano, Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva; 4 ASL Milano, Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria

INTRODUZIONE: L'offerta vaccinale HPV è probabilmente la più delicata nell'ambito della comunicazione. Infatti generalmente le campagne vaccinali si rivolgono ai genitori della popolazione target in quanto minorenni. Nel caso della vaccinazione HPV le dodicenni, a cui si rivolge la campagna, hanno già un proprio pensiero e una capacità decisionale che influenza la scelta del genitore sull'adesione alla proposta vaccinale. Inoltre il vissuto dei genitori, in particolare delle madri in tema di tumore della cervice uterina, ha un'influenza non piccola sull'adesione alla proposta vaccinale.

Il dato oggettivo è che la copertura vaccinale in ASL di Milano per la vaccinazione HPV, lo scorso anno, è stata del 60% circa, ben lontana dagli obiettivi del Piano Nazionale Vaccini. **MATERIALI E**

METODI: In virtù di queste premesse, si è deciso di agire su più fronti, con modalità e contenuti rivolti ai genitori e alle ragazze, al fine di migliorare l'impatto comunicativo, con l'obiettivo di rendere più consapevoli i genitori e i figli in merito alle scelte effettuate.

La comunicazione cartacea è stata arricchita da immagini e formati studiati appositamente dall'Istituto Europeo di Design di Milano nell'ambito di un progetto degli studenti. Sono state elaborate immagini suggestive della protezione, senza mai insistere sul tema della paura e del rischio, sono stati realizzati disegni vicini al gusto dei ragazzi; i testi informativi, in italiano e in inglese, sono stati organizzati in forma di risposte a quesiti diretti. Anche la scelta del supporto è stata innovativa: accanto al poster ed alla brochure, fatta a fisarmonica e lunga quasi un metro, sono state create delle vere cartoline, con soggetti eseguiti da diversi studenti, con stili differenti, tutte riportanti il disegno dell'affrancatura e la frase simbolo della campagna "It's 4 you".

Considerando le attuali modalità comunicative tra giovani, un'altra scelta è stata di tipo multimediale. Con il corso di laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università di Milano è stato realizzato un filmato intitolato "HPV: Hai Pensato a Vaccinarti?" dove, su una base musicale con un ritmo sostenuto, scorrono immagini, filmati e messaggi chiave. I protagonisti sono stati proprio gli studenti del corso di laurea che, in posti significativi di Milano (Arena Civica, galleria Vittorio Emanuele, stadio Meazza) hanno formato con cartoncini di colore fucsia la parola HPV e la forma del cuore. Il video è stato pubblicato su Youtube, inserito come collegamento nel sito dell'ASL di Milano e pubblicizzato in tutte le strutture di ASL a contatto con potenziali utenti interessati alla vaccinazione come, ad esempio i consultori familiari. **RISULTATI:** Una terza iniziativa ha visto coinvolte le madri delle ragazze in occasione della prima dose di vaccino delle figlie. Con la



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

collaborazione del personale dei consultori familiari, nei centri vaccinali è stato possibile non solo proporre, ma anche prenotare il pap test alle madri che non lo avessero eseguito negli ultimi 3 anni. In occasione della vaccinazione è stato eseguito un counseling prevaccinale specifico riguardante anche la tematica del tumore della cervice uterina, oltre che il vaccino. In particolare, si è illustrata la riduzione del numero di dosi, concomitante alla variazione di scheda tecnica, e la necessità di eseguire comunque il pap test, nei tempi opportuni, anche per le vaccinate.

Infine l'“Open Week HPV”: nella settimana dal 12 al 16 maggio 2014 i centri vaccinali hanno effettuato un'apertura straordinaria dalle ore 14 alle ore 17, rivolta alle ragazze del 2002, 2001 e 2000 per informazioni e vaccinazioni ad accesso libero. L'iniziativa è stata promossa dagli operatori distrettuali che hanno portato nelle scuole target i volantini e dall'Ufficio Scolastico Provinciale che ha diffuso la notizia sui propri canali di comunicazione con le direzioni didattiche. Nella settimana Open sono state vaccinate 159 ragazze, a riprova che l'ampliamento orario dell'accesso ai servizi è strategico nella buona riuscita di una campagna di prevenzione.

CONCLUSIONI: In un periodo come quello in cui viviamo in cui le vaccinazioni vengono vissute sempre di più come un fattore di rischio e di cui viene spesso dimenticato il beneficio, in termini di salvaguardia della salute pubblica e della protezione individuale, è importante trovare il “canale giusto” nei confronti dei cittadini, quello che stimoli interesse, curiosità, ma anche dia sicurezza e fiducia nei confronti di chi propone l'intervento, e perché no, anche in modo accattivante.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 131

STUDIO SULLE CONOSCENZE E ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI IN AMBITO DI IGIENE EDILIZIA DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

F. Campanella 1, C. Costantino 1, E. Azzolini 1, C. Baldini 1, L. Bandini 1, I. Bernardini 1, D. Boemo 1, V. Burrai 1, P. Camia 1, A. Caruana 1, F. Casalini 1, V. Ciorba 1, A. Conti 1, E. D'Andrea 1, V. Di Gregori 1, E. D'Ippolito 1, S. Ferioli 1, M.E. Flacco 1, R. Furnari 1, E. Garavelli 1, F. Gilardi 1, G. Giraldi 1, G. Gori 1, G. Gregoraci 1, A. Guaccero 1, R. Guerra 1, G. La Maestra 1, E. La Rosa 1, G. Licitra 1, F. Lucaroni 1, M.P. Macchiarulo 1, C. Marcantoni 1, F. Marra 1, M. Martinese 1, T. Marzulli 1, A. Montante 1, C. Murru 1, F. Napolitano 1, C. Nioteni 1, R. Palladino 1, S. Parisi 1, M. Passaro 1, M. Pastori 1, C.P. Pelullo 1, A. Poscia 1, F. Puggelli 1, C. Ravaioli 1, S. Reggiani 1, A. Rinaldi 1, R. Santoru 1, G. Silvestrini 1, S. Sironi 1, F. Soncini 1, A. Soumelis 1, T. Tanini 1, D. Tedesco 1, G. Tettamanti 1, P. Tricarico 1, S. Vallorani 1, V. Vighi 1, F. Zazzara 1, A. Ziglio 1, A. Zoccali 1, S. Zuccarini 1, R. Zucco 1, L. Capasso 2, S. Capolongo 2, A. Faggioli 2, MG. Petronio 2, D. D'Alessandro 2

1 Consulta dei Medici in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva S.It.I.

2 Gruppo di lavoro Igiene Ambienti Confinati S.It.I.

INTRODUZIONE: Il presente studio nasce da una collaborazione tra il Gruppo di lavoro Igiene Ambienti Confinati (IAC) della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI) e la Consulta Nazionale dei Medici in Formazione Specialistica della medesima società. Tale ricerca si prefigge di valutare i bisogni formativi degli iscritti alle diverse Scuole di Specializzazione italiane e l'offerta didattica delle stesse, anche al fine di proporre nuovi approcci e soluzioni per le tematiche dell'igiene edilizia e della salubrità degli ambienti confinati. **MATERIALI E METODI:** E' stato predisposto, tramite Google Docs, un breve questionario rivolto a tutti i Medici in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Il questionario, anonimo e disponibile per la compilazione on-line, è composto di due parti: una relativa alle informazioni anagrafiche ed accademiche ed una seconda contenente 8 quesiti specifici sul tema in esame. L'indagine è stata pubblicizzata tramite la Mailing List nazionale e il canale Facebook della Consulta. **RISULTATI:** Hanno compilato il questionario 369 Medici, con una rispondenza superiore al 50% del totale degli iscritti alle suddette scuole.

Il 76% dei rispondenti ritiene che l'Igiene Edilizia sia un tema molto importante della propria formazione di igienista. Il 41% ha già svolto o svolgerà in futuro un periodo di tirocinio in questo nel campo. L'Igiene edilizia non è presente nelle attività di didattica frontale nel 47% delle Scuole di Specializzazione, nel 25% è presente come corso specifico e nel 28% è inserita all'interno di un corso più ampio. Per quanto riguarda le domande indaganti le conoscenze teoriche dei Medici in Formazione, gli aspetti biologici risultano maggiormente noti rispetto a quelli normativi.

CONCLUSIONI: I dati ottenuti hanno denotato delle difformità didattiche e professionalizzanti sul



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

territorio nazionale. Inoltre, mentre le conoscenze teoriche circa gli effetti biologici della permanenza indoor appaiono acquisite, non può dirsi altrettanto per l'approfondimento della normativa. Alla luce di quanto emerso, è corroborata l'ipotesi della necessità di implementare e soprattutto omogeneizzare l'attività didattica e professionalizzante in tema di igiene edilizia su scala nazionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 085

VACCINARSI, ETICA E METODOLOGIA DELL'INFORMAZIONE IN AMBITO VACCINALE: UN MODELLO DI LINEA GUIDA.

M. Colucci 1, A. Ferro 2, C. Amadasi 1, P. Anello 1, M. Longone 1, E. Marcon 1, V. Baldo 1

1 Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Padova

2 Dipartimento di prevenzione Ulss 17 Este, Padova

INTRODUZIONE: Il progetto VaccinarSì ha tra i suoi obiettivi l'informazione corretta e credibile sulle vaccinazioni. Fin dalla sua apertura, il Sito vaccinarsi.org ha assunto come riferimento il principio etico della trasparenza. Si è quindi avvertita la necessità di dotare il Gruppo Comunicazione di VaccinarSì di una linea guida per la selezione e redazione delle notizie da pubblicare. A tutt'oggi, manca infatti un modello etico ed editoriale condiviso per simili iniziative di comunicazione della salute. **MATERIALI E METODI:** Punto di partenza è stata la revisione della letteratura scientifica – relativa a discipline come scienze della comunicazione e bioetica – e delle norme editoriali e deontologiche del giornalismo italiano.

Si è definita “notizia” qualsiasi informazione pubblicata nel Sito, con carattere di novità, brevità e chiarezza. Due gli elementi caratterizzanti: a) il target: il pubblico generale, quindi i professionisti sanitari; b) gli ambiti tematici: malattie infettive prevenibili con la vaccinazione, vaccini e vaccinazioni, attività del progetto. Con “fonte”, invece, s'intende l'origine delle relative informazioni. Si distinguono le fonti primarie (istituzionali, scientifiche, sanitarie) da quelle secondarie (stampa e media generali).

Ne è emerso un primo riferimento etico: ogni informazione, giunta all'attenzione del Gruppo Comunicazione, richiede una verifica, fino alla fonte iniziale; le fonti secondarie, ritenute non attendibili, sono escluse dal processo di redazione.

Sono stati individuati i seguenti criteri di selezione: 1) attendibilità: utilizzare solo informazioni da fonti primarie, con valore scientifico o documentale; 2) accessibilità: privilegiare le fonti che l'utente può visionare direttamente; 3) prossimità: priorità alle fonti prossime al target (es. contesto italiano o europeo); 4) rilevanza: priorità a informazioni di interesse e utilità. I primi due criteri afferiscono al principio etico della responsabilità.

Riguardo alla redazione, il riferimento è stato quello della comprensibilità. Si sono individuati due criteri operativi. Il primo, la completezza dell'informazione: la notizia deve rispondere alle domande chi?, cosa?, come?, dove?, quando?, perché?, in che modo?, quanto/quanti? (regola delle 5W+2H). Il secondo, la leggibilità, ha imposto precise norme editoriali: 1) sintassi: privilegiare frasi brevi, evitare forme passive; 2) lessico: evitare superlativi (danno un tono di parzialità), avverbi e tecnicismi; 3) gestione dei dati numerici: resa verbale dove possibile (“dieci”, al posto di “10”), indicare i rapporti invece delle percentuali (“uno su tre”, invece di “33%”) e le frequenze assolute invece di quelle relative; 4) “spiegare” tecnicismi, sigle, acronimi, evitare il “tutto



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

maiuscolo”; 5) estensione: per non disincentivare la lettura, limitare la lunghezza della notizia (in media, una cartella di 2000 battute).

Dal punto di vista etico e deontologico, si sono aggiunti tre riferimenti globali: 1) chiarezza: scrivere in modo da evitare fraintendimenti o false aspettative; 2) trasparenza: non alterare il senso e/o il contenuto dell’informazione, né occultare aspetti “negativi” di vaccini e vaccinazioni; riferendo i risultati di uno studio, esplicitare il finanziamento di industrie farmaceutiche; indicare sempre redattore/supervisore e le fonti primarie; 3) avalutatività: riportare fatti e dati, non opinioni o giudizi del redattore; evitare toni polemici, sarcastici o sensazionalistici; non dare nel titolo una visione distorta o allarmistica del contenuto; 4) riservatezza: in merito alla privacy e alla tutela di informazioni su minori e salute, riferirsi alle relative norme deontologiche dell’Ordine dei giornalisti italiano. **RISULTATI:** Partendo dai criteri operativi di selezione e redazione, e dai riferimenti etici e deontologici, è stato sviluppato un algoritmo di processo (Figura 1) che ne specificasse, in ogni passaggio – selezione dell’informazione, verifica delle fonti, redazione, revisione/supervisione – l’applicazione.

Operativamente, il vaglio delle fonti avviene per via telematica o telefonica. Con cadenza bisettimanale, vengono inoltre controllate un centinaio di fonti informative primarie, tramite sottoscrizione a feed e newsletter. Per le segnalazioni relative a casi complicati di malattia infettiva prevenibile con vaccinazione, si segue un algoritmo specifico, data la rilevanza dei dati sensibili implicati.

Le linee guida sono raccolte in un fascicolo di 30 pagine, costantemente aggiornato, ad uso del Gruppo Comunicazione. In un anno, hanno indirizzato la pubblicazione sul Sito di circa 150 notizie (media: 3/settimana). **CONCLUSIONI:** A un anno dall’implementazione, le linee guida si sono rivelate funzionali all’attività di informazione del progetto VaccinarSì, sia sul piano operativo che della credibilità. Il modello può essere adottato come strategia comunicativa, prevalentemente informativa, in altri ambiti di sanità pubblica, per fondare metodologicamente ed eticamente iniziative di comunicazione della salute.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 214

VALIDAZIONE ATTRAVERSO UN CAMPIONE DI UNA CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INCIDENTI DOMESTICI .

G. COMUNIELLO¹, G. ARA², L. SALA³, R. D'AMBROSIO⁴, G. MODULO⁵, G. AMELI⁶, M. BACCHI⁷.
 1: SISP BIELLA; 2: SISP BIELLA; 3 DIRETTORE DIPARTIMENTO PREVENZIONE BIELLA; 4: DIRETTORE S.S. EPIDEMIOLOGIA ASLTO1; 5: ASL TO1; 6: SISP BIELLA; 7: DIRETTORE S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA BIELLA.

INTRODUZIONE: Gli incidenti domestici costituiscono un importante problema prevenibile di sanità pubblica in quanto l'incidenza di tali eventi è ancora assai rilevante ed in particolare nell'età infantile e nell'adulto al di sopra dei 65 anni.

Nella regione Piemonte è stato messo in atto un sistema di sorveglianza che permette di valutare attraverso i dati dei pronti soccorsi degli ospedali piemontesi non solo gli aspetti quantitativi ma anche le principali cause e la gravità degli incidenti che si verificano nel territorio regionale.

In Italia in base ad uno studio dell'IIS del 2009 si sono infortunate circa 2,8 milioni di persone (per un totale di circa 3,3 milioni di incidenti domestici) e il tasso di infortunati è stato pari a 11,9 per 1000 abitanti su base trimestrale: 47,6 infortunati su 1000 abitanti.

In Piemonte la causa di ricovero più frequente è rappresentata dalla frattura nelle fasce di età 15-64 anni e superiore o uguale a 65 anni (rispettivamente 60,7% e 86%) e dal traumatismo intracranico nella fascia di età 0-14 anni (33%). Il tasso di mortalità nella fascia di età 0-14 anni è risultato di 3,6 x 100.000 e negli anziani con più di 64 anni di 145,1 x 100.000. La principale causa di morte nella fascia di età 0-14 anni è il soffocamento (32,2%) e la caduta (86,3%) in quella superiore ai 64 anni.

Obiettivo generale del lavoro è aumentare la consapevolezza del rischio nella popolazione in generale ed in particolare nelle fasce più a rischio in modo da ottenere comportamenti orientati verso una maggiore sicurezza e prevenzione degli incidenti domestici.

Obiettivi specifici sono:

- Informare ed attuare un'azione di promozione della salute evidenziando attraverso un documento semplice e diffuso i rischi presenti in una abitazione
- Fornire agli utenti uno strumento utile per valutare autonomamente i rischi nella propria casa
- Raccogliere attraverso uno strumento che garantisce l'anonimato informazioni sulle caratteristiche di sicurezza delle case presenti sul territorio. MATERIALI E METODI: Il lavoro di preparazione della check-list si è basato su alcuni presupposti teorici:
 - Organizzazione della check list per "tipologia di rischio" invece che per "ambiente della casa"
 - Suddivisione dei rischi tra quelli "strutturali" e quelli "comportamentali"



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- Ogni capitolo è stato correlato di “consigli utili” contenenti principalmente norme di comportamento o inviti ad una regolare manutenzione
- Utilizzo di un linguaggio semplice e comprensibile a tutti, pur mantenendo un livello adeguato di precisione

E' stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale tra la ASL di Biella e la ASL TO 1.

La check-list è stata completata entro il mese di settembre 2013 ed è stata sperimentata su un campione di 25 famiglie reclutate secondo un campione di convenienza a Biella e 25 a Torino.

Il campione comprendeva famiglie di tutte le età, di diversa classe sociale e di diverso livello di istruzione. Un questionario predisposto appositamente ha permesso di raccogliere le osservazioni.

RISULTATI: La maggior parte delle osservazioni riguardava:

- l'eccessiva lunghezza della check-list;
- la mancanza di rinvii interni alla check-list nel caso di parti da non compilare (per esempio: nella mia casa non c'è una scala, pertanto posso saltare alla domanda n.....);
- osservazioni specifiche su alcune domande della check-list.

Le osservazioni sono state in parte accolte, modificando la check-list:

- si è deciso di separare le parti dei “consigli” dalla check-list vera e propria per ridurne la lunghezza senza penalizzare alcuni argomenti a scapito di altri ed in modo da mantenere la necessaria completezza. In tal modo la parte dei “consigli” costituisce un documento a parte;
- alcune domande sono state eliminate ed altre sintetizzate e/o ridotte. CONCLUSIONI: La check-list validata è a disposizione a partire dal mese di dicembre del 2013.

Per il momento la check-list è in distribuzione presso il Dipartimento di Prevenzione dove può essere ritirata dagli utenti (per esempio le famiglie con bambini o persone anziane) che accedono ai Servizi del Dipartimento.

La check-list fa parte del materiale predisposto per il nuovo sito aziendale in preparazione, nel quale è prevista una pagina specifica dedicata alla sicurezza in casa.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 678

MIGLIORARE LA PERFORMANCE INVESTENDO SULLA RELAZIONE OPERATORE SANITARIO PAZIENTE: VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLA METODOLOGIA DEL "NOUAGE EMPATICO A RISONANZA SOMATICA" NELL'ACCOMPAGNAMENTO AL TRAVAGLIO E AL PARTO SPONTANEO.

G. Silvestrini¹, B. Federico², A.M. Caporaletti³, E. Zazzeroni³, E. Canducci³, P. Brunori⁴, C. Cicoli⁴, S. Blasi⁵, M. Grossi⁵, A. Spagnolo⁵, W. Ricciardi¹, G. Damiani¹.

1 Istituto di Sanità Pubblica – Sezione Igiene – Facoltà Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del S. Cuore, Roma

2 Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale

3 Ospedale Santa Maria della Misericordia, Urbino

4 Ospedale Santa Croce, Fano

5 Dipartimento di Scienze dell'Uomo, Urbino

INTRODUZIONE: Nel corso delle ultime decadi la patient-centredness è stata inclusa a livello internazionale tra le dimensioni della qualità dell'assistenza e il suo rafforzamento rappresenta una delle quattro aree prioritarie di azione nel policy framework per i sistemi sanitari europei "Health 2020". Evidenze scientifiche mostrano che strutture sanitarie con un approccio all'assistenza centrato sul paziente erogano prestazioni migliori in termini di sicurezza ed efficacia con una concomitante riduzione dei costi di gestione. Diversi approcci sono stati implementati ad oggi per aumentare la centralità del paziente nel processo assistenziale e l'umanizzazione delle pratiche terapeutico-assistenziali, ma spesso in assenza di dati che ne dimostrino la reale efficacia in termini sia di performance clinico-assistenziale che di soddisfazione di pazienti ed operatori. Nell'ambito dell'ostetricia negli ultimi decenni si sta assistendo ad un aumento della medicalizzazione dell'esperienza nascita, il che fa sì che l'operatore sanitario si focalizzi esclusivamente su aspetti tecnici, invece di porre al centro il vissuto del paziente. Inoltre, l'utilizzo inappropriato di queste pratiche non ha prodotto miglioramenti negli esiti perinatali. Dalla necessità di intervenire sia sugli operatori sanitari al fine di sostenerli nella gestione della fisiologia legata al parto, che sulle partorienti, per tentare di ristabilire la percezione di possedere il know-how necessario, nasce il presente progetto di ricerca. In seguito ad una scelta aziendale di puntare sulla formazione degli operatori di una UOC di Ostetricia e Ginecologia alla metodologia del "Nouage Empatiko a Risonanza Somatica" (metodologia che pone il suo razionale sull'assunto che ogni incontro procura nei soggetti coinvolti reazioni fisiche-cognitive-emotive), è stato avviato uno studio osservazionale per valutare se la metodologia nell'accompagnamento al parto spontaneo sia in grado di incidere sullo svolgimento dell'evento e sul carico emotivo delle pazienti e del personale. **MATERIALI E METODI:** Secondo uno schema di ricerca mixed method sono state confrontate le performance di due UOC di Ginecologia e Ostetricia della Regione Marche in seguito ad un corso di formazione della durata di 56 ore avvenuto in una delle due UOC. La



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

seconda UOC è stata utilizzata come gruppo di controllo. La raccolta dati prospettica ha avuto inizio nel novembre 2013 e terminerà nel marzo 2015. Sono state arruolate pazienti nullipare e sono stati raccolti dati clinici (partogramma e cartella clinica), e durante il periodo di ricovero, sono stati sottoposti questionari tratti dalla letteratura internazionale ed interviste create ad hoc, sia alle partorienti che alle ostetriche, riguardo l'esperienza "travaglio-parto". Inoltre, per rilevare eventuali differenze tra le UOC, precedenti all'introduzione dell'intervento, sarà predisposta una raccolta dati retrospettiva relativa al periodo 2011 e 2012 tramite consultazione di cartelle cliniche e interviste telefoniche. **RISULTATI:** Lo studio è stato approvato dal comitato etico dell'Azienda Sanitaria Unica della Regione Marche e ad oggi è stata attivata la fase prospettica. Sono state arruolate finora 70 pazienti (35 per ciascuna UOC), con una età media di 30.2 (DS 4.9) anni e il 93.6% di nazionalità Italiana. Da un'analisi preliminare dei questionari somministrati alle partorienti gli score medi di soddisfazione non differiscono significativamente tra le due UOC indagate, mentre dal punto di vista clinico alcune differenze sono riscontrabili. In particolare l'UOC sperimentale presenta una durata mediana in ore di travaglio minore rispetto all'UOC di controllo. Lo stesso per il periodo espulsivo (Vedi Fig. 1 e 2). Differenze si rilevano anche nella durata media del secondamento 8.8 (DS 8.5) minuti vs 11.7 (DS 4.1) minuti e nella quantità media del sanguinamento 150 (DS 81) ml vs 292 (DS 195) ml, rispettivamente nell'UOC sperimentale e in quella di controllo. **CONCLUSIONI:** I risultati emersi dalle analisi preliminari sembrano supportare l'adozione dell'intervento. Tali evidenze risultano in linea con i risultati ottenuti in seguito all'applicazione della medesima metodologia in altri ambiti assistenziali quali riabilitazione e neonatologia e incoraggiano la diffusione di questo metodo al fine di rafforzare la relazione operatore sanitario – paziente. L'interesse della sanità pubblica per tale metodica trova spazio sia nella dimostrazione di efficacia di una tecnica patient centred riferibile a diversi gruppi di pazienti, sia nella possibilità di utilizzarne gli elementi principali per potenziare le soft skills utili anche nell'orientare relazioni con altri professionisti al fine di facilitare lo sviluppo di metodi e strumenti di clinical governance in contesti di assistenza ospedaliera o di comunità.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 697

**LA PRATICA CLINICA È GUIDATA DAI PRINCIPI DELLA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE?
RISULTATI DI UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA DI INDAGINI SU MEDICI
ITALIANI**

C. De Vito¹, M. Di Marco¹, E. D'Andrea¹, C. Marzuillo¹, A. Massimi¹, A. Matarazzo¹, P. Villari¹
1 Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

INTRODUZIONE: L'erogazione uniforme del livello di qualità delle cure in Italia, così come negli altri paesi europei, richiede l'integrazione nella pratica clinica delle conoscenze provenienti da solide prove scientifiche. L'utilizzo delle migliori evidenze per individuare gli interventi di provata efficacia dovrebbe entrare a far parte della pratica medica quotidiana. Tuttavia, tale integrazione dei contenuti nel contesto clinico non è ancora attuata pienamente. In letteratura è già ampiamente documentata l'esistenza di un'associazione significativa tra la propensione dei medici ad utilizzare i principi dell'Evidence Based Medicine (EBM) nella pratica clinica e le caratteristiche strutturali delle loro reti professionali. In particolare, questo filone di ricerca ha dimostrato che le caratteristiche delle reti dei professionisti e le relazioni tra i medici sono predittori importanti del loro diverso orientamento verso l'EBM.

L'obiettivo di questa revisione sistematica della letteratura è di sintetizzare i risultati delle indagini trasversali svolte tra i medici italiani per analizzare le loro conoscenze, attitudini e comportamenti professionali nei confronti degli interventi sanitari preventivi e curativi in relazione ai principi di efficacia e di costo-efficacia. **MATERIALI E METODI:** Le indagini trasversali di valutazione delle conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi dei medici italiani nei confronti di qualsiasi tipo di intervento terapeutico, preventivo (esclusi i vaccini) o dei principi dell'EBM sono stati inizialmente ricercate su Pubmed (fino a maggio 2014) senza restrizioni di lingua. Ulteriori ricerche bibliografiche sono state effettuate su EMBASE, Scopus e Isi Web of Science unitamente all'analisi delle bibliografie di revisioni sistematiche della letteratura rilevanti. **RISULTATI:** In totale sono stati ottenuti 97 studi. Di questi, 37 hanno soddisfatto i criteri di inclusione. La maggior parte delle indagini si sono concentrate sulle esigenze di formazione dei medici (21 indagini; 56,8%), 6 indagini (16,2 %) hanno preso in considerazione l'utilizzo delle valutazioni di efficacia e costo-efficacia degli interventi sanitari, mentre 5 (13,5%) e 6 (16,2%), rispettivamente, hanno affrontato argomenti specifici sul comportamento dei medici nei confronti di terapie e interventi preventivi. Nonostante conoscenze soddisfacenti e atteggiamenti positivi consistenti, i comportamenti dei medici italiani sembrano non essere ancora completamente guidati dai principi dell'EBM. In particolare, i risultati di due indagini dimostrano che un utilizzo professionale adeguato dell'EBM è più probabile se i medici hanno affrontato argomenti riguardanti l'EBM durante i corsi di laurea o post-laurea (OR 2.25, 95% CI 1,44-3,52), e che le conoscenze adeguate e le attitudini positive verso i principi di costo-efficacia sono maggiormente associate ad una precedente esperienza formativa



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

(corsi di laurea, master, corsi di alta formazione) di economia e gestione sanitaria. In generale, i medici italiani dimostrano un elevato livello di interesse per la formazione in ambito di EBM e valutazioni economiche degli interventi sanitari, giudicando la propria conoscenza attuale in molti casi scarsa o insufficiente.

I risultati di un ulteriore studio documentano che la struttura complessiva della rete sanitaria è costituita da un nucleo coeso di medici e da medici meno collegati tra loro che occupano la periferia e che a mano a mano che ci si allontana dal nucleo centrale diminuiscono le attitudini positive verso i principi dell'EBM da parte dei medici. Indicatori di centralità hanno inoltre confermato la presenza di un'associazione negativa tra la propensione dei medici all'utilizzo dell'EBM e la loro importanza strutturale nella rete professionale. **CONCLUSIONI:** Anche se l'utilizzo dei principi dell'EBM è stato ampiamente considerato come una pratica medica individuale, il suo impatto effettivo all'interno delle organizzazioni sanitarie si basa sulla sua pervasività e la diffusione capillare a livello organizzativo. Il rischio della pratica individuale dell'EBM è che si creino ostacoli all'effettiva implementazione di soluzioni cliniche innovative e che queste non siano trasferite "dal banco del laboratorio al letto" del paziente.

Queste difficoltà sono spesso dovute a una visione elitaria delle conoscenze che induce la creazione di vincoli sociali e barriere all'interno delle organizzazioni, nonché la resistenza di altri clinici che hanno attitudini e comportamenti diversi.

Maggiori interventi formativi pre- e post-laurea sono necessari affinché entrambe le componenti di efficacia e costo-efficacia siano tenute in considerazione dai medici per fornire ai pazienti interventi appropriati, efficaci e in un'ottica di risparmio delle risorse. Tale approccio evidence-based integrato dovrebbe essere in grado di ridurre il divario di qualità tra le prestazioni erogate da operatori differenti e di infondere maggiore fiducia nel Sistema Sanitario Italiano.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 711

UN APPROCCIO DIDATTICO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

L. Grillone 1; L. Castriotta 2; G. Cattani 1; P. Tricarico 1; F. Bellomo 2; D. De Corti 2; S. Degan 2; S. Brusaferro 1,2 .

1 Dipartimento Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine

2 SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine

INTRODUZIONE: Il Gruppo Gestione Rischio Clinico, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine, individua annualmente gli ambiti prioritari sui quali intervenire in materia di sicurezza del paziente, in linea con gli obiettivi internazionali.

Dall'analisi delle 1362 segnalazioni di Incident Reporting pervenute nell'anno 2012, è emerso come l'ambito in assoluto più rappresentato con 96 casi (7%) sia stato quello relativo alla non corretta applicazione della procedura di identificazione del paziente.

Il presente studio si propone di valutare l'efficacia di un percorso formativo, attuato nel 2013 e rivolto al personale di assistenza di alcune strutture operative dell'Azienda e finalizzato al miglioramento dell'adesione all'applicazione della corretta procedura di identificazione del paziente. **MATERIALI E METODI:** L'intervento formativo, accreditato ECM, condotto da giugno a dicembre 2013, si è articolato in:

- una lezione frontale della durata di circa 2 ore, tenuta dal Gruppo Gestione Rischio Clinico e rivolta al personale di assistenza, suddiviso in piccoli gruppi;
- una parte pratica di 16 ore (applicazione della procedura di identificazione paziente in reparto sotto la supervisione di un tutor, individuato tra il personale esperto della struttura di appartenenza).

Le 14 Strutture dell'Azienda coinvolte nel piano di miglioramento sono state individuate sulla base di uno score di priorità definito mediante due parametri: frequenza di eventi avversi segnalati che hanno coinvolto direttamente la struttura, e la severità del danno da questi derivato.

A ciascun parametro è stato attribuito un valore numerico (da 1 a 3) e, dal prodotto di questi, è stato quindi ottenuto l'indice di priorità relativo ad ogni struttura. Organizzati i dati in ordine crescente, sono state quindi selezionate le strutture dal quarto quartile (cut-off 6).

La partecipazione del personale, delle strutture operative selezionate, al piano di miglioramento è avvenuto su base volontaria: complessivamente hanno partecipato 366 dipendenti, di cui 31 con ruolo di tutor. Le figure professionali coinvolte sono state: infermieri, infermieri pediatrici, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di neuro-fisiopatologia e altro personale escluso dall'obbligo dei crediti ECM (ausiliari, operatori socio-sanitari, infermieri generici, personale OTA).

L'incontro formativo ha compreso: l'illustrazione del progetto e della modalità di corretta applicazione della procedura di identificazione paziente e la proiezione del filmato dal titolo "Lei



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

non sa chi sono io”, prodotto dall’Azienda nel 2011, realizzato per sensibilizzare il personale sul tema della corretta identificazione.

Per valutare l’efficacia del percorso formativo, il Gruppo Gestione Rischio Clinico ha effettuato, sia prima che dopo l’intervento, interviste condotte in forma verbale sia al personale relative agli ambiti in cui è indicata l’applicazione della procedura di identificazione, interviste ai pazienti ricoverati, in merito alla frequenza con cui tale procedura veniva applicata dal personale ed l’osservazione diretta sul campo (survey).

Il Gruppo Gestione Rischio Clinico ha quindi proceduto nella raccolta ed elaborazione dei dati, con utilizzo del test statistico chi-quadro. **RISULTATI:** Dall’osservazione degli operatori nella survey condotta al termine del percorso formativo, è emerso come ,delle 93 occasioni osservate, nel 92% dei casi sia stata

effettuata correttamente la procedura e l’86% degli operatori intervistati (41) ha risposto correttamente alle domande, dimostrando di essere a conoscenza delle modalità di applicazione della procedura e delle occasioni in cui effettuarla (Tabella 1).

Nel corso della prima rilevazione, 74 (71%) dei 104 pazienti intervistati hanno risposto “sempre” alla domanda riguardante la frequenza con la quale il personale effettuava l’identificazione del paziente prima di ogni procedura, 23 (22%) “quasi sempre” e 7 (7%) “mai”. Dei 113 pazienti intervistati nel corso della seconda rilevazione, 93 (82%) ha risposto “sempre”, 20 (18%) “quasi sempre” e 0 (0%) “mai” (Figura 1).

Dei 177 pazienti osservati nel corso del primo ciclo di survey, 172 (97%) indossava il braccialetto identificativo vs 183 (98%) dei 187 pazienti osservati al termine del percorso formativo

CONCLUSIONI: L’analisi dei risultati emersi nel pre e post intervento non ha dimostrato rilevanza statisticamente significativa ($p > 0.05$), a motivo della ridotta numerosità del campione considerato, anche se i dati hanno consentito di evidenziare un sensibile miglioramento in termini di corretta applicazione della procedura in tutte le occasioni previste. L’esito incoraggiante dello studio ha consentito la pianificazione e la promozione, nell’anno 2014, di analoghi percorsi formativi rivolti al personale dell’Azienda, finalizzati al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 128

IL RUOLO DEL CAREGIVER NELLE STRUTTURE SANITARIE: UN'INDAGINE CONOSCITIVA

C. Garbelli¹ e ², L. Avigo³, F. Auxilia¹ e ⁴, A. Boschetti⁵, S. Castaldi², F. A. Ciserchia⁴, F. Comincini¹, F. Della Croce¹ e ⁶, A. U. Gelatti⁵, A. Ianes⁷, A. Indelicato⁸, G. Orizio¹, G. Pellegata⁹, C. Scarcella¹, A. Signorini¹⁰.

1. SItI Sezione Lombardia Gruppo di Lavoro Caregiver; 2. Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS Clinica del lavoro e della riabilitazione, Pavia; 3. Casa di Cura Domus Salutis, Brescia; 4. Università degli Studi di Milano e Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore di Milano; 5. Università degli Studi di Brescia; 6. Istituto Pio Albergo Trivulzio, Milano; 7. Segesta - assistenza e sanità - Gruppo Korian; 8. Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda, Brescia; 9. Azienda Ospedaliera San Carlo, Milano; 10. Fondazione Poliambulanza, Brescia

INTRODUZIONE: Con l'aumento del numero e della gravità clinico-assistenziale delle persone bisognose di cura, in conseguenza di interventi medici che favoriscono la cronicizzazione delle malattie, è aumentata l'attenzione della società nei confronti del caregiver, ovvero chi partecipa al "sistema dei servizi" dedicando tempo e impegno nella "cura invisibile" a domicilio di pazienti non autosufficienti sia per patologie croniche sia per disabilità.

Le problematiche incontrate dal caregiver non sono solo legate ad una condizione di profondo stress psicofisico, ma anche a difficoltà dal punto di vista organizzativo ed economico (ottenere flessibilità negli orari di lavoro, riduzione dei tempi lavorativi, possibilità di aspettative e permessi), che ne influenzano la qualità di vita.

I familiari che seguono a domicilio il loro congiunto non autosufficiente, spesso continuano questo ruolo assistenziale durante i ricoveri ospedalieri e/o in strutture di riabilitazione, richiesti da peggioramenti delle condizioni di salute. Durante la degenza la presenza dei familiari è spesso sollecitata e considerata, soprattutto quando i pazienti sono bambini, indispensabile.

Gli scarsi studi in questo ambito analizzano soprattutto il bisogno di ricevere informazioni sulle condizioni di salute del proprio familiare. In particolare è carente la raccolta di dati in merito alla tipologia delle attività assistenziali svolte dal caregiver nelle strutture sanitarie, al loro inserimento o meno nel piano assistenziale e al fatto che il caregiver beneficia di servizi che rendono meno gravosa la sua attività durante il ricovero del familiare.

Per tale motivo la Sezione Lombardia di SItI ha avviato uno studio che si pone come obiettivo di indagare il ruolo e le attività assistenziali svolte dal caregiver nelle strutture sanitarie e socio assistenziali, il rapporto tra il familiare che svolge assistenza e la struttura, e come il familiare vive il suo ruolo assistenziale. **MATERIALI E METODI:** Lo studio è di tipo osservazionale ed è stato condotto in diverse strutture lombarde che operano sia nell'area riabilitativa, nell'area di ricovero ospedaliero e nell'area socio assistenziale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

L'indagine ha previsto la distribuzione ai familiari caregiver di un questionario autosomministrato e anonimo.

Il questionario in uso è stato elaborato sulla base di uno strumento analogo utilizzato, nell'ambito di un'indagine svolta sui caregiver domiciliari, dall'ASL di Brescia nel 2010 (Scarcella 2010), e opportunamente modificato in relazione alle finalità dello studio.

Il questionario è suddiviso in 5 sezioni, per un totale di 34 domande a risposta multipla. La prima sezione indaga le caratteristiche del familiare ricoverato e del ricovero. La seconda verte sulle caratteristiche dell'attività di assistenza svolta dal caregiver durante il ricovero, in termini di tempi e modalità di coinvolgimento da parte della struttura. La terza sezione indaga la percezione da parte del caregiver del suo ruolo, mentre la quarta si focalizza sul rapporto tra il familiare che svolge assistenza e la struttura sanitaria, in termini di informazioni ricevute, di accesso al servizio pasti, etc. La quinta sezione raccoglie i dati demografici del caregiver e informazioni circa la eventuale fruizione di agevolazioni legate all'assistenza.

I dati raccolti sono stati caricati in formato elettronico. L'analisi dei dati terminerà a fine luglio e la stesura della relazione finale è programmata per fine agosto 2014. **RISULTATI:** Hanno partecipato all'indagine nove strutture tra Aziende Ospedaliere, Istituti di Riabilitazione e Residenze Sanitarie Assistenziali.

Strutture di ricovero ospedaliero: Fondazione Poliambulanza, Brescia; Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda; Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore, Milano; Azienda Ospedaliera San Carlo, Milano.

Strutture che hanno come mission principale la riabilitazione del paziente: Istituto Ortopedico Galeazzi SpA; Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS Clinica del lavoro e della riabilitazione; Casa di Cura Domus Salutis, Brescia; Istituto Pio Albergo Trivulzio, Milano.

Residenze Sanitarie Assistenziali: Segesta assistenza e sanità, Gruppo Korian.

Sono stati raccolti e caricati su formato elettronico 1363 questionari per i quali si effettuerà un report statistico di carattere descrittivo relativo a tutti gli item esposti presenti nel questionario. In un secondo tempo si intende effettuare un'analisi multivariata sulla base dei risultati della descrittiva. **CONCLUSIONI:** Il presente lavoro rappresenta una panoramica riguardante la condizione del caregiver familiare che opera nelle strutture sanitarie unica nel contesto nazionale e pertanto si propone di costituire un punto di riferimento informativo e documentativo sulla tematica, al fine di comprendere, valutare, approfondire e stimolare il dibattito e il confronto per favorire azioni di soggetti istituzionali e sociali che operano a vario titolo nel mondo dell'assistenza ai malati.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 160

SICUREZZA E LAVORO: INTERVENTO DIDATTICO-FORMATIVO TRA GLI STUDENTI PER LA CULTURA DELLA SICUREZZA

M. Elefante 1 ; P. Busco 2 ; M. Murro³; T. Sacchi¹; F. Corrado 4; R. Manzo 5

1 Tecnico della Prevenzione Libero Professionista

2 Arpa Puglia- Dipartimento Provinciale- Foggia

3 Asl Taranto- Dipartimento di Prevenzione SIAV

4 Architetto- Docente IS " Caravaggio" San Gennaro Vesuviano, Napoli

5 Docente a Contratto di Psicologia del Lavoro - Corso di Laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute, Università Del Molise

INTRODUZIONE: La presente indagine si pone l'obiettivo di valutare le informazioni riguardanti la sicurezza sul lavoro in possesso dei giovani prima che questi terminino la scuola e capire così la loro "cultura della sicurezza" prima di entrare a far parte del mondo del lavoro.

I dati forniti dall'INAIL avvalorano la decisione di indagare sugli aspetti che caratterizzano la rappresentazione mentale del rischio in questa fascia di età per la situazione infortunistica e di malattia professionale. **MATERIALI E METODI:** E' stato appositamente elaborato un questionario di 37 item volto a valutare la percezione del rischio, le conoscenze sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e la percezione del rischio lavorativo. La formulazione delle domande è stata a risposta chiusa, che consente ai rispondenti di scegliere tra alternative prefissate di risposta. **RISULTATI:** Il campione è costituito da 709 studenti (maschi 68%; femmine 32%), con età media di 18 anni, iscritti al quarto e quinto anno dell'istituto di istruzione superiore ad indirizzo tecnico professionale di tre scuole secondarie della città Bari, Foggia e Chieti. Circa il 28% degli adolescenti è a conoscenza dell'esistenza del Decreto legislativo 81/08, il 49% dichiara di aver avuto esperienze lavorative, svoltesi prevalentemente durante le vacanze estive, il 77% non ha mai preso parte ad un corso di formazione sulla sicurezza sul lavoro e le informazioni su questo tema gli sono pervenute nel 36% tramite i mezzi di informazione. Il 76% è disponibile a svolgere un lavoro che li esponga al rischio di infortunio, al di là delle motivazioni, e il 40% sarebbe disponibile a esercitare un lavoro che li esponga al rischio di malattia professionale. **CONCLUSIONI:** Dall'analisi emerge che il livello d'informazione degli studenti è carente e, ritenendo la scuola il contesto ideale per attuare interventi educativi, di sensibilizzazione e prevenzione, diventa fondamentale fornire strumenti didattici efficaci e d'immediata comprensione sull'argomento in questione. La presentazione illustra il progetto, sviluppato dagli Autori che prevede percorsi di collaborazione tra insegnanti e operatori dell'ASL (Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) al fine di incrementare le competenze degli insegnanti in materia di salute e sicurezza, che verranno in seguito trasferite agli alunni, fornendo loro strumenti aggiornati, semplici e fruibili in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, di sicurezza sul lavoro nonché di promozione e tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 276

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PROCESSO DI PROMOZIONE ALLA DONAZIONE DI ORGANI, TESSUTI, CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE, SANGUE ED EMOCOMPONENTI.

L. A. Fino¹; D. Labate¹; C. Catacchio²

¹ Direzione Sanitaria Ospedale Di Venere, Bari-Carbonara

² Scuola di Medicina dell'Università di Bari, Corso di Laurea in Infermieristica, Polo Universitario H Di Venere.

INTRODUZIONE: BACKGROUND: Lo studio sperimentale si fonda sull'articolo 40 del Codice Deontologico dell'infermiere: "L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere", ponendo così in stretta correlazione la qualità e la quantità dell'informazione erogata dal professionista infermiere con un riscontro caratterizzato da un comportamento responsivo e positivo, predisponente alla donazione da parte del cittadino.

OBIETTIVI: Valutare il grado di conoscenza da parte degli infermieri sulla tematica della donazione di organi, tessuti e cellule. **MATERIALI E METODI: METODI:** Lo studio è stato condotto su di un campione di convenienza, di tipo non probabilistico, di 180 infermieri provenienti da tutta Italia, ai quali è stato sottoposto un questionario in forma cartacea e informatizzata suddiviso in due parti: nella prima, a ciascun tipo di donazione (Organi e tessuti, sangue e donazioni in aferesi, donazione di cellule staminali emopoietiche prelevate da midollo osseo, da sangue periferico e da sangue cordonale) afferivano dalle 6 alle 8 affermazioni per ciascuna delle quali l'infermiere poteva confermare la veridicità, dissentire o mostrare dubbio in merito. La seconda parte del questionario proponeva domande inerenti l'aggiornamento di saperi sulla tematica in questione, l'attitudine alla promozione alla donazione (Anche al di fuori del contesto lavorativo) ed, infine, è stata valutata la personale attività in termini di dedizione alla donazione nel campione preso in esame. Il questionario prevedeva un totale di 45 quesiti a risposta chiusa; i risultati sono stati elaborati e rappresentati attraverso 43 aerogrammi e 2 istogrammi. **RISULTATI: RISULTATI:** Dall'analisi dei risultati ottenuti è emerso che solo il 39% del campione ha avuto modo, nel corso della propria carriera, di aggiornarsi su di una qualunque tematica concernente la donazione, il 46% si è interfacciato con il cittadino informandolo ed educandolo alla donazione, il 65% degli intervistati non ha saputo ricondurre l'enunciato citato nel background all'articolo 40 del C.D. Per quanto riguarda le varie tipologie di donazione affrontate nel questionario le conoscenze relative a quali fossero gli organi, i tessuti e le cellule potenzialmente espiantabili /donabili, e relativi utilizzi in ambito sanitario, si sono dimostrate limitate, così come lo studio ha evidenziato scarsa cognizione, conoscenze inappropriate e scarsa informazione in relazione a: percorso clinico e norme a tutela del donatore, prerequisiti e caratteristiche del potenziale donatore e relativi criteri di esclusione, modalità di donazione, tecniche di prelievo, iter e protocolli, procedure aferetiche, metodi di



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

raccolta, conservazione e bancaggio, principi di compatibilità tra donatore e ricevente, patologie trattabili con il trapianto e con la donazione di sangue, possibili ed ulteriori utilizzi di organi, tessuti e cellule in alternativa alla donazione, linee guida e normative vigenti. **CONCLUSIONI: LIMITI:**

Scarso interesse mostrato dagli infermieri riguardo al tema trattato. Lo studio ha inoltre evidenziato una scarsa attitudine all'atto della donazione nel campione preso in esame.

CONCLUSIONI: Il professionista infermiere è un elemento cardine in tutte le pratiche donazionali.

Egli ha il dovere deontologico e morale di promuovere nell'utenza la cultura della donazione.

Compito dell'infermiere deve essere quello di prevenire la disinformazione che porta oggi il cittadino a distaccarsi ed ad ignorare l'importanza della donazione, ed educarlo alla consapevolezza che essa sia un dovere civico.

Il processo promozionale dovrà essere preceduto da interventi preventivi e la comunicazione efficace dovrà essere alla base di questa missione. Ma non potrà mai esserci divulgazione dell'informazione in assenza di un aggiornamento nozionistico in termini qualitativi e quantitativi sulla tematica in questione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 425

IL VALORE AGGIUNTO DELL'E-LEARNING NEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE E PROMOZIONE ALLA SALUTE.

R. Coniglio 1; R. Stifini 1; A.D. Menna 1; M.T. Vinci 1; M.R. Dinoi 1; S. Insogna 1; T. Battista 1; A. Pesare 1

1. Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto

INTRODUZIONE: Nell'ambito della progettazione e attuazione dei Programmi di Promozione ed Educazione alla Salute, le tecniche di e-learning possono essere utilizzate efficacemente come strumenti di supporto ai tradizionali interventi "in aula" al fine di favorire la diffusione e stimolare l'apprendimento di importanti concetti di Empowerment.

A tal proposito, il Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Taranto ha attuato un insieme di metodologie e strategie didattiche finalizzate alla creazione di un nuovo ambiente di apprendimento in grado di sfruttare le potenzialità del web e della multimedialità.

In via sperimentale è stata utilizzata una piattaforma interattiva web "www.eduscuola.com", in gergo tecnico chiamata LMS (Learning Management System), il cui intento principale è stato quello di rendere più fruibili informazioni scientifiche, i significati e contenuti veicolandoli ai diversi target in modo multimediale e interattivo, secondo un approccio didattico innovativo più attivo e coinvolgente, in grado di "parlare lo stesso linguaggio delle giovani generazioni", utilizzando strumenti e modalità di comunicazione "a rete". **MATERIALI E METODI:** La piattaforma online utilizzata ha contribuito a creare un valore aggiunto all'attività di Promozione e Educazione della Salute, dotando i diversi Programmi di flessibilità, dinamismo e adattabilità.

Tale approccio, impiegando al meglio tutte le specifiche opportunità che la rete offre, in particolare l'interattività e la multimedialità, ha permesso di sviluppare un sistema incentrato sull'utente ed inserito in una vera e propria comunità di apprendimento (classe virtuale), che supera le limitazioni spazio/temporali dell'approccio tradizionale "in aula".

Il discente non è più concepito come utente passivo del processo didattico ma riveste un ruolo centrale evolvendo da fruitore dei contenuti a nuova sorgente di conoscenza, portando così ad un aumento del livello di apprendimento delle skill sia del gruppo classe e al contempo degli operatori sanitari stessi.

A tal fine sono stati predisposti, per ciascun programma strumenti e materiali interattivi, quali ad esempio:

- materiali didattici e informativi di supporto alla formazione in aula e alle attività di gruppo in classe;
- questionari, sia iniziali per verificare il livello di conoscenze riguardo uno specifico tema che test di verifica per una valutazione dell'efficacia e dell'impatto del percorso formativo;



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

- forum, ovvero un ambiente virtuale di comunicazione all'interno del quale gli utenti possono discutere su argomenti di interesse comune, scambiarsi idee, esprimere opinioni, confrontarsi e chiedere informazioni in relazione a proprie specifiche esigenze;
- prodotti multimediali quali video, giochi e software gratuiti. **RISULTATI:** Oltre alla divulgazione dei contenuti e del materiale didattico, la piattaforma ha permesso una raccolta più efficiente dei dati (provenienti da questionari, forum, dati di accesso, etc), e allo stesso tempo l'acquisizione di numerosi feedback, quali il grado di partecipazione ed interesse degli utenti sulla piattaforma e la soddisfazione globale del corso. Ad oggi si possono contare circa (Figura 1):
- Numero totale di utenti: 1819
- Numero docenti iscritti: 121
- Numero di utenti attivi: 180
- (ultimo accesso non oltre 7 giorni)
- Numero di progetti educazione sanitaria: 5
- Numero di insegnamenti: 71

Gli aspetti migliorativi dell'introduzione di pratiche di e-learning, all'interno dei progetti di Prevenzione e Promozione della Salute, sono stati rappresentati da ricadute produttive e organizzative, ed in modo particolare dalla possibilità di poter svolgere e valutare i questionari nella medesima sede con una enorme riduzione del cartaceo e dei vari accessi da parte del personale sanitario nelle scuole, con un traffico di dati più affidabile tra Asl e scuola.

CONCLUSIONI: Al momento attuale l'e-learning rappresenta un'opportunità e una sfida: solo chi saprà raccogliere questa sfida riuscirà a proporsi non solo con contenuti nuovi e adeguati ai tempi ma anche in modalità sempre più efficaci, corrispondenti alle nuove esigenze formative e alle modalità di comunicazione della "generazione digitale".



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 547

E' POSSIBILE VALUTARE L'EFFICACIA DEL CORSO TATUATORI E PIERCER NEL AMBITO DEI SOPRALLUOGHI DI VIGILANZA?

1.M.E. Damiani, 1. P. Maurizi, 3.A. Califano, 4.S. Lanzarini, 2.E. Piccinelli, 1. F.Francia

1.UOC Igiene Sanità Pubblica città, AUSL Bologna, 2.UOC Formazione AUSL Bologna , 3.U.O. Igiene Pubblica Azienda Usl di Ferrara, 4. Programma dip. edilizia e igiene dell'abitato AUSL di Imola

INTRODUZIONE: Il presente lavoro viene realizzato per valutare l'attività formativa svolta dai nostri servizi dal 2009 al 2014 per tatuatori e piercer, a cui hanno partecipato 369 persone.

Infatti le UOC di Igiene Pubblica di Bologna, Ferrara e Imola hanno attivato un modulo formativo ripetibile di 15 ore, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 465/2007, con l'obiettivo di accrescere le conoscenze teoriche dei partecipanti in tema di dermatologia, di igiene e di sicurezza per contribuire a contenere i rischi connessi all'attività per gli operatori e gli utenti.

Il corso tratta aspetti di dermatologia, quali anatomia della cute, controindicazioni e complicanze del piercing e tatuaggio, aspetti di igiene e sicurezza, quali agenti infettivi, modi di trasmissione, epidemiologia e prevenzione delle principali malattie eventualmente trasmissibili con l'attività, igiene delle mani, precauzioni standard e di esecuzione in sicurezza del tatuaggio e piercing.

La partecipazione al corso è un requisito previsto da alcuni regolamenti comunali per lo svolgimento delle attività per questi operatori, che non hanno una formazione professionale specifica .

L'obiettivo del lavoro è verificare la presenza presso gli esercizi di tatuaggio e piercing aperti nelle tre AUSL di operatori che abbiano partecipato al corso, verificare a distanza variabile dalla conclusione degli interventi formativi se permane una sensibilizzazione ai contenuti di Igiene e sicurezza trattati.

Si vuole inoltre valutare l'impatto della formazione in termini di effettuazione di corrette pratiche igienico sanitarie, cioè quanto delle competenze apprese viene utilizzata a distanza di tempo.

MATERIALI E METODI: Vengono effettuati sopralluoghi negli esercizi di tatuatori e piercer delle AUSL di Bologna, Ferrara, e Imola, in cui si valuta mediante somministrazione di intervista se sono presenti operatori che hanno frequentato i corsi AUSL, se sono state recepite alcune informazioni igienico sanitarie o se sono modificate le modalità di svolgimento delle attività. Mediante valutazione documentale e visiva durante i sopralluoghi si valuta invece se il consenso informato, le modalità di disinfezione, e la gestione rifiuti sono realizzate seguendo le indicazioni fornite.

RISULTATI: In corso di predisposizione **CONCLUSIONI:** In corso di predisposizione: l'intervento può suggerire che l'attività formativa e di vigilanza/controllo effettuate in modo collegato possono potenziare le rispettive finalità.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 004

QUANTITÀ PER QUALITÀ? SULL'INADEGUATEZZA DELLE VALUTAZIONI BIBLIOMETRICHE PER GIUDICARE LA RICERCA IN MEDICINA E IN SANITÀ PUBBLICA

F. Calamo-Specchia¹

¹Università Cattolica del Sacro Cuore - Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" - Roma

INTRODUZIONE: La bibliometria è l'insieme di procedure, di origine biblioteconomica, che rilevano indici legati al numero dei lavori scientifici di ogni ricercatore, alla diffusione nella comunità scientifica delle riviste su cui vengono pubblicati, al numero delle citazioni cui hanno dato luogo (Impact factor ed h index ne costituiscono gli esempi più conosciuti).

Su indici bibliometrici si fondano sempre più le valutazioni in relazione alle quali allocare le risorse nel sistema universitario italiano; dunque la questione della bibliometria esce dall'ambito del dibattito per specialisti per divenire a pieno titolo una questione cruciale per le scelte nazionali di politica accademica e organizzativa sanitaria.

È quindi importante chiedersi: è davvero corretto valutare attività e istituzioni di ricerca – e, più o meno surrettiziamente, i ricercatori stessi – in termini di performance puramente quantitative e numeriche? O bisognerebbe piuttosto giudicare i risultati del loro lavoro in termini di qualità della conoscenza prodotta? E le valutazioni quantitative dei risultati della ricerca medica portano con sé svantaggi e pericoli per la libertà e l'originalità di pensiero dei ricercatori?

Il presente lavoro risponde a tali e ad altre simili domande mettendo ampiamente in luce sia i limiti e le distorsioni generali dell'uso di strumenti bibliometrici (tipicamente poco trasparenti e non imparziali) per giudicare la ricerca, sia – anche al di là di tali limiti – l'inadeguatezza di un loro impiego come strumento principale di valutazione nel campo della Sanità pubblica e dell'Igiene, per molti versi non equiparabile alla maggioranza degli altri ambiti disciplinari medico/scientifici. Il lavoro segnala quindi quali parametri, quali strumenti, quali approcci sarebbe più appropriato adottare – in un ambito prettamente qualitativo come quello della ricerca scientifica (ed ancor più della ricerca igienistica), che produce appunto conoscenza/cultura/scienza più che pura tecnica/tecnologia – per passare da una valutazione meramente ponderale e meccanica delle pubblicazioni o dei cosiddetti “prodotti concreti della ricerca” ad un giudizio articolato e complessivo sulle attività dei ricercatori. **MATERIALI E METODI:** - **RISULTATI:** - **CONCLUSIONI:** -



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 488

INDAGINE DI SODDISFAZIONE TRA I PAZIENTI DI UN SERVIZIO DI PSICOLOGIA

A Verzuri 1, P Salotti1-2, AM Gentile 3, C Russo 1, N Nante 1-3

1Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2Unità Sanitaria Locale 9 della Regione Lazio, Viterbo

3Laboratorio di Organizzazione e Programmazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

INTRODUZIONE: La soddisfazione dei pazienti è diventata ormai una misura significativa e importante della qualità dell'assistenza sanitaria. Se i pazienti sono soddisfatti delle cure ricevute tenderanno a fidarsi sia del sistema nel suo complesso che dei professionisti sanitari. La fiducia è un fattore fondamentale che facilita l'adesione dei pazienti ai protocolli di cura e ai trattamenti proposti. Obiettivo dello studio è monitorare la qualità percepita all'interno dei servizi ambulatoriali della U.O.C di Psicologia tramite l'effettuazione di una indagine di soddisfazione sui propri utenti per individuare eventuali criticità e predisporre azione correttive. **MATERIALI E METODI:** E' stato condotto uno studio trasversale. Un focus group ha elaborato un questionario composto da 12 domande con lo scopo di valutare la soddisfazione e l'esperienza dei pazienti. Il questionario è stato somministrato anonimamente a tutti coloro che hanno afferto al servizio di Psicologia ambulatoriale durante l'ultima settimana di luglio e la prima settimana di ottobre 2012. Sono stati distribuiti 130 questionari; in seguito e' stata condotta un'analisi fattoriale per identificare i principali componenti della qualità. Per valutare in modo ponderato i giudizi di soddisfazione espressi dai pazienti e per individuare le eventuali priorità di intervento, è stato calcolato l'Indice di Priorità di Miglioramento (IPM) utilizzando le mediane e le cograduazioni (Rho di Sperman). **RISULTATI:** E' stato riconsegnato e quindi analizzato il 100% dei questionari (130). I valori di attendibilità sono risultati superiori a 0.70 ($\alpha C = 0.76$) e la varianza totale 67.3%. Sono stati estratti i seguenti componenti: "Fattore di Qualità Tecnico-Organizzativa" (26.4% della varianza), "Fattore di Qualità razionale" (25.4%) e "Fattore di Qualità Ambientale-Strutturale" (15.5%). Il IPM ha evidenziato due aree ad elevate priorità di miglioramento: la difficoltà nel trovare gli ambulatori (PMI = 63) e un tempo di attesa per la visita superiore a 15 minuti (PMI = 63). **CONCLUSIONI:** A conclusione dell'indagine l'aspetto più positivo concernente il servizio di psicologia è risultato essere quello riguardante la qualità tecnico-organizzativa, mentre gli aspetti strutturali e ambientali sono risultati meno positivi. Lo studio ha mostrato inoltre come il calcolo del PMI sia indice utile per identificare gli ambiti dove è più opportuno apportare miglioramenti. L'analisi fattoriale ha evidenziato inoltre, che ai fini del miglioramento del servizio di qualità, è più importante intervenire sugli aspetti tecnico-organizzativi piuttosto che su quelli strutturali e ambientali.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 780

IL TECNICO DELLA PREVENZIONE: UNA PROFESSIONE FORTE DELLA SUA GIOVINEZZA, MA DEBOLE PERCHÉ GIOVANE

M. Daolio1

1 Tecnico della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro , U.O.C.I.A.N. del dipartimento di sanità pubblica della AUSL di Bologna

INTRODUZIONE: La professione del tecnico della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro si può oggi definire una nuova professione in quanto con la DM 58/1997 vengono definite le funzioni che in parte ricalcano le storiche competenze delle guardie di sanità (1907) dei vigili sanitari (1934) e ispettore di igiene (1970) . **MATERIALI E METODI:** La legge 42/99 toglie dalla professione il concetto di ausiliarietà o complementarietà ad altri professionisti.

Il DM 509/1999 sancisce l'istituzione del percorso universitario abilitante alla professione.

Il D.Lgs 229/1999 sancisce l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità

Si può affermare che all'interno dei servizi la copresenza di tecnici della prevenzione in possesso del titolo abilitante rilasciato dalle università e tecnici della prevenzione con il solo riconoscimento di equipollenza ha creato un canale virtuoso di interesse nell'aggiornamento e nella formazione

RISULTATI: La freschezza tipica della "gioventù" è un punto di forza in quanto per essere abilitati al ruolo di TPALL è necessario acquisire un sempre maggiore bagaglio di conoscenze e gli aggiornamenti sono più richiesti di quanto richiesto come minimo in ECM. **CONCLUSIONI:** Questa "gioventù" contiene però la debolezza di un ruolo che ancora non sa riconoscersi autonomo e con pari dignità rispetto alle altre professioni con le quali deve collaborare in equipe, alle origini del problema è che i tecnici presenti (da prima della riforma) nelle organizzazioni sanitarie si sentono ancora figura ausiliaria.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 783

COMUNICARE IN SANITÀ PUBBLICA: STRUMENTO PER CONTRASTARE I PREGIUDIZI DEI GENITORI ANTIVACCINATORI

C. Di Stefano 1-2; M. P. Antonelli 3; O. Carrone³; S. De Camillis 3; F. P. Gianzi 3; A. Graziano 3; P. Leopardi 3; N. Natalizi 3; M. G. Orlando 3; M. Peonia 3 ; M. Rizzuti 3; R. Taglieri 3; B. Zanelli 3; M. Ferraresi 3; P. della Rovere 3

1 UOSD Medicina Preventiva dell' Età Evolutiva ASLRMC

2 Department of Hematology, "Tor Vergata" University

3 UOSD Medicina Preventiva dell' Età Evolutiva ASLRMC Roma

INTRODUZIONE: La vaccinazione è lo strumento più efficace per proteggerci da malattie gravi e potenzialmente mortali, grazie ad esse , alcune malattie (come il vaiolo , la polio o la difterite) sono state eliminate, e sono diventate rare nel nostro Paese, tuttavia, è importante continuare a vaccinarsi contro queste malattie,dal momento che non sono state completamente eradicate a livello mondiale,ed è quindi possibile una loro riattivazione .Comunicare in sanità è come costruire un grande puzzle è la stessa modalità di trovare nella scatola il pezzo giusto al momento giusto, nella costruzione di esso, infatti il compito del medico di sanità pubblica è quello di trovare le parole giuste durante il counselling con i genitori dei bambini, che visitano continuamente i più svariati siti WEB, i quali sono spaventati e disinformati. La maggioranza delle informazioni carpite da questi siti sono inaffidabili e non scientificamente corrette, proliferando dubbi ed incertezze su alcune vaccinazioni, come se è vero che il vaccino MPR[anti morbillo –antiparotite- anti –rosolia] causi l' autismo? da recenti studi scientifici validati è stato riscontrato che l' autismo è una malattia che ha origine prima della nascita , probabilmente, nel primo trimestre di gravidanza, alcuni studi ipotizzano che abbia inizio prima della nascita, ma i sintomi iniziano ad emergere tra il 13 e il 15 mese di vita, proprio nello stesso periodo in cui viene somministrato il vaccino MPR, questa coincidenza ha generato in alcuni genitori di bambini affetti dall' autismo e in alcuni ricercatori la convinzione che il vaccino MPR potesse essere la causa della malattia, ma sull' autismo sono state avanzate molte ipotesi,ma ancora insoddisfacenti, ma piuttosto io genitore mi preoccuperei maggiormente dell' epidemia di morbillo che sta colpendo l' Italia e gli Stati Uniti d' America, e della numerosa percentuale di donne italiane che affrontano la gravidanza con il rubeotest negativo, senza tenere conto di tutte le disabilità che potrebbe essere colpito il nascituro. MATERIALI E METODI: Spesso, i genitori non credono nella sicurezza dei vaccini per la presenza in essi di circa di un millesimo di grammo di sali di alluminio che sono aggiunti in alcuni vaccini, come quello del tetano, della difterite, della pertosse,del haemophilus B(Hib),dell' epatite A e B, del pneumococco,del meningococco e del papillomavirus umano, senza essere a conoscenza che l' alluminio non è presente nel vaccino contro la polio, contro l' influenza,



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

contro il morbillo, la rosolia, la parotite, la varicella e il rotavirus. Inoltre i Sali di alluminio rappresentano la componente vaccinale più importante: aumentano l'efficacia del vaccino, stimolano il sistema immunitario, prolungano la protezione immunologica e riducono la frequenza e la gravità di alcune reazioni locali e sistemiche, inoltre i genitori non conoscono che l'alluminio è il metallo più abbondante in natura, lo ingeriamo in modo del tutto naturale ogni giorno con il cibo e con l'acqua e lo respiriamo costantemente, ma anche il neonato nasce già con una certa dose di alluminio che ha ricevuto dalla madre, ed è presente in piccole quantità sia nel latte materno che in quello artificiale. Quindi il compito del medico di sanità pubblica è quello di aggiornarsi continuamente, affinché il suo intervento sia di facilitare la decisione del genitore, senza prendere una decisione al loro posto, fornendo informazioni indispensabili su aspetti scientifici, evitando un linguaggio troppo tecnico o scientifico, prescindendo da tutte le conoscenze che i genitori e i siti WEB, pensano di conoscere in merito ai rischi e ai benefici dei vaccini, fronteggiando le reazioni emotive di resistenza, di delusione e di ostilità dovute alla non completa soddisfazione di richieste da parte dei genitori, conoscendo che l'obiettivo del medico di sanità pubblica è quello di vaccinare il bambino, dopo avere utilizzato un counselling che migliora la comunicazione con i genitori, in modo che questi ultimi abbiano un'ottima visione vaccinale senza immagini non chiare, e possano prendere la decisione di vaccinare il figlio/a in modo indipendente dall'opinione del pediatra di libera scelta, dallo specialista, e dai numerosi siti WEB visitati

MATERIALI E METODI

Nel nostro centro vaccinale si evidenzia un'elevato numero di genitori favorevoli a vaccinare i propri figli per proteggerli da malattie eradicabili nel nostro paese, ma spesso incontriamo una piccola percentuale di genitori che non ritengono di vaccinare i propri figli, giungono presso il nostro centro vaccinale in occasione dell'iscrizione all'asilo nido, incerti e spaventati da tutte le informazioni lette sui siti WEB, spesso, prima di recarsi presso il centro vaccinale di zona, hanno avuto un colloquio con il loro pediatra di fiducia, il quale risulta essere scettico per varie esperienze personali a vaccinare, ritenendolo nei primi mesi di vita il fulcro dell'informazione per qualsiasi patologia, ma nei riguardi delle vaccinazioni non utilizza la stessa empatia come per le altre patologie. Infine, la scelta di vaccinarsi deve essere rinforzata sia come mezzo di protezione individuale che come segno di coscienza sociale e collettiva, proprio in questa occasione, l'abilità del medico di sanità pubblica è quella di intervenire con un'ottimo counselling vaccinale, e con una buona esperienza vaccinale, per fare comprendere ai genitori l'importanza delle vaccinazioni.

RISULTATI: Alcuni genitori non vengono raggiunti da un messaggio efficace da parte del medico di sanità pubblica, è quindi decidono per propria cultura oppure per proprie esperienze personali, di compilare il modulo per la segnalazione del dissenso informato alle vaccinazioni, senza comprendere che vaccinarsi è un 'atto di rispetto per tutta la popolazione, in quanto io non vaccinato potrei essere" vettore di virus. **CONCLUSIONI:** Il medico di sanità pubblica dovrebbe assumere un ruolo centrale in questo processo, utilizzando una cultura generale della



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

prevenzione basata sulle evidenze scientifiche e sul disegno di comunicazione che dovrebbero essere i risultati del successo di ogni vaccinazione, tenendo conto di affrontare diverse tipologie dei genitori. E' importante creare servizi facilmente accessibili, migliorare il livello di fiducia generale, e creare una cultura diffusa di prevenzione, questi sono tutti elementi indispensabili per promuovere le vaccinazioni, inoltre bisogna ricordare che la vaccinazione ha sempre un doppio ruolo : proteggere il singolo dalle conseguenze talvolta devastanti di malattie infettive e proteggere la comunità dagli effetti sociali di quella malattia.



47°
CONGRESSO
NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C21: ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI VACCINALI



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 492

COME VALUTARE L'IMPATTO DI UN PROGRAMMA DI VACCINAZIONE DISPONENDO DI DATI EPIDEMIOLOGICI ED ECONOMICI: UNA PROPOSTA DI METODOLOGIA DI AMPIA APPLICAZIONE

A. Bechini¹, P. Bonanni¹, M. Levi¹, S. Boccalini¹.

¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

INTRODUZIONE: Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 indica che la priorità per la Sanità Pubblica è la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci ed omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale.

Diventa pertanto necessario effettuare specifiche valutazioni di impatto delle strategie vaccinali adottate dalle singole Regioni o dalle Aziende Sanitarie Locali nei confronti delle malattie prevenibili mediante vaccinazione al fine di verificare i risultati dell'implementazione delle strategie di prevenzione in atto su tutto il territorio nazionale e il raggiungimento degli obiettivi previsti, possibilmente mediante strumenti comuni.

La valutazione dell'impatto clinico ed economico (in termini di costi relativi alle ospedalizzazioni) di un programma di vaccinazione può essere effettuata sia a livello regionale sia ad un livello sub-regionale (es. a livello di ASL), attraverso la stima della eventuale riduzione dei casi, delle ospedalizzazioni e dei costi generati da una specifica malattia infettiva in qualsiasi contesto. L'opportunità di contribuire a realizzare un confronto tra le diverse esperienze territoriali regionali ed aziendali ha motivato lo sviluppo di questa metodologia che offre l'opportunità di 1) valutare l'impatto di un programma di vaccinazione sull'epidemiologia e sui costi di ospedalizzazione attraverso un rilevamento degli indicatori di esito e di processo, 2) permettere un immediato riscontro dei risultati ottenuti e 3) produrre dati regionali e aggregati da diffondere nella comunità scientifica e istituzionale.

Gli obiettivi specifici di questa metodologia sono: 1) valutare l'andamento delle notifiche di una qualsiasi malattia infettiva, prima e dopo l'adozione di una nuova vaccinazione o di una nuova strategia di vaccinazione; 2) stimare i costi di ospedalizzazioni delle malattie infettive selezionate; 3) valutare il trend delle coperture vaccinali per quella malattia infettiva; 4) permettere la valutazione delle reazioni avverse alla vaccinazione. **MATERIALI E METODI:** Prima di iniziare la fase di raccolta dei dati sarà necessario stabilire il periodo di osservazione della valutazione e la numerosità della popolazione residente, suddivisa per classe di età, da utilizzare come denominatore nel calcolo dei tassi di incidenza e di ospedalizzazione in quella popolazione. Una volta che i dati sono disponibili, grazie alla presente metodologia è possibile compilare le tabelle realizzate mediante il software Excel, inserendo i dati relativi a: notifiche obbligatorie di malattia



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

infettiva (per genere, classe di età, ASL o distretto, stato vaccinale, mese di inizio sintomi); schede di dimissione ospedaliera (SDO) (per genere, codice alla dimissione, giornate di degenza, costi totali di degenza); coperture vaccinali (CV) (per ciclo vaccinale completo, a 24 mesi, per numero di dosi e per coorti di nascita); reazioni avverse al vaccino/ai vaccini (RA) (gravità, tipologia della reazione, co-somministrazione con altri vaccini) e numero di dosi annuali di vaccino somministrate. A seconda del tipo di valutazione, su scala regionale o aziendale, vengono definite le fonti dei dati regionali o aziendali da cui ottenere le informazioni epidemiologiche necessarie per l'applicazione della presente metodologia. **RISULTATI:** Sono stati realizzati dei moduli fac-simile per la richiesta di ciascun parametro da includere nella metodologia proposta (notifiche, SDO, CV e RA) che il responsabile della valutazione può utilizzare e adattare per le proprie finalità. Sono stati creati dei fogli di calcolo contenenti delle tabelle preimpostate, facilmente modificabili in base alle esigenze di valutazione del contesto epidemiologico e del periodo temporale di interesse. Dalla compilazione delle tabelle contenute nei fogli di calcolo vengono automaticamente generati dei grafici che permettono di rappresentare il trend temporale dei tassi di incidenza annuale totale e per classe di età; dei tassi di ospedalizzazione annuale totale e per classe di età, permettendo di confrontare il periodo pre- e post-vaccinazione, in riferimento agli anni di osservazione selezionati. E' inoltre possibile calcolare i tassi di segnalazione delle reazioni avverse alla vaccinazione in valutazione. **CONCLUSIONI:** Destinatari della presente metodologia sono i professionisti nell'ambito sanitario, gli studenti delle scuole di specializzazione dell'area medica preventiva e tutti coloro che sono coinvolti nel settore della prevenzione delle malattie infettive attraverso le vaccinazioni. La metodologia presentata risulta uno strumento utile e facilmente adattabile per la progettazione di una valutazione dell'impatto di una specifica strategia di vaccinazione applicata a qualsiasi territorio (regionale o aziendale) e in un qualsiasi periodo di osservazione.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 281

**ORGANIZZAZIONE DELLA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTIROTA VIRUS
NELL'UNITA' OPERATIVA TERRITORIALE DI PREVENZIONE DI TERMINI IMERESE - DIPARTIMENTO
DI PREVENZIONE ASP PALERMO**

A. Butera¹; A. Sutura 1

1 Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

INTRODUZIONE: L'infezione da rotavirus è la causa più frequente di ricovero ospedaliero nei bambini per vomito e diarrea, con una incidenza massima tra i 4 e i 24 mesi. Il rotavirus contagia il 95% dei bambini prima dei 3-5 anni ed è il responsabile del 5% dei decessi sotto i 5 anni e del 40% delle morti infantili dovute a diarrea e vomito. La campagna di vaccinazione antirotavirus è iniziata nella ASP di Palermo nei nati del 2013 con l'offerta attiva del vaccino da somministrare in due dosi, la prima a partire dalla sesta settimana di vita e la seconda entro il sesto mese, con un intervallo di almeno quattro settimane. **MATERIALI E METODI:** Con la collaborazione del servizio anagrafe assistiti del Distretto Sanitario 37 di Termini Imerese, si è provveduto al reclutamento dei nuovi nati: al momento della scelta del Pediatra i genitori venivano indirizzati presso il Centro vaccinazioni, situato nello stesso edificio, dove veniva fissato, già a pochi giorni dalla nascita, un appuntamento per la vaccinazione in un intervallo di tempo compreso tra il 61 e il 70 giorno di vita; si è scelto il 61 giorno per la prima dose al fine di poter co-somministrare alle altre vaccinazioni previste dal calendario vaccinale della Regione Sicilia. Contemporaneamente si è provveduto ad informare i pediatri della disponibilità della vaccinazione. **RISULTATI:** I nati residenti nell'anno 2013 sono stati 538; sono stati vaccinati, completando l'intero ciclo con due dosi 503 bambini, raggiungendo così una copertura del 96%. Sono stati registrati: 2 dissensi alla vaccinazione; 33 non vaccinati, di cui 2 con vere controindicazioni al momento della vaccinazione (intervento al piloro e accertamenti per malattia infettiva in corso), 20 bambini inadempienti e/o ritardatari per tutte le vaccinazioni, immigrati da altre Regioni d'Italia e fuori tempo per la somministrazione, 1 deceduto, 5 non presentatisi, residenti ma probabilmente domiciliati altrove e non ancora iscritti all'anagrafe assistiti; 4 emigrati durante l'anno ad altro Comune del territorio Nazionale; 1 non ancora presentatosi per la vaccinazione. **CONCLUSIONI:** Nel successo della vaccinazione antirotavirus sono risultate determinanti: la collaborazione con l'ufficio anagrafe del Distretto Sanitario che ha permesso di reclutare i vaccinandoli nel primo mese di vita; l'informazione fornita dal personale del Centro vaccinazioni e dal Pediatra; la modalità di somministrazione orale del vaccino; la pregressa esperienza dei genitori che hanno dovuto ricorrere al ricovero dei propri figli a causa di diarrea e vomito conseguenti ad infezione da Rotavirus.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 152

MIGLIORAMENTO DELL'AUTONOMIA PROFESSIONALE DEGLI ASSISTENTI SANITARI E SNELLIMENTO DELL'ATTIVITÀ IN AMBITO VACCINALE

A. Grillo 1; E.Chermaz 2; A.Vit 3; S.Cinquetti.4; V. Scarpato 4
 1,2 Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Azienda ULSS 7 del Veneto;
 3 Servizio Sorveglianza e Profilassi Malattie infettive - ASS 4 " Medio Friuli";
 4 Servizio Igiene e Sanità Pubblica-ULSS N. 7 del Veneto

INTRODUZIONE: Il costante aumento della mole e peculiarità dell'attività vaccinale richiede un miglioramento continuo delle competenze professionali degli operatori che vi si dedicano in modo preponderante: gli Assistenti Sanitari (AA.SS.).

Tale sviluppo unito, ove possibile, ad uno snellimento delle procedure, non potrà che migliorare la qualità del servizio reso e ridurre i tempi di attesa per l'utenza. **MATERIALI E METODI:** Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) - ULSS 7 del Veneto - ha attivato un Corso di Formazione sul Campo che ha coinvolto tutti gli AA.SS. ed alcuni medici dei Servizi Vaccinali per circa 35 ore totali, distribuite tra febbraio e dicembre 2013. Per individuare i dubbi nell'attività vaccinale e le procedure semplificabili, si è analizzata l'operatività quotidiana dell'A.S., con l'obiettivo di definire se lo stesso avrebbe potuto procedere senza consultare il medico, eventualmente anche modificando le procedure in atto.

A tale scopo sono state implementate la raccolta e analisi dei casi che, durante l'attività vaccinale svolta dall'A.S., hanno richiesto un intervento da parte del medico del Servizio (consulto, visita, prescrizione, ecc.) e la successiva elaborazione di possibili soluzioni, da adottarsi uniformemente in tutte le sedi.

Le tappe di questo percorso formativo sono state:

- rilevazione, attraverso un'apposita scheda compilata dagli AA.SS. per 4 settimane, dei casi per cui gli stessi sono ricorsi al medico (per consulti per patologie, prescrizioni, firme ecc.);
- analisi in piccoli gruppi dei casi raccolti e di testi di riferimento, protocolli, procedure già in uso nella Unità Operativa e formulazione di ipotesi di soluzioni diverse da quelle adottate;
- incontro in sede plenaria per la presentazione dei risultati ottenuti nelle precedenti fasi di ricerca delle soluzioni;
- stesura, in piccoli gruppi, di protocolli/istruzioni operative sperimentali da utilizzare nell'attività;
- presentazione in sede plenaria delle proposte di protocolli/procedure da adottare;
- messa a regime delle linee guida e sperimentazione delle stesse con nuova raccolta, per 4 settimane, dei dati riferiti ai casi che hanno richiesto l'intervento del medico;
- valutazione dell'attività formativa realizzata attraverso l'analisi delle differenze riscontrate nei due momenti di rilevazione della casistica (eventuali aree di criticità di applicazione delle



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

nuove istruzioni operative);

- incontro finale per la presentazione dei risultati ottenuti. **RISULTATI:** Rispetto al “miglioramento dell’autonomia professionale degli Assistenti Sanitari”, si rileva che il numero dei casi che hanno richiesto una valutazione del medico è dimezzato nel secondo periodo di rilevazione, rispetto al primo: dal 18/2/2013 al 15/3/2013 sono stati rilevati 81 casi, di cui 5 per firme del medico (per febbre gialla, mantoux e consenso off-label), che corrispondono al 3,5% degli accessi vaccinali nello stesso periodo, mentre dal 30/9/2013 al 25/10/2013 sono stati rilevati 38 casi, di cui 5 per firme del medico, che corrispondono all’ 1,8% degli accessi vaccinali.

Rispetto allo snellimento delle procedure, è stata modificata una modalità operativa mentre altre 18 procedure sono state puntualizzate, codificate e applicate uniformemente.

E’ stato redatto il documento “Sintesi delle soluzioni condivise a conclusione del corso – Sviluppo delle competenze degli operatori e snellimento dell’attività in ambito vaccinale”, allegato alle Istruzioni Operative che il SISP si è dato per la certificazione UNI EN ISO 9001 e che sono consultabili da tutti gli operatori del SISP nel sito aziendale dedicato.

E’ stato prodotto molto materiale informativo, presentato durante le assemblee plenarie, cui tali soluzioni fanno riferimento e che è consultabile nel sito intranet del SISP, alla voce “ Corso FSC 2013 – materiali”.

I partecipanti ai gruppi di lavoro, chiamati ad esprimersi sull’utilità del corso, lo hanno definito utile in quanto “stimolo alla ricerca, aggiornamento, approfondimento, discussione, confronto e condivisione su temi che traggono spunto dall’attività vaccinale quotidiana, al fine di trovare una soluzione a dei problemi pratici che derivano da tematiche o linee operative dubbie; in grado di aumentare la consapevolezza delle aree di miglioramento e lo spirito di gruppo”. **CONCLUSIONI:** Il grande lavoro di ricerca attiva, che il tipo di progetto richiedeva, ha avuto un impatto formativo molto più pregnante di quanto sarebbero state delle lezioni frontali ed un apprendimento passivo dei contenuti, che invece sono stati elaborati e condivisi da tutti.

Il progetto ha richiesto un notevole lavoro per lo sviluppo di tutte le sue fasi, tuttavia l’interesse dimostrato da parte dei partecipanti e i risultati raggiunti hanno dato ragione dell’impegno profuso



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 475

STIMA DEI COSTI ATTRIBUIBILI AD EVENTI DI “FUORI TEMPERATURA” NELLA CONSERVAZIONE DEI VACCINI ESAVALENTI CHE SI VERIFICANO IN ITALIA

R. Silvestri¹; F. Marchetti²

1. *Payers and Evidence Solutions Specialist, GlaxoSmithKline S.p.A, Verona*

2. *Direzione medica Vaccini, GlaxoSmithKline S.p.A, Verona*

INTRODUZIONE: I vaccini costituiscono la componente fondamentale di un’efficace strategia di contenimento delle malattie infettive. Per le loro caratteristiche tecniche, la qualità e l’uso dei vaccini sono fortemente condizionati al rispetto della catena del freddo. I vaccini devono essere mantenuti entro un determinato intervallo di temperatura di refrigerazione durante il trasporto e lo stoccaggio. L’esposizione prolungata a temperature superiori o inferiori alle condizioni di conservazione indicate può danneggiare i vaccini in vari modi, in particolare alterando la struttura terziaria delle proteine contenute. Tali requisiti della catena del freddo rappresentano un importante onere economico e logistico e possono rappresentare una quota significativa del costo della vaccinazione. Anche nei paesi industrializzati si verificano interruzioni nella catena del freddo che portano a dosi di vaccino non più utilizzabili, costi legati allo smaltimento di tali dosi e al rischio di somministrare dosi di vaccino non più efficaci. In caso di eventi cosiddetti “fuori temperatura”, ovvero quando non vengono rispettate le condizioni standard di conservazione dei vaccini, gli operatori sanitari si rivolgono alle aziende produttrici per avere indicazioni sulla possibilità o meno di impiegare le dosi interessate dall’evento. Non sono disponibili, ad oggi, stime dei costi di vaccini attribuibili ad eventi di “fuori temperatura” che si verificano in Italia. A titolo di esempio, è stato preso in esame il vaccino esavalente Infanrix Hexa[®], che deve essere conservato in frigorifero (2°C – 8°C). **MATERIALI E METODI:** Sono state raccolte e classificate tutte le richieste per eventi di “fuori temperatura” pervenute a GlaxoSmithKline S.p.A (GSK) nel periodo aprile 2013 - maggio 2014. Sono state calcolate le percentuali di risposte positive (il vaccino è ancora utilizzabile) e quelle negative (il vaccino non può essere utilizzato) fornite da GSK in base alle caratteristiche di stabilità del vaccino Infanrix Hexa[®] contenute nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (versione 20 marzo 2014). I dati di stabilità indicano che i componenti del vaccino sono stabili fino alla temperatura di 25°C per 72 ore. Alla fine di questo periodo Infanrix Hexa[®] deve essere usato oppure eliminato. Poiché le richieste ricevute non contenevano i quantitativi interessati dall’evento “fuori temperatura”, si è provveduto a stimare un quantitativo medio ipotizzabile di dosi di vaccino esavalente per ciascuna ASL richiedente. Il costo considerato per ciascuna fiala è quello corrispondente al prezzo massimo di fornitura al Sistema Sanitario Nazionale pari a euro 44,1. Non sono stati presi in esame i costi di smaltimento delle dosi non utilizzabili né il tempo richiesto al personale sanitario per la gestione dell’evento. **RISULTATI:** Nel periodo in esame sono pervenute a GSK 137 richieste di “fuori temperatura” per il vaccino



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

esavalente da altrettante ASL uniformemente distribuite su tutto il territorio nazionale. Di queste, 103 (75,1%) sono state dichiarate risolte (il vaccino è ancora utilizzabile). Assumendo un quantitativo medio di dosi interessate dall'evento "fuori temperatura" compreso nel range 100-250 per ASL, si stima per il periodo di riferimento un quantitativo complessivo di 13.700 – 34.250 dosi. Il valore attribuibile alle dosi dichiarate ancora utilizzabili (10288 – 25721 dosi) risulta compreso tra 453.700 – 1.134.296 euro. Tale importo sarebbe potuto diventare una reale perdita in mancanza di dati ufficiali di stabilità del vaccino esavalente. CONCLUSIONI: Nella stima condotta con il vaccino Infanrix Hexa®, il costo per il Sistema Sanitario Nazionale attribuibile ai soli eventi di "fuori temperatura" riferiti a GSK in un anno solare si aggira intorno al milione di euro, senza tenere conto dei costi di smaltimento e del tempo dedicato a tali operazioni dal personale sanitario. Quindi, il miglioramento della catena del freddo potrebbe evitare il costo conseguente alla perdita di dosi, senza contare i costi legati allo smaltimento dei rifiuti speciali. Di tale miglioramento potrebbero beneficiare non soltanto il vaccino esavalente ma anche gli altri vaccini e i farmaci che devono essere conservati in frigo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 622

INDAGINE MULTICENTRICA SULLA GESTIONE DELLA SEDUTA VACCINALE IN ITALIA DA PARTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE CHE SI OCCUPANO DI VACCINAZIONI: PRIMI RISULTATI

S. Miceli 1; A. Fabbro 1

1 Consulta Professioni Sanitarie SItI

INTRODUZIONE: L'indagine è stata effettuata con lo scopo di rilevare le necessità formative specifiche, individuare possibili disomogeneità sul territorio Nazionale e trovare eventuali strategie migliorative sulla gestione della seduta vaccinale da parte delle Professioni Sanitarie. **MATERIALI E METODI:** E' stato predisposto un questionario online per tutti gli operatori sanitari non medici che si occupano di vaccinazioni, la compilazione richiede circa 2 minuti. Per realizzare l'iniziativa è stata inoltrata una comunicazione tramite e-mail a tutti i direttori di Dipartimento di Prevenzione d'Italia. Gli indirizzi e-mail sono stati reperiti grazie al contributo della Segreteria Nazionale SItI. Tutti i Direttori di Dipartimento di Prevenzione hanno ricevuto le indicazioni con il link da diffondere al personale delle Professioni Sanitarie che si occupano di vaccinazioni per l'accesso al questionario online. E' stato anche inviato il questionario cartaceo per gli operatori che non dispongono di un indirizzo di posta elettronica chiedendo la compilazione e la restituzione tramite fax. La prima parte del questionario è composta da domande relative ai dati del Professionista (Genere, Professione, Regione, ASL, Struttura di appartenenza) e la seconda parte è composta da 12 domande relative all'ambito vaccinale. **RISULTATI:** L'Indagine, avviata il 07.04.2014 è ancora in corso ed i questionari pervenuti attualmente sono circa 700 di cui oltre 600 compilati correttamente ed in modo completo. Circa il 72% dei rispondenti sono rappresentati dalle Regioni del Nord mentre al Centro ed al Sud l'adesione all'indagine attualmente non supera per entrambe le aree geografiche il 14%.

Il genere attualmente più rappresentato è quello femminile (circa 90%) e la Professione principale è quella dell'Assistente Sanitario (circa 60%). Il 70% degli operatori sanitari che hanno risposto, afferiscono al Dipartimento di Prevenzione ed il 71% si occupa di vaccinazioni a tempo pieno. Il 95% degli operatori dichiara che nel proprio servizio l'anagrafe vaccinale è informatizzata e nella maggior parte dei casi la gestione della seduta è affidata prevalentemente all'Assistente Sanitario. La principale figura che si occupa della somministrazione dei vaccini è l'Assistente Sanitario ma anche l'infermiere (soprattutto al sud) ed il medico. Nella maggior parte delle sedi vaccinali il medico è presente all'interno dell'ambulatorio vaccinale (62%) mentre è reperibile all'interno della struttura nel 38% dei casi. Nelle sedi vaccinali con il medico presente in ambulatorio, l'attività prevalente svolta dal professionista medico è l'anamnesi pre-vaccinale. Oltre l'80% dei Professionisti dichiara di essere a conoscenza delle tecniche del counseling motivazionale breve e di adottarlo nella propria attività lavorativa. In particolare il medico e l'Assistente Sanitario.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Oltre il 50% dei rispondenti afferma che la gestione della seduta vaccinale è regolamentata da uno specifico regolamento Regionale/Aziendale. Il 54% dei Professionisti rispondenti dichiara di partecipare da 2 a 5 corsi di aggiornamento sulle vaccinazioni ed il 73% dichiara che questi corsi siano abbastanza adeguati alla propria attività. Quasi il 90% dei Professionisti dichiara che la propria ASL mette a disposizione degli operatori materiale di vario genere per approfondire gli argomenti in merito alle vaccinazioni. Il 90% dei rispondenti dichiara che le vaccinazioni dovrebbero essere gestite da più professionisti ma ciascuno per le proprie competenze. Il tasso di risposta è stato nettamente maggiore al nord rispetto al centro ed al sud. Molti questionari sono pervenuti via fax poiché non in tutte le sedi vaccinali d'Italia è a disposizione un indirizzo e-mail per ciascun operatore. **CONCLUSIONI:** Da una prima analisi dei dati fino ad ora pervenuti emerge che c'è molta difformità sul territorio nazionale sia in termini di gestione che in termini di professionalità dedicate alla seduta vaccinale. Considerando che da alcune realtà regionali non è pervenuto alcun questionario, si è deciso di prorogare la scadenza dell'Indagine per aumentare la numerosità dei questionari ricevuti ed avere maggiore significatività statistica.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 380

SISTEMA INFORMATIVO UNICO A LIVELLO REGIONALE: ANAGRAFE VACCINALE REGIONALE

N. Raccanello 1, L. Gubian 1, G. Napoletano 2, C. Poma 1, F. Russo 3

1. Sezione controlli governo e personale SSR, Settore sistema informatico, Regione del Veneto

2. Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive, Ulss 20, Verona

3. Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, Regione del Veneto

INTRODUZIONE: Dal 2009 è stato adottato un unico software regionale per la gestione delle vaccinazioni, che rappresenta uno degli elementi di miglioramento e di forza del sistema vaccinale del Veneto. Attualmente è utilizzata in 20 Aulss su 21 e consente di ottenere dati di copertura più omogenei, attendibili e accurati. **MATERIALI E METODI:** L'utilizzo di un unico applicativo software regionale per la gestione dell'anagrafe vaccinale consente di: rilevare le coperture vaccinali in modo «oggettivo» e «standardizzato», raccogliere i dati in un sistema unico regionale, disporre dei dati di copertura a livello centrale e nelle singole Aziende Ulss in tempo reale, comparare informazioni in modo omogeneo garantendo la titolarità dei dati, ottimizzare i costi e le risorse, dare la massima diffusione alle best practice tramite le funzionalità applicative. Il software vaccinale consente non solo la registrazione del dato, ma anche di «gestire ed organizzare» la seduta vaccinale. **RISULTATI:** Realizzazione di un Sistema Informativo unico e interoperabile con Sistemi Informativi aziendali e con gli applicativi regionali centralizzati come l'anagrafe unica regionale, al fine di popolare una base dati con informazioni omogenee e standardizzate e poter quindi garantire la gestione informatizzata dell'intero processo operativo e organizzativo diffondendo le best practice. Nel rispetto degli investimenti effettuati dai Sistemi Informativi aziendali, una parte del progetto si prefigge di predisporre un'infrastruttura tecnologica in grado di favorire la collaborazione tra le aziende sanitarie. **CONCLUSIONI:** Garantire il supporto all'attività gestionale delle Aziende Ulss grazie alla bontà dei dati registrati, nonché attraverso strumenti di Business Intelligence che consentono l'elaborazione di indicatori e grafici per l'adempimento del debito informativo regionale e nazionale. Dare uno strumento agli enti preposti alla programmazione, pianificazione e strategia. Non ultima l'opportunità di ottimizzazione sia dei costi che delle risorse sanitarie disponibili. Tra le prossime evoluzioni applicative vi è predisposizione di APP per Smartphone (news, geolocalizzazione, appuntamenti, vaccinazioni eseguite) e la partecipazione alla compilazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 456

GESTIONE DEL DISSENSO VACCINALE : PROTOCOLLO OPERATIVO ADOTTATO DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA ASL DI TARANTO

L. Mongelli 1; R. Cofano 1; O. Mero 1; A. Giorgino 1; T. Battista 1; C. Nanula 1; S. Insogna 1;
A. Pesare 1; M. Conversano 1

1 Dipartimento di Prevenzione ASL, Taranto

INTRODUZIONE: La Regione Puglia attraverso la Commissione Regionale Vaccini è da sempre e particolarmente attenta all'evoluzione della ricerca in campo vaccinale e tempestiva nel trasferire le indicazioni scientifiche nel Calendario Vaccinale Regionale, con ottimi risultati in termini di coperture vaccinali raggiunte. Tuttavia non può essere sottaciuto il fatto che, nonostante gli impegni profusi in questi anni dai Pediatri di libera scelta e dai Medici igienisti pugliesi, per garantire la prevenzione primaria di malattie prevenibili tramite vaccino, si assiste all'incalzare dei fenomeni di sfiducia nei confronti delle vaccinazioni che si traduce nella pratica, in un aumento dei dissensi vaccinali.

Tutto questo è inoltre favorito dalla presenza di un crescente "Movimento antivaccinista", che principalmente agisce sul web con notizie non supportate da corrette evidenze scientifiche; da qui l'esigenza avvertita dagli operatori di sanità pubblica, di rivedere ed enfatizzare l'aspetto comunicativo con le famiglie, al fine di favorire una corretta informazione nei confronti delle vaccinazioni. Il Dipartimento di Prevenzione della Asl di Taranto, ha ritenuto altresì opportuno condividere ed adottare un protocollo operativo con i Pediatri di Libera scelta, che prevede una serie di azioni per monitorare e contrastare il fenomeno del dissenso vaccinale. **MATERIALI E METODI:** Il protocollo prevede il coinvolgimento del Pediatra di libera scelta che, attraverso il counseling vaccinale, svolto presso il proprio ambulatorio, informa i genitori circa l'opportunità e i vantaggi di proteggere il proprio figlio da malattie prevenibili da vaccino. Nel caso in cui il genitore esprima il dissenso alla vaccinazione, il Pediatra, dovrà far firmare ad entrambi l'apposito "modello di dissenso", che verrà inviato tramite e-mail al Team del personale sanitario appositamente costituito, presso la Direzione del Dipartimento di Prevenzione della Asl di Taranto. Sarà compito del Team, acquisire il Modello di dissenso e trasmetterlo a mezzo fax o tramite e-mail al Referente Locale per le vaccinazioni. L'Assistente sanitario, utilizzando il contatto telefonico quale strumento comunicativo più immediato, effettua counseling vaccinale, informando il genitore sull'importanza della vaccinazione e concorda con gli stessi il colloquio con il Medico Referente. Durante l'incontro viene svolta nuovamente azione di counseling, con approfondimento mirato circa l'importanza di effettuare la vaccinazione con successiva consegna di materiale informativo riguardante le precauzioni da adottare per cercare di limitare, per quanto possibile, l'esposizione al pericolo di contrarre le malattie contro le quali il bambino non viene vaccinato. Nel caso di persistenza del rifiuto si invitano i genitori a firmare un apposito



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Modulo per il Dissenso Informato, che verrà ritrasmesso allo stesso Pediatra di Libera scelta.

RISULTATI: A partire da Gennaio 2014 ad oggi, sono pervenute alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione della Asl di Taranto, 40 dissensi vaccinali firmati dai genitori. successivamente chiede al disponibilità per un incontro informativo con il Medico Referente per le vaccinazioni.

Dal lavoro svolto, i dati che emergono sono degni di osservazione. Su 40 dissensi pervenuti, 30 genitori sono stati contattati telefonicamente ed invitati al colloquio presso la Direzione del Dipartimento di Prevenzione della Asl Ta. Non si sono presentati 8 genitori. Invece, a seguito del colloquio con il Medico e l'Assistente sanitario 9 genitori hanno firmato il modulo per il Dissenso e rispettivamente, 7 nei confronti delle vaccinazione Esavalente ed antipneumococcico, 2 per il vaccino MPR-V, anti epatite A, anti meningococco di tipo C ed uno di questi anche per il richiamo DTap+Ipv. Altri 6 genitori hanno posticipato gli incontri ed 2 di loro hanno richiesto espressamente una convocazione con Raccomandata postale. Dopo counseling vaccinale con il Medico referente 3 genitori hanno espresso il Consenso alle vaccinazioni.

CONCLUSIONI: La sempre più crescente emergenza a cui assistiamo in questi ultimi tempi relativo al rifiuto vaccinale, ci impone di mettere a punto dei validi strumenti che, nelle mani degli esperti Operatori Sanitari, possano da un lato arginare il fenomeno e dall'altra difendere la Comunità e gli stessi operatori dalla mancata applicazione delle procedure coercitive previste per legge ancora nella maggior parte delle Regioni italiane. Purtroppo i dati a nostra disposizione, non sono del tutto sufficienti per stabilire una stima del fenomeno all'interno della Asl di Taranto in quanto si tratta di un progetto pilota adottato dall'Azienda per affrontare il problema del Dissenso vaccinale. Dall'esperienza è però emerso che il counseling vaccinale è sicuramente fra tutti un valido strumento per combattere la disinformazione e la sfiducia che i genitori pongono nei confronti della pratica vaccinale.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 623

IL PROGETTO INTERREGIONALE DI SORVEGLIANZA SULLE REAZIONI AVVERSE DA VACCINO. I RISULTATI DELLA REGIONE SICILIANA

F. Belbruno 1, P. Cutroneo², L. Gonella³, U. Moretti⁴, M. Palermo 5

1 Dirigente medico Dipartimento di Prevenzione per la Salute A.S.P. Enna

2 Farmacologa Centro Regionale di Farmacovigilanza A.O.U. Policlinico di Messina

3 U.S.O. Farmacologia - AOUI di Verona

4 Professore aggregato Dipartimento Sanità Pubblica e Medicina di Comunità - Università degli Studi di Verona

5 Responsabile Servizio 1 - D.A.S.O.E. Assessorato Salute Regione Siciliana

INTRODUZIONE: Il decreto 8 aprile 2003, sulla segnalazione spontanea, ha unificato la raccolta delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci e vaccini, che confluiscono entrambe presso il Responsabile di Farmacovigilanza Locale delle ASL/Aziende Ospedaliere. Le modifiche delle procedure, introdotte dal decreto, hanno consentito una raccolta più efficace delle sospette reazioni da vaccino, che ora confluiscono più rapidamente nella rete Nazionale di Farmacovigilanza.

Gran parte delle schede provengono dai Servizi di vaccinazione dei Distretti Sanitari, che hanno come riferimento legislativo il Dipartimento di Prevenzione.

La vaccinovigilanza rientra nel campo della farmacovigilanza, ai sensi dell'art. 132 D.Lgs 219/2006 vanno comunque segnalate, dai medici, dai farmacisti e dagli altri operatori sanitari, tutte le sospette reazioni avverse osservate, gravi, non gravi, attese ed inattese da tutti i vaccini e dai medicinali posti sotto monitoraggio intensivo - D.M. 21 novembre 2003 e successive modifiche ed integrazioni-. **MATERIALI E METODI:** Per promuovere il completo rispetto della vigente normativa, nella considerazione di un'evidente sottostima della notifica di reazioni avverse a vaccino, l'Assessorato Regionale della Salute della Regione Siciliana ha aderito al Progetto interregionale di vaccinovigilanza con riferimento organizzativo l'Università di Verona.

L'indicatore più importante da raggiungere era certamente l'aumento delle segnalazioni da vaccini. Da valutare altri aspetti, altrettanto importanti, indicanti la qualità delle stesse quali la percentuale di reazioni gravi, la percentuale di reazioni non note ed il grado di completezza delle schede.

Il Progetto, che ha visto coinvolte sei regioni: Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Sicilia e la Provincia Autonoma di Trento, oltre al Gruppo di lavoro sui vaccini dell'AIFA ed il Coordinamento network dei Centri di vaccinovigilanza, ha previsto una preliminare identificazione nell'ambito regionale di un Centro di riferimento con competenze specifiche in campo vaccinale, un'attività informativa e formativa degli operatori, effettuata nella nostra regione con una numerosa serie di incontri provinciali, ed una fase successiva di coinvolgimento attivo dei genitori



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

dei soggetti vaccinati che, compilando un questionario standardizzato, dovevano segnalare agli operatori dei centri vaccinali la sintomatologia temporalmente correlata con la stessa pratica vaccinale. Il questionario è stato distribuito per le vaccinazioni del primo anno di vita - esavalente, antipneumococcica e antirotavirus - e per l'anti morbillo, rosolia, parotite, varicella e meningite C del secondo anno di vita.

In Sicilia hanno aderito al Progetto tutte le ASP territoriali, ad eccezione di Catania, con un Centro vaccinale selezionato per Azienda, come principio generale, in base alla numerosità di nati (200 - 400 anno). Il periodo di consegna è stato il trimestre novembre 2013 – gennaio 2014, il termine ultimo per il recupero dei questionari il 30 aprile 2014.

Il protocollo del Progetto prevedeva, inoltre, che le schede di notifica delle reazioni avverse afferissero ai Referenti aziendali di Farmacovigilanza per il definitivo inserimento nel sistema come farmacovigilanza attiva. **RISULTATI:** I dati attualmente disponibili indicano per la Sicilia; 3209 questionari consegnati, 1999 quelli restituiti, per una copertura complessiva del 62,29 %, variabile dal 40,3 % al 100 %.

Il numero di reazioni avverse, sia locali che generali ed esclusivamente non gravi, è stato pari a 732, il 36,62 %, variabile tra Aziende dal 22,5 al 48 %.

Il caricamento nel sistema di Farmacovigilanza è in corso, si concluderà il 30 giugno 2014 e permetterà una completa valutazione quantitativa e qualitativa delle reazioni avverse.

CONCLUSIONI: I risultati testimoniano che la partecipazione dei genitori è stata rilevante, che le reazioni avverse sono sicuramente molto più frequenti di quelle attualmente notificate, che le reazioni gravi sono certamente rare, nel periodo di monitoraggio non ne sono state segnalate, e che i vaccini utilizzati oltre che efficaci sono risultati sicuri.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 301

SOSPENSIONE DELL'OBBLIGO VACCINALE: RISULTATI DI UNO STUDIO CONDOTTO IN REGIONE CAMPANIA

C.P. Pelullo¹, M. Cancellieri¹, F. Attena¹

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Seconda Università degli Studi di Napoli

INTRODUZIONE: Dalla fine del 2010 l'obbligatorietà dei vaccini non è più prevista da 13 legislazioni dei 27 Paesi dell'Unione Europea. Tra i Paesi che obbligano a vaccinare rientra invece l'Italia che, com'è noto, con vari decreti legislativi ha imposto ai nuovi nati le vaccinazioni anti-poliomielite, anti-tetano, anti-difterite ed anti-epatite B. Ciononostante, l'autonomia legislativa delle regioni ha consentito alla Regione Veneto di sospendere l'obbligatorietà della vaccinazioni lasciando dunque al genitore la libertà di scelta e mantenendo la gratuità delle stesse. Dopo la sospensione delle vaccinazioni obbligatorie la Regione Veneto ha conservato un'alta copertura vaccinale.

La Regione Campania resta tuttavia un'area con differenze socioculturali marcate rispetto alla Regione Veneto; per cui si è voluto condurre uno studio con l'obiettivo di investigare la volontà dei genitori di vaccinare o meno i proprio figli in assenza di obblighi legislativi e valutare le variabili che possono influenzare questo orientamento. Il fine ultimo è stato, dunque, prevedere il possibile impatto sulla copertura vaccinale in caso di sospensione dell'obbligatorietà delle stesse in Regione Campania. **MATERIALI E METODI:** L'indagine è stata condotta presso le Unità Operative Materno Infantili della Regione Campania, selezionando casualmente un centro vaccinale per ognuna delle quattro principali città della Regione. In ogni centro, due medici, precedentemente formati, hanno intervistato un genitore di ogni bambino portato per la prima, seconda o terza dose del vaccino esavalente. Quando erano presenti entrambi i genitori, veniva intervistata solo la madre. Prima dell'intervista veniva chiesto il consenso informato per ciascun partecipante. Le interviste sono state condotte tra gennaio ed aprile 2013, durante tutte le ore di apertura dei centri vaccinali.

RISULTATI: La maggior parte degli intervistati erano madri, sposate (87.2 % delle madri contro il 93.5 % dei padri), e con un'età compresa tra i 20 ei 39 anni (80.4% delle madri contro il 59.6% dei padri). Gli intervistati con più di un bambino sono costituiti dal 53.1 % del campione. Solo la metà delle madri lavorava (50.2% rispetto al 92.6% dei padri). Per quanto riguarda l'outcome principale, il 91.9 % ha dichiarato che avrebbe certamente (69.4%) o probabilmente (22.5%) vaccinato i propri figli se la vaccinazione non fosse stata obbligatoria. I genitori che intendono vaccinare comunque i propri figli sono generalmente più favorevoli alla vaccinazione e più propensi a dichiarare che le vaccinazioni sono efficaci, sicure e che raramente o mai causano reazioni avverse. Inoltre pensano che tutte le vaccinazioni dovrebbero essere obbligatorie. Nell'analisi bivariata, tutte e cinque le variabili attitudinali incluse erano significativamente associate con l'outcome principale. I medici sono stati la principale fonte di informazione sugli effetti collaterali, e l'intenzione di vaccinare era positivamente associata con questa fonte di informazione. Nell'analisi bivariata, i genitori che



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

conoscevano le potenziali reazioni avverse dei vaccini contenenti mercurio o l'autismo come conseguenza della vaccinazione intendevano vaccinare i propri figli meno spesso di quelli privi di tale conoscenza. Infine, l'avere un figlio che aveva avuto una reazione avversa alla vaccinazione non ha influenzato l'intenzione di vaccinare. Nell'analisi multivariata, l'associazione tra l'intenzione a vaccinare e l'essere favorevoli alla vaccinazione, credere che le vaccinazioni sono sicure, e credere che le vaccinazioni sono efficaci è risultata statisticamente significativa, come la conoscenza circa l'autismo come effetto negativo dopo la vaccinazione. **CONCLUSIONI:** Questi risultati, considerando i tassi di copertura vaccinale in Campania del 2011 (che vanno dal 90.2% al 93.5%), suggeriscono che l'eliminazione delle vaccinazioni obbligatorie probabilmente condurrebbe a tassi di copertura vaccinale inferiori al 90% e quindi non più accettabili. Da queste considerazioni scaturisce anche la cautela con cui l'autorità sanitaria italiana sta affrontando il problema della sospensione dell'obbligo.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 264

SCREENING SCOLASTICI E COPERTURE VACCINALI: UN'OPPORTUNITA' DA NON TRASCURARE

G.Ioppolo¹, C.Bruno¹, C.Caffarelli¹, S. Minissale¹, E.Niosi¹, G.Niosi¹, G.Pipitò¹, G.Rottino¹, S.Sidoti¹, G.Puglisi¹

¹ UOS I.P. Patti - Dipartimento di Prevenzione ASP Messina.

INTRODUZIONE: Di fronte alla riduzione continua e consistente degli organici sanitari (6 medici, 1 infermiere e 1 amministrativo, 1 tecnico della prevenzione per 14 Comuni con una popolazione complessiva di circa 60.000 utenti), che devono svolgere le altre numerose attività di competenza dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione (Epidemiologia, Vaccinazioni, Educazione e Promozione alla Salute, Controlli ambienti di luogo e di lavoro, edilizia (SIAV), Servizi di vigilanza per l'Igiene e la Salubrità delle Acque e degli Alimenti (SIAN), Vigilanza ed Igiene Cimiteriale, etc) il Piano Nazionale di Prevenzione ripropone l'attività degli screening in ambito scolastico come LEA. E' possibile garantirli a tutti gli studenti? L'organizzazione efficiente delle risorse disponibili è sufficiente per raggiungere gli obiettivi previsti sia in termini quantitativi (numero prestazioni) che qualitativi (efficacia delle prestazioni erogate)? Con questo lavoro si vuole evidenziare la necessità una maggiore attenzione agli aspetti, anche quantitativi, della gestione delle risorse umane, la cui depauperazione, oltrepassati i livelli soglia, diventa sinonimo di grave difficoltà all'erogazione dei servizi sia in termini quantitativi (Numero prestazioni rese), che qualitativi (qualità ed efficacia degli interventi). **MATERIALI E METODI:** La sola attività vaccinale, come si vede dalle tabelle 1 e 2, richiede la presenza costante di un medico e dell'unica unità infermieristica disponibile, nell'ambulatorio di Patti e della contemporanea compresenza di due unità mediche, nei giorni dispari, in quello di Brolo.

La risposta in termini organizzativi è stata data individuando due dirigenti medici che, nei giorni di martedì e giovedì – gli unici utilizzabili ai fini dell'attività di screening – incontrassero i genitori dei piccoli utenti precedentemente invitati. L'invito ai genitori è stato recapitato tramite l'istituzione scolastica, che nella quasi totalità dei casi si è dimostrata solerte ed efficiente nella collaborazione inter-istituzionale. La popolazione scolastica raggiunta dall'intervento è stata quella individuata il progetto screening aziendale, ovvero le classi filtro (I e III) della scuola primaria dei comuni di Patti, San Piero Patti, Librizzi, Gioiosa Marea. E' rimasta, parzialmente o totalmente, esclusa dall'intervento di screening quella dei comuni di Brolo, Ficarra, Floresta, Oliveri, Piraino, Raccuja, S.Angelo di Brolo, Sinagra, Ucria. Sono stati eseguiti gli screening: a) Prevenzione delle imperfezioni e malattie dell'apparato visivo, b) Prevenzione delle malattie dei denti; c) Prevenzione dei disturbi psicosomatici e della crescita. Contemporaneamente agli screening sono state controllate le coperture vaccinali previste dal Calendario regionale per la Vita e, là dove le condizioni logistiche lo hanno consentito, sono state approntate sedute vaccinali per gli studenti non coperti o sono stati invitati a raggiungerci nei giorni immediatamente successivi, negli



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ambulatori vaccinali di Patti e di Brolo. Sono state date, altresì, informazioni riguardanti le corrette abitudini alimentari e l'igiene dentale. Per coloro che necessitavano di ulteriori interventi specialistici sono state garantiti gli accertamenti di 2° livello. **RISULTATI:** Dal 15 ottobre 2013 al 15 maggio 2014, sono stati complessivamente raggiunti n. 403 piccoli utenti della scuola primaria, 195 della prima classe e 208 della classe. Nel corso di questo periodo sono stati operati 32 incontri, pari a 160 ore o a 9600 min. Ad ogni piccolo utente (ed al suo genitore) sono stati dedicati pertanto da 20 a 25 min ed in quest'arco di tempo ha ricevuto le seguenti prestazioni: Rilevazione dati antropometrici (peso/altezza) e confronto con tabelle auxometriche. Rilevazione acuità visiva con ottotipo, osservazione motilità oculare, somministrazione stereotest di Lang, Osservazione cavità orale ed arcate dentarie per rilevazione di stomatopatie, carie, disodontiasi, malocclusioni. N. 45 piccoli utenti hanno ricevuto almeno un vaccino tra i seguenti (MMRV, DTPpolio, Pneumococco13, Antimeningococco, MMR, Var). Gli altri dati sono riportati nella tabella 3. Gli screening in ambito scolastico sono certamente **CONCLUSIONI:** Gli screening in ambito scolastico sono certamente un'opportunità per verificare le coperture vaccinali e per diffondere corretti stili di vita, ma non forse già tempo di avere dei criteri oggettivi sulle dotazioni delle risorse umane/popolazione al fine di poter garantire la prevenzione sul territorio in modo omogeneo e dare opportunità di lavoro a igienisti, infermieri professionali, assistenti sanitari e tecnici della prevenzione che le le Università formano? E' un sistema sanitario veramente così insostenibile?



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ID 169

**EPIDEMIOLOGIA DELLA LEISHMANIOSI IN SICILIA: STIMA DEL BURDEN DI MALATTIA
ATTRAVERSO L'ANALISI DEI FLUSSI SANITARI CORRENTI.**

Marchese V.1, Amodio E.1, Geraci D.M.1, Giugno S.1, Malerba V.1, Sinatra I.1, Torregrossa M.V.1
1 A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

INTRODUZIONE: La Sicilia è notoriamente terra endemica per la leishmaniosi, ma mancano, allo stato attuale, dei sistemi di sorveglianza attiva che permettano di quantificare precisamente il carico di malattia attribuibile a questa patologia protozoaria. Obiettivo del presente lavoro è stato quello di analizzare i flussi sanitari correnti disponibili al fine di stimare l'impatto della leishmaniosi sulla popolazione siciliana residente. **MATERIALI E METODI:** Lo studio ha analizzato due fonti: a) tutte le notifiche in classe II di leishmaniosi effettuate tra gennaio 2010 e dicembre 2013; b) le schede di dimissione ospedaliera (SDO) riportanti i codici ICD9-CM 085.1, 085.2, 085.3, 085.4, 085.5 ed 085.9 in diagnosi principale o secondaria e prodotte nel periodo 2009-2012. Per ciascuna delle due fonti si è provveduto ad analizzare dati socio-demografici (età e sesso) e caratteristiche cliniche delle malattie in esame. **RISULTATI:** Nel periodo in studio sono pervenute 137 notifiche di cui 103 (75,2%) di leishmaniosi cutanea e 34 (24,8%) di leishmaniosi viscerale. La maggior parte delle notifiche si è registrata nel 2013 (83; 60,6%) mentre negli altri anni sono stati notificati 26, 15 e 13 casi (2010, 2011 e 2012, rispettivamente). Leishmaniosi viscerale e cutanea hanno mostrato una simile distribuzione per età con una larga parte dei casi che ha interessato le fasce 0-14 anni (47 casi; 34,3%) e 25-64 anni (59 casi; 43,1%). Circa il 54,8% dei casi si è verificato in soggetti di sesso femminile (età mediana 44 anni) mentre il restante 45,2% in soggetti di sesso maschile (età mediana 40,5 anni). Il 71% delle notifiche proveniva da soggetti residenti nelle province di Agrigento (61; 45,2%) e Palermo (35; 25,9%).

Relativamente ai ricoveri, tra 2009 e 2012 sono state prodotte 522 SDO con codici suggestivi di leishmaniosi nelle seguenti varianti: 230 (44%) viscerale, 102 (20%) cutanea, 29 (6%) americana, 9 (2%) mucocutanea ed infine 148 (28%) forme non specificate. Una larga fetta di ricoveri è stata effettuata in soggetti residenti nelle province di Catania (192; 36,8%), Palermo (179; 34,3%) e Caltanissetta (42; 8%). In media è stato possibile stimare un tasso di ricovero pari a 2,6 casi/100.000 per anno. **CONCLUSIONI:** I dati prodotti dall'analisi dei flussi sanitari correnti hanno confermato che la leishmaniosi in Sicilia continua ad essere una patologia endemica capace di assorbire importanti risorse sanitarie ed economiche. La comparazione dei dati di notifica con quelli di ricovero sembra inoltre confermare un alto tasso di sottotifica, particolarmente evidente in alcune province. Visto il peso della patologia risulterebbe auspicabile implementare dei sistemi regionali di sorveglianza attiva ed aumentare la sensibilità degli operatori sanitari nei confronti della notifica obbligatoria.



47° CONGRESSO NAZIONALE

1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

C22: SESSIONE LAST MINUTE



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

STILI DI VITA NEI LUOGHI DI LAVORO: UN PROGETTO DI RETE NELL'AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

R. Sciarrone¹, C. Ziprani², A. Virgili²

1 A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo

2 Dipartimento di Prevenzione Aulss 12 Veneziana, Venezia

3 Dipartimento di Prevenzione Aulss 9 Treviso, Treviso

In linea con gli obiettivi dell'Oms per ridurre del 25% la mortalità prematura da malattie non trasmissibili entro il 2025, il Dipartimento di Prevenzione dell'Aulss 12 Veneziana, in collaborazione con i medici competenti di grandi aziende appartenenti a diversi comparti produttivi (Comune di Venezia, ACTV, VERITAS, Aulss 12), ha realizzato un progetto per definire l'entità dei fattori di rischio e contrastare stili di vita scorretti. L'ambiente di lavoro diventa un luogo in cui è possibile contrastare in modo efficace le patologie cronico-degenerative: vi converge una rilevante frazione della popolazione che potrà trarre benefici da interventi di prevenzione integrata, visto la fascia di età coinvolta, e l'usuale compliance favorevole a interventi di promozione della salute.

Il progetto prevede una prima indagine, effettuata da operatori sanitari con apposita scheda, finalizzata a rilevare gli stili di vita (abitudine al fumo di tabacco, svolgimento di attività fisica, consumo di alcol, assunzione quotidiana di frutta e verdura) oltre a dati anagrafici, peso, altezza, valori pressori, glicemia, colesterolemia, eventuale presenza di patologie e consumo di farmaci. I dati verranno raccolti con software in supporto web, e successivamente analizzati per permettere l'organizzazione di strategie e la realizzazione di iniziative di prevenzione, mirate ai comparti produttivi e ai lavoratori che hanno necessità di rafforzare o cambiare i propri stili di vita.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

“VACCINARE SENZA DOLORE” – UTILIZZO DELLE STRATEGIE DI CONTROLLO DEL DOLORE NELLA PRATICA VACCINALE PEDIATRICA

M Spaccini¹, C Vivori¹, T Armani ¹, A Favaro¹, A Filosi

¹, I Malfatti¹, S Pancheri², M Pupillo ¹, M Santolini¹, B Simoncelli¹, M Trementini ¹, L Valenti¹ , Z Bellotti¹ , M Migazzi¹

1 APSS Trento - Dip. Prevenzione

2 Univ. Verona - Dip. di Sanità Pubblica e Med. Comunità

Il presente lavoro descrive il percorso formativo e sperimentale per l'applicazione di tecniche di controllo del dolore nella pratica vaccinale nei bambini da 3 mesi a 6 anni. L'esperienza descritta è stata realizzata dall' U.O. di Igiene e Sanità Pubblica Centro Sud dell'APSS di Trento, Dipartimento di Prevenzione dall'aprile 2013 al maggio 2014 in un territorio dove si contano mediamente 1900 nati all'anno e si somministrano circa 18000 dosi anno di vaccini in bambini dai 3 mesi ai 5 anni. Il personale coinvolto nel progetto è formato da 8 medici e 12 assistenti sanitarie e 4 infermiere operanti in 9 ambulatori sul territorio. Il progetto ha previsto due fasi: una fase formativa da maggio a settembre 2013 e una fase sperimentale da maggio 2013 a maggio 2014 durante la quale le strategie di controllo del dolore sono state valutate con le scale di valutazione MBPS per i bambini fino a 2 anni e Wong Baker per i bambini di 5 anni in un campione di 567 bambini. Il gradimento dei genitori è stato valutato con un questionario anonimo autocompilato, la leggibilità dei materiali informativi con test Gulpease – Eulogos Censor Spa e l'aderenza alle procedure da parte degli operatori con chek list. per 26 indicatori di controllo. La sperimentazione ha dimostrato l'applicabilità delle tecniche di distrazione dal dolore nella pratica vaccinale pediatrica, il gradimento dei genitori e la sostenibilità da parte dei servizi vaccinali



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

LA MAPPATURA DEI REPARTI UNA SOLUZIONE ALLA RIGIDITA' STRUTTURALE DEGLI EDIFICI SANITARI PER COMBATTERE I NUOVI PATOGENI EMERGENTI.

R. Rosseti

L'esperienza è inserita in un progetto nato per risolvere la gestione dei pazienti con infezioni da germi multiresistenti che entrano in ospedale o nelle strutture sanitarie assistite (RSA, Lungodegenze) spesso asintomatici, ma che nell'evoluzione della patologia possono essere la fonte di trasmissione di infezioni correlate all'assistenza.

La casistica dei pazienti colonizzati/infetti da germi MDRO, sta aumentando, e le difficoltà sono notevoli, soprattutto per l'inadeguatezza strutturale (stanze a 5 posti letto senza bagno interno), la soluzione gestionale a questo problema, può essere la mappatura dei reparti, un sistema semplice che si affida al colore (proprio per questo una comunicazione che va oltre la barriera linguistica, resa necessaria dal numero elevato di personale non italiano), riduce i tempi, economizza le risorse, ed è efficace perchè tutto il personale opportunamente formato, utilizza le stanze mappate tutte le volte che è necessario l'isolamento, in quanto al suo interno è già presente tutto il materiale necessario.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

NUOVI SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE IN AMBITO SANITARIO. TRA NUOVI STRUMENTI DI CAMBIAMENTO E RISCHIO DI ALIBI PER I COLPEVOLI DI IMMOBILISMO

M. Salemi 1, G. Toffolon 2

1 Dirigente Medico Direzione Medica Ospedaliera – Ulss 7, Pieve di Soligo – Regione Veneto

2 Direttore di Ospedale – Ulss7- Pieve di Soligo – Regione Veneto

INTRODUZIONE Quello della valutazione delle performance in ambito sanitario, pur non essendo assolutamente una novità, è certamente uno degli argomenti più attuali che sta oggi interessando ai diversi livelli i sistemi sanitari, e non solo, e sempre più l'opinione pubblica/utenti. Tale valutazione è da sempre insita nelle dinamiche sanitarie ed organizzative, spesso solo come lenta risposta al condizionamento dettato legislativo, altre volte come ultima moda dei teorici del management, il tutto quasi sempre in un arcaico e costante equilibrio tra autoreferenzialità e scarso coinvolgimento della società. Ora però molto sta cambiando, ma in quale direzione? Anche in Italia, seppur in ritardo, stiamo finalmente misurando prestazioni e risultati esportando il concetto di contabilità. A tal proposito abbiamo considerato e confrontato diversi ed importanti progetti/strumenti come il Programma Nazionale Esiti (PNE) di Age.na.s., il sistema di reporting multidimensionale dei risultati elaborato dal Sant'Anna di Pisa (Progetto Bersaglio), il lavoro del N.I.San., ed altri ancora. Così come abbiamo visto evoluzioni concettuali di altri importantissimi progetti quali, ad esempio, "dove e come mi curo" (<http://www.doveecomemicuro.it/>) portati avanti da illustri studiosi/ricercatori di fama internazionale ("Questo è il primo passo verso un sistema sanitario più trasparente e verso una partecipazione più attiva ed informata dei cittadini" Prof. Walter Ricciardi), ed altri ancora come "dove salute" (<https://www.dovesalute.gov.it/DoveSalute/search/portale>) del Ministero della Salute. Tutti hanno certamente avuto, tra i tanti meriti, quello di stimolare decisamente l'attuale dibattito sulle nuove opportunità che tali strumenti possono offrire, anche alla luce dei risultati frutto dell'impressionante evoluzione tecnologica applicata in ambito sanitario. Ma a questo punto servono regole ed obiettivi chiari e condivisi? È necessario capire chi è chiamato ad occuparsene, anche perché la reazione/speculazione dei media, del mondo politico, dell'opinione pubblica, ecc. non si è lasciata attendere. **MATERIALI E METODI:** Sono stati analizzati atti ministeriali e DGR regionali, più recenti, relativi all'argomento, è stata esaminata la lunga lista di indicatori presenti nei diversi progetti/programmi di valutazione ed avviato un confronto con standard regionali, nazionali ed europei di riferimento il tutto variando, all'occorrenza, le modalità statistiche di elaborazione dei dati per esigenze di appropriatezza analitica. **RISULTATI E CONCLUSIONI:** Emerge chiaramente come la valutazione delle performance in ambito sanitario è destinata, nell'immediato, ad impattare in maniera decisiva, sull'intero sistema e non solo. Gli stessi risultati ci consegnano, attraverso benchmarking tra strutture erogatrici, un sistema Italia alquanto disomogeneo e privo di una strategia di problem making condivisa.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

Confusione e disomogeneità nell'interpretazione di alcuni indicatori, seppur gli stessi presentassero specifiche dettagliate, prevalgono. Molte realtà hanno cercato di riprodurre modelli di analisi gestiti localmente, con bias non limitabili, in attesa di "strumenti calati dall'alto". Le procedure di benchmarking, attuate dalle diverse realtà locali hanno interessato prevalentemente strutture vicine territorialmente già considerate, per lo più, per aspetti legati alla mobilità passiva. È risultata differente la scelta delle figure/funzioni Aziendali coinvolte (D.M.O., s. controllo di gestione, s. qualità, ecc.), così come la scelta degli indicatori analizzati si è basata prevalentemente su quei parametri "fuori standard". Appare chiaro come tali nuovi sistemi di valutazione delle performance sanitarie offrono la possibilità di superare difficoltà insite nelle teorie manageriali, recenti e non (es: L. Mariotti, taylorismo, toyotismo, intensità di cura, ecc.) dimostrando di essere vere leve per importanti cambiamenti, destinati a rivoluzionare l'attuale concezione del sistema e del ruolo dei suoi attori. Lavori come quello della Harvard Business School (gruppo prof. R. Kaplan) dimostrano, con efficacia, come sia possibile superare le difficoltà connesse all'attuale sistema remunerativo dei DRG; il recente lavoro "Relationship Quality and Patient-Assessed Quality of Care in VA Primary Care Clinics: Development and Validation of the Work Relationship Scale" sottolinea la possibilità di ambiti applicativi variegati; recenti delibere regionali hanno introdotto e sdoganato dal punto di vista legislativo nuovi concetti di Stewardship. Dall'analisi, però, emergono anche aspetti preoccupanti oltre che sconcertanti.

Uno maggiori pericoli è rappresentato dal fatto che le organizzazioni, in un momento storico di risorse finite per un sistema chiuso, utilizzino volutamente tali nuovi strumenti solo per quelle singole performance che li vedono "fuori" standard, non vivendo con decisione e consapevolezza l'opportunità di cambiamento più in generale che essi offrono. Così facendo tali strumenti rappresenterebbero un ottimo alibi per i fautori dell'immobilismo pronti, per diverse ragioni, ad uccidere sul nascere ogni opportunità di cambiamento, facendola franca, a discapito della collettività e del sistema stesso.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

BURNOUT E DISTRESS PSICOLOGICO TRA GLI OPERATORI DELLA SALUTE: PREVALENZA, FATTORI DI RISCHIO E DIFFERENZE DI GENERE

V. Bianchini 1, A. Mattei 1, M.C. Mazzei 1, A. R. Angelone 1, R. Pollice 1,2, F. Di Orio F1

1 Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità pubblica e scienze della vita e dell'ambiente, Università dell'Aquila, Italy

2 SMILE, Ospedale "San Salvatore", L'Aquila, Italia

Background. Il medico e in generale le figure sanitarie, rappresentano le professioni a maggior rischio di sviluppare una Sindrome del Burnout, con elevate conseguenze psichiatriche a lungo termine (1). Scopo dello studio è stato la valutazione della prevalenza del burnout, fattori di rischio e differenze di genere nell'ambito di una comunità di operatori sanitari dell'Ospedale Regionale San Salvatore dell'Aquila, Italia.

Metodi. Sono stati selezionati, in modo randomizzato, due reparti rappresentativi per ognuno dei 4 livelli di complessità assistenziale come da decreto n. 49/2012. 89 professionisti della salute (medici, infermieri e oss) randomizzati hanno accettato di partecipare allo studio. L'assessment era costituito da un Questionario ad hoc per la raccolta dei dati socio-demografici, lavorativi e rispetto all'esposizione al sisma del 6 Aprile 2009, il Maslach Burnout Inventory (MBI) (3) per la valutazione del burnout e il General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) (4), per la valutazione del livello di distress percepito.

Risultati. Un'elevata percentuale degli intervistati ha riportato punteggi critici all' MBI: il 32,4% nell'esaurimento emotivo (EE), il 22% nella Depersonalizzazione (DA) e il 18% nella Realizzazione Personale (RP). Elevato anche il livello di distress percepito (il 23%). Differenze statisticamente significative rispetto al genere sessuale sono state riscontrate nel funzionamento sociale ($p<0,04$) e lo stato civile ($p<0,006$). E' emerso inoltre, che i fattori di rischio per lo sviluppo del burnout sono: una durata lavorativa maggiore di 10 anni nel reparto (OR:2,92, IC)



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

ASPETTI MICROBIOLOGICI DELLE ACQUE SOTTERRANEE IN PUGLIA

O. De Giglio, P. Trerotoli A. Sallustio, G. Caggiano, M. T. Montagna

Obiettivo. Scopo del presente studio è verificare la qualità microbiologica delle acque sotterranee (DLgs 31/01) in Puglia, valutando in parallelo la presenza dei microrganismi accessori.

Metodi. Nel periodo 2012-2013 sono stati esaminati 207 pozzi (7 prelievi di acqua/pozzo) per un totale di 1.449 campioni. Sono stati ricercati *Escherichia coli*, *Enterococchi*, *Coliformi* totali a 37° e tra i microrganismi accessori, *Salmonella* e *Pseudomonas aeruginosa* secondo il Decreto; Noro-, Rota-, Entero-virus, HAV con la filtrazione seguita da nested PCR solo su 414 campioni (2 prelievi di acqua/pozzo). Un pozzo era considerato "conforme" se tutti i prelievi rispondevano ai criteri microbiologici del DLgs 31/01.

Risultati. Complessivamente 18 pozzi (8,7%) sono risultati conformi e 189 (91,3%) non conformi. Dei pozzi conformi, 2 (11,1%) erano positivi per virus. Considerando i singoli prelievi, 563 campioni di acqua (38,9%) rispondenti al D.Lgs 31/01, presentavano *Salmonella* e/o *P.aeruginosa* in 34 casi (6,04%). I virus erano presenti in 9 casi (6,1%) su 147 campioni conformi. La differenza % di pozzi conformi è risultata statisticamente significativa ($p < 0,0001$) tra province.

Conclusione. Dai risultati emerge che l'attuazione del DLgs 31/01 non sempre è sufficiente per esprimere un giudizio di potabilità soprattutto su singolo prelievo. Inoltre, le caratteristiche idrogeologiche dell'area geografica e le diverse fonti di approvvigionamento potrebbero condizionare la qualità delle risorse idriche.



1-4 Ottobre 2014

Palazzo dei Congressi - RICCIONE

www.siti2014.org

IL GOVERNO CLINICO NELLA INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

B. Privitera

È necessario orientare il dibattito verso le condizioni di concretezza, tenuto conto della diversità dei contesti, con obiettivi realizzabili.

La descrizione del processo di cambiamento è la risposta: esperienza basata su un modello; individuazione delle leve attuative; definizione delle tappe indispensabili per la realizzazione; attuazione.

L'assistenza intermedia, rappresenta l'anello di congiunzione tra l'assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera nella prospettiva della continuità assistenziale.

Attuare il governo clinico rappresenta la possibilità, per le Aziende sanitarie, di stimolare e implementare fenomeni di appropriatezza clinica e linee di indirizzo per una reale integrazione Ospedale-Territorio che prevedano condivisione multidisciplinare, responsabilizzazione e partecipazione.

Le diverse esperienze di sperimentazione di reale e riuscita integrazione fra Ospedale e Territorio dimostrano che tale integrazione non è solo possibile, ma spesso efficace, specie se affiancata dall'individuazione delle attuali condizioni e criticità attraverso una esemplificazione dei problemi ricorrenti di relazione tra i diversi nodi della rete. Ciò consente davvero di immaginare una nuova realtà organizzativa delle varie anime del "pianeta sanità", non più separate e indipendenti, bensì omogenee e fra loro complementari, nell'ottica della "conversazione costruttiva".