

Direttore Generale
Dott. Giovanni MONCHIERO

Direttore Sanitario
Dott. Francesco MORABITO

Direttore Amministrativo
Dott. Gregorio BARBIERI

Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott. Attilio CLERICO

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

Redazione grafica
Dott.ssa Annelisa GUASTI

**La pubblicazione di questo Bollettino è stata
realizzata grazie al contributo e alla collaborazione
della FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI BRA**



**Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione
dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2007**

VOL. IX, 2008

Autori:

Maria Angela ABRIGO ⁽⁶⁾	Elio LAUDANI ⁽⁴⁾
Alberto ALBERTI ⁽¹³⁾	Pietro MAIMONE ⁽¹⁷⁾
Anna Elisa ANFOSSI ⁽⁵⁾	Andrea MARELLA ⁽¹⁴⁾
Vito APICELLA ⁽²¹⁾	Laura MARINARO ⁽¹⁾
Maria Margherita AVATANE ⁽⁹⁾	Natalina MARZIANI ⁽¹⁷⁾
Gianluigi BASSETTI ⁽¹⁸⁾	Marina MASENTA ⁽³⁾
Vittorio BATTAGLIA ⁽¹⁰⁾	Margherita MELINO ⁽¹⁸⁾
Daniela BATTAGLINO ⁽⁸⁾	Flavia MILAN ⁽²⁰⁾
Gabriella BENZI ⁽⁶⁾	Silvia MOGLIA ⁽⁷⁾
Davide BOGETTI ⁽¹⁶⁾	Luca MONCHIERO ⁽⁴⁾
Nadia BOIDO ⁽⁶⁾	Erica MORETTO ⁽¹⁶⁾
Mario BONANNO ⁽¹⁸⁾	Marina MUSSO ⁽⁸⁾
Santina BRUNO ⁽¹⁶⁾	Giovannina MUTTON ⁽¹⁰⁾
Luigi CALOSSO ⁽²²⁾	Stefano NAVA ⁽¹⁶⁾
Andrea CAMPO ⁽⁸⁾	Emanuela OLIVERI ⁽¹⁷⁾
Pierangela CASTELLENGO ⁽⁶⁾	Giovanna PALTRINIERI ⁽¹⁹⁾
Patrizia CORRADINI ⁽⁴⁾	Marina PATRINI ⁽⁷⁾
Roberto COTTINO ⁽⁸⁾	Maurizio PIMATTI ⁽²¹⁾
Laura CURRETTI ⁽³⁾	Luciano RATTO ⁽²³⁾
Giulio DE GIOVANNINI ⁽²³⁾	Raffaella RICCARDO ⁽⁶⁾
Marco DE GIOVANNINI ⁽²⁴⁾	Francesco ROMANAZZI ⁽³⁾
Paola DI PIERRO ⁽⁶⁾	Alfredo RUATA ⁽¹⁾
Michele DOTTA ⁽¹²⁾	Daniele SAGLIETTI ⁽⁶⁾
Marco FESSIA ⁽²²⁾	Marisa SALTETTI ⁽¹⁶⁾
Carla GEUNA ⁽¹⁵⁾	Gian Rodolfo SARTIRANO ⁽²¹⁾
Vilma GIACHELLI ⁽¹⁶⁾	Franco SCAGLIONE ⁽²⁵⁾
Franco GIOVANETTI ⁽²⁾	Elena SCARSOGLIO ⁽⁶⁾
Annelisa GUASTI ⁽¹⁾	Gianluca TOSELLI ⁽³⁾
Luigi Genesio ICARDI ⁽²⁶⁾	Luisa VICINO ⁽⁶⁾
Lucia INFANTE ⁽¹¹⁾	Mauro ZARRI ⁽¹⁷⁾

- (1) Direzione Dipartimento di Prevenzione – S.S.D Epidemiologia
- (2) S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica – S.O.S. Vaccinazioni e Profilassi Malattie Infettive
- (3) S.O.C. Medicina legale e dello sport – U.O.N.A. Medicina sportiva
- (4) S.O.C. Assistenza Sanitaria Territoriale
- (5) Medico specialista fisiatra cure domiciliari
- (6) S.O.C. Servizio di Psicologia
- (7) S.O.C. Neuropsichiatria Infantile
- (8) S.O.C. Nefrologia e Dialisi
- (9) S.O.C. Farmacia Ospedaliera - Alba
- (10) S.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
- (11) S.O.C. Farmacia Ospedaliera - Bra
- (12) S.O.C. Neurologia
- (13) S.O.C. Oculistica
- (14) Consulente Ingegneria del traffico e della sicurezza stradale
- (15) Direzione Dipartimento di Prevenzione – Area Promozione Salute
- (16) S.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- (17) S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- (18) S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione ASLCN1
- (19) S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione ASLTO3
- (20) S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione ASLNO
- (21) S.O.C. Servizio Veterinario - Area B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
- (22) S.O.C. Servizio Veterinario - Area C
- (23) S.O.C. Servizio Veterinario - Area A – Sanità Animale
- (24) S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - Bra
- (25) S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- (26) Dipartimento di Prevenzione

PRESENTAZIONE

Il Bollettino Epidemiologico dell'ASLCN2, giunto alla IX edizione, è il frutto di un lavoro partecipato e condiviso da diversi operatori e professionisti afferenti a vari Servizi Territoriali e Ospedalieri.

Questo report rappresenta, per la ASLCN2 e per tutto il suo territorio, un'altra significativa tappa nel processo di sviluppo e diffusione delle attività epidemiologiche: un'epidemiologia in grado di fornire conoscenze ed evidenze (di efficacia) necessarie per lo sviluppo dei processi decisionali di politica socio-sanitaria e pratica clinico-assistenziale, indispensabili per la tutela e promozione della Salute come diritto fondamentale di ogni cittadino.

Gli operatori locali, clinici e non, sono i reali produttori e gli interpreti di alcuni "dati" in una prospettiva di sviluppo di programmi ed interventi mirati alla popolazione per problemi specifici di assistenza, per patologia, per contesti territoriali.

Il bollettino è pertanto mezzo di diffusione di conoscenze epidemiologiche descrittive, di risultati di studi avviati in diversi ambiti, di confronto fra esperienze locali e regionali, ma anche strumento che può contribuire al miglioramento della lettura delle dinamiche della domanda di salute e dell'offerta dei servizi sociosanitari.

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

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni MONCHIERO

INDICE

La dinamica demografica	5
Malattie infettive	22
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2007	30
Cure primarie: nuove risposte per nuovi bisogni	33
Riabilitazione a domicilio: potenzialità e limiti	40
Gli ambulatori di psicodiagnostica, neuropsicologia e riabilitazione cognitiva	43
Le attività della SOC di Neuropsichiatria Infantile ASLCN2 nell'anno 2007	52
Il trapianto renale dal 2000 ad oggi	54
L'uso dei farmaci da parte dei cittadini	57
Consumo di farmaci in medicina di base. Confronti ASLCN2 - Piemonte anno 2007	72
Il trattamento della sclerosi multipla tra terapie consolidate e nuove opzioni terapeutiche	74
Degenerazione Maculare Senile e Retinopatia Diabetica: aspetti farmacoepidemiologici ed economici	81
Gli incidenti stradali nel territorio dell'ASLCN2 Alba-Bra	90
Progetto Pronti? Partenza...via!	104
Indagine sull'assunzione di alcol durante il lavoro nei cantieri edili del territorio dell'ASLCN2	108
Analisi della ristorazione collettiva assistenziale nell'ASLCN2	121
Studio sullo stato nutrizionale e l'attività motoria degli anziani autosufficienti ospiti delle residenze assistenziali	125
Il nucleo interarea di vigilanza veterinaria ASLCN2	133
Valutazione di alcuni indicatori per il monitoraggio delle condizioni di igiene degli stabilimenti di macellazione, sezionamento e lavorazione situati sul territorio della ASLCN2 Alba-Bra	136
Le attività del Servizio Veterinario – Area A – Sanità animale	143

La dinamica demografica

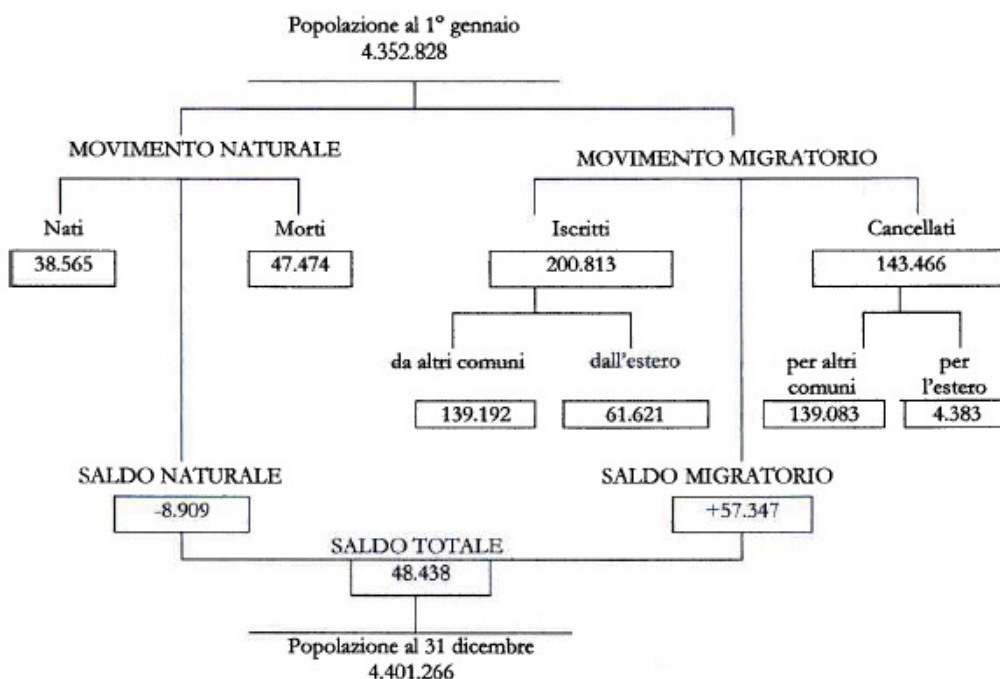
Laura Marinaro – Annelisa Guasti

La Regione

La regione Piemonte al 31 dicembre 2007 conta 4.401.266 abitanti, ossia 48.400 residenti in più rispetto all'anno precedente con un incremento pari all'11,1‰.

La dinamica demografica piemontese nel 2007 conferma le tendenze in atto negli ultimi anni: l'aumento della popolazione come conseguenza soprattutto dell'arrivo di immigrati stranieri la cui presenza compensa il saldo naturale negativo (cioè i decessi superano le nascite) ancorché in lieve ripresa (Fig. A).

Fig A – Dinamica demografica in Piemonte nel 2007 (stime Ires)



Fonte: Istat

Il 2007 si caratterizza per un saldo migratorio particolarmente rilevante; l'incremento migratorio difatti dal 2,7‰ nel 1998, ha raggiunto un picco nel 2004 per attestarsi al 4,7‰ nel 2006 e raggiungere il 13,1‰ nel corso del 2007. Il Piemonte si caratterizza per una dinamica naturale costantemente negativa da metà degli anni Settanta. Pur tuttavia negli ultimi anni si osserva una progressiva riduzione del saldo naturale negativo per una ripresa delle nascite e un lieve calo delle morti. Nel 2007 in Piemonte sono nati 38.565 bambini, 714 in più rispetto al 2006; il tasso di natalità giunge all'8,8‰, valore in crescita dal 1987. L'aumento della natalità in Piemonte è determinato soprattutto dalla componente straniera della popolazione. Il numero dei nati stranieri difatti è in costante aumento (Tab. A).

Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1991-2007)

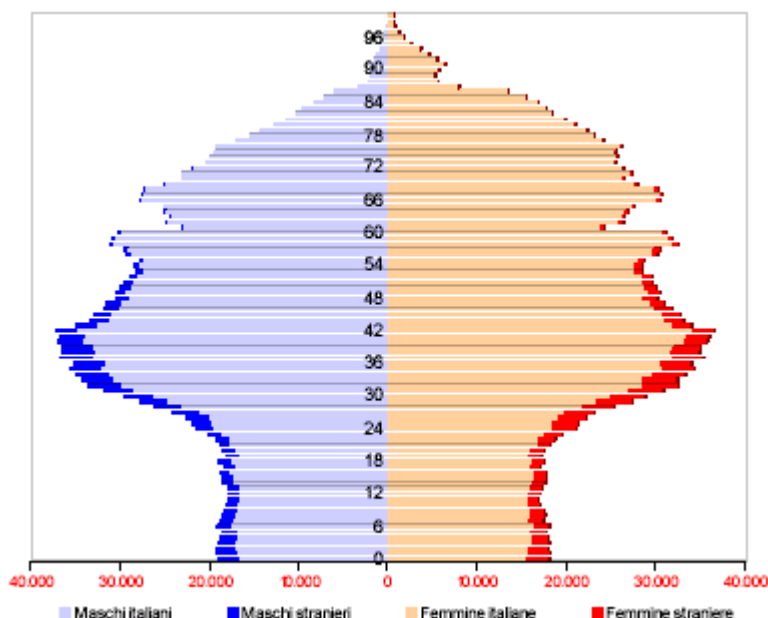
Anni	Nati	Morti	Iscritti totali	di cui dall'estero	Cancellati totali	di cui per l'estero	Popolazione totale
1991	32.782	48.742	111.535	8.817	103.498	2.505	4.299.912
1992	33.752	48.820	121.441	5.956	102.455	2.116	4.303.830
1993	33.016	49.178	149.851	6.786	130.954	2.478	4.306.565
1994	32.580	49.344	132.747	7.330	124.559	3.137	4.297.989
1995	32.841	50.095	129.041	6.915	120.910	2.765	4.288.866

Anni	Nati	Morti	Iscritti totali	di cui dall'estero	Cancellati totali	di cui per l'estero	Popolazione totale
1996	33.514	48.635	139.984	16.067	119.602	3.253	4.294.127
1997	34.586	49.365	133.402	11.791	121.309	3.201	4.291.441
1998	34.658	49.784	135.571	11.838	123.835	3.248	4.288.051
1999	34.639	50.255	144.655	15.817	129.625	3.595	4.287.465
2000	35.874	48.527	145.057	17.621	130.138	3.709	4.289.731
2001	34.857	46.840	126.032	15.820	112.397	3.582	4.213.294
2002	35.716	48.288	150.604	17.697	119.992	2.561	4.231.334
2003	36.370	50.625	179.011	48.406	125.875	3.178	4.270.215
2004	37.413	46.251	203.948	32.622	135.153	3.565	4.330.172
2005	37.251	48.253	158.862	25.979	136.299	3.815	4.341.733
2006	37.851	47.400	161.446	22.455	140.802	4.003	4.352.828
2007	38.565	47.474	200.813	61.621	143.466	4.383	4.401.266

Fonte: ISTAT

Altro fenomeno è l'invecchiamento della popolazione: il Piemonte si colloca tra le regioni in cui il grado di invecchiamento è maggiore; l'età media si attesta a 43 anni per gli uomini e 46 per le donne, la speranza di vita alla nascita è stimata a 84 anni per le donne e 78 per gli uomini. La Fig. B mostra la piramide per età della popolazione piemontese al 1° gennaio 2007. Il calo delle nascite, iniziato negli anni '70, ha assottigliato la base della piramide trasformandola in una sorta di "trottola"; per le età giovanili si osserva un lieve incremento conseguenza della ripresa della natalità e dell'arrivo di giovani stranieri. Le classi di età più numerose corrispondono ai nati tra la fine degli anni '50 e gli inizi degli anni '70. Infine si evidenzia il notevole aumento della popolazione anziana, che è particolarmente visibile nel rigonfiamento della parte superiore della piramide, più marcato per le donne.

Fig. B – Piramide di età della popolazione italiana e straniera in Piemonte (1.1.2007)



L'indice di invecchiamento (ossia la popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti) per il Piemonte nel 2007 si attesta intorno a 22,7%, contro una media nazionale di 19,9%. L'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14 anni x 100, è di 181.

Nel 2007 in tutte le province piemontesi l'arrivo di nuovi residenti dall'estero compensa la dinamica naturale negativa con incrementi significativi di popolazione (Tab. B)

Tab. B – Movimenti anagrafici e popolazione nelle province piemontesi (2007)

	Nati	Morti	Iscritti totali	Iscritti dall'estero	Cancellati totali	Cancellati per l'estero	Popolazione al 31.12.2007
Alessandria	3.297	5.995	19.564	5.806	13.190	401	435.891
Asti	1.859	2.701	10.611	3.654	6.762	241	218.081
Biella	1.446	2.297	8.446	1.305	7.042	247	187.491
Cuneo	5.372	6.537	25.375	7.477	17.310	588	580.513
Novara	3.373	3.585	16.868	3.828	12.440	345	361.904
Torino	20.513	22.350	106.735	36.706	76.167	2.202	2.277.686
Verbano-Cusio-Ossola	1.236	1.796	6.100	1.211	4.847	215	162.333
Vercelli	1.469	2.213	7.114	1.634	5.708	144	177.367
Piemonte	38.565	47.474	200.813	61.621	143.466	4.383	4.401.266

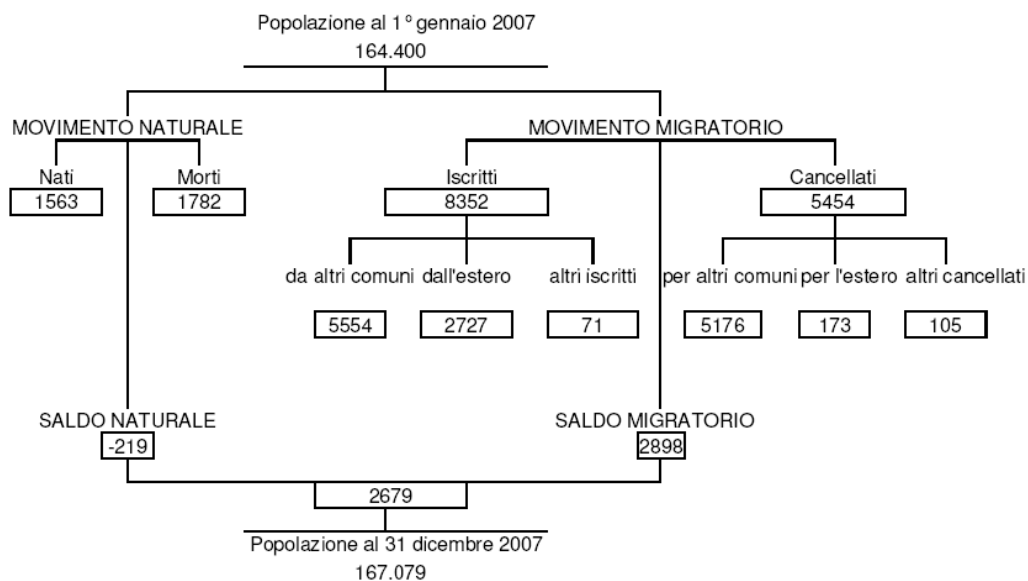
Fonte: ISTAT

Il saldo migratorio positivo è rilevante in tutte le aree seppur con un'ampia differenza interprovinciale: dal 7,7‰ del Verbano al 17,8‰ di Asti. Il saldo naturale continua a mantenersi su valori negativi ma si osserva in cinque province un miglioramento, in particolare a Novara e Torino in cui si registra una situazione di parità tra nati e decessi. Le province di Cuneo, Novara e Torino si caratterizzano per la presenza di saldi migratori importanti e con saldi naturali tra i meno negativi della regione. Alessandria ed Asti presentano saldi naturali negativi intensi con una dinamica migratoria piuttosto vivace. Biella, Vercelli e Verbania Cusio Ossola sono le province in cui si osservano gli incrementi di popolazione più modesti. (1)

ASL CN2 Alba – Bra

La popolazione residente ASL CN2, al 31 dicembre 2007, è di 167.079 abitanti (dati ISTAT) di cui 81.932 maschi (corrispondenti al 49,04% del totale) e 85.147 femmine (50,96%) (Fig.1).

Fig.1 – Dinamica demografica nell'ASL CN2 nel 2007 (Fonte ISTAT)



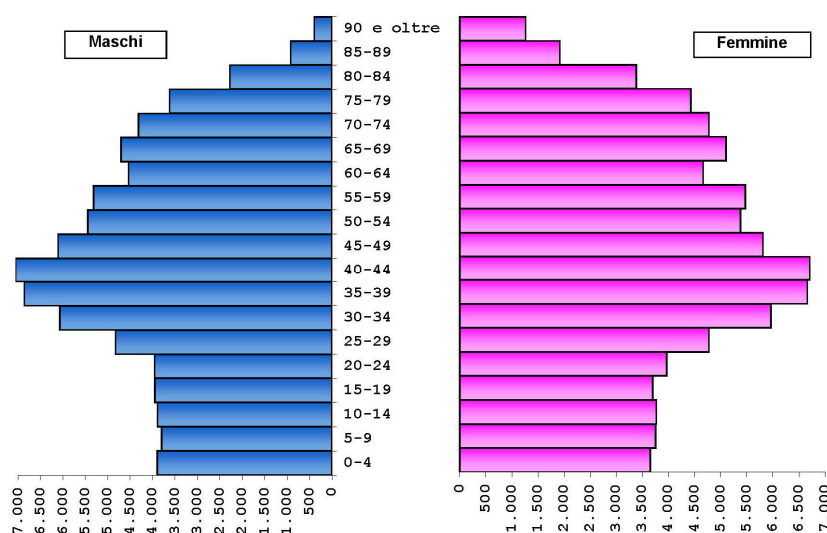
In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero degli uomini decresce; a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 76,25% della popolazione (Tab. 1) (2).

Tab.1 - Popolazione residente ASL CN2 per sesso, aggregata per classi di età, stimata al 31.12.2007

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
0-4	3.892	51,60	3.650	48,40	7.542
5-9	3.799	50,30	3.754	49,70	7.553
10-14	3.889	50,79	3.768	49,21	7.657
15-19	3.951	51,66	3.697	48,34	7.648
20-24	3.953	49,90	3.969	50,10	7.922
25-29	4.827	50,27	4.776	49,73	9.603
30-34	6.069	50,44	5.962	49,56	12.031
35-39	6.859	50,74	6.660	49,26	13.519
40-44	7.060	51,29	6.706	48,71	13.766
45-49	6.107	51,24	5.811	48,76	11.918
50-54	5.444	50,29	5.381	49,71	10.825
55-59	5.316	49,27	5.474	50,73	10.790
60-64	4.535	49,29	4.666	50,71	9.201
65-69	4.704	47,97	5.103	52,03	9.807
70-74	4.313	47,45	4.777	52,55	9.090
75-79	3.620	44,96	4.431	55,04	8.051
80-84	2.280	40,27	3.382	59,73	5.662
85-89	921	32,44	1.918	67,56	2.839
90 e oltre	393	23,75	1.262	76,25	1.655
TOTALE	81.932	49,04	85.147	50,96	167.079

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

Graf. 1 - Popolazione per età e sesso nell'ASL CN2 - Anno 2007



Il territorio dell'ASL CN2 comprende 76 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti:

- Il **Distretto 1 di Alba** costituito da 65 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2007, di 103.311 abitanti.
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2007, di 63.768 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 30.643 e 29.325, cui seguono Cherasco (8.097), Sommariva del Bosco (6.198), Canale (5.697) (Tab. 2) (3).

Tab. 2 - Popolazione nei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2007

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ALBA	14.542	16.101	30.643
BRA*	14.211	15.114	29.325
CHERASCO*	4.003	4.094	8.097
SOMMARIVA DEL BOSCO*	3.058	3.140	6.198
CANALE	2.818	2.879	5.697
MONTA'	2.217	2.343	4.560
SANTO STEFANO BELBO	1.980	2.105	4.085
NARZOLE*	1.743	1.734	3.477
GUARENE	1.623	1.655	3.278
DIANO D'ALBA	1.658	1.610	3.268
NEIVE	1.537	1.687	3.224
POCAPAGLIA*	1.508	1.524	3.032
SOMMARIVA PERNO*	1.367	1.434	2.801
SANFRE'*	1.372	1.398	2.770
LA MORRA*	1.374	1.353	2.727
SANTA VITTORIA D'ALBA*	1.330	1.341	2.671
CORTEMILIA	1.254	1.265	2.519
CERESOLE D'ALBA*	1.105	1.041	2.146
VEZZA D'ALBA	1.095	1.042	2.137
MONTICELLO D'ALBA	1.041	1.088	2.129
CORNELIANO D'ALBA	1.017	1.041	2.058
GOVONE	971	1.069	2.040
CASTAGNITO	1.024	1.012	2.036
MONFORTE D'ALBA	998	1.024	2.022
PRIOCCA	970	994	1.964
MAGLIANO ALFIERI	911	922	1.833
GRINZANE CAVOUR	900	924	1.824
MONTEU ROERO	836	826	1.662
RODDI	767	783	1.550
SANTO STEFANO ROERO	679	718	1.397
MANGO	654	663	1.317
PIOBESI D'ALBA	611	612	1.223
BALDISSERO D'ALBA	557	534	1.091
COSSANO BELBO	525	511	1.036
NOVELLO	500	516	1.016
RODELLO	488	498	986
CASTELLINALDO	460	433	893
MONTALDO ROERO	440	438	878

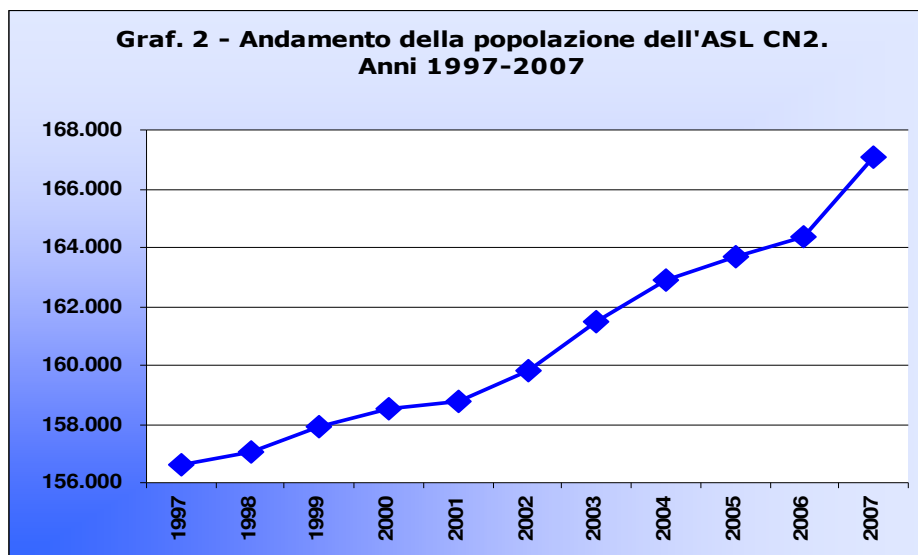
COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
CASTIGLIONE TINELLA	414	439	853
TREISO	404	402	806
BAROLO	352	388	740
CASTIGLIONE FALLETTO	352	339	691
BOSSOLASCO	340	346	686
BARBARESCO	345	319	664
MONCHIERO	304	285	589
VERDUNO*	261	263	524
SERRALUNGA D'ALBA	255	261	516
SINIO	254	258	512
CASTINO	258	250	508
LEQUIO BERRIA	270	234	504
MONTELUPO ALBESE	251	246	497
CERRETO LANGHE	245	228	473
BENEVELLO	238	234	472
NIELLA BELBO	212	213	425
NEVIGLIE	200	222	422
CRAVANZANA	188	206	394
BORGOMALE	200	191	391
CASTELLETTO UZZONE	199	181	380
RODDINO	198	178	376
FEISOGLIO	169	195	364
GORZEGNO	178	186	364
TREZZO TINELLA	181	171	352
PEZZOLO VALLE UZZONE	171	172	343
SERRAVALLE LANGHE	186	157	343
PERLETTO	163	145	308
ALBARETTO DELLA TORRE	127	120	247
LEVICE	128	118	246
TORRE BORMIDA	110	108	218
CAMO	108	108	216
BOSIA	95	99	194
SAN BENEDETTO BELBO	99	94	193
ARGUELLO	97	91	188
ROCCHETTA BELBO	95	93	188
SAN GIORGIO SCARAMPI	62	63	125
CISSONE	44	39	83
BERGOLO	35	39	74
TOTALE	81.932	85.147	167.079

* Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Andamento demografico

L'andamento della struttura della popolazione dell'ASLCN2 è caratterizzato da una serie di elementi:

- il totale generale è progressivamente aumentato negli anni: dal 1997 al 2007 si è registrato un incremento di 10.492 unità (Graf. 2);



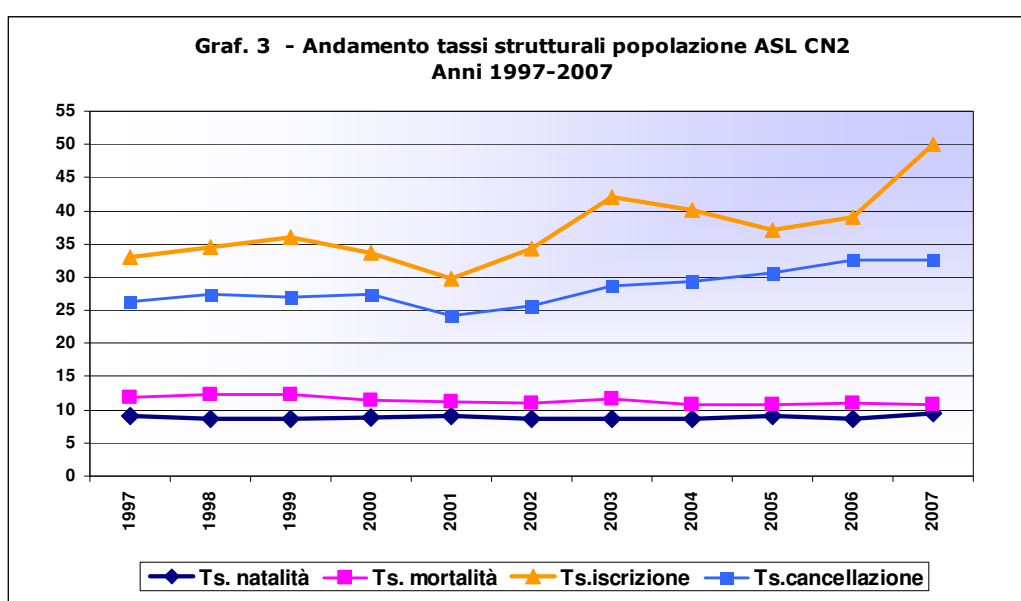
- il numero dei nati ha un andamento altalenante con lievi flessioni registrate in particolare negli anni: 1998 rispetto al 1997, 2002 rispetto al 2001, 2006 rispetto al 2005. Nel 2007, si sono registrati 1.563 nati con un incremento di 135 unità rispetto all'anno precedente (Tab. 3);
- il numero dei morti è anch'esso caratterizzato da ripetute oscillazioni: nel 2007 il numero assoluto dei decessi (1.782) è diminuito rispetto al 2006 (1.803);
- gli indici di immigrazione, particolarmente elevati negli anni 2003-2004, subiscono una variazione di tendenza nel 2005, anno in cui il numero dei nuovi iscritti si riduce ed aumenta quello dei cancellati. Nel 2007 si registra un notevole incremento del tasso di iscrizione (50 per 1000) rispetto all'anno precedente (39,1 per 1000) (Tab.4 e Graf.3) (3).

Tab.3 - Movimento naturale e migratorio della popolazione ASL CN2 - Anni 1997 - 2007

	Popolazione	Nati	Morti	Iscritti	Cancellati
1997	156.587	1.434	1.875	5.180	4.135
1998	157.073	1.349	1.949	5.405	4.319
1999	157.930	1.363	1.923	5.687	4.270
2000	158.503	1.411	1.816	5.321	4.343
2001	158.793	1.423	1.789	4.729	3.843
2002	159.787	1.390	1.764	5.485	4.117
2003	161.464	1.407	1.881	6.785	4.634
2004	162.894	1.416	1.743	6.538	4.781
2005	163.695	1.500	1.761	6.060	4.998
2006	164.400	1.428	1.803	6.424	5.344
2007	167.079	1.563	1.782	8.352	5.454

Tab.4 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'ASL CN2 - Anni 1997-2007

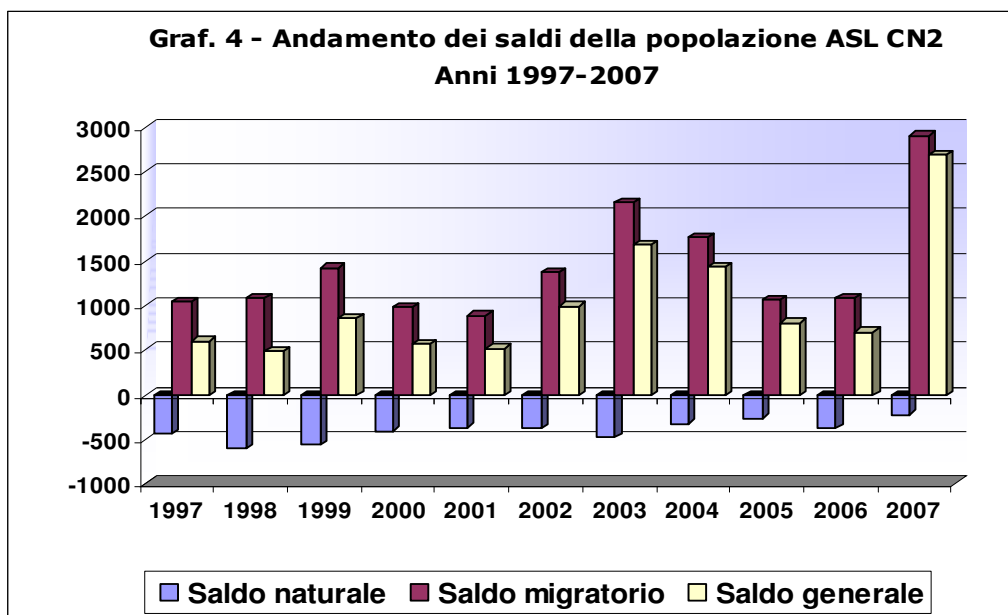
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso d'iscrizione	Tasso di cancellazione
1997	9,2	12,0	33,1	26,4
1998	8,6	12,4	34,4	27,5
1999	8,6	12,2	36,0	27,0
2000	8,9	11,5	33,6	27,4
2001	9,0	11,3	29,8	24,2
2002	8,7	11,0	34,3	25,8
2003	8,7	11,6	42,0	28,7
2004	8,7	10,7	40,1	29,4
2005	9,2	10,8	37,0	30,5
2006	8,7	11,0	39,1	32,5
2007	9,4	10,7	50,0	32,6



In conseguenza dei comportamenti demografici rilevati per il 2007 nell'ASL CN2, la dinamica naturale (nascite - decessi) registra ancora una volta un dato negativo (-219), confermando una tendenza ormai da tempo stabile; la dinamica migratoria (iscritti - cancellati) positiva (2.898) contrasta gli effetti della dinamica naturale facendo così registrare una variazione demografica positiva (2.679) (Tab. 5, Graf. 4).

Tab.5 - Saldo della popolazione ASL CN2 - Anni 1997-2007

	Saldo naturale	Saldo migratorio	Saldo generale
1997	-441	1.045	604
1998	-600	1.086	486
1999	-560	1.417	857
2000	-405	978	573
2001	-366	886	520
2002	-374	1.368	994
2003	-474	2.151	1.677
2004	-327	1.757	1.430
2005	-261	1.062	801
2006	-375	1.080	705
2007	-219	2.898	2.679



Natalità

Nel 2007, l'indice di natalità dell'ASL CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000, è di 9,4, superiore al dato Regionale (8,8) e quasi sovrapponibile al dato provinciale cuneese. (Tab. 6).

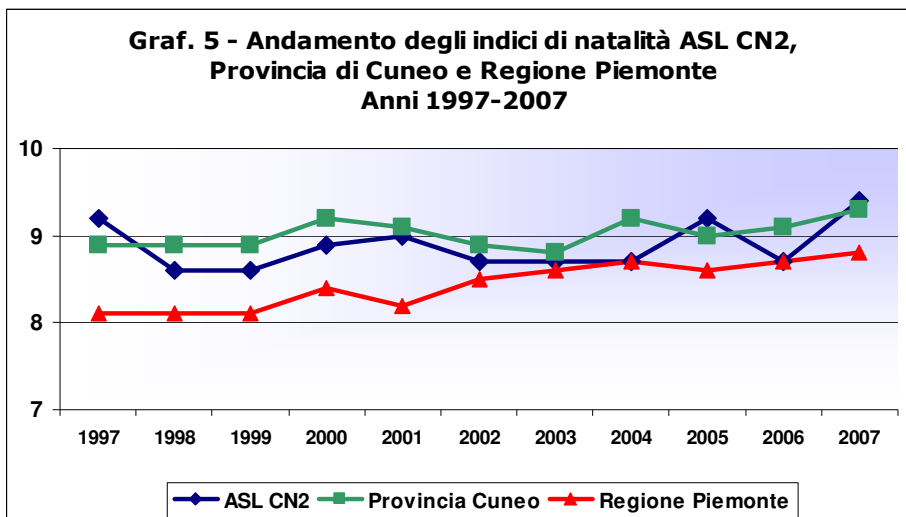
Tab. 6- Indici di natalità - Anno 2007

	Indice di natalità
ASL CN2	9,4
Distretto 1 Alba	8,8
Distretto 2 Bra	10,2
Provincia Cuneo	9,3
Regione Piemonte	8,8

Nel 2007 pertanto si registra per la nostra ASL l'indice di natalità più elevato (9,4) degli ultimi undici anni (Tab. 7, Graf. 5).

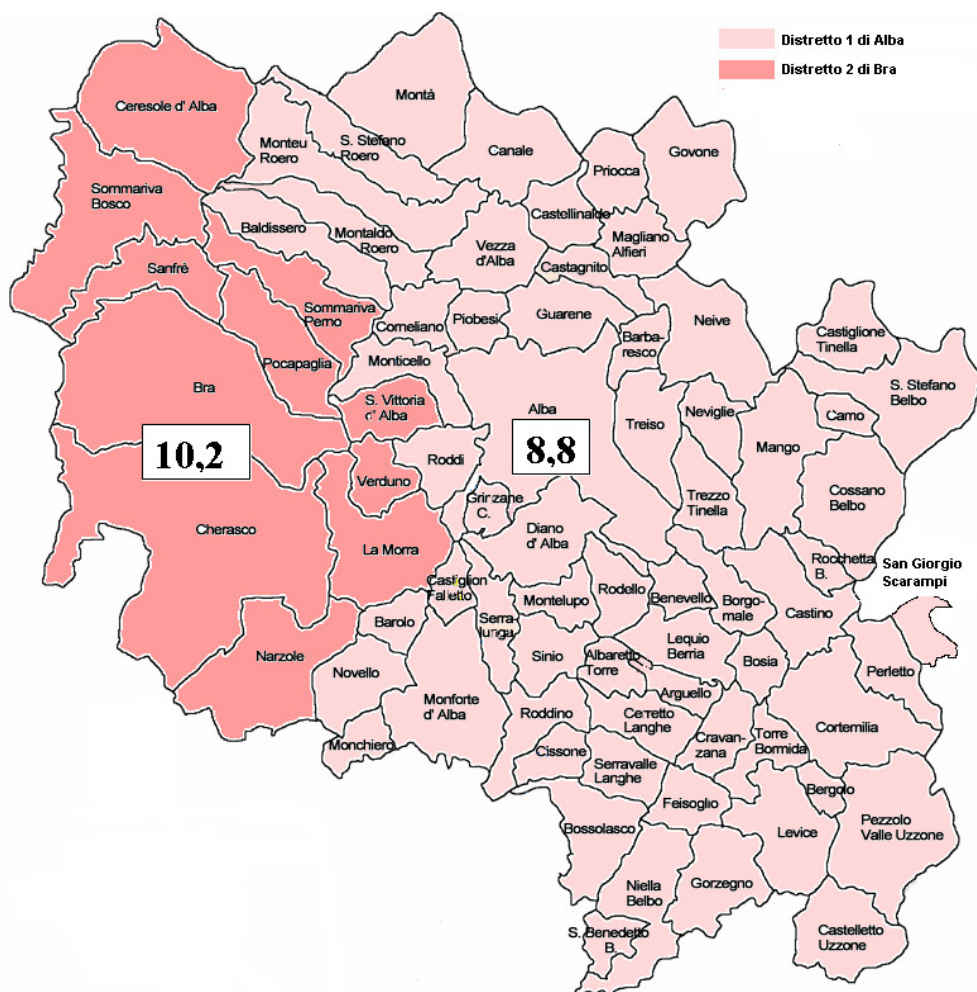
Tab. 7- Indici di natalità nell'ASL CN2, Provincia Cuneo e Regione Piemonte - Anni 1997 - 2007

	ASL CN2	Provincia Cuneo	Regione Piemonte
1997	9,2	8,9	8,1
1998	8,6	8,9	8,1
1999	8,6	8,9	8,1
2000	8,9	9,2	8,4
2001	9,0	9,1	8,2
2002	8,7	8,9	8,5
2003	8,7	8,8	8,6
2004	8,7	9,2	8,7
2005	9,2	9,0	8,6
2006	8,7	9,1	8,7
2007	9,4	9,3	8,8



Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'ASL, si evince che il Distretto 2 di Bra ha una natalità più elevata rispetto al Distretto 1 di Alba ma anche rispetto alla Provincia di Cuneo e all'intera Regione (Fig. 2). La Tab. 8 mostra i tassi di natalità e mortalità calcolati nel 2007 per i 76 Comuni del territorio ASL CN2.

Fig.2 - Indice di natalità nel territorio dell'ASL CN2 - Anno 2007



Tab. 8 - Tassi di natalità e di mortalità per 1000 dei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2007

COMUNI	TASSI DI NATALITA'	TASSI DI MORTALITA'
ALBA	8,3	9,7
ALBARETTO TORRE	8,1	12,1
ARGUELLO	10,6	5,3
BALDISSERO D'ALBA	7,3	17,4
BARBARESCO	16,6	4,5
BAROLO	10,8	8,1
BENEVELLO	4,2	6,4
BERGOLO	13,5	13,5
BORGOMALE	7,7	15,3
BOSIA	0,0	10,3
BOSSOLASCO	4,4	14,6
BRA	9,8	9,1
CAMO	0,0	9,3
CANALE	8,8	8,2
CASTAGNITO	12,8	6,4
CASTELLETTO UZZONE	2,6	18,4
CASTELLINALDO	12,3	10,1
CASTIGLIONE FALLETTO	7,2	7,2
CASTIGLIONE TINELLA	5,9	16,4
CASTINO	3,9	15,7
CERESOLE D'ALBA	11,6	14,9
CERRETTO LANGHE	6,3	16,9
CHERASCO	11,4	9,5
CISSONE	0,0	24,1
CORNELIANO D'ALBA	5,3	11,7
CORTEMILIA	7,9	10,7
COSSANO BELBO	4,8	14,5
CRAVANZANA	7,6	10,2
DIANO D'ALBA	7,3	8,3
FEISOGLIO	2,7	33,0
GORZEGNO	2,7	13,7
GOVONE	7,4	14,2
GRINZANE CAVOUR	15,9	10,4
GUARENE	9,8	6,7
LA MORRA	8,8	13,2
LEQUIO BERRIA	6,0	15,9
LEVICE	4,1	4,1
MAGLIANO ALFIERI	13,1	16,4
MANGO	6,1	12,1
MONCHIERO	17,0	15,3
MONFORTE D'ALBA	5,4	15,8
MONTA'	9,4	13,4
MONTALDO ROERO	4,6	18,2
MONTELUPO ALBESE	10,1	6,0

COMUNI	TASSI DI NATALITA'	TASSI DI MORTALITA'
MONTEU ROERO	9,0	10,2
MONTICELLO D'ALBA	9,9	11,3
NARZOLE	11,2	13,5
NEIVE	13,3	8,4
NEVIGLIE	4,7	14,2
NIELLA BELBO	7,1	4,7
NOVELLO	12,8	10,8
PERLETTO	6,5	9,7
PEZZOLO VALLE UZZONE	11,7	11,7
PIOBESI D'ALBA	8,2	6,5
POCAPAGLIA	8,9	5,9
PRIOCCA	9,7	14,3
ROCCHETTA BELBO	5,3	37,2
RODDI	15,5	6,5
RODDINO	5,3	18,6
RODELLO	6,1	14,2
SAN BENEDETTO BELBO	10,4	5,2
SAN GIORGIO SCARAMPI (AT)	16,0	24,0
SANFRE'	11,6	9,0
SANTA VITTORIA D'ALBA	7,9	10,1
SANTO STEFANO BELBO	9,1	11,0
SANTO STEFANO ROERO	10,7	16,5
SERRALUNGA D'ALBA	17,4	5,8
SERRAVALLE LANGHE	2,9	11,7
SINIO	7,8	13,7
SOMMARIVA DEL BOSCO	11,3	11,8
SOMMARIVA PERNO	10,7	16,4
TORRE BORMIDA	4,6	4,6
TREISO	8,7	8,7
TREZZO TINELLA	2,8	8,5
VERDUNO	11,5	19,1
VEZZA D'ALBA	9,4	15,0

Fonte: BDDE

Mortalità

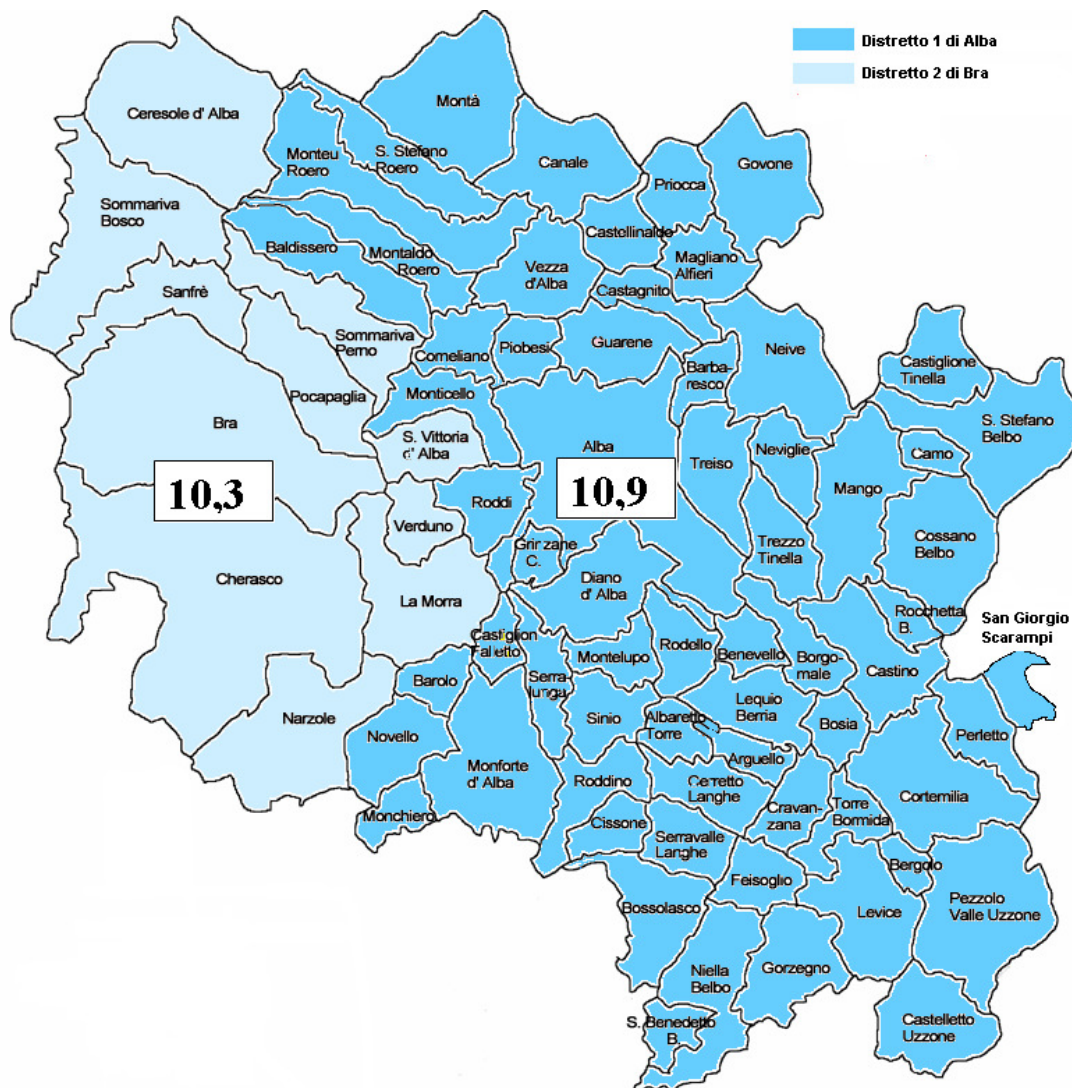
Il tasso grezzo di mortalità della popolazione ASL CN2 (numero morti/popolazione totale) nel 2007 è di 10,7 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è diminuito.

Il tasso grezzo di mortalità per entrambi i Distretti 1 di Alba e 2 di Bra è inferiore al dato della Provincia di Cuneo (11,3) (Tab. 9, Fig. 3).

Tab. 9 - Indici di mortalità - Anno 2007

	Indici di mortalità
ASL CN2	10,7
Distretto 1 Alba	10,9
Distretto 2 Bra	10,3
Provincia Cuneo	11,3
Regione Piemonte	10,8

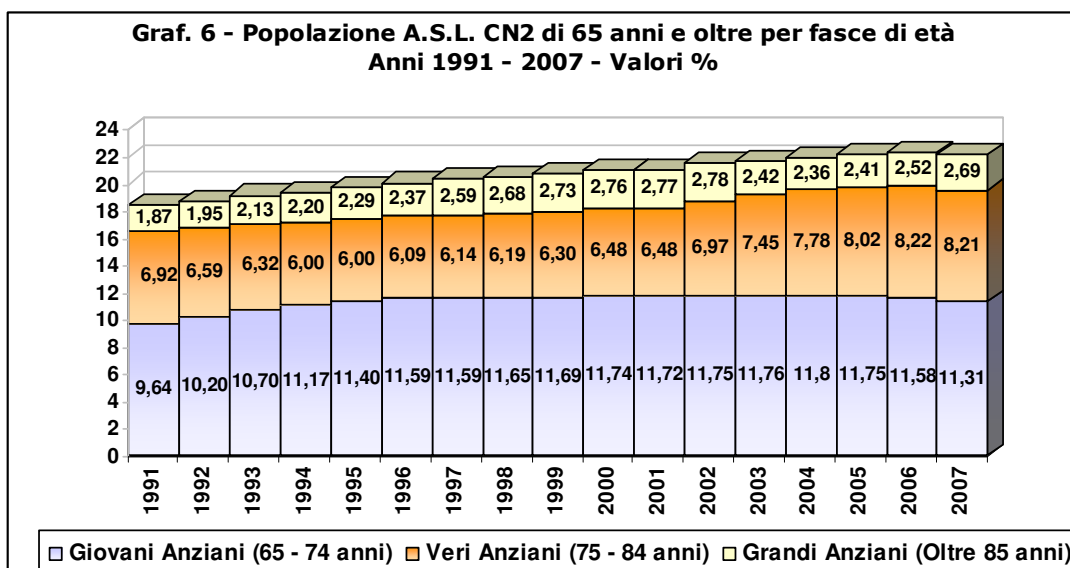
Fig.3 - Indice di mortalità nel territorio dell'ASL CN2 - Anno 2007



Gli anziani

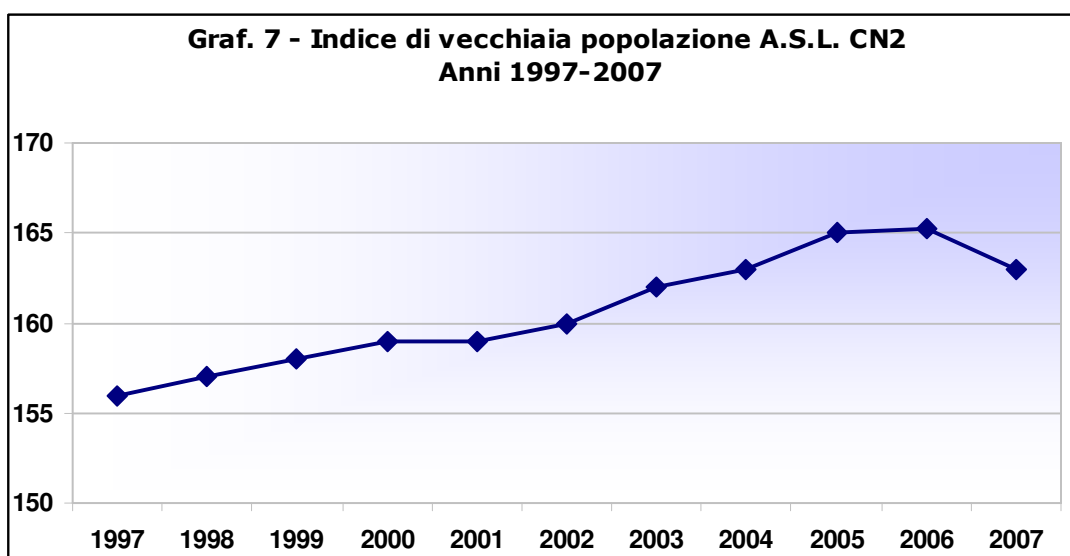
Nella nostra A.S.L. al 31 dicembre 2007, si stimano 37.104 ultrasessantacinquenni ossia il 22,2% della popolazione totale (43,74% maschi; 56,26% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,62%.

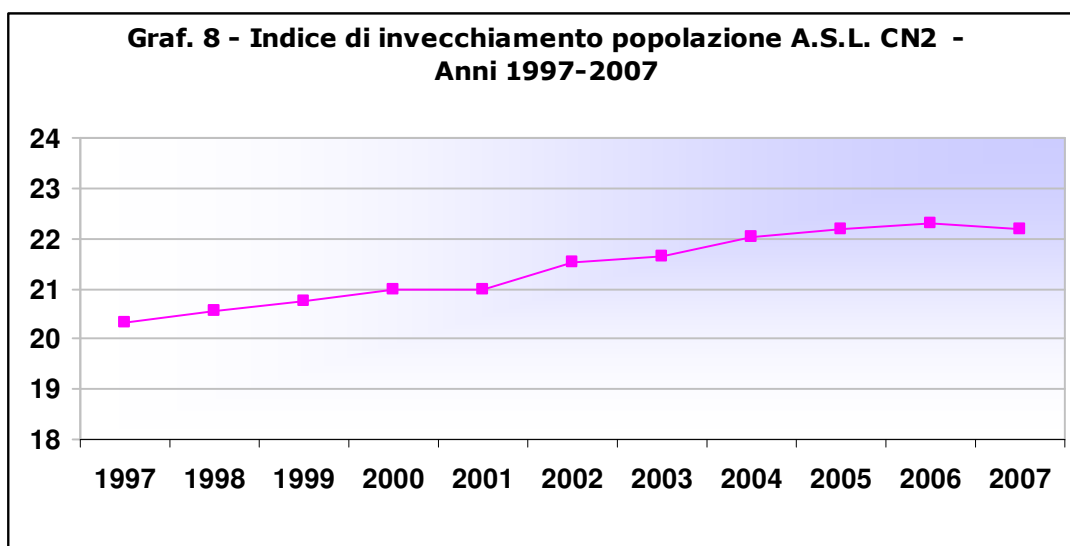
Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'A.S.L. CN2, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti "giovani-vecchi" di età compresa tra 65 e 74 anni, i "veri vecchi" da 75 a 84 anni, e i "grandi vecchi" di 85 anni e oltre, emerge che i "giovani-vecchi" sono 11,31%, quelli di età compresa tra i 75 - 84 anni 8,21% e gli ultraottantacinquenni 2,69% (Graf. 6).



Ulteriori indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione possono essere desunte dallo studio di taluni indicatori demografici cosiddetti "strutturali" quali "l'indice di vecchiaia" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 0 - 14 anni, "l'indice di invecchiamento" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti, "l'indice di dipendenza o carico sociale" = popolazione in età 0 - 14 anni + popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 15 - 64 anni (4).

Nel 2007 nell'A.S.L. CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 163,08. I grafici 7 e 8 mostrano l'andamento rispettivamente dell'indice di vecchiaia e dell'indice di invecchiamento calcolati per la popolazione dell'ASLCN2 dal 1997 al 2007.





L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi. E' comunque un indicatore di invecchiamento grossolano poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto esaltandone l'effetto. L'indice di invecchiamento nell'A.S.L. CN2 nel 2007 è di 22,21, indicatore che riflette il peso relativo della popolazione anziana, mentre l'indice di dipendenza o carico sociale, che mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive, rilevato è di 55,82. Quest'ultimo indicatore è considerato un indice di rilevanza economica e sociale, che risente della struttura economica della popolazione.

La Tab. 10 riporta i valori degli indici prima citati calcolati per ciascuno dei 76 Comuni del territorio dell'A.S.L. CN2. Il territorio con gli indici di vecchiaia più elevati è quello della Valle Bormida (Fig. 4).

Tab. 10 - Indice di vecchiaia, invecchiamento e carico sociale nei 76 comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2007

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE CARICO SOCIALE O DIPENDENZA
TORRE BORMIDA	618,18	31,19	56,83
BERGOLO	600,00	40,54	89,74
LEVICE	576,47	39,84	87,79
FEISOGLIO	572,00	39,29	85,71
GORZEGNO	512,50	33,79	67,74
SAN BENEDETTO BELBO	507,14	36,79	78,70
BOSIA	484,62	32,47	64,41
PEZZOLO VALLE UZZONE	459,26	36,15	78,65
RODDINO	381,25	32,45	69,37
ROCCHETTA BELBO	381,25	32,45	69,37
LEQUIO BERRIA	365,12	31,15	65,79
NIELLA BELBO	365,00	34,35	77,82
CRAVANZANA	362,50	36,80	88,52
SERRAVALLE LANGHE	327,27	31,49	69,80
CASTINO	315,69	31,69	71,62
CASTELETTO UZZONE	302,94	27,11	56,38
ALBARETTO TORRE	300,00	29,15	63,58
MONTALDO ROERO	291,92	32,92	79,18
CISSONE	272,73	36,14	97,62
CORTEMILIA	270,57	28,46	63,89
BOSSOLASCO	267,16	26,09	55,91

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE CARICO SOCIALE O DIPENDENZA
CASTIGLIONE TINELLA	263,92	30,01	70,60
COSSANO BELBO	262,07	29,34	68,18
PERLETTO	260,53	32,14	80,12
SAN GIORGIO SCARAMPI (AT)	246,67	29,60	71,23
MANGO	245,45	30,75	76,31
NEVIGLIE	244,68	27,25	62,31
MONTEU ROERO	238,59	26,41	59,96
CAMO	230,43	24,54	54,29
BENEVELLO	223,91	21,82	46,13
BORGOMALE	222,64	30,18	77,73
ARGUELLO	215,79	21,81	46,88
TREZZO TINELLA	210,00	29,83	78,68
GOVONE	207,63	25,34	60,13
MONFORTE D'ALBA	205,00	26,36	64,52
SANTO STEFANO ROERO	193,99	25,41	62,63
CORNELIANO D'ALBA	193,82	24,39	58,67
CERRETTO LANGHE	188,89	25,16	62,54
SANTO STEFANO BELBO	184,94	23,45	56,57
ALBA	184,92	23,54	56,89
VEZZA D'ALBA	183,45	24,38	60,44
BARBARESCO	180,90	24,25	60,39
CASTELLINALDO	180,65	25,08	63,85
SINIO	180,00	22,85	55,15
SOMMARIVA PERNO	173,77	23,88	60,33
NEIVE	173,62	23,48	58,74
BAROLO	167,37	21,49	52,26
MAGLIANO ALFIERI	166,13	22,48	56,27
RODELLO	163,36	21,70	53,82
ASL CN2	163,08	22,21	55,82
BALDISSERO D'ALBA	162,33	21,72	54,10
LA MORRA	160,90	22,19	56,19
PRIOCCA	159,33	21,74	54,77
TREISO	151,35	20,84	52,94
VERDUNO	150,70	20,42	51,45
MONTELUPO ALBESE	149,28	20,72	52,92
BRA	147,83	20,77	53,44
MONTA'	142,90	20,53	53,59
DIANO D'ALBA	141,65	19,98	51,72
SOMMARIVA DEL BOSCO	141,06	20,12	52,40
CERESOLE D'ALBA	139,93	19,76	51,23
CANALE	139,02	20,45	54,22
SERRALUNGA D'ALBA	136,36	20,35	54,49
SANFRE'	132,83	19,13	50,46
SANTA VITTORIA D'ALBA	128,15	17,90	46,76
NARZOLE	127,19	21,25	61,20
CHERASCO	125,77	19,23	52,72
NOVELLO	125,45	20,37	57,76
GRINZANE CAVOUR	120,71	18,53	51,24
MONCHIERO	120,20	20,20	58,76
GUARENE	119,64	18,21	50,23
POCAPAGLIA	117,98	17,74	48,77
MONTICELLO D'ALBA	114,37	18,69	53,94
PIOBESI D'ALBA	103,66	16,19	46,64
CASTIGLIONE FALLETTO	102,59	17,22	51,54
CASTAGNITO	84,52	13,95	43,79
RODDI	84,50	14,06	44,32

Malattie infettive

Franco Giovanetti

La presente relazione ha come obiettivo la descrizione delle caratteristiche epidemiologiche fondamentali di talune malattie infettive nel territorio dell'A.S.L. CN2 durante il 2007. La fonte dei dati è rappresentata dalle notifiche effettuate ai sensi del DM 15.12.1990 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive).

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

1. Malattie di classe I

Nel corso del 2007 non sono state notificate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

2.1 Pertosse

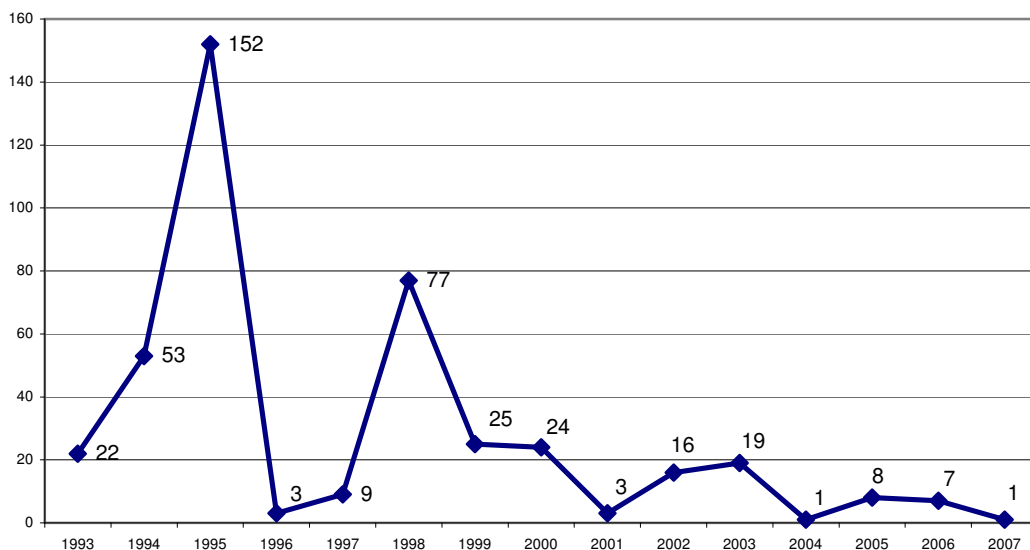
Numero di casi notificati nel 2007: 1 (età 26 anni, non vaccinato)

Tasso d'incidenza: 0,6/100.000.

Andamento nel periodo 1993 - 2007

La distribuzione per anno dei casi notificati di pertosse nell'ASL CN2, periodo 1993-2007, è riportata nel grafico che segue.

ASL CN2. Distribuzione dei casi di pertosse per anno di notifica (1993-2007)



2.2 Morbillo

Notifiche anno 2007

Numero di casi notificati nel 2007: 14

Tasso d'incidenza: 8,53/100.000

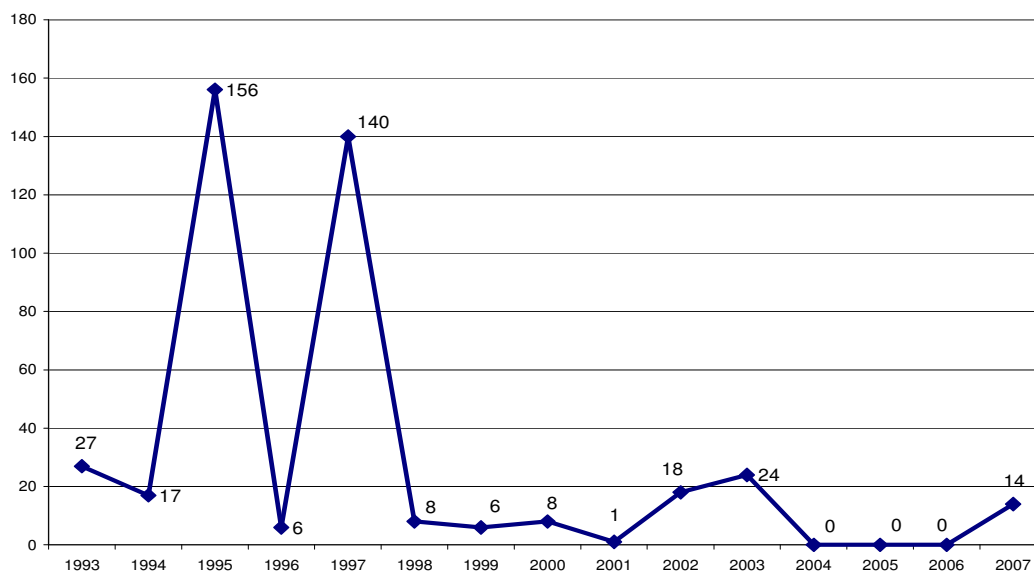
Età media: 18,6 anni

Stato vaccinale: 13 non vaccinati; 1 vaccinato con una sola dose

Andamento nel periodo 1993 - 2007

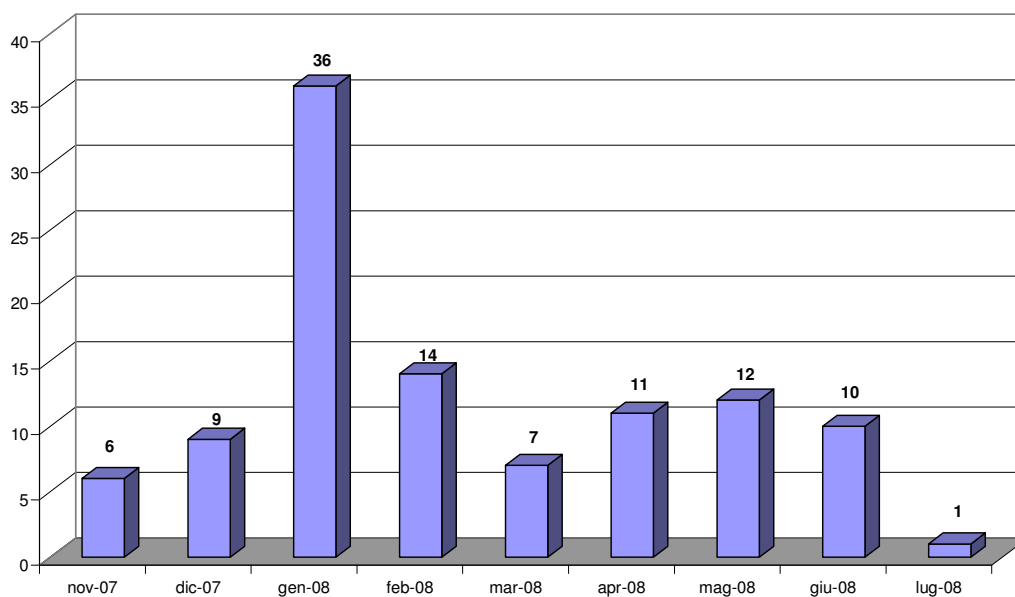
Il grafico che segue riporta la distribuzione per anno dei casi notificati di morbillo nell'ASL CN2, periodo 1993-2007.

ASL CN2. Distribuzione dei casi di morbillo per anno di notifica (1993-2007)



Epidemia di morbillo 2007-2008

ASL CN2. Epidemia di morbillo 2007-2008: distribuzione mensile dei casi



Il grafico riporta l'andamento temporale dell'epidemia di morbillo che, tra novembre 2007 e luglio 2008, ha interessato il nostro territorio. Il focolaio epidemico si è sviluppato nel mese di ottobre nell'Asl 17 di Savigliano a partire da un caso indice importato dalla Gran Bretagna, e si è successivamente esteso a tutto il Piemonte e al resto del Nord Italia.

Di seguito sono illustrate le caratteristiche dei casi.

Età dei casi

media: 22 anni **mediana**¹ :21 **moda**² : 16

Collettività frequentata/luogo di lavoro dei casi

Collettività – Luogo di lavoro	Frequenza	Percentuale
AZIENDA	22	21,0%
BAR	3	2,9%
CAMPO ROM	2	1,9%
UFFICIO PUBBLICO	1	1,0%
CROCE ROSSA	1	1,0%
FARMACIA	1	1,0%
LAVORATORE AUTONOMO	1	1,0%
NEGOZIO	2	1,9%
NESSUNA	11	10,5%
OSPEDALE	5	4,8%
SALONE ESTETISTA	2	2,0%
SCONOSCIUTA	2	1,0%
SCUOLA	39	37,2%
SCUOLA GUIDA	1	1,0%
SCUOLA INFERMIERI	1	1,0%
STUDIO PROFESSIONALE	3	2,9%
SUPERMERCATO	4	3,8%
UNIVERSITA'	5	4,8%

Stato vaccinale dei casi

Stato vaccinale	Frequenza	Percentuale
1 DOSE DI VACCINO	5	4,7%
2 DOSI DI VACCINO	0	0%
NON VACCINATO	100	94,3%
IGNOTO	1	0,9%
Totale	106	0,9%

Complicanze

Cheratite (2 casi); epatite secondaria (1 caso); polmonite (1 caso); disidratazione (1 caso); diarrea (1 caso).

Ricoveri ospedalieri

5 casi, di cui 4 coincidono con la maggior parte delle complicanze testé citate: epatite secondaria, diarrea, disidratazione, polmonite.

¹ La mediana è il valore che occupa il posto centrale in una distribuzione di frequenza i cui valori sono disposti in ordine crescente. A differenza di quanto accade con la media aritmetica, la mediana non è influenzata dai valori estremi. Essa ha la caratteristica di dividere in due parti uguali la successione di dati, pertanto si può definire come quel dato per il quale esistono tanti valori inferiori quanti superiori ad esso.

² La moda o norma della distribuzione di frequenza X, è la modalità caratterizzata dalla massima frequenza. In altre parole, è il valore che compare più frequentemente.

Diagnosi di laboratorio

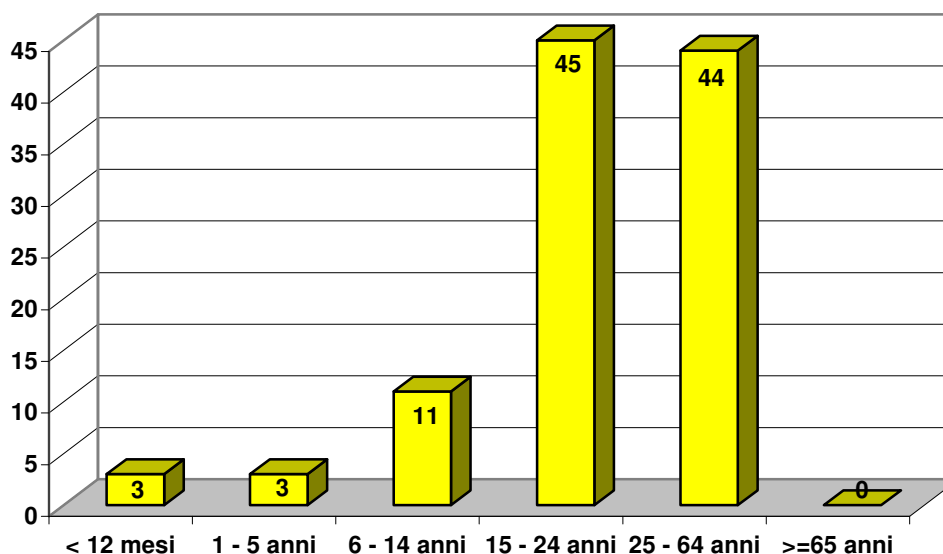
Su 34 pazienti (31% del totale) è stato possibile effettuare la conferma di laboratorio (ricerca delle IgM e/o PCR sulle urine), che è risultata positiva in 33 casi. Sono invece 14 i casi correlati epidemiologicamente con un caso confermato in laboratorio.

Cosa ci insegna questa epidemia?

Il virus responsabile è stato importato dalla Gran Bretagna, Paese che in tempi recenti ha registrato un calo della copertura vaccinale contro il morbillo. La diffusione del morbillo in seguito ai viaggi internazionali è un fenomeno già descritto in vari Paesi e in diversi contesti, ed è una conferma – se mai ce ne fosse bisogno – dell'importante ruolo dei viaggi nella diffusione delle malattie infettive.

Il modestissimo numero di bambini coinvolti risulta evidente dal grafico che segue.

ASL CN2. Epidemia di morbillo 2007-2008: distribuzione dei casi per fascia d'età



Questa distribuzione dei casi dimostra che l'intensificazione dell'offerta vaccinale avvenuta nel corso degli ultimi anni e il conseguente incremento delle coperture vaccinali hanno protetto la popolazione pediatrica da un'epidemia che, in assenza di qualsiasi intervento di vaccinoprofilassi, avrebbe avuto gravi conseguenze in termini di complicanze e ricoveri ospedalieri. In assenza di un programma di vaccinazione e quindi nell'ipotesi di una popolazione tra 0 e 14 anni (circa 19.600 bambini) completamente suscettibile, si sarebbero potute verificare 19 encefaliti, considerando, come stima di frequenza dell'encefalite morbillosa, il dato di letteratura di 1 caso su 1000.

L'altro dato da mettere in evidenza è la presenza di un serbatoio di soggetti suscettibili tra gli adolescenti e gli adulti, specialmente tra i giovani adulti che in precedenza non avevano contratto la malattia naturale né erano stati vaccinati. Su tali fasce di età è difficile incidere con interventi di prevenzione, poiché generalmente si tratta di soggetti che sfuggono ai Servizi vaccinali (a meno che non richiedano la consulenza per un viaggio internazionale o si presentino per altre vaccinazioni come ad esempio il richiamo tetanico-difterico) ed è quindi assolutamente indispensabile la collaborazione dei medici di famiglia nel diffondere le necessarie informazioni a tale fascia di popolazione.

2.3 Parotite epidemica

Notifiche anno 2007

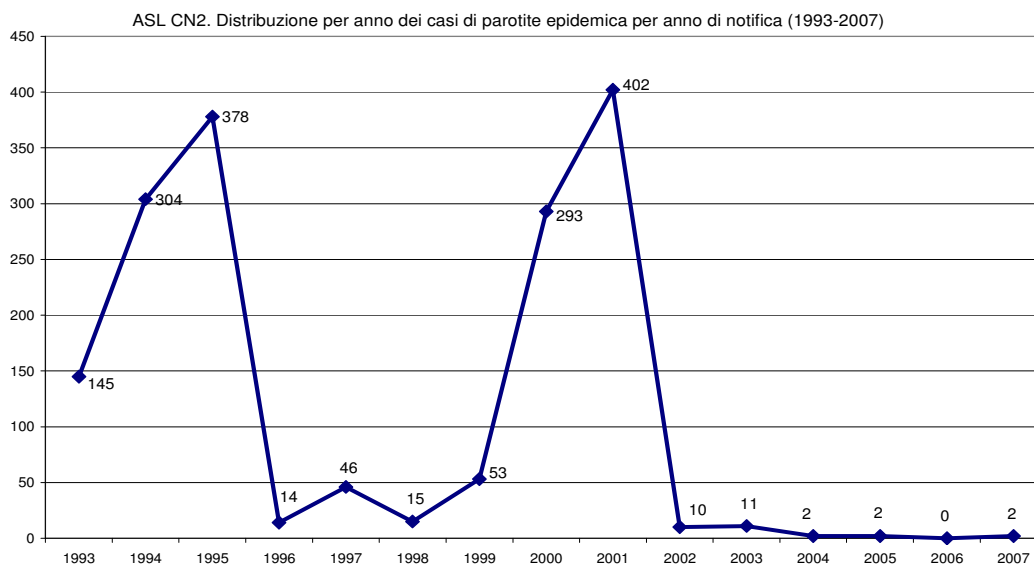
Numero di casi notificati nel 2007: 2

Tasso d'incidenza: 1,22/100.000

Stato vaccinale: non vaccinato

Andamento nel periodo 1993 – 2007

Il grafico seguente illustra la distribuzione per anno dei casi notificati di parotite nel periodo 1993-2007.



2.4 Rosolia

Notifiche anno 2007

Numero di casi notificati nel 2007: 1

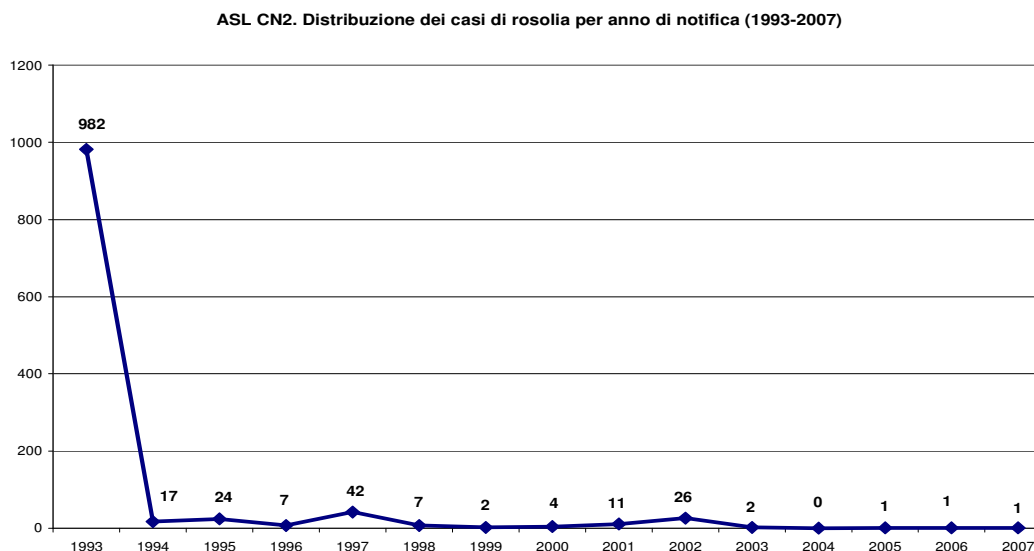
Tasso d'incidenza: 0,6 /100.000

Età del caso notificato: 18 anni

Stato vaccinale: non vaccinato

Andamento nel periodo 1993 – 2007

La distribuzione per anno dei casi notificati di rosolia nel periodo 1993-2007 è riportata di seguito.



2.5 Varicella

Notifiche anno 2007

Numero di casi notificati nel 2007: 821

Tasso d'incidenza: 500 /100.000.

Età media: 5,1

3. Altre malattie notificate

Patologia	Numero casi residenti nel territorio dell'ASL CN2
EPATITE A	0
EPATITE B	3
MALATTIA INVASIVA DA MENINGOCOCCO	0
MALATTIA INVASIVA DA PNEUMOCOCCO	8 (di seguito è riportata una tabella di approfondimento)
MALATTIA INVASIVA DA HAEMOPHILUS b	0
SALMONELLOSI NON TIFOIDEA	58
DIARREA INFETTIVA [*]	28
SCARLATTINA	255
LEGIONELLOSI	3
SIFILIDE	2
BLENORRAGIA	5
RICKETTSIOSI	0

[*] = in 27 dei 28 casi di diarrea infettiva l'agente etiologico è stato identificato: *Campylobacter jejuni* (in 25 casi). Risultano inoltre 2 casi, non epidemiologicamente correlati, di enterite da *E. coli* produttore di Shiga-like toxin, (EHEC, Enterohaemorrhagic *E. coli*). Uno di questi due casi ha contratto l'infezione durante un soggiorno in Ucraina.

Malattia invasiva da pneumococco: approfondimento

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

(fonti: dr. Giuseppe Molinari, Lab. Patologia Clinica, Ospedale S. Lazzaro – Alba; Servizio di epidemiologia malattie infettive Regione Piemonte).

Casi	Età	Sierotipo	Il sierotipo è contenuto nel vaccino 7-valente?	Presentazione clinica	Sito d'isolamento di <i>S. pneumoniae</i>
Casi pediatrici	5 mesi e 24 gg.	19A	No	Sepsi o batteriemia	Sangue
	8 mesi	15B	No		
	4 anni	7F	No		
	9 anni	1	No		
Casi adulti	80 anni	Tipizzazione non prevista routinariamente in tali fasce d'età dall'attuale protocollo di sorveglianza regionale (*)			
	80 "				
	68 "				
	79 "				

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

4. Patologie d'importazione

Malaria

Risulta notificato un caso di malaria:

Età	Sesso	Paese visitato	Agente etiologico	Precauzioni adottate dal paziente durante il soggiorno nella zona malarica	
				chemioprolissi antimalarica ?	misure protettive contro il vettore ?
25	M	Guinea	Plasmodium falciparum	NO	NO

Chikungunya

Nell'agosto 2007 una viaggiatrice di 27 anni ha presentato febbre, artralgie e rash cutaneo, subito dopo il rientro da un soggiorno a Calcutta, India. La diagnosi è stata confermata in laboratorio. Le condizioni della paziente non erano tali da richiedere il ricovero e per il trattamento è stato sufficiente somministrare antinfiammatori non steroidei. L'artralgia, come spesso accade con tale patologia, ha continuato a manifestarsi per diverse settimane dopo la risoluzione degli altri sintomi.

Il virus Chikungunya è un arbovirus del genere Alphavirus della famiglia Togaviridae, trasmesso dalla puntura della zanzara *Aedes Albopictus*, comunemente detta "zanzara tigre". La malattia è endemica in parte dell'Africa, Sud Est asiatico e subcontinente indiano. A partire dal mese di marzo 2005, a La Réunion e in altre zone dell'Oceano Indiano è iniziata un'importante epidemia di chikungunya. Successivamente l'epidemia ha interessato l'India e i casi sospetti sono stati più di 1 milione. In molti Paesi dell'Europa occidentale la chikungunya è stata diagnosticata a viaggiatori provenienti da aree epidemiche, ma vi è stato un solo episodio di trasmissione locale da parte del vettore: nell'agosto 2007, in provincia di Ravenna (a Castiglione di Cervia e Castiglione di Ravenna, due piccoli centri separati da un fiume) è stato riscontrato un numero insolitamente elevato di casi di malattia febbrile accompagnata da artralgia. Le analisi di laboratorio hanno confermato la diagnosi di chikungunya e il virus è stato riscontrato in esemplari autoctoni della zanzara *Aedes albopictus*.

Altre patologie

Nel nostro ambulatorio di Medicina dei Viaggi abbiamo osservato un caso di tungiasi o tungosi (infestazione da *Tunga penetrans*) in una persona reduce da un recente soggiorno in Madagascar. La lesione è stata trattata chirurgicamente.

Tunga penetrans è una pulce presente soprattutto su suoli secchi e sabbiosi come le spiagge (infatti è detta anche sandfly) e punge la cute scoperta, generalmente agli arti inferiori.

La tungiasi, molto diffusa in Africa, in Asia, in America Latina e nei Caraibi, è caratterizzata da una lesione a forma di papula rotondeggiante, del diametro di 5-10 mm. E' caratteristica la presenza di un puntino nero al centro, corrispondente alla pulce stessa, che penetra nella cute per nutrirsi del sangue dell'ospite e produrre le uova. Le uova vengono eliminate e diffuse nell'ambiente, dove si trasformano nell'insetto adulto nell'arco di 2-3 settimane. L'infestazione è autolimitante, tuttavia sono possibili complicazioni infettive locali anche severe.

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

Nella tabella seguente sono riportate le coperture vaccinali rilevate a 24 mesi di età nel corso del 2007 tra i bambini residenti nell'ASL CN2. Si tratta quindi dei nati nel 2005. Non è possibile un confronto con le medie regionali e nazionali in quanto tali dati non sono ancora disponibili.

	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR
ASL CN2	97.2%	97.3%	95%	96.8%	93.7%

La tabella che segue (riferita alle coorti di nascita dal 2002 al 2005) riporta la percentuale dei bambini residenti nel territorio dell'ASL CN2 non vaccinati a causa del rifiuto dei genitori, ossia i casi in cui è stato negato il consenso per tutte le vaccinazioni di routine.

Coorte di nascita	2002	2003	2004	2005
Percentuale rifiuti totali	1.5%	1.1%	1.8%	0.8%

Bibliografia

Filia A, De Crescenzo M, Seyler T, Bella A, Ciofi Degli Atti ML, Nicoletti L, Magurano F, Salmasso S. Measles resurges in Italy: preliminary data from September 2007 to May 2008. Euro Surveill. 2008;13(29):pii=18928. Available online:

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18928>

Muscat M, Bang H, Glismann S. Measles is still a cause for concern in Europe. Euro Surveill. 2008;13(16):pii=18837. Available online:

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18837>

Angelini R, Finarelli AC, Angelini P, Po C, Petropulacos K, Macini P, Fiorentini C, Fortuna C, Venturi G, Romi R, Majori G, Nicoletti L, Rezza G, Cassone A. An outbreak of chikungunya fever in the province of Ravenna, Italy. Euro Surveill. 2007;12(36):pii=3260. Available online:

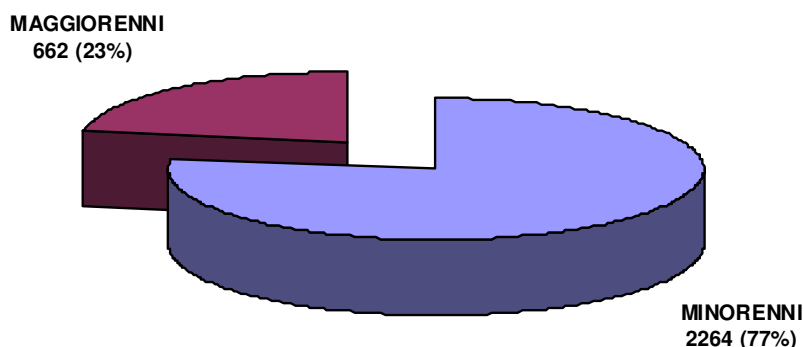
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3260>

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2007

Gianluca Toselli – Laura Curletti – Marina Masenta – Francesco Romanazzi

La S.O.C. di Medicina Legale e Medicina dello Sport dell'ASLCN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2007 un numero totale di 2926 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Grafico 1 - Visite agonistiche Anno 2007
totali 2926



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

Grafico 2

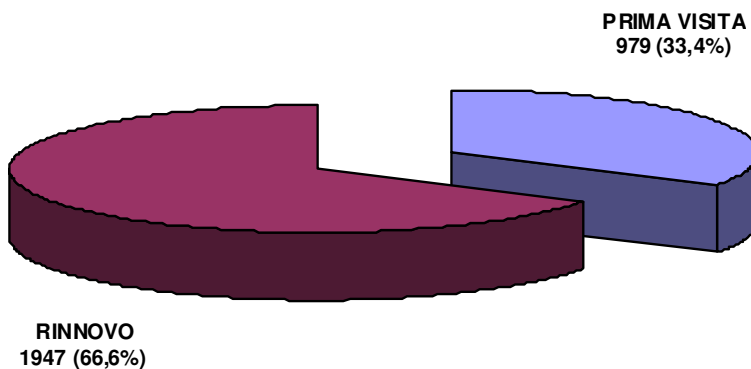


Grafico 3 - Atleti suddivisi per sesso
Anno 2007

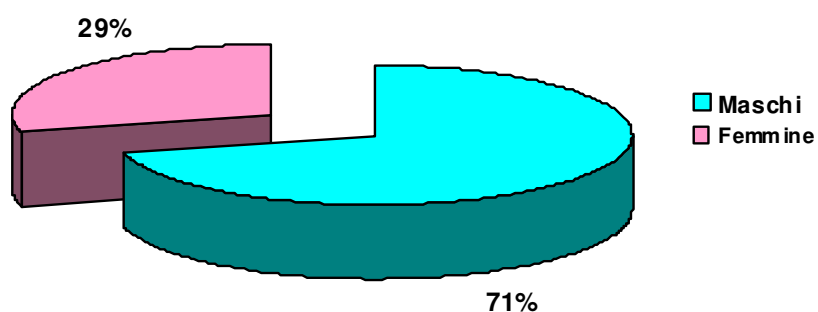
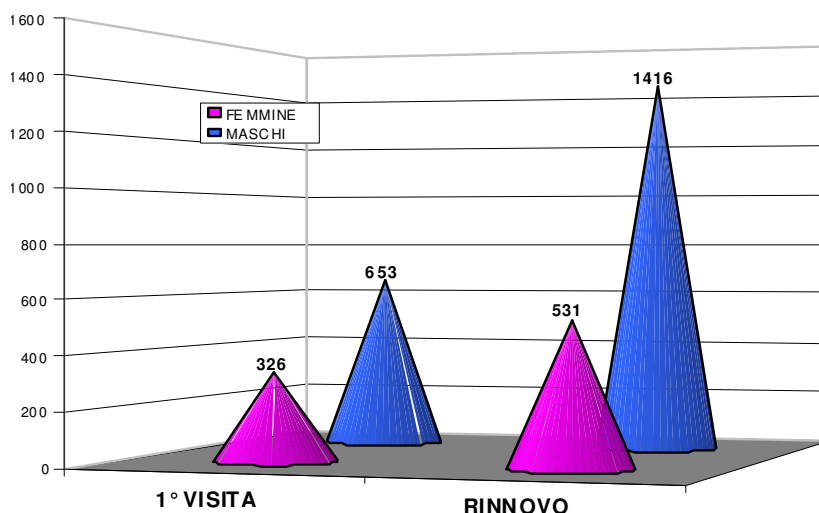
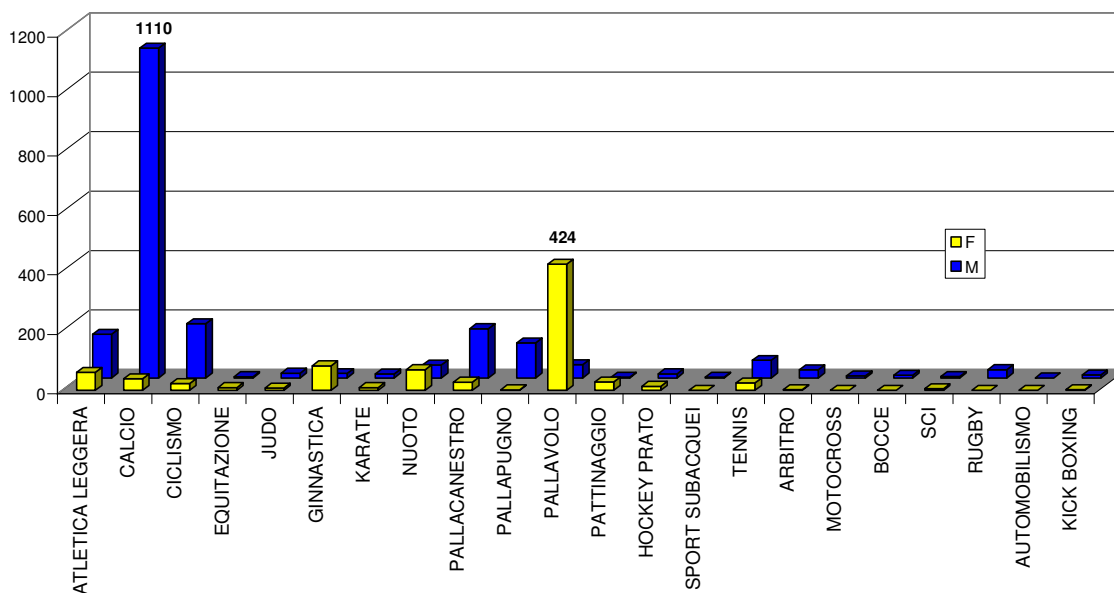


Grafico 4 - Prime visite e rinnovi Anno 2007



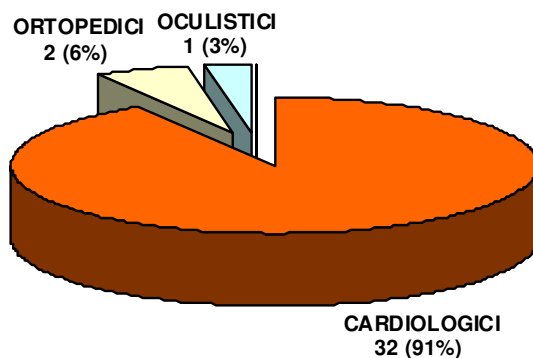
Nel grafico 5 è rappresentata la suddivisione tra maschi e femmine in base allo sport praticato.

Grafico 5 - Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportive Anno 2007



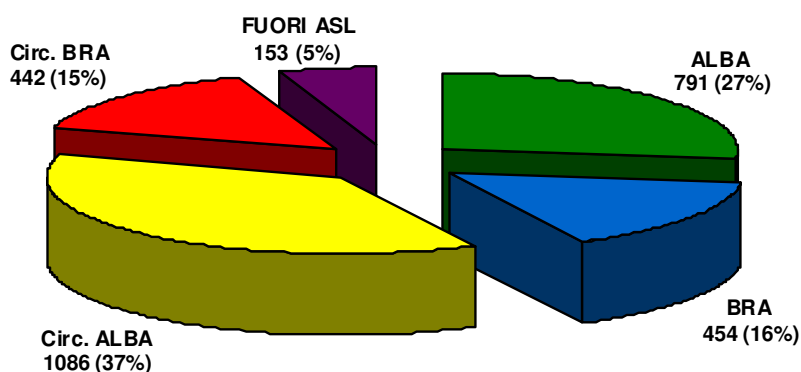
Nel Grafico 6 è rappresentata la tipologia di accertamenti diagnostici specialistici richiesti per il rilascio dell'idoneità agonistica.

Grafico 6 - Accertamenti diagnostici



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

Grafico 7 - Luogo residenza atleti Anno 2007



Conclusioni

I dati ottenuti consentono di effettuare talune considerazioni:

- ❑ il 70% delle visite sportive effettuate riguarda soggetti di sesso maschile.
- ❑ La maggioranza delle visite medico-sportive riguardano i rinnovi delle idoneità all'attività agonistica a testimonianza che vi è continuità della pratica sportiva da parte degli atleti.
- ❑ In entrambi i sessi esiste una predominanza di taluni sport rispetto ad altri; in particolare nei soggetti di sesso maschile prevale la pratica del calcio con il 53% del totale; nei soggetti di sesso femminile la pallavolo con il 49% risulta lo sport più praticato.
- ❑ Il 91% degli accertamenti specialistici richiesti in sede di visita riguardano l'apparato cardiovascolare.

Ulteriori considerazioni possono essere effettuate confrontando tra di loro i dati relativi all'anno solare 2007 con quelli relativi all'anno 2006 (tab. 1).

	visite totali	1° visita totali	rinnovi totali	maschi totali	femmine totali	1° visita maschi	1° visita femmine	rinnovi maschi	rinnovi femmine	magg. Totali	minor. Totali
2006	2770	919	1850	2022	748	665	254	1363	487	605	2165
2007	2926	979	1947	2069	857	653	326	1416	531	662	2264
2007 Vs 2006	156	60	97	47	109	-12	72	53	44	57	99
Diff. %	5,6	6,5	5,0	2,3	14,6	-2,0	28,3	3,9	9,0	9,4	6,6

Possiamo osservare che:

- ❑ si rileva un aumento del 28% delle prime visite medico-sportive dei soggetti di sesso femminile con un aumento totale (1° visite + rinnovi) del 14%.
- ❑ viceversa si segnala un segno negativo (- 2%) nel numero delle prime visite dei soggetti di sesso maschile.

Cure primarie: nuove risposte per nuovi bisogni

Patrizia Corradini

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita, l'incremento delle malattie croniche e degenerative, il cambiamento del ruolo e delle funzioni dell'Ospedale fanno inevitabilmente emergere la necessità di riorganizzare e rafforzare il sistema delle cure primarie, per offrire livelli adeguati di assistenza alternativi ma altrettanto efficaci rispetto all'assistenza ospedaliera.

Si tratta di individuare le risposte più adeguate ed appropriate ai nuovi bisogni di salute, personalizzando percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi, che accompagnino il cittadino e la sua famiglia in tutte le fasi della malattia, sia che si abbia speranza di guarigione sia che restino pochi mesi di vita.

Irrrinunciabile risulta, a tal fine, riprogettare il territorio, dotandolo degli strumenti necessari e riequilibrando i rapporti con le altre aree dell'assistenza.

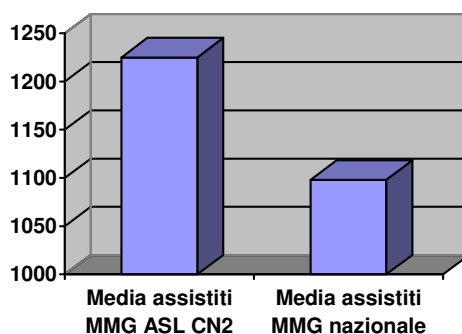
Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le cure primarie rappresentano, all'interno del sistema sanitario, l'ambito nel quale avviene il primo contatto con un professionista sanitario. Secondo il Piano Socio Sanitario della Regione Piemonte 2006-2010, le cure primarie assicurano promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e supporto, e si configurano come una rete organizzata di attività. Sono caratterizzate dai seguenti elementi:

- accesso diretto ai servizi;
- sistema di cure erogato vicino ai luoghi di vita delle persone (ambulatorio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali, strutture residenziali);
- attenzione alla globalità della salute della persona con invio, quando opportuno, a vari livelli specialistici di approfondimento.

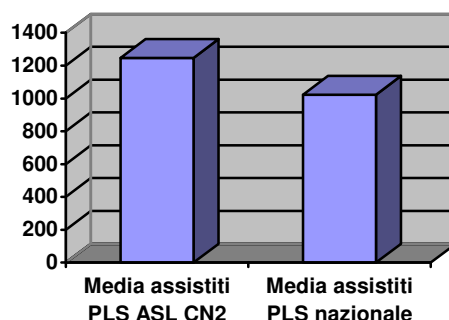
I dati relativi all'assistenza primaria sul territorio dell'A.S.L. CN2, confrontati con le medie nazionali riportate dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, contribuiscono a rinforzare l'ipotesi di una realtà territoriale molto fervida e laboriosa.

Infatti, l'impegno assistenziale dei Medici di Famiglia e dei Pediatri di Libera Scelta è maggiore, rispetto a quello registrato come media nazionale: infatti, ogni Medico di Famiglia dell'A.S.L. CN2 ha un carico potenziale di assistiti adulti residenti di 1.225 contro una media nazionale di 1.098, mentre ogni Pediatra di Libera Scelta ha un carico medio di assistiti di 1.247, mentre la media nazionale è di 1.023 bambini. I medici dedicati al Servizio di "Continuità Assistenziale"(ex Guardia Medica) sono 22 ogni 100.000 residenti, valore molto vicino alla situazione nazionale, che ne conta 23 ogni 100.000 residenti.

Media assistiti MMG ASL CN2	Media assistiti MMG nazionale
1225	1098



Media assistiti PLS ASL CN2	Media assistiti PLS nazionale
1247	1023



Più diffuso rispetto ad altre realtà è, sul territorio dell'A.S.L. CN2, l'associazionismo tra medici di assistenza primaria, che ha trovato forme sempre più articolate ed efficienti, tali da garantire una più tempestiva presa in carico del paziente e dei suoi bisogni.

Le cure primarie rappresentano una vera e propria area - sistema, dotata di caratteristiche particolari ed ovviamente diverse da quelle dell'assistenza ospedaliera. Devono essere in grado di colmare gli spazi intermedi spesso lacunari fra l'ospedale ed il domicilio e quindi di prendere in carico il paziente dal punto di vista clinico - assistenziale nel momento della dimissione ospedaliera oppure in alternativa allo stesso ricovero.

Le cure primarie devono garantire un sistema assistenziale di promozione attiva della salute ed il rafforzamento delle risorse sia personali sia sociali del paziente, soprattutto se affetto da malattia cronica o disabilità.

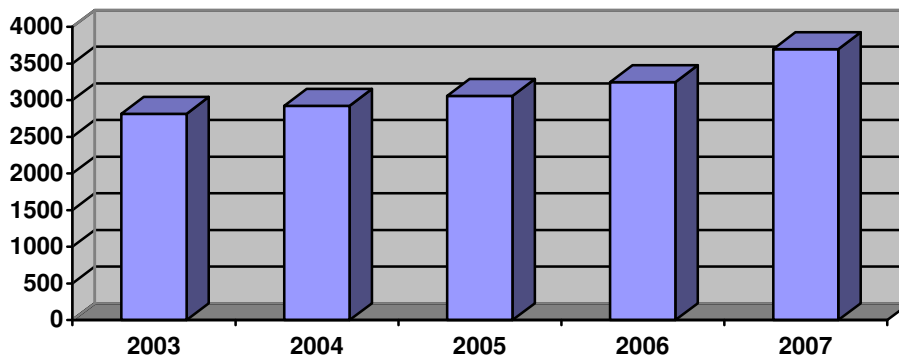
Il modello di assistenza ospedaliera e quello territoriale sono diversi nella forma e sostanza, ma uguali negli obiettivi avendo entrambi come fine la continuità della cura del paziente; devono pertanto necessariamente integrarsi tra loro in un'unica rete assistenziale.

E' indispensabile superare le definizioni semplicistiche degli interventi domiciliari che sono per loro natura meno standardizzabili di quelli in regime di ricovero in Ospedale per acuti, ma non necessariamente meno complessi; infatti operano in situazioni e contesti particolarmente mutevoli dove interagiscono molteplici professionalità e specialità, con l'esigenza di forte coinvolgimento della famiglia e/o del care-giver e/o più in generale di altri elementi quali i Servizi Socio Assistenziali, i vicini di casa, le associazioni di volontariato etc..

Il concetto di intensità che è definito dal PAI (piano di assistenza individualizzato) va sempre misurato e valutato in funzione delle esigenze e delle caratteristiche del singolo paziente. Quindi la pianificazione degli interventi si basa sulla corretta identificazione di pazienti per gruppi omogenei, in base ai relativi percorsi assistenziali.

Da alcuni anni la nostra A.S.L. ci ha messo a disposizione un adeguato supporto informativo che rende più facile ed omogenea la raccolta dei dati, che vengono di seguito parzialmente riportati, con l'intento di rappresentare l'evoluzione ed il positivo andamento delle cure domiciliari nell'ultimo periodo.

	2003	2004	2005	2006	2007
A.D.P.	1015	1011	1008	1299	1317
S.I.D.	673	706	720	693	990
A.D.I.	923	984	998	946	1075
C.P.	202	222	220	186	164
L.A.	/	/	113	121	150
TOTALE	2813	2923	3059	3245	3696



totale pazienti in cure domiciliari

- A.D.P.** = Assistenza Domiciliare Programmata
- S.I.D.** = Servizio Infermieristico Domiciliare
- A.D.I.** = Assistenza Domiciliare Integrata
- C.P.** = Cure Palliative
- L.A.** = Lungo Assistenza

Dall'anno 2007 è iniziato inoltre l'uso, prima sperimentale e poi a regime, della **"cartella clinica integrata"**, al fine di poter utilizzare uno strumento di rilevazione unico per le varie forme di assistenza. Per prevenire errori ed evitare inutili duplicazioni di dati, perdite di tempo per gli operatori e disagi per i pazienti, nella cartella clinica integrata si fanno convergere le diverse registrazioni dei vari professionisti, che intervengono nel processo di cura e di assistenza (medico, infermiere, assistente sociale, operatore socio-sanitario, fisiatra, fisioterapista, specialista, psicologo...), secondo modalità condivise e complementari. L'uso di strumenti di registrazione secondo standard qualitativamente definiti, implica inoltre la possibilità di sottoporre la propria attività clinico-assistenziale a forme di verifica e di valutazione, secondo precisi parametri di riferimento; una simile consapevolezza dovrebbe tendere ad innalzare il livello di qualità dell'assistenza, riducendo in modo significativo il rischio di errore. Inoltre, la standardizzazione delle procedure, secondo parametri condivisi, favorisce l'integrazione fra i componenti multidisciplinari dei percorsi di diagnosi e cura, con un miglioramento globale sia della qualità effettiva degli interventi assistenziali sia di quella percepita dal cittadino.

Nella promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici agli anziani ed ai disabili, un ruolo fondamentale viene svolto dall'assistenza riabilitativa domiciliare, che è presente nella nostra realtà da alcuni anni e che realizza, rapportandosi con le altre figure professionali, il completamento della progettualità qualitativa dell'assistenza offerta.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 sottolinea come la famiglia necessiti oggi di un forte sostegno da parte dei servizi socio-sanitari, per affrontare le problematiche legate sia all'invecchiamento della popolazione sia alla disabilità.

La prevalenza delle malattie croniche è aumentata di circa il 50% negli ultimi 10 anni. L'obiettivo da perseguire è la garanzia per le persone non autosufficienti della permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali ed abitative lo consentano.

I Piani Sanitari invitano, a tal fine, ad implementare l'integrazione funzionale tra le varie componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra i Servizi Socio Assistenziali, con le modalità previste dall'attuale normativa e soprattutto dai Piani di Zona e dai Profili e Piani di Salute.

Quando le condizioni del paziente o del contesto socio-ambientale sono tali da non poter permettere il ritorno al proprio domicilio subito dopo la dimissione o tali da rendere impossibile il permanere al domicilio, senza tuttavia l'indicazione al ricovero ospedaliero, si può ricorrere a varie forme di assistenza residenziale, che vanno dal ricovero in "pronta accoglienza", al ricovero cosiddetto "di sollievo" o al ricovero considerato permanente in struttura.

Si riporta di seguito la situazione aggiornata al 31/12/2007 di ricoveri in RSA – RAF in convenzione per adulti ed anziani non autosufficienti e per disabili residenti sul territorio dell'ASL CN2.

ASSISTENZA RESIDENZIALE ANZIANI ED ADULTI NON AUTOSUFFICIENTI AL 31/12/2007

	Tipologia	Posti Letto Convenzionati	Ospiti inseriti in convenzione
Distretto di Alba			
ALBA COTTOLENGO	Media Intensità	17	17
ALBA FERRERO	Media Intensità	20	10
ALBA OTTOLENGHI	Media Intensità	36	36
CANALE	Media Intensità	15	14
CASTIGLIONE TINELLA	Media Intensità	40	20
CERRETTO	Media Intensità	60	55
CORNELIANO	Media Intensità	20	20
CORTEMILIA S.Pantaleo	Media Intensità	20	3
CORTEMILIA S.Spirito	Media Intensità	14	13
CORTEMILIA Sampò	Media Intensità	10	9
GOVONE	Media Intensità	10	9
MAGLIANO ALFIERI Sogg. Alfieri	Media Intensità	19	13
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena	Media Intensità	41	15
MONFORTE	Media Intensità	20	13
NEIVE	Media Intensità	40	24
S.STEFANO BELBO	Media Intensità	40	19
S.STEFANO BELBO	Alta Intensità	20	2
S.STEFANO ROERO	Media Intensità	40	7
VEZZA D'ALBA	Media Intensità	20	13
tot. di distretto	ALBA	502	312
Distretto di Bra			
BRA COTTOLENGO	Media Intensità	40	15
BRA FRANCONI	Alta Intensità	40	6
BRA FRANCONI	Media Intensità	20	27
BRA GLICINI	Alta Intensità	20	5
BRA GLICINI	Media Intensità	60	47
BRA MONTEPULCIANO	Media Intensità	20	14
CERESOLE D'ALBA	Media Intensità	10	7
CHERASCO	Alta Intensità	36	11
CHERASCO	Media Intensità	30	31
CHERASCO nefropatici	Alta Intensità	4	0
LA MORRA	Media Intensità	20	15
POCAPAGLIA	Media Intensità	26	12
SANFRE'	Media Intensità	20	20
SOMMARIVA BOSCO	Media Intensità	40	17
SOMMARIVA PERNO	Media Intensità	40	37
SOMMARIVA PERNO	Alta Intensità	40	2
tot. di distretto	BRA	466	266
Posti Letto A.S.L. CN2	Alta Intensità	160	72
Posti Letto A.S.L. CN2	Media Intensità	808	506
Posti Letto fuori A.S.L.			
CARMAGNOLA(exO.P.)	Alta Intensità	1	1
FOSSANO (ex O.P.)	Alta Intensità	2	1
MONESIGLIO	Media Intensità	1	1
TOTALI	31/12/2007	972	581

Popolazione anziana ultrasessantacinquenne A.S.L. CN2 Alba-Bra al 31.12.2007	36.761
Popolazione anziana ultrasessantacinquenne A.S.L. CN2 Alba-Bra inserita in convenzione con l'A.S.L. CN2 (50% della retta a carico dell'A.S.L.) al 31.12.2007	581
Percentuale inserimenti	1,58 %

Negli ultimi cinque anni si è passati da una percentuale di anziani ultrasessantacinquenni inseriti in regime di convenzione intorno al 1% ad una percentuale superiore al 1.5%, percentuale tendenzialmente ancora in crescita.

Anche l'assistenza ai disabili è stata nel tempo potenziata e, grazie anche alle ottime sinergie con la Commissione Unità di Valutazione Handicap, con gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali e con le altre Strutture Operative dell'A.S.L. si è riusciti a dare risposte appropriate anche a situazioni particolarmente delicate. Si riporta di seguito l'attività al 31.12.2007

ASSISTENZA RESIDENZIALE DISABILI AL 31/12/2007

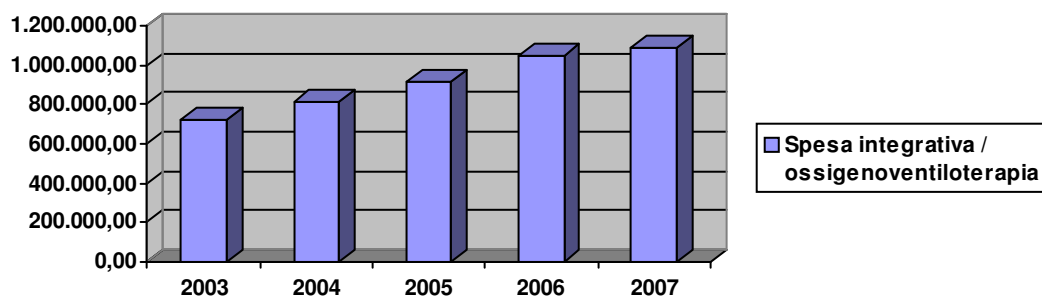
Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti	Numero giornate assistenza
ABRATE - Alba	C	10	3.454
AGAPE - Racconigi	C	1	365
ATENA N.D. - Scarmagno	A	1	365
AURORA - Pollenzo	C	9	2.448
CASA M.ROSA - Alba	C	9	2.422
ELSA - Canelli	A	4	1.460
FERRERO RAF - Alba	A	21	7.271
IL MELOGRANO - Vesime	A	8	1.772
LA ROCCA - Bra	B	5	1.369
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	10	3.650
LE NUVOLE - Neive	C	6	601
PAPA GIOVANNI XXIII - Fossano	C	2	730
PICCOLA CASA D.P. - Alba	A	9	1.144
RESIDENZA S.GIOVANNI - Niella	A	4	1.460
PEPENERO - Alba	B	2	42
TETTI BLU - Alba	B	4	1.460
VILLA OTTAVIA - Castiglione Falletto	C	1	365
TOTALE			31.685,0

ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE DISABILI AL 31/12/2007

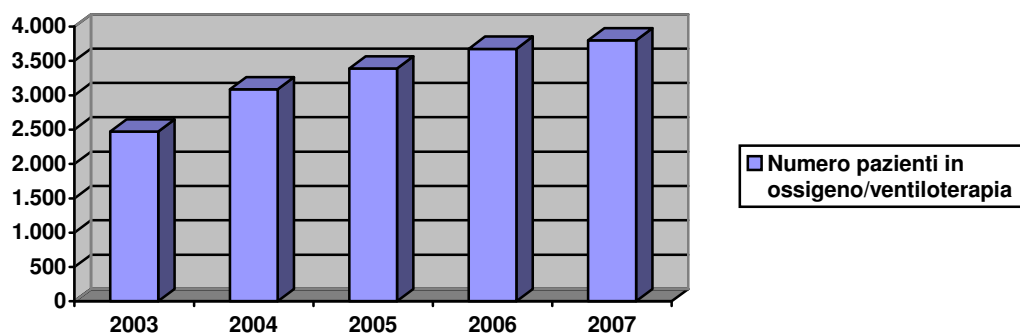
Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti	Numero giornate assistenza
BONAFOUS - Cortemilia	A	13	2498,0
CAD (A.G.HA.V.) - Bra	A	21	4596,5
COCCIO E TELA - Alba	A	25	4.609,0
IL GIRASOLE - Narzole	A	25	4595,0
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	9	2.032,0
INSIEME - Alba	A	30	4.728,5
L'IPPOCASTANO - Neive	A	13	2.390,0
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	24	4206,5
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	12	2098,0
SANTA CHIARA - Fossano	A	2	337,0
TOTALE			32.090,5

Anche l'attività relativa all'assistenza integrativa e protesica è stata negli anni considerevolmente incrementata, sia per l'aumento dei pazienti assistiti sul territorio e sia per le notevoli innovazioni tecnologiche offerte in questo settore. Ne sono chiara dimostrazione sia l'andamento della spesa di seguito riportata sia il crescente numero di pazienti presi in carico.

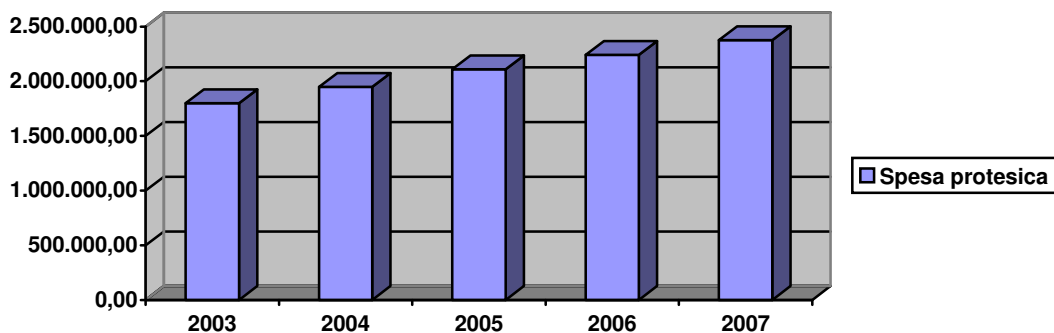
	2003	2004	2005	2006	2007
Spesa integrativa / ossigeno ventiloterapia	723.331,00	816.000,00	916.450,00	1.045.000,00	1.086.492,47



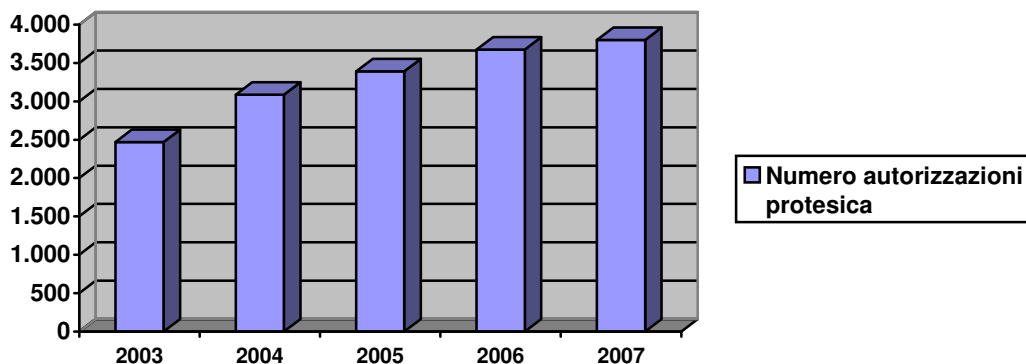
	2003	2004	2005	2006	2007
Numero pazienti in ossigeno/ventiloterapia	2.471	3.085	3.389	3.675	3.799



	2003	2004	2005	2006	2007
Spesa protesica	1.798.115,00	1.947.500,00	2.108.950,00	2.239.715,54	2.375.614,80



	2003	2004	2005	2006	2007
Numero autorizzazioni protesica	2.471	3.085	3.389	3.675	3.799



Secondo le ricerche più attuali, il Sistema Sanitario garantisce in modo soddisfacente la salute dei cittadini, ma vari fattori, di cui non ultimo il costante invecchiamento della popolazione, rendono la domanda di salute sempre più complessa da governare.

L'esigenza di guardare con maggior concretezza alla centralità del paziente e soprattutto alla continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni di salute e di cura, necessita di una nuova e rinnovata attenzione alla integrazione, a vari livelli sia istituzionali sia professionali.

L'insieme apparentemente eterogeneo delle cure primarie può essere davvero considerato il secondo pilastro della sanità italiana accanto all'assistenza ospedaliera: nella nostra realtà questo pilastro pur solido può essere ulteriormente rinforzato!

Riabilitazione a domicilio: potenzialità e limiti

Anna Elisa Anfossi - Patrizia Corradini

La riabilitazione domiciliare rientra nelle attività riabilitative territoriali di II livello ed è destinata a pazienti affetti da disabilità di tipo 2 (post acuta in fase di recupero con un gradiente medio alto di modificabilità), disabilità di tipo 3 (grave - cronica in fase di stabilizzazione).

Per accedere ad un regime domiciliare di riabilitazione, il paziente deve possedere i seguenti requisiti:

- essere intrasportabile per motivi clinici e quindi non poter beneficiare di una riabilitazione in regime ambulatoriale
- non necessitare di una riabilitazione di tipo intensivo
- avere un caregiver di riferimento e di sostegno, che possa interagire efficacemente con il Fisiatra e con il Fisioterapista.

Il Medico di Famiglia, verificata la presenza dei criteri di inclusione al trattamento riabilitativo domiciliare, richiede una visita specialistica fisiatrica a domicilio nel corso della quale viene raccolta l'anamnesi del paziente, viene eseguita la valutazione fisiatrica e vengono formulati la diagnosi fisiatrica ed il progetto riabilitativo individuale.

La valutazione fisiatrica prende in esame una serie di parametri del paziente quali:

- il sensorio
- l'esame obiettivo distrettuale
- l'autonomia nell'esecuzione dei passaggi posturali a letto e nel recupero della stazione seduta
- il controllo del tronco da seduto
- il raggiungimento della stazione eretta
- l'equilibrio in stazione eretta
- la deambulazione
- la capacità di salire e scendere le scale.

Al termine della valutazione fisiatrica viene stilato, in collaborazione con il fisioterapista, il progetto riabilitativo individuale, che fornisce indicazioni sul tipo di trattamento riabilitativo, sulla frequenza dei passaggi settimanali a domicilio dei vari operatori, sul numero di sedute previste e sul risultato atteso, espresso in obiettivi a breve, medio, lungo termine.

Ogni progetto riabilitativo si realizza attraverso uno o più programmi riabilitativi da modificare in itinere, a seconda degli obiettivi riabilitativi raggiunti o delle modificazioni delle condizioni cliniche legate alla patologia di base.

Il programma riabilitativo segnala più dettagliatamente le modalità di svolgimento del trattamento e fornisce indicazioni più specifiche sul lavoro che verrà svolto (esercizi attivi assistiti in FNM, miglioramento delle strategie motorie nei passaggi posturali, esercizi propriocettivi per migliorare il controllo del tronco da seduto, training deambulatori con ausili, esercizi per migliorare l'equilibrio in stazione eretta e lo schema del passo, rieducazione a salire e scendere le scale, deambulazione autonoma, recupero funzionalità arti superiori).

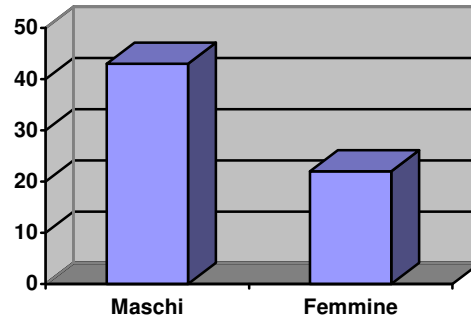
Viene inoltre eseguita la valutazione del soggetto con disabilità in rapporto all'ambiente in cui vive, analizzando i fattori che ne riducono l'autonomia ed individuando, laddove necessario e possibile, un ausilio utile per limitare o rimuovere questi ostacoli, per facilitare alcune funzioni perse, per ridurre il carico assistenziale e per favorire l'attività di relazione.

Attualmente il servizio di riabilitazione domiciliare dell'A.S.L. CN2 è costituito da due operatori (un Fisiatra Specialista Convenzionato ed un Fisioterapista), che lavorano sul territorio in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e con gli infermieri del territorio dedicati alle Cure Domiciliari.

Nel periodo compreso tra settembre 2007 e luglio 2008 (11 mesi) sono stati valutati a domicilio 65 pazienti di cui 43 maschi e 22 femmine.

DISTRIBUZIONE PER SESSO

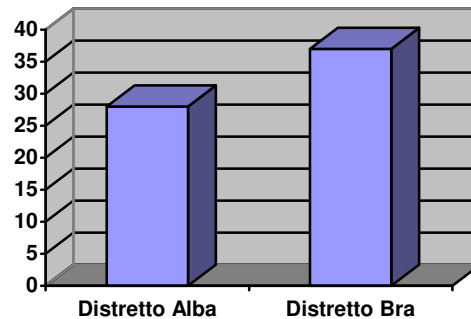
Maschi	Femmine
43	22



I pazienti risiedevano su tutto il territorio dell'ASL CN2, 28 nel distretto di Alba e 37 nel distretto di Bra:

DISTRIBUZIONE PER TERRITORIO

Distretto Alba	Distretto Bra
28	37



DISTRETTO DI ALBA

Alba (12 casi)
Canale (2 casi)
Diano D'Alba (1 caso)
Grinzane Cavour (1 caso)
Monforte d'Alba (1 caso)
Neive (1 caso)
Novello (2 casi)
Roddi (1 caso)
Rodello (1 caso)
Serravalle Langhe (1 caso)
S. Stefano Belbo (2 casi)
Treiso (1 caso)
Veza d'Alba (1 caso)

DISTRETTO DI BRA

Bra (21 casi)
Cherasco (2 casi)
La Morra (2 casi)
Narzole (2 casi)
Sanfrè (2 casi)
S. Vittoria d'Alba (1 caso)
Sommaria Bosco (4 casi)
Sommaria Perno (3 casi)

Le principali patologie prese in carico dal servizio di riabilitazione domiciliare rientrano nelle seguenti categorie:

- vasculopatie cerebrali (12 pazienti)
- malattie demielinizzanti e degenerative del sistema nervoso (12 pazienti)
- esiti di sdr post comatose (2 pazienti)
- lesioni midollari permanenti (3 pazienti)
- patologia ortopedica politraumatica (6 pazienti)
- patologia ortopedica dell'anziano (18 pazienti)
- altro (12 pazienti)

I pazienti affetti da disabilità di tipo 2 (post acuta in fase di recupero con un gradiente medio alto di modificabilità) sono stati 29.

I pazienti affetti da disabilità di tipo 3 (grave- cronica in fase di stabilizzazione) sono stati 36.

Per una migliore organizzazione del servizio è stato deciso di erogare le prestazioni di fisioterapia domiciliare a cicli di 10 sedute.

Nei pazienti affetti da disabilità post acuta in recupero si è provveduto a ripetere il ciclo fino alla risoluzione del progetto riabilitativo.

Nei pazienti affetti da disabilità cronica stabilizzata si è programmato di ripetere un nuovo ciclo a distanza di 3 mesi.

In 51 casi sono stati prescritti cicli di fisioterapia domiciliare.

In 7 casi l'intervento riabilitativo si è limitato ad insegnare al caregiver tecniche di mobilizzazione passiva atraumatica e di igiene posturale del paziente.

In 4 casi non è stato possibile effettuare alcun tipo di intervento riabilitativo sul paziente a causa delle precarie condizioni cliniche.

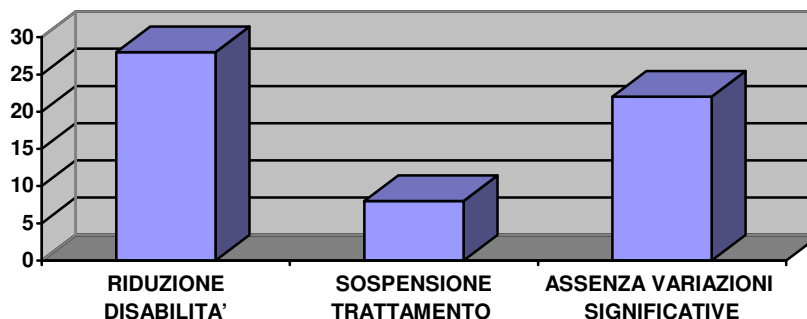
In 3 casi è stata richiesta la visita fisiatrica esclusivamente per una valutazione protesica.

Inoltre si è ricorso alla prescrizione di ausili in 21 casi.

Risultati e conclusioni

Dopo l'intervento riabilitativo domiciliare, si è osservata una riduzione della disabilità in 28 pazienti, un peggioramento delle condizioni cliniche che ha indotto alla sospensione del trattamento riabilitativo in 8 pazienti, l'assenza di variazioni significative del grado di disabilità in 22 pazienti.

RIDUZIONE DISABILITA'	SOSPENSIONE TRATTAMENTO	ASSENZA VARIAZIONI SIGNIFICATIVE
28	8	22



L'esperienza più che positiva condotta in questi anni sul territorio dell'A.S.L. CN2 dimostra le potenzialità positive di questo servizio, che, considerati anche i costi-benefici, merita sicuramente di essere sostenuto ed incrementato.

Gli ambulatori di psicodiagnostica, neuropsicologia e riabilitazione cognitiva

**Paola Di Pierro - Maria Angela Abrigo - Gabriella Benzi
Nadia Boido - Pierangela Castellengo - Raffaella Riccardo
Elena Scarsoglio - Luisa Vicino - Daniele Saglietti**

Si ritiene interessante presentare all'interno del Bollettino Epidemiologico alcuni dati relativi agli ambulatori ospedalieri di Psicodiagnostica, NeuroPsicologia e Riabilitazione Cognitiva.

Le cerebrolesioni acquisite su base traumatica o vasculopatica e le sindromi dementigene richiedono una rete di interventi multiprofessionali altamente specializzati, con una notevole ricaduta in termini di costi sociali e sanitari.

Sulla base delle recenti teorie cognitive, l'intervento sanitario in fase acuta e post-acuta richiede valutazioni tempestive della patologia finalizzate a quantificare l'impatto funzionale del danno cerebrale e successivamente a pianificare un progetto riabilitativo individualizzato. La valutazione e la riabilitazione cognitiva costituiscono una parte fondamentale della presa in carico focalizzata sul miglioramento della qualità della vita e sull'eventuale reinserimento nell'ambiente familiare e sociale.

Sulla base di questi presupposti, dall'inizio dell'anno 2000, la S.O.C di Psicologia dell'ASL18 Alba-Bra ha realizzato, in collaborazione con la S.O.C. di Medicina Fisica e Riabilitazione, il Dipartimento di Medicina 1 e la Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri, un Servizio di Psicodiagnostica e NeuroPsicologia, che svolge attività di psicodiagnosi finalizzata all'individuazione di *imparments* cognitivi, alla determinazione del disturbo e del grado di invalidazione, alla messa a punto di progetti riabilitativi altamente individualizzati. Vi accedono pazienti che presentano cerebrolesioni acquisite o patologie degenerative del Sistema Nervoso Centrale autoriferiti o, più frequentemente, inviati da servizi specialistici interni - in particolare la SOC Neurologia - o esterni all'Azienda Sanitaria o, ancora, dai Medici di Medicina Generale. Parte dell'utenza è inviata dalla SOC Medicina Legale e dalla Commissione Medica Locale per valutazioni relative alla determinazione del grado di invalidità civile e all'accertamento di idoneità alla guida di autoveicoli.

Dall'inizio dell'anno 2004, dapprima in forma sperimentale, il Servizio è stato dotato di tecnologie informatiche, che potenziano la tradizionale riabilitazione cognitiva "carta e matita" e connotano il servizio erogato di caratteristiche innovative e di eccellenza rispetto alle esperienze presenti sul territorio piemontese. La nuova dotazione, acquistata grazie ad una donazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, si avvale del supporto del programma computerizzato RehaCom5, che fornisce esercizi di training al computer con notevole rapporto efficienza/efficacia nel processo riabilitativo e con risultati di salute non raggiungibili con altre metodiche. L'assenza di offerta di prestazioni analoghe sul territorio regionale, la competenza acquisita e soprattutto i risultati di salute, stanno orientando su questo Servizio un'utenza numerosa con provenienza extraterritoriale.

Dal 2006, grazie ai contributi del fondo UNNRA del Ministero degli Interni, è stato possibile ampliare il Servizio attraverso l'apertura di un ambulatorio nella sede di Bra. Ciò ha permesso di limitare, almeno in parte, il disagio degli utenti del territorio braidese che dovevano spostarsi sulla sede di Alba, spesso con notevoli difficoltà logistiche. Grazie ai fondi ministeriali, l'ambulatorio di Bra è stato, a sua volta, dotato di un pacchetto di software per la riabilitazione cognitiva analogo a quello presente ad Alba.

Il Servizio si è, inoltre, dotato di un software che permette la misurazione dei tempi di reazione (Vienna Test System) e il relativo confronto con norme di riferimento, che entra a fare parte di routine nelle procedure psicodiagnostiche degli utenti inviati dalla Commissione Medica Locale per il rinnovo delle patenti di guida.

Al momento attuale, il Servizio si compone di ambulatori dedicati alla Psicodiagnostica (due sulla sede di Alba - Poliambulatori di via Diaz e uno sulla sede di Bra - Poliambulatori di via Goito) e alla Riabilitazione Cognitiva (due sulla sede di Alba - Poliambulatori di via Diaz e uno sulla sede di Bra - Poliambulatori di via Goito).

Il Servizio è coordinato da una psicologa dipendente con ore dedicate e si avvale di alcuni incarichi professionali derivanti da progetti finalizzati. Una terapeuta della riabilitazione

dipendente collabora per le situazioni cliniche in cui è richiesta una integrazione di competenze psico-motorie.

Al Servizio afferiscono, inoltre, gli studenti in tirocinio formativo dei Corsi di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche e in Neuropsicologia della Facoltà di Torino e di alcune scuole di Specializzazione convenzionate con questa Azienda Sanitaria.

Descrizione degli aspetti operativi

La caratterizzazione dell'intervento ambulatoriale si pone in linea con l'attenzione dell'Azienda al tema dell'umanizzazione delle cure, intesa come accoglienza globale della persona, volta a valorizzarne le risorse individuali e del contesto di vita.

L'intervento, nei suoi aspetti operativi e clinici, è fundamentalmente orientato:

verso il malato: valutazione delle funzioni cognitive e degli eventuali *impairments*; progettazione di un intervento riabilitativo finalizzato al miglioramento dei deficit acquisiti attraverso il potenziamento delle abilità residue e l'acquisizione di nuove strategie compensative; ascolto e sostegno della persona rispetto all'ansia legata alla condizione patologica e al proprio futuro; rafforzamento delle capacità adattive al fine di prevenire ulteriori problematiche a livello eco-bio-psico-sociale; interventi volti al rafforzamento del senso di autoefficacia.

Verso il familiare: attività di supporto rispetto ai vissuti di impotenza e di sconforto originati dalla patologia del congiunto; accompagnamento ed eventuale riorientamento verso modalità di coping più funzionali.

Verso le altre SS.OO.CC. e strutture aziendali: ampliamento della rete di lavoro multiprofessionale, finalizzato ad un approccio il più possibile globale nei confronti delle problematiche del paziente.

a. Interventi di valutazione psicodiagnostica

La strutturazione del processo diagnostico e degli strumenti di valutazione sono derivati dalla psicologia clinica e dalla neuropsicologia clinica. Con il termine di processo diagnostico si intende un percorso conoscitivo svolto con il paziente e con i familiari e finalizzato a fornire un quadro di insieme utile a rispondere a dubbi relativi al funzionamento cognitivo e personale o a chiarire dal punto di vista funzionale una diagnosi già formulata a livello clinico e/o strumentale da altri professionisti.

Fanno parte delle procedure psicodiagnostiche: uno o più colloqui clinici; la raccolta dei dati eco-bio-psico-sociali; l'intervista con i familiari o altri *caregivers*; la somministrazione di test standardizzati (in batterie di screening e di approfondimento); la formulazione e la verifica delle ipotesi diagnostiche e delle indicazioni/controindicazioni a eventuali trattamenti di tipo riabilitativo; i colloqui di restituzione al paziente e ai familiari. I risultati della valutazione vengono di norma sintetizzati in una relazione scritta, che viene illustrata e consegnata alla persona e/o ai familiari. La consultazione è strutturata in un'ottica multidisciplinare e trasversale rispetto alle altre strutture organizzative ospedaliere e territoriali.

b. Interventi di riabilitazione cognitiva

Prevedono un insieme di interventi specialistici multidisciplinari, con l'obiettivo di fornire al paziente con cerebrolesioni acquisite di varia natura o con patologie degenerative una presa in carico a più livelli, orientata a garantirne la centralità nel processo di cura. La riabilitazione cognitiva, una forma di trattamento finalizzato al miglioramento della qualità della vita della persona e al suo eventuale reinserimento nell'ambiente familiare e sociale, trova fondamento nel modello modulare dell'organizzazione cognitiva, che considera il sistema organizzato in sottocomponenti interconnesse, ma relativamente indipendenti tra loro. Un modulo cognitivo danneggiato conserverebbe, almeno in parte, il substrato neuronale che ne permette il funzionamento: in particolari circostanze, una adeguata stimolazione potrebbe, quindi, favorire la riorganizzazione dei meccanismi lesi.

L'intervento riabilitativo è indicato soprattutto in situazioni di disabilità cognitiva lieve o moderata, rispetto alle quali può rallentare, almeno in parte, il declino cognitivo e aiutare la persona a modificare le proprie strategie alla ricerca di un migliore adattamento funzionale.

L'utilizzo del pacchetto software *Rehacom* permette la messa a punto di training delle diverse funzioni cognitive altamente individualizzati e costantemente monitorati in termini di efficacia clinica per il soggetto. Il software possiede, inoltre, una elevata caratterizzazione in senso ecologico, aspetto considerato in letteratura tra gli elementi cruciali ai fini della possibilità di generalizzare alla vita quotidiana le abilità acquisite con il training riabilitativo.

Gli esercizi riabilitativi ad oggi disponibili comprendono le principali funzioni del pensiero (attenzione e concentrazione, attenzione ripartita, vigilanza; memoria topologica di parole, memoria verbale, memoria figurativa; capacità di reazione e comportamento di reazione; pensiero logico; coordinazione visuo-motoria, capacità di ricostruzione visiva; organizzazione spaziale;) e una serie di ulteriori esercizi che hanno caratteristiche di tipo "ecologico", nel senso che permettono al soggetto di confrontarsi con simulazioni di situazioni che si presentano con elevata frequenza nella vita quotidiana (ad esempio acquisti, pianificazione della giornata, riconoscimento di volti familiari ecc...).

La frequenza delle sedute è in genere settimanale; ogni ciclo di riabilitazione comprende, di solito, 10 sedute, al termine delle quali viene effettuata una rivalutazione attinente gli obiettivi del trattamento e i bisogni, tenendo conto delle esigenze cliniche e nel rispetto dei principi di appropriatezza delle cure; sulla base di specifiche esigenze, legate prevalentemente a specifiche fasi di malattia (ad esempio, in caso di stroke) possono essere programmati cicli di trattamento di diversa durata o con frequenza maggiore.

L'efficacia del trattamento sembra dipendere strettamente da una corretta indicazione clinica e, quindi, da una accurata fase di valutazione non solo del funzionamento cognitivo, ma anche di altri parametri di funzionamento personale, pregresso e attuale del soggetto.

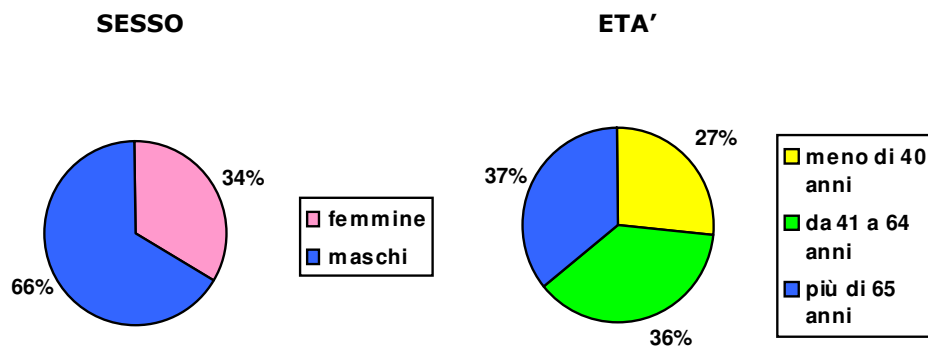
Alcuni dati

Vengono qui riportati, in percentuale, i dati riferiti al 2007, dapprima sotto forma di accessi totali agli ambulatori, quindi suddivisi per le zone di Alba e Bra.

I dati sono suddivisi per sesso, età, motivo dell'invio, diagnosi in riferimento all'area di intervento (psicodiagnostica e riabilitativa).

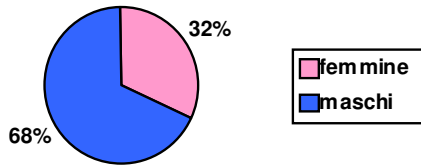
Si precisa che i numeri riportati non corrispondono a visite ambulatoriali, ma a prese in carico che prevedono, per ciascun paziente, un percorso diagnostico clinico e un intervento riabilitativo che in molti casi richiede più di un ciclo di sedute.

ALBA – BRA: AREA PSICODIAGNOSTICA (N= 289)

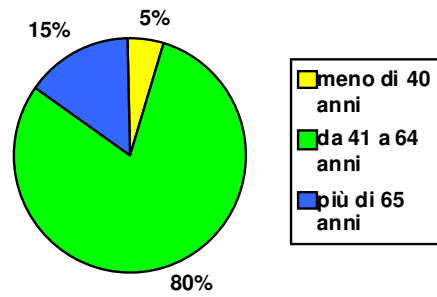


ALBA – BRA: AREA RIABILITATIVA (N= 99)

SESSO



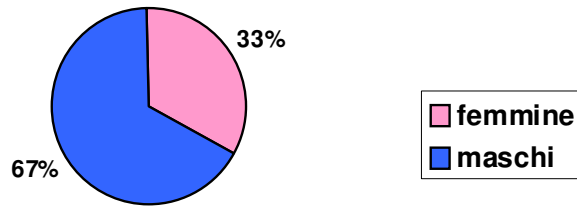
ETA'



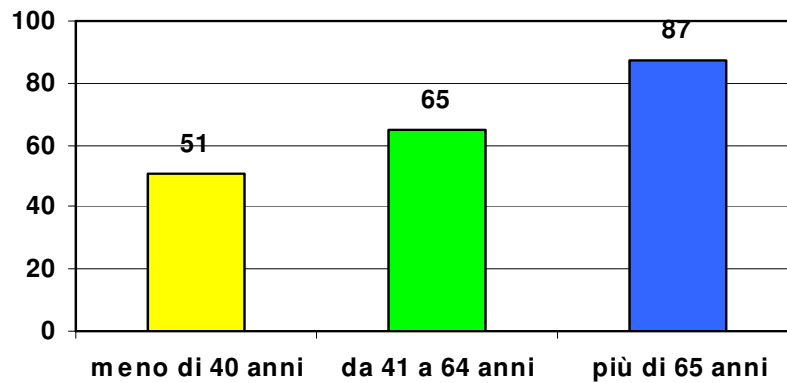
ALBA – area psicodiagnostica (N= 203)

SESSO

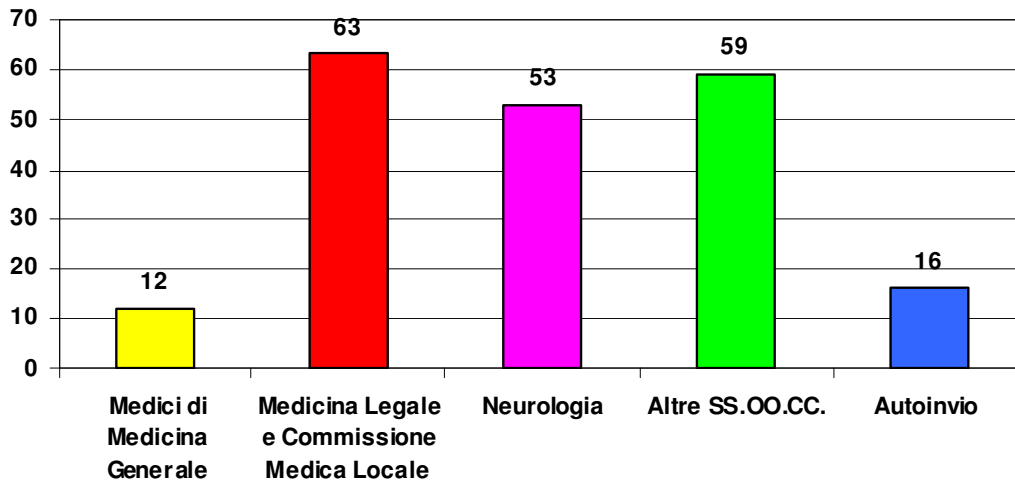
Femmine	67
Maschi	136



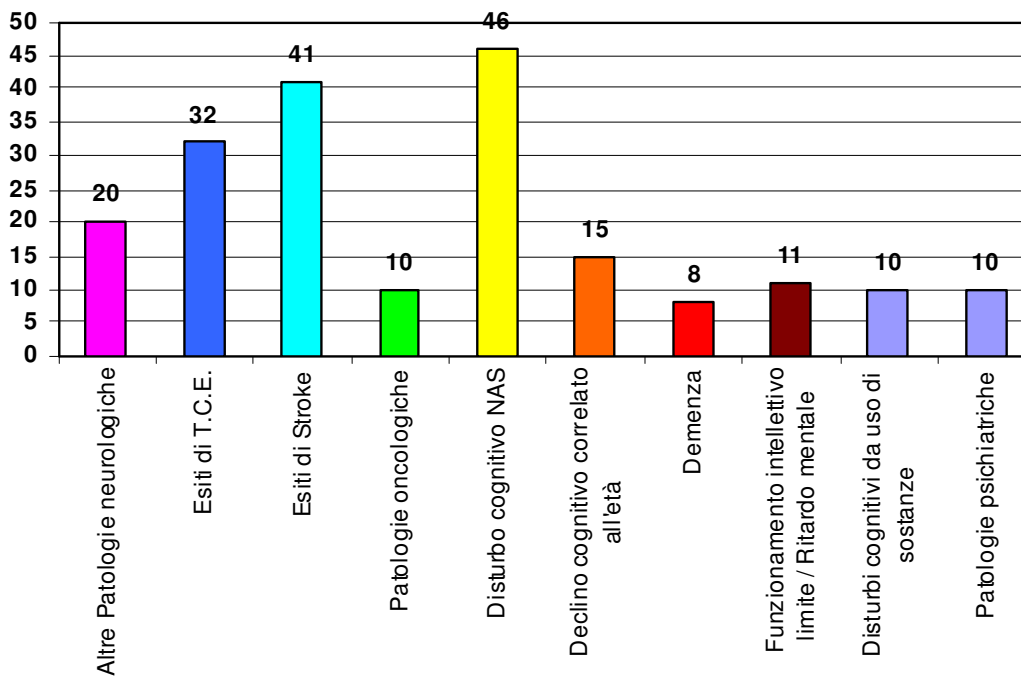
ETA'



INVIO



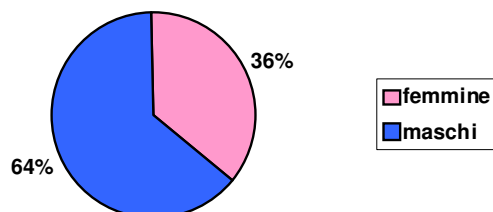
DIAGNOSI



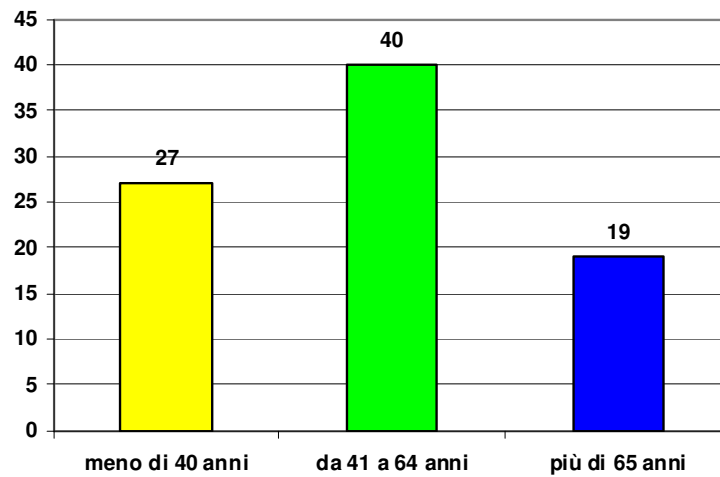
BRA – area psicodiagnostica (N= 86)

SESSO

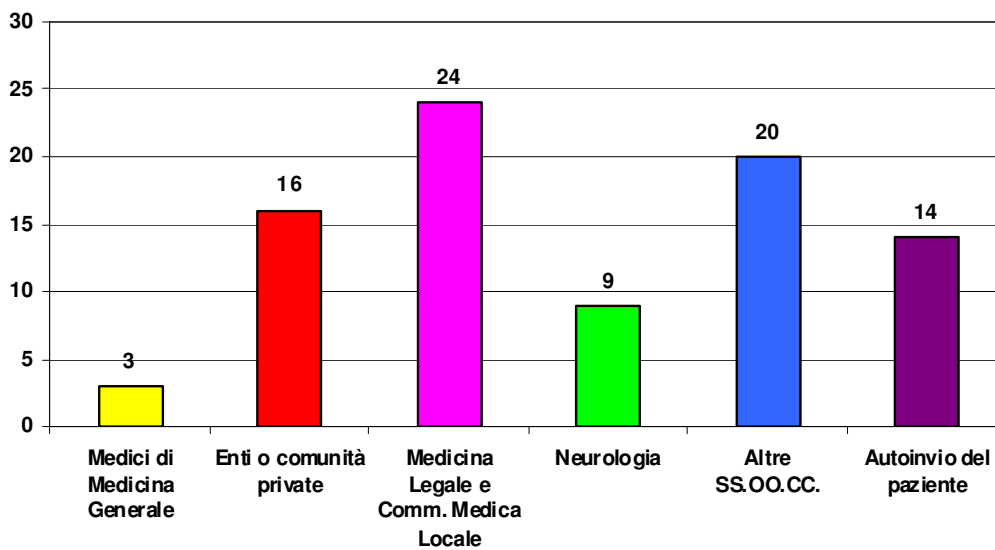
Femmine	31
Maschi	55



ETA'



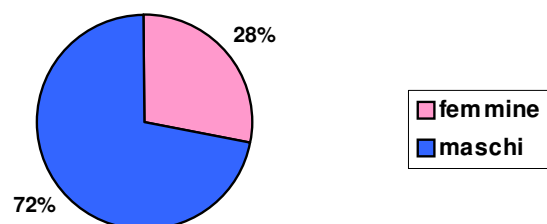
INVIO



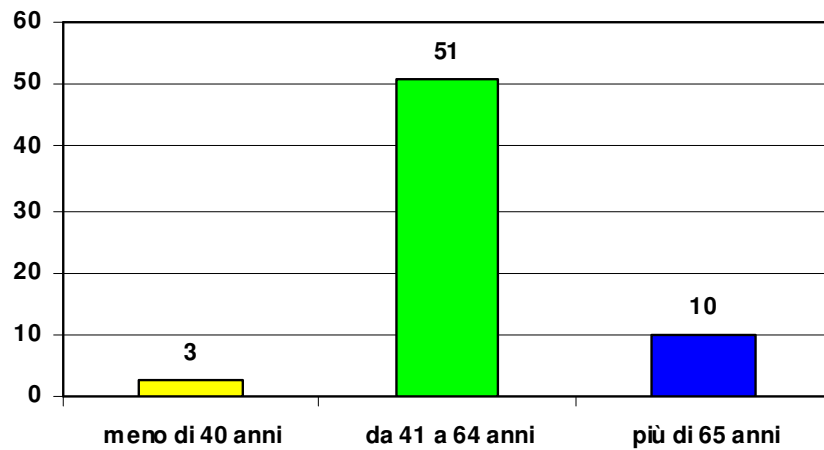
ALBA - area riabilitativa (N= 64)

SESSO

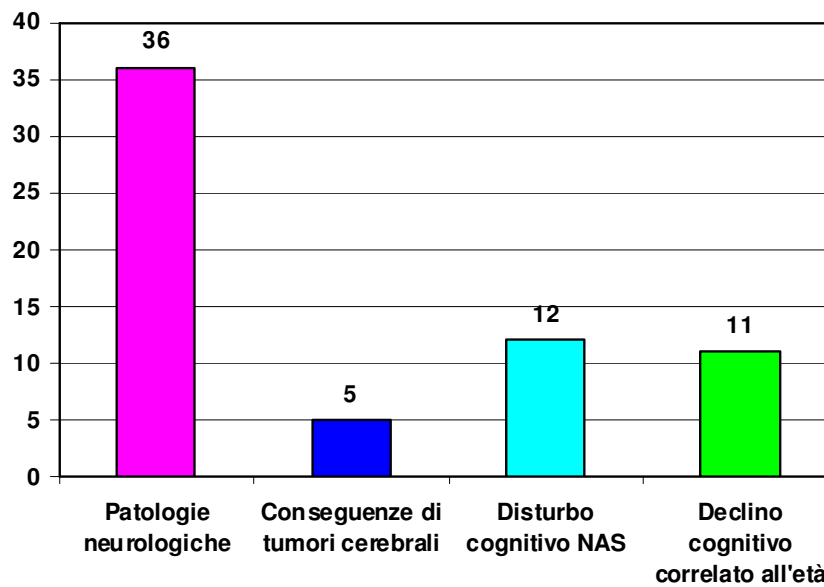
Femmine	18
Maschi	46



ETA'



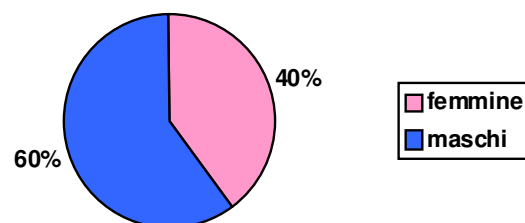
DIAGNOSI



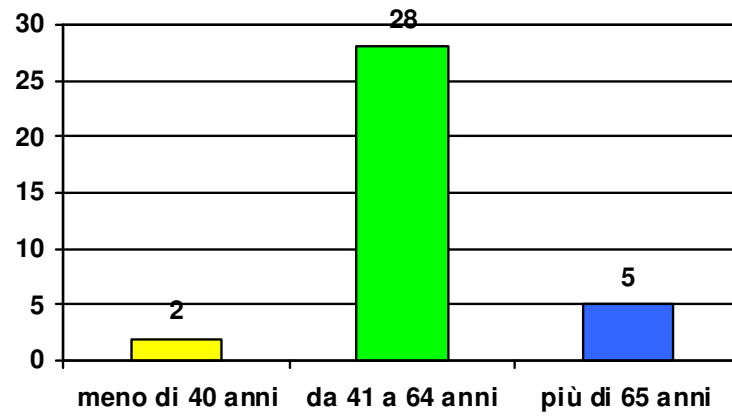
BRA - area riabilitativa (N= 35)

SESSO

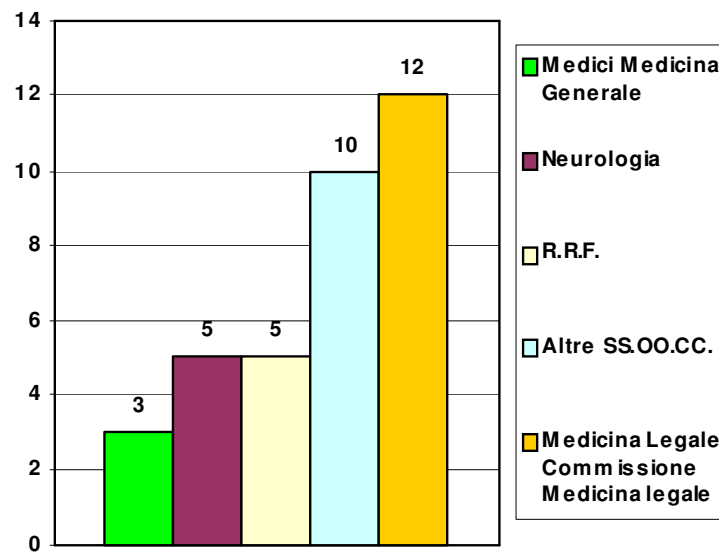
Femmine	14
Maschi	21



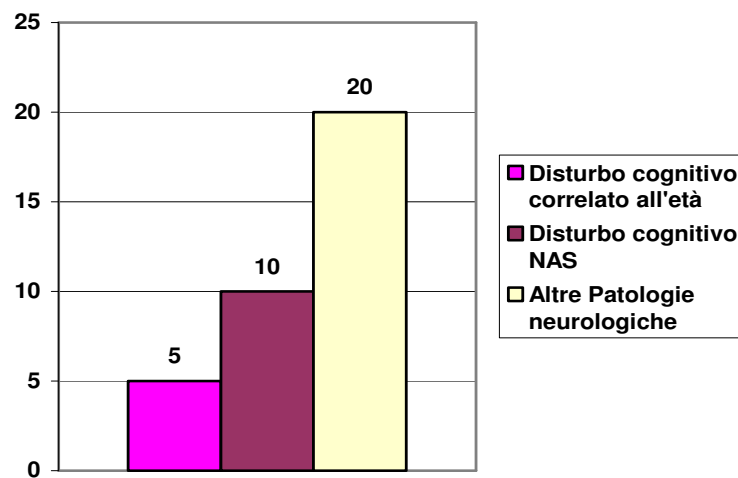
ETA'



INVIO



DIAGNOSI



I dati presentati intendono fornire un quadro puramente descrittivo dell'utenza che afferrisce agli ambulatori nelle sedi di Alba e Bra.

Sul piano della riflessione metodologica sul lavoro clinico, rimangono aperte alcune criticità, tuttora in fase di approfondimento, che richiedono un ripensamento più generale sull'assetto organizzativo e clinico degli interventi.

- *Il coinvolgimento dei familiari o dei caregivers si costituisce sempre più come un elemento centrale della presa in carico.* Ci si riferisce a patologie il cui carico assistenziale è molto elevato e grava prevalentemente sulle famiglie, che necessitano quindi di un adeguato sostegno. Sul piano dell'organizzazione degli interventi si pone la necessità di strutturare percorsi più integrati di accoglienza dei familiari. Se risulta importante fornire sostegno emotivo nelle situazioni in cui si è già verificata la rottura di un equilibrio organizzativo e relazionale, interno alla famiglia, è indispensabile coinvolgere fin dalle prime fasi della malattia i *caregivers* e lavorare sul contesto, fisico e relazionale, allo scopo di potenziarne al massimo le risorse.
- *Le caratteristiche del territorio in cui opera l'Azienda, unitamente alle caratteristiche dell'utenza cui il Servizio si rivolge (si tratta spesso di persone con significative limitazioni nelle autonomie personali) rendono spesso difficoltoso l'accesso delle persone alle strutture ambulatoriali, in particolare per quanto riguarda il trattamento riabilitativo, che richiede maggiore frequenza e durata delle sedute.* Per ovviare a queste difficoltà è in fase di studio la possibilità di utilizzazione delle reti telematiche per avviare un progetto sperimentale di riabilitazione cognitiva a distanza. Tale progetto, già in fase di studio, è portato avanti con la SOC Neurologia e con il coinvolgimento della Regione Piemonte.
- *I dati relativi alla valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi al computer, per quanto ancora incompleti, evidenziano come i risultati di salute (in termini di adattamento alla vita quotidiana, possibilità di strutturare strategie di coping più funzionali rispetto agli obiettivi perseguiti, relazioni con i familiari e con l'esterno) siano significativamente superiori a quelli ottenuti con metodiche derivate dalla riabilitazione cognitiva classica.*
Esistono, tuttavia, numerosi problemi connessi alla valutazione di questo tipo di interventi in termini di risultati di salute, difficoltà in parte intrinseche all'oggetto di studio. La letteratura internazionale evidenzia, infatti, il rischio di considerare come risultati di salute quelli che sono in realtà effetti dell'apprendimento compito-specifici, senza considerare i processi di generalizzazione delle abilità oggetto di training alla vita quotidiana, che non necessariamente si traducono in cambiamenti nei punteggi ai test standardizzati. In questo senso, si sta sperimentando l'uso dell'approccio ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, OMS 2001) e la relativa *checklist* come strumenti che permettono di registrare in modo più accurato e confrontabile a diversi intervalli di tempo i cambiamenti della persona in funzione dell'intero contesto di vita.
- Strettamente legata a quest'ultimo punto è la necessità di avviare *progetti di ricerca mirati e sistematici, anche in integrazione con le Università.* Il gruppo di lavoro mantiene su questi temi collaborazioni a diverso titolo con alcune Facoltà di Psicologia (Università degli Studi di Torino, Università di Milano Bicocca, Università della Valle d'Aosta).

Le attività della SOC di Neuropsichiatria Infantile ASLCN2 nell'anno 2007 Marina Patrini - Moglia Silvia

La SOC di Neuropsichiatria Infantile opera presso le due sedi ospedaliere di Alba e Bra e una sede territoriale ambulatoriale in p. Rubino ad Alba.

La *mission* del servizio è di offrire ai pazienti da 0 a 18 anni affetti da patologie neurologiche e/o neuropsichiatriche prestazioni cliniche e riabilitative in un processo complesso teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile, nella globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale (carattere olistico), coinvolgendo il contesto familiare, sociale ed ambientale (carattere ecologico)

Le principali **attività cliniche e riabilitative** sono rivolte a:

- Patologie del sistema nervoso
- Psicopatologie dell'età evolutiva
- Disturbi del linguaggio
- Disturbi dell'apprendimento
- Valutazione ausili e sistemi di postura

Altre attività sono rappresentate dalle **indagini cliniche neurofisiologiche** quali:

- Elettroencefalografia in veglia e in sonno
- Video elettroencefalografia in veglia e sonno
- Potenziali evocati acustici, visivi, somatosensoriali

Nell'anno 2007 le attività rivolte ai pazienti con azioni dirette (visite, colloqui, trattamenti riabilitativi, ecc...) ed indirette (colloqui e riunioni con gli insegnanti e servizi sociali) possono essere suddivise nei seguenti gruppi:

1. n. pazienti afferiti al servizio per la prima volta
2. n. di prestazioni effettuate
3. n. pazienti contattati e mobilità
4. tipo di diagnosi più frequenti

1. I nuovi pazienti che si sono rivolti alla SOC per la prima volta sono stati **681** che secondo la diagnosi vengono così divisi:

Cefalee	146
Disturbi del linguaggio	135
Disturbi comportamentali	83
Prematuranza	64
Disturbi dell'apprendimento	48
Epilessia	53
Ritardo neuropsicomotorio	39
Trauma cranico	8
Disturbi alimentari	7
Disturbi del sonno	6
altro	98

2. Nel 2007 la SOC di NPI ha effettuato un totale di **15.214 prestazioni** di cui:

Tipo prestazione	N. prestazioni
Visite e colloqui clinici	5.301
Trattamenti riabilitativi	6.881
Indagini cliniche neurofisiologiche	840
Massaggio Infantile	207

3. Nel 2007 i pazienti che si sono rivolti alla SOC di NPI sono stati in tutto **1.541** con una mobilità attiva, cioè n. di pazienti provenienti da altre ASL, di 121 pazienti. Rispetto alla **presa in carico**:

pazienti presi incarico (almeno 3 accessi)	971	63,01%
Pazienti presi incarico pesante (almeno 18 accessi)	215	13,95%
Pazienti con disabilità Medio/grave	378	24,53%
Pazienti inserimento scolastico	142	9,21%
Pazienti seguiti dai servizi sociali	45	2,92%
Pazienti seguiti dal Tribunale dei Minori	51	3,31%

La presa in carico riabilitativa si concretizza con la formulazione del **progetto riabilitativo** e dei vari programmi terapeutici attivi nei tre ambiti della rieducazione, dell'assistenza e dell'educazione

4. Rispetto alla diagnosi le patologie più frequenti sono state:

Patologie esclusivamente neurologiche	286
Patologie psichiatriche o psicologiche abbinate a patologie neurologiche e dello sviluppo	114
Disturbi specifici del linguaggio e apprendimento abbinate anche a patologie neurologiche	256
Ritardo mentale in forma esclusiva o abbinato anche ad altre patologie	43

Inoltre rispetto agli anni precedenti è possibile notare un costante aumento della domanda e degli accessi in NPI.

Il trapianto renale dal 2000 ad oggi

Andrea Campo - Roberto Cottino - Marina Musso - Daniela Battaglino

Introduzione

Il trapianto renale da donatore cadavere o vivente deve essere considerato al giorno d'oggi la migliore terapia per l'insufficienza renale cronica terminale in ragione dei vantaggi dimostrati rispetto a qualsiasi modalità di dialisi in termini sia di qualità di vita sia di sopravvivenza complessiva.

L'anno 2000, al di là della valenza evocativa della data, ha segnato uno spartiacque nella storia del trapianto d'organo in generale e di quello renale (il più praticato e quello con le maggiori liste di attesa) in particolare, per le seguenti ragioni:

- sono entrati nell'uso routinario i nuovi farmaci per l'induzione (anticorpi monoclonali antiIL2R) ed il mantenimento (acido micofenolico, tacrolimus, ciclosporina in microemulsione, sirolimus e congeneri) sperimentati nel decennio precedente, con virtuale azzeramento dei rigetti acuti precoci
- è diventata prassi corrente la valutazione bioptica pre-trapianto degli organi prelevati da donatori subottimali (cosiddetti reni "marginali") e la loro allocazione in doppio in riceventi anziani in caso di inidoneità parziale
- si è consolidata l'accettazione in lista di riceventi sostanzialmente senza limiti di età e con multiple comorbidità, purché adeguatamente trattate e risolte nella fase pretrapianto
- è invalsa la prassi di ridurre rapidamente e drasticamente le terapie antirigetto dopo i primi 6-12 mesi di trapianto, al fine di prevenirne la tossicità tardiva.

Nel caso specifico dell'Italia e del Piemonte, altri progressi sono avvenuti dopo il 2000 sul versante organizzativo:

1. il funzionamento a regime del modello logistico previsto dalla vigente legge sui trapianti d'organo e di tessuto, che ha permesso il raddoppio del numero di donatori effettivi rispetto al decennio precedente
2. l'apertura del Centro Trapianti di Novara in affiancamento a quello storico delle Molinette di Torino
3. l'accettazione "culturale" della donazione da vivente e del trapianto pre-dialisi di rene + pancreas per i pazienti diabetici di tipo 1.

La coorte dei pazienti trapiantati a partire dall'anno 2000 può quindi considerarsi relativamente omogenea quanto ad opportunità e modalità di gestione trapiantologica, e si presta pertanto a rappresentare che cosa il trapianto renale oggi può offrire a medici e pazienti.

Analizzando la nostra casistica ambulatoriale, cercheremo di rispondere alle seguenti domande:

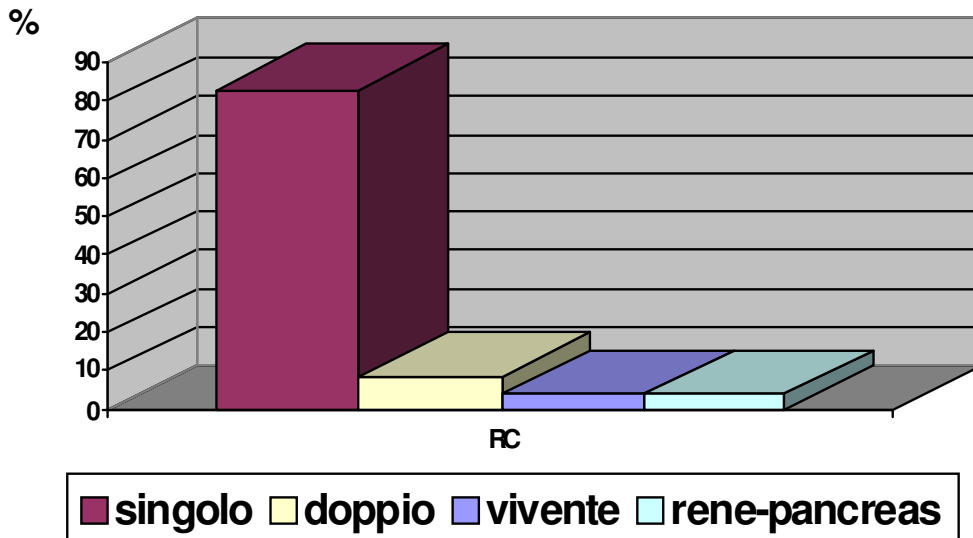
- Quanto è probabile che il rene trapiantato non funzioni?
- Si può morire di trapianto?
- Ci sono dei fattori predittivi del successo/insuccesso del trapianto?

Casistica

Nel settennio 2000-2007 sono stati trapiantati e presi in carico per il follow up ambulatoriale presso la nostra struttura 47 pazienti (30 maschi e 17 femmine), di cui 7 provenienti dal distretto di Savigliano dell'ex ASL 17.

Come tipologia di trapianto, 39 pazienti hanno ricevuto un rene da donatore cadavere (in 3 casi si trattava di trapianti successivi al primo), 2 da donatore vivente, 4 pazienti due reni da singolo donatore cadavere (cd doppio trapianto) e 2 un trapianto combinato rene-pancreas.

TIPI DI TRAPIANTO RENALE

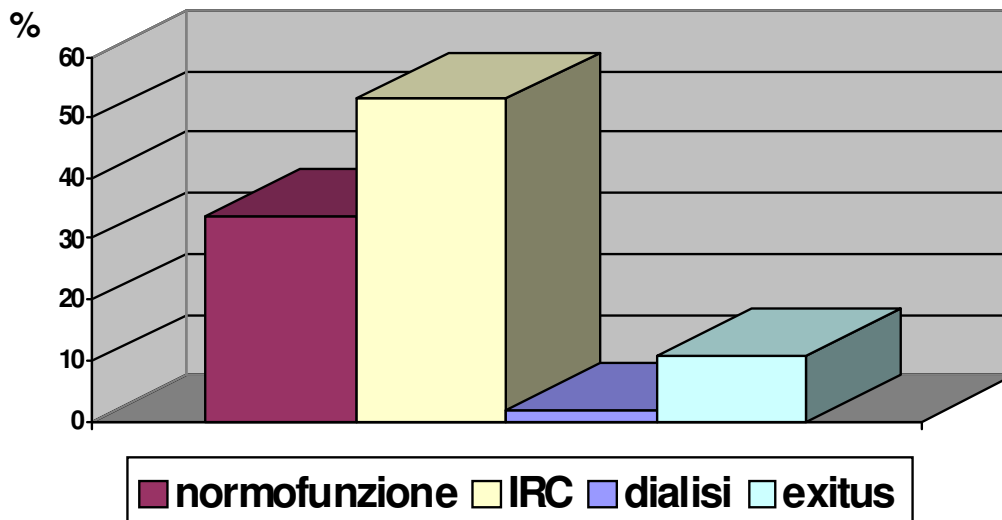


Prima del trapianto, 29 soggetti si sottoponevano cronicamente ad emodialisi, 17 a dialisi peritoneale ed 1 era in terapia conservativa (cd trapianto "pre-emptive"). Il tempo di attesa mediano dall'inizio della dialisi al trapianto è stato di 47 mesi, ed il follow up medio ammonta a circa 40 mesi-paziente.

Al 30/9/08, 42 pazienti sono ancora viventi, ed in 41 il trapianto è almeno parzialmente funzionante. Si sono verificati 5 decessi da causa non renale (dopo un range di 3-42 mesi dall'intervento) ed un rientro in dialisi (dopo 45 mesi).

Dal punto di vista renale, solo il 34% presenta ritentivi normali, mentre gli altri lamentano gradi variabili di insufficienza renale cronica (IRC), pur senza attuale necessità di trattamento dialitico.

ESITO DEL TRAPIANTO



Non sono emersi, stante il ridotto numero di casi, fattori predittivi dell'evento morte o rientro in dialisi. I trapiantati con IRC non si differenziano peraltro dai normofunzionanti per durata del follow up, metodica dialitica precedente (emodialisi versus dialisi peritoneale) e sesso, ma sono tendenzialmente più giovani (età media 48 versus 55 anni $p = 0,06$ al test t) ed hanno avuto un'anzianità dialitica superiore (60 mesi versus 42 mesi $p < 0,05$ al test t).

Il 49% dei pazienti ha patito inoltre nel corso del follow up almeno un evento clinico grave (tale da mettere in pericolo la vita o la funzione dell'organo) correlabile allo stato di trapiantato, prevalentemente di natura infettiva.

Discussione

Quanto è probabile che il rene trapiantato non funzioni?

Dalla nostra esperienza e dalla letteratura si evince chiaramente che la mancata ripresa funzionale dopo trapianto (conseguenza di un rigetto iperacuto/accelerato, di gravi problematiche vascolari o di cattiva qualità dell'organo) è un evento ormai raro: vi è stato nel settennio 2000-2007 un solo caso in cui il rene non ha mai funzionato (cosiddetta "nonfunzione primaria") a seguito di una sfortunata combinazione di circostanze avverse a carico del trapianto e del ricevente.

E' invece piuttosto frequente che la funzione renale non si normalizzi del tutto e/o si deteriori nel tempo: l'IRC che ne consegue non è necessariamente evolutiva e spesso permette una vita del tutto normale, anche per molti anni. Le strategie terapeutiche nei casi di IRC progressiva (oggi chiamati "nefropatia cronica del trapianto" ed un tempo "rigetto cronico"), per quanto migliorate, sono però ancora sostanzialmente inefficaci, e la spada di Damocle del ritorno in dialisi incombe purtroppo sulla maggior parte di questi pazienti.

Si può morire di trapianto?

Per quanto preferibile alla dialisi in termini di qualità e quantità di vita, il trapianto comporta anche un rischio maggiore, legato soprattutto all'intervento chirurgico ed all'immunodepressione. Le morti con trapianto funzionante hanno superato i rientri in dialisi (5 casi contro 1), e sono state legate a problemi cardiovascolari, addominali od infettivi. L'occorrenza di questi tragici eventi già a pochi mesi dal trapianto ma anche dopo alcuni anni ribadisce l'importanza di non sottovalutare ogni problema clinico anche apparentemente banale in un portatore di trapianto renale, e sottolinea l'importanza di una selezione rigorosa dei riceventi nella valutazione pre-trapianto.

Ci sono dei fattori predittivi del successo/insuccesso del trapianto?

Al di là della compatibilità immunologica, il fattore predittivo decisivo è costituito dalle buone condizioni dell'organo e del ricevente. L'importanza della qualità del rene è dimostrata dalla letteratura, nella quale i risultati del trapianto da vivente sono nettamente superiori rispetto a quello da cadavere.

La rilevanza delle condizioni di salute globali del ricevente emerge invece anche nella nostra casistica, ove i pazienti con funzione renale normale stabile sono mediamente più giovani (il che significa con minori comorbidità) e soprattutto con una minore anzianità dialitica (cioè con un danno multisistemico da uremia inferiore). La letteratura ci dice ancora che questi pazienti hanno un futuro roseo quoad functionem e quoad vitam, e sovente sono stati liberati dalla dialisi per il resto della loro vita. Per tutti gli altri, invece, la prognosi almeno per quanto concerne la funzione renale non è altrettanto favorevole, ed il rientro in dialisi pur in tempi molto lunghi resta comunque una prospettiva concreta e spesso ineluttabile.

Conclusioni

Il trapianto è l'unica vera cura dell'uremia: nessuna dialisi per quanto ben condotta è in grado di fornire risultati paragonabili in termini di qualità e di quantità di vita. Ogni paziente affetto da IRC grave deve quindi essere valutato precocemente per il trapianto renale, avendo ben presente che la ricerca di un donatore vivente (da effettuarsi se possibile prima di dover iniziare la dialisi) e l'inserimento precoce in lista trapianto da cadavere dopo l'avvio della dialisi rappresentano ad oggi il miglior viatico per il successo del trapianto.

D'altro canto la mortalità non trascurabile e talora relativamente precoce dei trapiantati impone di selezionare con attenzione i candidati, escludendo quanti per età e comorbidità sarebbero sottoposti a rischi così elevati da vanificare qualsiasi beneficio.

L'uso dei farmaci da parte dei cittadini

Maria Margherita Avataneo - Giovannina Mutton - Vittorio Battaglia

Introduzione

Con questo lavoro abbiamo analizzato l'uso dei farmaci presso l'ASL CUNEO2 al fine di fornire strumenti conoscitivi utili per la valutazione dell'appropriatezza d'uso e per l'identificazione di aree di variabilità (sia in termini temporali che territoriali) nel ricorso ai farmaci e per meglio comprendere le dinamiche di alcuni fenomeni legati alla prescrizione dei farmaci.

I dati analizzati si riferiscono sia all'uso territoriale dei medicinali (farmaci etici) prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che all'acquisto privato da parte dei cittadini. La fonte dei dati è IMS HEALTH S.p.A che, su mandato regionale, monitora mensilmente le vendite dei farmaci.

Le variabili considerate sono: SELLIN = Rilevazione di tutte le confezioni farmaceutiche (fascia A, fascia C, OTC, SOP) ENTRATE nelle farmacie nel periodo di riferimento (considerando costanti le giacenze di magazzino); SELLOUT = Rilevazione delle confezioni farmaceutiche USCITE dalle farmacie nel periodo di riferimento dietro presentazione di ricetta del SSN; %PPG = percentuale di crescita rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente; DDD x 1000 ab die = numero di terapie giornaliere ogni mille abitanti residenti. Può essere letta anche come il numero di residenti esposti giornalmente al farmaco ogni mille abitanti; VALORE x 1000 ab res: Importo (prezzo al pubblico) delle terapie ogni 1000 abitanti residenti; A SSN: Medicinali concedibili dal Servizio Sanitario Nazionale per i quali non è dovuta alcuna quota di partecipazione dagli assistiti alla spesa farmaceutica; Contributo paziente: quota di partecipazione a carico del paziente dovuta alla differenza tra il prezzo di rimborso SSN e il prezzo superiore della specialità che non ha allineato il prezzo alla lista di trasparenza; A acquisto privato: farmaci di fascia A pagati dagli assistiti perché non rientrano nelle condizioni delle note limitative o, talora, perché il costo del farmaco risulta non superiore al ticket della ricetta; Fascia C: Medicinali a totale carico degli assistiti (non concedibili dal SSN); OTC: medicinali di automedicazione, senza prescrizione medica, pubblicizzati, a totale carico del cittadino; SOP: farmaci senza obbligo di prescrizione medica, non pubblicizzati, a totale carico del cittadino, venduti sotto consiglio del farmacista; GENERICO: medicinale per il quale è scaduto il brevetto, identificato dal nome del principio attivo; Sconto D.L. 156: Sconto pari al 4,12% sul prezzo al pubblico a carico del produttore che le farmacie dovranno mantenere nella vendita (SSN o privata).

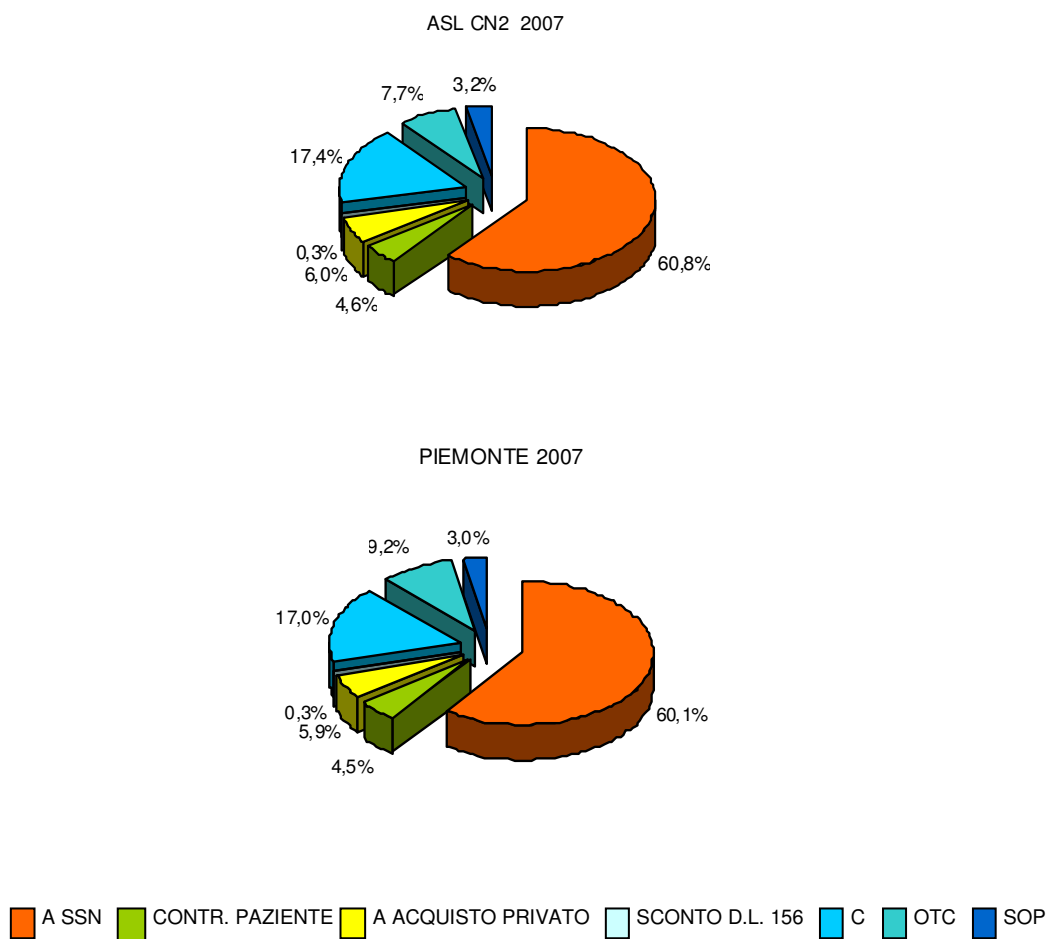
Il mercato farmaceutico

Il mercato farmaceutico, inteso come valore relativo all'acquisto dei farmaci presso le Farmacie Convenzionate, è in continua espansione. Infatti dal 2005 si prevede subirà un incremento pari al 5,3% a fine 2008 presso la nostra Asl, rispetto ad un incremento pari al 3,8% a livello regionale.

TAB. 1: Spesa per i Farmaci mutuabili e non nel periodo 2005/2008 - Proiezione

ASL CN2	A SELLIN	C	OTC	SOP	TOTALE
2005	37.294.797	9.128.485	4.115.674	1.925.708	52.464.664
2006	37.604.926	9.189.739	4.120.041	1.789.344	52.704.050
2007	37.788.306	9.178.203	4.045.347	1.704.814	52.716.670
PROIEZ. 2008	39.750.257	9.315.967	4.424.292	1.779.555	55.270.071

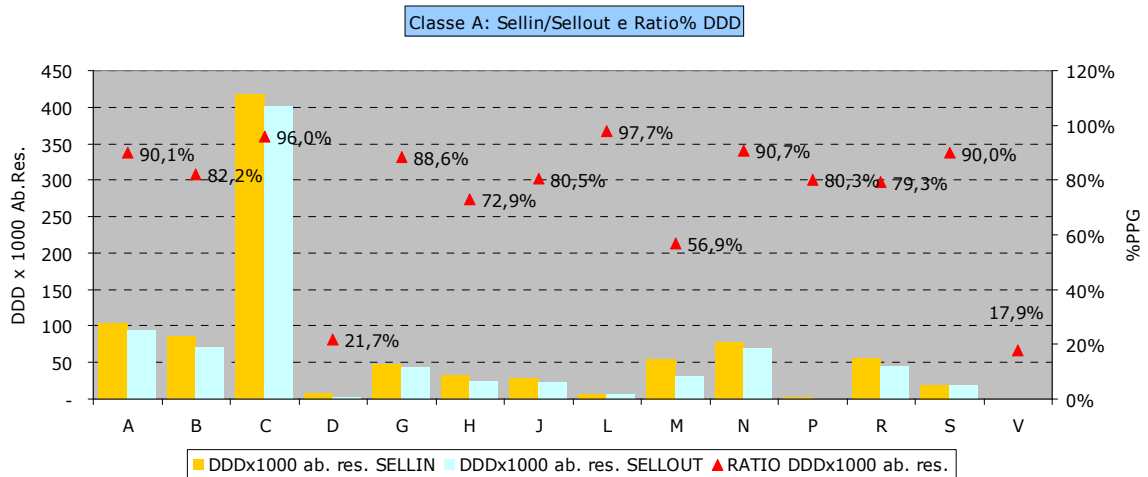
Fig. 1: Scomposizione a Valore Totale Mercato Farmaceutico 2007: Asl CN2 VS Piemonte



Nel 2007 i farmaci di Fascia A (A SSN + Contr. Paziente + A Acquisto privato) rappresentano complessivamente il 71,4% dell'intero mercato (+0,7% rispetto al Piemonte). L'acquisto privato di farmaci mutuabili, da solo, corrisponde al 6% mentre il contributo del paziente al 4,6%. Rispetto alla media regionale si evidenzia un maggior affidamento del paziente al consiglio del farmacista (SOP +0,2%) ed una minor sensibilità alla pubblicità (OTC -1,5%). I farmaci di fascia C rappresentano il 17,4% del mercato farmaceutico (+0,4% rispetto al Piemonte).

Come atteso la classe farmacologica più rappresentata è costituita dai farmaci cardiovascolari (C) con oltre 400 terapie giornaliere ogni 1000 abitanti (di cui il 96% a carico del SSN). Seguono i farmaci dell'Apparato Gastrointestinale (A) con poco più di 100 DDD x 1000 ab res di cui il 90,1% a carico della mutua. Per quanto concerne le altre categorie terapeutiche, analogamente alla media regionale, non si supera le 100 terapie ogni 1000 abitanti, tuttavia la quota rimborsata risulta spesso inferiore presso la nostra ASL. Infatti solo il 21,7% dei dermatologici, il 56,9% dei muscolo scheletrici ed il 72,9% dei preparati ormonali è acquistato mediante ricetta mutualistica. Viceversa, la percentuale di rimborso dei farmaci respiratori (+0,4%), del Sistema Nervoso Centrale (+0,4%), antimicrobici (+1,9%), Organi di Senso (+1,0%) ed antineoplastici (+1,2%) superano la media del Piemonte.

Fig. 2: SELLIN/SELLOUT e RAPPORTO % Farmaci Classe A, ASL CN2 (2007)

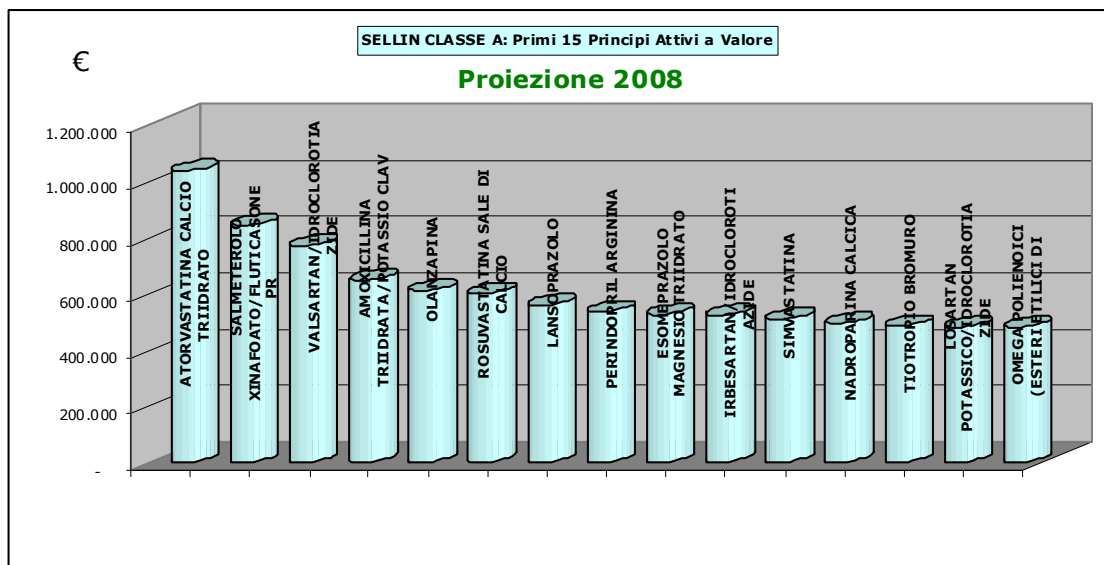


Farmaci Fascia A – ASLCN2 - primi 15 principi attivi a valore.

Sulla base dei dati relativi al primo semestre 2008 la Simvastatina continua nella sua discesa rispetto al 2007 (-45,8%) a favore di molecole di più recente introduzione quali Rosuvastatina (+11,1%) e soprattutto Atorvastatina (+29,5%, costituisce la molecola a maggior spesa tra i farmaci di fascia A nel 2008). Complessivamente queste tre molecole rappresentano il 6% dell'intero mercato dei farmaci mutuabili. Tra gli Inibitori di pompa protonica scompare l'Omeprazolo dalle prime 15 posizioni, mentre il Lansoprazolo perde il 3,6% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Solo l'Esomeprazolo guadagna posizioni (+12%). Nel primo semestre 2008 Salmeterolo/Fluticasone perde lo 0,4% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, mentre compaiono per la prima volta tra le prime 15 molecole a valore la Nadroparina calcica con l'1,2% del mercato dei farmaci di fascia A (+17,9%), il Perindopril arginina (1,3% del mercato, si tratta di una nuova salificazione) ed infine Tiotropio +22,6% rispetto all'anno precedente. Riconquista le primissime posizioni Amoxicillina/Ac. Clavulanico (+15,1% pari all'1,6% dell'intero mercato dei farmaci rimborsabili). Sempre tra le prime posizioni l'Olanzapina (+7,4% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente e 1,5% dell'intero mercato dei farmaci fascia A).

Molto interessante anche il dato relativo ai SARTANI: nelle prime 15 posizioni troviamo principalmente Valsartan/Idroclortiazide (+2,5% rispetto allo stesso periodo 2007, 1,9% del mercato dei farmaci di classe A), Irbesartan/Idroclortiazide (+30,3% rispetto 2007, 1,3% del mercato mutuabile) e Losartan potassico/Idroclortiazide (+9,9% rispetto al 2007, 1,2% del mercato mutuabile).

Fig. 3: Primi 15 Principi Attivi a Valore - Farmaci Classe A - ASL CN2



Prescrizione dei farmaci sottoposti a note limitative

Il valore complessivo dei farmaci sottoposti a nota limitativa spediti dalle Farmacie Convenzionate nel 2007 presso l'Asl CN2 ammonta a circa 9.127.880 €. Ad essi si aggiungono 69.295 € degli antidolorifici (dolore moderato o grave), 1.800.067 € per i farmaci della continuità assistenziale ospedale-territorio con obbligo di piano terapeutico e 1.061.672 € di farmaci per i quali è possibile la distribuzione diretta da parte delle strutture pubbliche (senza piano terapeutico).

TAB. 2: Spesa Farmaci con Nota ASL CN2 - 2007

ASL CN2	VALORE PREZZO PUBBLICO		
	2007	SELLIN	SELLOUT
NOTA 1	5.420	4.540	84%
NOTA 2	98.658	63.739	65%
NOTA 3	100.315	68.492	68%
NOTA 4	603.466	530.977	88%
NOTA 5	27.475	20.355	74%
NOTA 8	28.742	978	3%
NOTA 1+ 48	2.158.796	1.976.776	92%
NOTA 10	25.425	3.344	13%
NOTA 12	80.213	69.899	87%
NOTA 13	3.300.300	3.123.694	95%
NOTA 15	6.868	5.701	83%
NOTA 28	14.214	12.371	87%
NOTA 30	27.989	30.045	107%
NOTA 30bis	11.916	11.916	100%
NOTA 31	63.082	2.276	4%
NOTA 32	24.913	24.574	99%
NOTA 32bis	5.921	5.388	91%
NOTA 36	1.163	222	19%
NOTA 39	1.578	-	0%
NOTA 40	60.059	54.937	91%
NOTA 41	1.397	787	56%
NOTA 42	2.356	1.058	45%
NOTA 48	151.316	89.240	59%
NOTA 51	270.762	255.184	94%
NOTA 55	252.243	237.914	94%
NOTA 56	31.418	33.625	107%
NOTA 57	26.579	25.098	94%
NOTA 59	13.453	6.968	52%
NOTA 66	758.081	419.731	55%
NOTA 74	195.698	192.573	98%
NOTA 75	1.445	170	12%
NOTA 76	27.514	14.183	52%
NOTA 78	532.641	512.478	96%
NOTA 79	844.344	568.916	67%
NOTA 82	151.400	142.105	94%
NOTA 83	7.445	3.591	48%
NOTA 84	180.564	169.797	94%
NOTA 85	332.951	317.302	95%
NOTA 87	6.453	2.895	45%
NOTA 88	68.681	3.071	4%
NOTA 89	302.336	120.969	40%

Il valore maggiore è rappresentato dalla nota 13 (3.123.694 €) relativa ai farmaci per le dislipidemie con un 95% dispensato con il SSN. Segue la nota 1/48 con valore di 1.976.776 € riferita all'impiego sia degli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) e degli antiH2. Di essi il 92% della spesa è stato dispensato con il SSN. La nota 79 (568.916 €) è correlata alla prescrizione dei bifosfonati che sono stati rimborsati dal SSN solo nel 66% delle prescrizioni. Il successivo gruppo di farmaci per entità della spesa sostenuta (530.977 €) è costituito dai farmaci per il trattamento del dolore neuropatico (Gabapentin, Pregabalin e Duloxetina – nota 4). In questo caso il 22% delle confezioni acquistate erano prescritte al di fuori delle indicazioni della nota 4 e pertanto a totale carico del paziente (pari al 12% della spesa). Con 512.478 € segue il gruppo dei colliri antiglaucoma (nota 78). Di essi solo il 4% è stato acquistato direttamente dal malato. I farmaci anticoline-sterasici (Donepezil, Galantamina, Rivastigmina) ammontano a 317.302 € (nota 85). Di notevole interesse anche la nota 66 riferita all'uso dei FANS. La spesa sostenuta a carico del SSN corrisponde a 419.731 € ed è pari al 55% del mercato di tali farmaci poiché la rimanente quota viene acquistata direttamente dal cittadino. Valutando invece quanta parte dei farmaci entrati in farmacia e classificati in fascia A con nota esce dalle farmacie come rimborsato SSN, notiamo come per alcune note limitative prevalgano i farmaci acquistati direttamente dal paziente. Si tratta principalmente di corticosteroidi ad uso topico (nota 88- rimborsabili solo per patologie cutanee gravi e croniche quali psoriasi e dermatite atopica), Levocarnitina (nota 8- rimborsabile solo per carenza primaria di carnitina o secondaria a trattamento dialitico), sedativi della tosse (nota 31- rimborsabili solo per gravi pneumopatie croniche e neoplasie polmonari), Folati (nota 10- rimborsabili solo per anemie megaloblastiche da carenza di vitamina B12 e/o folati), ormoni androgeni, Testosterone (nota 36- rimborsabili solo per pubertà ritardata ed ipogonadismo maschile). Confrontando i dati relativi al 2007 con quelli riferiti al primo semestre 2008 si evidenzia innanzitutto la scomparsa delle note 12 (Eritropoietina), 32 (Interferoni nell'epatite) e 32/bis (Lamivudina) sostituite dai Piani Terapeutici AIFA.

Farmaci generici ASLCN2: valore x 1000 abitanti residenti

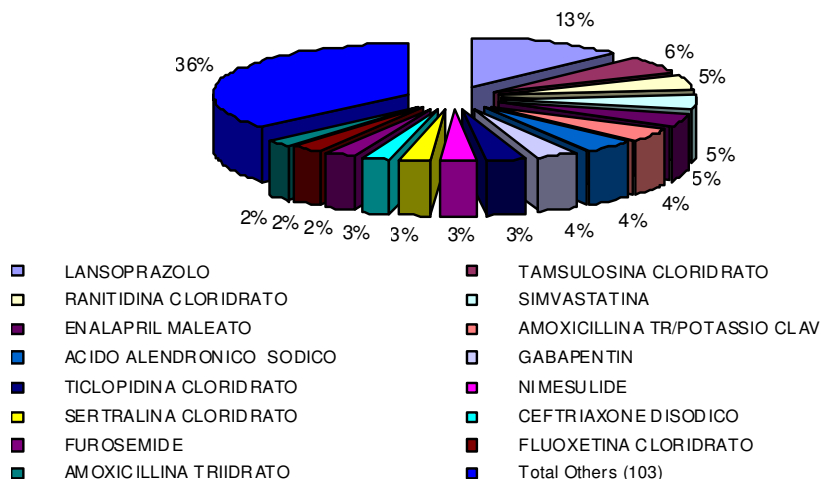
TAB. 3: Spesa a Valore ogni 1000 ab res: 2005 vs proiezione 2008

ASL CN2	2005	2006	2007	Proiez. 2008
	324.931	326.414	322.042	337.641
A	230.979	232.900	230.846	242.831
GENERICO	9.501	10.865	13.099	18.102
NON GENERICO	221.478	222.035	217.747	224.729
C	56.536	56.915	56.069	56.911
GENERICO	3.172	4.526	4.528	5.256
NON GENERICO	53.363	52.389	51.541	51.654
OTC	25.490	25.517	24.713	27.028
GENERICO	82	132	194	214
NON GENERICO	25.408	25.385	24.519	26.813
SOP	11.927	11.082	10.415	10.871
GENERICO	1.911	1.796	1.746	1.833
NON GENERICO	10.016	9.286	8.669	9.038
Tot generico Regione	13.799	16.332	19.008	24.601
Tot generico CN2	14.666	17.320	19.567	25.406

A fronte di una spesa di 324.931 € ogni mille abitanti residenti nella nostra Asl nel 2005, solo il 4,5% erano costituiti da farmaci equivalenti (il 4,1% della classe A, il 5,6% della classe C, lo 0,3% degli OTC ed il 16% dei SOP). Nel 2006 il valore del mercato dei generici (per 1000 ab res) è aumentato, arrivando al 4,7% della fascia A, l'8% di fascia C, lo 0,5% degli OTC ed il 16,2% dei SOP

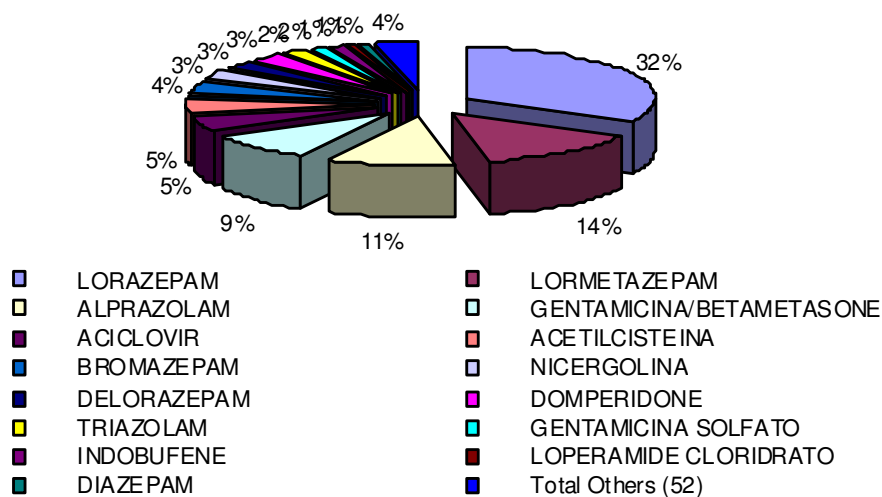
Tale trend in crescita è stato mantenuto nel 2007 (5,7%, 8,1%, 0,8% e 16,8% rispettivamente) ed aumenta ulteriormente nelle previsioni 2008 poiché i generici raggiungono il 7,5% della spesa ogni 1000 abitanti residenti per i farmaci mutuabili, il 9,2% dei farmaci di classe C, lo 0,6% degli OTC ed il 16,1% dei SOP.

Fig. 4: Spesa Generici fascia A 2007



Nel 2007, tra i farmaci generici potenzialmente mutuabili, il lansoprazolo acquista quote di mercato rispetto all'anno precedente raggiungendo da noi il 13% rispetto al 14,3% regionale, mentre la Tamsulosina raggiunge il 6% del mercato dei generici e la Ranitidina il 5%. Nel 2007 due nuove molecole compaiono tra i generici: l'Acido Alendronico (4%) e la Simvastatina (4,6%). Nello stesso anno le prime 15 molecole più vendute tra i generici rappresentano il 64% (+3% rispetto alla media regionale). Altri generici introdotti a fine 2007-inizio 2008 conquistano posizioni importanti tra le 15 molecole maggiormente vendute nel mercato dei generici: si tratta di Omeprazolo (3%), Doxazosina (2,8%), Amlodipina (2,5%) e l'associazione Enalapril/Idroclorotiazide (2,1%).

Fig. 5: Spesa Generici fascia C 2007



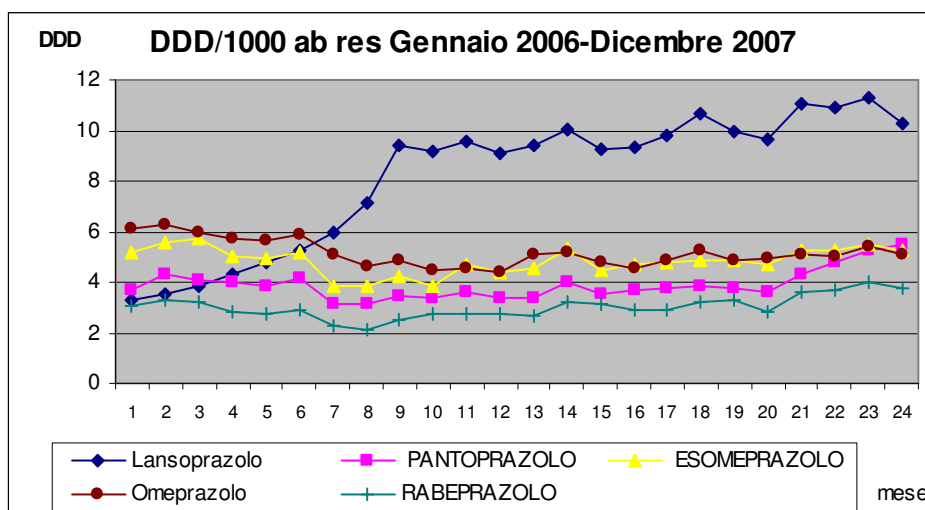
I farmaci ipnoinduttori ed ansiolitici costituiscono il 67% del mercato dei generici di fascia C. Lorazepam (32%), Lormetazepam (14%) e Alprazolam (11%) rappresentano i generici a maggior valore nel 2007 (situazione analoga nel 2005 e nel 2006). Oltre ad essi vengono utilizzate preparazioni topiche a base di gentamicina + betametasona (9%) e antivirali (5% aciclovir in pomata) ma anche mucolitici e fluidificanti quali Acetilcisteina (5%) ed ancora farmaci per l'apparato gastrointestinale quali Domperidone (2%) e Loperamide (1%). La Nicergolina (3%) e la Citicolina mantengono una quota di mercato importante (soprattutto per la dubbia efficacia).

Classi farmacologiche a maggior impatto

Inibitori di pompa protonica (IPP)

Il consumo di IPP a carico SSN risulta in continua crescita. Nella nostra Asl, si è infatti passati da circa 100 DDD x mille abitanti residenti del primo semestre 2005 a circa 200 DDD x mille abitanti residenti del primo semestre 2008. A partire dal secondo semestre 2006 l'entrata in commercio di IPP generici ha gradualmente sostituito l'impiego delle specialità sebbene attualmente solo il 25% delle prescrizioni di IPP sia costituito da generici. Analizzando il trend dei consumi degli inibitori di pompa protonica possiamo inoltre notare uno spostamento (a partire dall'autunno 2007) delle prescrizioni verso molecole quali Rabeprazolo (+24% nel 2008) ed Esomeprazolo (+10%), verso molecole cioè ancora coperte da brevetto e più costose. Diverso il discorso del Pantoprazolo (+56% nel 2008) poiché la ditta produttrice ha optato per ridurre il prezzo al pubblico al fine di avvicinarsi al costo/terapia degli IPP generici.

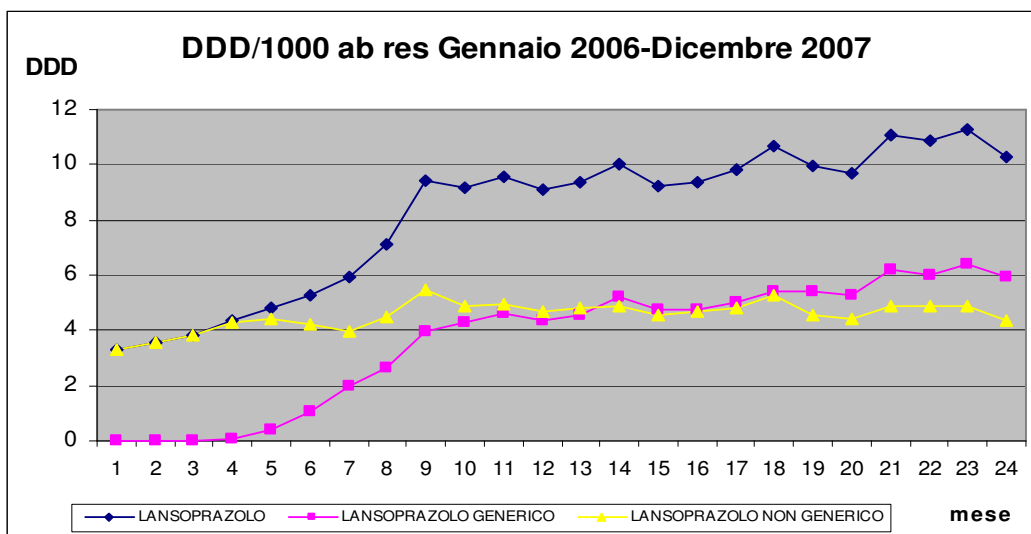
Fig 6: IPP: DDD x 1000 abitanti res gennaio 2006 -dicembre 2007



La spesa SSN nel 2007 è risultata pari a 1.976.776 € con una proiezione per il 2008 di 1.875.374 € (-5,41%) grazie all'uso di generici.

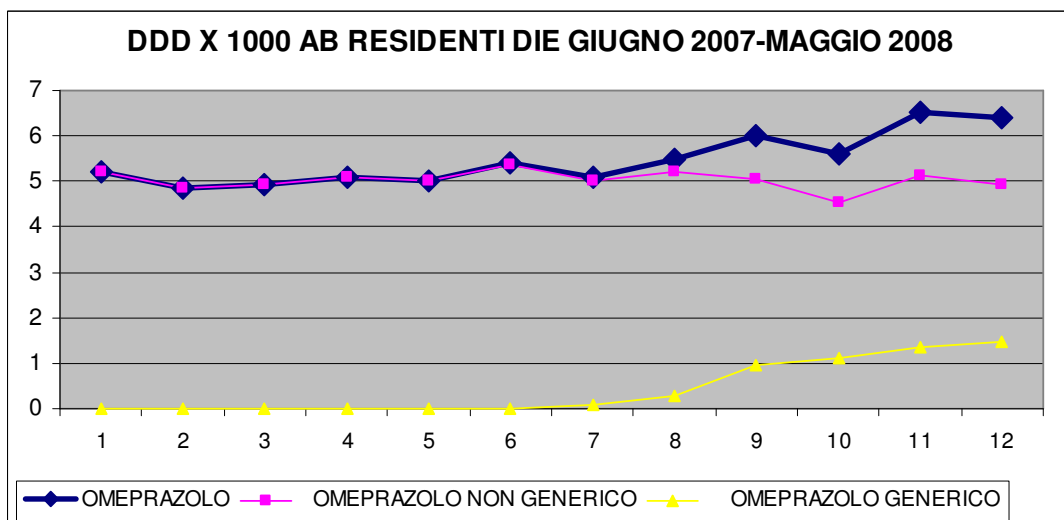
Attualmente sono disponibili due generici tra gli IPP: il Lansoprazolo e l'Omeprazolo. Il Lansoprazolo ha presentato un incremento esponenziale di prescrizione nell'estate 2006 per poi attestarsi su valori circa doppi rispetto a tutte le altre molecole. Ciò non è tuttavia da correlare all'introduzione del Lansoprazolo generico nell'aprile-maggio 2006 ed alla conseguente sostituzione delle specialità medicinali con esso. Come possiamo notare infatti, dopo un lieve decremento nella prescrizione del farmaco non generico tra giugno ed agosto 2006, la prescrizione della specialità medicinale si è attestata su valori compresi tra 4 e 6 DDD/1000 ab residenti mentre la prescrizione del generico è costantemente aumentata sino a raggiungere valori oltre le 6 DDD/1000 ab res: la quantità complessiva di Lansoprazolo prescritto a fine 2007 rispetto a gennaio 2006 si è quadruplicata.

Fig 7a: Lansoprazolo: DDD x 1000 abitanti res gennaio 2006 – dicembre 2007



Analogamente l'introduzione dell'Omeprazolo generico ad inizio 2008 ha determinato una lieve flessione delle prescrizioni della specialità medicinale solo tra febbraio ed aprile 2008, per poi andarsi a sommare a tali prescrizioni, determinando un incremento delle prescrizioni complessive di Omeprazolo. Nei primi 6 mesi del 2008 solo il 19% dell'Omeprazolo prescritto è un generico.

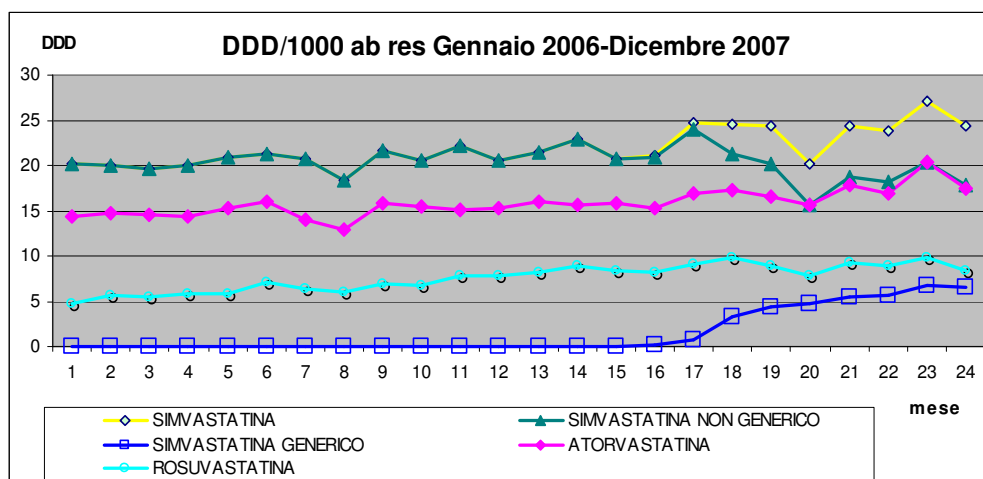
Fig 7b: Omeprazolo: DDD x 1000 abitanti res gennaio 2006 –dicembre 2007



Statine

Anche la prescrizione di statine è in continua crescita, con quote di mercato maggiori per le molecole più vecchie quali Simvastatina ed Atorvastatina. La spesa SSN per le statine (associazioni comprese) nel 2007 è stata di 2.696.674 € con una proiezione di spesa per il 2008 pari a 2.696.003 (pressoché invariata). L'introduzione della Simvastatina generica a maggio 2007 ha determinato una iniziale riduzione della prescrizione della specialità durata tuttavia pochi mesi.

Fig 8: Statine DDD x 1000 abitanti res gennaio 2006 -dicembre 2007



Nel 2007 la percentuale di Simvastatina generico era del 13% sul totale della Simvastatina prescritta, la proiezione per il 2008 evidenzia una percentuale pari al 33% a fronte di un aumento della prescrizione del 16,5% rispetto al 2007. Di essa fa parte anche l'associazione di Simvastatina + Ezetimibe (di cui non è disponibile generico), passata dal 7% delle prescrizioni di Simvastatina nel 2007 al 12% nei primi 6 mesi del 2008. Da settembre 2007 inoltre vi è stato uno spostamento verso la prescrizione di Atorvastatina (+28% nel 2008), Rosuvastatina (+7%), Fluvastatina (+1,5%), Lovastatina (+30%), tutte molecole coperte da brevetto.

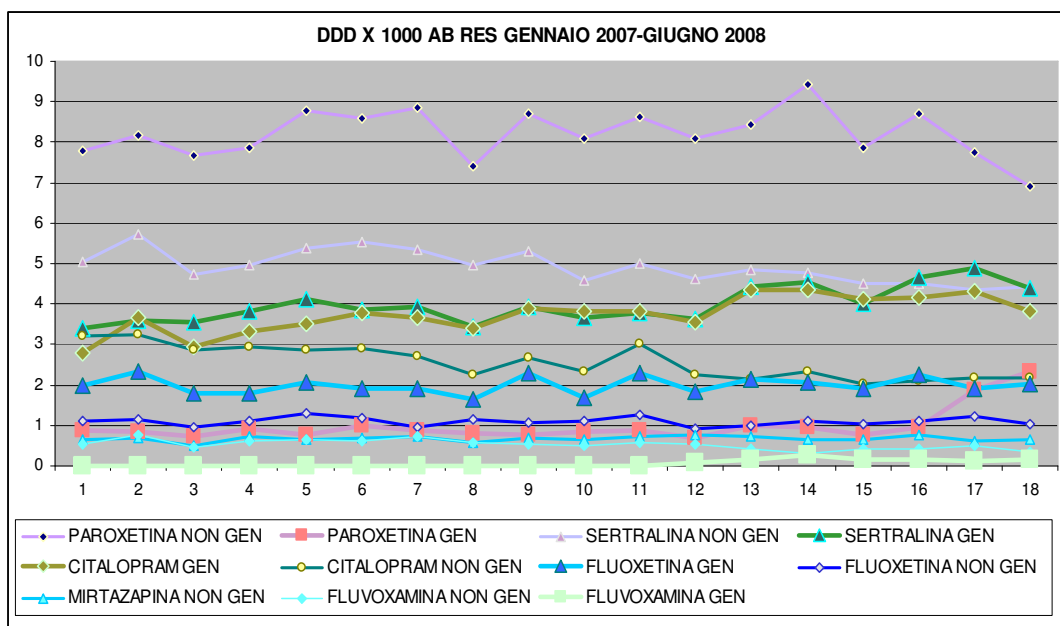
Antidepressivi

La spesa degli antidepressivi nell'ASL CN2 nel 2007 è pari a 2.002.588 €, il 98% delle prescrizioni riguarda farmaci di fascia A, il 2% farmaci di fascia C. Dei farmaci di fascia A il più prescritto è la Sertralina con il 20%, seguita da Paroxetina cl. (18%), Escitalopram ossalato (9%), Venlafaxina (8%), Citalopram cl (8%), Fluoxetina (8%) e Citalopram br. (7%), tutte le prescrizioni risultano in aumento rispetto al 2006, escluse Venlafaxina (-19,2%) e Fluoxetina (-0,3%). Per la Sertralina e Citalopram si nota una riduzione della spesa rispettivamente del 17,5% e del 20,9% per l'abbassamento del prezzo della molecola (scadenza brevettuale). I primi 7 principi attivi, tutti appartenenti al gruppo degli inibitori della ricaptazione della serotonina, rappresentano il 78% delle prescrizioni. La Duloxetina rappresenta il 7% delle prescrizioni (nota 4). Tra i farmaci di fascia C, l'Ademetionina butandisolfato rappresenta il 42% delle prescrizioni e l'Ademetionina solfato tosilato il 16%. Segue l'Iperico (21%). La Duloxetina cl rappresenta il 5% della fascia C (incontinenza urinaria da sforzo). Sempre in Classe C sono stati venduti anche Maprotilina (5%), Dosulepina (4%) e Oxitriptano (1%).

Dei 1.398.359 € di spesa rimborsata con il SSN per i farmaci Inibitori della ricaptazione della serotonina ed altri antidepressivi (escludendo gli inibitori non selettivi delle monoamino-ricaptazione) 228.952,71 € sono dovuti a farmaci generici (pari al 16%).

Sebbene siano disponibili generici per Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Fluoxetina, Mirtazapina e, da fine 2007, Fluvoxamina, solo per Citalopram e Fluoxetina la prescrizione di generici supera quella delle specialità medicinali.

Fig 9: Antidepressivi: DDD x 1000 abitanti residenti gennaio 2006 - dicembre 2007

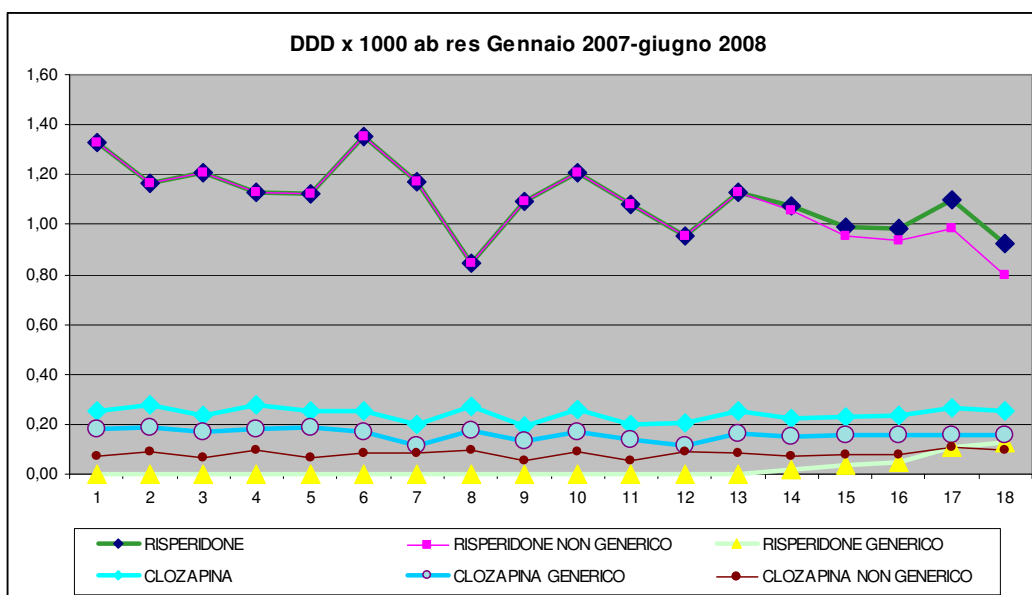


Antipsicotici

I farmaci antipsicotici nella nostra ASL nell'anno 2007 rappresentano una spesa pari a 1.582.902€, l'89,2% delle prescrizioni sono farmaci di fascia A, l'11% di fascia C. Il farmaco più prescritto in fascia A è l'Olanzapina, (25%, + 9,3% rispetto al 2006) seguito da Quetiapina (15%) e Risperidone (15%). Per il Risperidone, l'introduzione del generico ha determinato una riduzione del costo della specialità, causando tuttavia un decremento nel suo impiego del 47% nel 2008 a fronte dell'incremento della spesa per molecole a maggior costo (+10% Quetiapina, +7,5% Olanzapina).

Il Litio Carbonato rappresenta invece il 12% (+5,1% rispetto al 2006), seguito da Aloperidolo (7%), Clotiapina (5%) e Clozapina (3%). Per i farmaci di fascia C, il 29% delle terapie è costituito dalla Promazina, seguita dall'Amisulpiride (22%), Tiapride ed Aloperidolo (14%) La Veralipride (9%), impiegata nei disturbi della sindrome menopausale è stata recentemente ritirata dal commercio.

Fig 10: IPP: DDD x 1000 abitanti res gennaio 2006 -dicembre 2007



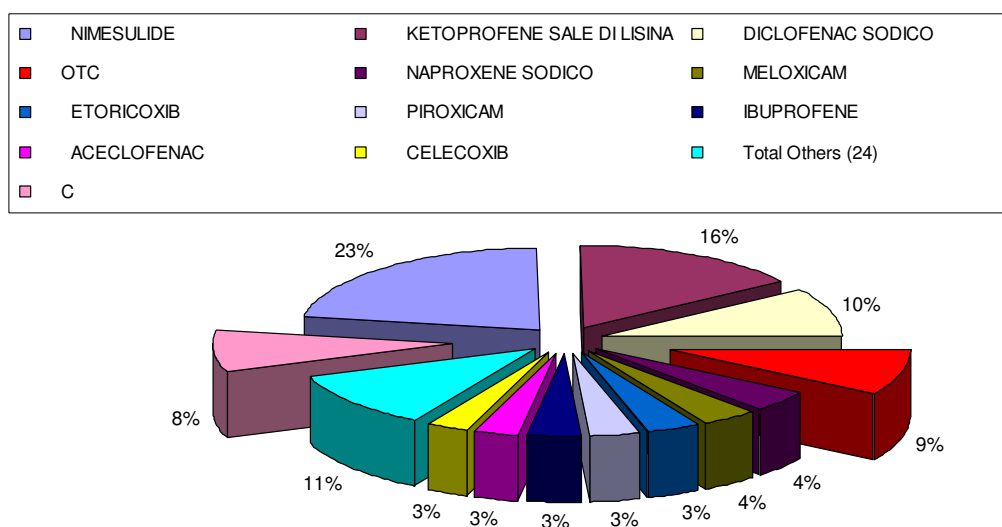
Tra gli antipsicotici esistono attualmente 2 generici: il Risperidone e la Clozapina. Per la Clozapina la prescrizione di generico ha superato generalmente quella della specialità

medicinale, sebbene nel secondo trimestre 2008 si noti un aumento della prescrizione di Clozapina specialità. Per il Risperidone introdotto solo all'inizio 2008, la prescrizione del generico è in crescita mentre la specialità sta subendo una piccola flessione, flessione che si ripercuote sulla prescrizione di principio attivo Risperidone a favore di altre molecole coperte da brevetto di nuova introduzione sul mercato (Paliperidone).

Antinfiammatori non steroidei (FANS)

Le prescrizioni dei farmaci antinfiammatori non steroidei nell'ASL CN 2 è pari a 1.330.461 €, con costi a carico del cittadino per il 65% e con un decremento, rispetto al 2006, del 3,1%. L'83% delle prescrizioni è costituito da farmaci potenzialmente mutuabili, l'8% dalla fascia C ed il 9% è costituito da OTC.

Fig 11: Mercato dei FANS presso l'ASL CN2- anno 2007



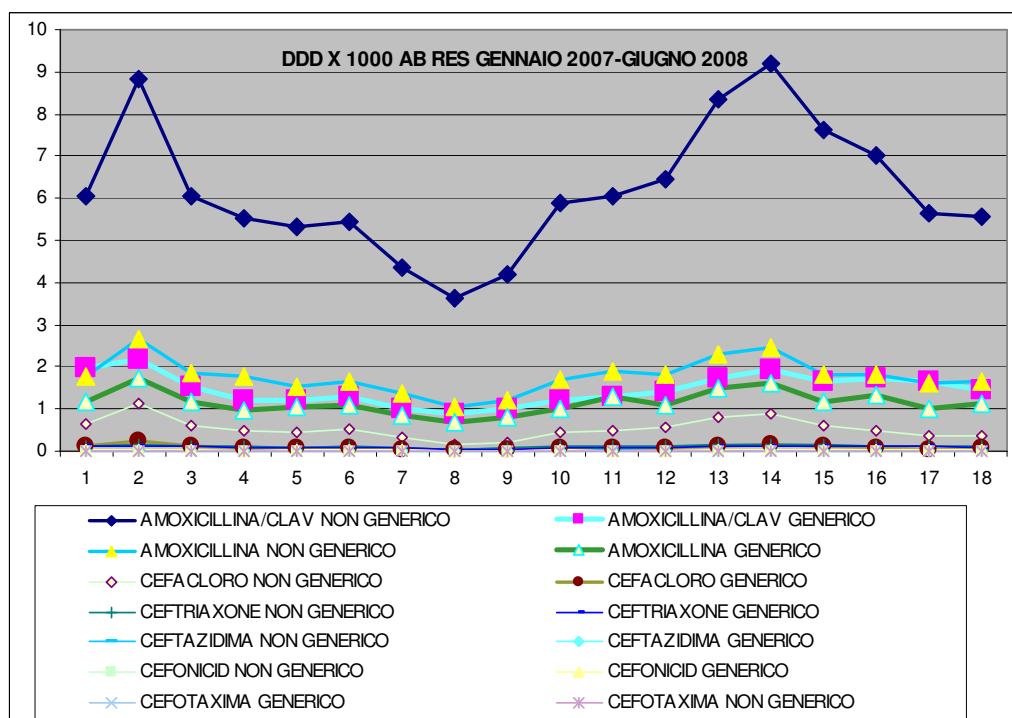
Il farmaco più prescritto è la Nimesulide con il 23% delle prescrizioni di tutti i FANS, in diminuzione del 24% rispetto al 2006 (rischio di epatotossicità). Seguono Ketoprofene e Diclofenac rispettivamente con il 16% ed il 10% delle prescrizioni (+18% e +10% rispetto al 2006). La prescrizione di Ibuprofene rappresenta solo il 4% delle prescrizioni degli antinfiammatori (al pari di Naproxene, Meloxicam e Piroxicam) benché sia aumentata del 31% vs il 2006. Tra i primi 10 antiinfiammatori più prescritti troviamo 2 Coxib: l'Etoricoxib ed il Celecoxib

Tra i farmaci di fascia C troviamo, in ordine decrescente di prescrizione, Morniflumato, Diclofenac, Ketoprofene, Ketorolac e Glucosamina, Indometacina. Tra gli OTC Ketoprofene sucralfato occupa la prima posizione, seguito da Ibuprofene e Naproxene.

Antimicrobici

La spesa degli antimicrobici generali presso l'ASL CN2 nel 2007 è pari a 3.896.256 € l'83% è in fascia A ed il 17% in fascia C. Le più prescritte risultano le Penicilline associate e non ad Inibitori delle beta-lattamasi con il 42% (+6,5% di prescrizioni rispetto al 2006, -14,2% la spesa per la perdita del brevetto dell'Amoxicillina associata e non all'Ac. Clavulanico). Seguono i Macrolidi-Lincosamidi (tra cui ricordiamo la Claritromicina in scadenza brevettuale) e Streptogramine con il 15% delle prescrizioni. Seguono i Chinolonici con il 10%, con un aumento rispetto al 2006 del 7,5% delle prescrizioni e del 2,4% della spesa benché fosse attesa una riduzione per la perdita del brevetto di Ciprofloxacina e Norfloxacina. L'uso di Cefalosporine (8% delle prescrizioni) risulta diminuito del 4,2% rispetto all'anno precedente. Gli antimicrobici sistemici rappresentano il 2% delle prescrizioni totali (+6% delle prescrizioni, -8,8% della spesa per la perdita del brevetto dell'Itraconazolo). Tra i farmaci di fascia C, i vaccini batterici rappresentano l'88,8%, le Tetracicline il 5,7%.

Fig 12: Antibiotici: DDD x 1000 ab res gennaio 2007- giugno 2008



Distribuzione diretta

La fornitura diretta di farmaci a Casa Circondariale, Strutture Residenziali (RSA) e Distribuzione Diretta corrisponde ad una spesa di 5.267.555 € nel corso del 2007 ed una spesa prevista per il 2008 (sulla base del primo trimestre 2008) pari a 6.193.832 € con un incremento del 17,6%.

Il raggruppamento farmaco-terapeutico più significativo risulta il gruppo L degli antineoplastici ed immunosoppressori (2.396.651€ nel 2007, + 28% rispetto al 2007 in base alla proiezione per il 2008). In questa classe di farmaci sono compresi oltre agli antitumorali orali, anche farmaci usati per il trattamento dell'artrite reumatoide, interferoni per il trattamento delle epatiti, immunosoppressori utilizzati nel trapianto renale, interferoni utilizzati per il trattamento della Sclerosi Multipla e ciò giustifica l'importo così elevato ed il fatto che si tratti quasi esclusivamente di farmaci distribuiti direttamente. La seconda categoria farmaco terapeutica in ordine di spesa risulta il gruppo B dei farmaci per il sangue e gli organi emopoietici. L'importo di 1.085.023 € del 2007 sembrerebbe in diminuzione nel 2008 (-10%). Tale importo è dovuto prevalentemente alle Darboepoetine (larga prevalenza dei pazienti dializzati, in distribuzione diretta), ad emoderivati (Fattori della Coagulazione in distribuzione diretta, Albumina alle RSA), antitrombotici (Eparine, Eparine a Basso Peso Molecolare, Clopidogrel e Ticlopidina) ed a soluzioni infusionali anche nutrizionali (RSA). In ordine decrescente troviamo poi il gruppo dei farmaci del Sistema Nervoso Centrale con 374.077 € nel 2007 (+17% nella proiezione 2008) costituita prevalentemente da Antipsicotici, Antidepressivi, Antiepilettici, terapia del dolore con oppioidi, riluzolo per la Sclerosi Laterale Amiotrofica e farmaci anti-demenza in distribuzione diretta, ma anche utilizzati nelle strutture residenziali (in particolare se dedicate a pazienti psichiatrici).

Tra i farmaci dell'apparato gastrointestinale (A: 348.835 € nel 2007, +11% nel 2008) predomina l'uso di Vitamina D ed analoghi (paracalcitolo) dopo dimissione ospedaliera, Algasidasi beta (utilizzata per un singolo paziente affetto da malattia rara -Morbo di Fabry- seguito presso la dialisi di Alba) e farmaci antiulcera con particolare riferimento agli inibitori di pompa protonica.

L'impiego di antibatterici è elevato, con una spesa pari a 321.970 nel 2007 (+29% nel 2008) ed è caratterizzato dall'impiego di antivirali (specialmente epatite) in dimissione ospedaliera, Betalattamine, Aminoglicosidi ed Antimicotici sistemici in carcere e strutture residenziali.

I farmaci del gruppo H (preparati ormonali sistemici, ormoni sessuali esclusi) hanno comportato una spesa pari a 306.298 € nel 2007 (+23% nel 2008) con coinvolgimento di

sostanze antiparatiroidiche ed ormoni ipotalamici in dimissione, Somatotropina ed analoghi, nella distribuzione diretta.

Per i pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata invece sono stati spesi, nel 2007, 429.185 € con una proiezione di spesa a fine 2008 di 382.944 € (-11%). In questo caso le classi farmacologiche maggiormente rappresentate sono la classe B dei farmaci del sangue ed organi emopoietici (-15% rispetto al 2007, usati soprattutto soluzioni endovenose di aminoacidi, lipidi, glucosio e nutrizioni parenterali, antitrombotici quali eparinici, Clopidogrel, Ticlopidina ed Acido Acetilsalicilico tamponato). Molto utilizzati anche gli antimicrobici sebbene nel 2008, sulla base del primo trimestre, sia atteso un decremento del 41%. La spesa maggiore è legata all'impiego di glicopeptidici (Teicoplanina) e betalattamine (Cefalosporine e Carbapenemici), Antimicotici sistemici e Fluorochinoloni. I farmaci dell'apparato gastrointestinale hanno comportato una spesa di 56.669 € nel 2007 (+13% nel 2008) e sono costituiti principalmente da antiulcera, integratori vitaminici, antiemetici ed anti-nausea, lassativi. Anche per i prodotti dermatologici si ha una proiezione di spesa per il 2008 maggiorata del 12% rispetto al 2007. vengono utilizzati prevalentemente, oltre ad antisettici e disinfettanti, chemioterapici, cicatrizzanti ed enzimi topici.

Conclusioni

Il mercato dei farmaci etici cresce annualmente, nonostante le disposizioni messe in atto per contenerlo, per l'immissione in commercio di nuovi farmaci, caratterizzati da un sempre maggior costo (talora a fronte di una mancata superiorità in termini di efficacia). Così ad esempio nel 2006 il mercato dei farmaci etici è cresciuto del 4,6% rispetto al 2005, nel 2007 la crescita è stata solo del 2,4% rispetto all'anno precedente grazie al potenziamento della Distribuzione Diretta, l'introduzione di nuovi generici con il conseguente abbassamento del costo delle terapie, gli interventi di Farmacovigilanza Attiva. Negli anni in studio, presso la nostra Asl, abbiamo assistito ad un progressivo incremento del peso dei farmaci di classe A acquistati a carico del SSN (dal 56,8% del 2005 al 58,3% del 2008) con la progressiva riduzione della quota a carico del paziente, segno di una maggior consapevolezza dell'interscambiabilità tra i farmaci equivalenti (grazie anche all'attività di educazione sanitaria svolta dai farmacisti dell'ASL). Anche l'acquisto privato di farmaci di classe A si riduce, segno di maggior aderenza delle prescrizioni alle limitazioni imposte dalle note AIFA, grazie anche agli interventi mirati all'appropriatezza prescrittiva messi in atto dai farmacisti dell'Asl (questo nonostante l'aumento dei farmaci che, a causa del loro basso costo, risulta conveniente acquistare direttamente anziché pagare il ticket della ricetta). I farmaci venduti su consiglio del farmacista (SOP) rimangono invece una quota di mercato che, seppur in decremento, risulta superiore a quella regionale, al contrario dei farmaci di automedicazione (OTC) che, seppur in crescita, sono sempre al di sotto della media della regione. Va tuttavia notato che il valore medio dei SOP ogni 1000 abitanti è maggiore per l'ASL CN2 rispetto alla media della regione, così come per i farmaci di classe A e C. Solo per gli OTC il valore ogni mille abitanti è inferiore alla media regionale, come evidenzia la tabella che segue.

Tab 4: Valore medio speso ogni 1000 abitanti residenti ASL CN2 e media Piemonte

	Pr 2008		2007		2006		2005	
	ASL CN2	Regione	ASL CN2	Regione	ASL CN2	Regione	ASL CN2	Regione
A	242.832	237.458	230.846	226.995	232.900	229.394	230.979	230.059
C	56.910	56.272	56.069	54.719	56.915	55.799	56.536	56.151
OTC	27.028	30.806	24.713	29.674	25.517	29.282	25.490	30.175
SOP	10.872	9.654	10.415	9.561	11.082	10.257	11.927	11.059
Tot	337.640	334.188	322.042	320.949	326.414	324.732	324.931	327.445

Analizzando poi in dettaglio la spesa per i farmaci venduti mediante SSN (fascia A), notiamo tuttavia che alla maggior spesa della nostra ASL corrisponde, con le sole eccezioni di antibiotici, farmaci del Sistema Nervoso Centrale (antipsicotici, antidepressivi ecc ecc) e farmaci respiratori (farmaci per i disturbi ostruttivi, BPCO), ad un minor numero di terapie al domicilio del paziente evidenziando così la prescrizione di farmaci più costosi rispetto alla media del Piemonte.

Occorre inoltre osservare che, per i farmaci del Sistema Nervoso Centrale, ai sensi dell'ACCORDO tra la Regione e le Farmacie al Pubblico, diversi farmaci spediti con la

ricetta mutualistica, rientrano negli elenchi con possibilità di Distribuzione Diretta da parte di ASL/ASO (Clozapina, Donepezil, Galantamina, Olanzapina, Risperidone, Rivastigmina, Quetiapina). Nel caso dei farmaci respiratori e dei farmaci del Sistema Nervoso Centrale la maggior prescrizione sembra correlarsi ad una maggior incidenza di tali patologie presso la nostra Asl rispetto alla media del Piemonte (maggior mortalità per patologie Ostruttive e per Demenza). Rimane da valutare l'appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci respiratori per le patologie ostruttive, degli antibiotici per le infezioni comunitarie (e/o ospedaliere in comunità) e le terapie per la demenza nonché la possibilità di interventi di prevenzione delle infezioni, e della riacutizzazione della BPCO.

Tab 5: Farmaci di Fascia A a carico del SSN: DDD x 1000 ab res – Alba VS media del Piemonte.

Totale Farmaci Classe A a carico del SSN	DDD x 1000 ab res 2006		DDD x 1000 ab res 2007		DDD x 1000 ab res 2008 (dati I sem)	
	Piemonte	ASLCN2	Piemonte	ASLCN2	Piemonte	ASLCN2
	804,90	788,86	836,68	824,47	913,34	899,01
A app. gastrointestinale e metab	92,19	85,68	99,43	92,72	111,37	103,25
B sangue ed organi emopoietici	68,34	67,33	73,24	71,11	81,21	77,45
C sistema cardiovascolare	407,40	383,98	420,55	400,76	455,84	436,10
D dermatologici	1,94	1,33	2,03	1,54	2,81	1,98
G sistema genito-urinario ed ormoni	43,20	42,06	43,18	42,52	45,31	44,36
H preparati ormonali sistemici-escl	23,52	21,97	24,64	23,73	26,87	26,50
J antimicrobici generali per uso sis	19,05	21,49	19,68	22,09	23,04	26,67
L farmaci antineoplastici ed immunom	6,38	5,56	6,31	5,49	6,37	5,55
M sistema muscolo-scheletrico	31,63	29,10	33,22	31,03	36,85	34,24
N sistema nervoso	54,38	67,61	56,55	70,08	60,80	74,59
P farmaci antiparassitari- insettici	0,61	0,56	0,63	0,62	0,67	0,68
R sistema respiratorio	38,15	44,80	38,99	44,88	43,28	49,52
S organi di senso	18,11	17,38	18,20	17,83	18,89	18,04
V vari	0,03	0,04	0,03	0,06	0,02	0,08

Il maggior costo delle terapie presso la nostra Asl nel corso degli anni in studio non appare inoltre da attribuire alla minore percentuale di prescrizione di farmaci generici ove disponibili: come si evidenzia dalla tabella sottostante. Infatti, con la sola eccezione dei farmaci di fascia A del 2008 (primo semestre), la percentuale di terapie costituite da GENERICI risulta sempre superiore alla media regionale. A partire da 2007 tuttavia, presso l'ASL CN2 si osserva un progressivo SHIFT PRESCRITTIVO verso molecole più recenti, costose ed ancora coperte da brevetto ossia, poco dopo la perdita del brevetto e l'ingresso sul mercato di farmaci generici per quel determinato principio attivo, la prescrizione si sposta su molecole della stessa famiglia ancora coperte da brevetto (talora si assiste alla prescrizione di nuove forme farmaceutiche di specialità medicinali di cui non esiste equivalente generico impedendo così la sostituzione da parte del farmacista) o alla prescrizione di specialità a base di salificazioni diverse da quelle contenute nel generico. Tali prescrizioni spesso non sono giustificabili da una maggior efficacia o praticità d'uso (vedi inibitori di pompa protonica, statine, ecc).

Tab 6: Percentuale DDD x 1000 ab res di Farmaci Generici sul Totale (per classe)

		2005	2006	2007	2008
Fascia A	ASL CN 2	4,1	4,7	5,7	7,5
	Piemonte	3,9	4,5	5,7	7,7
Fascia C	ASL CN 2	5,6	8,0	8,1	9,2
	Piemonte	5,5	7,6	7,8	8,4
OTC	ASL CN 2	0,3	0,5	0,8	0,6
	Piemonte	0,4	0,5	0,6	0,5
SOP	ASL CN 2	16,0	16,2	16,8	16,1
	Piemonte	15,1	15,9	16,3	16,3

Ad aumentare il costo delle terapie concorre poi, dall'inizio del 2008, l'introduzione di nuovi farmaci in fascia A (precedentemente a solo uso ospedaliero e quindi dispensabili solo in Distribuzione Diretta). Così ad esempio mentre in Piemonte vengono prescritte nei primi 6 mesi del 2008 93 giornate di terapia ogni 1000 abitanti con farmaci immessi in commercio da meno di 12 mesi, nella nostra Asl le "nuove" terapie sono 126 ogni 1000 abitanti (+ 35% rispetto alla media regionale). Tale differenza non è tuttavia da attribuire a "FARMACI INNOVATIVI" secondo la classificazione AIFA quali EXENATIDE, SITAGLIPTIN e VILDAGLIPTIN in ambito diabetologico, o IVABRADINA in ambito cardiologico in quanto essi superano talora di molto poco la media regionale. Incide maggiormente una salificazione quale PERINDOPRIL ARGININA (+58% nel primo semestre 2008 rispetto alla media regionale) o l'associazione EZETIMIBE/SIMVASTATINA (+ 61% rispetto alla media regionale nel primo semestre 2008) ed altri farmaci del sistema cardiocircolatorio. Infatti mentre la spesa media SSN per 1000 abitanti della nostra Asl per suddetti farmaci entrati in commercio da meno di 12 mesi ammonta a 2.251,38 € nel primo semestre 2008, la stessa spesa (media) regionale è di soli 1.879,45 €. Inoltre, ad una percentuale di spesa maggiore di circa il 20% della media regionale corrisponde un incremento di terapie solo dell'8%, a conferma dell'indirizzo delle nuove prescrizioni verso molecole a maggior costo presso l'ASL CN2.

**Consumo di farmaci in medicina di base.
Confronti ASLCN2 - Piemonte anno 2007.**
Elio Laudani - Vittorio Battaglia - Lucia Infante - Luca Monchiero

Introduzione

In questo breve articolo viene descritto, per l'anno 2007 e per l'ASL CN2, il consumo di farmaci distribuiti dalle farmacie convenzionate (fascia A del Prontuario Nazionale).

Come termine di riferimento degli indicatori considerati si utilizza il dato complessivo della Regione Piemonte.

Le immagini che si possono ricavare da queste brevi riflessioni sono necessarie per il lavoro che gli Uffici di Coordinamento delle Attività distrettuali stanno svolgendo con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta, al fine di migliorare il rapporto costi-benefici della prescrizione. Inoltre la descrizione e il monitoraggio del fenomeno si inseriscono nel quadro più ampio delle azioni sulla prescrizione appropriata e sulla sobrietà ed essenzialità nelle cure primarie.

Questi ultimi concetti sono strettamente legati allo sviluppo, in primo luogo locale, della cultura dell'informazione indipendente sul farmaco, in alternativa alla dinamica consumistica e mercificante che predomina in questo settore.

Materiali e metodi

Il profilo di consumo è indagato per grandi gruppi di farmaci secondo la classificazione ATC (Anatomical Chemical Classification). I dati derivano dal programma " Sfera" IMS patrocinato dal Ministero della Salute.

Gli indicatori usati sono: spesa per 1000 abitanti residenti, DDD per 1000 abitanti (Dose Giornaliera Definita: unità stabilita dal Drug Utilisation Research Group dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa. È la dose giornaliera media per adulto del farmaco nella sua indicazione principale. Esprime una stima del numero di pazienti che sono stati trattati con un dato farmaco. Si esprime per mille abitanti e per giorno).

I confronti, tra l'indicatore regionale e quello di ASL, sono espressi in termini di differenza e di rapporto.

Per la valutazione della significatività statistica si è ipotizzata una distribuzione normale dei dati relativi alle DDD.

Risultati

La tabella 1 confronta la spesa per 1000 abitanti tra ASL CN2 e Regione Piemonte.

TABELLA 1. SPESA ATC PER 1000 ABITANTI. PIEMONTE E ASL CN2 ANNO 2007.

	ANNO 2007 € x 1000 AB. PIEMONTE	ANNO 2007 € x 1000 AB. ASLCN2	differenza	rapporto
totale	192.797,57	195.717,28	2.919,71	1,015144
C sistema cardiovascolare	70.933,20	70.904,53	-28,67	0,999596
A apparato gastrointestinale e metab	28.254,57	24.028,37	-4.226,19	0,850424
B sangue ed organi emopoietici	7.771,08	6.840,33	-930,75	0,880229
N sistema nervoso	23.937,22	32.038,28	8.101,06	1,33843
G sistema genito-urinario ed ormoni	8.276,42	8.510,10	233,68	1,028235
R sistema respiratorio	14.164,63	15.076,72	912,09	1,064392
M sistema muscolo-scheletrico	5.868,77	6.001,57	132,80	1,022628
H preparati ormonali sistemici-escl.	2.178,31	1.475,68	-702,63	0,677441
J antimicrobici generali per uso sis	16.831,07	18.028,27	1.197,20	1,071131
S organi di senso	3.260,16	3.302,14	41,97	1,012874
L farmaci antineoplastici ed immunom	10.438,39	8.797,06	-1.641,33	0,84276
D dermatologici	623,92	512,72	-111,20	0,821767
P farmaci antiparassitari- insettici	163,72	143,36	-20,36	0,875633
V vari	96,11	58,15	-37,96	0,605041

La tabella 2 mostra lo stesso tipo di confronto in termini di DDD.

TABELLA 2. DDD PER 1000 ABITANTI. PIEMONTE E ASL CN2 ANNO 2007.

	ANNO 2007 DDD x 1000 AB. PIEMONTE	ANNO 2007 DDD x 1000 AB. ASLCN2	differenza	rapporto
totale	836,68	824,47	-12,21	0,985408
C sistema cardiovascolare	420,55	400,76	-19,79	0,952944
A app. gastrointestinale e metab	99,43	92,72	-6,70	0,932565
B sangue ed organi emopoietici	73,24	71,11	-2,13	0,970954
N sistema nervoso	56,55	70,08	13,53	1,239157
G sistema genito-urinario ed ormoni	43,18	42,52	-0,66	0,984715
R sistema respiratorio	38,99	44,88	5,89	1,150950
M sistema muscolo-scheletrico	33,22	31,03	-2,18	0,934359
H preparati ormonali sistemici-escl.	24,64	23,73	-0,90	0,963324
J antimicrobici generali per uso sis	19,68	22,09	2,41	1,122322
S organi di senso	18,20	17,83	-0,37	0,979412
L farmaci antineoplastici ed immun.	6,31	5,49	-0,82	0,869725
D dermatologici	2,03	1,54	-0,50	0,755554
P farmaci antiparassitari- insettici	0,63	0,62	0,00	0,992279
V vari	0,03	0,06	0,04	2,481866

Nella categoria dei farmaci neurologici si osserva una differenza statisticamente significativa tra le DDD per 1000 abitanti, questo fenomeno è illustrato nei dettagli in tabella 3.

TABELLA 3. INTERVALLI DI CONFIDENZA AL 95% FARMACI ATC NEUROLOGICI. PIEMONTE E ASL CN2 ANNO 2007. (decimali esclusi, arrotondamento per eccesso).

DDD PER 1000 ABITANTI. PIEMONTE	INTERVALLO CONFIDENZA DDD PER 1000 ABITANTI PIEMONTE	DDD PER 1000 ABITANTI. ASL CN2.	INTERVALLO CONFIDENZA DDD PER 1000 ABITANTI. ASL CN2
679	677-680	841	835-844

Discussione

È noto ormai da tempo che l'ASL CN2 presenta una spesa farmaceutica pro capite superiore a quella del Piemonte (vedi l'indagine sulla Spesa Farmaceutica pubblicata sul Bollettino Epidemiologico precedente- Anno 2006).

Occorre però considerare che l'ASL CN2 ha una popolazione più anziana del Piemonte e che gli indicatori in questione non sono aggiustati per età.

Un'analisi più accurata dovrebbe valutare attentamente la variabile età che, come è noto, si correla in maniera forte con il consumo di farmaci.

L'eccesso di spesa oltre che dall'età è anche spiegato dall'elevato consumo di farmaci della categoria neurologici.

È ipotizzabile che questo fenomeno sia dovuto a due ragioni: la forte prevalenza di anziani e la distribuzione diretta di farmaci P h-t (Prontuario Ospedale Territorio) non ancora sufficientemente sviluppata, soprattutto nelle aree periferiche dell'ASL.

Approfondimenti successivi, che considerino anche l'appropriatezza prescrittiva e gli aspetti delle dinamiche costi-efficacia, dovranno essere sviluppati nell'ambito delle attività distrettuali in accordo con i medici prescrittori ospedalieri e territoriali.

Il trattamento della sclerosi multipla tra terapie consolidate e nuove opzioni terapeutiche

Maria Margherita Avataneo - Michele Dotta

Introduzione

La sclerosi multipla (SM) è una malattia infiammatoria cronica demielinizzante che colpisce il Sistema Nervoso. Tra i disturbi neurologici è il più diffuso tra i giovani adulti e la principale causa neurologica di disabilità. Questa patologia colpisce 400.000 persone in Europa, di cui 50.000 italiani con un'incidenza in Italia di 1.800 nuovi casi. Nella sua forma più tipica, la forma recidivante-remittente (SM-RR), la sclerosi multipla si presenta con attacchi clinici acuti seguiti da regressione sintomatologica totale e parziale e da un periodo intercorrente tra un attacco ed un altro che non manifesta alcuna progressione della disabilità. Circa l'80% delle forme classiche a riacutizzazioni e remissioni progredisce in un tempo variabile, nella forma *secondariamente progressiva*, caratterizzata da riacutizzazioni associate ad un decorso progressivo. Il trattamento mira a ridurre la frequenza delle ricadute e a rallentare il decorso clinico della malattia. Trattandosi di una patologia infiammatoria su base autoimmunitaria, si utilizzano farmaci immunomodulatori in quanto riducono l'intensità con il quale il sistema immunitario attacca il Sistema Nervoso.

Ad oggi i farmaci in grado di rallentare il decorso della SM sono le terapie immunomodulanti con gli interferoni beta-1a ed interferoni beta-1b, il Glatiramer acetato ed il natalizumab.

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia dell'Interferone beta-1b e beta-1a nella SM-RR. In particolare l'IFN beta-1a, è indicato per il trattamento della forma recidivante-remittente allo scopo di ridurre la frequenza delle esacerbazioni, mentre non sono conclusivi i risultati del trattamento sulla progressione dei sintomi. L'interferone beta-1b si è dimostrato efficace anche nella forma *secondariamente progressiva*. Il Glatiramer acetato, invece, avendo una sequenza polipeptidica simile a quella della mielina, esplica un'azione di tipo competitivo, funzionando da falso bersaglio. In numerosi studi esso ha significativamente ridotto la frequenza di ricadute di circa il 30% ed il numero di lesioni visibili alla Risonanza Magnetica.

Attualmente l'Aifa, con determinazione del 17 luglio 2008, ha modificato la nota 65 relativa alla prescrizione di interferoni e Glatiramer acetato come segue:

Nota 65

<p>Farmaci per la Sclerosi Multipla</p> <ul style="list-style-type: none"> - glatiramer acetato - interferoni β-1a e β-1b ricombinanti 	<p><i>La prescrizione e la dispensazione a carico del SSN da parte di centri specializzati, Universitari o delle aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - per i pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente diagnosticata secondo i criteri di Polman (Polman, 2005) con punteggio sull'Expanded Disability Status Scale (EDSS) tra 1.0 e 5.5 <i>glatiramer acetato; interferone β-1a ricombinante; interferone β-1b ricombinante</i> - per i pazienti con Sclerosi Multipla secondariamente progressiva e punteggio di invalidità da 3 a 6,5 all'EDSS e almeno 2 ricadute o 1 punto di incremento all'EDSS nei 2 anni precedenti: <i>interferone β-1b ricombinante</i>
--	---

Il Natalizumab (Tysabri®), nuovo medicinale registrato per la Sclerosi Multipla e indicato come monoterapia "disease modifying" in pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente, è rimborsabile in Italia in seconda linea dopo un trattamento con terapia immunomodulante per almeno dodici mesi (gruppo A) e in prima linea nelle forme più aggressive di SM-RR (gruppo B).

Lo studio registrativo sul Tysabri nella SM-RR (AFFIRM) documenta una riduzione significativa rispetto al placebo del 59% delle ricadute e del 42% della disabilità dopo due anni di trattamento.

Sempre nello studio AFFIRM, i dati relativi alla persistenza della disabilità per 6 mesi rilevano una hazard ratio di 0,47 vs un valore di 0,57 riportato in uno studio di valutazione dell'interferoneβ 1a nella SM-RR. Per quanto riguarda invece i dati sulla sicurezza, l'uso di natalizumab è stato associato ad un rischio di leucoencefalite multifocale progressiva pari ad un caso ogni 1000 pazienti trattati per un periodo medio di trattamento pari a 17,9 mesi.

Le terapie consolidate

Nel periodo compreso tra gennaio 2005 e settembre 2008 sono risultati trattati, presso l'ASL CN2, con interferoni beta o glatiramer 75 pazienti: 49 femmine e 26 maschi, di età media 40 anni (min 14-max 68). Tutti i pazienti avevano iniziato la terapia presso il nostro centro con IFNβ-1a eccetto 15 (11 con glatiramer, 4 con IFNβ-1b). Per 7 pazienti è stato osservato il passaggio IFN-beta-1a 30 mcg intramuscolo 1 volta/settimana a IFN-beta-1a 22 mcg sottocute 3 volte/settimana. Altri 16 soggetti hanno invece avuto un incremento della dose somministrata, passando dai 22 mcg ai 44 mcg di IFN-beta-1a, sebbene 3 pazienti siano successivamente ritornati ai dosaggi inferiori. Al contrario altri 5 assistiti hanno avuto una riduzione di dose sottocute e tra essi solo 2 sono ritornati ai dosaggi superiori. Nel periodo in studio 24 pazienti sono passati da interferone beta-1a ad interferone-beta-1b (1 pz), glatiramer acetato (8 pz) o natalizumab (15 pz). L'impiego di glatiramer acetato in prima battuta si è notevolmente ridotto negli anni, passando da 9 pazienti nel 2005 ai soli 2 nel 2007. Di essi 5 non hanno avuto spostamento terapeutico verso altre molecole. Nessun paziente ha ricevuto contemporaneamente principi attivi appartenenti a classi terapeutiche diverse tra quelli in esame.

I dati preliminari sul natalizumab

Ad oggi 15/160 pazienti in trattamento con Tysabri in Piemonte sono seguiti presso la Neurologia di Alba (12 femmine, 3 maschi, età media 37 anni). Tutti i 15 soggetti sono risultati eleggibili al trattamento in base al criterio A ovvero soggetti "non responder" ad una terapia di almeno 12 mesi con interferone. Nessuno è risultato eleggibile per tipologia B cioè affetto da SM-RR grave e con evoluzione rapida.

Tabella 1: Confronto tra dati Nazionali (AIFAneuro), registrativi e locali dell'ASL CN2

	Aifaneuro		Studio registrativo	Asl CN2	
	Gruppo A	Gruppo B	Affirm	Gruppo A	Gruppo B
età media al baseline*	35,2	34,7	36	37	0
durata media malattia	9,6	6	5	11,9	0

*all'inizio della terapia con Tysabri

Presso l'ASL CN2 l'età media dei pazienti risulta poco superiore a quella dello studio registrativo, mentre la durata media della malattia, supera di circa 7 anni quella sperimentale e di oltre 2 anni quella nazionale.

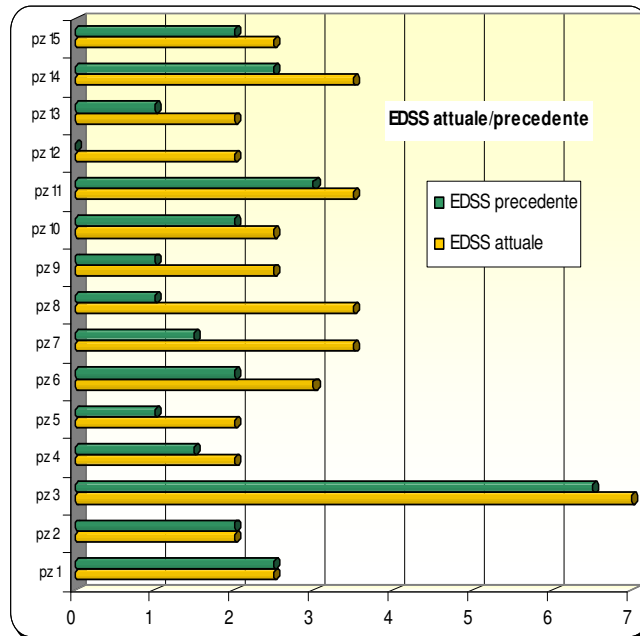
La disabilità residua, all'inizio della terapia con Tysabri, risulta in media inferiore a quella nazionale, e comunque entrambe superiori ai dati dello studio registrativo.

Tabella 2: Disabilità residua al baseline

Valore EDSS	Aifaneuro		Studio registrativo	Asl CN2	
	Gruppo A nr pazienti (%)	Gruppo B nr pazienti (%)	Affirm nr pazienti (%)	Gruppo A nr pazienti (%)	Gruppo B nr pazienti (%)
0	0	0	31 (5)	0	0
1.0 -1.5	26 (5,12)	0	179 (29)	0	0
2.0 - 2.5	135 (26,57)	11 (23,40)	208 (33)	9 (60,00)	0
3.0 - 3.5	129 (25,39)	13 (27,66)	130 (21)	5 (33,33)	0
4.0 -4.5	100 (19,69)	11 (23,40)	60 (10)	0	0
≥ 5.0	118 (23,23)	12 (25,53)	19 (≤2)	1 (6,67)	0
TOTALE	508 (100)	47 (100)	627 (100)	15 (100)	0
Media ± DS	3,69 ± 1,48	3,83 ± 1,4	2,3 ± 1,2	2,93 ± 1,28	0

Per i nostri pazienti, all'inizio della terapia con Tysabri, il recupero da precedenti ricadute risultava incompleto e la disabilità residua non inferiore a 2 sulla Expanded Disability Status Scale (EDSS).

Grafico 1: Valori EDSS precedenti ed attuali (baseline)



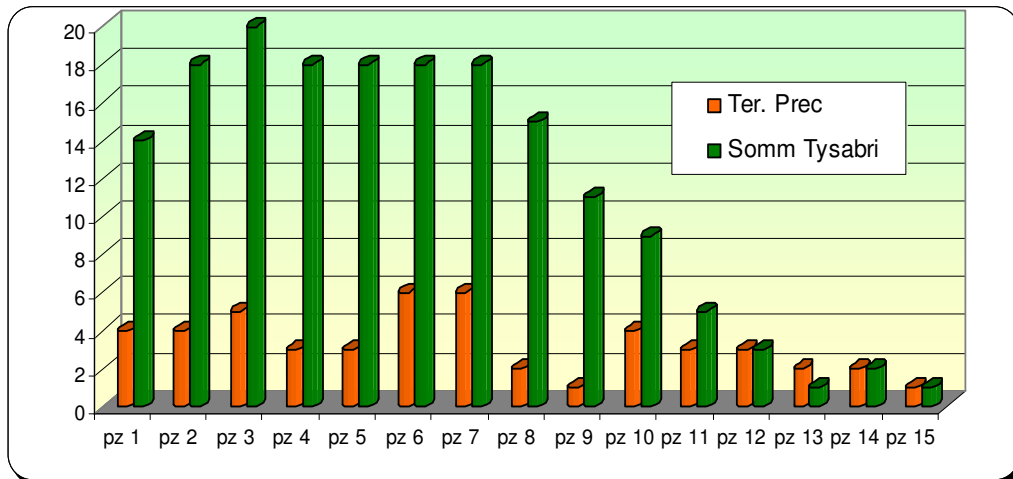
Come si può notare dal grafico 1, l'87% dei nostri pazienti, al momento della prescrizione del Tysabri, presentava maggior disabilità residua rispetto alla valutazione precedente, avendo avuto da 1 a 4 ricadute nell'anno antecedente (vedi tab 3)

Tabella 3: Numero di ricadute negli ultimi 12 mesi antecedenti la somministrazione di Tysabri

num. ricadute ultimi 12 mesi	Aifaneuro		Studio registrativo Affirm nr pazienti (%)	Asl CN2	
	Gruppo A nr pazienti (%)	Gruppo B nr pazienti (%)		Gruppo A nr pazienti (%)	Gruppo B nr pazienti (%)
0	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (<1)	0 (0,00)	0
1	92 (18,11)	0 (0,00)	368 (59)	6 (40,0)	0
2	250 (49,21)	22 (46,81)	197 (31)	4 (26,67)	0
≥ 3	166 (32,68)	25 (53,19)	56 (9)	5 (33,33)	0
TOTALE	508 (100)	47 (100)	627 (100)	15 (100)	0
Media ± DS	2,31 ± 1,04	3,13 ± 1,28	1,53 ± 0,91	2,00 ± 1,00	0

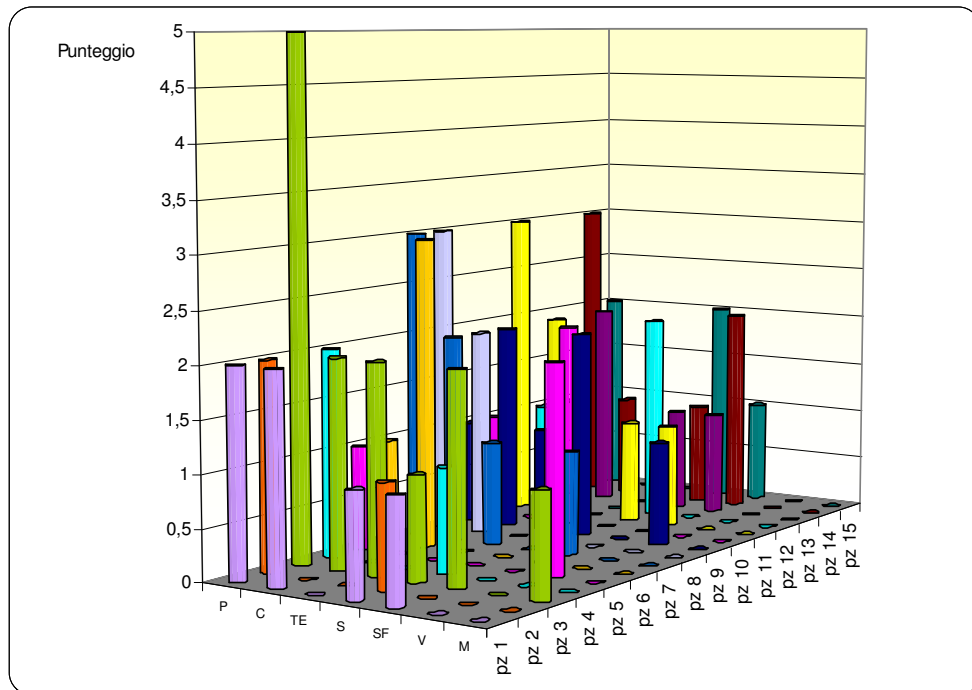
I dati relativi al numero di ricadute nel corso degli ultimi 12 mesi risulta, per i pazienti seguiti presso la nostra Asl, più vicino alla media nazionale e comunque superiore ai dati medi dello studio registrativo. Prima del trattamento con natalizumab tutti i pazienti avevano ricevuto almeno 12 mesi di trattamenti immunomodulanti a base di interferoni, glatiramer o mitoxantrone, con una media di 3,27 trattamenti.

Grafico 2: Numero delle terapie precedenti e delle somministrazioni di Tysabri per singolo paziente.



Ad oggi i pazienti seguiti presso il nostro centro hanno ricevuto in media 11,4 trattamenti con Tysabri (min 1-max 20). Tutti i pazienti al baseline presentavano funzioni piramidali (P) anormali (6/15) o disabilità minima (4/15) o moderata para/emiparesi (4/15) o emiplegia (1/15). Il 73% dei pazienti presentava alterazioni delle funzioni cerebellari (C) con lieve-moderata atassia (8/15), nel 67% dei soggetti le funzioni sensitive (S) erano alterate. Inoltre 7/15 mostravano funzioni sfinteriche (SF) lievemente o moderatamente alterate, 4 pazienti presentavano anomalie della funzionalità tronco-encefalica (TE), 2 avevano difficoltà visive (V), ed un altro presentava alterazioni della funzione mentale (M) con alterazioni dell'umore. Questo paziente, in particolare, presentava un punteggio EDSS pari a 7 con interessamento di tutte le funzioni eccetto la visiva. All'inizio del trattamento con natalizumab nessun paziente presentava infezioni in atto o immunodepressione.

Grafico 3. Sistemi funzionali e relativi punteggi EDSS



P= f. piramidali; C= f. cerebellari; TE= f. tronco-encefaliche;
S= f. sensitive; SF= f. sfinteriche; V= f. visive; M= f. mentali

Il 73,3% dei pazienti ha sinora ricevuto 5-20 somministrazioni di natalizumab con soli 2 effetti collaterali di lieve entità riportati sull'RCP del farmaco (gonfiore labbra, infezione non grave).

Tabella 4: Effetti collaterali

effetti collaterali	N° casi		N° casi	
	persistente		persistente	
	AIFAneuro		ASL CN2	
Infezioni	34	0	1	0
Mal di testa	26	2	0	0
Brividi di freddo	18	0	0	0
Stanchezza	17	7	0	0
Nausea	10	0	0	0
Diarrea	10	0	0	0
Febbre	10	1	0	0
Capogiri	8	1	0	0
Orticaria	6	2	0	0
Infezioni vie urinarie	5	0	0	0
Dolori alle articolazioni	5	1	0	0
Infezioni opportunistiche	4	0	0	0
Mal di gola ed ipersecrezione nasale	2	0	0	0
Allergia grave (ipersensibilità)	2	0	0	0
Gonfiore al viso, labbra o lingua	1	1	1	0
Difficoltà respiratorie	1	0	0	0
Vomito	1	0	0	0
TOTALE	160	15	2	0

Il numero di pazienti con almeno una ricaduta dopo 9 mesi di trattamento è pari ad 1 (9,0% dei pazienti con almeno una visita di follow up), analogamente a quanto registrato a livello Nazionale.

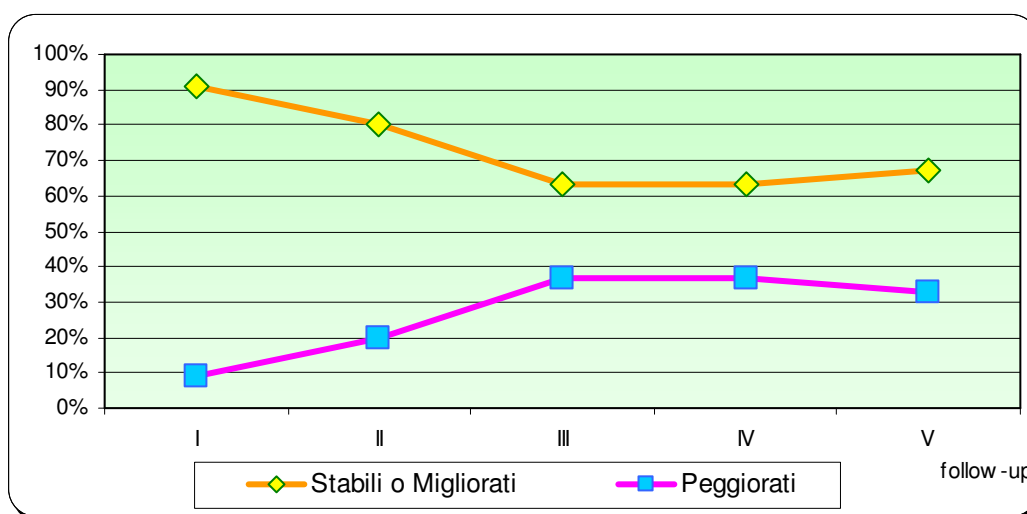
Tabella 5: Ricadute in trattamento

mesi di trattamento	ricadute in terapia rispetto follow-up precedente	numero di pazienti (%)	
		AIFAneuro	ASL CN2
3	1	3 (1%)	0
6	1	10 (3,5%)	1 (9,0%)
6	2	1 (0,35%)	0
6	3	1 (0,35%)	0
9	1	6 (2%)	0
9	2	5 (1,7%)	0
Totale		26 (9%)	1 (9%)

A 12 mesi dall'inizio delle terapia con Tysabri tuttavia questo stesso paziente aveva avuto 2 ricadute (una a 6 mesi, una seconda a dodici mesi di trattamento) contro le 3 dell'anno antecedente la somministrazione di Tysabri. Nessun altro paziente ha avuto ricadute, neanche a 15 mesi, mentre i medesimi pazienti avevano avuto in media 2 ricadute caduno nell'anno precedente il trattamento con Tysabri.

Le terapie concomitanti con il trattamento con natalizumab (3pz/15), sono risultate venlafaxina, paroxetina più pregabalin e l'associazione di oxibutina, baclofene e paroxetina.

Grafico 4: Stato dei pazienti in base all'EDSS dei follow-up trimestrali: percentuali di miglioramento e stabilizzazione o peggioramento rispetto al basale



I costi delle terapie

Nel corso del 2007 sono stati spesi complessivamente 635.733 € rispetto ai 627.023 € del 2006 (+ 1,39%) per farmaci immunomodulanti e glatiramer acetato nel trattamento della sclerosi multipla. Mentre tuttavia interferoni beta-1a, interferoni beta-1b ed il glatiramer sono classificati come farmaci di Fascia **A nota 65** ossia "DISPENSATI DIRETTAMENTE DALLO SPECIALISTA NEUROLOGO" il natalizumab è classificato in fascia **Hosp1** ossia "A SOLO USO OSPEDALIERO". Ciò è dovuto prevalentemente alle modalità di somministrazione poiché a differenza degli interferoni somministrabili facilmente anche a domicilio, il Tysabri richiede il monitoraggio del paziente per alcune ore dopo la somministrazione endovenosa, rendendo necessario l'accesso del paziente in Day Hospital.

Tabella 6: La spesa per i farmaci nella Sclerosi Multipla

Farmaco	2007	2006
Interferone beta-1a	424.580,76	526.092,21
Interferone beta-1b	12.126,72	0
Glatiramer acetato	70.758,38	100.931,19
Natalizumab	128.267,16	0
Tot spesa per SM	635.733,02	627.023,40

Il costo mensile delle terapie registrate per il trattamento della Sclerosi Multipla variano notevolmente da un minimo di circa 770 € di Glatiramer acetato ed interferone beta-1a agli oltre 1.700 € del natalizumab.

Va tuttavia ricordato che, a fronte di una maggior spesa per i farmaci, natalizumab risulta consentire un risparmio sia nei costi diretti della malattia (minor numero di indagini radiologiche/terapie delle ricadute quali Risonanza Magnetica, somministrazioni di cortisonici ad alte dosi in ambito ambulatoriale o di DH), che nei costi indiretti, legati alla netta riduzione degli effetti collaterali ed alla riduzione della progressione dell'invalidità, oltre che prolungare il periodo a maggior qualità di vita del paziente per la minor disabilità.

Conclusioni

Farmaci come il natalizumab (Tysabri®) ci pongono di fronte al dilemma di non perdere una potenziale opportunità terapeutica per una patologia così grave ed invalidante e, nel contempo, di doverne decidere l'impiego sulla base di dati ancora incompleti e di aspetti poco studiati.

Nel tentativo di "gestire l'incertezza", il modello adottato è quello di offrire comunque al paziente un'ulteriore opportunità terapeutica monitorando costantemente i pazienti trattati al fine di verificare la risposta al trattamento e di raccogliere i dati relativi all'efficacia e sicurezza. Per monitorare prescrizione, follow-up e appropriatezza d'uso, Tysabri è stato inserito nel registro dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo la cui prescrizione è subordinata alla registrazione ed alla compilazione di schede dati, appositamente predisposte ed accessibili tramite il sito Aifa: <http://monitoraggiofarmaci.agenziafarmaco.it>.

Questa procedura, apparentemente complessa, si pone come interfaccia tra autorità regolatoria, operatori sanitari e pazienti garantendo in tal modo un monitoraggio continuo dell'appropriatezza prescrittiva, dell'efficacia e della sicurezza del nuovo farmaco.

Bibliografia

fa-neuro.agenziafarmaco.it/#1 Vai

AIFA
Agenzia Italiana del Farmaco

[RICIEDI ACCESSO](#) [NORMATIVA](#) [ARTICOLI E NEWSLETTER](#) [INFORMAZIONI ed AGGIORNAMENTI](#) [FAQ](#) [HELP](#)

Registro farmaci neurologici sottoposti a monitoraggio: Tysabri

Il progetto Tysabri è un programma di monitoraggio intensivo promosso dall' Agenzia Italiana del Farmaco, condotto con la supervisione del "Tavolo Neurologico" costituito da esperti del settore e con il supporto tecnico del Cineca. Tale progetto nasce con l'intento di costituire un'ideale circolo virtuoso tra Autorità Regolatoria, Aziende ospedaliere, operatori sanitari e pazienti al fine di assicurare l'appropriatezza d'uso e l'efficacia del farmaco.

Il progetto prevede una gestione informatizzata dell'intero processo, consistente nell'accreditamento del centro prescrittore, nella verifica della eleggibilità del paziente, nella richiesta alla farmacia ospedaliera e nella dispensazione del farmaco, nel follow-up del paziente, compresa la registrazione degli eventi avversi, fino all'analisi dei dati di utilizzo del Tysabri.

Tramite un'apposita determinazione(1) l'AIFA, su indicazione dell'AIC rilasciato con procedura centralizzata Emea, ha previsto un programma di monitoraggio intensivo specifico per questo medicinale apportando un restringimento ulteriore delle indicazioni terapeutiche già approvate. Tale procedura prevede la compilazione di schede-paziente con lo scopo di garantire un uso sicuro del farmaco. Ciò potrà consentire una valutazione sull'utilizzo del farmaco, sulla durata dei trattamenti, sugli eventi avversi e l'impatto clinico del Tysabri sulla salute dei pazienti.

Gli obiettivi del progetto possono essere così riassunti:

- Offrire un'ulteriore opportunità terapeutica per i pazienti con SM monitorando costantemente i dati relativi ad efficacia e sicurezza per un farmaco il cui profilo rischio-beneficio è molto delicato.
- Tracciare/monitorare in tempo reale l'uso e il consumo di Tysabri da parte delle Autorità competenti.
- Offrire una procedura informatizzata capace di apportare miglioramenti incisivi nelle richieste di farmaco e in tutti i processi interni agli Istituti di cura.

(1) determinazione Aifa 7/12/06

Seleziona la Regione per visualizzare i Centri registrati

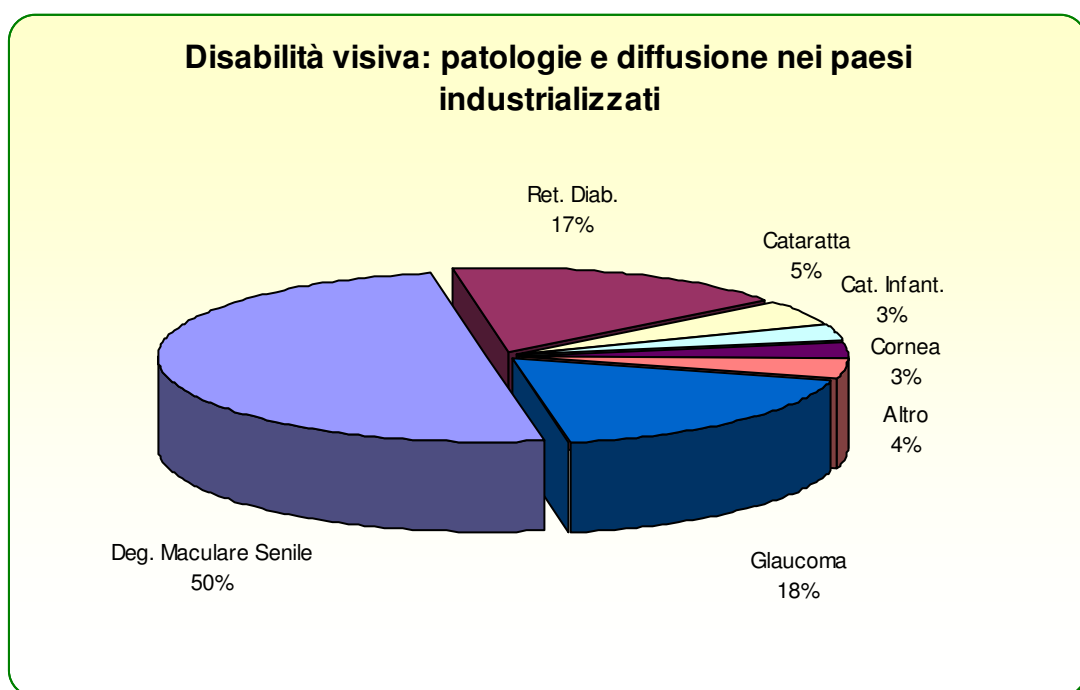
[VISUALIZZA I DATI](#) ↴

Degenerazione Maculare Senile e Retinopatia Diabetica: aspetti farmacoepidemiologici ed economici

Maria Margherita Avataneo - Alberto Alberti

Introduzione

Il recente lavoro, condotto con il contributo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e Ricerca, sullo *Studio delle patologie visive ed identificazione di quelle target*, presenta un'analisi statistica delle disabilità, con riferimento in particolare alla categoria dei disabili visivi. Sulla base dei parametri definiti dalla legge 138 del 2001 per la valutazione di minorazioni visive, sono stati raccolti i dati relativi alla popolazione ipovedente o non vedente. Come evidenziato nel grafico che segue, nei paesi industrializzati, tra le principali patologie della vista che possono condurre alla condizione di ipovedente nei paesi industrializzati prevale la Degenerazione Maculare Senile (50%), seguita dal Glaucoma (18%), dalla Retinopatia Diabetica (17%) e dalla Cataratta (8%).

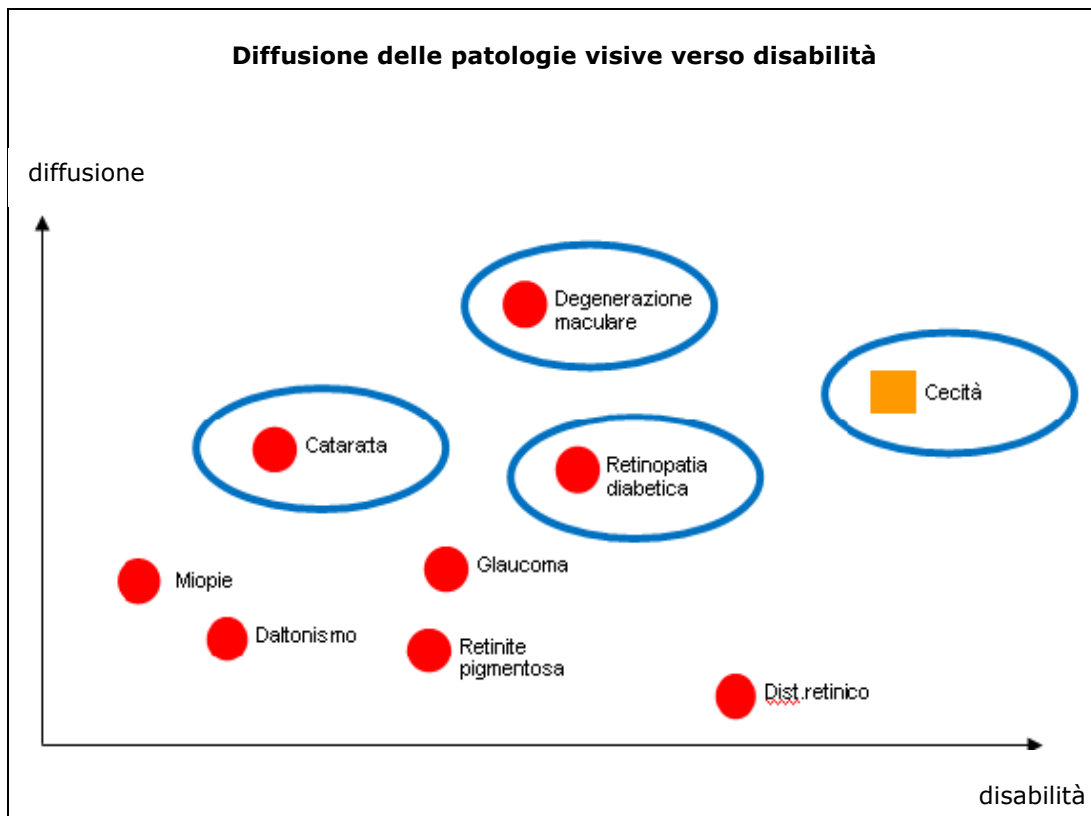


Fonte dati:



*Studio delle patologie visive ed
identificazione di quelle target
Survey*

L'attività dello *Studio delle patologie visive* si conclude poi con l'identificazione delle /della patologia target ossia quella patologia su cui concentrare gli sforzi di ricerca e terapeutici che soddisfa i criteri di maggior diffusività e di mancanza di ausili efficaci per il superamento della disabilità. Secondo lo schema che segue, seppur qualitativo, emerge che la patologia causa di ipovisione che soddisfa i criteri sopraesposti, cecità a parte (raffigurata nello schema seguente con un quadrato poiché distinta dalle patologie degli ipovedenti) risulta la Degenerazione Maculare. Inoltre meritano attenzione altre due patologie: la Retinopatia Diabetica per la quale la disabilità risulta maggiore della degenerazione maculare e la Cataratta che, significativa per il suo livello di diffusione, viene attualmente trattata efficacemente con l'intervento di facoemulsificazione (rimozione tramite ultrasuoni dell'opacità del cristallino) o con l'estrazione extracapsulare del cristallino e l'impianto di protesi ottiche sostitutive in materiale organico (lente intraoculare).



La degenerazione maculare senile (dms o ardm)

È una malattia che colpisce la retina, per l'esattezza la sua parte più importante per la visione cioè quella centrale, chiamata *macula*. Grazie ad essa è consentita la visione distinta, la lettura dei caratteri più piccoli, la percezione dei colori. Sebbene questa regione possa andare incontro a processi degenerativi, traumatici o infiammatori anche in giovane età con conseguente riduzione dell'acuità visiva, più frequentemente la regione maculare viene colpita dai processi di invecchiamento della retina e dei tessuti vicini, ecco perché viene comunemente chiamata degenerazione maculare senile o degenerazione maculare legata all'età. La degenerazione maculare, che di solito compare a partire dalla sesta decade della vita, costituisce una delle cause più frequenti di cecità legale nel mondo occidentale. L'affezione colpisce circa il 20% della popolazione anziana, con prevalenza per il sesso femminile. Il 90% della perdita della vista correlata a questa patologia è dovuta alla forma "umida" (o neovascolare o essudativa) con una incidenza di oltre 500.000 nuovi casi ogni anno nel mondo. Sebbene la maculopatia senile tenda a verificarsi in un solo occhio per volta, tra i colpiti dalla malattia il rischio che sia colpito anche il secondo occhio è del 5-15% tuttavia circa il 50% dei soggetti affetti dalla forma "umida" entro 5 anni svilupperanno questa patologia nel secondo occhio. La progressione della malattia (con conseguente aumento della disabilità per esempio nella lettura o nella guida ecc.) varia da un periodo di alcuni mesi a tre anni. Senza alcun trattamento terapeutico la maggioranza degli occhi affetti da Maculopatia Senile "umida" si troverà affetta da cecità funzionale entro due anni circa.

La retinopatia diabetica

Le complicanze oculari del diabete, dette appunto "retinopatia diabetica" possono portare alla perdita parziale o anche totale della vista. Tale patologia è conseguenza dell'iperglicemia che danneggia i vasi sanguigni di tutto l'organismo e in particolar modo quelli di minor diametro, compresi i capillari della retina. Secondo i dati disponibili, dopo circa 20 anni di malattia diabetica, un'alta percentuale di pazienti affetti da diabete mellito di tipo I (insulino-dipendente) e un certo numero di quelli con diabete mellito di tipo II (non insulino dipendente) hanno un qualche grado di retinopatia, portando il diabete mellito tra le principali cause dei disturbi della vista e della cecità legale nella società

occidentale. Infatti circa il 4% dei pazienti con diabete insorto prima dei 30 anni (I tipo) da un punto di vista legale sono ciechi e nel 90% di questi la cecità è attribuibile alla retinopatia diabetica. Allo stesso modo sono legalmente ciechi circa il 2% dei pazienti con diabete mellito insorto dopo i 30 anni (II tipo) e , in 1/3 dei casi, la cecità, anche qui, è attribuibile alla retinopatia diabetica. Si stima inoltre che la retinopatia diabetica sia la causa più frequente di nuovi casi di cecità negli adulti di età compresa tra 20 e 75 anni. La prevalenza della retinopatia è strettamente correlata alla durata del diabete e con il grado di compenso metabolico.

Esistono fondamentalmente due tipi di retinopatia: una *forma non proliferante* (che può comportare emorragie retiniche, formazione di edema maculare e/o ischemie) ed una *forma proliferante* (caratterizzata dalla formazione di neovasi con possibilità di emorragie vitreali).

Le terapie disponibili

La prima terapia innovativa è stata la PDT, o *terapia fotodinamica*. Introdotta in Italia nel gennaio del 2000, aveva allargato notevolmente le possibilità di cura per pazienti non altrimenti trattabili con il laser convenzionale. Circa il 30-40% dei casi di degenerazione maculare di tipo neovascolare hanno potuto essere curati con questa terapia. La terapia fotodinamica è una tecnica poco invasiva, consiste nell'iniezione endovenosa della **Verteporfina (Visudyne®)** che si accumula selettivamente a livello delle cellule coinvolte nella degenerazione maculare. Attivato da un raggio laser, il Visudyne®, distrugge la lesione degenerativa. I limiti di questa terapia sono nella scarsa efficacia nel restante 60/70 % delle forme di DM, nella quasi costanza delle recidive a distanza di 3-4 mesi, che richiedono periodici trattamenti (fino a 4 all'anno per due anni), e nel costo elevato del farmaco, per cui attualmente è praticamente abbandonata.

Ma la vera novità è stata l'introduzione dei *farmaci antiangiogenetici* (detti anche anti-VEGF: anti- Vascular Endothelial Growth Factor) ossia inibenti i fattori proliferativi biochimici patologici che si è scoperto provocano lo sviluppo della degenerazione maculare. Questi farmaci vengono iniettati direttamente dentro l'occhio nella cavità vitrea mediante una siringa dotata di un ago molto sottile (30 gauge), massimizzando il loro effetto sui tessuti bersaglio.

Il **pegaptanib (Macugen®- classe C, Hosp1)** è commercializzato in Italia da ottobre 2006 per l'indicazione: "trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età" da somministrarsi una volta ogni 6 settimane (9 iniezioni all'anno). Il paziente deve essere monitorato attentamente a causa dei prevedibili incrementi transitori della pressione endoculare riscontrati già in fase registrativa. Pertanto deve essere verificata la perfusione della testa del nervo ottico e, dopo l'iniezione, l'aumento della pressione intraoculare deve essere gestito in modo appropriato. Dopo somministrazione di Pegaptanib possono inoltre verificarsi emorragie intravitreali ad insorgenza immediata (nel giorno dell'iniezione) e ritardata.

Il **ranibizumab (Lucentis®- classe C, HOsp1)** commercializzato in Italia da fine gennaio 2007, è registrato per l'indicazione: "trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età" da somministrarsi con una dose d'attacco di una somministrazione al mese per 3 mesi consecutivi, seguita da una fase di mantenimento in cui i pazienti devono essere controllati mensilmente per l'acuità visiva. Se il paziente manifesta una perdita dell'acuità visiva superiore a 5 lettere (ETDRS o l'equivalente di una linea di Snellen), si deve somministrare Lucentis. Analogamente a Macugen, deve essere verificata la perfusione della testa del nervo ottico e l'aumento della pressione intraoculare deve essere gestito in modo appropriato.

Il **bevacizumab (Avastin®- classe A SSN Legge 648)**, autorizzato a spesa del SSN per il "trattamento delle maculopatie essudative e del glaucoma neovascolare" con determinazione AIFA del 23 maggio 2007, è inserito nell'elenco dei farmaci prescrivibili a carico del SSN ai sensi della Legge 648/96. Tale disposizione prevede la somministrazione per via intravitreale di dosaggi pari a 1,0-2,5 mg di sostanza con cadenza mensile o con regimi di somministrazione variabili: una o tre iniezioni iniziali e successive iniezioni sulla base di criteri anatomo-funzionali di persistenza o recidiva della lesione neovascolare. Negli studi sulla DM sono stati impiegati 2,5 mg intravitreali ogni 4 settimane per un totale di 3 iniezioni. Sinora nell'utilizzo per via intravitreale non sono stati descritti in letteratura eventi avversi oculari e sistemici correlabili al farmaco bevacizumab, ma solo alla modalità di somministrazione (es. endoftalmite ecc). Il risultato degli studi sinora condotti (e delle analisi delle serie di casi) può essere riassunto nello schema che segue:

OCCHI	RISULTATO PRINCIPALE
112	Riduzione dello spessore maculare, aumento del visus
231	Ranibizumab dopo bevacizumab non aumenta il visus
1310	Iniezioni ripetute di bevacizumab sono sicure e ben tollerate
420	Aumento del visus, possibilità di rottura dell'EPR
648	Rischio di endoftalmite da bevacizumab simile agli altri
67	Aumento del visus indipendentemente dal tipo di lesione neovascolare
102	Aumento del visus, ben tollerato

Lo stato dell'arte

Al fine di valutare l'appropriatezza d'uso dei farmaci per il trattamento per la Degenerazione Maculare Senile e per le patologie oculari correlate al diabete (es. retinopatia diabetica), abbiamo condotto una ricerca bibliografica su Fonti Documentali Indipendenti: AIFA, EMEA, FDA, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Dialogo sui Farmaci, Prescrivere International, The Medical Letter, Drug and Therapeutic Bulletin ecc.

Dall'analisi della letteratura sono emerse le considerazioni che seguono.

A 54 settimane il tasso di responder con pegaptanib è stato del 70% alla dose di 0,3 mg (55% nel gruppo placebo), tuttavia dalla 54° alla 102° settimana, la percentuale di responder è stata la stessa (14%) sia nei pazienti che avevano continuato a ricevere pegaptanib 0,3 mg che in quelli mai trattati prima, aspetto evidenziato dall'EMA e dal NICE che ha considerato sfavorevole il rapporto costo/efficacia del farmaco. Inoltre, nella fase post-marketing sono state segnalate reazioni allergiche e anafilattiche che hanno richiesto la modifica del dossier registrativo (RCP) negli USA.

A 12 mesi il 94,5% dei trattati con ranibizumab 0,3 mg ha perso meno di 15 lettere di acuità visiva della tavola ETDRS rispetto al 62,2 % del gruppo trattato con placebo. A 24 mesi è stato osservato un trend simile. Confrontato con la terapia fotodinamica con verteporfina, ha confermato a 12 mesi una efficacia maggiore di ranibizumab sia in termini di minor perdita che di guadagno in acuità visiva. Non si dispone di confronti diretti con pegaptanib che, durante la sperimentazione clinica, non ha dimostrato benefici clinici oltre un anno ed il cui rapporto costo/efficacia è stato ritenuto sfavorevole dal NICE. Il profilo di sicurezza oculare di ranibizumab si allinea a quanto già osservato con pegaptanib evidenziando soprattutto l'aumento della pressione endoculare e reazioni infiammatorie (iriti, uveiti); rispetto a pegaptanib l'incidenza di endoftalmite sembra minore (1%).

Al contrario di pegaptanib, analogamente a ranibizumab, anche bevacizumab inibisce tutte le isoforme di VEGF (fattore di crescita vascolare endoteliale la cui soppressione a livello extraoculare potrebbe compromettere la guarigione di un'ischemia miocardica o cerebrale).

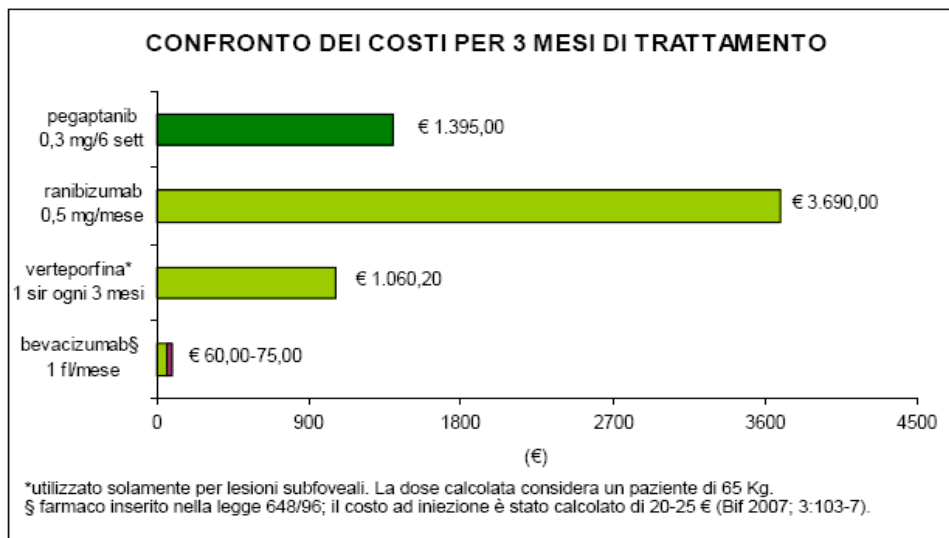
A questo proposito suscita perplessità la nota informativa dell'FDA in cui viene rilevato un aumento dell'incidenza di ictus nel corso di uno studio su ranibizumab, maggiore all'aumento della dose somministrata. Tale aspetto è stato evidenziato anche dal NICE, che pur ritenendo che il ranibizumab sia costo/efficace nella AMD prevalentemente classica, rileva delle questioni ancora aperte quali lo stabilire la durata del trattamento e la frequenza delle somministrazioni appropriate. Poiché il rischio di eventi avversi cerebrovascolari è più elevato in pazienti con una storia di eventi cerebrovascolari, in questi pazienti il farmaco ranibizumab è controindicato.

Il Bevacizumab rappresenta un'alternativa poco costosa al ranibizumab, esso è l'unico autorizzato nell'ambito SSN: ricordiamo che Macugen e Lucentis sono farmaci da utilizzare esclusivamente in strutture ospedaliere o similari, ma risultano in fascia C per quanto riguarda il SSN ossia risulterebbero a totale carico del paziente. Ciò ha fatto sì che a livello regionale il loro utilizzo sia stato autorizzato in modo diverso da regione a regione. Il Bevacizumab, al contrario, essendo autorizzato non su richiesta della ditta farmaceutica ma su richiesta degli oftalmologi, ai sensi della Legge 648/96 e relativi aggiornamenti, è ammesso alla rimborsabilità da parte del SSN in tutta Italia.

Il fatto che solo da noi il Bevacizumab sia autorizzato di legge per la cura delle maculopatie essudative (tra cui DMS umida) e glaucoma neovascolare, ha fatto sì che il suo impiego risulti off-label negli altri paesi della Comunità Europea e negli Stati Uniti, impedendone di fatto l'inserimento in Linee Guida e l'analisi da parte di fonti documentali indipendenti.

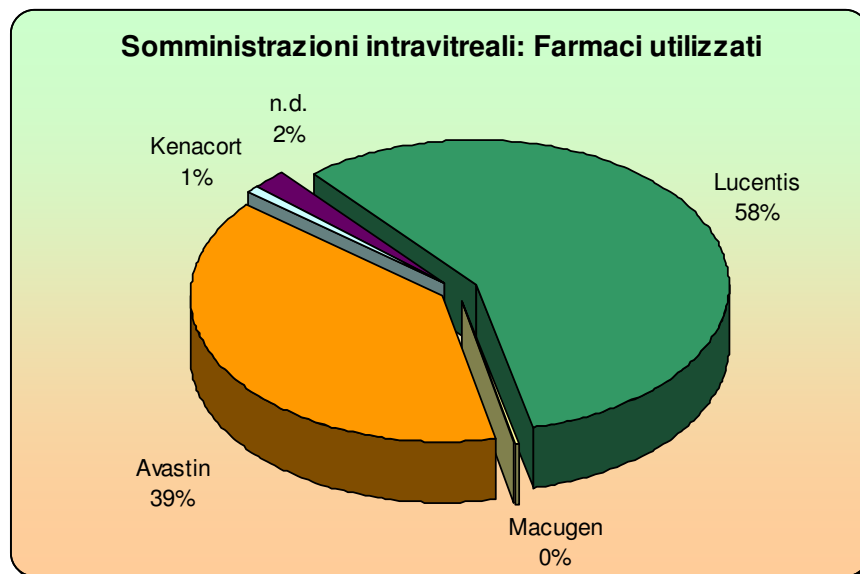
La valutazione economica

Analizzando il costo per 3 mesi di trattamento, ai costi Ex-Factory (ossia quelli definiti di legge, senza ulteriori sconti locali) , esso risulta ben descritto dal grafico che segue:

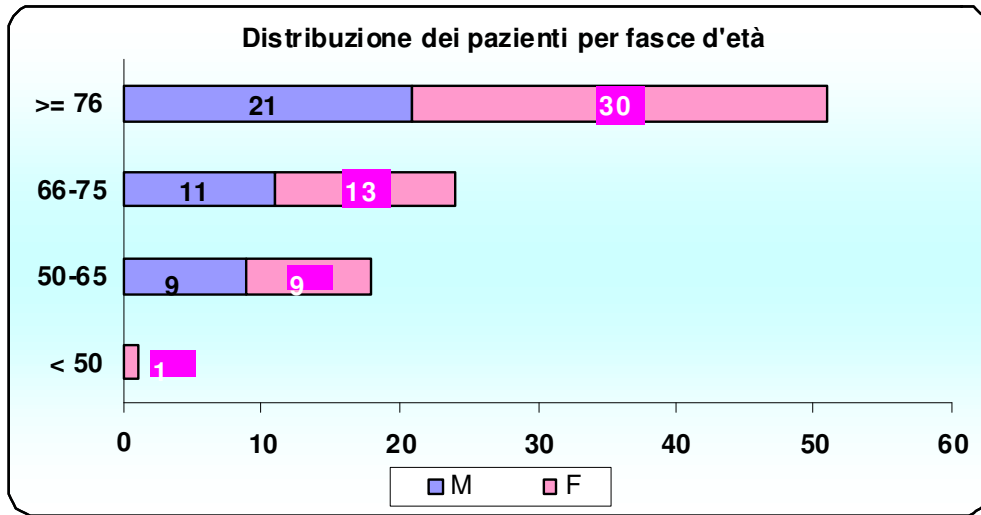


I dati locali

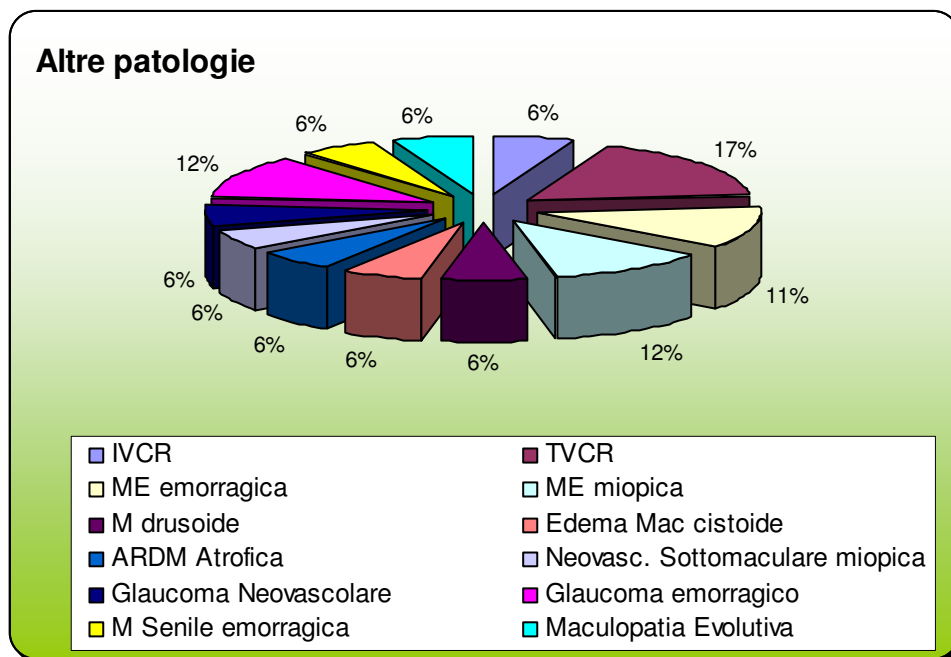
Abbiamo pertanto voluto analizzare i dati locali riferiti al primo semestre 2008. Sono state considerati 133 pazienti sottoposti a iniezioni intravitreali (IV) dei quali 59 maschi e 74 femmine per un totale di 223 somministrazioni praticate. I farmaci utilizzati sono riportati nel grafico:



Si è inoltre proceduto alla revisione delle cartelle cliniche relative a 94 pazienti consecutivi attualmente in trattamento per maculopatie presso la S.O.C. di Oculistica dell'Ospedale San Lazzaro di Alba. La figura che segue descrive la distribuzione per fasce d'età della popolazione in studio.



Sono stati individuati 41 maschi (età media 73,5 anni, min 56 max 87) e 53 femmine (età media 74,5, min 33 max 91) affetti da Maculopatia diabetica (26 pz, dei quali 10 con Edema), Maculopatia Essudativa (35 pz), Maculopatie nd (19 pz), altre alterazioni correlate a neovascolarizzazione (14 pz).



Per i pazienti affetti da Maculopatia Diabetica (spesso in presenza di edema) è stato utilizzato nell'87% dei casi bevacizumab, nell'8% ranibizumab e nella rimanente parte Triamcinolone Acetonide. Nelle Maculopatie nd e Maculopatie Essudative prevale, al contrario, l'impiego di ranibizumab (75% delle Maculopatie nd, 61% delle Maculopatie Essudative). Tra esse, i pazienti trattati con pegaptanib sono risultati in totale 6, tutti schiftati a ranibizumab. I pazienti trattati con bevacizumab sono invece risultati 16 (4 con maculopatia nd, 12 con Maculopatia Essudativa) Nella forma essudativa 4 pz hanno schiftato da bevacizumab a ranibizumab, altri 2, al contrario, da ranibizumab a bevacizumab. Complessivamente 5 pazienti avevano precedentemente avuto una terapia fotodinamica (PDT) con verteporfina.

Tra le altre patologie oculari trattate con gli anticorpi monoclonali (ranibizumab, pegaptanib e bevacizumab) predomina l'impiego di bevacizumab, soprattutto per le forme emorragiche e le trombosi della vena centrale retinica, sebbene talora sia stato utilizzato

in queste indicazioni anche il ranibizumab. Utilizzati nelle retinopatia diabetica, spesso prima del trattamento con monoclonali, anche laser e criotrattamento panretinico.

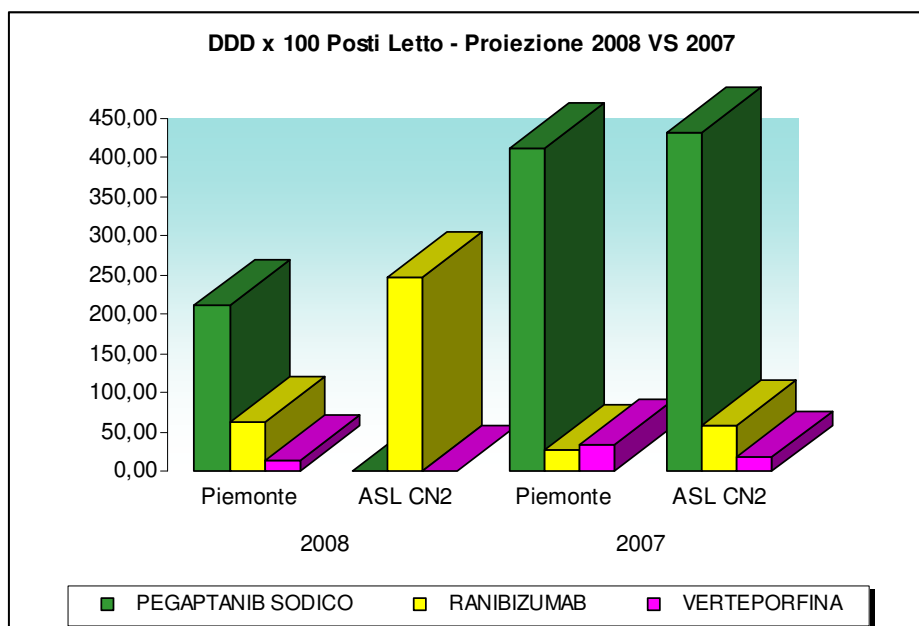
La maggior parte dei pazienti trattati con ranibizumab hanno avuto, ad oggi, tre somministrazioni. Pochi pazienti hanno poi ricevuto, a distanza di alcuni mesi, ulteriori somministrazioni di farmaci antiangiogenetici (spesso bevacizumab).

Analizzando inoltre le comorbidità dei pazienti in trattamento per le diverse maculopatie si osserva (come era presumibile vista l'età media dei pazienti), l'alta incidenza di patologie cardiovascolari ed in particolare ipertensione ed alti livelli di colesterolo, oltre naturalmente l'elevata incidenza di diabete soprattutto nei pazienti con Maculopatia Diabetica. Va tuttavia osservato come, soprattutto dall'analisi delle schede relative alle visite anestesiolgiche ove disponibili, 9 pazienti presentassero, all'ingresso in terapia per la degenerazione maculare con anticorpi monoclonali, fattori di rischio importanti come pregressi IMA, ICTUS, cardiopatie ischemiche, disturbi del ritmo, vasculopatie cerebrali, arteriopatie. Elevato inoltre il numero di pazienti in trattamento concomitante con warfarina o analoghi, antiaggreganti piastrinici quali ticlopidina ed ac acetilsalicilico.

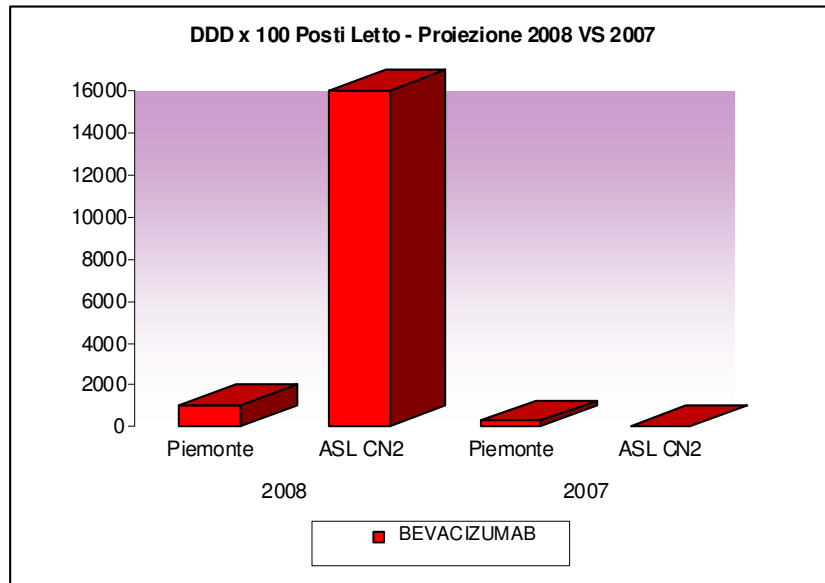
La valutazione del Visus, non sempre presente, non consente invece di valutare, a fronte di stabilizzazioni o miglioramenti rilevabili con la Tomografia (riduzione dello spessore maculare), gli eventuali miglioramenti percepiti da parte del paziente (misura indiretta della qualità di vita).

Colpisce tuttavia, ove tali dati sono disponibili, l'ormai forte deficit visivo dei pazienti che entrano per la prima volta in trattamento per la maculopatia.

Analizzando infine il consumo di farmaci per il trattamento della degenerazione maculare sia a livello locale che regionale, nel 2007 e proiezione 2008 (fatti cento i posti letto in modo da rendere confrontabili i dati), si osserva presso la nostra Asl un progressivo abbandono di pegaptanib e verteporfina a favore ranibizumab. I dati sono espressi in Dosi Giornaliere (DDD).



L'elevato costo del ranibizumab nel 2008, presso l'Asl CN2, è bilanciato dal consumo nettamente al di sopra della media regionale di Bevacizumab, caratterizzato al contrario dal minor costo/terapia in assoluto.



Conclusioni

Il trattamento della degenerazione maculare ha visto nel corso degli ultimi anni un notevole progresso grazie all'introduzione della verteporfina prima e dei farmaci antiangiogenetici dopo. Oggigiorno tuttavia, sebbene sia riconosciuto al ranibizumab una maggior efficacia rispetto a verteporfina e pegaptanib, sono ancora in via di svolgimento studi comparativi tra Bevacizumab e Ranibizumab sull'efficacia e sugli effetti collaterali. Tali molecole tuttavia, così come pegaptanib, appaiono gravate da importanti effetti collaterali quali stroke ed ictus la cui incidenza cresce all'aumento della dose somministrata ed al numero di somministrazioni cui il paziente è stato esposto. Recenti lavori inoltre hanno evidenziato come la popolazione affetta da degenerazione maculare (sia essa senile che diabetica) presenti un incrementato rischio di morte cardiovascolare tra i 49 ed i 75 anni. I ricercatori dell'University of Sidney (Australia), sulla base degli studi che hanno indicato che la degenerazione maculare senile può predire, in modo indipendente, l'ictus o la malattia coronarica, hanno poi valutato in modo prospettico la relazione tra degenerazione maculare senile e rischio di morte per ictus o per cause cardiovascolari. Lo studio, che riguardava 3.654 partecipanti di età > 49 anni, ha evidenziato che, tra le persone di età inferiore ai 75 anni al basale, la DMS precoce era associata ad un raddoppio della mortalità cardiovascolare (risk ratio, RR=2,32) nella decade successiva (dopo aggiustamento per i tradizionali fattori di rischio cardiovascolare). La Degenerazione Senile ritardata era, invece, associata ad una mortalità cardiovascolare di 5 volte (RR=5,57) e della mortalità per ictus di 10 volte (RR=10,21), dopo aggiustamento per età e sesso (Tan JS et al. Br J Ophthalmol 2008).

D'altra parte il vantaggio offerto da questi nuovi farmaci è dato dal ritardo (di uno/due anni) col quale il paziente arriva alla cecità legale. Tale vantaggio dunque è tanto maggiore (per la qualità di vita del paziente) quanto più precocemente viene diagnosticata/curata la degenerazione maculare e migliore è il visus all'ingresso. Queste considerazioni hanno fatto sì che alcune Linee Guida internazionali proponessero l'utilizzo di ranibizumab solo nei pazienti non responder alla verteporfina (a causa della maggior incidenza di eventi vascolari) o solo in pazienti con acuità visiva (corretta) non inferiore a 6/12. A livello locale, invece, allo scopo di individuare i pazienti con degenerazione maculare in fase iniziale, coloro cioè che maggiormente potranno avvantaggiarsi dei nuovi farmaci per la DM, sta per avere inizio uno screening della popolazione a rischio con l'utilizzo delle nuove attrezzature messe a disposizione della S.O.C. Oculistica dell'Ospedale di Alba, anche grazie alla generosità e disponibilità di una Fondazione privata locale

Come ultima considerazione, tenendo presente i costi del flacone di ranibizumab ed il fatto che la dose da somministrare sia effettivamente solo 1/10 del contenuto del flacone (senza possibilità di riutilizzo del rimanente per altri pazienti neanche nella stessa seduta di terapia), è auspicabile l'immissione in commercio, in tempi brevi, sia del Bevacizumab per oftalmologia che del Ranibizumab, entrambe in siringa pre-riempita ed a costi più favorevoli.

Visione normale



Gli incidenti stradali nel territorio dell'ASLCN2 Alba-Bra

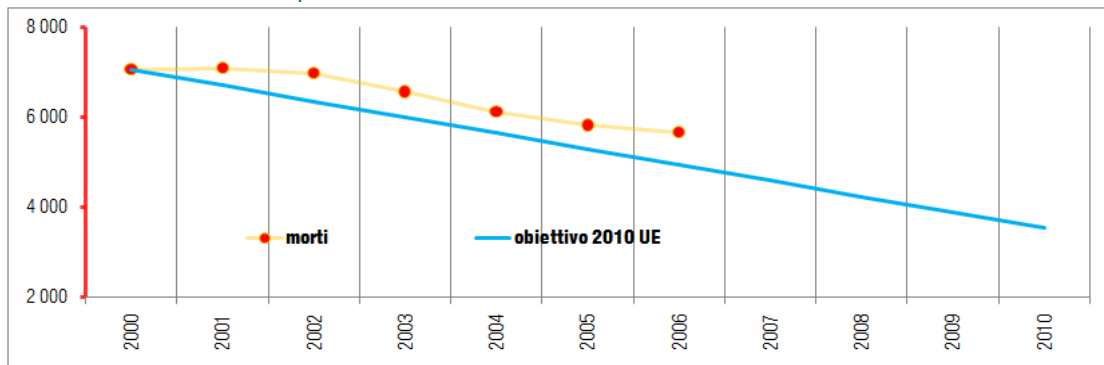
Laura Marinaro – Andrea Marella – Annelisa Guasti

Premessa

Gli incidenti stradali rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica e sono causa del 2,2% della mortalità globale con un rilevante impatto economico e sociale soprattutto per quanto riguarda le fasce adolescenziali e giovanili. Si contano nel mondo 1,26 milioni di decessi per incidente stradale e secondo una stima dell'OMS, da IX causa di morte nel 2000, diverranno la III causa di morte e/o invalidità nel 2020.

L'analisi dell'incidentalità stradale e dei fattori determinanti è sempre più argomento di grande interesse sia per i decisori politici che per i tecnici locali. L'attenzione è finalizzata alla ricerca di soluzioni volte a ridurre il numero di morti e di feriti gravi sulle strade. In questi ultimi anni, sono stati attuati da parte di diversi attori sociali, istituzionali e professionali una serie di interventi di prevenzione incidenti stradali che ha fatto registrare una diminuzione del fenomeno e delle sue conseguenze sulla salute. Pur tuttavia, l'obiettivo di dimezzare il numero di morti sulle strade entro il 2010, stabilito dai Paesi dell'Unione Europea, pare ad oggi molto lontano.

N. morti per incidente stradale in Italia ed obiettivo UE 2010



Inoltre, il rischio morte da incidente stradale non si distribuisce in modo uniforme su tutto il territorio nazionale: notevoli sono le differenze tra le regioni, così come all'interno di una stessa regione tra le province, e persino tra comuni limitrofi. Ciò in parte è senz'altro riconducibile alle diverse modalità di sviluppo della domanda/offerta della rete infrastrutturale nonché alle diverse soluzioni intraprese in questi ultimi anni da parte delle pubbliche amministrazioni.

Dimensione epidemiologica in Italia e in Piemonte

Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti rappresentano la prima causa di morte sotto i 40 anni ed una delle principali cause di invalidità. Diversi studi confermano che oltre il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: uso/abuso di alcol, uso di sostanze psicotrope e/o di farmaci che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore, uso di apparecchi di telefonia mobile alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

In Italia, la fonte informativa ISTAT-ACI, rileva nel 2006, 238.124 incidenti stradali con 5.669 morti e 332.955 feriti. Il Piemonte è tra le regioni d'Italia ad elevato rischio morte per incidenti stradali; nel 2006 si contano 14.871 incidenti con 404 morti e 22.047 feriti.

Incidenti stradali e persone infortunate in Italia, anni 2002-2006					
Anno	Numero incidenti	morti	feriti	Indice di mortalità*	Indice di lesività**
2002	265 402	6 980	378 492	2,63	145,2
2003	252 271	6 563	356 475	2,60	143,9
2004	243 490	6 122	343 179	2,51	143,5
2005	240 011	5 818	334 858	2,42	141,9
2006	238 124	5 669	332 955	2,38	142,2

Incidenti stradali e persone infortunate in Piemonte, anni 2002-2006					
Anno	Numero incidenti	morti	feriti	Indice di mortalità*	Indice di lesività**
2002	17 115	584	25 170	3,41	150,5
2003	15 010	549	21 714	3,66	148,3
2004	14 707	483	21 380	3,28	148,7
2005	15 126	453	21 942	2,99	148,1
2006	14 871	404	22 047	2,72	151

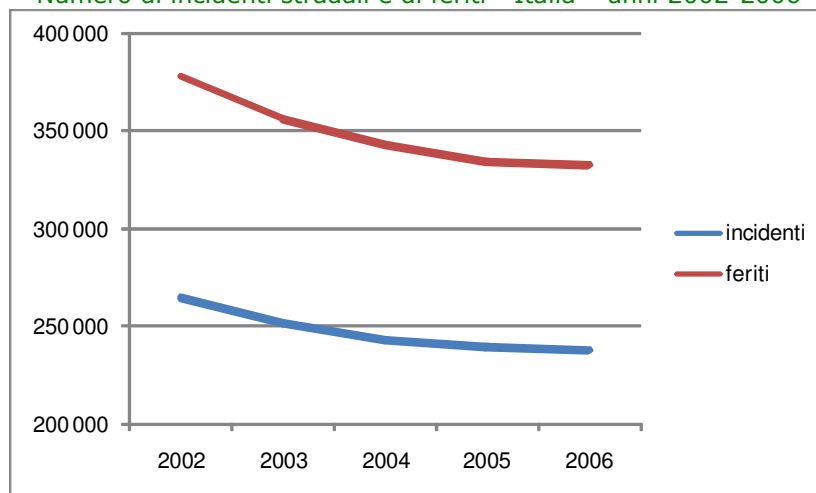
*indice di mortalità = numero morti / numero incidenti x 100

**indice di lesività = (numero morti + numero feriti) / numero incidenti x 100

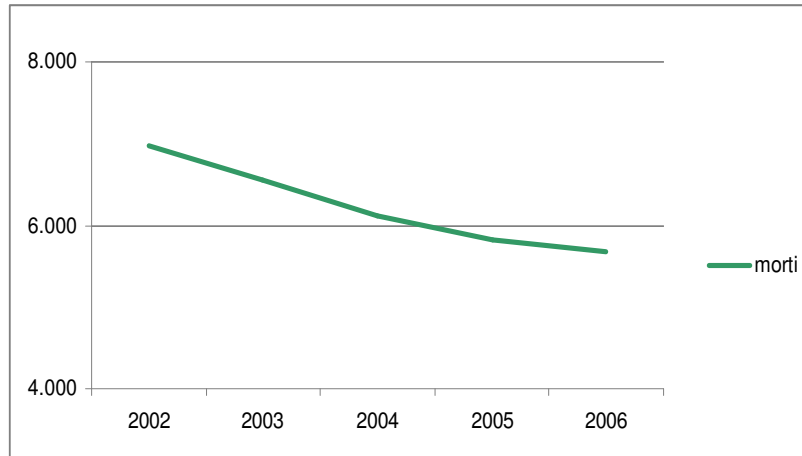
Differenze percentuali del numero di incidenti, morti, feriti e indici di mortalità e lesività - Italia, anni 2002-2006					
Anno	Numero incidenti	morti	feriti	Indice di mortalità	Indice di lesività
2002-2003	-4,9%	-6,0%	-5,8%	-1,1%	-0,9%
2003-2004	-3,5%	-6,7%	-3,7%	-3,4%	-0,3%
2004-2005	-1,4%	-5,0%	-2,4%	-3,6%	-1,1%
2005-2006	-0,8%	-2,6%	-0,6%	-1,8%	0,2%

Differenze percentuali del numero di incidenti, morti, feriti e indici di mortalità e lesività - Piemonte, anni 2002-2006					
Anno	Numero incidenti	morti	feriti	Indice di mortalità	Indice di lesività
2002-2003	-12,3%	-6,0%	-13,7%	7,2%	-1,4%
2003-2004	-2,0%	-12,0%	-1,5%	-10,2%	0,2%
2004-2005	2,8%	-6,2%	2,6%	-8,8%	-0,4%
2005-2006	-1,7%	-10,8%	0,5%	-9,3%	2,0%

Numero di incidenti stradali e di feriti - Italia - anni 2002-2006

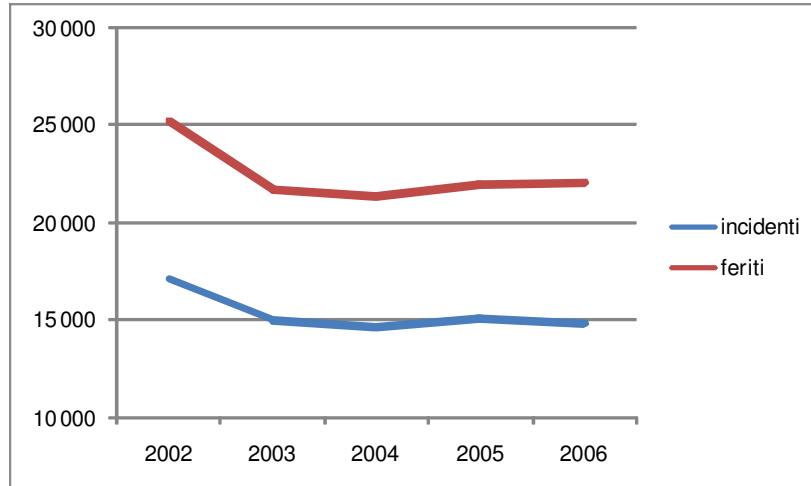


Numero di morti per incidenti stradali - Italia - anni 2002-2006

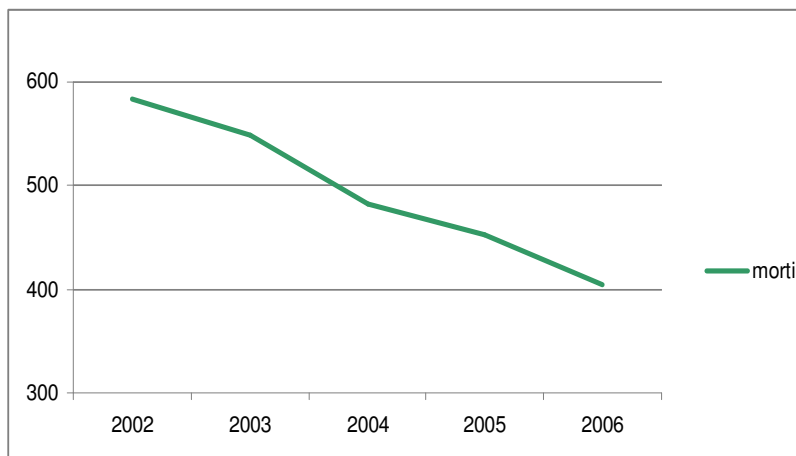


Dall'analisi dei dati ISTAT, relativamente al periodo 2002-2006, emerge che in Italia il numero di incidenti, morti e feriti è in continua diminuzione. La riduzione più netta si registra in particolare per il numero di morti (in media 5%) nel quinquennio 2002-2006, sebbene di minore intensità rispetto alla diminuzione del fenomeno rilevata in altri paesi europei. Nel 2006 e, secondo i primi dati provvisori ISTAT, nel 2007 si segnala, però, un rallentamento della riduzione generale dell'incidentalità stradale, soprattutto in termini di mortalità: difatti se la riduzione del numero dei morti è del 6% in media nel periodo 2002-2005, nel periodo 2005-2006 è del 2,6%. Per quanto riguarda, invece, il numero di incidenti e di feriti nel periodo 2005-2006, la diminuzione è rispettivamente di 0,8% per gli incidenti e 0,6% per il numero di feriti. Ulteriori considerazioni possono essere fatte esaminando gli indici di mortalità e lesività registrati negli anni 2002-2006. In Italia, l'indice di mortalità si è ridotto negli anni: difatti, da un valore di 2,63% registrato nel 2002 si è passati ad un valore di 2,38 nel 2006.

Numero di incidenti stradali e di feriti - Piemonte - anni 2002-2006



Numero di morti per incidenti stradali - Piemonte – anni 2002-2006



In Piemonte, nel periodo 2002-2006, si evidenzia in media una diminuzione dell'8,75% per quanto riguarda il numero di morti: nel periodo 2005-2006, tale riduzione è del 10,8%. In controtendenza invece, rispetto all'andamento nazionale, per quanto riguarda il numero di incidenti e di feriti piemontesi, si registra nel periodo 2004-2006 in media un aumento di 0,5% dell'incidentalità stradale e di 1,5% del numero dei feriti. L'indice di lesività non può che seguire questa tendenza: registrando in particolare nel periodo 2005-2006 un aumento netto del 2% del numero di lesi (numero dei morti e dei feriti) ogni 100 incidenti.

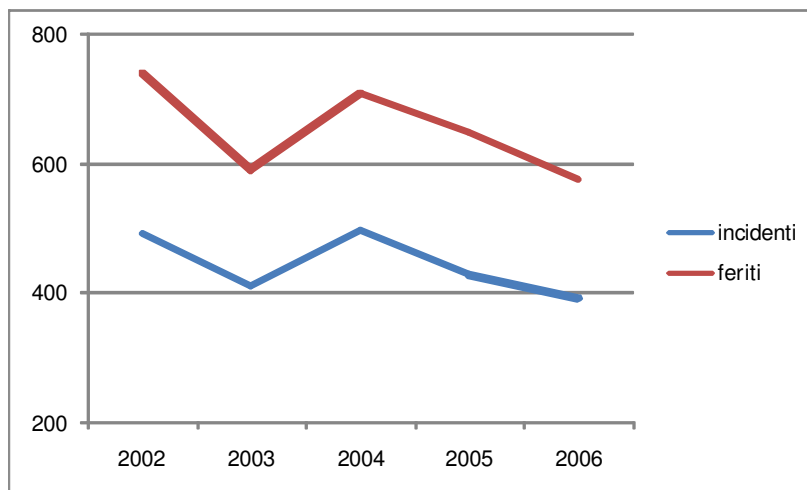
Dimensione epidemiologica nell'ASLCN2 Alba-Bra

Il territorio dell'ASLCN2 si caratterizza come area ad elevata criticità per incidenti stradali, così come del resto tutta la provincia di Cuneo; nel 2006, secondo la fonte ISTAT, si registrano 392 incidenti con 23 morti e 574 feriti.

Incidenti stradali e persone infortunate - ASL CN2 anni 2002-2006					
Anno	Numero incidenti	morti	feriti	Indice di mortalità	Indice di lesività
2002	491	31	740	6,31	157
2003	410	27	591	6,59	150,7
2004	496	23	709	4,64	147,6
2005	430	30	647	6,98	157,4
2006	392	23	574	5,87	152,3

Differenze percentuali del numero di incidenti, morti, feriti e indici di mortalità e lesività - ASL CN2, anni 2002-2006					
Anno	Numero incidenti	morti	feriti	Indice di mortalità	Indice di lesività
2002-2003	-16,5%	-12,9%	-20,1%	4,3%	-4,0%
2003-2004	21,0%	-14,8%	20,0%	-29,6%	-2,1%
2004-2005	-13,3%	30,4%	-8,7%	50,5%	6,7%
2005-2006	-8,8%	-23,3%	-11,3%	-15,9%	-3,3%

Numero di incidenti e di feriti – ASL CN2 – anni 2002-2006

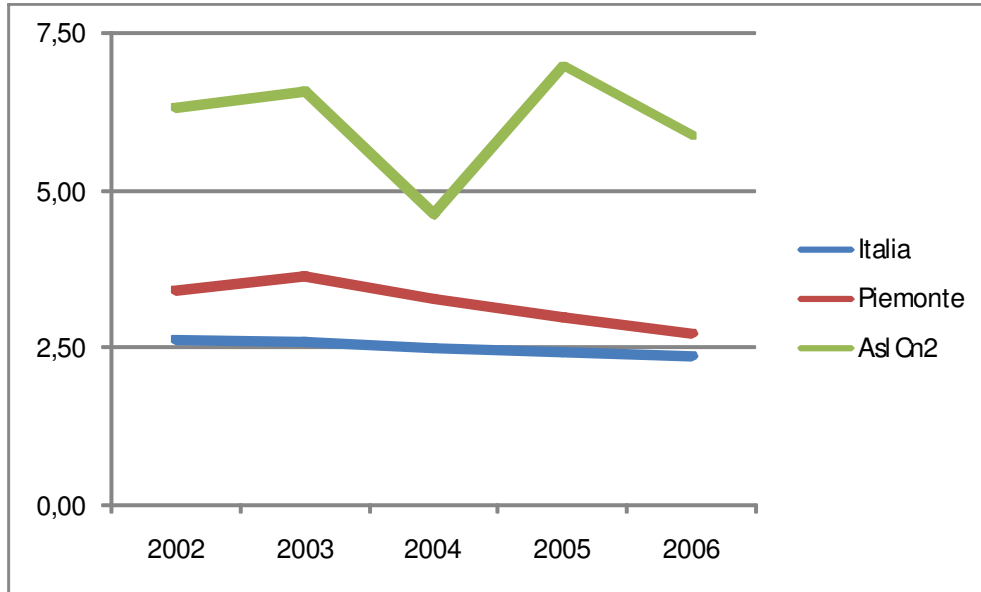


Numero di morti per incidenti stradali – ASL CN2 – anni 2002-2006

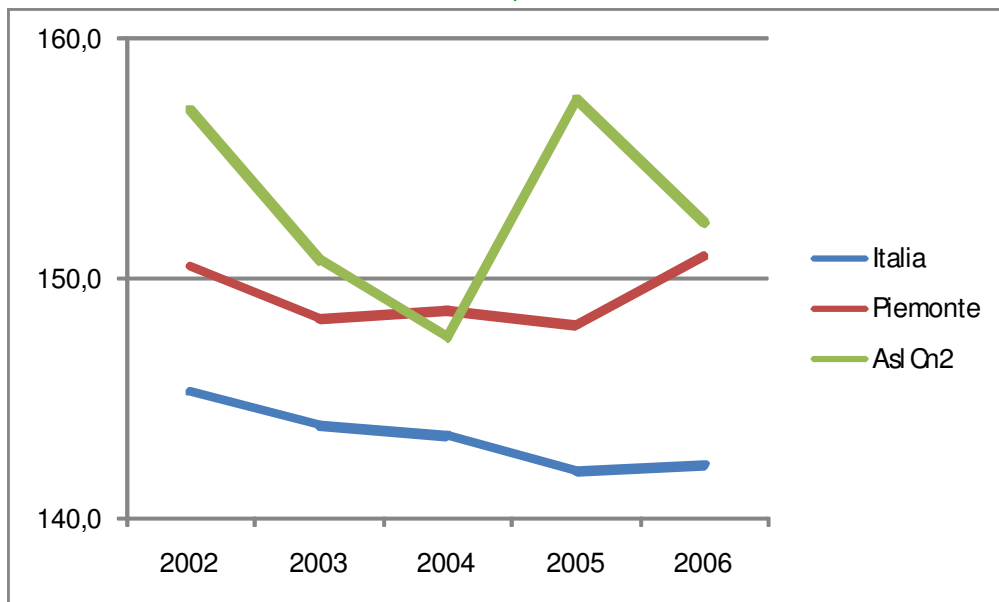


Per quanto concerne il numero di morti per incidente stradale, a parte un aumento del 30% nel periodo 2004-2005, si segnala una tendenza alla diminuzione, peraltro superiore agli andamenti registrati a livello nazionale e regionale. In particolare, nel biennio 2005-2006, la diminuzione del numero di decessi è del 23%. Relativamente al numero di incidenti e di feriti anche in questo caso, a parte un aumento registrato nel 2003-2004 rispettivamente del 21% per il numero di incidenti e del 20% per i feriti, gli andamenti sono nettamente in discesa e in linea col dato nazionale. Particolarmente interessanti sono gli indici di mortalità e di lesività come mostrano i grafici successivi. L'indice di mortalità nel 2006 è di 5,87%, ossia ogni 100 incidenti occorsi nel territorio dell'ASL CN2 muoiono più di 5 persone. Tale valore, seppur in diminuzione (nel 2002 l'indice di mortalità è di 6,31%) si mantiene di gran lunga superiore al dato nazionale (nel 2006 in Italia l'indice di mortalità è di 2,38%) confermando la particolare pericolosità degli incidenti che si verificano nei nostri territori. Un'ulteriore prova della gravità degli incidenti verificatisi nell'ASL CN2 è data dal tasso di lesività: nel 2006, 152 sono i feriti ogni 100 incidenti occorsi nel territorio albese-braidese contro i 142 lesi ogni 100 incidenti avvenuti in ambito nazionale.

Andamento dell'indice di mortalità in Italia, Piemonte e ASLCN2 – anni 2002-2006

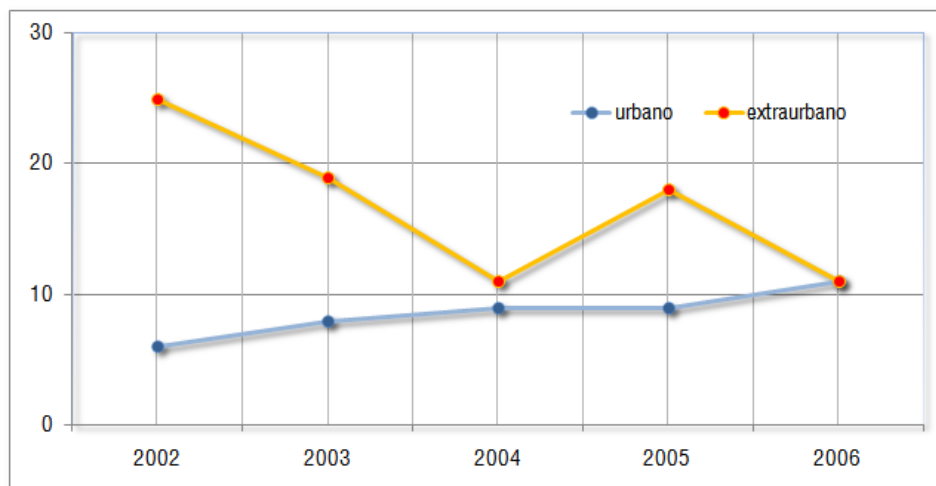


Andamento dell'indice di lesività in Italia, Piemonte e ASLCN2 – anni 2002-2006



Altro aspetto importante da considerare è senza dubbio "l'ambito stradale" (urbano o extraurbano) in cui si verificano gli incidenti. Va infatti segnalato l'incremento del numero di morti registrati in ambito urbano, fenomeno evidenziato in vari paesi. La pericolosità della mobilità urbana è purtroppo spesso sottovalutata dai decisori locali, ma anche e soprattutto dagli stessi utenti della strada (automobilisti, pedoni): è infatti moto diffusa la falsa credenza che le strade urbane siano più sicure delle strade extraurbane.

Numero di morti in ambito urbano ed extraurbano nell'ASLCN2 – anni 2002-2006



Nel territorio dell'ASLCN2, in particolare nel 2006, il numero di decessi per incidenti stradali occorsi in ambito urbano ha raggiunto la numerosità dei decessi conseguenti ad incidenti avvenuti in strade extraurbane. Questo è anche conseguenza del fatto che in questi ultimi anni sono stati realizzati più interventi su strade provinciali e statali, ottenendo un discreto risultato, che in centro urbano. Di recente, la Regione Piemonte per contrastare il crescente fenomeno della mortalità da incidente stradale avvenuto nell'ambito della rete stradale urbana ha dato avvio ad alcuni progetti: le zone a 30 km/h sono sicuramente l'impegno più significativo.

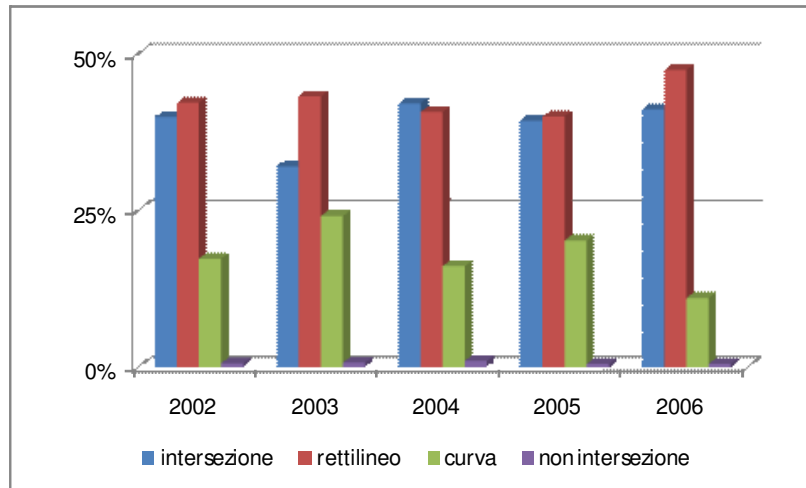
Il contesto territoriale dell'incidentalità nell'ASLCN2

Lo studio del contesto territoriale in cui si verifica l'incidente stradale è fondamentale per attuare successivamente interventi mirati ed efficaci. Particolarmente importante è la localizzazione dell'incidente con l'individuazione dei punti più critici della rete stradale. Di seguito pertanto vengono descritte le principali localizzazioni nel territorio dell'ASLCN2. Come si può notare dalla tabella e dai grafici sottostanti, il "rettilineo" sembrerebbe il contesto in cui si registrano più frequentemente incidenti, morti e feriti; pur tuttavia calcolando gli indici di mortalità e di lesività il contesto più pericoloso è la "curva". Infatti l'indice di mortalità registrato nel 2006 per gli incidenti occorsi in curva è pari a 9,3 morti ogni 100 incidenti, al di sopra degli 8 morti per 100 incidenti del rettilineo e dei 2,5 morti ogni 100 incidenti del contesto intersezione.

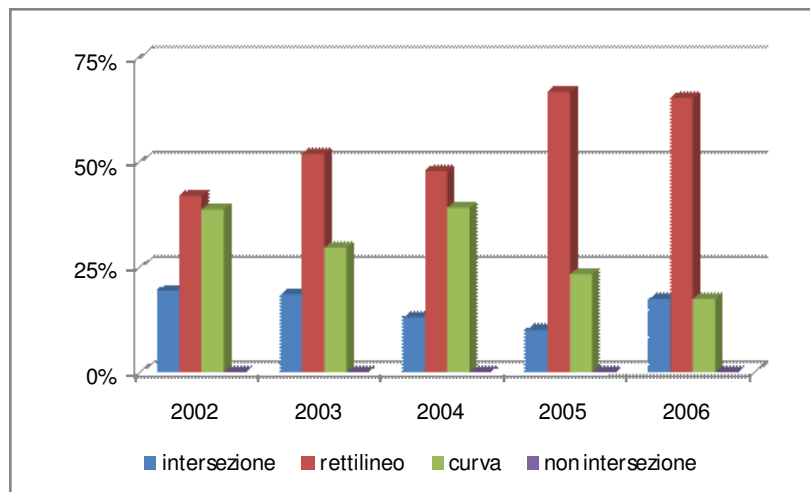
Numero di incidenti, morti e feriti nelle diverse sezioni stradali nell'ASLCN2, anni 2002-2006

	intersezione	rettilineo	curva	non intersezione
incidenti				
2002	196	207	85	3
2003	131	177	99	3
2004	209	202	80	5
2005	169	172	87	2
2006	161	186	43	2
morti				
2002	6	13	12	0
2003	5	14	8	0
2004	3	11	9	0
2005	3	20	7	0
2006	4	15	4	0
feriti				
2002	299	301	133	7
2003	198	241	149	3
2004	297	293	106	13
2005	233	273	139	2
2006	227	260	84	3

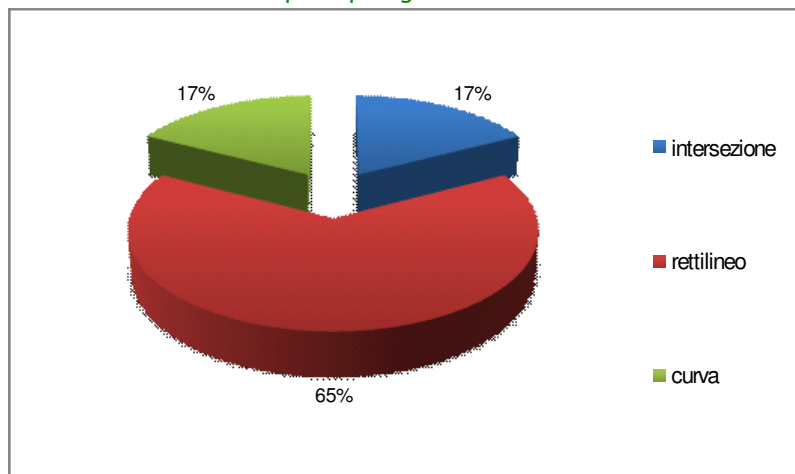
Percentuali di incidenti nelle diverse sezioni stradali ASLCN2 –anni 2002-2006



Percentuali di mortalità nelle diverse sezioni stradali ASLCN2 – anni 2002-2006

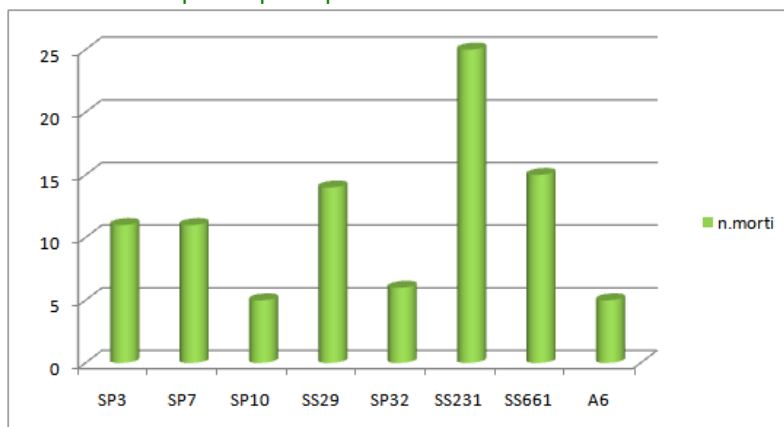


Percentuali del numero di morti per tipologia di intersezione nell'ASLCN2- anno 2006

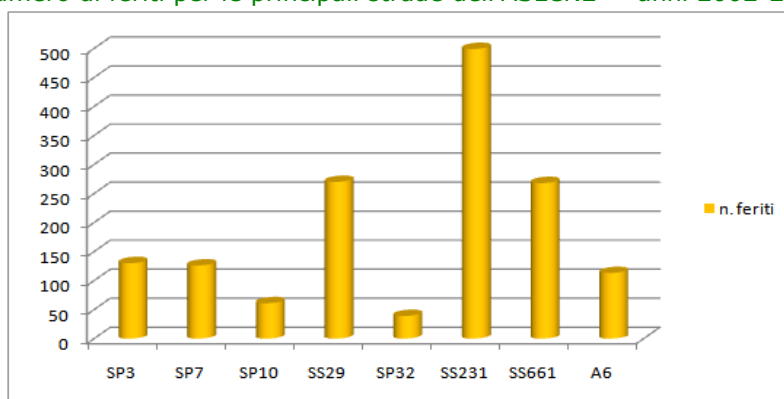


A livello di territorio dell'ASLCN2 è possibile stilare una classifica delle strade che registrano il maggior numero di incidenti, morti e feriti. La SS n. 231 di Santa Vittoria ha registrato per il tratto interno all'ASLCN2 nell'ultimo quinquennio il maggior numero di morti, a seguire la SS n. 661 di Saluzzo.

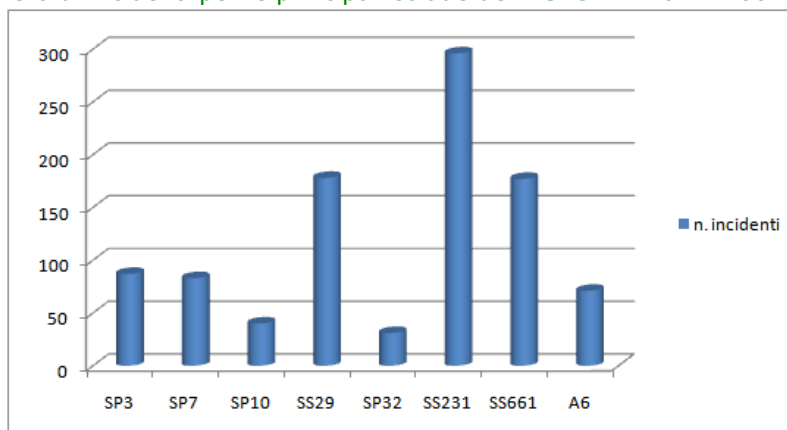
Numero di morti per le principali strade dell'ASLCN2 – anni 2002-2006



Numero di feriti per le principali strade dell'ASLCN2 – anni 2002-2006



Numero di incidenti per le principali strade dell'ASLCN2 – anni 2002-2006



La natura dell'incidente nell'ASLCN2

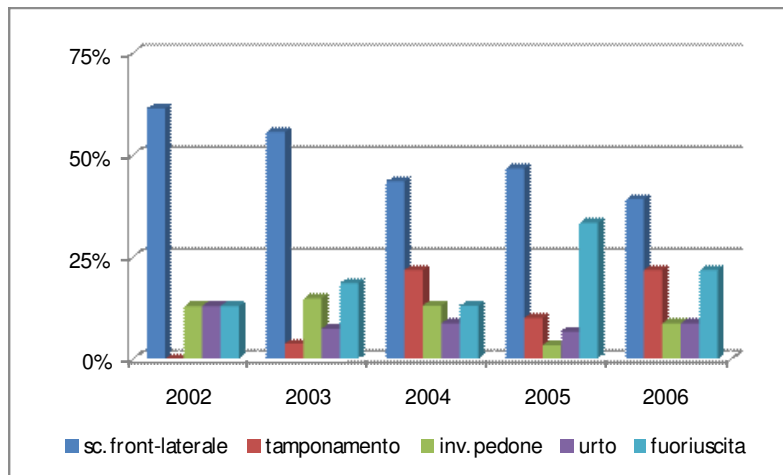
La "natura dell'incidente" indica, a grandi linee, la dinamica dell'incidente e il suo studio può essere utile per la ricostruzione dell'incidente e quindi per risalire alle cause determinanti; talune tipologie di "natura dell'incidente" come ad es. i tamponamenti e gli investimenti di pedone sono più frequenti nella realtà urbana, mentre ad es. le fuoriuscite e gli scontri frontali si verificano soprattutto in ambito extraurbano.

Dall'analisi della tabella di seguito riportata risulta che sono gli incidenti con scontro frontale e laterale quelli in cui si registra il maggior numero di morti. Per tale tipologia di natura dell'incidente, nel 2006, l'indice di mortalità risulta di 4,6 morti ogni 100 incidenti; nel caso dell'investimento pedone tale indice di mortalità è di un 5,4 morti ogni 100 incidenti e di un 10,4 morti ogni 100 incidenti in caso di fuoriuscita dalla carreggiata.

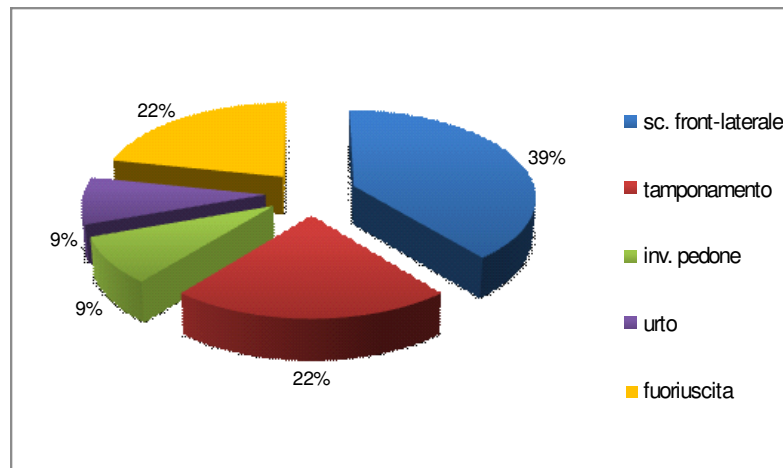
Numero di incidenti, morti e feriti per tipologia di natura dell'incidente nell'ASLCN2, anni 2002-2006

	Scontro frontale - laterale	Tamponamento	Investimento pedone	Urto	Fuoriuscita	Infortunio conducente.
incidenti						
2002	257	86	33	34	77	4
2003	202	70	22	39	75	2
2004	246	90	45	43	67	5
2005	223	80	21	24	78	4
2006	196	82	37	25	48	4
morti						
2002	19	0	4	4	4	0
2003	15	1	4	2	5	0
2004	10	5	3	2	3	0
2005	14	3	1	2	10	0
2006	9	5	2	2	5	0
feriti						
2002	410	141	30	50	105	4
2003	287	122	23	53	103	3
2004	370	141	46	60	87	5
2005	347	121	26	34	115	4
2006	288	138	37	42	64	5

Percentuali del numero di morti per tipologia di natura dell'incidente nell'ASLCN2 - anni 2002-2006



Percentuali del numero di morti per tipologia di natura dell'incidente nell'ASLCN2- anno 2006



Gli incidenti nei giorni feriali e nel fine settimana nell'ASLCN2

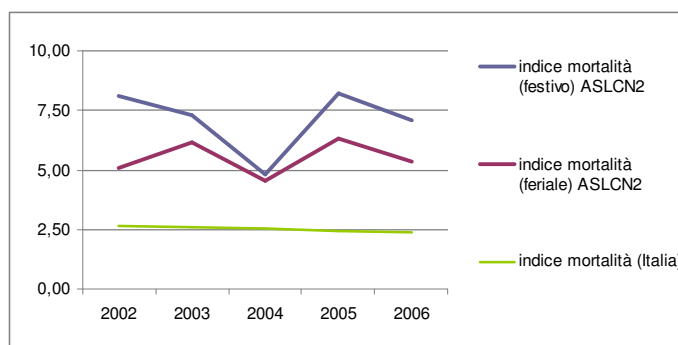
Il giorno dell'accadimento di un incidente stradale, come del resto le cause, non sono mai casuali. Si muore, purtroppo, per incidente stradale sia nei giorni feriali recandosi sul posto di lavoro o durante il lavoro (come ad es. nel caso degli autotrasportatori etc), sia, e persino di più, nel fine settimana. Il numero di incidenti occorsi durante i giorni lavorativi è più elevato e con un maggior numero di feriti rispetto agli incidenti del fine settimana che si caratterizzano però per un più alto indice di mortalità.

Numero di incidenti, morti e feriti nei diversi giorni della settimana nell'ASLCN2 – anni 2002-2006

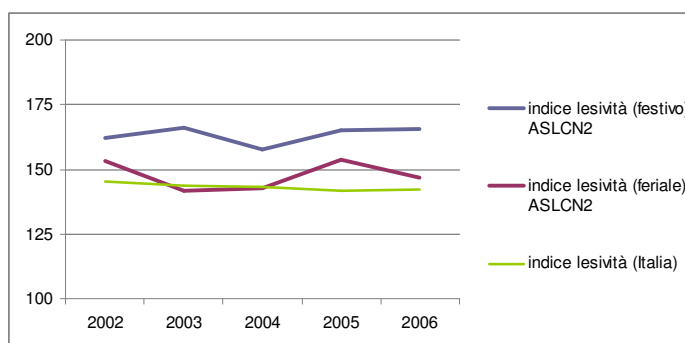
	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato	domenica
incidenti							
2002	53	58	60	60	63	119	78
2003	42	61	64	54	38	75	76
2004	68	71	57	63	70	84	83
2005	56	50	66	51	61	71	75
2006	52	59	55	50	63	54	59
morti							
2002	5	3	1	4	2	11	5
2003	2	3	6	5	0	4	7
2004	5	2	1	1	6	5	3
2005	6	2	6	1	3	3	9
2006	3	4	3	3	2	3	5
feriti							
2002	78	82	89	82	105	180	124
2003	52	81	93	70	55	121	119
2004	87	109	83	77	98	125	130
2005	80	66	107	77	88	109	120
2006	79	77	72	75	92	76	103

Come dimostra il grafico a seguire, l'indice di mortalità relativo agli incidenti occorsi nel fine settimana non solo è di gran lunga superiore rispetto a quello rilevato nei giorni feriali, ma anche ben al di sopra (circa di 3 volte) del valore dell'indice di mortalità calcolato a livello nazionale.

Indice di mortalità a confronto tra i giorni feriali, il fine settimana e la realtà nazionale – anni 2002-2006

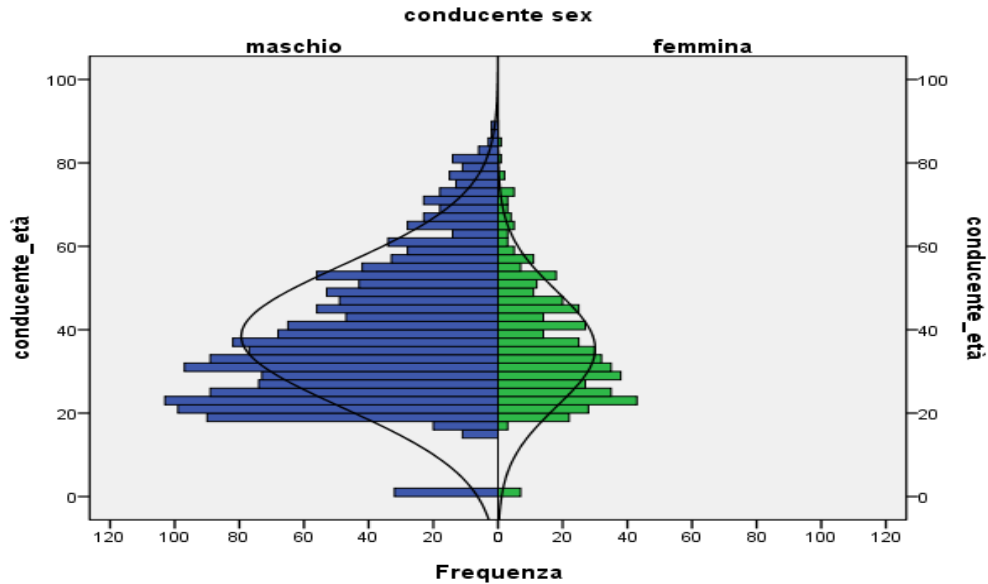


Indice di lesività a confronto tra i giorni feriali, il fine settimana e la realtà nazionale – anni 2002-2006



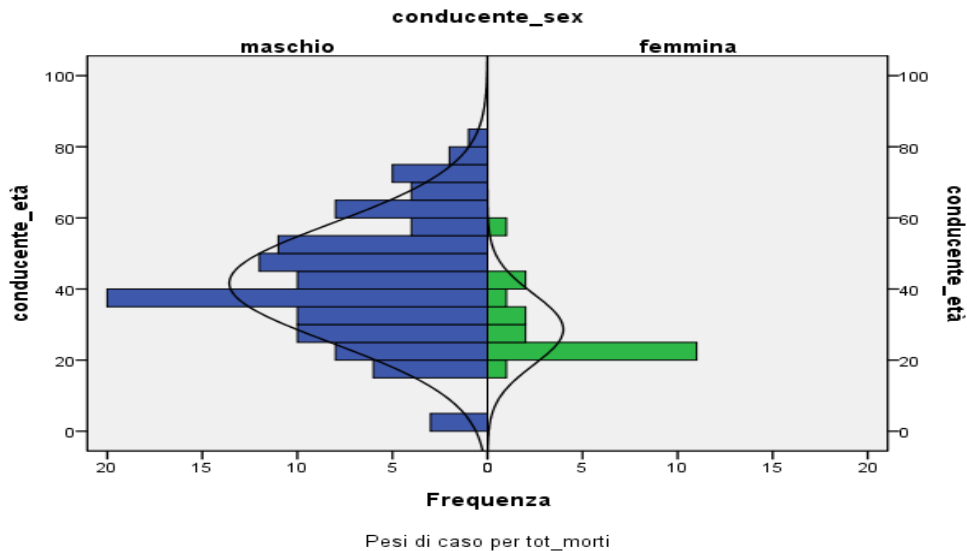
Sempre a proposito di incidenti del fine settimana altro fattore da analizzare è in particolare l'età delle vittime. Nei grafici sottostanti sono riportate: la piramide demografica del conducente del primo veicolo per il numero di incidenti e a seguire la piramide demografica del conducente del primo veicolo per il numero di morti. Nella prima piramide è evidente come siano le classi di età più giovani ad incorrere in un incidente stradale soprattutto quando si tratta di giovani alla guida; per il fattore età, difatti, la moda (parametro che indica qual è la classe più frequente), nel quinquennio 2002-2006, è 22 anni.

Classi demografiche dei conducenti per numero di incidenti nell'ASLCN2 - anni 2002-2006



*la classe 0 indica età imprecisata

Classi demografiche dei conducenti per numero di morti nell'ASLCN2 - anni 2002-2006



* la classe 0 indica età imprecisata

Le circostanze di incidente nell'ASLCN2

Un'analisi di evidente interesse riguarda le cause di incidente desumibili dall'esame delle circostanze presunte rilevate dall'autorità pubblica (Polizia stradale, Carabinieri, Polizia provinciale o Polizia municipale) intervenuta sul luogo dell'incidente. Nell'individuazione delle circostanze alle quali far risalire l'incidente l'autorità considera tutti gli elementi di cui è a conoscenza al momento in cui si è verificato, indipendentemente dalle deduzioni che potranno emergere in seguito, in altra sede e per altri fini. In alcune situazioni, quindi, le cause presunte possono non corrispondere a quelle accertate in fasi successive. Ogni singolo incidente è determinato da una molteplicità di fattori, ciascuno con una sua specifica importanza, ma tutti riconducibili al triangolo *conducente-veicolo-strada*. L'analisi delle circostanze è fondamentale per la pianificazione di interventi mirati. Con accorgimenti tecnici, più o meno efficaci, oggi si può intervenire sia sul veicolo che sulla strada, mentre è certamente molto più complesso agire sul fattore uomo. Di seguito un'analisi delle principali circostanze.

1) CIRCOSTANZE PRESUNTE DELL'INCIDENTE per inconvenienti alla circolazione stradale

A) INCIDENTI TRA VEICOLI IN MARCIA (scontro frontale, laterale, tamponamento)		
<i>INCIDENTE SULL'INTERSEZIONE STRADALE (incrocio, rotonda, intersezione)</i>		
	n. incidenti	% casi colonna
Procedeva regolarmente senza svoltare	437	16,3%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	136	5,1%
Procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	130	4,8%
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	98	3,7%
Sorpassava all'incrocio	73	2,7%
Procedeva senza rispettare lo stop	71	2,6%
Procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	69	2,6%
Procedeva con eccesso di velocità	62	2,3%
Svoltava a sinistra regolarmente	57	2,1%
Procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	51	1,9%
Svoltava a sinistra irregolarmente	37	1,4%
Procedeva contromano	26	1,0%
Svoltava a destra irregolarmente	21	0,8%
Svoltava a destra regolarmente	19	0,7%
Procedeva senza rispettare i limiti di velocità	6	0,2%
Totale	1 293	48,2%
A) INCIDENTI TRA VEICOLI IN MARCIA (scontro frontale, laterale, tamponamento)		
<i>INCIDENTE NON ALL'INTERSEZIONE STRADALE (rettilineo, curva, galleria)</i>		
	n. incidenti	% casi colonna
Procedeva regolarmente	488	18,2%
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	172	6,4%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	158	5,9%
Procedeva con eccesso di velocità	111	4,1%
Procedeva contromano	81	3,0%
Procedeva non in prossimità del margine destro della carreggiata	47	1,8%
Manovrava Per svoltare a sinistra (passaggio privato, distributore)	34	1,3%
Manovrava per immettersi nel flusso della circolazione	32	1,2%
Sorpassava senza osservare l'apposito segnale di divieto	23	0,9%
Manovrava in retrocessione o conversione	22	0,8%
Sorpassava in curva, su dosso o con insufficiente visibilità	21	0,8%
Procedeva senza rispettare i limiti di velocità	15	0,6%

Sorpassava regolarmente	10	0,4%
Manovrava irregolarmente per fermarsi o sostare	7	0,3%
Procedeva senza rispettare i segnali di divieto di transito o accesso	6	0,2%
Sorpassava un veicolo che ne stava sorpassando un altro	6	0,2%
Si affiancava ad altri veicoli a due ruote irregolarmente	5	0,2%
Sorpassava irregolarmente a destra	4	0,1%
Manovrava regolarmente per fermarsi o sostare	2	0,1%
Totale	1 244	46,4%
B) INVESTIMENTO di PEDONE		
<i>VEICOLO COINVOLTO</i>		
	n. incidenti	% casi colonna
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	54	2,0%
Procedeva regolarmente	40	1,5%
Procedeva con eccesso di velocità	28	1,0%
Manovrava	4	0,1%
Urtava con il carico il pedone	2	0,1%
Procedeva senza rispettare i limiti di velocità	2	0,1%
Usciva senza precauzione da passo carrabile	1	0,0%
Manovrava senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1	0,0%
Sorpassava veicolo in marcia	1	0,0%
Procedeva contromano	1	0,0%
Totale	134	5,0%
2) CIRCOSTANZE PRESUNTE DELL'INCIDENTE per difetti o avarie del veicolo		
	n. incidenti	% casi colonna
Rottura o insufficienza dei freni	4	0,1%
Scoppio o eccessiva usura di pneumatici	3	0,1%
Rottura o guasto dello sterzo	1	0,0%
Rottura degli organi di agganciamento dei rimorchi	1	0,0%
Mancanza o insufficienza dei dispositivi visivi dei velocipedi	1	0,0%
Totale	10	0,4%
3) CONDIZIONI PRESUNTE DELL'INCIDENTE per stato psico-fisico		
	n. incidenti	% casi colonna
Anormale per ebbrezza da alcool	84	3,1%
Anormale per improvviso malore	15	0,6%
Anormale per sonno	15	0,6%
Anormale per ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope	6	0,2%
Abbagliato	2	0,1%
Totale	122	4,6%
Totale cause registrate per conducenti, veicoli o pedoni 2002-2006 nel territori dell'ASLCN2	2 681	100,0%

Progetto Pronti? Partenza...via!

Carla Geuna

Il progetto è nato da una "evidenza epidemiologica", emersa dalla sorveglianza locale degli incidenti stradali occorsi negli ultimi anni nel territorio cuneese, nell'ambito del Progetto di Ricerca sanitaria finalizzata, finanziato dalla Regione Piemonte, condotto nel biennio 2002-2004, dalla S.O.S. Epidemiologia A.S.L. 18 in collaborazione con le AA.SS.LL. 17, 16, 15. Gli incidenti stradali, eventi peraltro evitabili, costituiscono nel nostro territorio la principale causa di morte tra i giovani. Il maggior numero delle vittime si concentra infatti nella fascia di età 15-29 anni, immagine confermata dallo studio dei dati ISTAT che individua peraltro le alterazioni psicofisiche di chi è alla guida (in particolare l'ebbrezza da alcol) quali circostanze di incidente con le conseguenze più gravi. Valutando la fascia di età particolarmente vulnerabile agli incidenti stradali e considerando che il compimento dei 14 anni consente ai ragazzi di acquisire, previo superamento di un esame teorico, l'idoneità alla guida del ciclomotore, si è pensato di offrire un percorso informativo-educativo riguardante il tema della "guida in sicurezza" ai ragazzi frequentanti la classe 3^a di tutte le scuole medie inferiori del territorio di competenza della nostra ASL. Tra gli obiettivi dell'intervento: l'incremento delle conoscenze degli effetti dell'alcol sulla guida, l'acquisizione di una maggiore consapevolezza dei rischi legati all'assunzione di alcolici e/o sostanze psicoattive. Gli operatori sanitari durante gli incontri con i ragazzi hanno fornito informazioni relative al rischio che si nasconde dietro l'associazione di assunzione di bevande alcoliche e guida utilizzando strumenti di lavoro più accattivanti quali ad esempio materiali audiovisivi (frammenti di film, spot pubblicitari). Le modalità didattiche adottate dagli operatori sanitari hanno favorito l'avvio, da parte degli adolescenti, di una riflessione in tema di guida e sicurezza.

Dall'elaborazione dei questionari pre-intervento è emersa una superficiale conoscenza delle problematiche legate all'assunzione di bevande alcoliche da parte degli adolescenti. Il confronto dei dati rilevati attraverso questionari pre e post intervento ha evidenziato un significativo incremento in termini di "conoscenza - grado di informazione" (in particolare su aspetti legislativi, conseguenze sulla salute..) ed un incremento soddisfacente in termini di acquisizione di "consapevolezza - percezione del rischio" da parte dei ragazzi. In tale ottica si segnala la particolare significatività della domanda n° 8 che consente di esplorare la percezione del rischio da parte dell'adolescente.

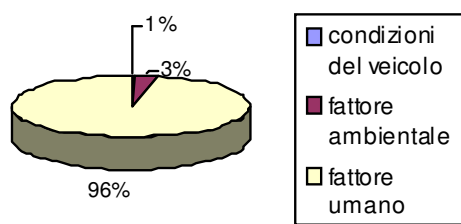
Di seguito è possibile visionare le domande formulate nel questionario pre e post intervento e l'elaborazione dei dati emersi dall'analisi dei questionari.

1. Secondo te, la maggior parte degli incidenti stradali è riconducibile a:

- Fattore ambientale (stato della strada, carenza di segnaletica stradale, condizioni meteo, ecc.)
- Fattore umano (stanchezza, distrazione, consumo di alcol, droghe o farmaci, inesperienza, inosservanza del codice della strada, ecc.)
- Condizioni del veicolo (usura dei pneumatici, malfunzionamento dei freni, ecc.)

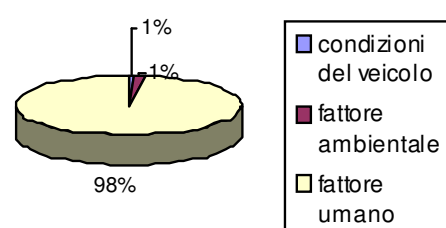
pre -intervento

cause di incidenti stradali



post-intervento

cause di incidenti stradali

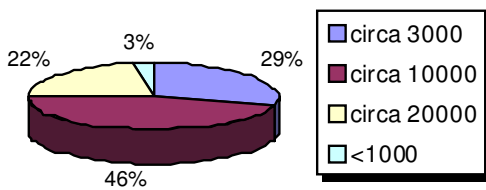


2. Quante persone muoiono ogni anno in Italia per incidenti dovuti al consumo di alcol? (indicare una sola risposta)

- circa 20.000
- circa 10.000
- circa 3.000
- meno di 1.000

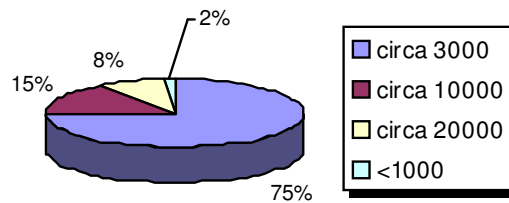
pre-intervento

numero di persone che muoiono all'anno, in Italia, per incidente stradale dovuti al consumo di alcol



post-intervento

numero di persone che muoiono all'anno, in Italia, per incidente stradale dovuti al consumo di alcol

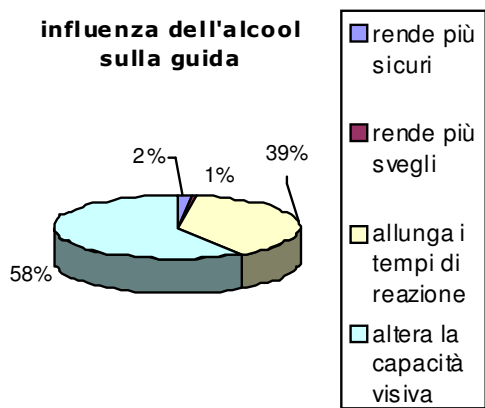


3. Come influisce l'alcol sulla guida? (sono possibili più risposte)

- Rende più sicuri
- Allunga i tempi di reazione
- Altera la capacità visiva
- Rende più svegli e concentrati

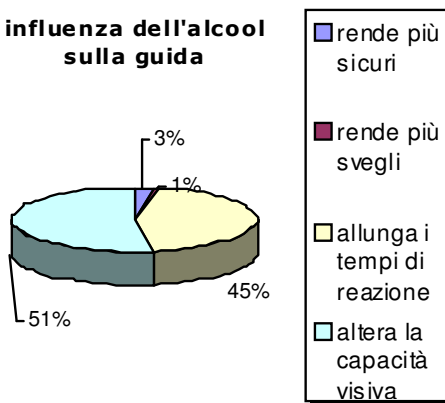
pre-intervento

influenza dell'alcol sulla guida



post-intervento

influenza dell'alcol sulla guida

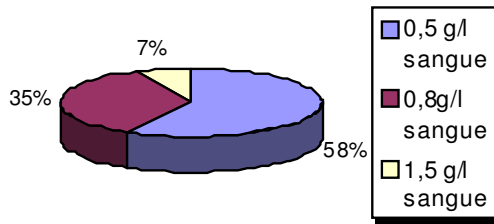


4. Il livello massimo di alcoemia (alcol presente nel sangue) consentito dal Codice della Strada in Italia è di: (indicare una sola risposta)

- 0.5 grammi di alcol per ogni litro di sangue
- 0.8 grammi di alcol per ogni litro di sangue
- 1.5 grammi di alcol per ogni litro di sangue

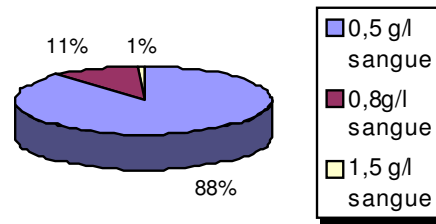
pre-intervento

livello massimo di alcoemia consentito dal codice della strada



post-intervento

livello massimo di alcoemia consentito dal codice della strada

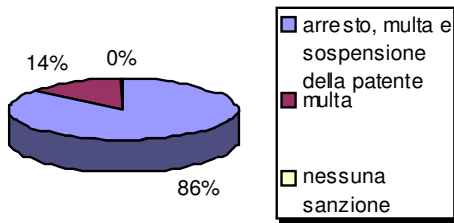


5. una persona che guida in stato di ebbrezza alcolica può incorrere in

- multa
- arresto, multa, sospensione della patente
- nessuna sanzione

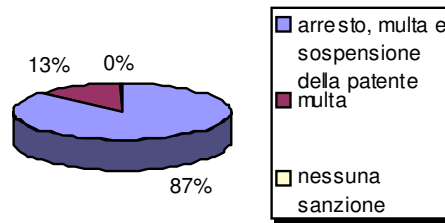
pre-intervento

stato di ebbrezza e sanzioni



post-intervento

stato di ebbrezza e sanzioni

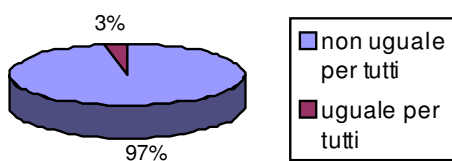


6. Pensi che il numero di bicchieri che portano all'ebbrezza sia uguale per tutti?

- si
- no

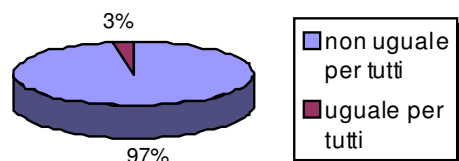
pre-intervento

numero di bicchieri di bevande alcoliche e stato di ebbrezza



post-intervento

numero di bicchieri di bevande alcoliche e stato di ebbrezza



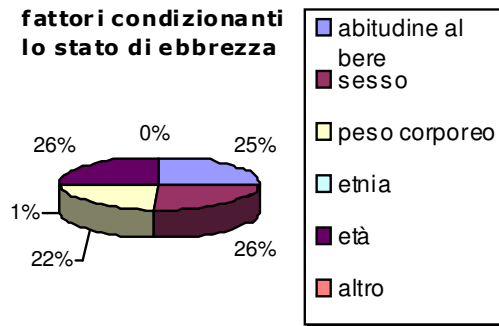
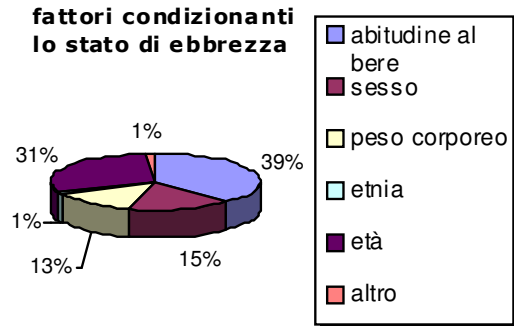
7. Se no, da cosa dipende secondo te? (sono possibili più risposte)

- Peso corporeo
- sesso
- età
- etnia
- abitudini al bere

- altro

pre-intervento

post-intervento



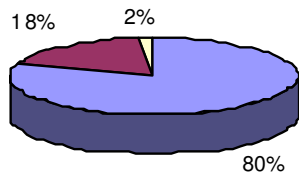
8. Luigi, un ragazzo quindicenne, si reca con il suo motorino ad una festa. Nel corso della serata si lascia tentare dagli alcolici. Secondo Te per ritornare a casa come deve comportarsi: (indicare una sola risposta)

- può usare ugualmente il motorino cercando di guidare con prudenza
- si deve fare accompagnare a casa da persone sobrie
- deve attendere di recuperare un po' di lucidità prima di mettersi alla guida

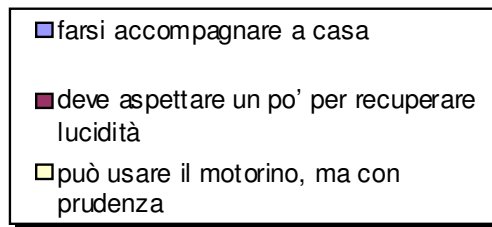
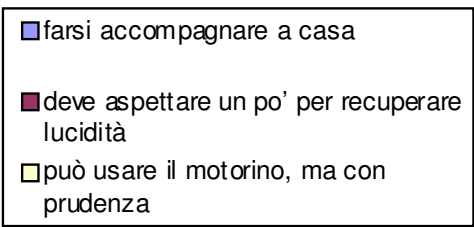
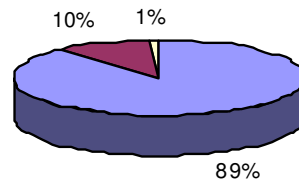
pre-intervento

post-intervento

corretto comportamento di Luigi con il motorino dopo aver bevuto



corretto comportamento di Luigi con il motorino dopo aver bevuto



Indagine sull'assunzione di alcol durante il lavoro nei cantieri edili del territorio dell'ASLCN2

Vilma Giachelli – Erica Moretto – Davide Bogetti
Stefano Nava – Marisa Saltetti – Santina Bruno

Introduzione

I dati di letteratura, tra cui quelli pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e dall'International Labour Organisation (I.L.O.), evidenziano come l'assunzione di alcol in orario di lavoro concorra significativamente all'aumento dell'incidenza degli eventi infortunistici determinando, altresì, una maggiore gravità delle lesioni. Dati O.M.S. stimano che gli infortuni sul lavoro alcol – correlati possono rappresentare fino al 25% del totale.

Risulta pertanto necessario, per coloro che operano nell'ambito della prevenzione degli infortuni da lavoro, affrontare questo problema e pianificare interventi efficaci finalizzati a contrastare l'uso di alcol durante il lavoro.

La stessa legislazione ha fatto un passo avanti nella regolamentazione della materia in particolare con il Provvedimento del 16 marzo 2006: in esso infatti la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha individuato le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, attività per le quali è vietata l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art.15 della legge 30 marzo 2001, n.125.

Tra queste categorie di lavoratori rientrano gli addetti al comparto dell'edilizia e delle costruzioni che, come è noto, è uno dei settori in cui si rilevano i più alti indici infortunistici, sia per frequenza che per gravità. Alcuni studi, effettuati in questi ultimi anni, sulla categoria dei lavoratori delle costruzioni, evidenziano che in tali soggetti l'assunzione di alcol non è solo causa o concausa di infortunio, ma incide negativamente sullo stato di salute generale. I lavoratori del settore edile, noti per esser oltre che "buoni bevitori" forti fumatori e mangiatori, presentano, difatti, un'elevata mortalità per tutte le cause e, in particolare, per infortuni, omicidi, malattie alcol correlate (come ad es. cirrosi epatica e malattie cerebrovascolari) e incidenti extralavorativi.

Il settore edile risulta, nel nostro territorio, un comparto particolarmente operoso, soprattutto in questi ultimi anni, in cui oltre alla già vivace attività in ambito dell'edilizia civile ed industriale di tipo tradizionale, sono in corso d'opera i lavori per la realizzazione del tratto autostradale Asti – Cuneo e per il nuovo ospedale di Verduno, che vedranno impegnati complessivamente centinaia di lavoratori nei prossimi 5 – 10 anni.

Alla luce di ciò, lo S.Pre.S.A.L. dell'ASLCN2 ha ritenuto opportuno prevedere, oltre le già numerose attività di prevenzione e di vigilanza effettuate nei cantieri del nostro territorio, un'iniziativa di promozione della salute, finalizzata a contrastare in particolare l'uso di alcol durante il lavoro: il progetto "*Io lavoro sobrio*". Tale progetto, avviato nel luglio 2006, in concomitanza con l'emanazione del divieto normativo di assunzione e somministrazione di alcolici da parte dei lavoratori dell'edilizia, e concluso nel giugno del 2008, si poneva come principale obiettivo quello di incrementare, nei lavoratori del settore edilizia, la percezione del rischio infortunistico conseguente all'assunzione di bevande alcoliche durante l'attività lavorativa svolta in cantiere. Le attività di *Io lavoro sobrio*, ed in particolare quelle mirate al cambiamento dei comportamenti dei lavoratori relativamente al rapporto alcol e lavoro, sono state programmate come azioni di rinforzo al divieto di assunzione di bevande alcoliche, previsto dalla norma, considerando soprattutto le peculiarità del nostro territorio che vanta peraltro una tradizione vitivinicola.

Al progetto hanno aderito complessivamente 11 aziende del comparto edile con il coinvolgimento di circa 500 lavoratori.

Le azioni messe in campo sono state molteplici:

- Individuazione e coinvolgimento di un gruppo di progetto per ogni azienda che ha aderito al programma, ai fini della formazione diretta a datori di lavoro, dirigenti, medici competenti, responsabili del servizio di prevenzione e protezione, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, rappresentanti sindacali, per dare seguito all'attività di prevenzione iniziata dal Servizio;
- Rilevazione delle opinioni e degli atteggiamenti comportamentali per migliorare le conoscenze in merito al problema alcol e mondo del lavoro;

- Supporto ai datori di lavoro, attraverso idonei percorsi di formazione, affinché possano a loro volta sensibilizzare i lavoratori relativamente ai rischi derivanti dall'assunzione di bevande alcoliche sia in ambito lavorativo sia extralavorativo, anche ai fini della promozione di stili di vita sani;
- Approfondimento delle conoscenze legislative vigenti in materia;
- Informazione circa l'esistenza delle risorse in campo alcolico presenti nel territorio di appartenenza;
- Supporto alle aziende partecipanti per la realizzazione di iniziative mirate e diversificate di contrasto all'uso di alcol in cantiere.

Inoltre per la fase di avvio del progetto è stato effettuato uno studio allo scopo di approfondire il livello di conoscenza sulla tematica alcol e lavoro da parte dei lavoratori. Tale studio, che ha costituito la base per la programmazione dei successivi interventi di *Io lavoro sobrio*, rappresenta l'oggetto di questo articolo.

Materiali e metodi

Per la rilevazione dei consumi dell'alcol da parte dei lavoratori delle aziende aderenti al progetto nonché delle loro conoscenze e opinioni in merito al suddetto fenomeno, si è scelto di utilizzare, quale strumento di indagine, il questionario.

Il questionario è stato predisposto modificando in parte quello utilizzato nell'ambito del progetto nazionale "*Alcol e lavoro*", coordinato dalla Regione Toscana; le modifiche apportate si sono rese necessarie per effettuare l'indagine specifica nel settore edile. Si è ritenuto opportuno, altresì, semplificare alcune domande per rendere più agevole la lettura ai lavoratori stranieri, esclusi invece dal progetto nazionale per ragioni linguistiche e culturali. Il coinvolgimento di quest'ultimi nell'ambito di *Io lavoro sobrio* sicuramente ha consentito di ottenere un'immagine più precisa dei lavoratori del settore edile.

Le modifiche apportate al questionario originario sono state sottoposte all'attenzione di uno psicologo del lavoro.

Nel mese di novembre 2007 il questionario, anonimo e senza alcun riferimento alla ditta di appartenenza, è stato consegnato a circa 500 lavoratori. Nella maggior parte dei casi la distribuzione dei questionari è stata effettuata direttamente dal gruppo di progetto in occasione di apposite riunioni all'interno dell'azienda, altre volte invece il questionario è stato consegnato ai referenti aziendali che si sono preoccupati della somministrazione e successiva raccolta. I lavoratori hanno immediatamente compilato e restituito il questionario, inserendolo in alcune urne (nelle quali confluivano i questionari di tutte le ditte), appositamente create nel rispetto della *privacy*. In alcuni casi è stato necessario leggere e spiegare le domande e le risposte specie a quei lavoratori stranieri non in grado di leggere correttamente l'italiano.

Di seguito si segnalano alcuni punti di forza e criticità.

✓ *Alcuni punti di forza:*

- Economicità
- Distribuzione capillare sull'intera popolazione
- Anonimato garantito
- Disponibilità immediata dei dati
- Dati non "filtrati"

✓ *Alcune criticità:*

- Complessità di alcune domande, forse troppo lunghe e/o articolate
- Lingua: oltre alla difficoltà di comprensione, si è notato l'impossibilità di tradurre alcuni concetti, come ad es. "l'alcol fa buon sangue"
- Eccessiva semplificazione del linguaggio utilizzato: alcune domande potevano essere ambigue o suscettibili di diverse interpretazioni
- Necessità di assistenza nella compilazione ai lavoratori stranieri
- Stampa delle pagine in fronte/retro: si è notato che in alcuni casi le parti stampate sul retro non sono state compilate

Sempre con il supporto dello psicologo del lavoro, il gruppo di progetto ha tentato di dare una chiave di lettura a quelle risposte ritenute più significative ai fini della rilevazione dei consumi di alcol in orario di lavoro da parte dei lavoratori del comparto edile.

Risultati e discussione

Al progetto hanno aderito complessivamente 11 aziende del comparto edile: dalla piccola azienda a conduzione familiare alla società per azioni con oltre 100 dipendenti, dall'azienda che si occupa di scavi e movimento terra a quella che costruisce prefabbricati, la consociata per l'appalto del nuovo ospedale di Verduno e l'impresa che si occupa di piccole ristrutturazioni.

In totale sono stati compilati 373 questionari, di cui 4 ritenuti nulli in quanto non compilati. Quindi il totale delle schede considerate valide è 369, pari al 73,8% della popolazione presa in esame.

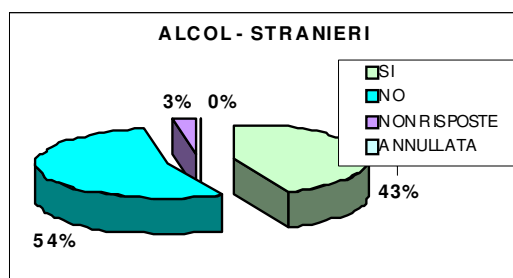
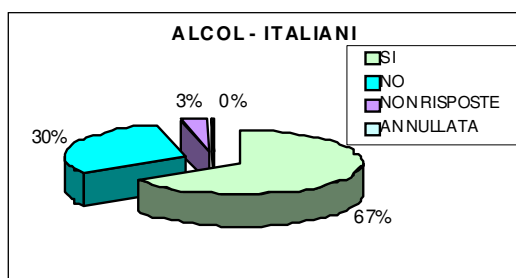
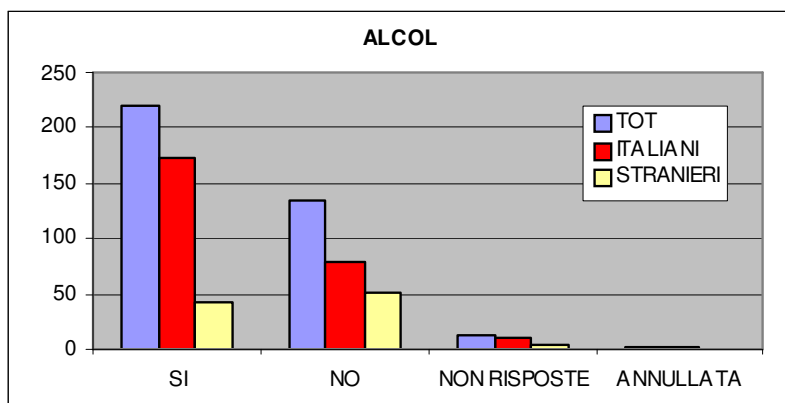
Risultati relativi al consumo di alcolici

DOMANDA: Negli ultimi 3 mesi hai bevuto alcolici (per es. vino, birra, grappa, whisky, amari....)?

SI NO

RISPOSTE:

	TOT	ITALIANI	STRANIERI
SI	221	174	42
NO	135	79	52
NON RISPOSTE	12	9	3
ANNULLATA	1	1	0
TOT	369	263	97



COMMENTO:

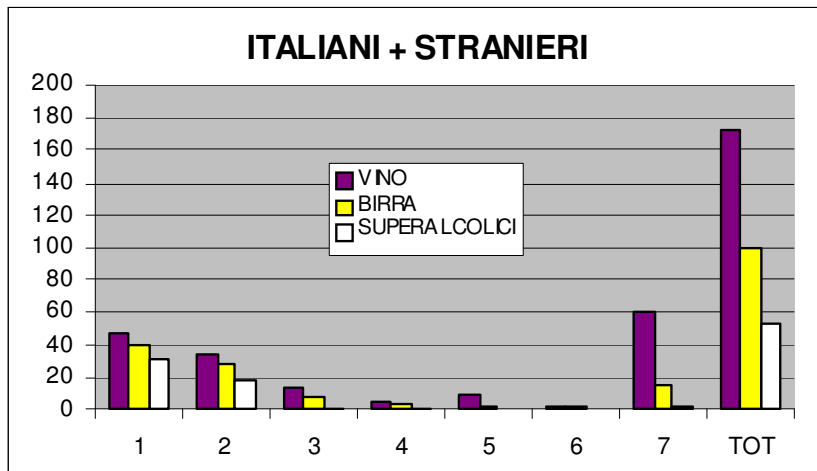
Nonostante l'anonimato del questionario, solo il 37% dei lavoratori ha risposto che "non ha bevuto negli ultimi 3 mesi". Tale dato si discosta di molto dalle medie nazionali che riportano valori ben più elevati (70-80% di bevitori, ancorchè occasionali) e sorprende soprattutto se si tiene conto del fatto che gli intervistati sono per lo più uomini adulti (92%), appartenenti ad un settore che tradizionalmente "raccolge" forti bevitori. Ed ancora sul dato (così basso) potrebbe aver influito la presenza di lavoratori stranieri che professano culti religiosi che impongono il divieto di assumere bevande alcoliche. Altra chiave di lettura infine potrebbe essere che i soggetti indagati, assumendo alcol occasionalmente e/o in modiche quantità (ad es. un bicchiere di vino la domenica), non si considerano bevitori (e quindi hanno risposto no).

DOMANDA: Se SI: di solito quanti giorni alla settimana bevi:

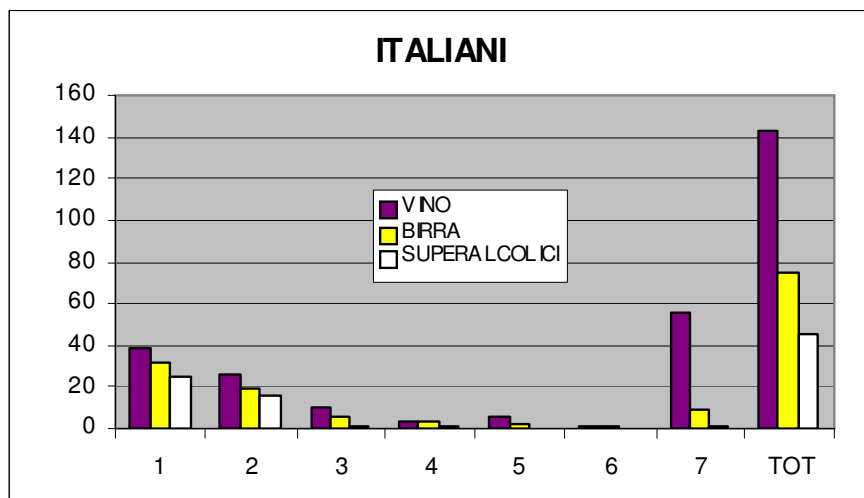
- VINO (indicare il n° di giorni) _____
- BIRRA (indicare il n° di giorni) _____
- SUPERALCOLICI (indicare il n° di giorni) _____

RISPOSTE:

ITALIANI+STRANIERI								
	1	2	3	4	5	6	7	
VINO	47	34	14	5	9	3	61	173
BIRRA	39	29	8	4	3	2	15	100
SUPERALCOLICI	31	18	1	1	0	0	2	53
NON RISPOSTE	163							

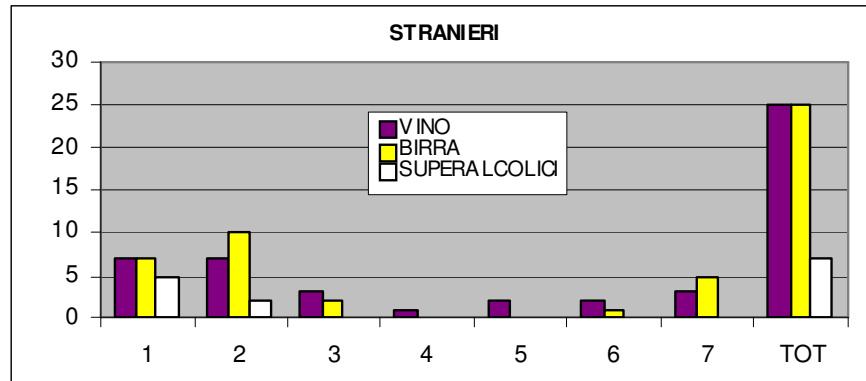


ITALIANI								
	1	2	3	4	5	6	7	
VINO	38	27	11	4	6	1	56	143
BIRRA	32	19	6	4	3	1	10	75
SUPERALCOLICI	25	16	1	1	0	0	2	45
NON RISPOSTE	98							

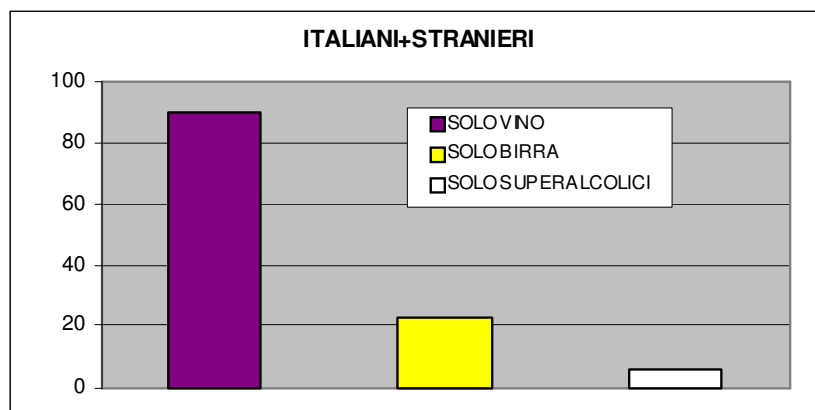


STRANIERI								
	1	2	3	4	5	6	7	
VINO	7	7	3	1	2	2	3	25
BIRRA	7	10	2	0	0	1	5	25
SUPERALCOLICI	5	2	0	0	0	0	0	7

NON RISPOSTE	61
--------------	----



ITALIANI+STRANIERI:	
SOLO VINO	90
SOLO BIRRA	23
SOLO SUPERALCOLICI	6



COMMENTO:

Le risposte più frequenti sono "si beve 1 volta" o "2 volte a settimana", ma la maggior parte degli intervistati ha dichiarato di "bere tutti i giorni il vino" (61 persone di cui 56 italiani).

Il vino è la bevanda alcolica più consumata dagli italiani, mentre per gli stranieri (che, tra l'altro, dichiarano di bere meno frequentemente), è al pari della birra.

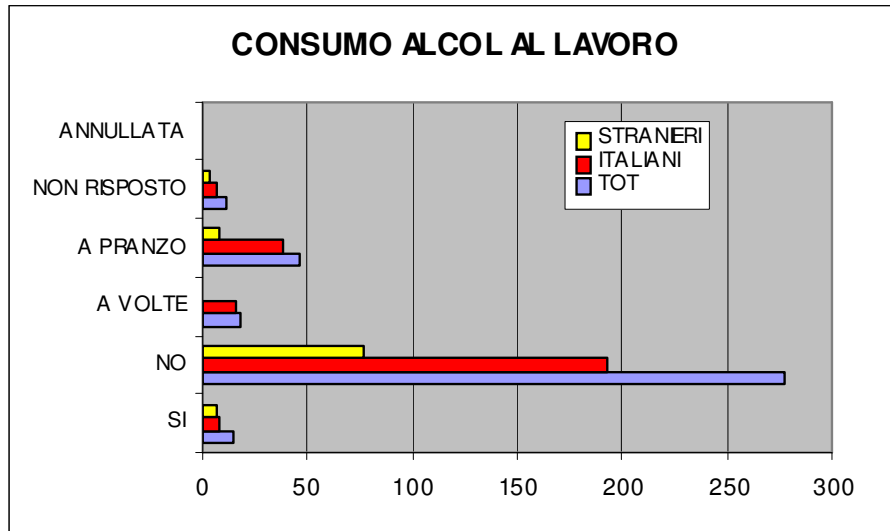
Inoltre potrebbe essere interessante indagare su quali sono i 2 giorni della settimana in cui più di frequente si consumano alcolici; si potrebbe supporre siano i giorni del week-end. Se tale ipotesi fosse confermata, potrebbe essere utile un ulteriore approfondimento per sapere quanto incide questa modalità del bere sulla forma fisica al rientro al lavoro il lunedì. Le statistiche INAIL peraltro confermano come il primo giorno della settimana sia quello con il più alto numero di infortuni (Fonte: Banca Dati Statistica INAIL - Il quadro infortunistico 2007).

DOMANDA: Hai mai bevuto alcolici durante il lavoro?

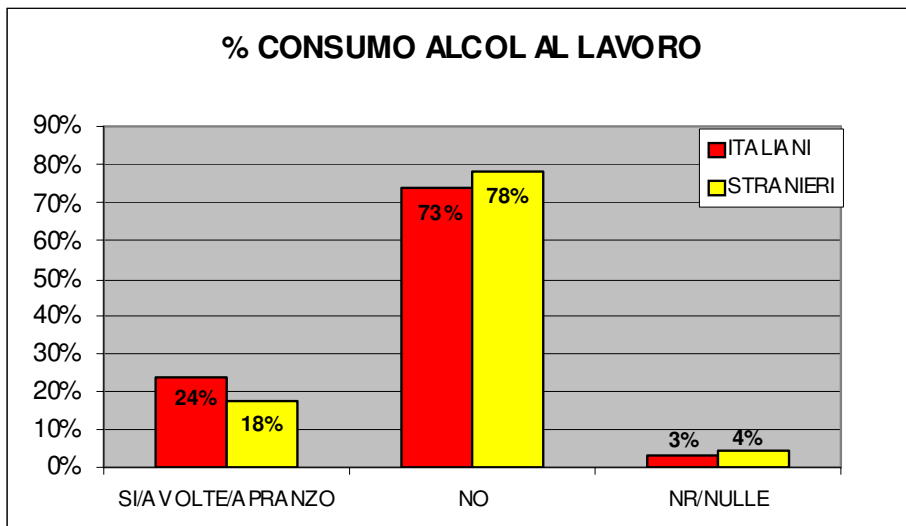
SI NO A VOLTE A PRANZO

RISPOSTE

	TOT	ITALIANI	STRANIERI
SI	15	8	7
NO	277	193	76
A VOLTE	18	16	1
A PRANZO	47	38	9
NON RISPOSTO	11	7	4
ANNULLATA	1	1	0
TOT	369	263	97



Dati in percentuale	TOT	ITALIANI	ITALIANI	STRANIERI	STRANIERI
SI/AVOLTE/APRANZO	80	62	24%	17	18%
NO	277	193	73%	76	78%
NR/NULLE	12	8	3%	4	4%
TOT	369	263	100%	97	100%

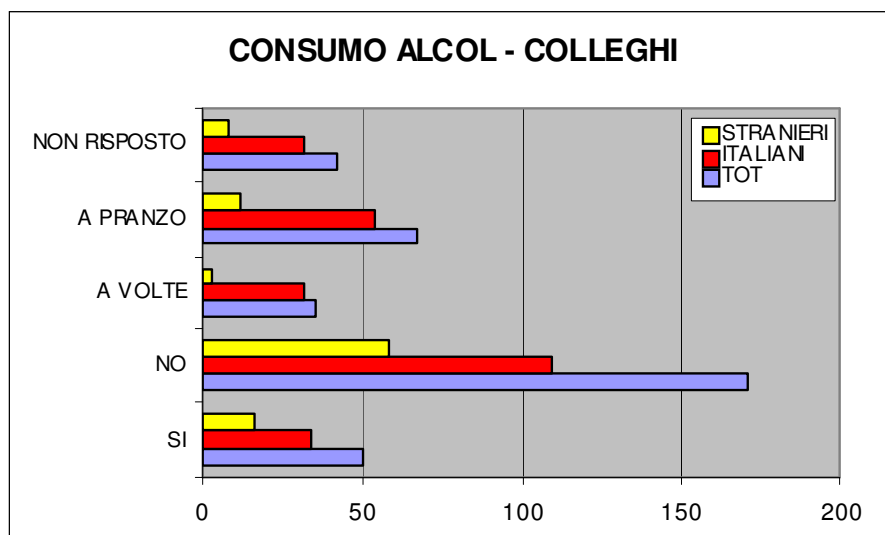


DOMANDA: *In ditta qualcuno beve alcolici durante il lavoro?*

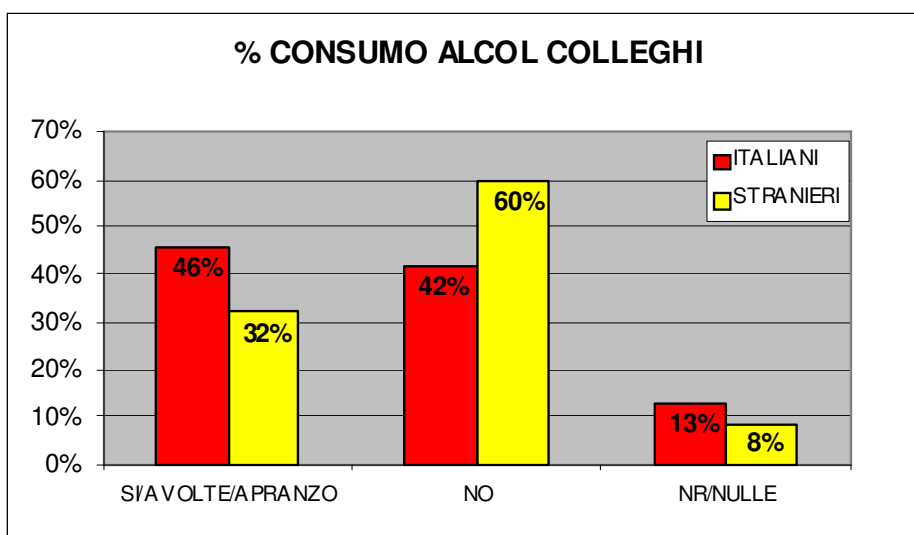
SI NO A VOLTE A PRANZO

RISPOSTE

	TOT	ITALIANI	STRANIERI
SI	51	34	16
NO	171	110	58
A VOLTE	36	32	3
A PRANZO	67	54	12
NON RISPOSTO	42	32	8
ANNULLATA	2	1	0
TOT	369	263	97



Dati in percentuale	TOT	ITALIANI	ITALIANI	STRANIERI	STRANIERI
SI/AVOLTE/APRANZO	154	120	46%	31	32%
NO	171	110	42%	58	60%
NR/NULLE	44	33	13%	8	8%
TOT	369	263	100%	97	100%



COMMENTO:

Alla domanda "Hai mai bevuto alcolici durante il lavoro?", solo 15 persone hanno indicato nettamente SI, ma se aggregiamo il dato SI/A VOLTE/A PRANZO (quindi tutte le persone che in qualche modo durante la giornata lavorativa assumono alcolici), questo numero sale ad 80, ovvero il 24% dei nostri lavoratori italiani indagati e il 18% degli stranieri. Si segnala che un 3% preferisce non rispondere.

Se parallelamente analizziamo le risposte alla domanda "In ditta qualcuno beve alcolici durante il lavoro?", meno del 42% dei lavoratori dichiara di vedere qualche collega bere (si/a volte/a pranzo): questo valore è piuttosto basso se rapportato al fatto che molti hanno ammesso di bere (e lo dichiarano il 32% degli stranieri e il 46% degli italiani). Tutto ciò potrebbe essere conseguenza di risposte poco sincere.

Risultati relativi alle false credenze

DOMANDA: Secondo te:

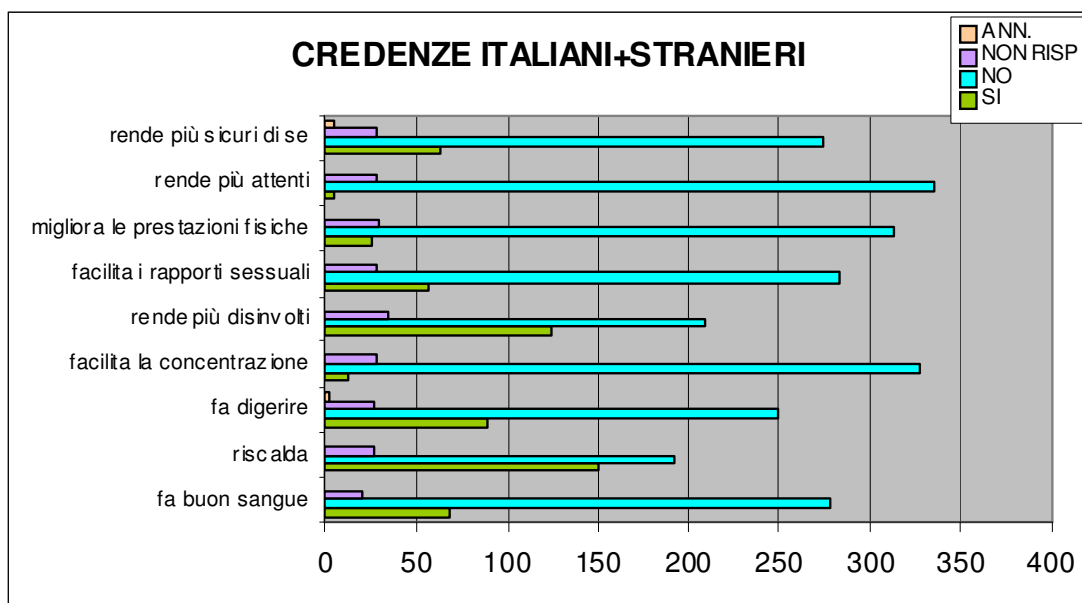
(Rispondi a tutte le domande)

L'alcol fa buon sangue	SI	NO
L'alcol riscalda	SI	NO
L'alcol fa digerire	SI	NO
L'alcol facilita la concentrazione	SI	NO
L'alcol rende più disinvolti	SI	NO
L'alcol facilita i rapporti sessuali	SI	NO
L'alcol migliora le prestazioni fisiche	SI	NO
L'alcol rende più attenti	SI	NO
L'alcol rende più sicuri di sé	SI	NO

RISPOSTE

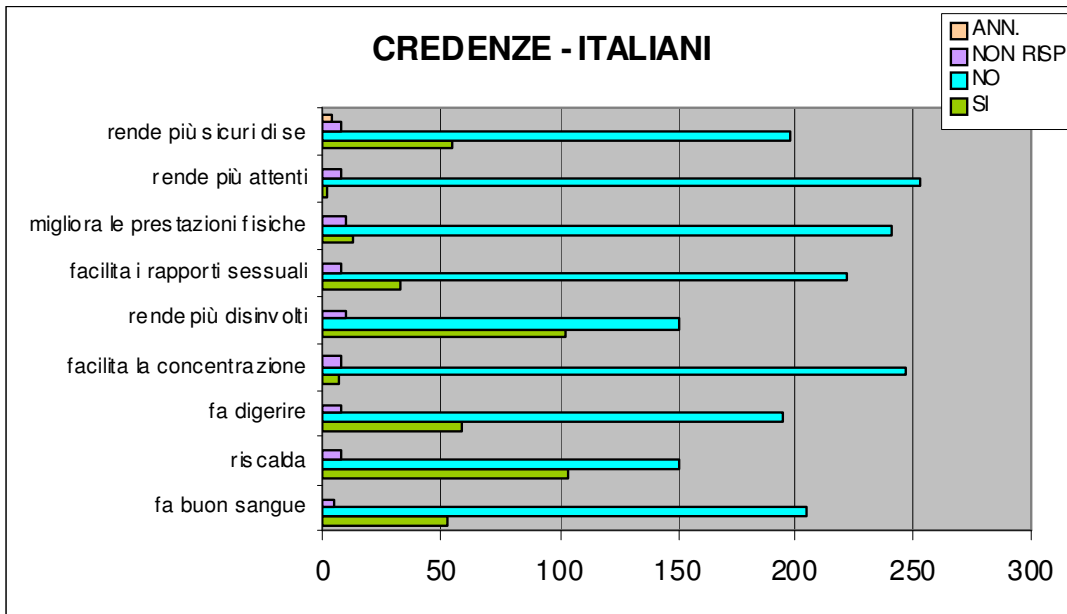
ITALIANI + STRANIERI				
	SI	NO	NON RISP	ANN.
fa buon sangue	68	279	21	1
riscalda	150	192	27	0
fa digerire	90	250	27	2
facilita la concentrazione	12	328	28	1
rende più disinvolti	125	209	34	1
facilita i rapporti sessuali	56	284	28	1
migliora le prestazioni fisiche	25	314	30	0
rende più attenti	4	336	28	1
rende più sicuri di sé	63	274	28	4

Non rispondono a nessuna delle opzioni 16 lavoratori



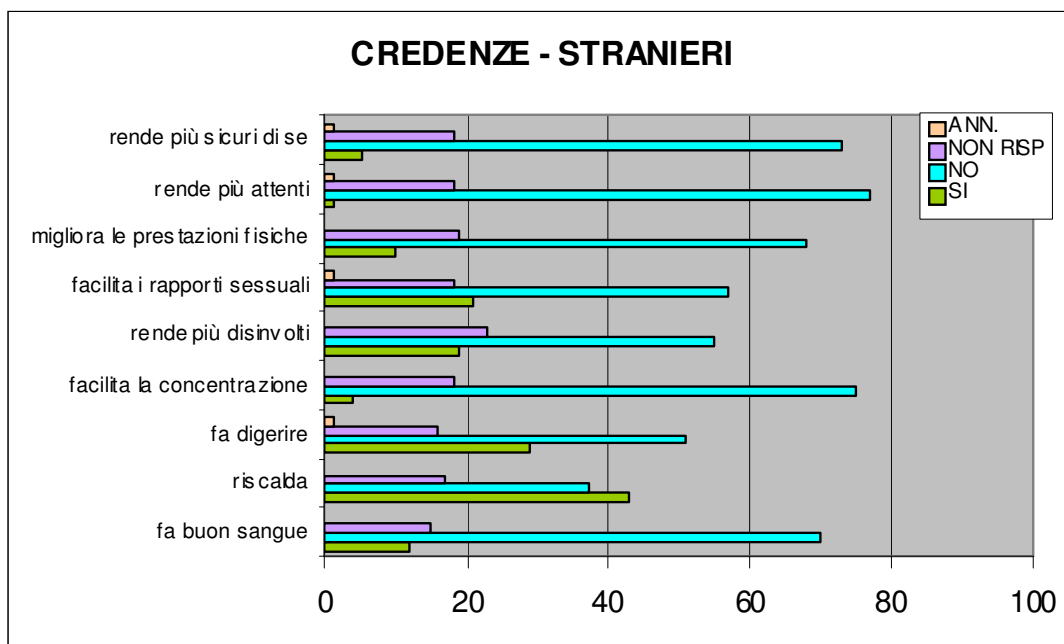
ITALIANI				
	SI	NO	NON RISP	ANN.
fa buon sangue	53	205	4	1
Riscalda	104	151	8	0
fa digerire	59	195	8	1
facilita la concentrazione	7	247	8	1
rende più disinvolti	103	150	9	1
facilita i rapporti sessuali	33	222	8	0
migliora le prestazioni fisiche	13	241	9	0
rende più attenti	2	253	8	0
rende più sicuri di se	54	198	8	3

Non rispondono a nessuna delle opzioni 2 lavoratori



STRANIERI				
	SI	NO	NON RISP	ANN.
fa buon sangue	12	70	15	0
riscalda	43	37	17	0
fa digerire	29	51	16	1
facilita la concentrazione	4	75	18	0
rende più disinvolti	19	55	23	0
facilita i rapporti sessuali	21	57	18	1
migliora le prestazioni fisiche	10	68	19	0
rende più attenti	1	77	18	1
rende più sicuri di se	5	73	18	1

Non rispondono a nessuna delle opzioni 12 lavoratori



Le credenze su fatti para o pseudo-scientifici

"Sono abbastanza diffuse false credenze o comunque non dimostrate scientificamente circa la spiegazione semplicistica di fatti naturali o sulle virtù benefiche o dannose di sostanze o di procedure mediche non appartenenti alla pratica scientifica."
www.wikipedia.it

I dati della nostra indagine sono in linea con gli studi in letteratura: le credenze sui presunti benefici dell'alcol si confermano ben radicate e non vengono affatto intaccate, se non in minima parte, con l'aumentare del livello di scolarizzazione. La credenza più diffusa è che *l'alcol riscalda*.

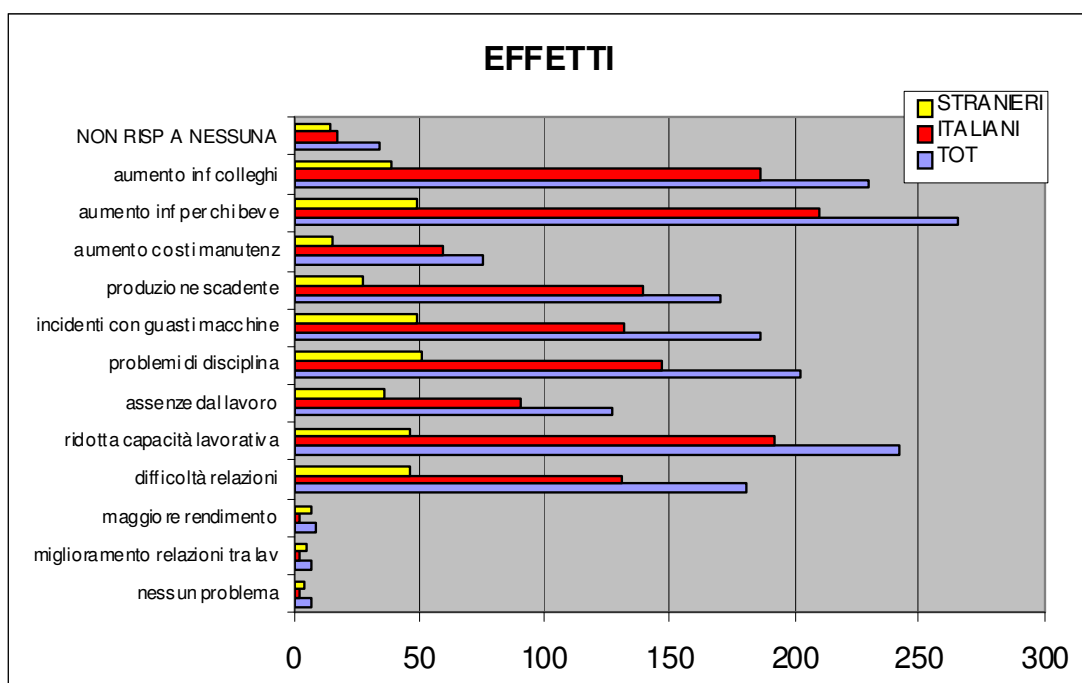
Risultati relativi alle conoscenze sugli effetti dell'alcol

DOMANDA: Bere alcolici sul lavoro cosa può causare? (E' possibile dare più di una risposta)

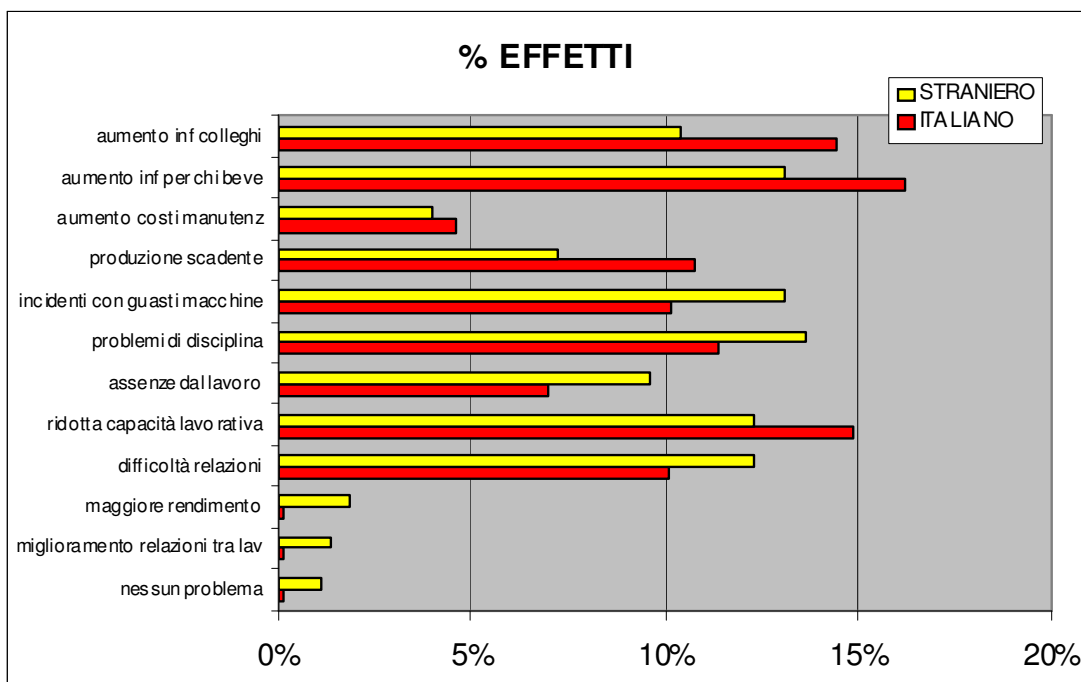
- nessun problema*
- miglioramento delle relazioni tra lavoratori*
- maggiore rendimento lavorativo*
- difficoltà nelle relazioni tra lavoratori*
- ridotta capacità lavorativa*
- assenze dal lavoro*
- problemi di disciplina*
- incidenti con guasti alle macchine*
- produzione scadente*
- aumento dei costi per la manutenzione delle attrezzature*
- aumento degli infortuni sul lavoro per chi beve*
- aumento degli infortuni sul lavoro per coloro che lavorano assieme a chi beve*

RISPOSTE

	TOT	ITALIANI	STRANIERI
nessun problema	6	2	4
miglioramento relazioni tra lav	7	2	5
maggiore rendimento	9	2	7
difficoltà relazioni	180	131	46
ridotta capacità lavorativa	242	192	46
assenze dal lavoro	127	90	36
problemi di disciplina	202	147	51
incidenti con guasti macchine	186	132	49
produzione scadente	171	140	27
aumento costi manutenzione	75	59	15
aumento inf per chi beve	265	210	49
aumento inf colleghi	230	187	39
NON RISP A NESSUNA	34	17	14



Dati in percentuale	ITALIANI	ITALIANI	STRANIERI	STRANIERI
nessun problema	2	0%	4	1%
miglioramento relazioni tra lavoratori	2	0%	5	1%
maggiore rendimento	2	0%	7	2%
difficoltà relazioni	131	10%	46	12%
Ridotta capacità lavorativa	192	15%	46	12%
assenze dal lavoro	90	7%	36	10%
problemi di disciplina	147	11%	51	14%
incidenti con guasti macchine	132	10%	49	13%
produzione scadente	140	11%	27	7%
aumento costi manutenz	59	5%	15	4%
aumento inf per chi beve	210	16%	49	13%
aumento inf colleghi	187	14%	39	10%
TOT SCELTE	1294	100%	374	100%



COMMENTO:

Dalle risposte a questa sezione di domande, risulta che tutti i lavoratori concordano sul fatto che chi beve può avere un aumento degli infortuni sul lavoro.

Nell'incrociare le risposte date alla domanda "Hai mai bevuto alcolici durante il lavoro?" e "Bere alcolici sul lavoro cosa può causare?", emerge che la risposta principale è l'aumento degli infortuni per chi beve. Dal momento che la maggior parte di questi soggetti risulta bevitore (e quindi esposta ad un rischio maggiore), appare chiaro come molto frequentemente si pensi che gli infortuni accadano agli altri e non a sé stessi. Altra riflessione merita la risposta "l'alcol non crea nessun problema" che è all'ultimo posto, mentre dovrebbe essere la prima, dato che a rispondere sono soggetti che bevono durante l'orario di lavoro; anche in questo caso è evidente una certa incoerenza tra le risposte.

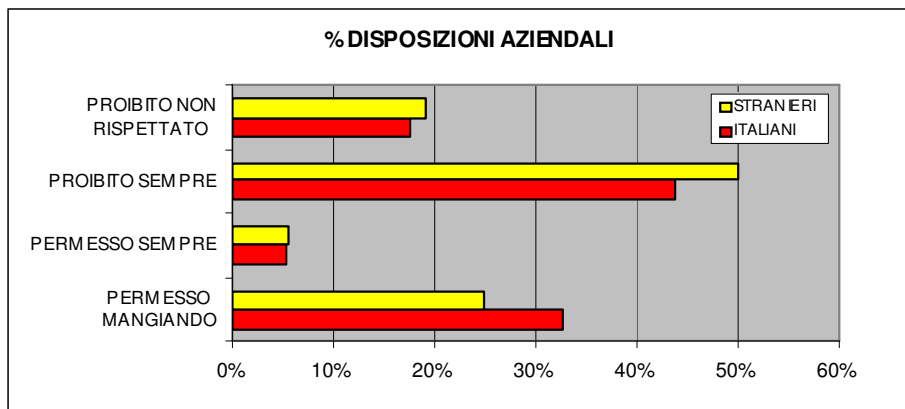
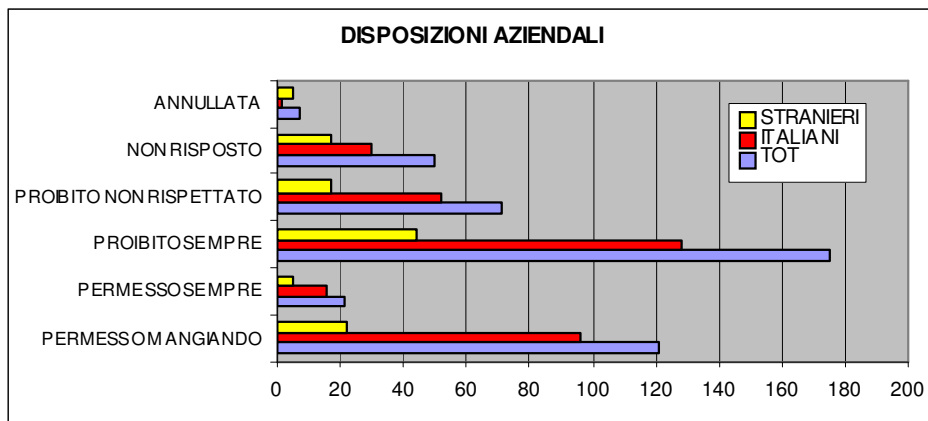
Dall'analisi congiunta delle risposte date alle domande: "Hai mai bevuto alcolici durante il lavoro?", "False credenze" e "Bere alcolici sul lavoro cosa può causare?", risulta comunque una non corretta percezione del rischio legato all'uso di alcol.

Risultati relativi alle disposizioni aziendali

DOMANDA: *Nella tua ditta: (E' possibile dare più di una risposta)*
 è permesso bere mangiando
 è permesso bere durante l'intero orario lavorativo
 è proibito bere durante l'intero orario di lavoro
 è proibito bere, ma non è rispettato il divieto

RISPOSTE

	TOT	ITALIANI	STRANIERI
PERMESSO MANGIANDO	121	96	22
PERMESSO SEMPRE	21	16	5
PROIBITO SEMPRE	175	128	44
PROIBITO NON RISPETTATO	71	52	17
NON RISPOSTO	50	30	17
ANNULLATA	7	2	5



COMMENTO:

Due possono essere sostanzialmente le chiavi di lettura per interpretare le risposte date a questa domanda, risposte addirittura contraddittorie: la non corretta o mancata comunicazione da parte dell'azienda su quelle che sono le disposizioni in materia di assunzione di bevande alcoliche, e l'insufficiente recepimento da parte dei lavoratori delle direttive impartite. In tutti e due i casi si tratta comunque di una comunicazione di certo non efficace, resa peraltro più evidente dal numero delle non risposte. La risposta "è permesso bere mangiando" denota come la pausa pranzo non sia vista come facente parte della giornata lavorativa o dell'orario lavorativo e quindi la si reputa non soggetta a particolari divieti. A tale proposito occorre citare come il numero degli infortuni mortali avvenga proprio dopo la pausa per il pranzo (Fonte: Banca Dati Statistica INAIL – Il quadro infortunistico 2007). Inoltre non è da sottovalutare il fatto che il 20% circa di persone afferma che il divieto esiste, ma non è rispettato; tale dato fa emergere come la formazione e l'informazione molto spesso non siano seguite da una idonea attività di verifica e controllo da parte dell'azienda.

Conclusioni

Dall'analisi dei risultati dei questionari si evince che più del 21% dei lavoratori beve in orario di lavoro nonostante il divieto normativo e la conoscenza dei rischi alcol-correlati. Per quanto riguarda gli aspetti normativi, i dati emersi fanno pensare ad una mancata o incompleta formazione dei lavoratori, da parte delle aziende, sul rischio specifico. Relativamente alle conoscenze degli effetti dell'alcol, le false credenze rilevate risultano talmente ben radicate da vanificare la consapevolezza degli effetti negativi del bere. Da ciò la necessità di agire su più fronti, di programmare diverse azioni, condotte sia da parte del sistema pubblico della prevenzione che di quello aziendale, finalizzate ad "aggredire" il problema: vigilanza e controllo in cantiere, in merito al rispetto della norma, ma anche approfondimento sulla tematica "alcol e lavoro" da prevedere nell'ambito di percorsi formativi per i lavoratori sulla sicurezza. Un ruolo privilegiato viene, inoltre, affidato al medico competente aziendale, chiamato dal nuovo D.Lgs. n.81/08 a collaborare, tra l'altro, all'attuazione ed alla valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale. Lo SPRESAL dell'ASCLN2, con il progetto "Io lavoro sobrio" ha provato a muoversi in questa direzione.

Si ringrazia la Dott.ssa Luisella Canale per il suo prezioso contributo.

Analisi della ristorazione collettiva assistenziale nell'ASLCN2

Natalina Marziani – Alfredo Ruata – Pietro Maimone

L'indagine ha riguardato 49 strutture, di cui 40 presidi per anziani, 4 centri per il ricovero e la cura di persone disabili, 7 comunità terapeutiche per ex tossico-dipendenti (due strutture comprendono due tipologie di ospiti).

Materiali e metodi

Ai fini della raccolta dati, è stata utilizzata una check - list costituita da una parte introduttiva, relativa ai dati generali del Presidio, una sezione riguardante i dati gestionali del servizio mensa ed una inerente alle caratteristiche dei locali di somministrazione (dati strutturali e qualità alberghiera): oltre all'osservazione diretta, sono state acquisite informazioni presso il personale addetto alla preparazione e somministrazione dei pasti. La verifica è stata effettuata da personale infermieristico del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione in collaborazione con tecnici della prevenzione operanti nello specifico settore.

Risultati

Un primo dato interessante è riferito agli orari di somministrazione dei pasti: come si evince dalle tabelle 1 e 2, nel 79,6% delle strutture il pranzo è servito entro le 12,00, mentre nel 74,5% dei casi la cena è consumata entro le 18,30: l'anticipazione degli orari, non solo di somministrazione dei pasti, è fenomeno organizzativo tipico del ciclo quotidiano di vita nelle strutture per anziani.

TAB. 1

Orario pranzo	Frequency	Percent	Cum Percent	
11.30	6	12,2%	12,2%	
12.00	33	67,3%	79,6%	
12.30	10	20,4%	100,0%	
Total	49	100,0%	100,0%	

TAB. 2

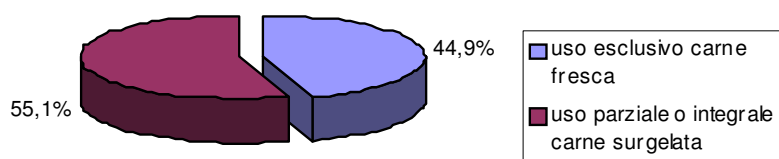
Orario cena	Frequency	Percent	Cum Percent	
18.00	15	31,9%	31,9%	
18.30	20	42,6%	74,5%	
19.00	9	19,1%	93,6%	
19.30	3	6,4%	100,0%	
Total	47	100,0%	100,0%	

Un indicatore di corretta programmazione, nel sistema della ristorazione collettiva, è dato dal rispetto del menù predisposto precedentemente (solitamente a rotazione su quattro settimane e con variazione estate/inverno) e validato dall'A.SL.: in base alle verifiche effettuate, solo nel 55,3% dei casi è stata riscontrata conformità a quanto indicato nella lista giornaliera delle portate. La verifica preliminare del menù da parte del competente servizio nutrizionale (87,8% dei casi), è garanzia di un'alimentazione regolare ed equilibrata. Si è rilevato che, talvolta, la variazione del menù avviene a discrezione del personale di cucina per motivi organizzativi o legati alle esigenze degli ospiti.

Un altro aspetto della complessità della ristorazione collettiva assistenziale è dato dalla frequente differenziazione dei menù in rapporto ai bisogni alimentari specifici degli ospiti, per lo più determinati da patologie individuali. In tutte le strutture per anziani sono previste diete o modalità specifiche di preparazione dei pasti (nel 93,0% delle situazioni a causa di patologia diabetica). Occorre tenere conto che il 25,5% delle strutture prepara fino a 400 pasti alla settimana, mentre il 63,9% ne produce da 400 a 1000 ed il 10,6% oltre 1000. Nel 64,3% dei casi, si è riscontrato che il personale addetto alla cucina ha sostenuto specifici corsi di formazione professionale.

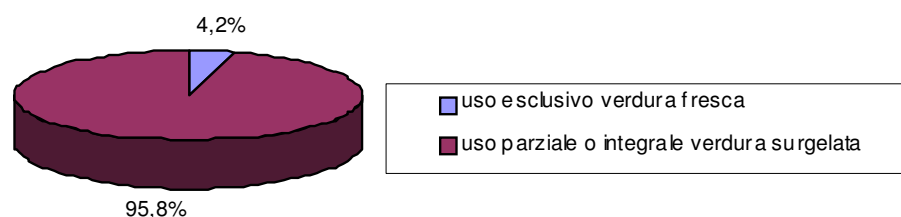
In merito alla qualità degli alimenti preparati, si rileva che nel 44,9% delle strutture esaminate viene utilizzata esclusivamente carne fresca, mentre nel restante 55,1 % vi è impiego parziale o totale di carne surgelata (nel 34,6% dei casi, se ne utilizza fino al 50%, nel 16,3 % dei presidi si utilizza solo carne surgelata).

Grafico 1 - Percentuale di utilizzo carne fresca/surgelata nella strutture assistenziali








Analoga valutazione riguarda l'utilizzo della verdura che, tuttavia, solo nel 4,2% delle strutture è esclusivamente fresca, mentre nelle restanti comunità è in parte o integralmente surgelata (nel 54,1% dei presidi la componente surgelata è almeno il 50,0 % della verdura usata, nel 18,8 % delle situazioni la verdura è totalmente surgelata).

Grafico 2 - Percentuale di utilizzo verdura fresca/surgelata nelle strutture assistenziali








Per quanto concerne l'olio utilizzato nella cottura dei cibi e per il condimento, si evince (tabelle 3 e 4) che, nel primo caso, vi è un impiego ridotto di olio extravergine (8,2 % di casi) e la preferenza per altri prodotti qualitativamente meno pregiati. L'olio extravergine di oliva e l'olio di oliva sono invece ampiamente usati per il condimento delle pietanze (93,9 % dei casi complessivamente).

TAB. 3




Quale tipo di olio viene usato per la cottura?	Frequency	Percent	Cum Percent	
extravergine	4	8,2%	8,2%	
monosemi	19	38,8%	46,9%	
oliva	19	38,8%	85,7%	
semi vari	7	14,3%	100,0%	
Total	49	100,0%	100,0%	

TAB. 4

Quale tipo di olio viene usato per il condimento?	Frequency	Percent	Cum Percent	
extravergine	16	32,7%	32,7%	
monosemi	2	4,1%	36,7%	
oliva	30	61,2%	98,0%	
semi vari	1	2,0%	100,0%	
Total	49	100,0%	100,0%	




In merito alle bevande somministrate, si riscontra la sostanziale equivalenza nell'uso di acqua minerale e acqua proveniente da acquedotto durante i pasti (tab. 5)

TAB. 5

Acqua	Frequency	Percent	Cum Percent	
Acquedotto	24	49,0%	49,0%	
Minerale	25	51,0%	100,0%	
Total	49	100,0%	100,0%	

Si rileva, altresì, abbastanza diffusa, in particolare negli istituti di ricovero per anziani, la somministrazione, a pasto, di modiche quantità di vino (pratica esclusa nelle comunità terapeutiche) – tab. 6

TAB. 6

Bevande alcoliche ai pasti	Frequency	Percent	Cum Percent	
No	12	24,5%	24,5%	
Si	37	75,5%	100,0%	
Total	49	100,0%	100,0%	

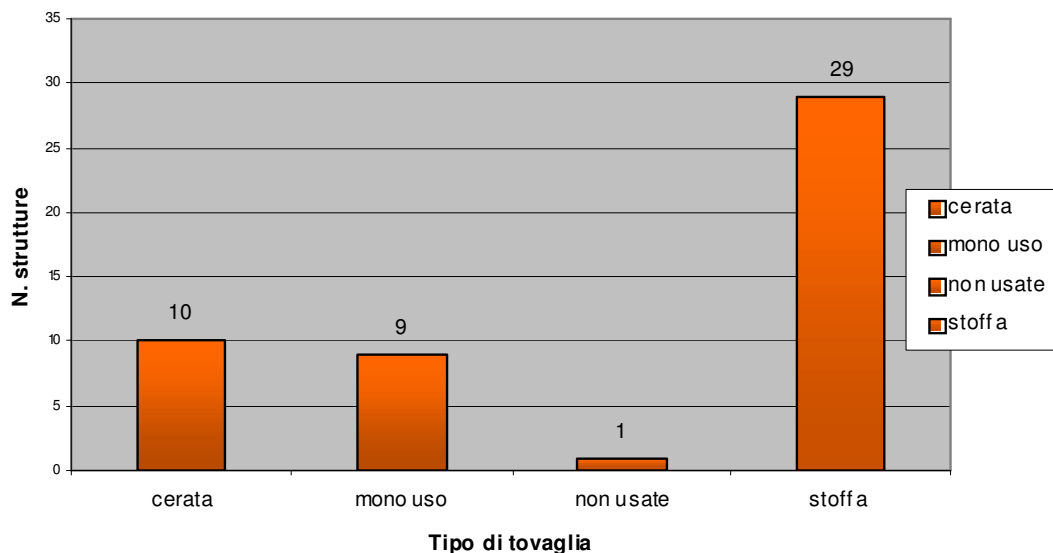
E' stata effettuata, inoltre, una verifica in merito ai cibi maggiormente rifiutati dagli ospiti: si rileva che, nel 54,5% dei casi, la carne è l'alimento non gradito, a fronte del 18,18% dei rifiuti relativi al pesce o alle verdure cotte/crude. In ordine alle cause di rifiuto, su 13 situazioni riferite, il 69,2% è determinato dall'origine della materia prima ed il 30,8% alla tecnica di preparazione della pietanza.

Un cenno, infine, agli aspetti strutturali ed alla qualità alberghiera dei servizi di ristorazione collettiva: circa la metà delle strutture (46,9%) è dotata di un unico locale per la refezione, mentre nel restante 53,1% dei presidi i pasti sono consumati in stanze separate. In 47 strutture su 49 ispezionate, il refettorio ha caratteristiche igienico – edilizie (aerazione, illuminazione) soddisfacenti.

Per quanto riguarda la qualità alberghiera del servizio, si riscontra prevalentemente (59,2% delle strutture) l'uso di tovaglie in stoffa, mentre l'impiego di tovaglie monouso avviene in circa 1 struttura su 5 (Grafico 3). Le stoviglie sono per lo più riutilizzabili

(93,9% dei presidi): solo in pochi casi (3 su 49 strutture) sono adottate stoviglie monouso.

Grafico 3 – Tipi di tovaglie utilizzate nei servizi di refezione



Nel complesso, la qualità alberghiera è stata giudicata soddisfacente nel 63,2% delle strutture e discreta nel 24,5%. E' valutata, invece, scarsa nel 12,2% delle situazioni (tab. 7)

TAB. 7

Qualità alberghiera	Frequency	Percent	Cum Percent
buona	25	51,0%	51,0%
discreta	12	24,5%	75,5%
ottima	6	12,2%	87,8%
scarsa	6	12,2%	100,0%
Total	49	100,0%	100,0%

Conclusioni

Pur limitandosi l'indagine a rilevare solo alcuni aspetti della ristorazione collettiva assistenziale, in linea generale la situazione rilevata appare positiva se non, in alcuni casi, eccellente; è migliorabile la qualità alberghiera, intesa come insieme di elementi di decoro ed igienico – sanitari volti a rendere il servizio più curato, sicuro e familiare. L'esito dello studio, in questo senso, può rappresentare una base di confronto per le prossime iniziative di verifica che i servizi preposti intenderanno attivare.

Studio sullo stato nutrizionale e l'attività motoria degli anziani autosufficienti ospiti delle residenze assistenziali

Emanuela Oliveri - Mauro Zarri - Pietro Maimone - Margherita Melino
Gianluigi Bassetti - Mario Bonanno - Giovanna Paltrinieri - Flavia Milan

La letteratura attuale riporta numerosi studi sulla malnutrizione per difetto degli anziani istituzionalizzati, indicandola come una delle cause di morte più frequenti (1,2,3,4,5,6).

Alcuni studi rilevano, anche un aumento della prevalenza di obesità e sovrappeso (7,8). Nella nostra realtà, l'anziano autosufficiente, ospite di una struttura, come sta fisicamente? Quanti anziani sono in sovrappeso o francamente obesi, e quanti invece sottopeso? Vengono rilevati il peso e l'altezza dell'anziano all'ingresso nella struttura e periodicamente per valutarne lo stato di nutrizione? Gli anziani ospiti nelle strutture svolgono giornalmente una sufficiente attività motoria?

L'indagine ha cercato di rispondere ad alcuni di questi quesiti.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto nel territorio delle ASL della provincia di Cuneo, coinvolgendo le quattro ASL esistenti prima dell'accorpamento (ASL 16, 15, 17, 18), dell'ex ASL 10 di Pinerolo e dell'ASL 13 di Novara. Sono state scelte quattro strutture per ogni ASL per un totale di 24, con il criterio di inclusione in base alla numerosità degli ospiti autosufficienti.

Il progetto ha due obiettivi primari: uno conoscitivo consistente nella rilevazione dei dati antropometrici in una popolazione statisticamente significativa di anziani autosufficienti ospiti di Residenze Assistenziali (RA), al fine di verificarne lo stato nutrizionale di base, ed uno educativo (azione sui determinanti PAR secondo il modello Precede/Proceed di Green e Kreuter) (9), attuato mediante l'attività di formazione rivolta agli operatori assistenziali delle RA su temi specifici quali la corretta alimentazione, le metodiche di rilevazione e di intervento per la malnutrizione, l'idonea attività fisica nell'anziano.

Personale impiegato: dietiste, fisioterapista, assistenti sanitari, medici del Servizio Igiene Alimenti (SIAN).

1. Gli anziani erano pesati, misurati in altezza secondo la formula tallone-ginocchio [*Donne* : $84,88 - (0,24 \times età) + (1,83 \times altezza \text{ al ginocchio})$; *Uomini* : $64,19 - (0,04 \times età) + (2,02 \times altezza \text{ al ginocchio})$] (10, 11) e ne veniva calcolato il BMI; veniva loro somministrato il test "MNA" per la valutazione dello stato di nutrizione (12, 13, 14, 15, 16), dapprima nella forma semplificata (MNA)(17) e, qualora quest'ultimo avesse indicato un rischio di malnutrizione, nella sua forma completa.
2. Ai direttori o responsabili delle strutture era somministrato un questionario (in cui si chiedevano notizie sugli orari dei pasti, sulla presenza di menù per patologie, sul tipo e sul numero di malattie croniche prevalenti in struttura).
3. Al personale OTA e OSS era fornita la possibilità di partecipare ad un corso basato su tre incontri. I primi due incontri approfondivano l'importanza del controllo del peso nell'anziano e intendevano "motivare" i gruppi al monitoraggio periodico e all'adozione della cartella clinica nutrizionale; inoltre trattavano le cause principali di malnutrizione in eccesso e in difetto, fornendo indicazioni nutrizionali. Nel terzo incontro il fisioterapista faceva svolgere al personale degli esercizi di geromotricità, che gli operatori dovevano successivamente ripetere con gli anziani delle strutture (22, 23). La conduzione dei corsi diretti agli operatori, è stata di tipo concertato - euristico cioè "imparare facendo cose che interessano". I corsi, impostati su "domande e problemi reali" presentati dai partecipanti, si sono svolti in modalità principalmente interattiva. La metodologia andragogica prevedeva una valutazione della motivazione al cambiamento del gruppo, che è stata effettuata tramite la somministrazione del test dei ritratti di Di Clemente e Prochaska (18, 19, 20) per la descrizione degli stati d'animo. I ritratti si sono ricavati sulla falsariga di precedenti esperienze (21) e sulle risposte spontanee tratte da alcuni focus group effettuati con personale di strutture per anziani. I partecipanti dovevano individuarsi in uno dei ritratti descritti. Le singole risposte venivano raccolte e raggruppate. L'intervento motivazionale/interattivo/didattico era effettuato tenendo conto delle risposte prevalenti.

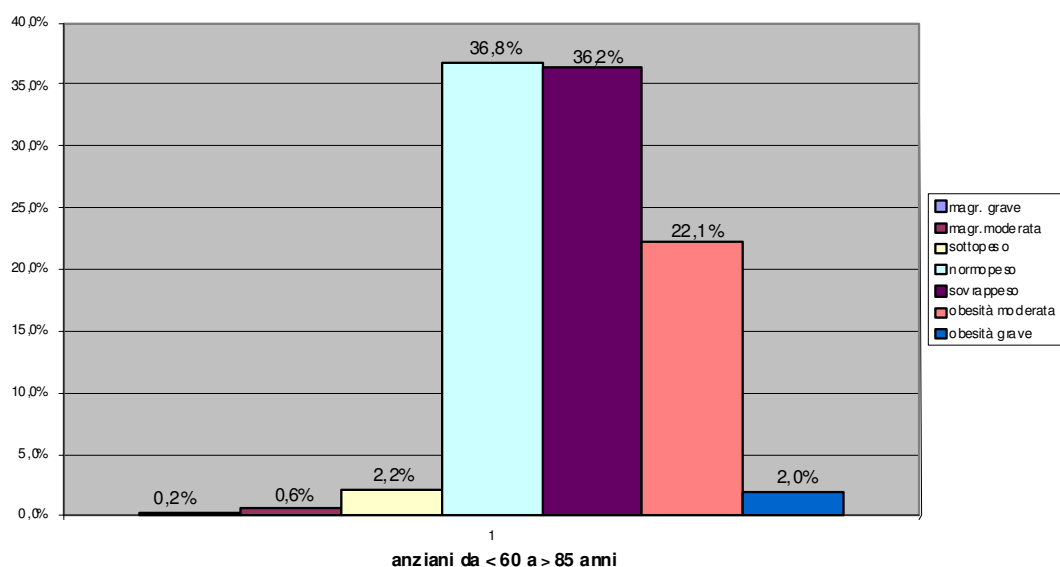
Risultati

I soggetti anziani autosufficienti sottoposti a misurazioni antropometriche ed a cui sono stati somministrati i questionari MNA in forma semplificata sono stati 511.

Di questi sono risultati a rischio malnutrizione in base al test semplificato 118 anziani (23%). Questi ultimi sono stati ulteriormente indagati con il test completo, che ha evidenziato come 46 soggetti (9% del totale) fossero a rischio di malnutrizione e 22 soggetti (4,3% del totale) risultassero malnutriti. Si precisa che questo dato non è correlabile direttamente ed unicamente al peso in quanto l'MNA prende in considerazione (come dato antropometrico) non solo il BMI ma anche la variazione in difetto del peso. Sono stati effettuati n.22 corsi formativi riguardanti la corretta alimentazione, il rischio malnutrizione, le metodiche di rilevazione dei dati antropometriche), rivolti agli operatori delle strutture, pari a 44 incontri, a cui hanno partecipato 220 operatori. I corsi di geromotricità svolti con il personale sono stati 22. Il 100% dei direttori delle strutture soggette agli interventi ha risposto ai questionari.

Misurazioni antropometriche - I dati evidenziano nella popolazione degli anziani autosufficienti una prevalenza del sovrappeso pari al 36,2% e di obesità del 22,1% (tra obesi moderati e gravi), mentre soltanto il 2,2% risulta sottopeso e uno 0,8% con magrezza moderata o grave. Il 36,8% degli anziani totali risulta normopeso (fig. 1).

Fig. n. 1 – Valutazione del peso in base al BMI



In totale, per tutte le fasce di età considerate, fino ad 85 anni e oltre, tra sovrappeso ed obesi raggiungiamo il 60,3% del campione analizzato che rappresenta un dato allarmante che, sebbene non significativo perché riferito ad un campione parziale, è meritevole comunque di attenzione e di approfondimento (tab. 1).

Tab. n. 1 - Valutazione del peso in base all'indice di massa corporea (BMI)

	BMI	N. anziani misurati	Percentuale	Prevalenza sovrappeso ed obesi
Magrezza Grave	<16	1	0,2%	
Magrezza moderata	16-17	3	0,6%	
Sottopeso	17-18,5	11	2,2%	
Normopeso	18.5-25	188	36,8%	
Sovrappeso	25-30	185	36,2%	
Obesità moderata	30-40	113	22,1%	
Obesità grave	>40	10	2,0%	60,3%

Scorpendo i dati in varie fasce (dai < 60 agli oltre 85) vediamo che la fascia dei 60-65 risulta maggiormente colpita con un 72,7% di sovrappeso e obesità (tab. 2, fig. 2).

Tab. n. 2 - Valutazione del peso in base all'indice di massa corporea, 60 – 64,9 anni

Fascia di età 60-64,9	BMI	Percentuale	Prevalenza sovrappeso ed obesi
Magrezza Grave	<16	0,0%	
Magrezza moderata	16-17	0,0%	
Sottopeso	17-18,5	0,0%	
Normopeso	18.5-25	27,3%	
Sovrappeso	25-30	27,3%	
Obesità moderata	30-40	45,5%	
Obesità grave	>40	0,0%	72,7%

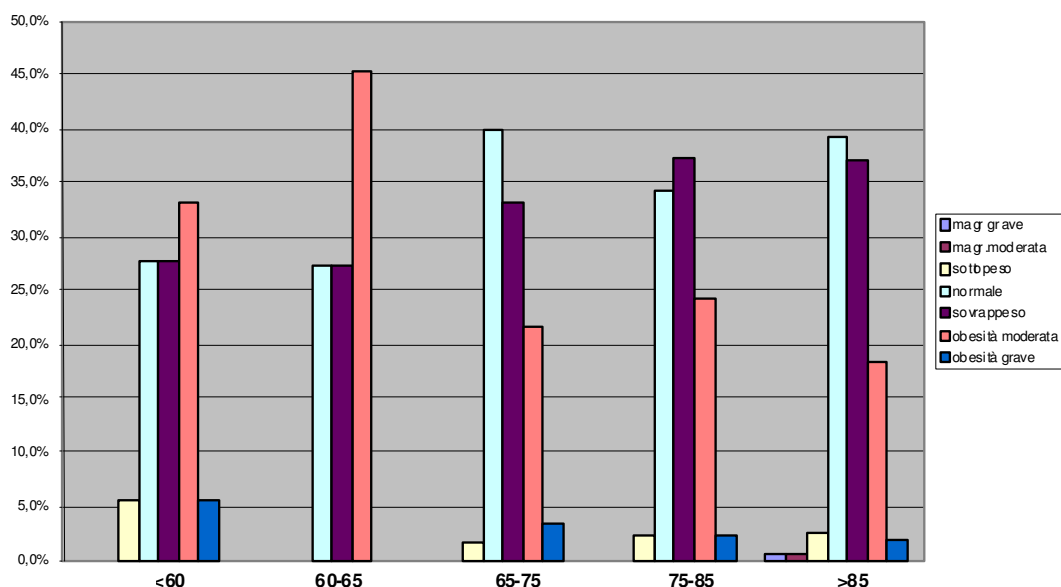
Anche la fascia più "giovane", fino ai 60 anni evidenzia (sia pure nella ristrettezza del campione) una prevalenza di sovrappeso ed obesità elevata, pari al 66,7% (tab. 3).

Tab. n. 3 - Valutazione del peso in base all'indice di massa corporea, < 60 anni

Fascia di età <60 anni	BMI	n. <60	%	Prevalenza sovrappeso ed obesi
Magrezza Grave	<16	0	0,0%	
Magrezza moderata	16-17	0	0,0%	
Sottopeso	17-18,5	1	5,6%	
Normopeso	18.5-25	5	27,8%	
Sovrappeso	25-30	5	27,8%	
Obesità moderata	30-40	6	33,3%	
Obesità grave	>40	1	5,6%	66,7%

La prevalenza elevata di sovrappeso ed obesità in queste due fasce d'età è risultata statisticamente significativa (24, 25, 26). Si potrebbe comunque dire che la maggior parte degli anziani entra in struttura con un peso elevato che si incrementa nella fascia dai 60 ai 65 anni, per poi assestarsi, senza diminuire significativamente nelle fasce superiori. Soltanto nelle fasce di età più avanzata si evidenzia una piccola percentuale di sottopeso (fig. 2).

Fig. n. 2 - Valutazione del peso in base al BMI, per fascia d'età



Tutti i dati evidenziati dal questionario MNA semplificato venivano confermati al MNA completo.

Confrontando i risultati della nostra indagine con quelli di un analogo studio effettuato nel 2006, con metodiche identiche, sulla totalità degli anziani autosufficienti presenti sulle

strutture assistenziali del territorio delle ex ASL 15,16,18 (1571 soggetti anziani, con età compresa fra i 65 e gli 85 anni), si conferma l'elevata prevalenza di sovrappeso / obesità in questi soggetti (tab. n. 4).

Tab. n. 4 - Valutazione del peso in base al BMI degli anziani autosufficienti ospiti in strutture assistenziali presenti sul territorio ex Asl 15,16 ,18 - 2006

	BMI	%	Prevalenza di sovrappeso e obesi
Magrezza Grave	<16	0,0%	
Magrezza moderata	16-17	0,7%	
Sottopeso	17-18,5	0,0%	
Normopeso	18.5-25	21,6%	
Sovrappeso	25-30	27,0%	
Obesità moderata	30-40	47,3%	
Obesità grave	>40	3,4%	77,7%

Attività fisica e mobilità - Gli anziani autosufficienti che effettuavano giornalmente un'attività motoria non strutturata di almeno mezz'ora sono l'84,63 %, mentre gli allettati o coloro che non si muovono per niente sono il 15,37 % del totale. (tab. n. 5)
Le case di riposo dotate di una palestra attrezzata sono risultate il 66,7%.

Tab. n. 5 - Mobilità degli anziani (% sul totale degli intervistati)

	N° anziani	%
Non si muove	48	10,11
Si muove (almeno ½ ora al giorno)	402	84,63
Allettato o su sedia a rotelle	25	5,26
Totale	475	

Gradimento dei corsi e valutazione degli stessi da parte dei direttori delle strutture
Sia i corsi teorici sulla nutrizione che quelli di geromotricità sono stati apprezzati e graditi (Fig. n. 4 e 5).

Fig. n. 4 - Giudizio corso sulla nutrizione

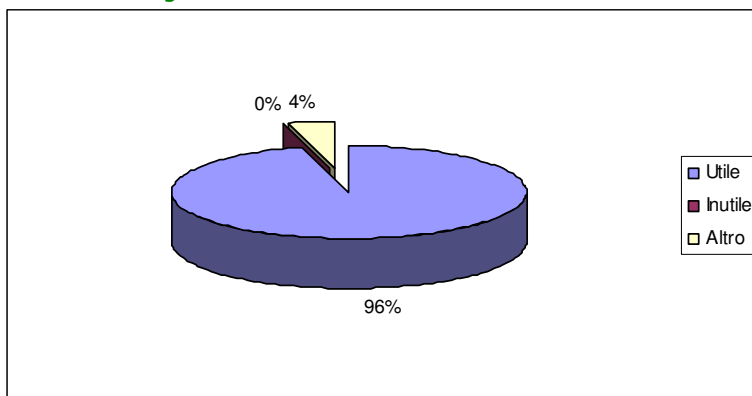
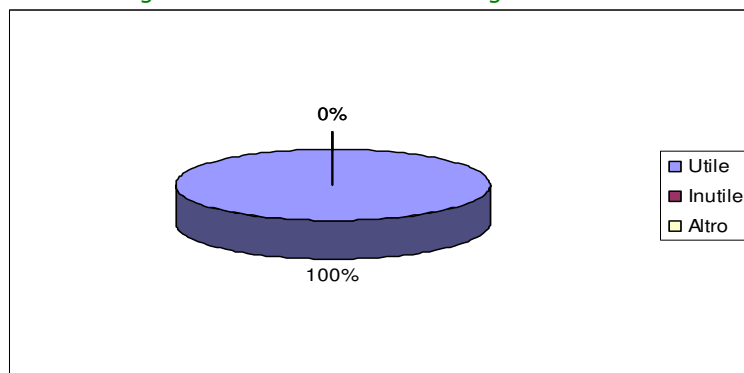
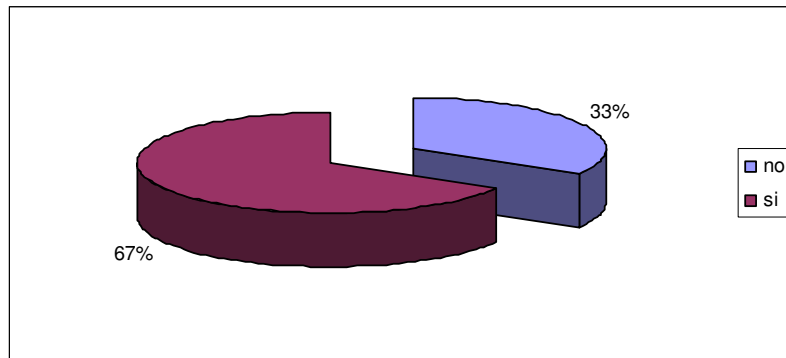


Fig. n. 5 - Giudizio corso sulla geromotricità



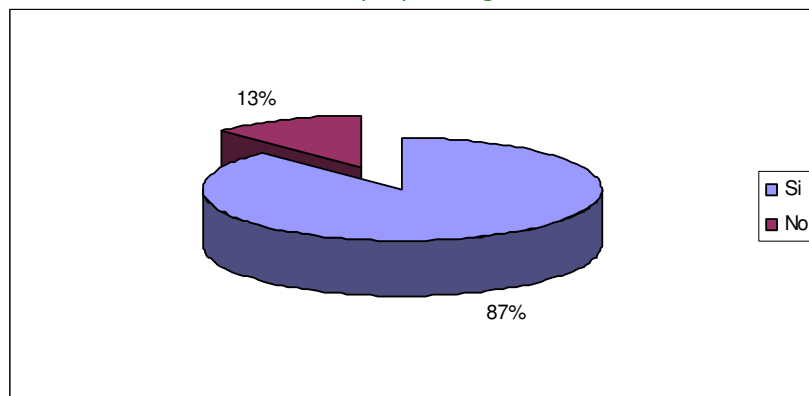
La maggior parte delle strutture sarebbe d'accordo a riproporli annualmente o ogni due anni (Fig. n. 6).

Fig. n. 6 - Si intendono effettuare altri corsi con cadenza periodica rivolti al personale delle strutture?



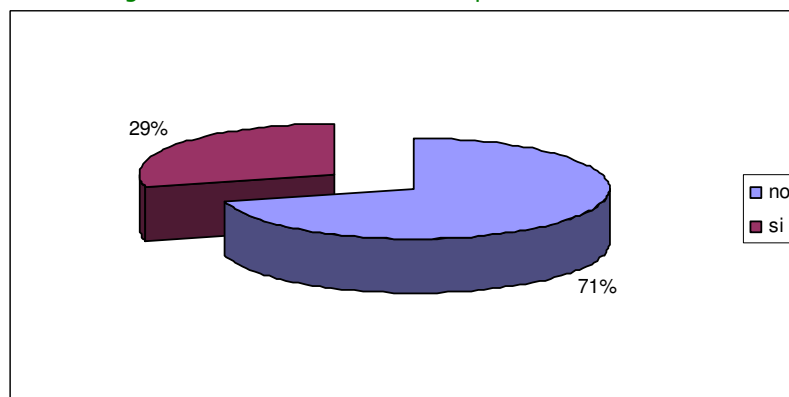
Gli interventi effettuati hanno indotto alcuni cambiamenti positivi nelle strutture. Infatti, dopo gli interventi previsti dal progetto (corsi al personale, misurazioni), il 50% delle case di riposo ha incrementato le ore di attività fisica strutturata rivolte agli anziani . Gli esercizi appresi nel corso di geromotricità sono stati ripetuti con gli anziani almeno nell'87,5% dei casi. (Fig. n. 7)

Fig. n. 7 - Alcuni degli esercizi appresi nel corso di geromotricità sono stati riproposti agli anziani?



Per quanto riguarda i pasti il 29,2% delle strutture ha modificato in senso più "fisiologico" gli orari (cambiando gli orari troppo anticipati e a poca distanza da colazione o dallo spuntino delle 16) (Fig. n.8).

Fig. n. 8 - Variazione orari dei pasti nelle strutture



Motivazione al cambiamento

Dal "test dei ritratti" somministrati durante gli incontri è risultato che la maggior parte del personale operante nelle strutture ha un desiderio di cambiamento e di informazione, ed è desiderosa di nuovi strumenti (la maggioranza dei gruppi situandosi infatti nella fascia dei "determinati, preparati all'azione" e degli "attivi") (Tab. n. 6).

Tab. n. 6 - Spostamento motivazionale dei partecipanti ai corsi dopo gli interventi di "motivazione al cambiamento" secondo le metodiche di Miller e Rollnick (valutazione con il "test dei ritratti di Di Clemente e Prochaska)

Fasce di motivazione al cambiamento	Pre- test (risultati in %)	Post- test (risultati in %)
Precontemplativi	0	0
Contemplativi	11%	7%
Determinati all'azione	42%	22%
Attivi (in fase attiva)	31%	54%
Attivi da lungo tempo operanti una fase di mantenimento dell'azione	16%	17%
Totale di "attivi" + in "fase di mantenimento dell'azione"	47%	71%

Discussione dei dati

Lo studio risulta rilevante per la vastità del territorio coinvolto anche se il campione di case di riposo testate e il corrispondente numero di anziani misurati e intervistati non è stato randomizzato. Non è stato possibile rilevare il grado di significatività di tutti i risultati ottenuti.

Il dato più eclatante emerso è la quantità di obesi e sovrappeso presenti nelle strutture per anziani autosufficienti. Non è stato però possibile stabilire con certezza quanti ospiti delle strutture fossero già sovrappeso o obesi all'ingresso in struttura perché in un numero consistente di strutture non è prevista la rilevazione del peso e dell'altezza al momento della presa in carico.

Una prevalenza così elevata di sovrappeso ed obesità negli anziani è causa di grandi problemi di gestione, incentiva i rischi cardiovascolari e articolari, rende difficoltosa la motilità impedendo anche una attività fisica efficace ed utile. Pare quasi che tutta l'attenzione dell'anziano in struttura sia "cibo orientata" e che nient'altro conti. Risulta dunque molto importante rivedere tutto il sistema delle strutture per anziani, implementando l'attività fisica organizzata, in maniera costante e duratura, aumentando e costruendo spazi ad essa dedicati, controllando la dieta, modificando gli orari di somministrazione dei pasti, rivedendo il sistema di monitoraggio e di rilevazione dei dati antropometrici, stabilendo dei contatti periodici, dei "fili durevoli" con le dietiste del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione e/o del Servizio Ospedaliero di Dietologia e Nutrizione Clinica.

I corsi rivolti agli operatori delle strutture hanno "gettato un ponte" (peraltro ben gradito). Sarebbe utile che diventassero un appuntamento fisso, come punto cardine della prevenzione delle malattie correlate all'alimentazione degli anziani. La metodica didattica motivazionale, interattiva, seguendo alcune modalità di conduzione dei gruppi descritte da Miller e Rollnick si è rivelata uno strumento interessante e valido, apprezzato da coloro che hanno partecipato ai corsi. Il test dei ritratti di Di Clemente e Prochaska (sottoposto alla valutazione di alcuni esperti e discusso in gruppi di lavoro prima del suo utilizzo) si è dimostrato uno strumento efficace per rilevare lo spostamento motivazionale dei gruppi, anche se non ha subito una procedura di validazione strutturata.

Dopo l'intervento si è verificato uno spostamento del 24% degli operatori partecipanti ai corsi nelle fasce di motivazione più alta rispetto a prima (fascia "attivi" e fascia del "mantenimento dell'azione": pre test = 47%, post test = 71%).

Conclusioni

1. L'indagine rileva che il sovrappeso e l'obesità negli anziani autosufficienti ospitati in struttura è un problema crescente. Tale problema si presenta soprattutto nella fascia di età che va dai 60 ai 65 anni. Ciò comporta costi enormi sia dal lato della salute individuale che dal lato della gestione socio-sanitaria.
2. La maggioranza del personale operante nelle strutture ha una forte motivazione ad essere più informata, ad acquisire più professionalità e conoscenze specifiche.

Sarebbe opportuno istituire per essi corsi di formazione periodici obbligatori annuali o biennali.

3. La metodologia adottata negli incontri con gli operatori ha seguito il modello TTM (transteorico) di Di Clemente e Prochaska come diagnosi della motivazione, e gli input del colloquio motivazionale secondo Miller e Rollnick per stimolare i gruppi al cambiamento. La metodica è parsa efficace, e comunque coinvolgente, sicuramente da approfondire in setting e contesti più strutturati. Le metodiche didattiche si sono dimostrate inoltre più gradite dai partecipanti ai corsi rispetto alle classiche modalità frontali. Il test dei ritratti si è dimostrato efficace per rilevare il cambiamento motivazionale dei gruppi.
4. I corsi interattivi per insegnare esercizi di geromotricità sono stati bene accettati, di facile comprensione, e nell'87,5% dei casi sono stati in seguito riproposti agli anziani.
5. In complesso si può dire che il lavoro è stato soddisfacente, fornendo numerosi spunti di riflessione, oltre che dati e materiale sui quali lavorare per modificare e migliorare la situazione dell'anziano ospite delle strutture assistenziali.

Hanno partecipato allo studio a livello aziendale:

ASL CN 1 Margherita Melino (responsabile del progetto), Pietro Devalle (referente), Deborah Taddio, Gianluigi Bassetti (referente), Elide Boglio, Anna Fossati, Sebastiano Blancato, Sergio Miaglia, Mario Bonanno (referente)

ASL CN 2 Mauro Zarri (referente), Emanuela Oliveri

ASL TO 3 Giovanna Paltrinieri (referente), Susanna Spagna, Ilenia Forestiero

ASL NO Flavia Milan (referente)

Si ringraziano i Direttori e gli operatori delle residenze assistenziali che hanno partecipato attivamente al progetto.

Si ringrazia il Centro di Documentazione per la promozione della salute (DORS) Regione Piemonte, per la realizzazione e revisione critica del documento.

Bibliografia

1. Silver A.J., Morley J.F., Strome L.S., Jones D., Vickers L.: Nutritional status in Academic nursing home; J.AM. Geriatric Soc. 1988; 36; 487-491.
2. Shaver H.J., Loper J.A., Lutes R.A.: Nutritional status of nursing home patients; J. Parenter Enteral Nutr., 1991; 15; 400-404.
3. Todorovic V. : detecting and managing undernutrition of older people in the community, Br. J. Community Nurs. 2001-Feb.,6(2); 54-60.
4. Rudman D., Feller A. : Protein calorie undernutrition in the nursing home; J.Am. Geriatr. Soc.1989; 37; 173-174.
5. Kerstetter J.E., Holthausen B.A., Fitz P.A.: Malnutrition in the institutionalized older adult; Journal of the American Dietetic Association 1992; 92,1109-1116.
6. Abbasi A., Rudman D.: Observations on the prevalence of protein-calorie undernutrition in VA nursing homes , JAGS 1993; 41; 117-121.
7. Inelmen E.M. et al.: La prevalenza dell'obesità nell'anziano. Simposio: l'obesità come fattore di rischio di disabilità nell'anziano; Giornale di Gerontologia, vol. 49 n. 9, 2001, 580-583.
8. Arsenio L., Strata A.: Obesità nell'anziano, un problema, parte seconda. La dieta. Medicina Geriatrica, vol.28, 1996; 3-4; 89-107.
9. Green L.W., Kreuter M.W.: Health promotion planning: an educational and environmental approach, 1999, Mayfield Publishing Company, Mountain View.
10. Situlin R., Toigo G., Guarnieri G.: Valutazione dello stato nutrizionale. Da: Guarnieri F., Borzetti F.: Manuale di nutrizione artificiale, 1992, Masson; 128-130.
11. Chumlea W.C., Roche A.F., Steinbaugh R.D.: Estimating stature from knee height for persons to 60 to 90 years of age. J.Am. Geriatr. Soc. 1985; 33; 116-120.
12. Guigoz Y., Vellas B.J., et al., Facts and Research in Gerontology ;suppl. N. 2: the Mini nutritional Assessment, 1994.

13. Guigoz Y., Vellas B.J., Garry P.J., Mini Nutritional Assessment: a practical tool for grading the nutritional state of the elderly patient. In Vellas B.J. et al: MNA facts and research in gerontology- Serdi publ. Co. Paris, 1995.
14. Griep M.I., Mets T.F., Collys K., Ponjaert-Kristofferson I., Massart D.L. : Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the mini – nutritional assessment. Journal of Gerontology; Medical sciences 2000, 55a; M57-M63.
15. Grassi A., Resta F., DelParigi A. et al.: Correlazione del MNA con alimentazione, parametri antropometrici, stato cognitivo ed autosufficienza in una popolazione anziana pugliese” Giorn. Gerontol. 1997, XLV, 3/14, 112-113.
16. Esperienza: Visintini L., Savonitto C., Ribrezzi F.: Il rischio nutrizionale nelle residenze per anziani: valutazione con il MNA test. 2004, Azienda per i servizi sanitari n.4 Medio Friuli, Dipartimento Prevenzione, U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Documentazione DoRS, www.dors.it, Regione Piemonte.
17. Espen guidelines for nutrition screening 2002, Clinical Nutrition 2003.
18. Scott t. W., Ogle R., Martin J. E.: I rischi e le possibilità del colloquio motivazionale con i gruppi, 455-471, in: Miller W.R., Rollnick S.: Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento. Erickson 2004, 2° edizione.
19. Di Clemente C.C., Velasquez M.M., 239-257, in: Miller W.R., Rollnick S.: Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento. Erickson 2004, 2° edizione.
20. Regione Piemonte, Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, DoRS, centro regionale di documentazione per la promozione della salute, a cura di Ragazzoni, Di Pilato, Longo, Scarponi, Tortone: Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello transteorico di DiClemente e Prochaska, giugno 2007.
21. Esperienza: Gruppo di lavoro multidisciplinare per l’educazione alla salute dell’ASL 5 Piemonte. Il Test dei Ritratti: uno strumento per la valutazione della motivazione al cambiamento nella formazione ai funzionari addetti alla sorveglianza sul divieto di fumo dell’ASL 5. Anno 2003, relatrice Silvia Misnetti, dip. Patologia delle Dipendenze, ASL 5 Piemonte. Documentazione DoRS, www.dors.it, Regione Piemonte.
22. Bortz II W., Bortz S.S.: Prevention, nutrition and exercise in the aged, in The practical handbook of clinical gerontology, 1996, Sage publications, Thousand Oaks Ca, 36-53.
23. sitografia: Anziano informa.com: esercizi di attività fisica rivolti agli anziani, by Pamela Pagani, <http://www.anzianoinforma.com/introese.htm>, 2001, carabà, info@caraba.it
24. Villareal D.T., Apovian C.M., Kushner R.F., Klein S., American Society For Nutrition & NAASO, The Obesity Society: Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO. The Obesity Society. Obes Res. 2005; 1849-63.
25. Mc Tigue K.M., Hess R., Ziouras J.: Obesity in older adults: a systematic review of evidence for diagnosis and treatment. Obesity 2006; 14; 1485-97.
26. Pironi L., Paganelli F., Merli C., Miglioli M.: Malnutrizione e rischio nutrizionale: una proposta di implementazione delle attuali linee guida; RINPE 2000; anno 18; n.2 ;83-91.
27. Situlin R, Toigo G, Guarnieri G. Valutazione dello stato nutrizionale. In: Bozzetti F, Guarnieri G, eds Manuale di nutrizione artificiale: Masson 1992:128-130.
28. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh RD. Estimating stature from knee height for persons to 60 to 90 years of age. J Am Geriatr Soc 1985;33:116-120.
29. MNA – Mini Nutritional Assessment (Guigoz Y et al. 1994).

Il nucleo interarea di vigilanza veterinaria ASLCN2

**Maurizio Piumatti – Vito Apicella - Luigi Calosso - Giulio De Giovannini - Marco Fessia
Marco De Giovannini – Franco Scaglione - Luigi Genesio Icardi**

Premessa

I Nuclei interarea di vigilanza (N.I.V.) vennero istituiti, ai sensi della L.R. 12 dicembre 1997, con l'intento di creare ed organizzare delle strutture che, ponendosi al di sotto delle tre aree che compongono i Servizi Veterinari, potessero occuparsi in prevalenza di attività di vigilanza.

Tali attività, che si configurano in interventi programmati o straordinari, fanno sì che i NIV operino sulla base di programmi definiti, con il Coordinatore del Servizio Veterinario e con i vari responsabili di area funzionale, tenendo conto di criteri quali:

- ✚ Ricerca di obiettivi e priorità di intervento nelle tre aree funzionali
- ✚ Organizzazione e realizzazione di un programma generale di attività
- ✚ Particolari programmazioni regionali in tema di vigilanza veterinaria
- ✚ Richieste straordinarie o estemporanee a supporto di interventi specifici di ogni area funzionale
- ✚ Azioni di controllo su richiesta o in accordo con organi di vigilanza esterni all'A.S.L.
- ✚ Supporto tecnico operativo al Coordinatore del Servizio Veterinario in situazioni di emergenza.

La L.R. 12 dicembre 1997 prevede che il personale del N.I.V. sia individuato dal Coordinatore del Servizio Veterinario, scegliendo tra chi ha maturato formazione, esperienze e capacità professionali specifiche, e sia costituito da figure professionali proprie delle tre aree funzionali A-B-C, mentre la direzione operativa della struttura è affidata ad un veterinario di I° livello dirigenziale.

Pertanto il N.I.V. si presenta come uno strumento trasversale che, senza esautorare le tre aree funzionali, si propone come mezzo operativo capace di intervenire, sia autonomamente che a supporto degli operatori del Servizio Veterinario stesso.

L'esperienza dell'ASL CN2

La riorganizzazione

Il nucleo interarea dell'ASL CN2 è stato ampliato e riorganizzato con l'inserimento di altre professionalità del Dipartimento di Prevenzione, (determinazione commissariale del 3 ottobre 2006), ed è attualmente composto da personale sia tecnico che amministrativo proveniente dalle seguenti strutture:

- Servizio Veterinario : N° 2 tecnici della prevenzione, n° 3 Medici Veterinari
- S.I.A.N. n° 1 tecnico della prevenzione
- S.I.S.P. n° 1 tecnico della prevenzione , n° 1 collaboratore amministrativo

Questa nuova configurazione oltre ad aprire nuove prospettive ne ha anche allargato le competenze non solo all'interno del Servizio Veterinario ma anche in altre aree dipartimentali.

Aspetti operativi

Una difficoltà era, e rimane, l'utilizzo di risorse umane quotidianamente impegnate nello svolgimento dei normali compiti ispettivi presso le rispettive strutture di appartenenza.

Pertanto, la gestione del personale, il nuovo assetto e il contesto in cui si inseriva meritavano una prima riflessione che evidenziava alcune criticità :

- ✚ Mancanza di programmazione regionale
- ✚ Necessità di utilizzare il personale compatibilmente con le normali attività lavorative
- ✚ Presenza di nuove figure professionali che si trovavano a collaborare per la prima volta
- ✚ Necessità di individuare ed assemblare gruppi di lavoro snelli, facili da contattare, veloci nell'intervenire ed in grado di rispondere a più esigenze
- ✚ Possibilità di dover rispondere alla richiesta di interventi estemporanei da parte non solo del Servizio Veterinario ma anche di altre strutture dipartimentali (SIAN.SISP), o di enti esterni all'ASL (NAS, Polizia stradale, Procura ecc.)
- ✚ Tracciare una linea di interventi

Organizzare e svolgere attività ispettiva

La prima grande impasse, rappresentata dalle aree di intervento, è stata superata individuando, sulla base delle esperienze degli anni precedenti, e in collaborazione con i responsabili delle varie strutture, i settori e i numeri degli interventi. Questa sinergia ha permesso una buona gestione delle risorse umane che si proponeva di non interferire con le normali attività svolte nei settore di competenza primaria. Inoltre è stata assicurata la collaborazione relativa ad interventi straordinari compresi quelli provenienti da organi di vigilanza esterni all'A.S.L..

Si sono così formati gruppi di lavoro con personale qualificato nei vari settori, favorendo sia l'abitudine alla collaborazione tra i componenti del N.I.V. sia l'individuazione di piccoli "team" facili da organizzare e in grado di essere velocemente ingaggiati.

Attività svolta nel corso del 2007

Il N.I.V. A.S.L. CN2 nel corso del 2007 si è occupato autonomamente di 30 procedimenti, che hanno richiesto 53 verifiche ispettive, nel corso delle quali i principali provvedimenti adottati sono stati n° 6 provvedimenti prescrittivi, n° 9 sanzioni amministrative, n° 1 sequestro di prodotti alimentari per l'invio alla distruzione.

I vari procedimenti hanno visto l'utilizzo di tutto il personale del N.I.V., mentre per quanto riguarda la tipologia delle attività, le principali aree di intervento sono state:

- Protezione degli animali durante il trasporto e lo scarico al macello
- Controllo anagrafe bovina ed equina e degli allevamenti
- Controllo centri di raccolta e stalle di sosta per il commercio bovini
- Vigilanza sulla vendita all'ingrosso di medicinali veterinari
- Interventi per presunti casi di maltrattamento animale
- Interventi di presunte carenze igienico sanitarie in centri di ristorazione o di vendita prodotti alimentari
- Interventi di controllo prodotti di origine animale

Di seguito vengono rappresentati tre grafici che visualizzano:

Rappresentanza delle aree di intervento (grafico 1- Interventi per Settore)

Provvedimenti adottati (grafico 2- Interventi, prescrizioni, sanzioni, campionamenti)

Utilizzo del personale (grafico 3- Interventi e utilizzo del personale)

Grafico n° 1 : Interventi per Settore

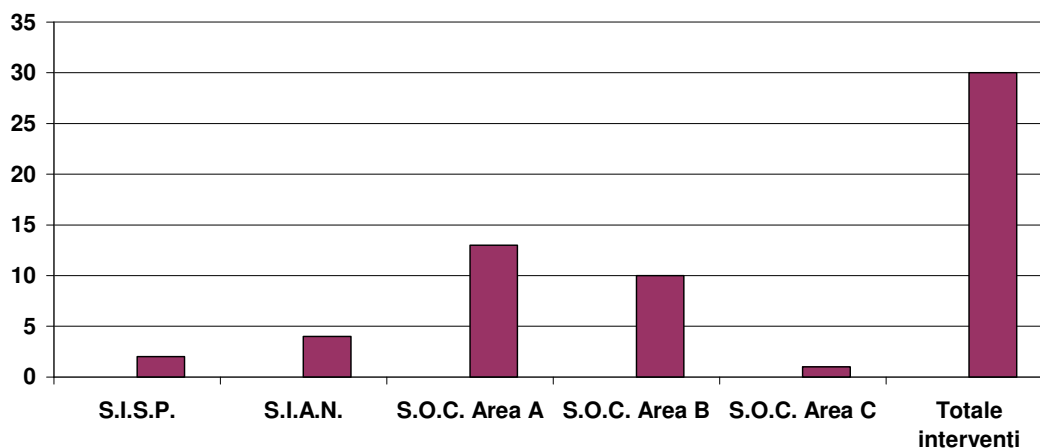


Grafico n° 2 Interventi, prescrizioni, sanzioni, campionamenti.

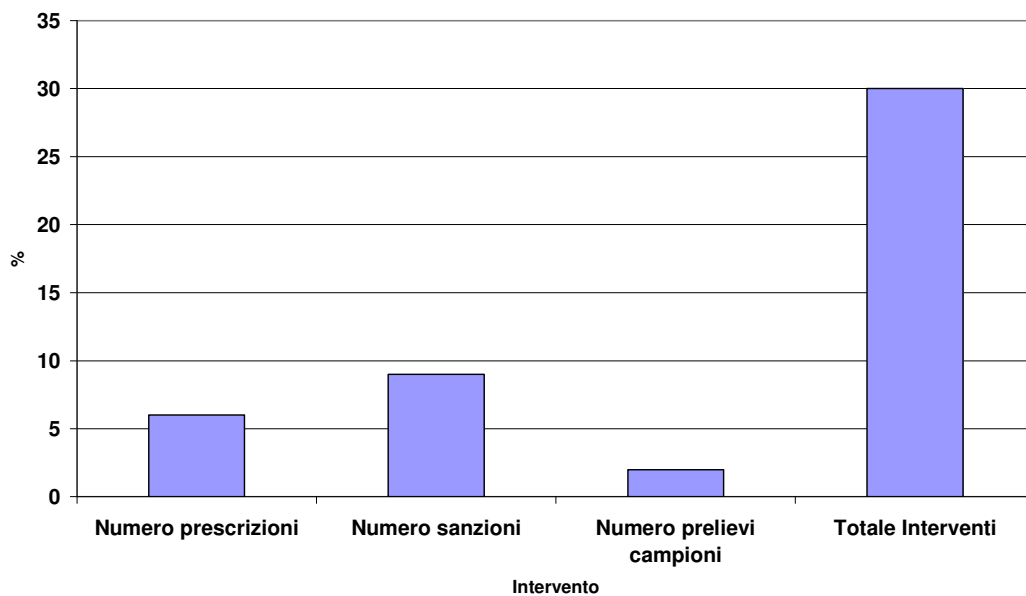
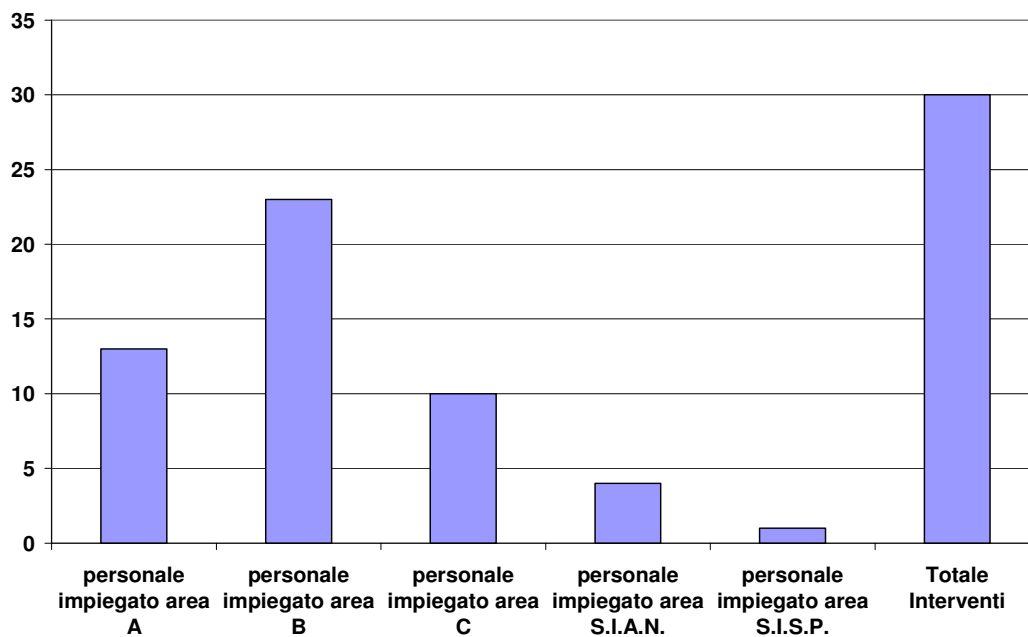


Grafico n° 3: Interventi e utilizzo del personale



Valutazione di alcuni indicatori per il monitoraggio delle condizioni di igiene degli stabilimenti di macellazione, sezionamento e lavorazione situati sul territorio della ASLCN2

Gian Rodolfo Sartirano

Premesse

La legislazione comunitaria in vigore in materia di vigilanza e controllo degli alimenti (pacchetto igiene) impone che ogni impianto destinato alla produzione ed alla lavorazione di alimenti destinati al consumo umano sia classificato in base al rischio.

In particolare, il Regolamento (CE) n. 882/2004 sui controlli ufficiali prevede che i controlli negli stabilimenti di produzione di alimenti siano effettuati sulla base della "categorizzazione" del rischio delle attività interessate.

Inoltre, il Regolamento (CE) 854/2004, che prevede norme specifiche per l'organizzazione dei controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano, stabilisce che la natura e l'intensità dei controlli ufficiali dovrebbero essere basate su una valutazione del rischio e che la natura e l'intensità dei compiti di audit nei singoli stabilimenti dipendono dal rischio valutato.

Modalità

A partire dal 2005 in via sperimentale e nel 2006 e 2007 in via ufficiale, il Servizio di "Igiene degli alimenti di origine animale" dei Servizi Veterinari della ASL CN2 Alba Bra ha provveduto alla valutazione del rischio in ogni impianto di produzione di alimenti di origine animale (macellazione, sezionamento e lavorazione) secondo le indicazioni e le modalità impartite dalle Autorità regionali.

A tal fine, nel corso delle ispezioni e delle verifiche condotte presso gli impianti, sono stati presi in considerazione undici criteri di valutazione raggruppati in sei categorie, secondo quanto prescritto dalle norme in vigore e con gli strumenti di valutazione appositamente forniti:

Categorie	Criteri di valutazione
Categoria 1: caratteristiche dello stabilimento	<ul style="list-style-type: none">- data di costruzione o di ristrutturazioni significative- condizioni generali
Categoria 2: entità produttiva	<ul style="list-style-type: none">- dimensione dello stabilimento- dimensione del mercato servito
Categoria 3: prodotti	<ul style="list-style-type: none">- categoria dell'alimento- destinazione d'uso
Categoria 4: igiene della produzione	<ul style="list-style-type: none">- professionalità e disponibilità alla collaborazione della direzione dello stabilimento- formazione igienico sanitaria e la competenza degli addetti
Categoria 5: sistema di autocontrollo	<ul style="list-style-type: none">- completezza formale del piano di autocontrollo- grado di applicazione ed adeguatezza
Categoria 6: dati storici	<ul style="list-style-type: none">- irregolarità e le non conformità pregresse riscontrate

Per ogni criterio di valutazione viene espresso un indice numerico a seconda del grado di applicazione o di adeguatezza riscontrato (es. elevato, discreto, scarso, insufficiente), in modo tale che, con la mediazione di alcuni fattori automatici di compensazione, risulta un indice numerico totale per ogni categoria. La somma del valore attribuito ad ogni categoria esprime l'indice totale di rischio dell'impianto, che viene in questo modo identificato in tre classi:

< a 30: rischio basso

da 30 a 42: rischio medio

> a 42: rischio alto

Al fine di valutare anche l'andamento e la variazione nel tempo delle caratteristiche e della qualità degli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale situati sul territorio della ASL CN 2 Alba – Bra, sono stati presi come indicatori i valori registrati nel 2006 e 2007 di alcune categorie della tabella di valutazione dell'indice di rischio, in particolare:

- sistema di autocontrollo (completezza formale – grado di applicazione ed adeguatezza)
- igiene della produzione (professionalità e disponibilità alla collaborazione della direzione dello stabilimento – formazione igienico sanitaria e competenza degli addetti)
- dati storici (irregolarità e non conformità pregresse riscontrate)
- valore totale (indice totale di rischio dell'impianto)

Gli impianti, in base alla tipologia produttiva, sono stati suddivisi in sei categorie

- impianti di macellazione, sezionamento e lavorazione (M S L)
- impianti di macellazione e di sezionamento (M S)
- impianti di sezionamento e di lavorazione (S L)
- impianti di sola macellazione (M)
- impianti di solo sezionamento (S)
- impianti di sola lavorazione (L).

Per gli anni 2006 e 2007, per ogni categoria di impianto, è stata calcolata la media matematica degli indicatori presi in considerazione.

E' stata calcolata inoltre la percentuale degli esiti non favorevoli degli esami di laboratorio effettuati su campioni di prodotto finito o su attrezzatura e superfici di lavoro. I risultati sono stati confrontati con il valore espresso dagli indicatori.

Valutando la differenza tra i valori rilevati nell'anno 2007 e nell'anno 2006, si può attribuire un significato favorevole di miglioramento ai dati negativi e un significato non favorevole, di peggioramento, ai dati positivi (grafico 6).

Risultati

Indicatore n. 1: sistema di autocontrollo (grafico 1)

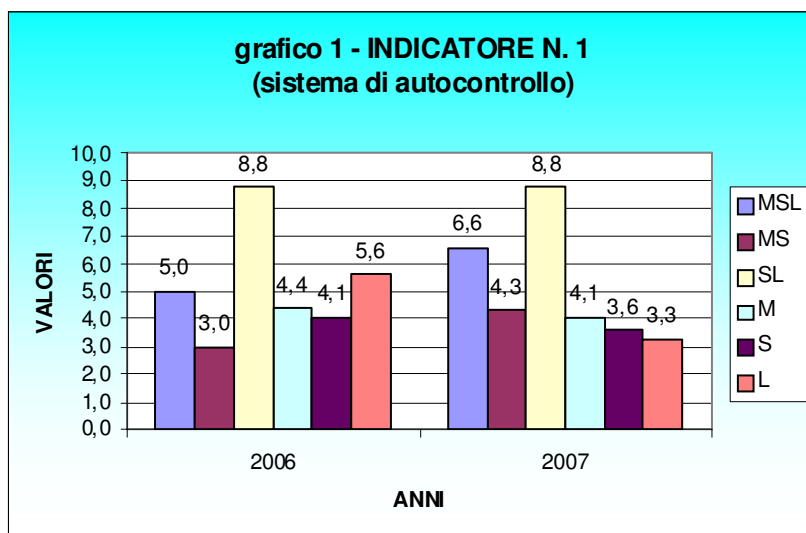
Negli stabilimenti dotati di impianto di macellazione con annesso sezionamento carni e lavorazione prodotti a base di carne (MSL), l'indice di rischio attribuito al sistema di autocontrollo è aumentato nel 2007 rispetto al 2006, con una differenza numerica pari a più 1,6.

Negli stabilimenti dotati di impianto di macellazione e di sezionamento (MS), l'indice di rischio è aumentato rispetto l'anno precedente di un valore pari a più 1,3.

Negli stabilimenti dotati di laboratorio di sezionamento e di lavorazione (SL), l'indice di rischio è rimasto invariato.

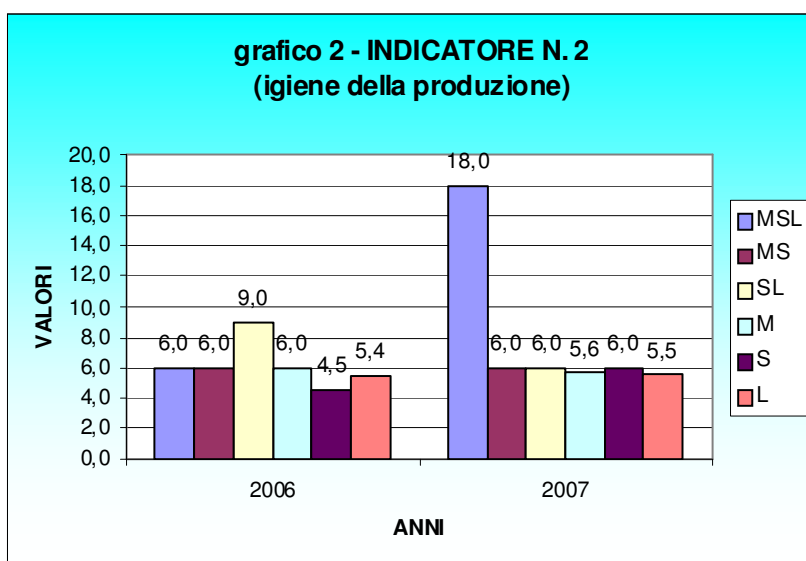
Negli stabilimenti adibiti a sola macellazione (M), a solo sezionamento (S) o a sola lavorazione (L) l'indice di rischio legato al sistema di autocontrollo è invece diminuito, con differenze rispettivamente di meno 0,3, meno 0,5 e meno 2,3.

Come è facilmente prevedibile, l'applicazione di corrette procedure di autocontrollo è inversamente proporzionale alla complessità dell'impianto.



Indicatore n. 2: igiene della produzione (grafico 2)

Negli stabilimenti dotati di impianto di macellazione con annesso sezionamento carni e lavorazione prodotti a base di carne (MSL) il valore del rischio attribuito all'igiene della produzione è aumentato (più 12,0), negli impianti dotati di impianto di macellazione e di sezionamento (MS) è rimasto invariato, negli impianti dotati di laboratorio di sezionamento e di lavorazione (SL) e negli impianti di sola macellazione (M) è diminuito (rispettivamente meno 3,0 e meno 0,4), mentre nei laboratori di solo sezionamento (S) e di sola lavorazione (L) è aumentato (rispettivamente più 1,5 e più 0,1).

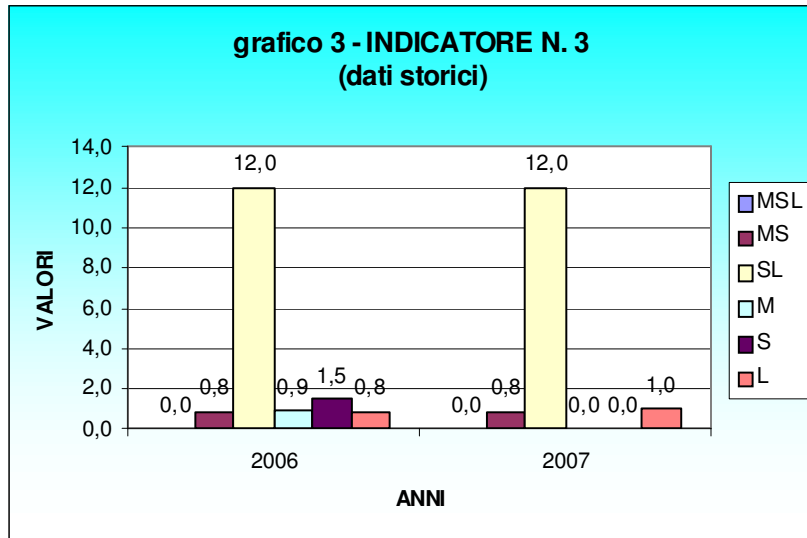


Indicatore n. 3: dati storici (grafico 3)

Negli stabilimenti dotati di impianto di macellazione con annesso sezionamento carni e lavorazione prodotti a base di carne (MSL), in quelli dotati di impianto di macellazione e di sezionamento (MS) ed in quelli dotati di laboratorio di sezionamento e di lavorazione (SL) il valore attribuito ai dati storici rimane invariato.

Negli impianti di sola macellazione (M) e di solo sezionamento (S) il valore risulta in diminuzione (rispettivamente meno 0,49 e meno 1,5) mentre risulta leggermente aumentato negli impianti di sola lavorazione (L) (più 0,2).

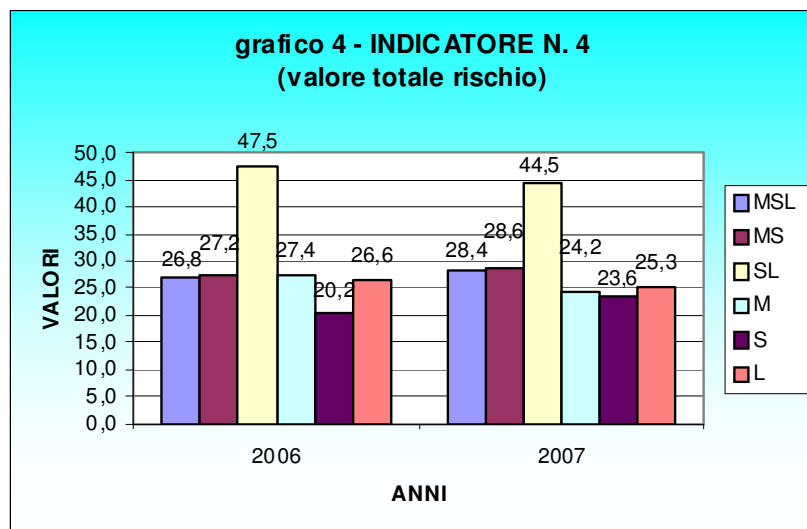
I dati storici (irregolarità pregresse, esiti di esami non favorevoli, prescrizioni non rispettate) possono essere la conseguenza di non conformità non sanate o ripetute nel tempo.



Indicatore n. 4: valore totale rischio stabilimento (grafico 4)

Negli stabilimenti dotati di impianto di macellazione con annesso sezionamento carni e lavorazione prodotti a base di carne (MSL) e negli impianti dotati di impianto di macellazione e di laboratorio di sezionamento (MS) il valore totale dell'indice di rischio è leggermente aumentato (rispettivamente più 1,6 e più 1,4).

Negli impianti dotati di laboratorio di sezionamento e di lavorazione (SL) e in quelli di sola macellazione (M), il valore totale dell'indice di rischio è diminuito (rispettivamente meno 3,0 e meno 3,2), nei laboratori di solo sezionamento (S) è aumentato (più 3,4). L'indice di rischio totale è ovviamente determinato dalla somma dalle singole voci di rischio valutate.

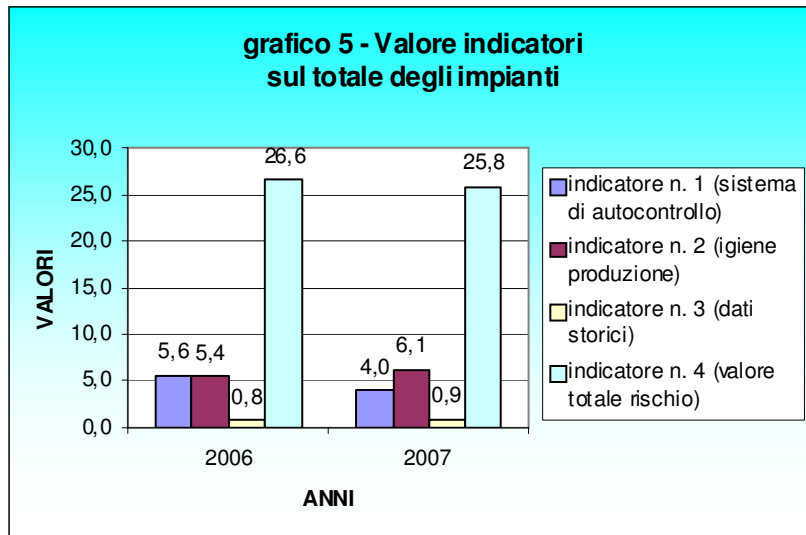


Valore degli indicatori sul totale degli impianti (grafico 5)

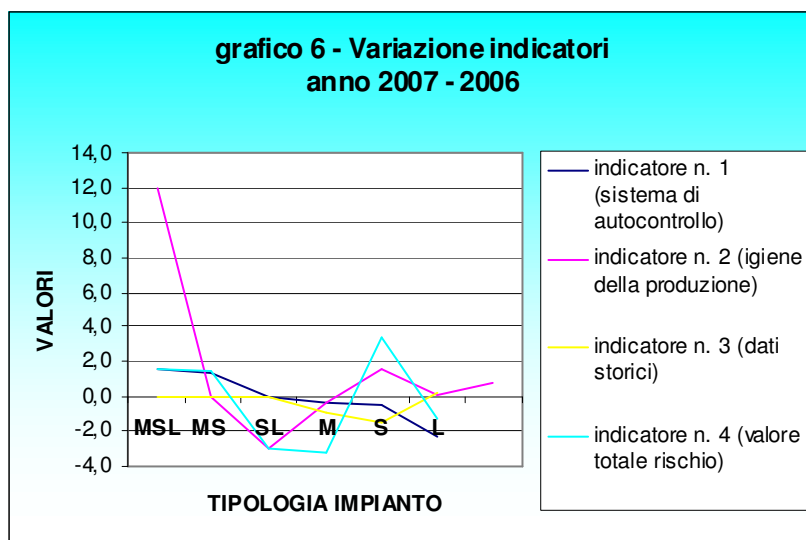
Valutati sul totale degli impianti (macellazione, sezionamento e lavorazione prodotti a base di carne) presenti sul territorio della ASL CN2 Alba Bra, i quattro indicatori esprimono un miglioramento per quanto riguarda il sistema di autocontrollo (meno 1,6),

un lieve aumento per quanto riguarda l'igiene della produzione (più 0,7) e per quanto riguarda i dati storici (più 0,1), mentre indicano una leggera diminuzione dell'indice totale di rischio (meno 0,8).

Si deve tenere presente che l'indice totale di rischio di uno stabilimento è determinato da diversi fattori (categorie e indici di valutazione) non assunti come indicatori e che fanno sì che il rischio esprima valori poco elevati in impianti che operano in ambito locale e producono alimenti da consumarsi esclusivamente previa cottura rispetto ad altri di tipologia industriale che commercializzano in ambito nazionale o internazionale e producono piatti pronti per il consumo.

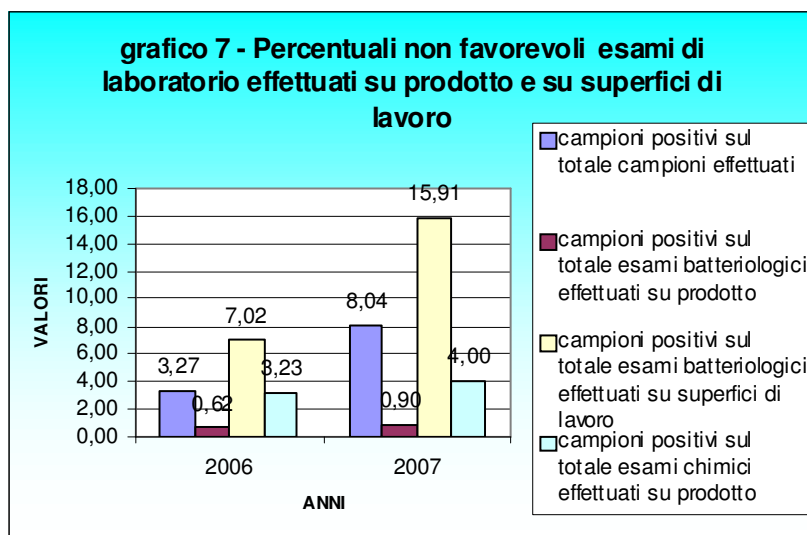


Variazioni indicatori anno 2007-2006 (grafico 6)



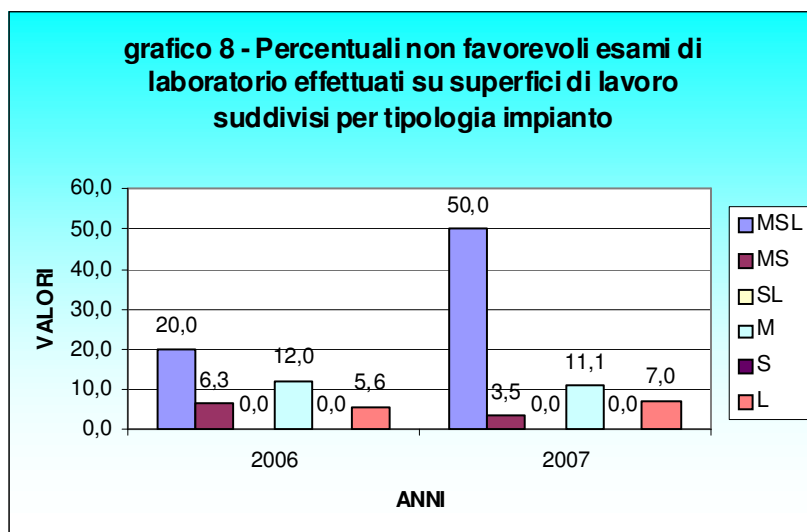
Esiti esami di laboratorio (grafico 7)

Sul totale degli impianti, la percentuale di esiti non favorevoli agli esami effettuati sul totale dei campioni è aumentato nel 2007 rispetto al 2006 (più 3,27%). Analizzando meglio questo dato, emerge che la percentuale degli esiti non favorevoli per esami microbiologici e chimici su campioni di prodotto finito è aumentato solo leggermente (rispettivamente più 0,28% e più 0,77%), mentre è aumentato nettamente su esami microbiologici effettuati su attrezzature e superfici di lavorazione (più 8,89%).



Esami di laboratorio effettuati su attrezzature e superfici di lavoro suddivisi per tipologia di impianto (grafico 8)

Negli stabilimenti dotati di impianto di macellazione, sezionamento e lavorazione (MSL) la percentuale di esiti non favorevoli su esami condotti sulle attrezzature e sulle superfici di lavoro è notevolmente aumentata nel 2007 rispetto al 2006 (più 30%), è diminuita negli stabilimento dotati di impianto di macellazione e sezionamento (MS) e negli impianti dotati di laboratorio di sezionamento e di lavorazione (SL) di un valore pari rispettivamente a meno 2,8% e meno 0,9 %, mentre negli impianti di sola lavorazione (L) è leggermente aumentato (più 1,4%).



Valutazioni e conclusioni

Sono stati valutati e paragonati, in riferimento agli anni 2006 e 2007, alcuni parametri desunti dalla scheda di valutazione del rischio negli impianti di macellazione di ungulati domestici e di specie avicole, di sezionamento carni, di lavorazione e produzione alimenti a base di carne. Tali parametri, estrapolati dal contesto generale, sono stati assunti come indicatori delle condizioni igienico sanitarie e gestionali degli impianti siti sul territorio della ASL CN2 di Alba e Bra.

Al termine della valutazione si possono trarre le seguenti conclusioni: il valore espresso dai quattro indicatori presi in considerazione (sistema di autocontrollo – igiene della produzione – dati storici – valore totale del rischio) nell'anno 2007 è aumentato rispetto al 2006, soprattutto negli impianti più complessi dotati di impianto di macellazione, di sezionamento e di lavorazione. Negli impianti adibiti a sola macellazione, sezionamento o lavorazione, in alcuni casi l'indice di rischio è diminuito. La percentuale dei risultati non favorevoli per gli esami di laboratorio risulta superiore nel 2007 rispetto al 2006, soprattutto per quanto riguarda i campioni effettuati sulle superfici e sulle attrezzature di lavoro.

Esaminando in dettaglio nelle varie tipologie di impianti (grafico n. 8) l'andamento degli esiti di laboratorio di esami effettuati sulle attrezzature e sulle superfici di lavoro, appare evidente che l'incremento maggiore si è registrato a carico delle realtà produttive più complesse dotate di impianto di macellazione, laboratorio di sezionamento e laboratorio di lavorazione (MSL).

In conclusione, si può affermare che negli impianti più complessi o di maggiori dimensioni si sono verificati alcuni problemi concernenti l'applicazione di corrette procedure di pulizia e disinfezione delle attrezzature e degli ambienti di lavoro. Dovranno quindi essere riviste, a seconda dei casi, le procedure o i prodotti utilizzati in modo tale da effettuare a termine lavoro interventi di pulizia e di disinfezione più efficaci.

Deve comunque essere precisato che la carica batterica totale rilevata è sempre stata di modesta entità, di poco superiore al valore ritenuto favorevole situato tra 0 e 10 germi per centimetro quadrato, mentre in nessun caso gli esami di laboratorio hanno rilevato nell'ambiente di lavoro, negli impianti o sulle attrezzature la presenza di germi patogeni.

Infine, confrontati i dati ufficiali, l'indice totale di rischio nelle varie categorie di impianti situati sul territorio della ASL CN2 Alba Bra è risultato inferiore alla media regionale sia nell'anno 2006 che nell'anno 2007.

Le attività del Servizio Veterinario – Area A – Sanità animale

Luciano Ratto

Sono oggetto degli interventi dell'Area di Sanità animale tutti gli animali presenti negli insediamenti produttivi nonché quelli d'affezione, sinantropi ed esotici, rispetto ai quali sono rivolte le seguenti attività:

- la prevenzione, controllo ed eradicazione delle zoonosi (malattie trasmissibili dagli animali all'uomo) e delle malattie degli animali da reddito e da affezione, a tutela della salute umana ed animale;
- il miglioramento della qualità sanitaria dei prodotti dell'allevamento bovino, ovicaprino, suino, equino, avicunicolo, ittico, apistico e della selvaggina attraverso l'igiene zootecnica, il - controllo dell'alimentazione del bestiame e dell'impiego di farmaci, a difesa del consumatore;
- la tutela del benessere animale e promozione dei principi di rispettosa convivenza con gli animali e delle azioni per la prevenzione del randagismo;
- la gestione del sistema informativo di sanità animale ed igiene delle produzioni zootecniche;
- la gestione del sistema di anagrafe degli animali allevati e di sorveglianza epidemiologica sulle malattie degli animali;
- l'educazione e la sensibilizzazione degli allevatori per favorire la consapevole partecipazione ai programmi per la qualità sanitaria dei prodotti;
- vigilanza veterinaria permanente: negli allevamenti e nei concentramenti animali, sugli spostamenti, manifestazioni zootecniche, commercio, monticazione;
- controlli documentali, istruttorie e procedure autorizzative;
- piano di monitoraggio sugli animali selvatici nei riguardi di malattie trasmissibili;
- corsi di educazione sanitaria rivolti ai consumatori, studenti ed agli operatori del settore (allevatori).

Il patrimonio zootecnico dell'ASLCN2 rappresenta il 6,5% della realtà regionale e l'11,5% di quella provinciale su un territorio che è il 4,4% di quello regionale.

Le razze bovine prevalenti sono: 55% piemontese, 25% frisone da latte e 20% incroci.

Patrimonio zootecnico		
Specie	Numero allevamenti	Numero capi
Bovini	1.051	50.510
Suini	184	74.726
Ovini-caprini	402	1.297
Equini	482	1.5840
Conigli	19	23.160
Avicoli	207	1.667.044

Le importazioni di bovini dall'estero sono state di 1.200 partite e 28.000 capi.

Negli ultimi 10 anni è diminuito notevolmente il n. delle aziende bovine mentre è aumentato leggermente il n. dei capi di bestiame a indicare una progressiva concentrazione di un maggior numero di animali in un minor numero di allevamenti.

In area A lavorano 11 veterinari e 6 amministrativi suddivisi sul territorio e nelle sedi di Alba, in Via Vida n. 10 e di Bra, in Viale Industria n. 4.

Attività principali

Anagrafi zootecniche

Sono operative le anagrafi informatizzate bovina, suina ed ovicaprina, il cui scopo principale è permettere la tracciabilità degli alimenti in funzione alla sicurezza per il consumatore, il monitoraggio dello stato sanitario del bestiame e la prevenzione delle epidemie.

Tutte le aziende zootecniche e gli animali in esse allevati sono registrati in una banca dati regionale, che li riversa in quella nazionale.

Vengono registrati, a cura dei servizi dell'ASLCN2 e di altre associazioni o enti delegati, le nascite, le morti, le vendite, gli acquisti e le macellazioni. Ogni animale è identificato da un numero e un passaporto.

Nel 2007 il Servizio Veterinario ha effettuato 39.978 registrazioni in anagrafe tra entrate, uscite, rilascio passaporti ecc..

Anagrafe canina e prevenzione del randagismo

L'anagrafe canina informatizzata istituita dalla regione Piemonte, con L.R. 19.07.2004 n. 18, consente di registrare tutti i cani presenti sul territorio piemontese, rendendo disponibili, in tempo reale, informazioni su razza, sesso, età, colore del mantello ecc. dei cani nonché i dati del proprietario.

Tutti i cani dopo il 2° mese di età devono essere identificati con un microchip ed inseriti nella banca dati regionale a cura del Servizio Veterinario dell'ASL o dei veterinari liberi-professionisti autorizzati.

Per le modalità, le sedi ed il calendario delle sedute di identificazione eseguita dal S.V. ci si può rivolgere agli uffici di Alba e Bra.

Il controllo e la lotta al randagismo sono demandati in prima battuta ai comuni che si devono dotare di servizi di cattura e custodia dei cani vaganti.

Tutti i cani randagi catturati vengono portati in strutture (canili sanitari), in cui vengono sottoposti alle prime cure, se necessarie, al rintraccio dell'eventuale proprietario, all'identificazione ed all'osservazione sanitaria per 10 giorni. Dopodiché vengono restituiti o affidati o ricoverati nei "canili rifugio".

Nella nostra ASL sono presenti 3 canili sanitari (Alba, Pollenzo e Guarene), 4 canili rifugio (Alba, Guarene, Santa Vittoria d'Alba e Ceresole), mentre presso il canile di Pollenzo esiste un'area attrezzata per il ricovero e l'affido.

Anno 2007	
N. cani iscritti all'anagrafe dell'ASL CN2	21.850
N. cani identificati da veterinari dipendenti ASL	2.141
N. cani identificati da veterinari liberi professionisti	1.489
N. cani registrati in anagrafe dal Servizio Veterinario	4.066
N. cani morsi controllati	51
N. cani catturati	527
N. cani restituiti al proprietario	104
N. cani affidati	292
N. cani avviati ai rifugi	32
N. passaporti rilasciati per cani che si recano all'estero	108

Controllo della tbc bovina

Grazie alle nuove tecniche di controllo, oltre che ad una aumentata applicazione delle misure già in vigore, la situazione è notevolmente migliorata rispetto al passato a tal punto da raggiungere la quasi completa eradicazione della malattia.

accessi in allevamenti	prove sui capi	aziende infette	capi infetti
705	32.360	4	19

Controllo della brucellosi, leucosi bovina e brucellosi ovicaprina

Negli ultimi 10 anni non si sono più registrati casi delle suddette malattie nella nostra ASL.

Si va quindi verso una progressiva riduzione del numero dei controlli pur mantenendo elevato il livello di attenzione.

Accessi in allevamenti	Capi controllati
685	10.949

Rinotracheite infettiva bovina

Nel territorio dell'ASL CN2 la percentuale delle aziende aderenti al Piano Regionale di eradicazione della rinotracheite infettiva bovina ha ormai superato il 50%. Il numero delle aziende e dei capi positivi risulta ancora abbastanza elevato (rispettivamente il 55% per le aziende e il 33% per quanto riguarda i capi).

Si sta registrando un aumento del numero delle aziende in qualifica.

Allevamenti presenti	Capi presenti	Allevamenti (aderenti)	Capi controllati	Totale esami
580	31.000	350	12.000	13.000

BSE (Morbo della mucca pazza)

Considerato che il rischio di contagio è attualmente sensibilmente ridotto rispetto agli anni passati, l'attività di sorveglianza attiva viene condotta almeno una volta all'anno in allevamento; la sorveglianza passiva consiste nell'effettuazione, presso il centro di raccolta spoglie animali, presenti sul territorio della ASL CN2, di test diagnostici rapidi sui capi bovini di età superiore ai 24 mesi morti in azienda.

Pertanto sono stati effettuati: 350 test rapidi effettuati su animali morti in azienda (provenienti da allevamenti dell'ASL CN2) e 2858 (in totale), i cui esiti sono tutti negativi.

Malattia vescicolare, peste suina classica e morbo di aujeszky

Si tratta di malattie infettive dei suini la cui presenza comporterebbe restrizioni nella commercializzazione degli animali e delle carni, a livello nazionale e internazionale, con gravissimo danno al comparto dell'allevamento suinicolo.

Le segnalazioni nazionali ed internazionali di focolai o di epidemie indirizzano all'effettuazione di azioni di monitoraggio e sorveglianza supplementari previste nel piano di emergenza nazionale e regionale.

L'analisi individua un livello basso di rischio di introduzione dell'infezione nelle aziende della nostra ASL.

Allevamenti riproduzione presenti	Capi presenti	Allevamenti ingrasso presenti *	Allevamenti controllati	Accessi in stalla	N. esami
18	30.000 (5.500 scrofe)	22	18	108	2600

*non sono incluse 110 aziende da autoconsumo

Per il controllo sulle movimentazioni degli animali sono state effettuate 800 visite sanitarie in allevamento.

Influenza aviare

La costante individuazione a livello internazionale di nuovi focolai, soprattutto nei selvatici, consiglia di non abbassare il livello di attenzione nei confronti della malattia anche in località come la nostra che, nonostante l'alta concentrazione di allevamenti avicoli, fino ad ora non ha fatto registrare casi.

Il sistema di sorveglianza consente l'individuazione precoce della circolazione virale nel pollame domestico, l'immediata adozione di misure di controllo adeguate per ridurre i rischi per la salute (umana e animale), i costi, le perdite e le conseguenze negative per la società nel suo complesso.

Sono soggetti a controllo gli allevamenti intensivi da riproduzione, produzione uova per il consumo alimentare, gli allevamenti di selvaggina comprese le aziende faunistiche venatorie e agri-faunistiche delle seguenti specie: polli, tacchini, faraone, oche, anatre, fagiani, quaglie, starne, struzzi.

Allevamenti presenti	Capi presenti	Allevamenti controllati	Capi controllati	Totale esami
100	1.500.000	25	1400	1500 tutti negativi

Anemia infettiva equina

Vengono sottoposte a vigilanza sanitaria, almeno una volta all'anno, tutte le sedi in cui si detengono equini, effettuando per ogni capo il controllo di identità, la visita sanitaria e, su tutti i soggetti di età superiore a tre mesi, un accertamento sierologico per anemia infettiva.

Grazie all'obbligo del controllo che la Regione Piemonte, tra le poche in Italia, ha istituito da oltre un decennio non abbiamo riscontrato positività a questa malattia infettiva che colpisce gli equidi.

Allevamenti presenti	Capi presenti	Allevamenti controllati	Capi da controllati	Totale esami
470	1500	300	1000	1000

Animali selvatici

Al momento la situazione non desta particolari allarmi.

Non va comunque assolutamente sottovalutato il riscontro di alcune patologie dei selvatici.

E' costante infatti da anni la presenza nei cinghiali di *Mycobacterius spp* (tubercolosi) e di *Brucella* (brucellosi), con prevalenza attestata tra il 12% ed il 14% circa negli esami sierologici, cui hanno fatto seguito numerosi isolamenti microbici.

Le persone maggiormente a rischio risultano essere gli addetti ai lavori: cacciatori, personale della vigilanza venatoria, manipolatori a vario titolo di animali selvatici, vivi o morti che siano.

Inoltre non bisogna dimenticare il rischio per il consumo delle carni provenienti da prelievo venatorio che, se non adeguatamente controllate, possono creare problemi di salute umana da non sottovalutare (vedi trichinella e diversi agenti batterici).

Specie	Profilassi	N. campioni effettuati
Cinghiale	Tubercolosi	15
	Brucellosi	300
	Malattia vescicolare	20
	Peste suina classica	60
	Trichinellosi	150
Ruminanti selvatici	Brucellosi	80
	Encefalopatie trasmissibili	0
Avifauna	Influenza aviaria	30
	Malattia di Newcastle	10
	West Nile Disease	10
Lepri	Brucellosi	35
	Tularemia	35
	Sindrome della lepre bruna	15
Altri roditori	Tularemia	2
Volpi	Rabbia	15
	Trichinellosi	25

Zoonosi

Situazione epidemiologica

Mentre alcune "zoonosi storiche" come la brucellosi o la tubercolosi da *M. bovis* sono state debellate o sono in via di risoluzione altre come la salmonellosi o la campilobatteriosi stanno prendendo il sopravvento.

Buona è la situazione nei confronti della trichinellosi ma non altrettanto nei riguardi di cisticercosi ed echinococcosi.

Sempre più frequenti sono le segnalazioni di casi di leishmaniosi tanto da far ritenere che in alcune zone stia diventando endemica.

Infine nel 2007 i veterinari del Servizio hanno rilasciato 5.600 certificazioni relative alla movimentazioni degli animali ed hanno effettuato 1.700 atti di vigilanza e controllo sul benessere animale, spostamenti, commercio, mostre, fiere, per il rilascio di autorizzazioni.

Stampato - novembre 2008

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Epidemiologia

Responsabile: Dott.ssa Laura MARINARO

Staff:

Ass. Amm.vo Dr.ssa Annelisa GUAISTI

Tec. Prev. Dr. Alfredo RUATA

Ass. Sanitaria Giovanna GIACHINO

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Collab. Amm.vo Dr.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

TELEFONI / INDIRIZZI

S.S.D. Epidemiologia

0173-316622

Fax

0173-316636

E-mail

lmarinaro@aslcn2.it

Via Vida, 10 - 12051 ALBA

Via Goito n. 1 - 12042 BRA