

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.S.D. Epidemiologia

REGIONE PIEMONTE



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

Bollettino Epidemiologico

Anno 2011



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

**Direttore Generale Supplente e
Direttore Sanitario
Dott. Francesco MORABITO**

**Direttore Amministrativo
Dott. Gianfranco CASSISSA**

**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**

Il presente volume è consultabile sui seguenti siti internet:

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

**La pubblicazione di questo Bollettino è stata
realizzata grazie al contributo e alla collaborazione
della FONDAZIONE NUOVO OSPEDALE ALBA-BRA**

EPID ASLCN2 /2/2012

**AN
I
E
N
D
A
S
A
N
I
T
A
R
I
A
L
O
C
C
O
L
L
E
N
Z
I**

PRESENTAZIONE

La conoscenza dei problemi di salute di una popolazione, congiuntamente all'esplorazione dei principali determinanti di malattia e/o fattori di rischio, e l'analisi delle variazioni e dinamiche dei fenomeni di salute, costituiscono fondamento per una corretta programmazione socio-sanitaria e dovrebbero orientare le politiche socio-sanitarie e non, al fine di ottenere migliori risultati in termini di sviluppo, qualità di vita e benessere.

Da diversi anni nella nostra Regione sono attivi alcuni sistemi di sorveglianza (es. Passi etc) e nel tempo sono state effettuate, a vari livelli, numerose indagini epidemiologiche sul territorio, incluse alcune analisi focalizzate su specifici aspetti dello stato di salute della popolazione. Il Sistema di sorveglianza PASSI, nazionale regionale e locale, consente di analizzare la distribuzione dei principali determinanti della salute e le percezioni dei cittadini riguardo agli stili di vita e agli interventi di prevenzione. La presenza di tali attività testimonia l'importanza crescente che riveste, ai fini di una corretta programmazione sanitaria, l'esplorazione dei principali determinanti di salute e dei fattori di rischio.

Il Bollettino epidemiologico dell'ASL CN2, giunto alla sua tredicesima edizione, contiene una relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione, relazione che appare più che mai opportuna, giacché rende possibile operare dei confronti con la situazione regionale e nazionale, individuare priorità e mettere in luce problematiche che altrimenti sfuggirebbero all'osservazione.

Come è già accaduto per le edizioni precedenti, la pubblicazione raccoglie altresì i contributi di varie professionalità sanitarie, appartenenti sia all'ambito clinico sia a quello della prevenzione. Ciò dimostra come sia possibile applicare le metodologie epidemiologiche non solo al fine di descrivere lo stato di salute della popolazione, ma anche nella prospettiva di orientare i processi decisionali in ambito sanitario sulla base delle evidenze scientifiche.

La Direzione Generale ringrazia tutti gli operatori dell'Ospedale e del Territorio che da anni contribuiscono alla redazione del Bollettino epidemiologico ed in particolare la Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra che ha reso possibile la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE SUPPLENTE
Dott. Francesco MORABITO

INDICE

Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra	5
Malattie infettive	24
Aspetti organizzativi degli screening oncologici sul territorio dell'ASL CN2	37
L'ambulatorio di cura delle stomie	42
Riorganizzazione delle cure primarie: universalismo, efficacia ed equità...ancora possibili!?!	44
Progetto "Letti di prossimità"	54
Il Comune per la Salute. Continua il lavoro dei PePS	62
Andamento degli infortuni sul lavoro nel territorio dell'ASL CN2: analisi dell'ultimo quinquennio disponibile (2006-2010)	64
Rapporto sull'andamento del flusso di denunce di malattia professionale nel periodo 2007-2011	69
Diminuzione della prevalenza in dialisi in un centro ad intensa attività ambulatoriale di follow-up dell'IRC	74
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASL CN2 Alba-Bra nell'anno 2011	79
Percorsi di sostegno alla genitorialità nella prima infanzia	84
Primum non nocere: L'evoluzione della farmacovigilanza ed i suoi nuovi orizzonti	92
Medicina di genere: l'uso degli antiepilettici	99
L'attività del Nucleo Interarea di Vigilanza Veterinaria A.S.L. CN2 - anno 2011	105

Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra

Laura Marinaro

I dati di seguito riportati sono forniti dal **Sistema di Sorveglianza PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) – **Risultati regionali dell'attività riferiti al periodo 2007-2010** (1), relativamente ad un campione di rappresentatività aziendale della ASL CN2 di Alba -Bra.

Il Sistema PASSI rappresenta un sistema di sorveglianza locale con valenza regionale e nazionale, la raccolta dati avviene a livello di ASL tramite la somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale. La popolazione in studio è costituita da persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi d'età dalle popolazioni degli iscritti alle anagrafi sanitarie di tutte le ASL italiane.

Dai dati forniti dal sistema di sorveglianza PASSI, per quanto riguarda la "percezione del proprio stato di salute", emerge che il 67,9% del campione di popolazione intervistato nella ASL CN2 (IC95% 64,9-70,8) ritiene "buona/molto buona" la propria condizione di salute (Piemonte 68,1% con IC95% 67,3-68,8) (Grafico 1).

Per quanto riguarda la "salute mentale", il 4,5% (IC95% 3,3-6,1) riferisce di aver avuto "sintomi di depressione nelle due ultime settimane" (Piemonte 6,7% con IC95% 6,2-7,1) (Grafico 2).

Grafico 1. Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona per ASL (%)

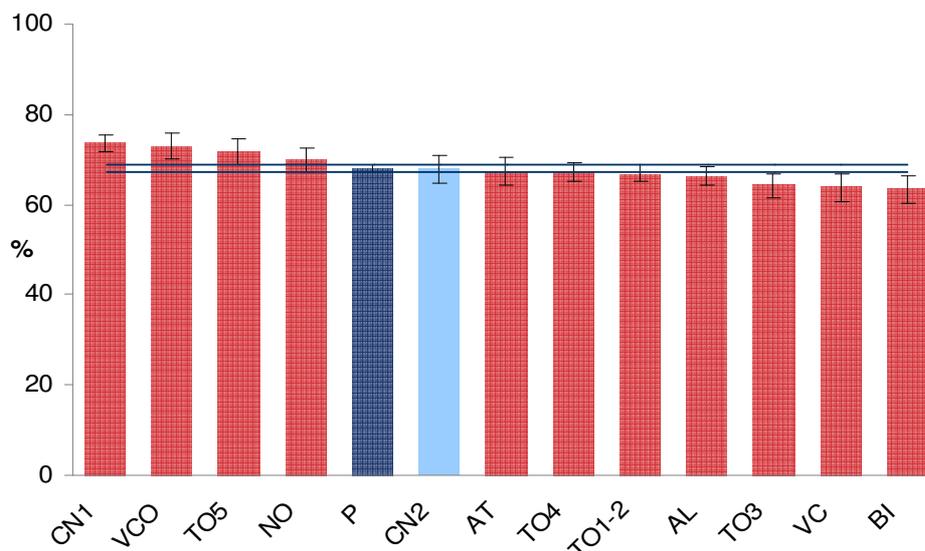
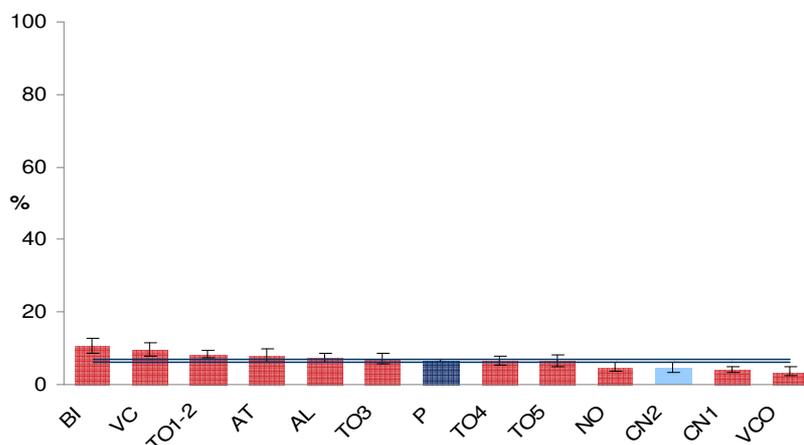


Grafico 2. Persone con sintomi di depressione per ASL (%)

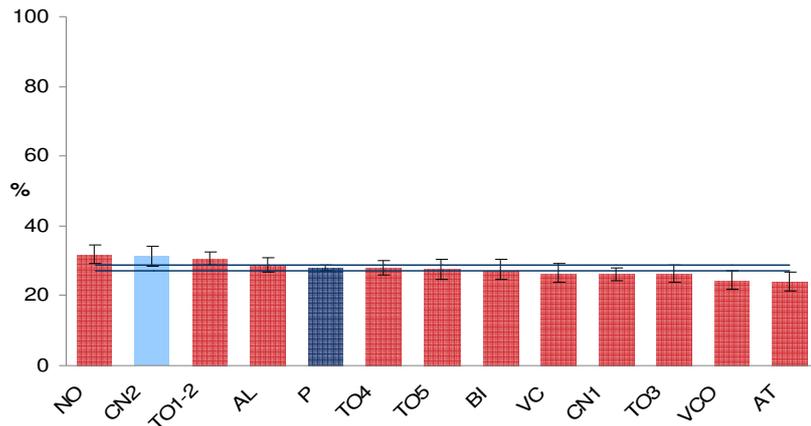


Stili di vita

Abitudine al Fumo di sigaretta

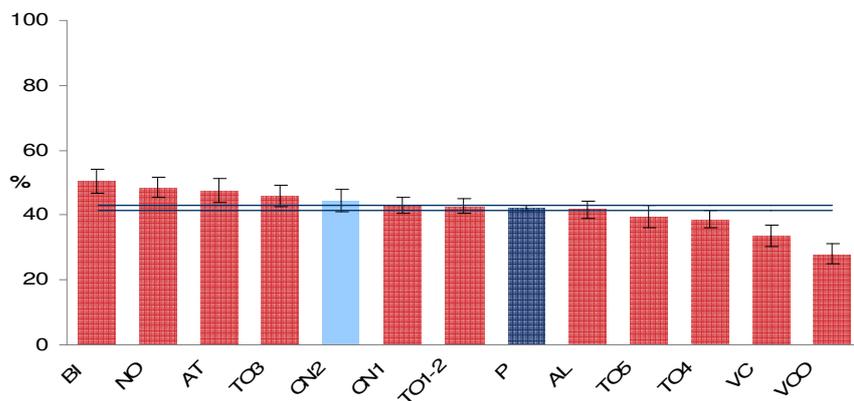
Il fumo di sigaretta continua a rappresentare un fenomeno molto diffuso, nell'ASL CN2, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra i 18 e i 69 anni, il 31,1% (IC95% 28,2-34,1) dei soggetti intervistati si dichiara "fumatore" (Piemonte 28,1% con IC95% 27,3-28,8) (Grafico 3).

Grafico 3. Fumatori per ASL (%)



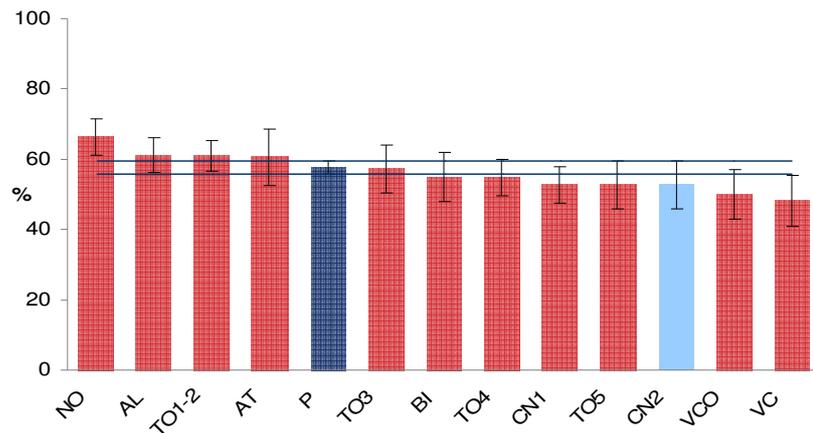
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo, e nell'ASL CN2 il 44,3% (IC95% 40,8-47,9), tra chi, nell'ultimo anno, è stato da un medico o da altro operatore sanitario, "dichiara di aver ricevuto domande sul proprio comportamento tabagico" (Piemonte 42,3% con IC95% 41,4-43,2) (Grafico 4).

Grafico 4. Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo per ASL (%)



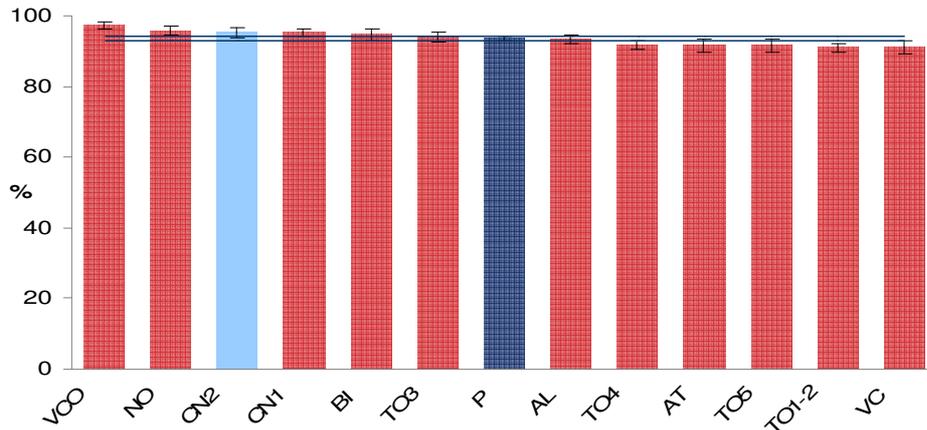
Inoltre al 52,7% (IC95% 45,9-59,4) degli intervistati fumatori è stato consigliato di smettere di fumare (Piemonte 57,7% con IC95% 55,9-59,5)(Grafico 5).

Grafico 5. Fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare per ASL (%)



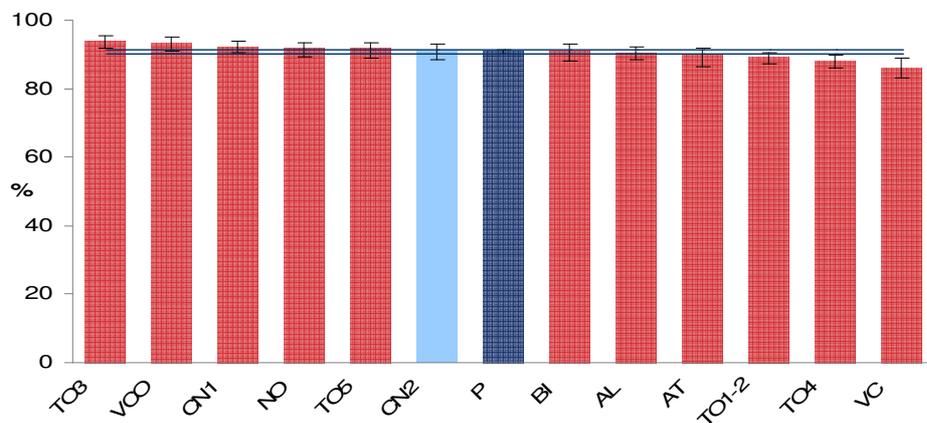
Il 95,6% (IC95% 94,0-96,8) degli intervistati ritiene che il divieto di fumare nei locali pubblici sia rispettato sempre o quasi sempre (Piemonte 93,6% con IC95% 93,2-94,1) (Grafico 6).

Grafico 6. Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici



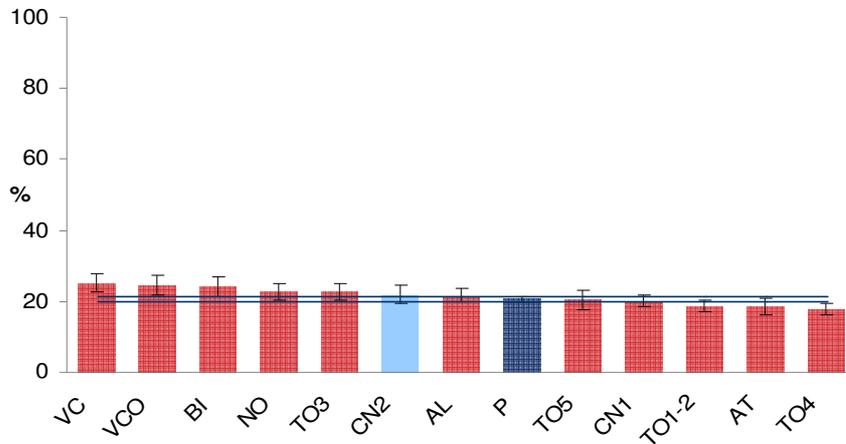
Mentre sul luogo di lavoro i lavoratori che riferiscono che il divieto di fumo viene rispettato sempre o quasi sempre sono il 91% (IC95% 88,5-93,1) (Piemonte 90,8 con IC95% 90,2-91,4) (Grafico 7).

Grafico 7. Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro



Nel Grafico 8 è riportato il confronto fra la percentuale di ex fumatori rilevata nelle ASL piemontesi (ASLCN2: 21,8 con IC95% 19,3-24,6) e la media regionale (Piemonte: 20,7 con IC95% 20,0-21,3).

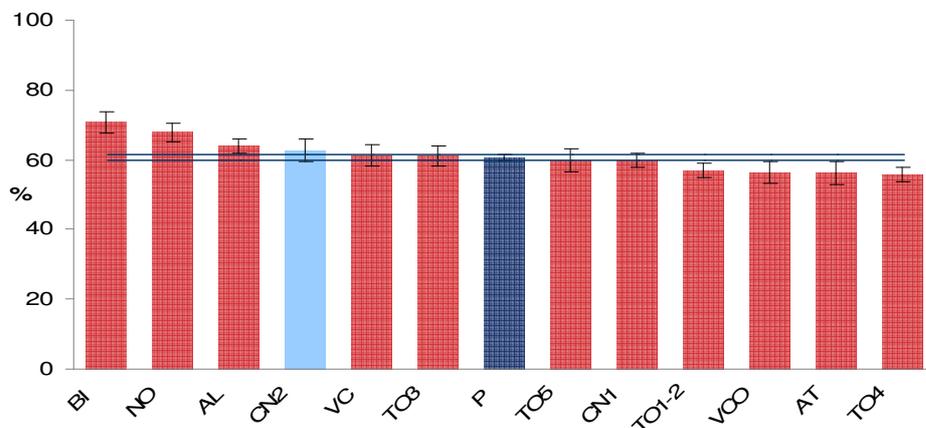
Grafico 8. Ex Fumatori per ASL(%)



Consumo di alcol

Il 62,7% della popolazione tra i 18-69 anni, secondo i dati del sistema di sorveglianza Passi, riferisce di aver consumato almeno un'unità di bevanda alcolica¹ nell'ultimo mese (Piemonte 60,8% con IC95% 60,0-61,6) (Grafico 9).

Grafico 9. Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese(%)

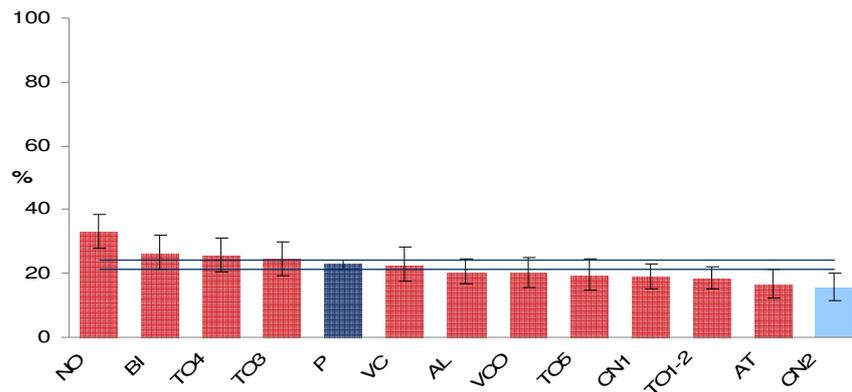


Circa il 15,4% della popolazione della ASL CN2 risulta avere abitudini di consumo considerate a rischio (Piemonte 22,8% con IC95% 21,4-24,3).

Per abitudini di consumo considerate a rischio ci si riferisce, secondo la nuova definizione in materia proposta dall'INRAN, a due definizioni: "bevitore fuori pasto" e "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne).

¹ Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Grafico 10. Bevitori a rischio(secondo la definizione 2010)

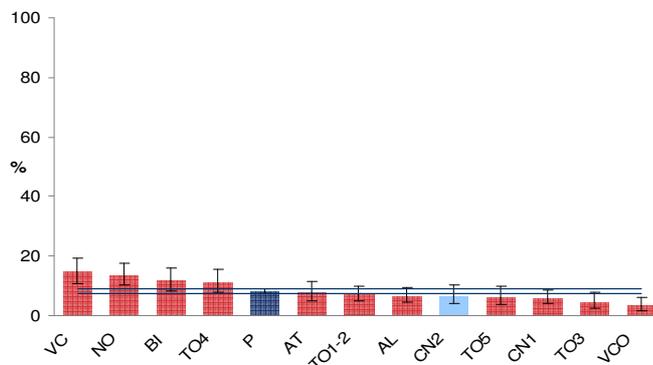


Nel grafico 10 è riportato il confronto fra la percentuale di bevitori a rischio rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale, riferita al solo anno 2010 quando è stata modificata la definizione di "bevitore a rischio".

Il 6,6% (IC95% 3,9-10,2) degli intervistati è da considerarsi "bevitore binge" (Piemonte 8,1% con IC95% 7,2-9,1) (Grafico 11).

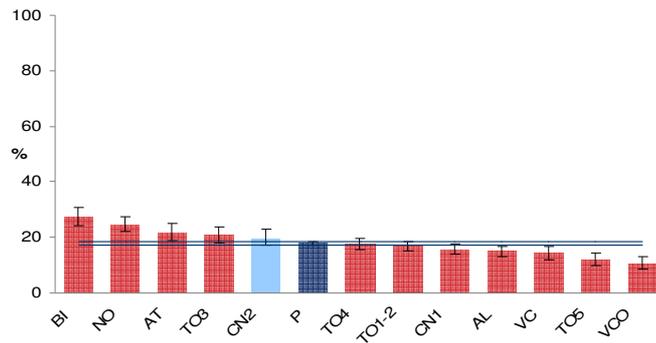
Per "bevitore binge" si intende chi consuma almeno una volta al mese 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione.

Grafico 11. Bevitori "binge" per ASL (secondo la definizione 2010)



Quest'ultima modalità di assunzione di alcol è peraltro molto pericolosa soprattutto per gli effetti alla guida. Gli operatori sanitari dell'ASLCN2 paiono informarsi sporadicamente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol (19,8% con IC95% 17,1-22,8 contro un valore regionale di 17,9% con IC95% 17,1-18,6) (Grafico 12).

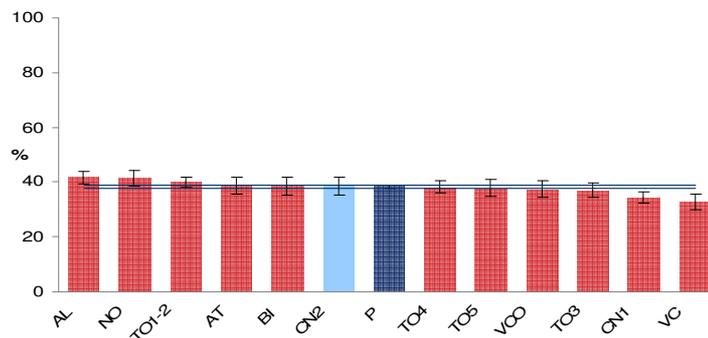
Grafico 12. Persone che riferiscono che un medico o un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol per ASL (%)



Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 38,5% (IC95% 35,4-41,6) dei soggetti tra 18 e 69 anni della ASL CN2, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, è in eccesso ponderale (sovrappeso più obesi) (Piemonte 38,3% con IC95% 37,6-39,1). Nel grafico 13 è riportato il confronto fra la percentuale di persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obeso versus sotto/normo) rilevata nelle ASL piemontesi e la media regionale.

Grafico 13. Persone in eccesso ponderale per ASL(%)



Il 61,3% (IC95% 55,7-66,8) delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio da parte di un sanitario di dimagrire (Piemonte 53,6% con IC95% 52,2-55,1) (Grafico 14); mentre il 42,8% (IC95% 37,1-48,6) ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica (Piemonte 38,0% con IC95% 36,5-39,5)(Grafico 15).

Grafico 14. Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di dimagrire da parte di un operatore sanitario per ASL (%)

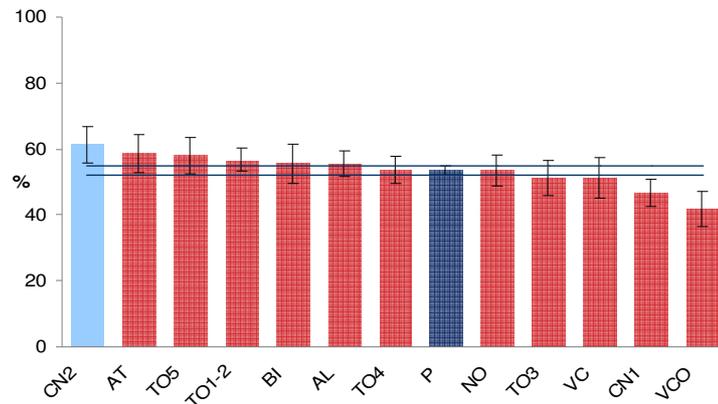
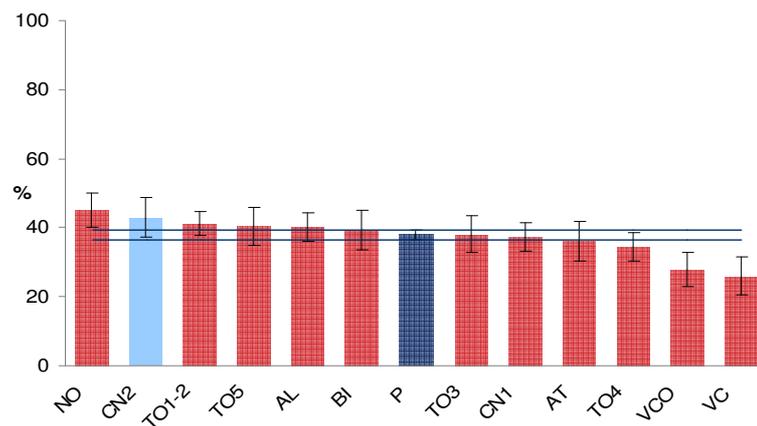
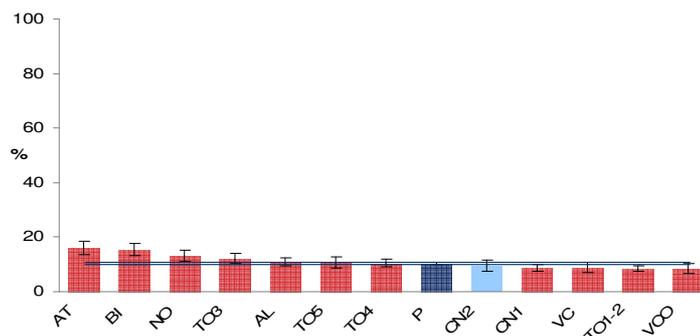


Grafico 15. Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario per ASL (%)



Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, solo l'9,3% (IC95% 7,6-11,4) aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno (Piemonte 10,4% con IC95% 9,9-10,9) (Grafico 16).

Grafico 16. Persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno per ASL (%)



Attività fisica

Il 23% (IC95% 20,4-25,8) del campione di intervistati nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI nell'ASL CN2 è completamente sedentario (Grafico 17). Nell'ASL CN2 la sedentarietà risulta inferiore alla media regionale (Piemonte 27,4% con IC95% 26,6-28,1). Nel 34,4% (IC95% 31-37,9) dei casi i medici o altri operatori sanitari consigliano di svolgere attività fisica regolare (Piemonte 29,8% con IC95% 29,0-30,7). Nel grafico 18 è riportata la percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte del proprio medico o da un operatore sanitario per ASL.

Grafico 17. Sedentari per ASL (%)

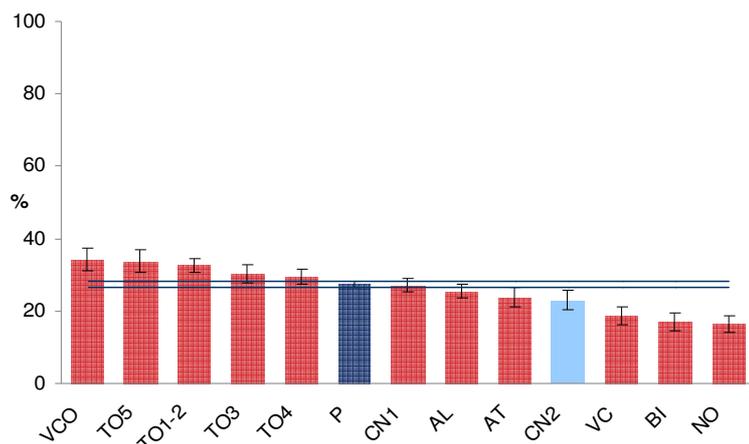
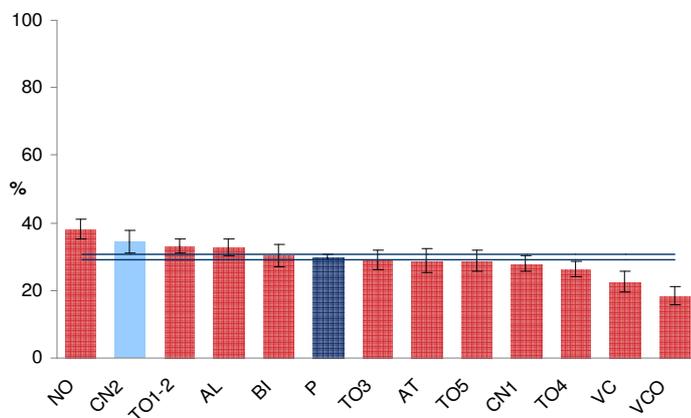


Grafico 18. Persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica dal proprio medico o da un operatore sanitario per ASL.



Ambienti di vita

Sicurezza stradale

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, l'uso dei dispositivi di protezione individuale, nell'ASL CN2, risulta ancora non completamente soddisfacente: l'88,7% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura di sicurezza anteriore (Piemonte 89,5% con IC95% 89,0-90,0), mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 31,4% degli intervistati (Piemonte 27,4% con IC95% 26,6-28,2).

Nei grafici 19 e 20 è riportato rispettivamente il confronto fra la percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore, dato rilevato nelle ASL piemontesi e media regionale, e il confronto fra la percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura di sicurezza posteriore, dato rilevato nelle ASL piemontesi e media regionale.

Grafico 19. Percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza

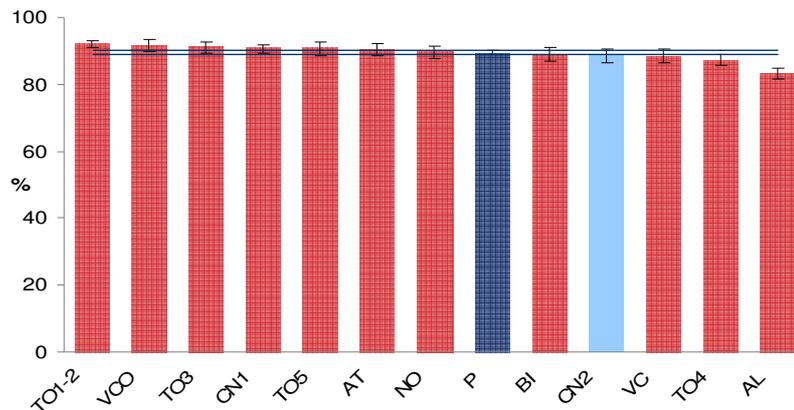
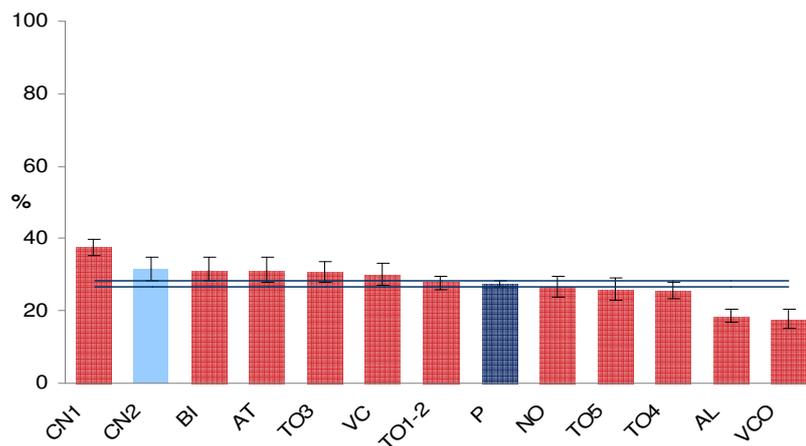
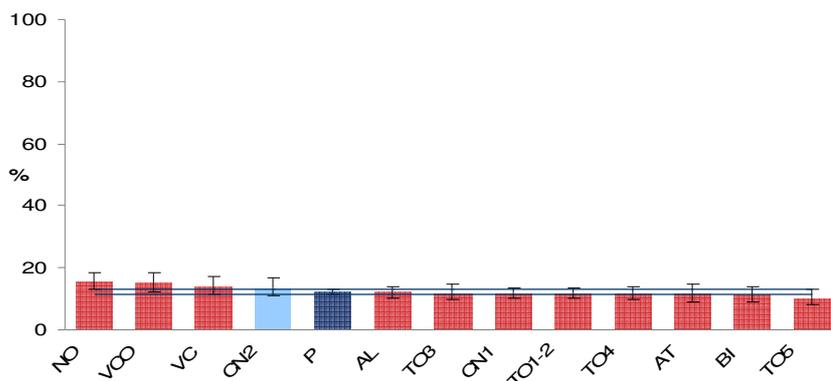


Grafico 20. Percentuale di persone che riferiscono di usare sempre la cintura posteriore di sicurezza



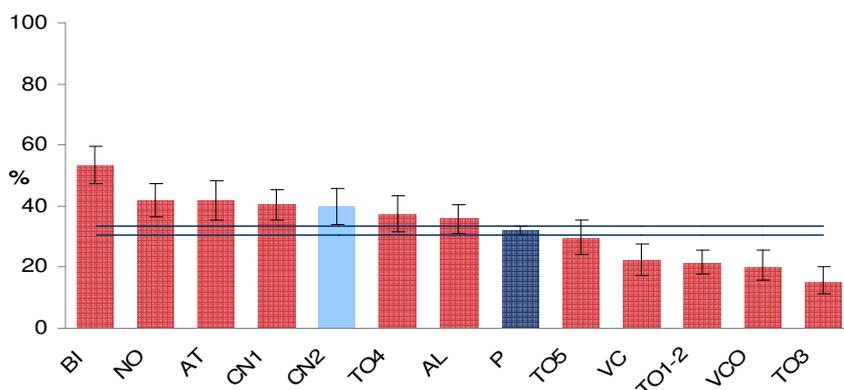
Il 95,9% degli intervistati della ASL CN2, che guida motocicli, riferisce di indossare il casco (Piemonte 96,9% con IC95% 96,2-97,5). Nel grafico 21 è riportato il confronto fra la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente (ASLCN2 13,7 con IC95% 11,1-16,8), dato rilevato nelle ASL piemontesi e media regionale (Piemonte 12,4 con IC95% 11,6-13,1).

Grafico 21. Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente



Inoltre il 39,7% delle persone che erano alla guida di auto/moto riferisce di esser stato fermato dalle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi (Piemonte 32,1) (Grafico 22).

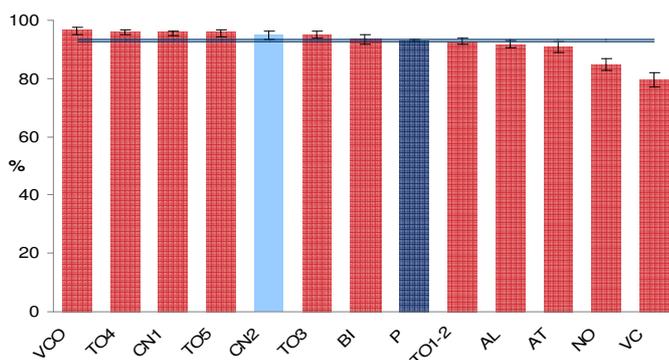
Grafico 22. Percentuale di persone che erano alla guida di auto/moto e sono state fermate dalle FF.OO. negli ultimi 12 mesi



Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema rilevante per la sanità pubblica, sia per la mortalità che per la morbosità conseguenti, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto il luogo "sicuro" per eccellenza. Nonostante ciò la percezione del rischio di subire un infortunio domestico risulta molto bassa: nell'ASLCN2, il 95,2% degli intervistati considera bassa la possibilità di avere un infortunio in ambito domestico (Piemonte 93% con IC95% 92,6-93,4) (Grafico 23).

Grafico 23. Percentuale di persone che hanno riferito una bassa possibilità di subire un infortunio domestico per ASL (%)



Determinanti biologici

Rosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile ma, se contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, morte del feto o gravi malformazioni congenite al neonato (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, la prevenzione della rosolia congenita.

Per quanto riguarda la rosolia, il sistema di sorveglianza Passi evidenzia che il 37,0% delle donne fra 18 e 49 anni nell'ASLCN2 risulta suscettibile alla rosolia o con stato immunitario non noto (Piemonte 44,1 con IC95% 42,6-45,6) (Grafico 24). Mentre il 30,8% della popolazione femminile 18-49 anni (Piemonte 29,2 con IC95% 27,8-30,5) riferisce di essere vaccinata per tale malattia (Grafico 25).

Grafico 24. Donne tra i 18-49 anni suscettibili o con stato immunitario sconosciuto verso la rosolia per ASL (%)

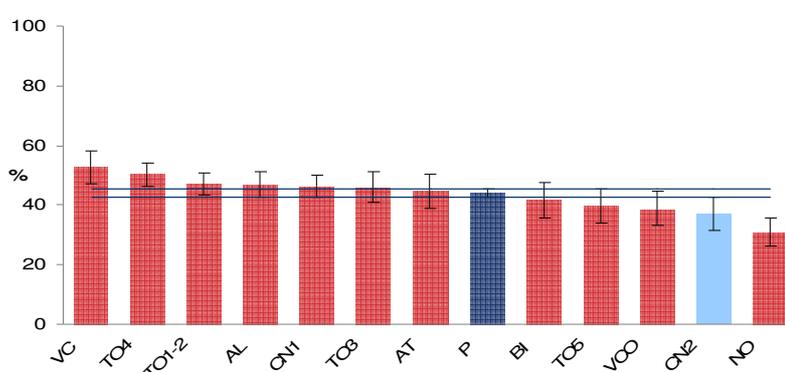
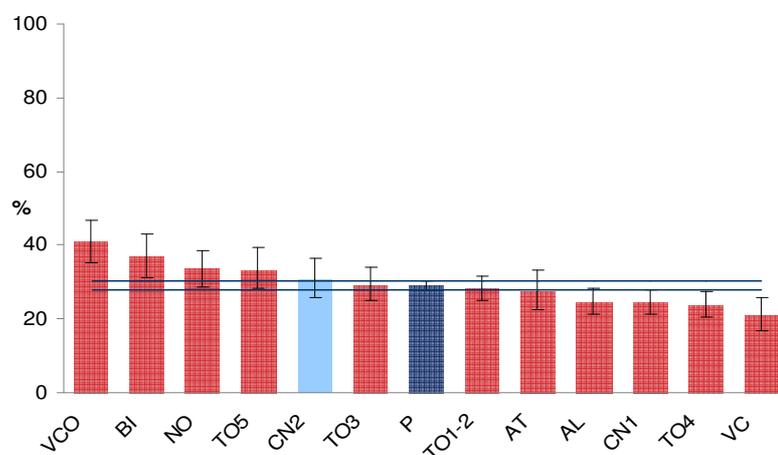


Grafico 25. Donne tra i 18-49 anni vaccinate contro la rosolia per ASL (%)

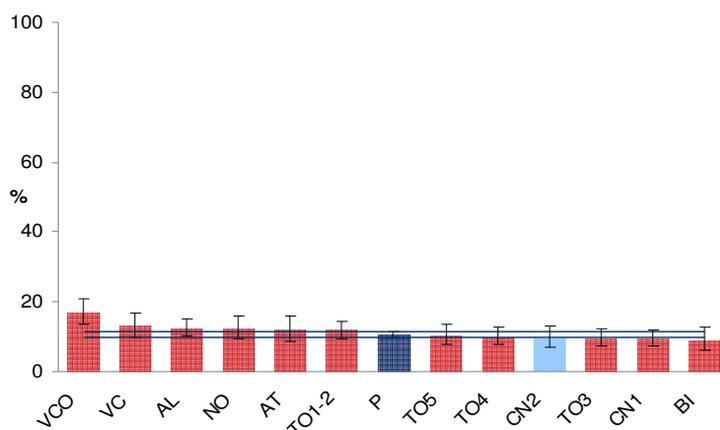


Influenza

L'influenza è un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo. La vaccinazione antinfluenzale è il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (prevenzione individuale). E' raccomandata soprattutto a soggetti per i quali l'influenza si può rilevare particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da determinate patologie croniche etc) e a particolari categorie di lavoratori.

Il sistema di sorveglianza Passi può indagare l'impatto delle campagne vaccinali nei soggetti più giovani (18-64 anni). Nell'ASLCN2 riferisce di essersi vaccinato nel periodo 2007-2010 il 9,6% (IC 95% 6,9-13,3) degli intervistati di età 18-64 anni (Piemonte 10,7 % IC 95% 9,9-11,5) (Grafico 26).

Grafico 26. Vaccinati tra i 18-64 anni durante le campagne anti influenzale per ASL (%)

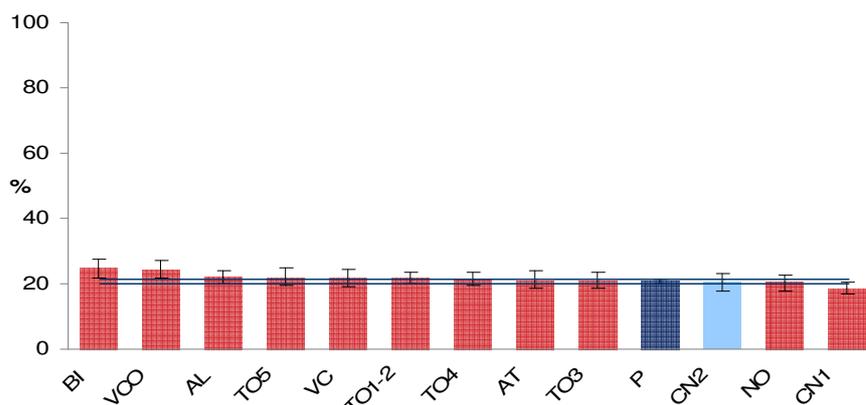


Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nei paesi occidentali è rappresentata dalle patologie cardiovascolari: dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali patologie. Dal sistema di sorveglianza PASSI nella ASL CN2 emerge quanto segue.

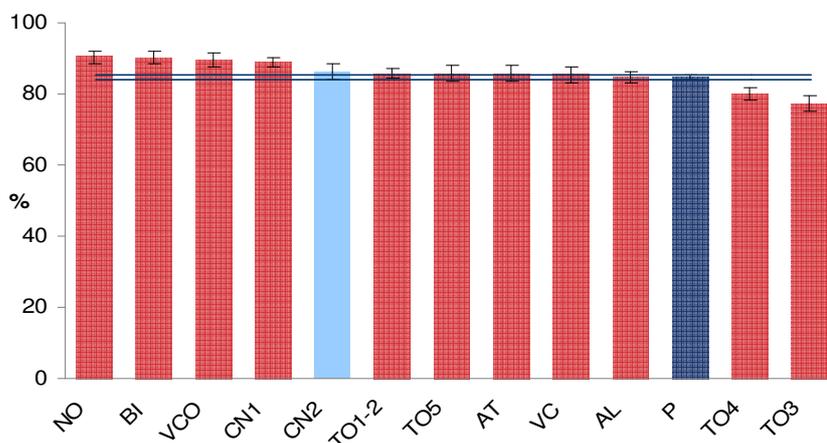
La percentuale stimata di soggetti ipertesi, è pari al 20,5% (dato regionale 20,9% con IC95% 20,2-21,5) (Grafico 27).

Grafico 27. Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)



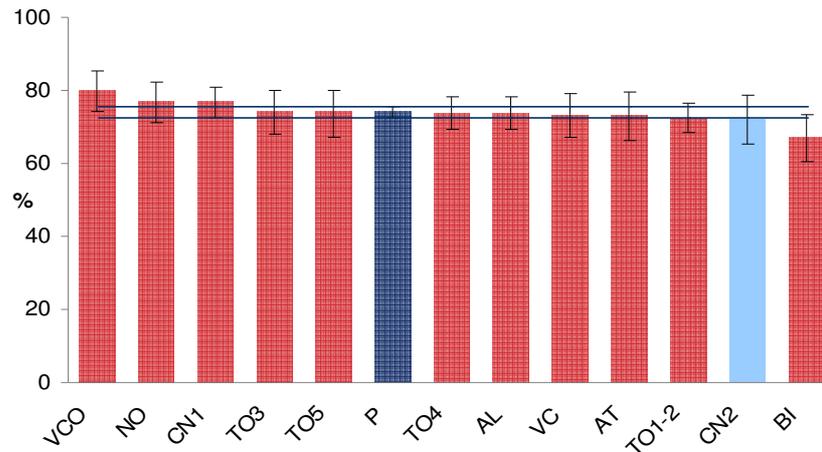
La percentuale di soggetti che riferiscono di aver effettuato almeno un controllo pressorio negli ultimi 2 anni è pari all'86,4% (Piemonte 84,7% con IC95% 84,1-85,3) (Grafico 28).

Grafico 28. Persone cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni per ASL (%)



Tra gli intervistati ipertesi, nella ASLCN2 il 72,2% riferisce di essere attualmente in trattamento farmacologico (Piemonte 74,0% con IC95% 72,5-75,5) (Grafico 29).

Grafico 29. Persone ipertese in trattamento farmacologico per ASL (%)



La percentuale invece di soggetti che riferiscono di essere ipercolesterolemici è del 23,5% (Piemonte 24,3% con IC95% 23,5-25,1) (Grafico 30).

La percentuale di soggetti che riferiscono di aver effettuato la misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita è il 76,5% (Piemonte 77,7% con IC95% 77,1-78,4)(Grafico 31). E' in trattamento farmacologico il 22,9% degli ipercolesterolemici (Grafico 32). Considerando le azioni di prevenzione delle patologie cardiovascolari, nell'ASL CN2 la carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 2,7% (Piemonte 4,9% con IC95% 4,5-5,4) degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce di aver avuto una valutazione del rischio cardiovascolare con questo strumento (Grafico 33).

Grafico 30. Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

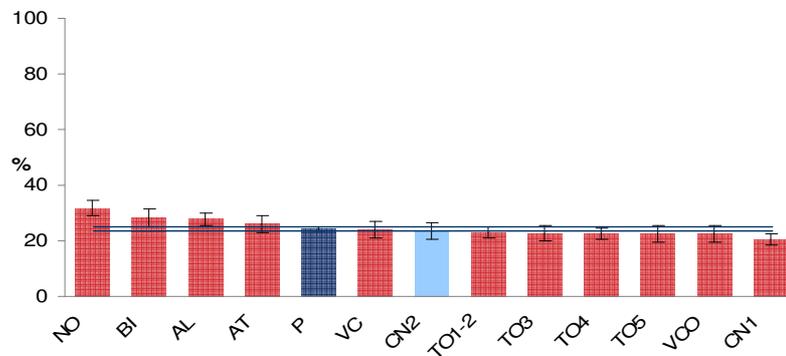


Grafico 31. Persone cui è stato misurato il livello di colesterolo almeno una volta per ASL (%)

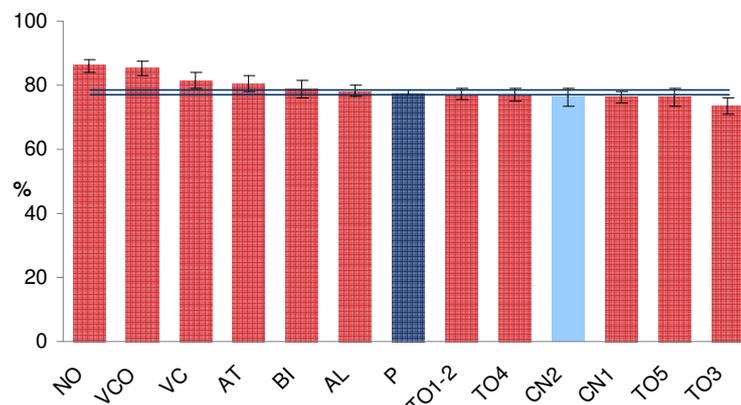


Grafico 32. Persone ipercolesterolemiche in trattamento farmacologico per ASL (%)

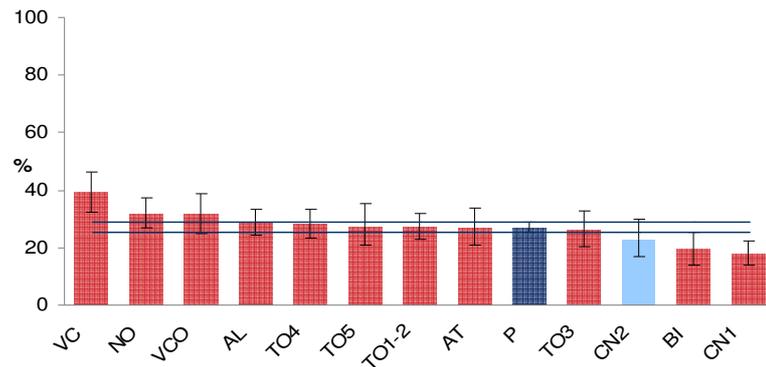
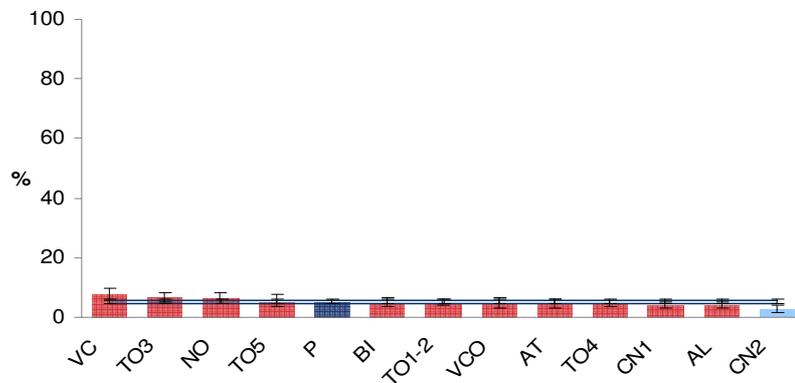


Grafico 33. Persone cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare per ASL (%)



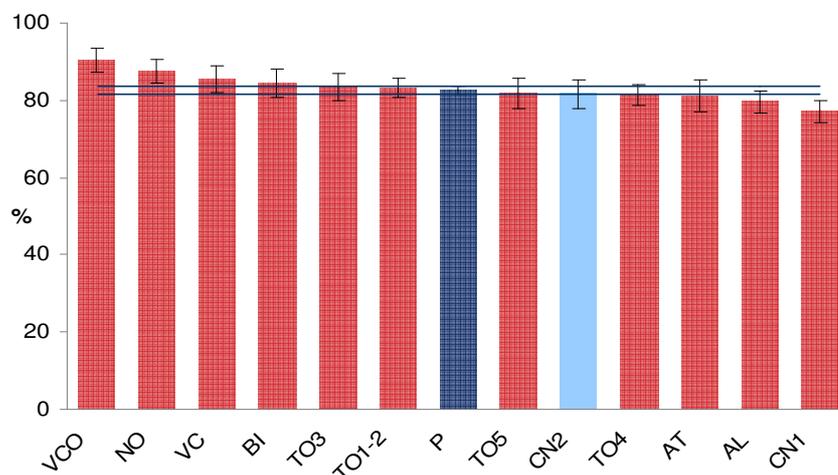
Tumori

Prevenzione dei tumori femminili

Nella ASL CN2, per quanto riguarda la diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero:

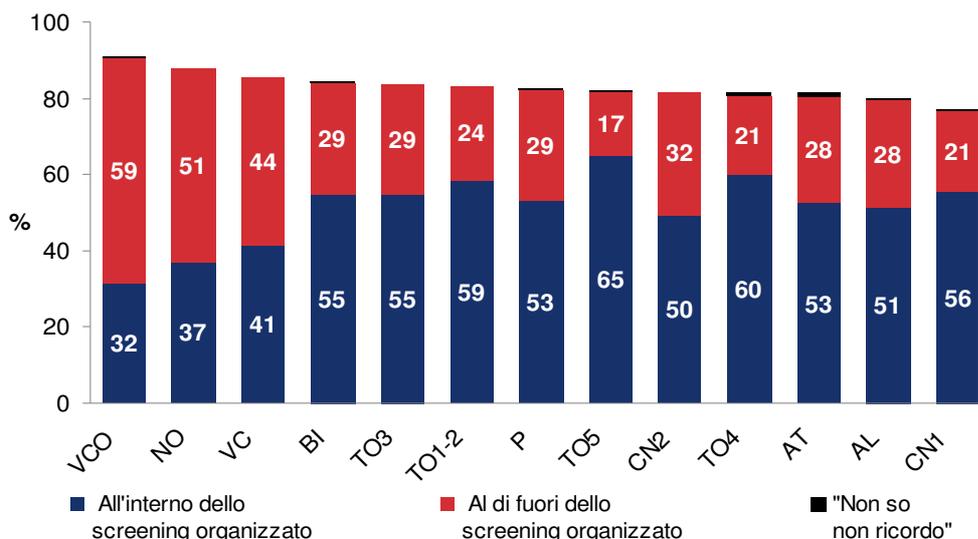
- l'81,9% (IC95% 77,8-85,4) (Piemonte 82,6% con IC95% 81,6-83,6) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 25-64 anni riferisce di aver effettuato il Pap test negli ultimi tre anni (Grafico 34);

Grafico 34. Donne che hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida per ASL (%)



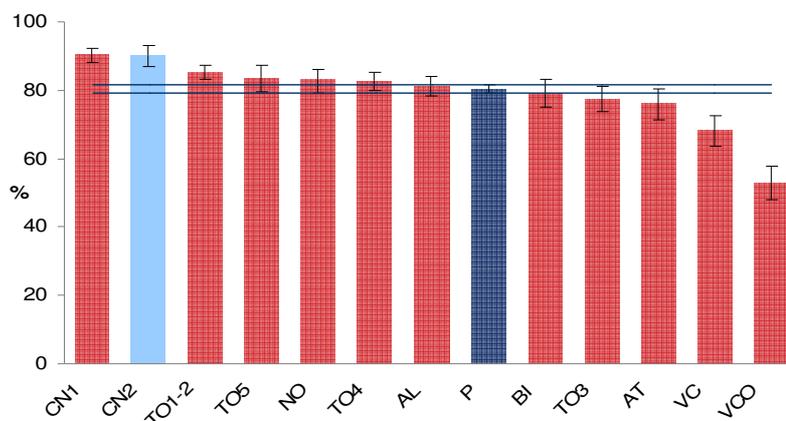
- il 50% (IC95% 44,5-54,5) (Piemonte 53,3% con IC95% 52,0-54,6) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 25-64 anni riferisce di aver effettuato il Pap test all'interno del programma regionale di screening organizzato "Prevenzione Serena" negli ultimi tre anni (Grafico 35);
- il 32,2% (IC95% 27,7-37,0) (Piemonte 29,0% con IC95% 27,8-30,2) delle donne intervistate, riferisce invece di aver effettuato il Pap test negli ultimi tre anni al di fuori del programma regionale di screening organizzato (Grafico 35);

Grafico 35. Donne che hanno effettuato il Pap test all' "interno dello screening organizzato" o "al di fuori" o che hanno risposto "non so non ricordo" per ASL (%)



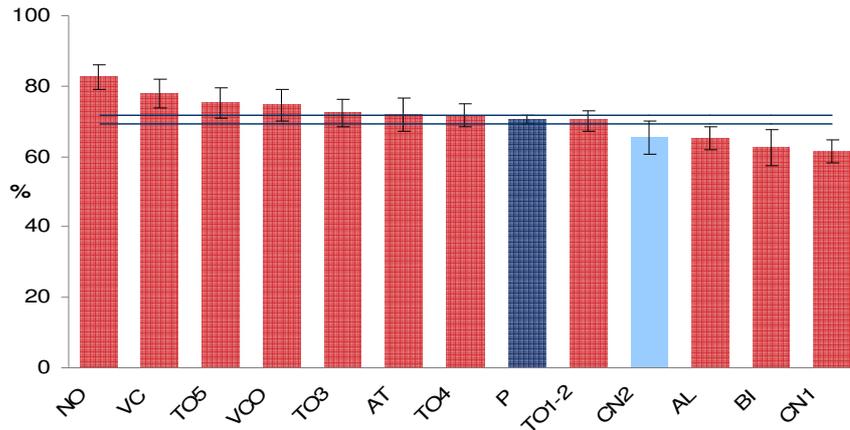
- il 90,2% (IC95% 86,8-92,9) (Piemonte 80,3% con IC95% 79,3-81,4) riferisce di aver ricevuto la lettera della ASL d'invito all'esecuzione del Pap test (Grafico 36);

Grafico 36. Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL (%)



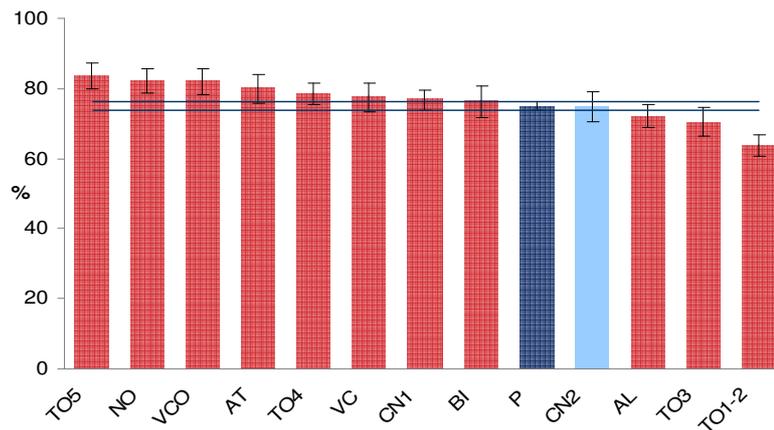
- il 65,6% (IC95% 60,7-70,2) (Piemonte 70,4% con IC95% 69,2-71,6) riferisce di aver ricevuto il consiglio del medico o di un operatore sanitario ad effettuare il Pap test (Grafico 37);

Grafico 37. Donne che hanno ricevuto il consiglio da parte del medico o di un operatore sanitario (%)



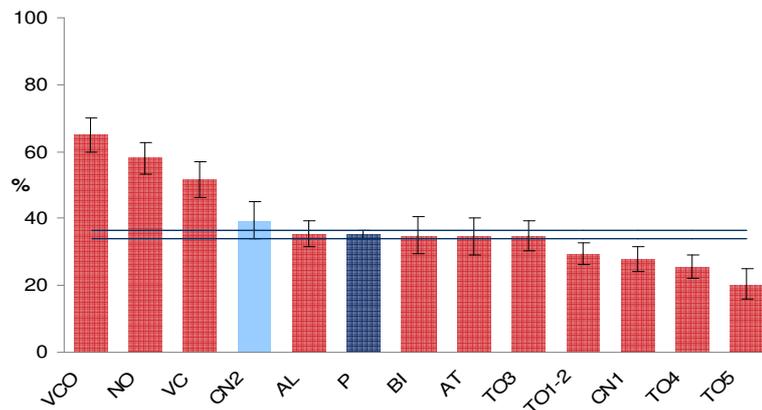
- il 74,9% (IC95% 70,3-79,0) (Piemonte 75,0% con IC95% 73,8-76,1) riferisce di aver ricevuto l'informazione sul Pap test attraverso una campagna di comunicazione (Grafico 38);

Grafico 38. Donne che hanno ricevuto l'informazione sul Pap test attraverso una campagna informativa (%)



- il 39,4% (IC95% 34,1-44,9) (Piemonte 35,2 % con IC95% 33,9-36,6) riferisce di aver effettuato un pagamento per il Pap test (Grafico 39).

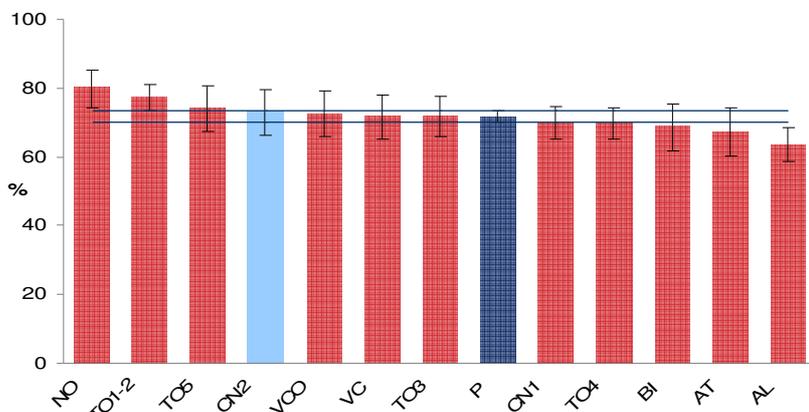
Grafico 39. Donne che hanno effettuato un pagamento per il Pap test (%)



Per quanto riguarda la diagnosi precoce delle neoplasie della mammella:

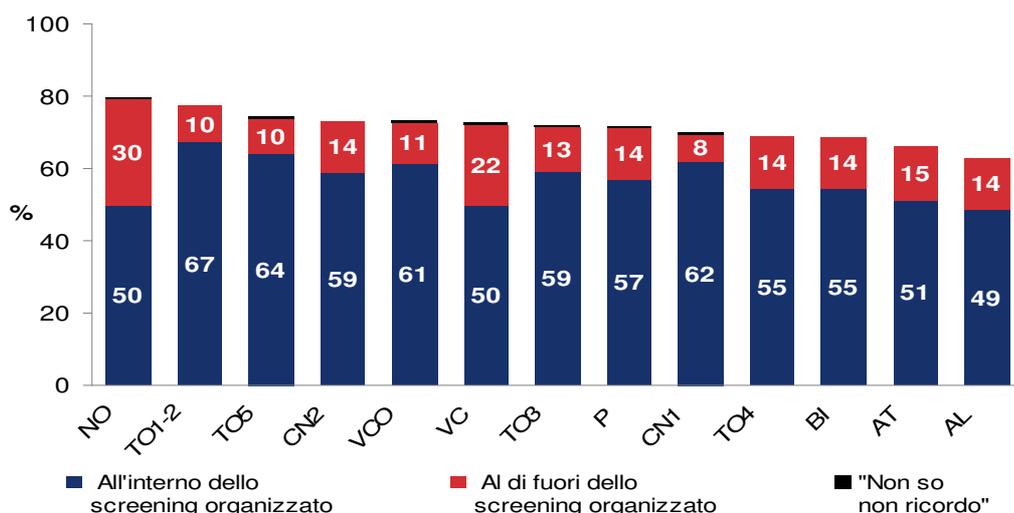
- il 73,3% (IC95% 66,3-79,5) (Piemonte 71,7% con IC95% 70,0-73,4) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età fra 50 e 69 anni riferisce di aver effettuato lo screening mammografico in accordo alle linee guida (Grafico 40);

Grafico 40. Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni per ASL (%)



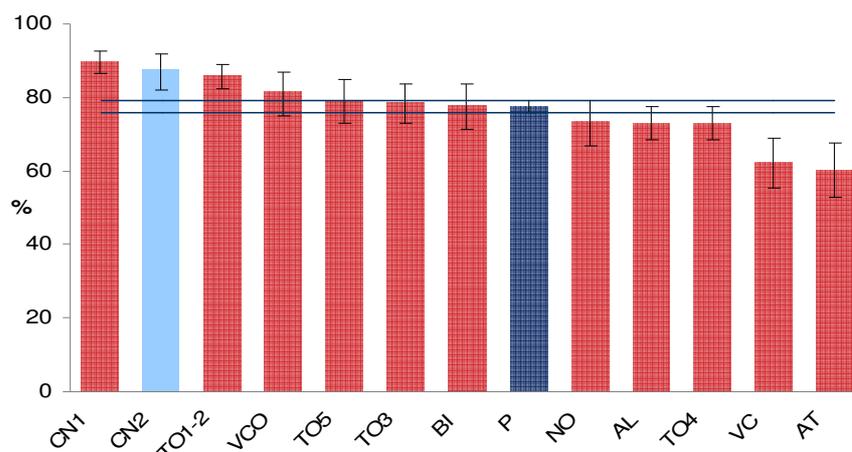
- il 59% (IC95% 51,4-66,0) (Piemonte 57,0% con IC95% 55,1-58,9) delle donne intervistate, nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, di età 50-69 anni riferisce di aver effettuato lo screening mammografico all'interno del programma regionale di screening organizzato "Prevenzione Serena"(Grafico 41);
- il 14,4% (IC95% 9,7-20,3) (Piemonte 14,2% con IC95% 12,8-15,6) delle donne intervistate riferisce invece di aver effettuato lo screening mammografico al di fuori del programma regionale di screening organizzato (Grafico 41);

Grafico 41. Donne che hanno effettuato la mammografia all' "interno dello screening organizzato" o "al di fuori" o che hanno risposto "non so non ricordo" per ASL (%)



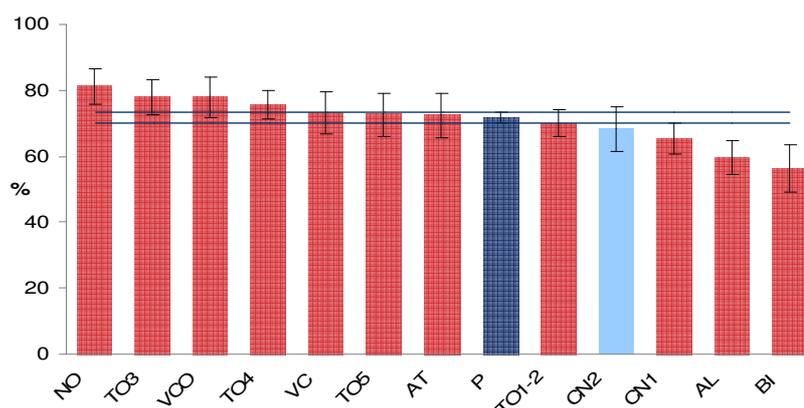
- l'87,7% (IC95% 82,1- 92,0) (Piemonte 77,4% con IC95% 75,8-79,0) riferisce di aver ricevuto la lettera della ASL d'invito all'esecuzione della mammografia (Grafico 42);

Grafico 42. Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL (%)



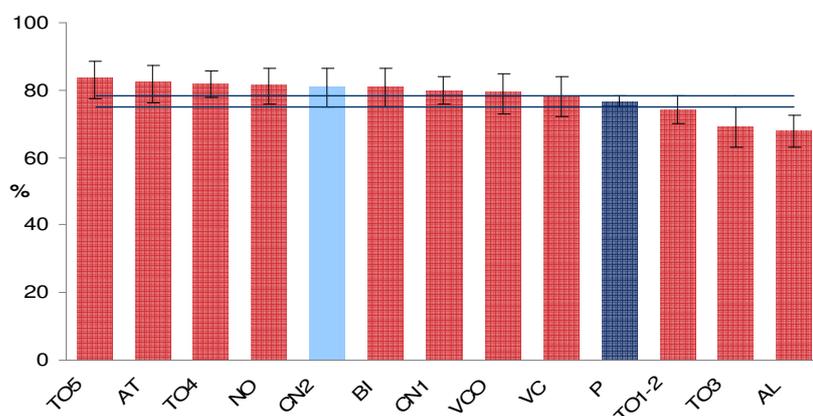
- il 68,4% (IC95% 61,3- 75,0) (Piemonte 71,8% con IC95% 70,1-73,5) riferisce di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario ad effettuare la mammografia (Grafico 43);

Grafico 43. Donne che hanno ricevuto il consiglio da parte del medico o di un operatore sanitario (%)



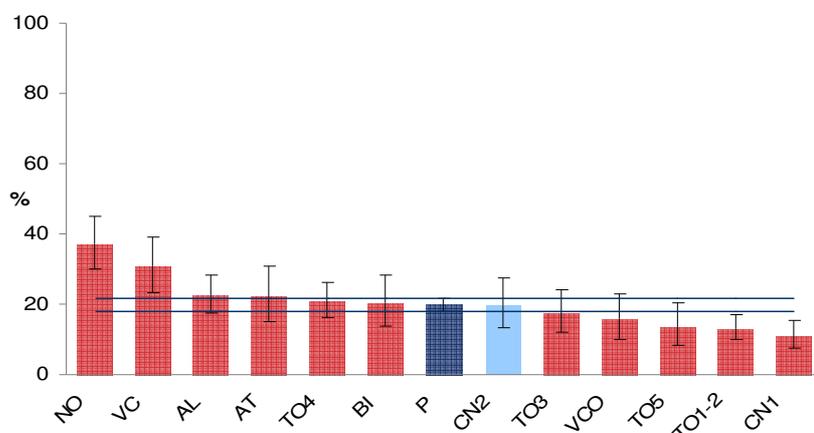
- l'81,3% (IC95% 74,9-86,6) (Piemonte 76,7% con IC95% 75,1-78,3) riferisce di aver ricevuto l'informazione sulla mammografia attraverso una campagna di comunicazione (Grafico 44).

Grafico 44. Donne che hanno ricevuto l'informazione sulla mammografia attraverso una campagna informativa (%)



- il 19,7% (IC95% 13,4-27,4) (Piemonte 20,0 % con IC95% 18,1-21,8) riferisce di aver effettuato un pagamento per la mammografia (Grafico 45).

Grafico 45. Donne che hanno effettuato un pagamento per la mammografia (%)



Prevenzione delle neoplasie del colon retto

Lo screening organizzato per le neoplasie del colon retto non risulta ancora ben consolidato in tutto il territorio piemontese; nell'ASLCN2 le percentuali di ultracinquantenni che hanno eseguito rispettivamente un test per la ricerca di sangue occulto nelle feci o la colonscopia a scopo preventivo risultano piuttosto modeste. Difatti, secondo la sorveglianza Passi effettuata nel 2010, la prevalenza di persone di età uguale o superiore a 50 anni che riferiscono di avere effettuato la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni si attesta intorno al 12,7%, mentre la prevalenza di persone di età uguale o superiore a 50 anni che riferiscono di avere effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni si attesta intorno al 10%:

- il 6,4% (IC95% 2,6-12,7) degli intervistati, nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi riferisce di aver ricevuto la lettera dell'ASL d'invito alla esecuzione dello screening delle neoplasie del colon retto;
- il 19,1% (IC95% 12,2-27,7) riferisce di aver ricevuto il consiglio da parte del proprio medico o di un operatore sanitario ad effettuare lo screening delle neoplasie del colon retto;
- il 33,6% (IC95% 24,9-43,3) riferisce di aver ricevuto l'informazione sullo screening delle neoplasie del colon retto attraverso una campagna di comunicazione.

Bibliografia

1. Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) – Risultati regionali dell'attività riferiti al periodo 2007-2010.

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 2011. La fonte dei dati è rappresentata dalle segnalazioni effettuate ai sensi del DM 15.12.1990 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse).

I dati riportati si riferiscono ai residenti nel territorio dell'ASL, pertanto non includono ad es. casi di malattia infettiva diagnosticati nell'ambito dell'ASL CN2 ma residenti altrove.

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

1. Malattie di classe I

Nel corso del 2011 non sono state segnalate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

2.1 Pertosse

Numero di casi segnalati nel 2011: 12

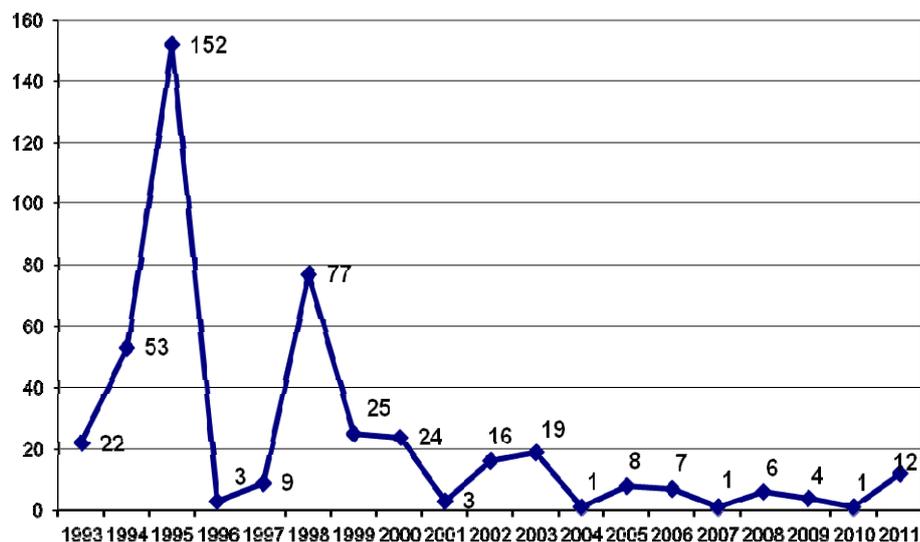
Tasso d'incidenza: 6.9/100.000.

Età e stato vaccinale sono riportati nella tabella che segue

Età anni	Numero casi	Precedente vaccinazione contro la pertosse
1	2	No
4	1	Ciclo primario
8	1	No
12	2	Ciclo primario + richiamo a 5 anni
13	3	Ciclo primario + richiamo a 5 anni
14	2	Ciclo primario + richiamo a 5 anni
37	1	Stato vaccinale ignoto
Totale	12	

Andamento nel periodo 1993 – 2011

Fig. 1. ASL CN2. Pertosse: numero dei casi per anno di segnalazione



2.2 Morbillo

Segnalazioni anno 2011

Tra i casi segnalati nel 2011, uno solo è stato confermato sierologicamente (i rimanenti, indagati secondo il protocollo regionale, non sono risultati positivi alle IgM).

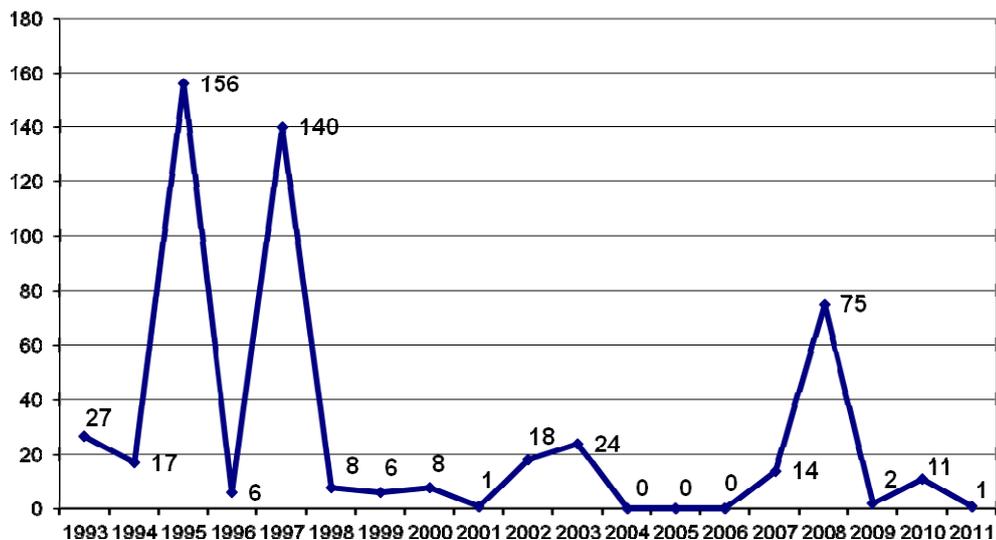
Tasso d'incidenza: 0.58/100.000

Età: 27 anni

Stato vaccinale: non vaccinato

Andamento nel periodo 1993 – 2011

Fig. 2. ASL CN2. Morbillo: numero dei casi per anno di segnalazione



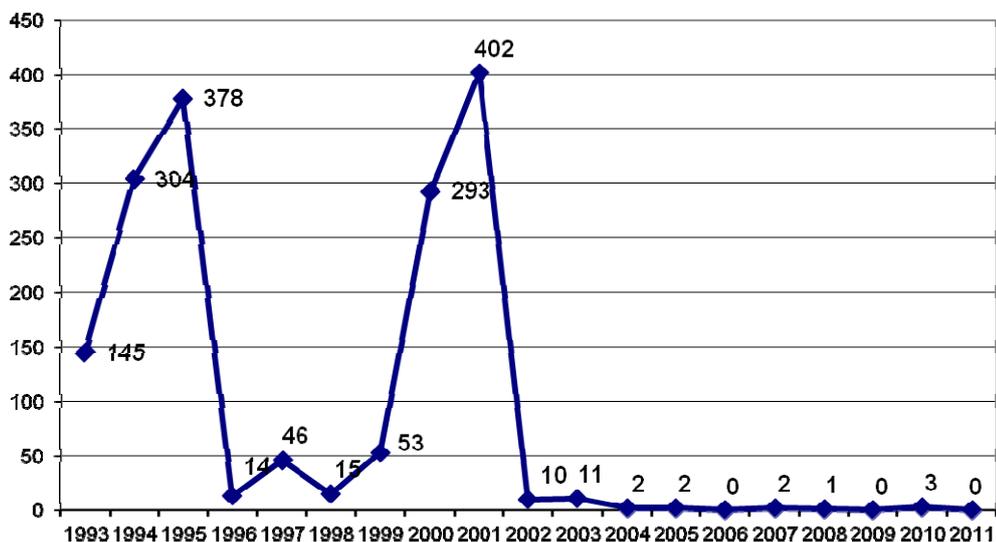
2.3 Parotite epidemica

Segnalazioni anno 2011

Tra i 6 casi segnalati nel 2011, tutti sottoposti alla ricerca sierologica di IgM e IgG, nessuno risulta confermato in laboratorio.

Andamento nel periodo 1993 – 2011

Fig. 3. ASL CN2. Parotite: numero dei casi per anno di segnalazione



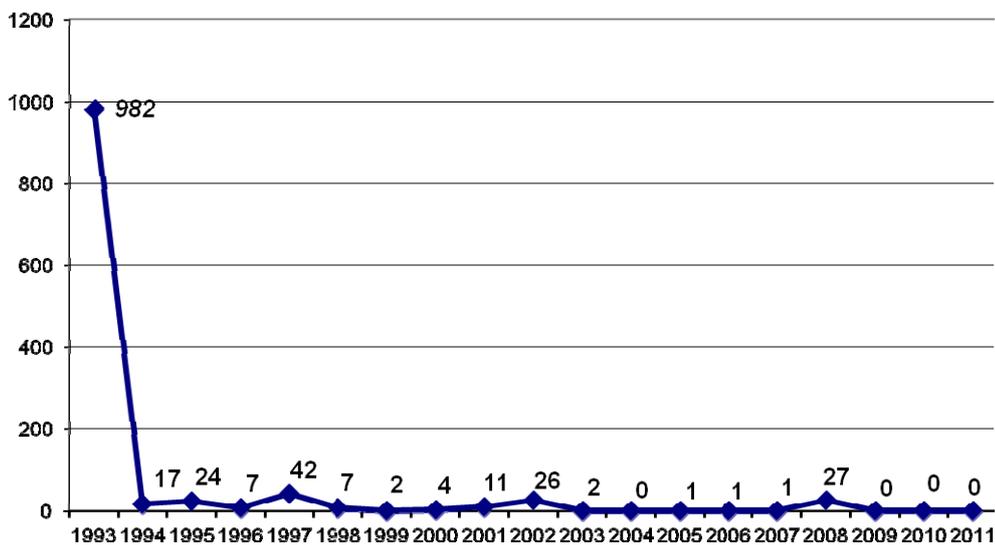
2.4 Rosolia

[Segnalazioni anno 2011](#)

Numero di casi segnalati nel 2011: 0

[Andamento nel periodo 1993 – 2011](#)

Fig. 4. ASL CN2. Rosolia: numero dei casi per anno di notifica



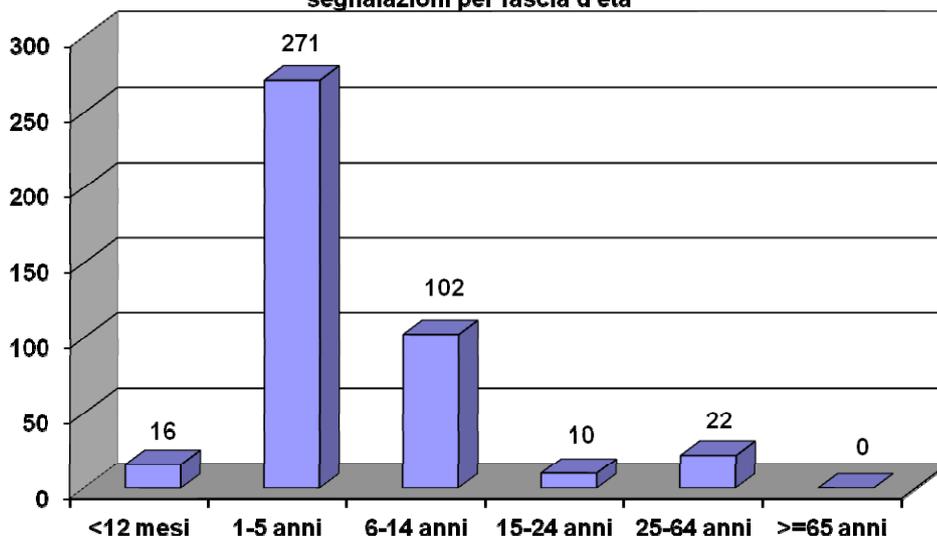
2.5 Varicella

[Segnalazioni anno 2011](#)

Numero di casi segnalati nel 2011: 421

Tasso d'incidenza: 246/100.000.

Fig. 5. ASL CN2. Varicella, anno 2011: distribuzione delle segnalazioni per fascia d'età



3. Altre malattie notificate

Malattia	Numero casi segnalati
SALMONELLOSI	60
EPATITE VIRALE A	1
EPATITE VIRALE B	4
INFEZIONE GONOCOCCICA	4
INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	100
INFEZIONI INTESTINALI DA ALTRI ORGANISMI	13
LEGIONELLOSI	5
SCARLATTINA	159
SIFILIDE RECENTE CON SINTOMI	1

Malattia invasiva da pneumococco

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

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

ETA'	QUADRO CLINICO	METODO DIAGNOSI	MATERIALE DIAGNOSI	SIEROTIPO
4 mesi	SEPSI	COLTURA	SANGUE	10A (non contenuto nel vaccino 13-valente)
18	SEPSI	COLTURA	SANGUE	Sino al 2011 il protocollo di sorveglianza in Piemonte prevedeva la sierotipizzazione di routine solo nella fascia d'età 0 – 14 anni.
60	MENINGITE	COLTURA+ RICERCA ANTIGENE	LIQUOR	
70	POLMONITE	COLTURA	SANGUE	
72	SEPSI POLMONITE	COLTURA	SANGUE	
72	SEPSI POLMONITE	COLTURA	SANGUE	
73	SEPSI POLMONITE	COLTURA	SANGUE	
75	SEPSI	COLTURA	SANGUE	
76	POLMONITE	COLTURA	SANGUE	
77	SEPSI	COLTURA	SANGUE	
82	SEPSI	COLTURA	SANGUE	
82	SEPSI POLMONITE	COLTURA	SANGUE	
84	SEPSI INFEZIONE VIE URINARIE	COLTURA	SANGUE	
84	SEPSI	COLTURA	SANGUE	

Sintesi sulle malattie batteriche invasive 2008-2011

Fig. 6 – ASL CN2: distribuzione per età delle malattie batteriche invasive da Pneumococco segnalate nel periodo 2008-2011 (totale n=47)

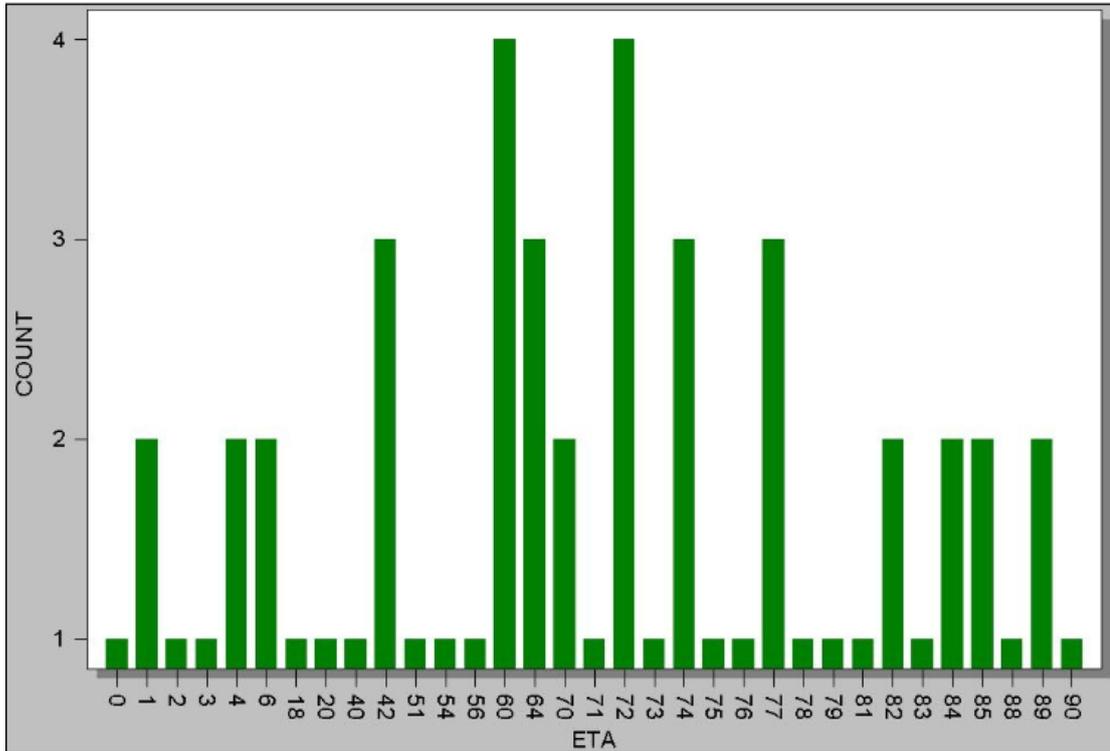


Fig. 7 – ASL CN2: distribuzione per quadro clinico di tutti i casi di malattia batterica invasiva segnalati nel periodo 2008-2011.

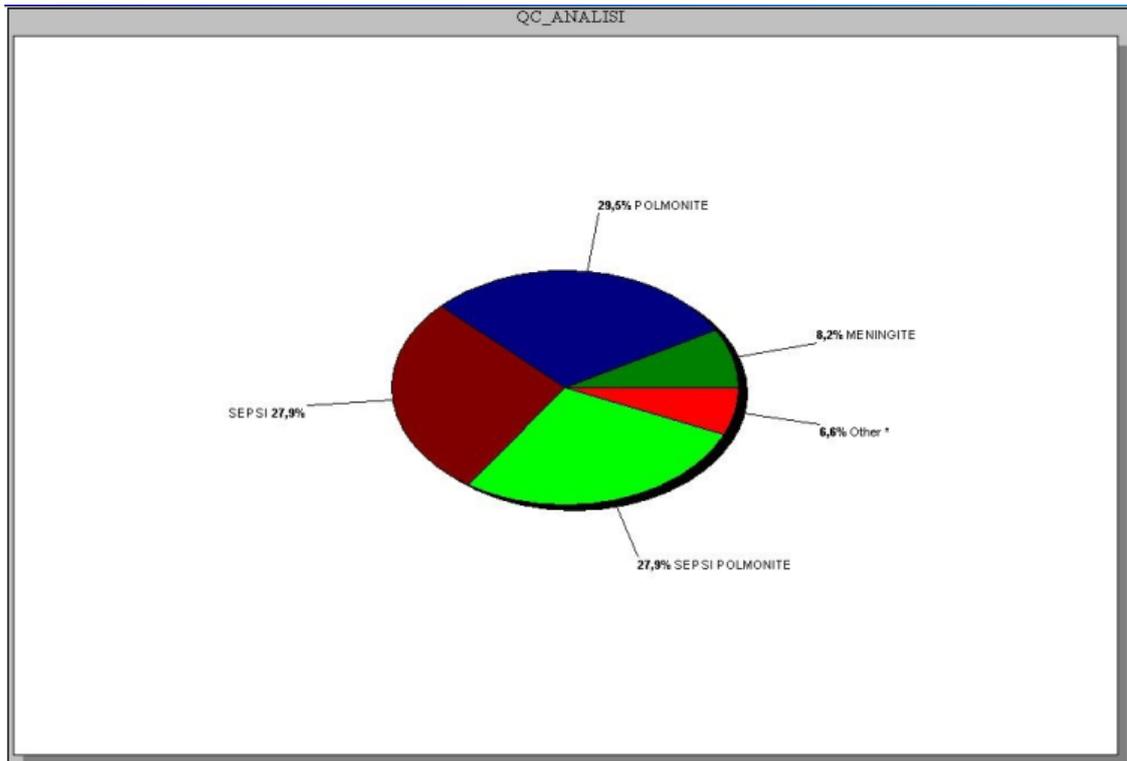


Fig. 8 – ASL CN2: metodiche mediante le quali è stata effettuata la diagnosi di laboratorio dei casi di malattia batterica invasiva, periodo 2008-2011

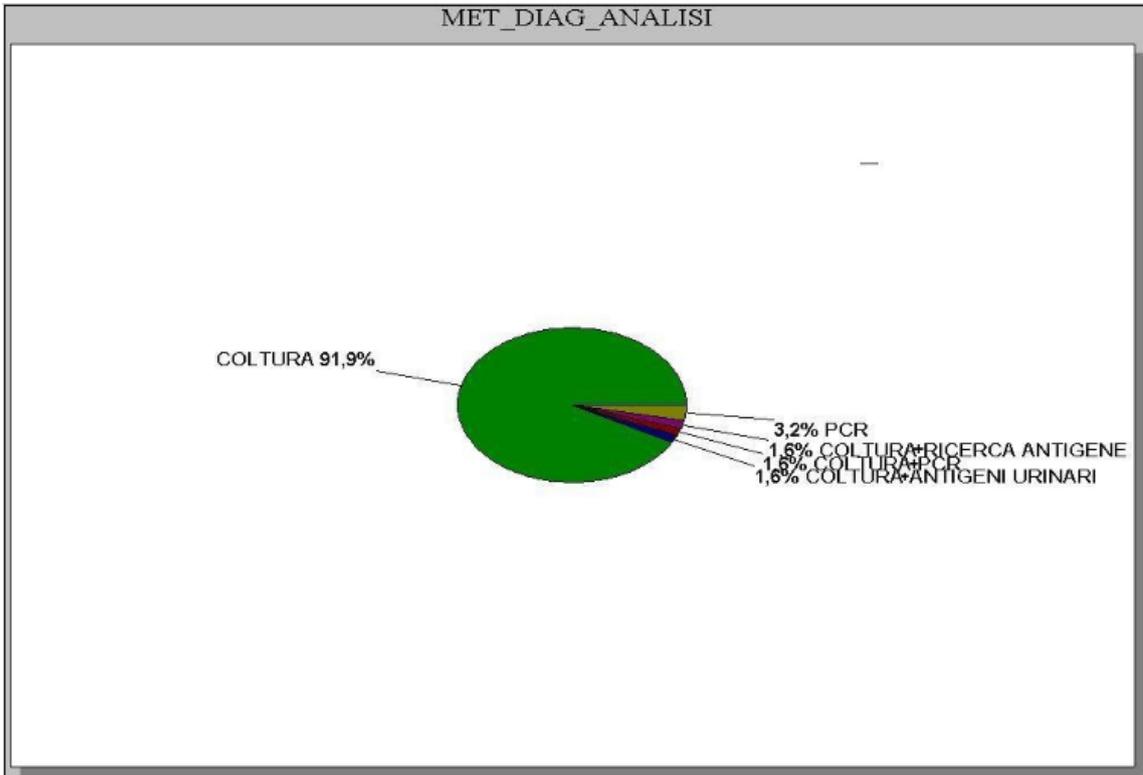
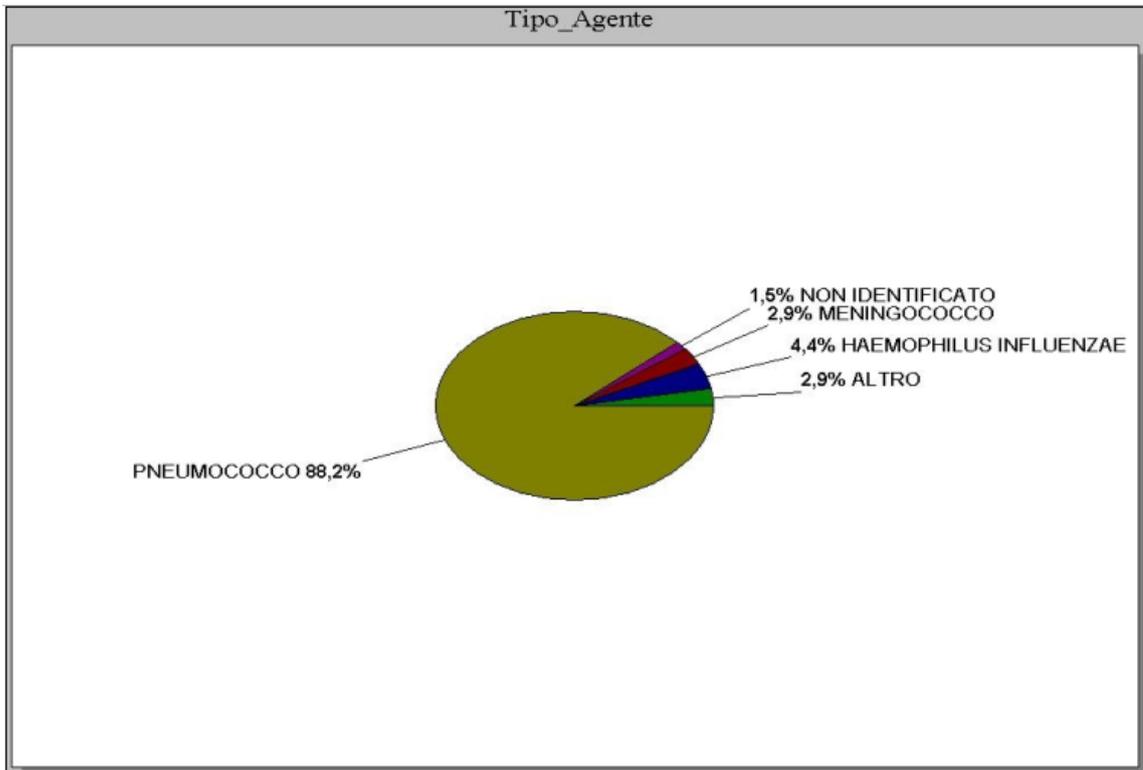
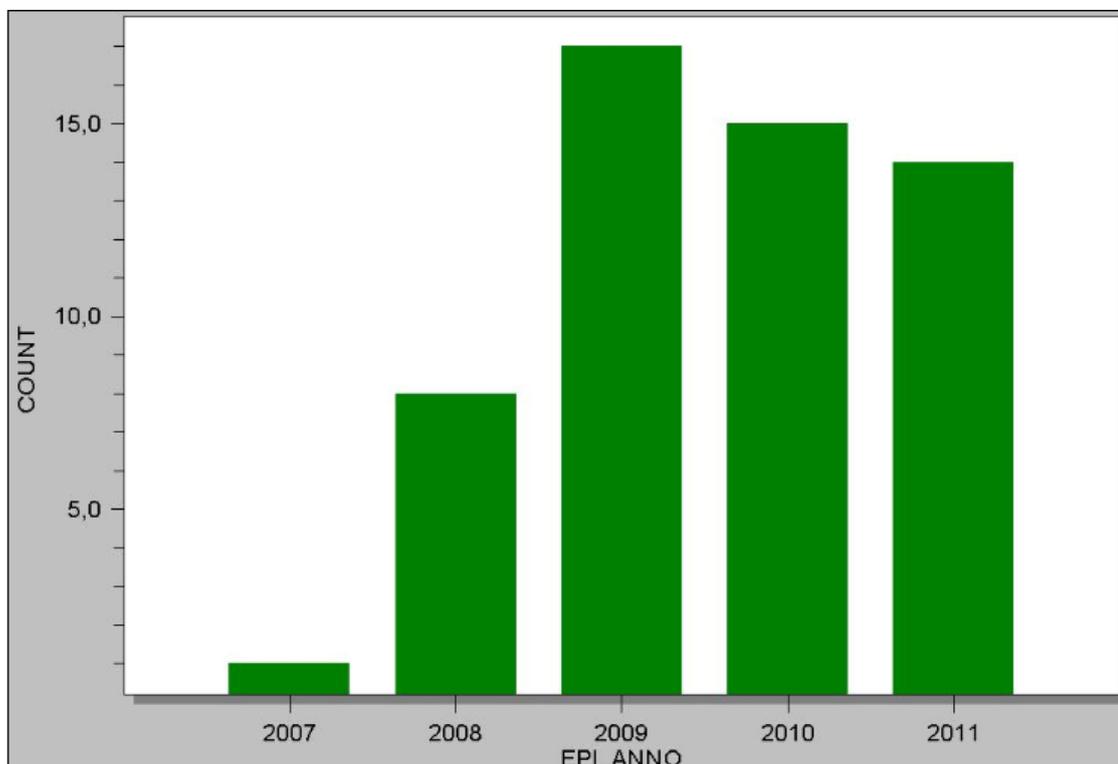


Fig. 9 – ASL CN2: distribuzione percentuale degli agenti patogeni identificati nei casi di malattia batterica invasiva, periodo 2008-2011



Tra gli agenti etiologici di malattia batterica invasiva prevale nettamente lo pneumococco, che tuttavia a partire dal 2010 (anno d'introduzione in Piemonte della vaccinazione universale con il vaccino coniugato nel primo anno di vita) ha iniziato a presentare una flessione dell'incidenza, come riportato nel seguente grafico.

Fig. 10 – ASL CN2: numero di casi di malattia invasiva da Pneumococco per anno di diagnosi



4. Malaria

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

Età	Sesso	Paese visitato	Periodo di soggiorno in area endemica	Agente etiologico	Precauzioni adottate dal paziente durante il soggiorno nella zona malarica	
					chemioprolifassi antimalarica ?	misure protettive contro il vettore ?
40	F	Mali	giugno-agosto 2011	P. falciparum	sulfadoxina + pirimetamina (combinazione inefficace verso P. falciparum, vedi testo)	sì
3	M	Burkina Faso	estate 2011	P. falciparum	meflochina	sì
26	M	India	recente immigrazione dall'India	P. vivax	Immigrato dall'India poche settimane prima dell'esordio clinico	

La paziente n.1 prima della partenza aveva ricevuto le corrette informazioni circa la chemioprolifassi ma, una volta sul posto, ha seguito i consigli di un infermiere locale, il quale le ha raccomandato la combinazione sulfadoxina +pirimetamina.

Tale combinazione non è raccomandata dalle linee guida internazionali, poiché vi sono segnalazioni di una diffusa resistenza di *P. falciparum* ai due farmaci (1).

Il paziente n. 2 ha contratto la malaria *falciparum* nonostante la riferita compliance al trattamento durante la permanenza in Africa. Non è certo tuttavia che la chemiopprofilassi sia stata continuata anche per le previste 4 settimane dopo il rientro e che il bambino abbia assunto ogni volta l'intera dose. E' noto infatti che la meflochina ha un sapore molto amaro, e nei bambini non sempre la somministrazione risulta agevole.

Sia la paziente n. 1 sia il n. 2 hanno soggiornato in Africa occidentale durante la stagione piovosa: ciò si traduce in un altissimo rischio di malaria, considerando l'area geografica ed il periodo dell'anno.

Il paziente n. 3 è un tipico caso di malaria diagnosticata a breve distanza dall'immigrazione nel nostro Paese. L'agente etiologico in questo caso è *P. vivax*, che in India è responsabile di circa il 40% dei casi di malaria (2).

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 2011 tra i bambini residenti nell'ASL CN2. **Si tratta quindi dei nati nel 2009.**

	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR	Pneumo cocco (*)	Meningo cocco C (*)
ASL CN2	97	96.9	96.5	96.9	95.6	54.1	83.6

(*) vaccinazione universale a partire dal 2010 in Regione Piemonte

La tabella che segue (riferita alle coorti di nascita dal 2002 al 2008) riporta la percentuale dei bambini di 2 anni di vita, residenti nel territorio dell'ASL CN2, non vaccinati a causa del rifiuto dei genitori, ossia i casi in cui è stato negato il consenso per tutte le vaccinazioni di routine.

Coorte di nascita	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Percentuale rifiuti totali	1.5%	1.1%	1.8%	0.8%	1.8%	1.2%	2.5%	2%

6. Commento: la riemergenza della pertosse

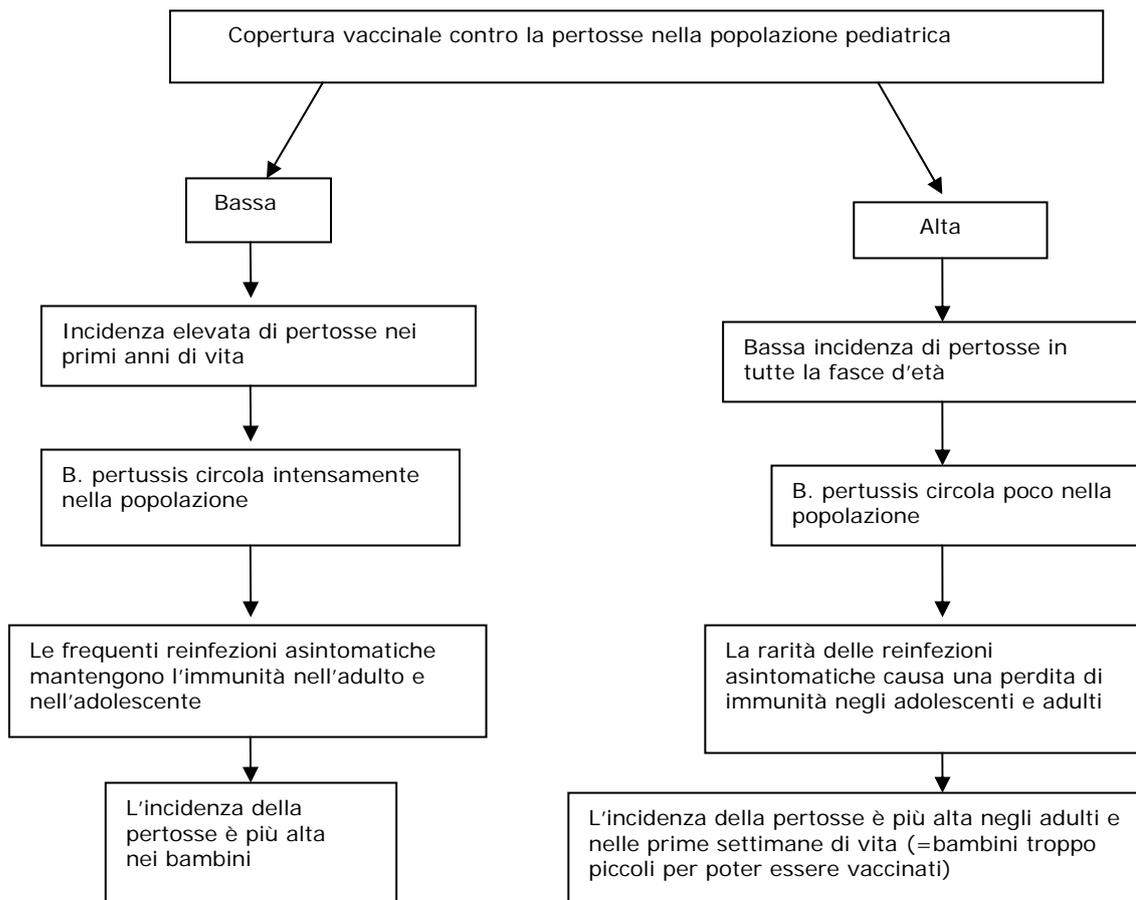
Recentemente nei Paesi occidentali si è manifestato un aumento dei casi di pertosse tra gli adulti, gli adolescenti e i lattanti non ancora vaccinati (quindi tra 0 e 60 giorni di vita). Le principali ragioni di tale aumento sono illustrate in Fig. 11. Ad esse si affianca la recente osservazione di una diminuzione nel tempo della protezione conferita dai vaccini acellulari (3).

Alcuni segnali suggeriscono un incremento della pertosse tra gli adolescenti e gli adulti anche nella nostra realtà locale: dei dodici casi di pertosse segnalati nel 2011, sette riguardano adolescenti ed il rimanente un soggetto adulto.

La pertosse negli adolescenti e negli adulti è spesso di difficile diagnosi: può infatti presentarsi in forma atipica, con tosse intensa di durata >20 giorni, non accompagnata dalle classiche manifestazioni che osserviamo nel bambino.

La diagnosi è problematica anche a causa delle difficoltà relative alla conferma di laboratorio. Com'è noto, la ricerca degli anticorpi specifici non è attendibile, per cui la conferma di laboratorio dovrebbe basarsi sulla coltura dell'escreato in terreni specifici o sulla reazione polimerasica a catena (PCR), non ancora entrata nella routine dei laboratori ospedalieri (4).

Fig. 11 – ASL CN2: Basi epidemiologiche della riemersione della pertosse



Come fronteggiare la mutata situazione epidemiologica? In primo luogo iniziando il ciclo vaccinale al compimento dei 2 mesi, poiché il rinvio immotivato ha come unico risultato l'incremento del rischio. Secondariamente rispettando i tempi dei richiami, a 5-6 anni e a 14-16 anni, quest'ultimo da effettuare (indipendentemente dalla presenza di anamnesi positiva per pertosse o per vaccinazione antipertosse) con il vaccino difterite-tetano-pertosse acellulare a dosaggio ridotto per adolescenti e adulti. Ulteriori strategie, quali l'immunizzazione *cocoon*, sono attualmente oggetto di dibattito (5).

Qual è la copertura vaccinale per la pertosse nella nostra ASL a 5-6 anni e a 14-16 anni? I due grafici che seguono indicano una copertura soddisfacente a partire dal 2000 nella prima fascia d'età mentre, per quanto riguarda gli adolescenti, si può notare la progressiva dismissione del vaccino difterite-tetano a favore del trivalente difterite-tetano-pertosse acellulare.

Fig. 12 - ASL CN2: Copertura 4^ dose DTPa per coorte di nascita, misurata a 7 anni d'età

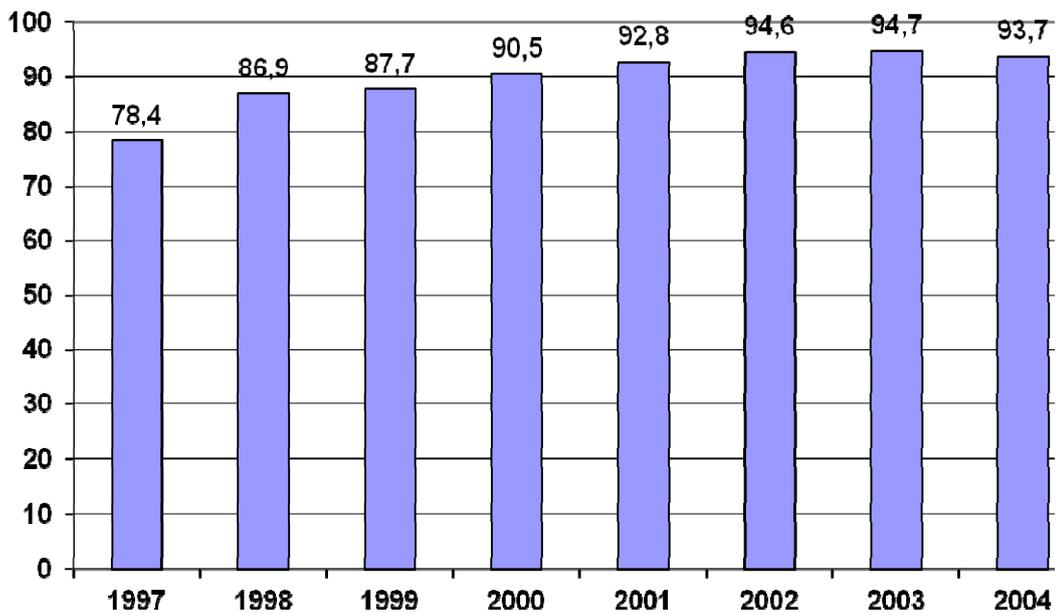
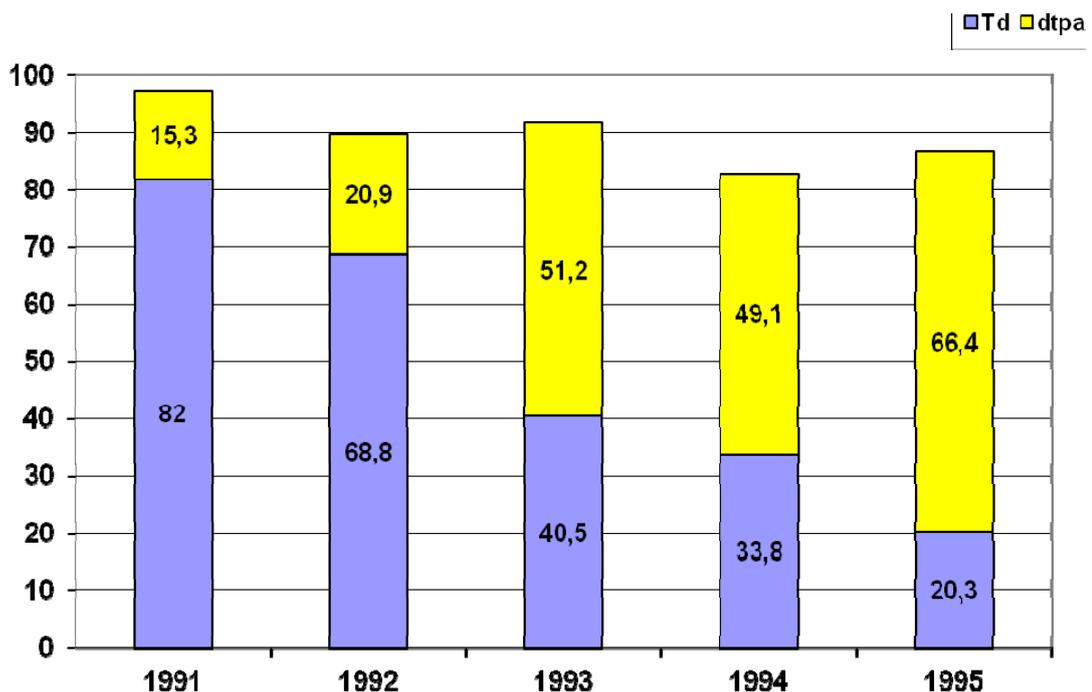


Fig. 13 - ASL CN2: Copertura richiamo Td/dtpa per coorte di nascita, misurata a 16 anni d'età

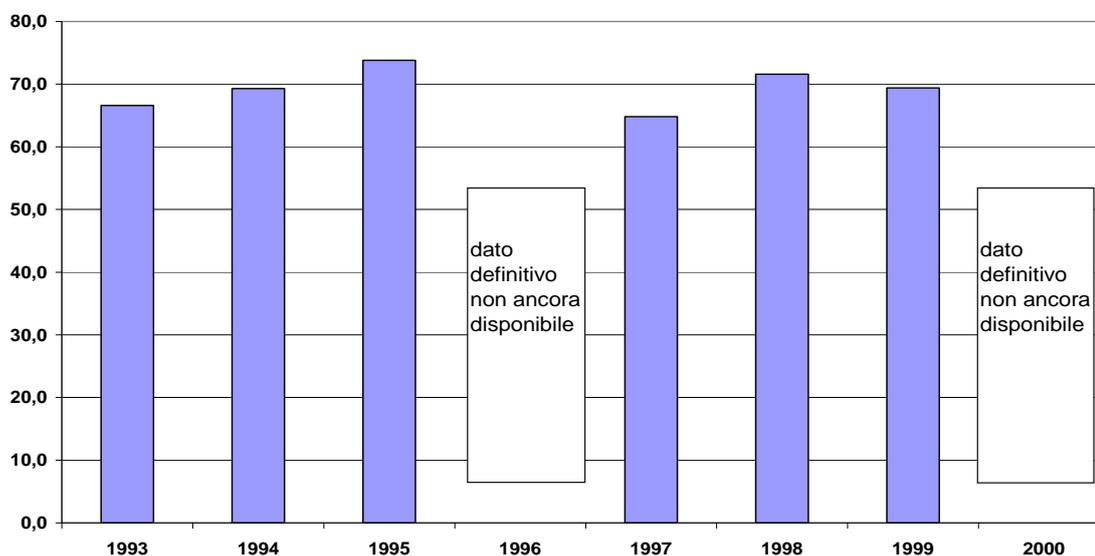


7. Il programma di vaccinazione contro il Papillomavirus (HPV)

L'offerta del vaccino HPV fa parte di un programma nazionale di vaccinazione, che ha previsto il coinvolgimento delle ragazze di dodici anni a partire dalla coorte di nascita 1997. In Piemonte l'offerta è stata estesa anche alle quindicenni, a partire dalle ragazze nate nel 1993. Nel corso del 2012 è prevista la saldatura delle coorti di nascita, per cui a partire dal 2013 saranno invitate alla vaccinazione solo le dodicenni.

Le coperture vaccinali per la terza dose HPV raggiunte al 30 giugno 2012 tra le ragazze coinvolte nel programma di vaccinazione, residenti nel territorio dell'ASL CN2, sono riportate nel grafico che segue.

Fig. 14 - ASL CN2. Copertura vaccinale HPV per coorte di nascita



Le seguenti tabelle permettono un confronto con i dati regionali e nazionali (fonte: Cristina Giambi. Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2011. Istituto Superiore di Sanità www.epicentro.iss.it).

Coorte 1997	% vaccinate con almeno una dose	% vaccinate con almeno 2 dosi	% vaccinate con tre dosi
Val d'Aosta	70,6%	69,9%	66,1%
Piemonte	67,1%	65,9%	63,6%
Liguria	70,2%	69,6%	65,2%
Lombardia	68,1%	66,9%	64,7%
PA Trento	55,5%	54,8%	54,0%
PA Bolzano	28,2%	26,4%	24,7%
Veneto	79,4%	78,2%	76,8%
FVG	72,8%	70,5%	67,1%
Emilia-Romagna	77,4%	76,1%	73,9%
Toscana	85,5%	83,9%	81,5%
Marche	74,2%	73,2%	71,2%
Umbria	81,5%	80,0%	78,3%
Lazio	67,0%	64,8%	64,0%
Campania	53,1%	51,5%	49,4%
Abruzzo	75,3%	72,6%	69,3%
Molise	72,1%	71,2%	67,2%
Basilicata	87,2%	84,9%	80,7%
Puglia	83,3%	80,6%	78,5%
Calabria	67,9%	65,2%	61,0%
Sicilia	61,5%	56,4%	49,0%
Sardegna	89,5%	87,6%	81,5%
	69,7%	67,8%	65,0%

Coorte 1998	% vaccinate con almeno una dose	% vaccinate con almeno 2 dosi	% vaccinate con tre dosi
Val d'Aosta	71,7%	70,5%	53,9%
Piemonte	68,8%	66,9%	64,3%
Liguria	75,4%	71,8%	68,6%
Lombardia	70,1%	68,5%	65,8%
PA Trento	60,7%	59,5%	58,2%
PA Bolzano	28,6%	26,4%	24,3%
Veneto	77,8%	76,3%	73,6%
FVG	70,8%	68,3%	65,8%
Emilia-Romagna	76,3%	75,1%	72,7%
Toscana	81,4%	80,1%	76,0%
Marche	72,2%	70,2%	68,8%
Umbria	80,4%	79,6%	77,9%
Lazio*	61,1%	59,6%	58,4%
Campania	55,4%	53,4%	50,6%
Abruzzo	73,6%	70,8%	66,2%
Molise	74,1%	72,5%	70,3%
Basilicata	86,5%	82,4%	80,2%
Puglia*	79,9%	78,5%	74,4%
Calabria	65,4%	63,7%	58,4%
Sicilia*	54,5%	50,1%	45,4%
Sardegna*	66,8%	64,1%	34,5%
	68,1%	66,1%	62,4%

Coorte 1999	% vaccinate con almeno una dose	% vaccinate con almeno 2 dosi	% vaccinate con tre dosi
Valle d'Aosta	n.p.	n.p.	n.p.
Piemonte*	66,9%	59,8%	34,2%
Liguria	66,6%	65,0%	59,4%
Lombardia*	69,2%	66,1%	52,9%
PA Trento	57,2%	56,8%	54,6%
PA Bolzano*	25,6%	22,9%	19,1%
Veneto*	75,6%	73,2%	61,3%
FVG	67,4%	65,1%	62,2%
Emilia-Romagna*	74,0%	72,1%	66,9%
Toscana	81,8%	79,0%	69,3%
Marche*	68,3%	68,4%	60,5%
Umbria*	79,7%	78,0%	61,4%
Lazio*	63,2%	58,5%	45,6%
Campania*	56,6%	52,2%	48,9%
Abruzzo*	65,4%	67,4%	60,7%
Molise	78,8%	72,5%	64,3%
Basilicata*	75,2%	67,9%	61,0%
Puglia*	77,5%	75,1%	68,5%
Calabria*	64,0%	59,5%	48,9%
Sicilia*	55,7%	43,4%	27,7%
Sardegna*	65,6%	58,4%	26,9%
	67,1%	62,9%	51,7%

Bibliografia

1. Chiodini P, Hill D, Lalloo D, Lea G, Walker E, Whitty C and Bannister B. Guidelines for malaria prevention in travellers from the United Kingdom. London, Health Protection Agency, January 2007.
2. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Health Information for International Travel 2012. New York: Oxford University Press; 2012.
3. Klein NP, Bartlett J, Rowhani-Rahbar A et al. Waning Protection after Fifth Dose of Acellular Pertussis Vaccine in Children. *N Engl J Med* 2012; 367: 1012-9.
4. Tozzi AE, Pastore Celentano L, Ciofi degli Atti ML, Salmaso S. Diagnosis and management of pertussis. *Canadian Medical Association J* 2005; 172: 509-515.
5. Munoz F, Englund J. Infant Pertussis: Is Cocooning the Answer? *Clin Infect Dis* 2011; 53: 893-896.

Aspetti organizzativi degli screening oncologici sul territorio dell'A.S.L. CN2

Lorenzo Orione, Monica Rimondot, Stefania Vesuvio, Maria Cristina Frigeri, Patrizia Corradini,
Filippo Molinari, Michele Lo Bello, Natalia Dogliani, Massimo Foglia, Sandro Boscarino,
Giancarlo Prandi, Savino Roggia, Bartolomeo Allasia, Laura Marinaro

Il Programma regionale di screening oncologico denominato Prevenzione Serena interessa i tumori rispetto ai quali è disponibile un'evidenza di efficacia della diagnosi precoce, ovvero il carcinoma di cervice uterina, mammella e colon-retto.

L'A.S.L. CN2 è parte integrante di un Dipartimento di screening interaziendale, il n. 7 della Regione Piemonte, insieme all'A.S.L. CN1 ed all'A.O. S.Croce e Carle. Lo *hub* del complesso sistema di screening, che sulle tre sedi di tumore coinvolge oltre venti strutture sanitarie provinciali, è costituito dalla S.C. Unità di Valutazione ed Organizzazione dello Screening (U.V.O.S.), che è un'unità di epidemiologia clinica rivolta, in particolare, alla valutazione di impatto dell'attività; tale Unità, pur essendo afferente all'A.S.L. CN1, si colloca in modo assolutamente integrato rispetto a tutte le Aziende della provincia di Cuneo.

Dal punto di vista storico, gli screening oncologici di popolazione costituiscono un aspetto piuttosto recente della Medicina, basandosi la diagnosi precoce *in primis* sulla disponibilità di un test di screening, *instrumentum* resosi disponibile solo sul finire degli anni Trenta a New York per quanto riguarda il test di Papanicolaou, nella stessa città agli inizi degli anni Sessanta con lo HIP per quanto riguarda la mammografia ed assai più recentemente circa la ricerca del sangue occulto fecale e, soprattutto, il test endoscopico di dimensione rettosigmoidoscopica. Nella nostra realtà provinciale, la citologia cervicovaginale e la mammografia di screening sono state implementate nel 1999, mentre a fine 2009 sono stati avviati lo screening basato sulla rettosigmoidoscopia e quello immunochimico volto alla ricerca del sangue occulto nelle feci.

Dopo alcuni anni in cui l'impatto dello screening ha trovato un po' ovunque difficoltà organizzative piuttosto rilevanti, a partire dall'inizio del 2004 gli screening cuneesi si sono assestati quali modello organizzativo a livello regionale, pur con le difficoltà che, specialmente nell'ultimo periodo, si sono evidenziate sul piano della disponibilità di risorse. In questo quadro, tuttavia, l'A.S.L. CN2 ha rappresentato sicuramente la parte più virtuosa del territorio provinciale; qui, infatti, la strettissima collaborazione tra la Direzione aziendale di Alba, i centri di primo e secondo livello e la S.C. U.V.O.S., ha garantito il costante mantenimento della piena copertura della popolazione degli assistiti, caso unico a livello regionale.

Lo screening del carcinoma squamoso della cervice uterina e dei precursori (neoplasia intraepiteliale cervicale) si basa sulla citologia cervicovaginale, o Pap test, con intervallo triennale, e su approfondimenti anche biotipici di secondo livello condotti in colposcopia; il test è offerto con invito attivo a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni. L'adesione spontanea allo screening è prevista fino ai 65 anni e, limitatamente alle donne che non abbiano eseguito almeno due Pap test dopo i 50 anni, fino ai 75 anni.

Sull'A.S.L. CN2 operano i centri di prelievo citologico cervicovaginale di Alba, Bra, Canale, Cherasco, Cortemilia e Santo Stefano Belbo, il centro di colposcopia di Alba, quello di senologia di Bra ed i centri di endoscopia digestiva di Alba e Bra, nonché il Laboratorio di Bra; sono fortemente integrate nel sistema l'Anatomia Patologica e la Chirurgia di Alba.

Tutte le farmacie della provincia ed Unifarma Distribuzione collaborano nell'organizzazione dello screening del cancro del colon-retto.

Riguardo allo screening citologico cervicovaginale, a settembre 2012 nell'A.S.L. CN2 è stato avviato il V round triennale; la popolazione eleggibile, calcolata dall'U.V.O.S. in base alle condizioni di residenza, domicilio, scelta del medico di medicina generale ed età compresa tra 25 e 64 anni, corrisponde a 45393 assistite. Tale popolazione è parte delle 154767 donne eleggibili allo screening citologico cervicovaginale in ambito dipartimentale provinciale cuneese.

Considerato l'anno 2011, nell'A.S.L. CN2 sono state invitate al Pap test 15317 donne; 92 di esse, neonate allo screening, hanno aderito spontaneamente in anticipo rispetto alla convocazione scritta, mentre 13244 sono state invitate all'interno di un regolare intervallo di rescreeening. Circa i test di screening effettuati, sono state eseguite 7055 citologie cervicovaginali, pari ad un'adesione del 47.3%, che sale al 47.6% considerando le spontanee.

In parallelo, abbiamo avuto 1439 esclusioni temporanee, su indicazione del Medico di medicina generale o della stessa assistita, 1393 esclusioni temporanee basate su comunicazione alla S.C. U.V.O.S. di Pap test recente o su lettera inesitata per mancato

recapito, oltre alle esclusioni definitive per patologia segnalate alla S.C. U.V.O.S. da parte di tutti i medici di medicina generale dell'A.S.L. CN2 o derivanti dagli aggiornamenti dell'anagrafe aziendale.

Gli invii ad approfondimento di secondo livello, consistenti in colposcopia, ripetizioni di Pap test, biopsia, eventuali trattamenti e follow up, sono stati 432; 341 di essi sono stati eseguiti presso il centro di colposcopia di Alba.

Rispetto al trend temporale di copertura da inviti ed adesione allo screening cervicovaginale sull'A.S.L. CN2 e sul Dipartimento cuneese tra agosto 2009 e settembre 2012, si riportano le seguenti due figure, in ciascuna delle quali la curva superiore descrive la copertura e si intercetta con una curva rappresentante il *gold standard* di inviti utile a espletare il round nell'arco di 36 mesi; la curva inferiore descrive le adesioni.

Fig. 1

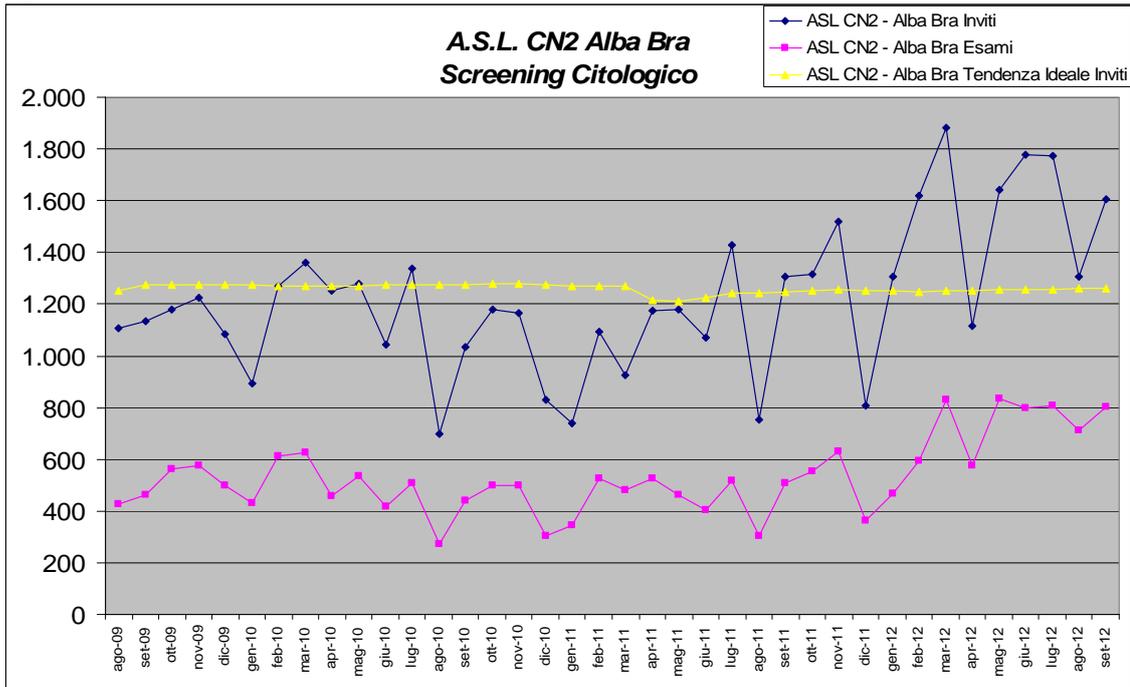
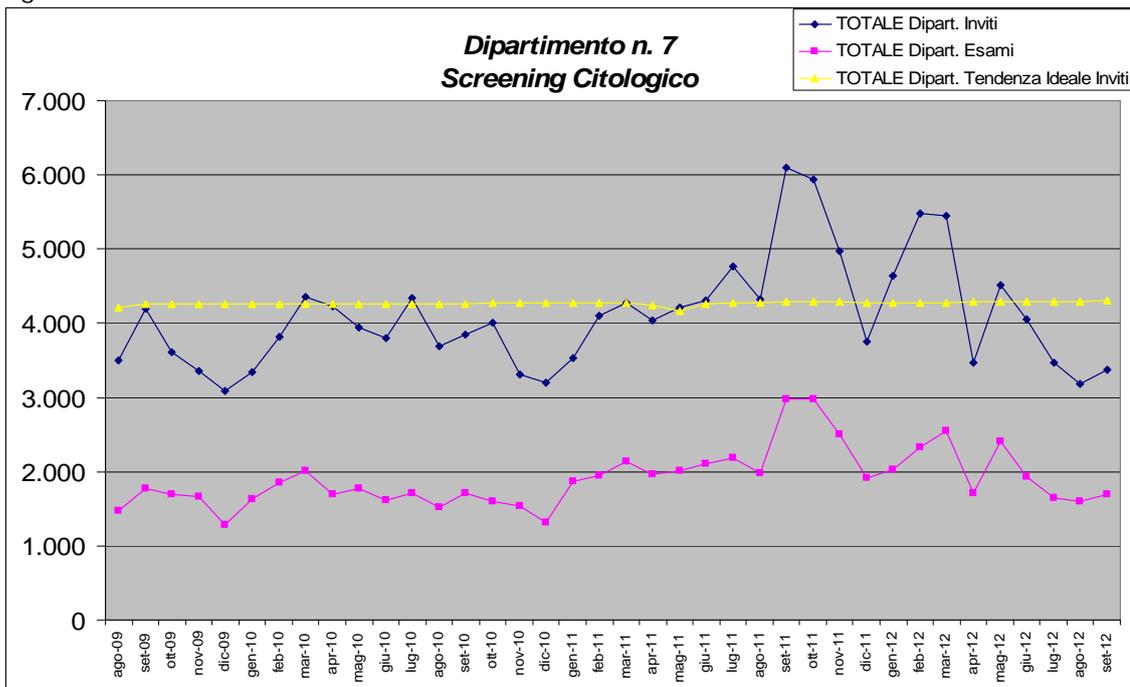


Fig. 2



Riguardo all'adenocarcinoma mammario, il test di screening è la mammografia, con intervallo biennale, rivolta alle donne in età compresa tra 50 e 69 anni; l'adesione spontanea è prevista fino ai 75 anni. Il test è svolto con cadenza annuale nelle donne tra 45 e 49 anni. Per tutte le età l'approfondimento di secondo livello consiste in eventuali ingrandimenti, ecografia, prelievi citoistologici, con eventuale guida stereotassica.

Il centro di esecuzione dello screening è quello di Bra.

Riguardo allo screening mammografico, a gennaio 2011 nell'A.S.L. CN2 è stato avviato il VI round biennale per le donne in età compresa tra 50 e 69 anni; la popolazione eleggibile, calcolata dall'U.V.O.S. in base alle condizioni di residenza, domicilio, scelta del medico di medicina generale, corrisponde a 21090 assistite. Tale popolazione è parte delle 74293 donne eleggibili allo screening mammografico in ambito dipartimentale provinciale cuneese.

Considerato l'anno 2011, nell'A.S.L. CN2 sono state invitate alla mammografia 12899 donne; 23 di esse, neonate allo screening, hanno aderito spontaneamente in anticipo rispetto alla convocazione scritta, mentre 10285 sono state invitate all'interno di un regolare intervallo di rescreening. Circa i test di screening effettuati, sono state eseguite 7969 mammografie, pari ad un'adesione del 60.2% , che sale al 60.3% considerando le spontanee.

In parallelo, abbiamo avuto 937 esclusioni temporanee, su indicazione del medico di medicina generale o della stessa assistita, 639 esclusioni temporanee basate su comunicazione alla S.C. U.V.O.S. di mammografia recente o su lettera inesitata per mancato recapito, oltre alle esclusioni definitive per patologia segnalate alla S.C. U.V.O.S. da parte di tutti i medici di medicina generale dell'A.S.L. CN2 o derivanti dagli aggiornamenti dell'anagrafe aziendale.

Gli invii ad approfondimento di Secondo livello, consistenti in ingrandimenti, ecografie, citologie, istologie biotipiche, essi sono stati 327; 317 di essi sono stati eseguiti presso il centro di Bra.

Rispetto al trend temporale di copertura da inviti ed adesione allo screening mammografico sull'A.S.L. CN2 e sul Dipartimento cuneese tra agosto 2009 e settembre 2012, si riportano le seguenti due figure, in ciascuna delle quali la curva superiore descrive la copertura e si intercetta con una curva rappresentante il *gold standard* di inviti utile a espletare il round nell'arco di 24 mesi; la curva inferiore descrive le adesioni.

Fig. 3

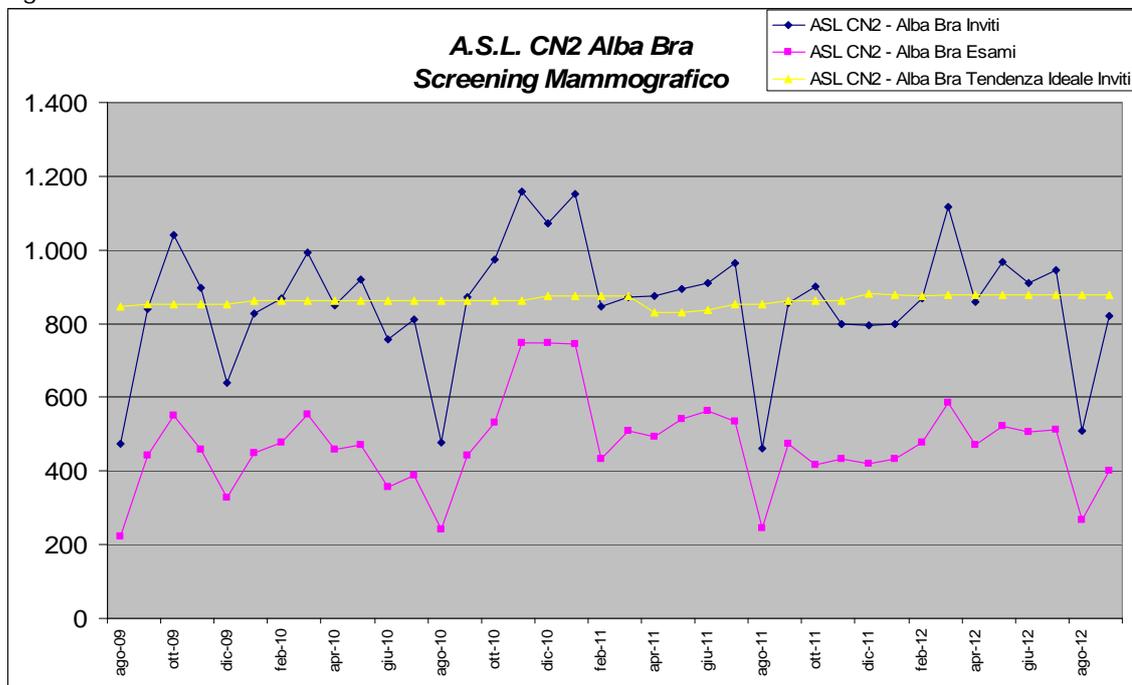
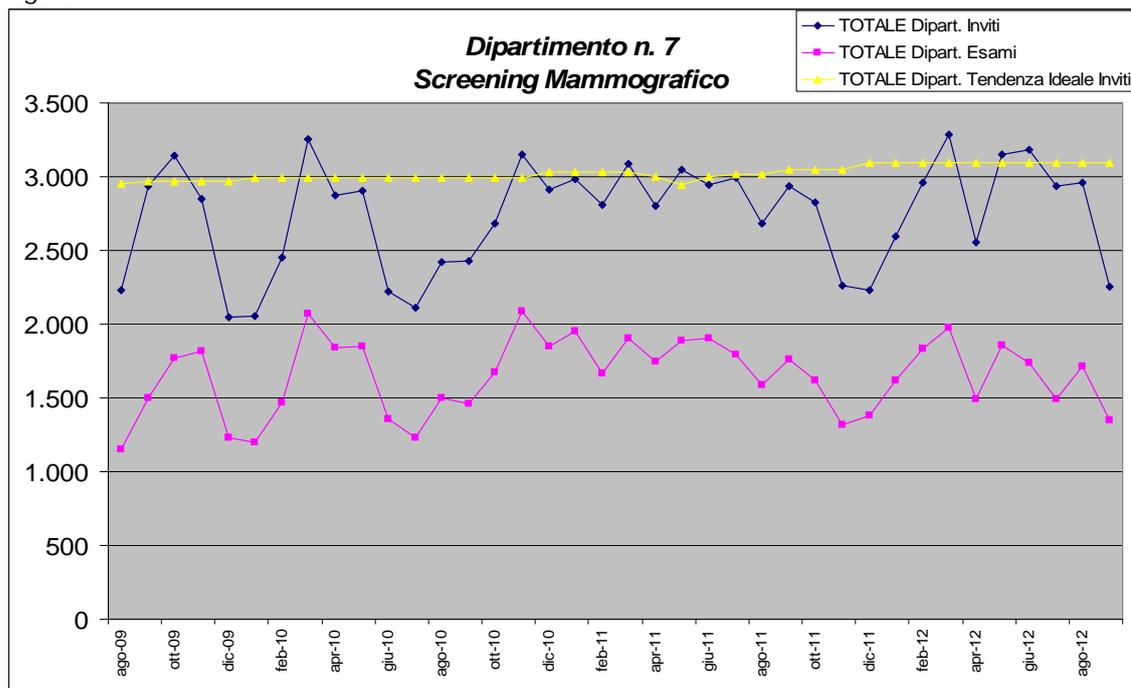


Fig. 4



Nel corso del 2011, in tutto il Dipartimento cuneese, si è provveduto ad inviare la lettera informativa della possibilità di aderire allo screening mammografico con richiamo annuale (prevista senza appuntamento prefissato per la fascia d'età 45-49 anni) a tutte le donne eleggibili di 45 e 48 anni, per un totale di 7892 lettere.

L'adesione è stata circa del 30% (incrementando del 20% l'adesione spontanea in assenza di informativa in tale coorte), con un numero di esami pari a 2205.

Nell'ambito del territorio dell'A.S.L. CN2, nell'anno 2011, sono stati eseguiti 401 esami mammografici a donne 45enni e 180 a donne 48enni, derivanti dall'invio dell'informativa, mentre 71 mammografie sono state effettuate su donne di 48 anni già aderenti nel corso del 2010 e richiamate l'anno successivo con lettera con appuntamento prefissato e modificabile. Il totale degli esami realizzati nella fascia d'età 45-49 anni è stato pari a 1376 per il centro di Bra e a 5969 per tutto il Dipartimento di screening provinciale.

Lo screening dell'adenocarcinoma del colon-retto e dei precursori è svolto mediante i test rettoscopico e di ricerca del sangue occulto nelle feci.

Circa lo screening rettoscopico, che nel corso dell'anno 2011 ha riguardato i soggetti nati nel 1953, esso viene eseguito presso i due centri di Alba e Bra. Sul centro di endoscopia di Alba sono state eseguite 299 rettoscopie, che nel 79.9% dei casi sono risultate complete negative e nel 3.3% incomplete negative; sono state inviate a colonscopia totale di approfondimento 8 lesioni ad alto rischio inferiori a 1 cm e 8 ad alto rischio superiori a 1 cm. Sul centro di endoscopia di Bra sono state svolte 272 rettoscopie, che nel 77.9% dei casi sono risultate complete negative e nel 2.6% incomplete negative; sono stati inviate a colonscopia totale 4 lesioni ad alto rischio inferiori a 1 cm e 7 ad alto rischio superiori a 1 cm. Riguardo allo screening basato sulla ricerca del sangue occulto nelle feci, nel corso del 2011 sono stati invitati 9949 soggetti. 3851 di essi sono risultati negativi, mentre per il 5.6%, corrispondente a 214 assistiti, si è verificata una positività che ha dato corso ad un'indicazione di approfondimento colonscopico totale. L'adesione al primo livello è stata pari al 40.9%.

È degno di nota il fatto che il Laboratorio analisi dell'A.S.L. CN2 rappresenta il riferimento per tutta la provincia di Cuneo rispetto all'analisi dei test per la ricerca del sangue occulto nelle feci nel Programma regionale di screening.

Riguardo a questo screening, va detto che, a differenza che per gli screening citologico e mammografico, oltre a rivolgersi ad entrambi i sessi, la Regione Piemonte ha adottato una strategia specifica rispetto al test: nello screening del cancro coloretale, infatti, si ricerca ogni due anni il sangue occulto nelle feci nella popolazione che nel 2009 aveva un'età compresa tra 59 e 69 anni e, una tantum anno per anno, viene proposto il test rettoscopico alla coorte di età pari a 58 anni; ad esempio, nel corso del 2012, è invitata la popolazione nata nel 1954. La scelta si basa sul fatto che il test endoscopico

risulta capace di individuare lesioni non sanguinanti che costituiscono precursori evolutivi dell'adenocarcinoma. Infatti, studi di epidemiologia clinica valutativa condotti anche da parte della S.C. Unità di Valutazione e Organizzazione dello Screening del Dipartimento n. 7 hanno confermato una superiore *performance* della rettosigmoidoscopia rispetto alla ricerca del sangue occulto nelle feci: essa risulta lieve rispetto all'adenocarcinoma (sanguinante) anche se con un chiaro vantaggio rispetto allo stadio I, ma è addirittura quadrupla per gli adenomi avanzati, ad alto rischio evolutivo a cancro.

Una considerazione da rimarcare è l'importanza pratica che i medici di medicina generale, a fronte della comunicazione da parte dell'assistito di una positività al test immunochimico per la ricerca del sangue occulto utilizzato in Prevenzione Serena, non pensino di attendere una conferma mediante la prescrizione dei classici tre test per il sangue occulto, che risultano caratterizzati da validità inferiore: l'unica conferma di una positività al test può essere data dalla coloscopia totale, mentre l'adozione di una strategia basata sulla ripetizione con un test meno valido comporta un documentato rischio di ricevere un risultato falsamente negativo in seconda battuta, che impedirà l'intercettazione della neoplasia evolutiva in atto, fino all'esordio sintomatologico.

Rispetto al costante ruolo di valutazione di impatto e monitoraggio svolto dalla S.C. Unità di Valutazione e Organizzazione dello Screening a favore di tutti gli screening, a partire dal 2004 e con cadenza mensile vengono inviati ad ogni centro coinvolto negli screening femminili documenti di analisi epidemiologica utili alla programmazione clinica e consistenti in un lavoro di analisi rispetto all'attività mensile e progressiva da inizio anno, un documento di trend dell'attività ed un documento, definito "Avanzamento ed Obblighi", che integra costantemente il denominatore di popolazione eleggibile da screenare dinamicamente all'interno del round e lo storico derivante dalla disponibilità dei centri, in funzione dei volumi di attività raccomandati, mese per mese, al fine di concludere il round nei tempi corretti, garantendo ad ogni assistito l'esecuzione di un test all'interno di un corretto intervallo di rescreening, ossia con una cadenza temporale rispondente a quanto la letteratura scientifica ha riconosciuto corretto al fine, da un lato di evitare rischi di sovradiagnosi per anticipazione, e dall'altro pericoli di sottodiagnosi per ritardo di esecuzione del test di screening. Al momento dell'estensione di questo scritto è stato prodotto il documento progressivo mensile n. 98.

La presente elaborazione si inserisce all'interno dei limiti della descrizione della dimensione organizzativa dell'attività di screening. Estremamente interessante ma al tempo stesso maggiormente complessa, è poi l'analisi dinamica della dimensione valutativa di impatto del Programma: essa potrà essere affrontata in occasione di eventuali ulteriori interventi sulle pagine di questa sede scientifica.

L'Ambulatorio di cura delle Stomie

Cristoforo Ferrero, Annamaria Tassone, Bruna Grasso, Maria Giovanna Boe, Federico Castiglione

Una delle attività proposte dalla S.O.C. di Oncologia medica è l' *Ambulatorio stomizzati*, un ambulatorio specifico rivolto ai pazienti portatori di stomie (colostomie, ileostomie e urostomie).

Si tratta di un ambulatorio attivo da molti anni, che negli ultimi tempi ha avuto un notevole sviluppo, sia in termini di attività ambulatoriale che di consulenze verso i reparti, anche con l'impulso e l'incoraggiamento del compianto dr. Faggiuolo.

L'attività è riassunta nelle tabelle che seguono ma vediamo insieme quali sono le attività proposte.

Consulenze verso i reparti.

Le richieste di consulenze pervengono prevalentemente dai reparti chirurgici (chirurgia generale e urologia) per il cosiddetto disegno preoperatorio al paziente. Il disegno preoperatorio serve a definire il punto più idoneo per il confezionamento della stomia, per la futura gestione della stessa da parte del paziente.

Durante il decorso post operatorio, quando le condizioni cliniche del paziente lo consentono e prima della sua dimissione, il reparto di degenza chirurgica inoltra una nuova richiesta di consulenza enterostomista per la rivalutazione del paziente, l'educazione sanitaria per ciò che riguarda la sostituzione del presidio, la cura della cute peristomale e la prescrizione dei presidi a domicilio.

Lo *stoma-care* è il processo che concerne la cura della cute peristomale e la sostituzione del presidio. Normalmente in questo incontro pre-dimissione tra l'infermiere stomaterapista e il paziente è richiesta la presenza di un familiare : è consigliabile che sia la persona che lo seguirà più da vicino. E' a lui che viene insegnata questa tecnica, solo successivamente il paziente sarà addestrato ad essere completamente autonomo, vero obiettivo dell'educazione sanitaria. Il tempo impiegato mediamente in una consulenza è di 20-30 minuti. Si consideri che anche dai reparti non chirurgici possono talvolta arrivare richieste di consulenze per problematiche particolari del paziente.

Prima visita stomizzati post ricovero.

Al momento della consulenza enterostomista , viene programmata una prima visita presso l'ambulatorio stomizzati, fissata tra le due e le tre settimane dalla dimissione. E' una visita impegnativa nella quale si fa il punto sulla capacità di gestione del paziente, delle problematiche emerse e della valutazione della stomia e delle cute peristomale. Tempo impiegato 25-35 minuti.

Visita stomizzati di controllo.

Dopo la prima visita in ambulatorio stomizzati al paziente viene impostato un programma di follow up che consiste in una periodica visita presso l'Ambulatorio stomizzati. Il consiglio è di programmare una visita ogni 2-3 mesi all'inizio e poi ogni 6 mesi, naturalmente restando a disposizione ogni qualvolta interviene un problema.

Modalità d'accesso: prenotazione fatta direttamente presso la segreteria dell'Oncologia Medica dopo la visita (anche telefonicamente).

Sono le più numerose, circa un'ottantina lo scorso anno. Tempo medio impiegato 20 minuti.

Irrigazione Intestinale

Prevede un lavaggio totale del colon in pazienti colostomizzati. La tecnica di irrigazione prevede due appuntamenti: nel primo lo stomaterapista esegue l'irrigazione intestinale al paziente spiegando le varie fasi; nel secondo appuntamento, a distanza di qualche giorno, è il paziente ad eseguire l'irrigazione intestinale con la supervisione dello stomaterapista. Tempo stimato di entrambi gli appuntamenti dai 30 ai 40 minuti.

Sono qui da ricordare anche le irrigazioni intestinali fatte in preparazione alla coloscopia.

Altre attività parallele all' attività di assistenza agli stomizzati sono :

- docenze presso la sede distaccata dell'Università di Novara ad Alba al corso di Laurea Infermieristica;
- articoli su alcune riviste infermieristiche;
- partecipazione a Concorso di Casi Clinici nel luglio 2010, "Danzac Case Nursing", risultando tra i 12 casi clinici premiati in Europa;
- Creazione di libretto da consegnare ai pazienti e ai familiari.

Dati 2011 e 2012 Ambulatorio Alba

STOMIE 2011

<i>MESE</i>	<i>UROSTOMIE</i>	<i>COLOSTOMIE</i>	<i>ILEOSTOMIE</i>	<i>Visite enterostomiste</i>	<i>Consulenze reparti</i>
<i>Gennaio</i>	1	2	0	19	4
<i>Febbraio</i>	2	2	1	15	5
<i>Marzo</i>	1	1	0	19	5
<i>Aprile</i>	2	3	0	13	7
<i>Maggio</i>	2	2	0	29	7
<i>Giugno</i>	3	0	0	25	5
<i>Luglio</i>	1	2	0	8	3
<i>Agosto</i>	2	4	0	12	5
<i>Settembre</i>	2	2	0	12	7
<i>Ottobre</i>	0	0	1	21	3
<i>Novembre</i>	1	2	1	14	3
<i>Dicembre</i>	1	4	1	28	11

STOMIE 2012

<i>MESE</i>	<i>UROSTOMIE</i>	<i>COLOSTOMIE</i>	<i>ILEOSTOMIE</i>	<i>Visite enterostomiste</i>	<i>Consulenze reparti</i>
<i>Gennaio</i>	2	0	0	19	2
<i>Febbraio</i>	1	0	0	8	1
<i>Marzo</i>	0	1	0	17	3
<i>Aprile</i>	0	0	0	16	0
<i>Maggio</i>	2	3	0	10	4
<i>Giugno</i>	0	1	0	21	2
<i>Luglio</i>	0	1 dx	0	18	3
<i>Agosto</i>	6 (di cui 2 ucs)	6	0	16	11
<i>Settembre</i>	2	1		21	4
<i>Ottobre</i>					
<i>Novembre</i>	--	--	--	--	--
<i>Dicembre</i>	--	--	--	--	--

Riorganizzazione delle cure primarie: universalismo, efficacia ed equità... ancora possibili !?!

Patrizia Corradini

La sfida e la scommessa verso una nuova cultura della sanità territoriale pare essere sempre più forte e determinare nuovi assetti organizzativi e gestionali recepiti sia a livello nazionale sia in tutte le realtà locali, diventando finalmente cultura condivisa.

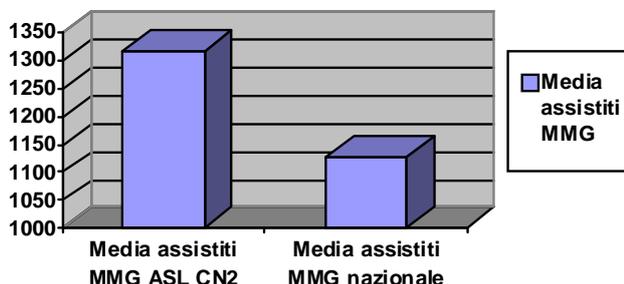
Si parla sempre più del cambiamento radicale nell'organizzazione delle cure primarie e del ruolo del Medico di Famiglia, con l'obiettivo di rafforzare l'offerta sanitaria sul territorio per rispondere più efficacemente, più velocemente e più economicamente ai bisogni di salute della popolazione e ridurre i ricoveri impropri in ospedale.

Le cure primarie essendo l'ambito nel quale avviene il primo contatto della persona, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario, rappresentano un riferimento importante per le scelte relative ai servizi sanitari e dovrebbero assicurare la promozione, la prevenzione, la cura e la riabilitazione nell'ambito di una rete organizzata ed integrata di servizi.

Anche dal confronto dei dati sull'assistenza primaria nel territorio della nostra A.S.L. con le medie nazionali riportate sull'Annuario Statistico del S.S.N., si conferma l'ipotesi di una realtà molto fervida e laboriosa.

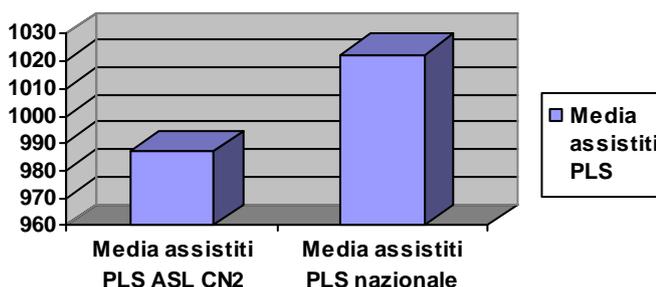
L'impegno assistenziale dei **Medici di Famiglia** è infatti maggiore rispetto a quello registrato come media nazionale: infatti, ogni Medico di Medicina Generale (MMG) dell'A.S.L. CN2 ha mediamente un carico potenziale di assistiti di 1.317 contro una media nazionale di 1.129, come si evidenzia nella tabella e nel grafico sotto riportati:

Media assistiti MMG ASL CN2	Media assistiti MMG nazionale
1.317	1.129



Per quanto riguarda i **Pediatrati di Libera Scelta**, è dato ormai noto come, in quasi tutte le regioni, vi sia una forte carenza di Pediatri. Nella nostra A.S.L., la situazione pare essere meno critica rispetto alla media nazionale: ogni Pediatra di Libera Scelta (PLS) ha infatti in carico, in media, 987 assistiti, mentre la media nazionale è di 1.022 bambini, come si evidenzia nella tabella e nel grafico sotto riportati:

Media assistiti PLS ASL CN2	Media assistiti PLS nazionale
987	1022



I medici dedicati al Servizio di **“Continuità Assistenziale”(ex Guardia Medica)** sono, nella nostra A.S.L., 20 ogni 100.000 residenti, valore molto vicino alla situazione nazionale, che ne conta 23 ogni 100.000 residenti e in linea con le indicazioni regionali, che prevedono 1 medico ogni 5.000 residenti.

Sul territorio dell’A.S.L. CN2, è particolarmente diffuso l’associazionismo tra medici di assistenza primaria, che, organizzandosi in forme sempre più articolate ed efficienti, tende a garantire una più tempestiva e globale presa in carico del paziente, assicurando una maggior integrazione e continuità assistenziale.

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

La medicina di famiglia ricopre, in tal senso, un ruolo sempre più strategico, garantendo quella continuità assistenziale che si pone come fattore di equilibrio tra l’assistenza ospedaliera e quella territoriale e quell’integrazione interdisciplinare ed interprofessionale, che va realizzata con uno sforzo congiunto di tutte le parti interessate.

I mutamenti demografici e sociali pongono il tema dell’integrazione al centro delle politiche sanitarie. Un particolare esempio di integrazione è dato dall’insieme delle **Cure Domiciliari**, che sono per loro natura meno standardizzabili di quelle ospedaliere, ma non necessariamente meno complesse; infatti, operano in situazioni e contesti particolarmente mutevoli dove interagiscono molteplici professionalità e specialità, con l’esigenza di forte ed indispensabile 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..

Mentre, a livello nazionale, secondo l’annuario statistico del S.S.N., l’84,1 % delle persone assistite a domicilio risulta di età maggiore o uguale a 65 anni, nella nostra A.S.L. la percentuale di persone assistite al domicilio di età maggiore o uguale a 65 anni sul totale degli assistiti in Cure Domiciliari, risulta essere del 88.2%.

% nazionale ultra65enni in Cure Domiciliari	% A.S.L.CN2 ultra65enni in Cure Domiciliari
84,1	88,2

Da alcuni anni si è anche riusciti, grazie anche alla collaborazione della S.O.C. R.R.F ad organizzare un **percorso riabilitativo domiciliare**, che prevede che i pazienti vengano sottoposti, su richiesta del medico di famiglia, ad una visita fisiatrica a domicilio con valutazione del soggetto anche in rapporto all’ambiente in cui vive e con l’individuazione, laddove necessario e possibile, di 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. Nell’anno 2011 gli accessi domiciliari sono stati 495 (per un totale di 1538 prestazioni) e di questi 134 sono stati giudicati dal Fisiatra idonei alla presa in carico riabilitativa, 7 sono stati posti in monitoraggio e 302 hanno avuto necessità di prescrizione ausili.

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.

Allorquando non sia possibile, per la complessità del quadro clinico o per gravi motivi sociali, mantenere la persona assistita al domicilio, si può ricorrere ad altre risposte assistenziali quali i cosiddetti **“Letti di prossimità”**. Quest’ultimo è un modello innovativo di assistenza territoriale, reso possibile grazie ad un accordo formale tra i gestori di alcune Strutture diffuse capillarmente sul territorio e la nostra A.S.L., che dovrebbe potenzialmente essere in grado di modificare sia la quantità dei ricoveri ospedalieri inappropriati, sia la durata della degenza ospedaliera, essendo anche prevista la possibilità di un trasferimento dall’ospedale. Il Medico di Famiglia è, anche in questo caso, il responsabile clinico del paziente, col supporto di assistenza infermieristica che deve rispondere a parametri orari ben definiti.

Da anni un adeguato supporto informativo rende più facile ed omogenea la raccolta dei dati di attività, che vengono di seguito parzialmente riportati, con l’intento di rappresentare l’evoluzione ed il positivo andamento delle cure domiciliari nell’ultimo periodo:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
A.D.I.	642	923	984	998	946	1075	1254	1469	1643	1910*
A.D.I. + C.P.	144	202	222	220	186	164	210	222	241	201
S.I.D.	651	673	706	720	693	993	880	913	931	861
A.D.P.	/	1015	1011	1008	1299	1332	1548	1439	1414	1836
L.A.	/	/	/	113	121	154	230	334	375	//
TOTALE	1437	2813	2923	3059	3245	3719	4122	4377	4604	4808

* di cui 415 Letti di Prossimità distretti di Alba e Bra

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

Nell'ambito delle Cure Primarie e nell'ottica del potenziamento e razionalizzazione delle attività territoriali, deve essere riconsiderata anche l'**attività specialistica convenzionata interna**, per la quale è sicuramente fondamentale prevedere una trasformazione in termini di efficienza ed efficacia, organizzativa, clinica, tecnologica, informativa ed informatica.

Si riporta, nella tabella seguente, uno schema sintetico esclusivamente della produttività dell'attività specialistica convenzionata interna della nostra A.S.L., registrata, per l'anno 2011, dagli appositi sistemi di rilevazione aziendale:

Branca	ORE 2011	PREST. 2011	% PREST /ORE
Totale ALLERGOLOGIA	520	1391	2,68
Totale CARDIOLOGIA	3068	4576	1,50
Totale DERMATOLOGIA	3003	8800	2,94
Totale MEDICINA SPORTIVA	1352	2927	2,17
Totale NEUROLOGIA	1144	1412	1,24
Totale OCULISTICA	3718	4593	1,24
Totale ODONTOSTOMATOL	5980	8870	1,49
Totale OSTETR. e GINECOL.	2626	6300	2,40
Totale OTORINOLARINGOIAT.	2002	6743	3,37
Totale SCIENZA ALIMENTAZ.	208	278	1,34
Totale UROLOGIA	1092	3181	2,92
Totale PSICOLOGIA	9152	4693	0,52

Quando le condizioni del paziente o del contesto socio-ambientale sono tali da non poterne permettere l'assistenza al domicilio, 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 al 31/12/2011 dei **ricoveri in RSA – RAF in convenzione** per adulti ed anziani non autosufficienti residenti sul territorio dell' ASL CN2:

DISTRETTO DI ALBA	TIPOLOGIA	POSTI LETTO ACCREDITATI AL 31.12.2011	TOT. OSPITI IN CONVENZIONE AL 31.12.2011
ALBA COTTOLENGO	Media Intensità	17	17
ALBA FERRERO	Media Intensità	20	12
ALBA OTTOLENGHI	Alta Intensità	60	19
ALBA OTTOLENGHI	Media Intensità	36	50
CANALE	Alta Intensità	20	0
CANALE	Media Intensità	20	15
CASTIGLIONE TINELLA	Media Intensità	40	28
CERRETTO	Media Intensità	60	50
CORNELIANO	Media Intensità	40	20
CORTEMILIA S.Pantaleo	Media Intensità	20	5
CORTEMILIA S.Spirito	Media Intensità	14	12
CORTEMILIA Sampò	Media Intensità	51	16
GOVONE	Media Intensità	24	10
MAGLIANO ALFIERI S.A.	Media Intensità	19	15
MAGLIANO ALFIERI V.S.	Media Intensità	41	21
MONFORTE	Media Intensità	20	18
MONTA' Cà Nostra	Media Intensità	20	7
MONTA' Divina Misericordia	Media Intensità	40	24
MONTICELLO	Media Intensità	44	21
NEIVE	Media Intensità	40	21
PRIOCCA	Alta Intensità	40	8
PRIOCCA	Media Intensità	20	16
S.STEFANO BELBO	Alta Intensità	20	3
S.STEFANO BELBO	Media Intensità	40	25
S.STEFANO ROERO	Alta Intensità	10	0
S.STEFANO ROERO	Media Intensità	60	8
RODELLO	Media Intensità	10	5
VEZZA D'ALBA	Media Intensità	40	17
extra ASL (pazienti albesi)			
LEQUIO TANARO	Media Intensità		2
MONESIGLIO	Media Intensità		1
TORINO P.F.S.Gaetano	Media Intensità		1
BOVES Casa Speranza	Media Intensità		1
tot. di distretto	ALBA	886	468

DISTRETTO DI BRA	TIPOLOGIA	POSTI LETTO ACCREDITATI AL 31.12.2011	TOT. OSPITI IN CONVENZIONE AL 31.12.2011
BRA COTTOLENGO	Media Intensità	40	27
BRA FRANCONI	Alta Intensità	40	8
BRA FRANCONI	Media Intensità	20	11
BRA GLICINI	Alta Intensità	20	7
BRA GLICINI	Media Intensità	60	47
BRA MONTEPULCIANO	Media Intensità	40	23
CERESOLE D'ALBA	Media Intensità	40	15
CHERASCO	Alta Intensità	36	11
CHERASCO	Media Intensità	30	34
LA MORRA	Media Intensità	20	15
NARZOLE	Media Intensità	20	19
POCAPAGLIA	Media Intensità	26	21
SANFRE'	Media Intensità	31	25
SOMMARIVA BOSCO	Media Intensità	58	27
SOMMARIVA PERNO	Alta Intensità	44	13
SOMMARIVA PERNO	Media Intensità	44	20
<i>extra ASL (pazienti braidesi)</i>			
CARAMAGNA PIEMONTE	Media Intensità		3
ALBUGNANO II Giglio	Media Intensità		1
CARMAGNOLA (Anni Azzurri)	Alta Intensità		1
MARENE (Anni Azzurri)	Alta Intensità		1
MARENE (La Corte)	Alta Intensità		1
tot. di distretto	BRA	573	330

TOTALE POSTI LETTO	Alta Intensità	294	72
TOTALE POSTI LETTO	Media Intensità	1165	718

NARZOLE (ex O.P.)	Comunità fam.	1	1
TOTALI		1460	799

31,12,2010 popolazione anziana ultrasessantacinquenne ASL CN2 ALBA BRA.		37.741
percentuale inserimenti %		2,12

Nella tabella seguente viene riportata la situazione puntuale al 31 dicembre e la media degli inserimenti negli ultimi anni:

	POPOLAZIONE ANZIANA	MEDIA ANNUA INSERITI (da Piano Attività)	% SU POP. RESID.	INSERITI AL 31 DICEMBRE	DI CUI FONDO STRAORD.	% SU POP. RESID.
2005	35.558	471	1,32	523		1,47
2006	36.123	514	1,42	532		1,47
2007	36.578	561	1,53	581	64	1,59
2008	36.761	607	1,65	715	84	1,94
2009	36.854	721	1,96	870		2,36
2010	37.116	741	2,00	661		1,78
2011	37.741	717	1,90	799		2,12

Per quanto riguarda **l'assistenza ai disabili**, sono stati nel tempo sempre più intensificati i confronti e le collaborazioni tra le varie componenti coinvolte (Commissione Unità di Valutazione Multidimensionale, Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali, Commissione di Vigilanza, Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Salute Mentale...), con l'obiettivo comune di offrire risposte sempre più appropriate.

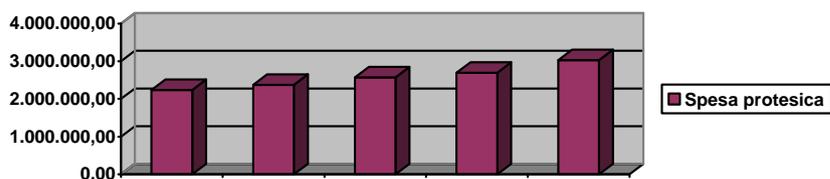
Si riporta di seguito la situazione dei ricoveri in convenzione in Strutture Residenziali e Semiresidenziali per disabili residenti sul territorio dell' ASL CN2 nell'anno 2011.

ASSISTENZA RESIDENZIALE DISABILI ANNO 2011				
Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2011	Numero ospiti al 31/12/2011	Numero giornate di assist.
ATENA N.D.-Scarmagno	A	1	0	181
ELSA-Canelli	A	3	2	1.021
FERRERO - Alba	A	21	21	7.619
IL MELOGRANO-Vesime	A	10	9	3.568
PICCOLA CASA D.P.	A	25	23	8.619
RESIDENZA CASA AMICA – Piobesi	A	6	6	267
RESIDENZA S.GIOVANNI - Niella Belbo	A	4	3	1.348
LA ROCCA - Bra	B	6	5	1.669
SOTTOSOPRA - Alba	B	3	3	944
PEPENERO - Alba	B	3	3	1.028
TETTI BLU - Alba	B	5	4	1.506
AGAPE S.S.- Racconigi	C	1	1	365
ABRATE -Alba	C	11	9	3.044
AURORA - Pollenzo	C	8	7	2.213
CASA FAMIGLIA RICCA D'ALBA	C	5	5	1.460
CASA M. ROSA - Alba	C	9	8	2.330
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	9	9	3.285
LE NUVOLE - Neive	C	5	5	1.572
C.F. SAN FRANCESCO - Fossano	C	1	1	365
C.F. SAN ROCCO - VIGNOLO	C	1	1	365
VILLA OTTAVIA - Castiglione Falletto)	C	1	1	365
TOTALE		138	126	43.134

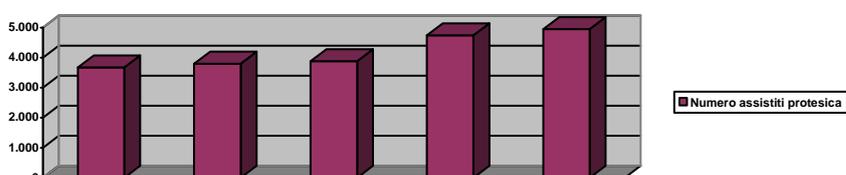
ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE DISABILI ANNO 2011				
Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2011	Numero ospiti al 31/12/2011	Numero giornate di assist.
IL GIRASOLE - Narzole	A	20	20	4073
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	12	12	2064
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	20	20	4030
BONAFOUS - Cortemilia	A	9	9	1679
AGHAV - Bra	A	23	22	4523
COCCIO E TELA- Alba	A	23	21	4574
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	9	9	297
IL RAMO SANTA CHIARA - Fossano	A	2	2	297
INSIEME - Alba	A	25	25	4730
L'IPPOCASTANO - Neive	A	12	12	2334
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	15	14	3188
PUZZLE - Torino	A	1	1	49
TOTALE		171	167	31.838
ASSISTENZA RESIDENZIALE DISABILI MINORI ANNO 2011				
Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2011	Numero ospiti al 31/12/2011	Numero giornate di assist.
C.F. SANTA MARIA DELLA GIOIA – Mondovi	C	1	1	365
RSA PICCOLO COTTOLENGO D.O.Tortona	A	1	1	365
C.R.P. GIANBURRASCA – Scagnello		2	2	320
TOTALE		4	4	1.050
ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE DISABILI MINORI (16-18 ANNI) ANNO 2011				
Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti nel corso del 2011	Numero ospiti al 31/12/2011	Numero giornate di assist.
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	1	0	164
AGHAV - Bra	A	1	0	6
IL GIRASOLE - Narzole	A	1	1	80
TOTALE		3	1	250

Le normative nazionali e soprattutto quelle regionali sempre più, negli ultimi anni, hanno preso attentamente in considerazione la spesa relativa **all'Assistenza Integrativa e Protesica**, sottolineando l'esigenza di renderla sempre più appropriata e contenuta, senza tuttavia individuare correttivi concreti alle indicazioni ed agli obblighi di legge al riguardo. In effetti, anche in questo settore, il Sistema Sanitario garantisce in modo soddisfacente la salute dei cittadini, ma vari fattori, di cui non ultimo il costante invecchiamento della popolazione, rendono sempre più difficile e complesso governare la domanda. Al fine comunque di rispondere, per quanto possibile, alle sollecitazioni regionali e rendere omogenea e coerente su tutto il territorio aziendale la fase autorizzativa, sono stati elaborati regolamenti e procedure in materia, che hanno portato ai risultati descritti nelle tabelle che seguono:

	2007	2008	2009	2010	2011
Spesa protesica	2.375.615,00	2.572.000,00	2.693.305,00	2.269.531,68	2.432.595,18

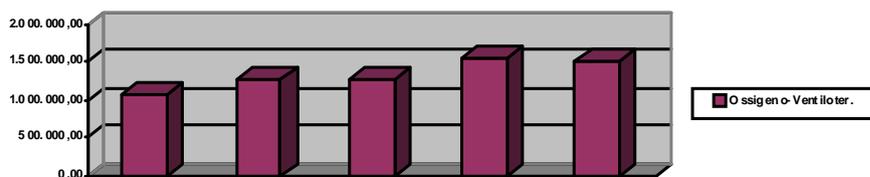


	2007	2008	2009	2010	2011
Numero assistiti protesica	3.799	3.883	4.744	4.952	4.968

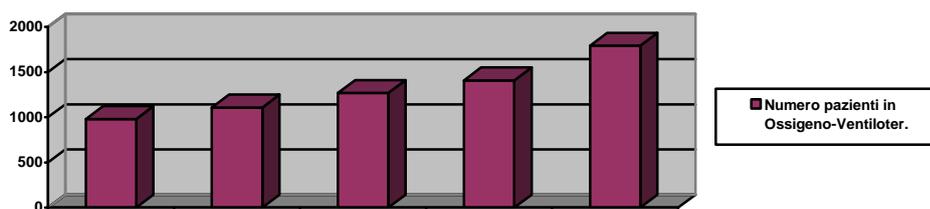


Per quanto riguarda l'ossigeno/ventilo terapia, si è registrata, nell'anno 2011, una lieve diminuzione della spesa, riportata nelle tabelle che seguono, pur con un maggior numero di pazienti in trattamento, grazie all'effettuazione di un nuovo appalto, che ha portato a condizioni economiche più vantaggiose, garantendo comunque la buona qualità del servizio:

	2007	2008	2009	2010	2011
Ossigeno-Ventiloter.	1.086.492,00	1.250.000,00	1.278.266,65	1.538.266,55	1.497.653,5



	2007	2008	2009	2010	2011
Numero pazienti in Ossigeno-Ventiloter.	981	1.108	1.269	1.408	1.791



Anche il ruolo del **Consultorio** è stato nel tempo valorizzato, portandolo ad integrarsi sempre più con tutti i Servizi che costituiscono la rete assistenziale dedicata in modo particolare alla donna, alla coppia, alla famiglia ed al bambino.

Le attività sono sempre quelle previste dalla legge istitutiva del servizio, che risale ormai al 1975, ma le competenze si sono via via affinate, le modalità di approccio e le varie professionalità si sono sicuramente riqualficate ed ampliate, in particolare per quanto riguarda l'accoglienza, le attività di prevenzione ed educazione alla salute, il "Programma Prevenzione Serena" svolto direttamente in Consultorio (per quanto riguarda il citologico), l'ambulatorio ostetrico per la gravidanza a basso rischio, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno e, ultimo come tempi di introduzione ma non come importanza, la distribuzione capillare dell'Agenda di gravidanza. Si riportano di seguito alcune tabelle relative all'attività complessiva dei Consultori di Alba e di Bra:

PRESTAZIONI	I° SEM. 2011	II° SEM. 2011	TOTALE
PRESTAZIONI CONSULTORIALI ALBA	7.473	6.706	14.179
PRESTAZIONI CONSULTORIALI BRA	4.204	4.783	8.987
VISITE PSICOLOGICHE	928	765	1.228
TOTALE	12.605	12.254	24.859

La seguente tabella evidenzia la proporzione tra il numero di gravidanze seguite nell'anno 2011 ed il numero di Agende consegnate:

	ALBA	BRA	TOTALE
Gravidanze seguite nell'anno 2011	200	185	385
Agende gravidanza consegnate nell' anno 2011	809	609	1418

Nel luglio del 2009, è stato attivato, nella nostra A.S.L. il **Centro I.S.I. (Informazione Salute Immigrati)**.

Il Centro opera su due sedi, Alba e Bra, quattro giorni alla settimana e può contare, oltre che sulla ovvia presenza di figure sanitarie, anche sui mediatori linguistico-culturali, che intervengono come "facilitatori" non solo del dialogo fra persone e culture, ma anche nella predisposizione e proposta degli eventuali percorsi di diagnosi e terapia.

In questi anni, l'informazione sul Centro I.S.I. e sulla sua funzione è andata sempre più diffondendosi, determinando il relativo incremento delle prestazioni, che rimangono comunque rivolte ad una tipologia di assistiti particolare e fortunatamente scarsamente rappresentata sul nostro territorio.

Nella tabella che segue sono riportati i dati di attività riferiti all'anno 2011, così come la provenienza e la tipologia di richiesta delle persone seguite:

PRESTAZIONI CENTRO I.S.I. ANNO 2011	TOTALE
Tessere STP (Stranieri temporaneamente presenti)	90
Tessere ENI (Europei non iscrivibili)	59
Uomini	124
Donne	168
Bambini	31
Couselling	204
Richiesta Esami	93
Richiesta Visite Specialistiche	8
Consultorio	18

PROVENIENZA ASSISTITI CENTRO I.S.I.

• Romania	77
• Nigeria	48
• Albania	47
• Macedonia	39
• Marocco	23
• Bulgaria	12
• Altri*	72
• Utenti Casa Circondariale	4

* Costa d'Avorio, Senegal, Brasile, Rep. Dominicana, Cina, Guinea, Somalia, Ecuador, Ghana, Kosovo, Lituania, Filippine, Tunisia, Ucraina, Canada, Egitto, Gambia, Perù, Rep. Ceca, Serbia/Montenegro, Sierra Leone

Come si può notare, in qualche modo, il Centro I.S.I., così come altri servizi dell'A.S.L., ha, nel tempo, assistito anche ospiti della **Casa Circondariale**.

Le funzioni di **Sanità Penitenziaria** sono state trasferite alle Aziende Sanitarie Locali, nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti di riferimento; questo passaggio ha segnato un cambiamento che rende indispensabile attuare e consolidare, anche a livello locale, la costruzione di un solido sistema di gestione organizzativa anche della cura e dell'assistenza del cittadino detenuto, se pur nella difficoltà generale di reperimento delle risorse necessarie.

Il contesto demografico attuale, con la inevitabile fragilità legata alla terza e quarta età, e la criticità dell'attuale situazione economica evidenziano sempre più la necessità di individuare risposte coerenti ed appropriate. Il ruolo delle Cure Primarie può essere strategico in questo contesto e non deve compromettere la natura del rapporto con l'assistito, che deve continuare ad essere di vicinanza, di fiducia e di relazione.

La continuità dell'assistenza, percepita come unitarietà del sistema, come azienda sanitaria in cui ogni elemento contribuisce alla costruzione del percorso più appropriato, è forse l'unica strada davvero percorribile.

Sarebbe comunque auspicabile giungere a regole chiaramente definite, condivise, dichiarate ed esplicitate per poter offrire servizi omogenei e di qualità.

Se è vero poi che il logo della nostra Regione è "Non c'è cura senza cuore" e quotidianamente e giustamente i nostri Assistiti ce lo rammentano, ricordiamoci che il "cuore" non è e non può essere oggetto di nessun provvedimento di "revisione della spesa"! E quindi...potrà anche cambiare il nostro logo...ma sicuramente...continueremo a lavorare per la salute di tutti...col cuore!

Progetto “Letti di prossimità”

Elio Laudani, Luca Monchiero, Lara Bolla, Luigina Gazzera

Numerosi sono i problemi che oggi pesano sull’assistenza sanitaria territoriale ed ospedaliera. L’invecchiamento progressivo della popolazione è connesso inevitabilmente all’incremento del numero di persone cosiddette “fragili” da assistere. Ciò comporta la necessità di trovare soluzioni moderne e innovative di fronte a patologie cronico-degenerative complesse anche in relazione all’aumento tendenziale dei costi sanitari.

Questi ultimi sono a loro volta naturalmente incrementati dallo sviluppo delle tecnologie nel campo medico.

La medicina negli ultimi decenni si è sempre connotata per un arricchimento di nuovi strumenti, a volte molto costosi, di diagnosi e cura. Alcuni di questi strumenti hanno determinato un netto miglioramento della qualità della vita. Altri hanno aggiunto poco e a volte hanno, paradossalmente, impoverito la medicina, riducendone gli aspetti umani e relazionali.

Fatte queste premesse generali, occorre trovare soluzioni che possano abbinare il bisogno crescente di cure, in particolare in pazienti anziani, con la sostenibilità economica del sistema.

Il problema dell’eccessivo ed a volte improprio uso dei Servizi ospedalieri è un fenomeno rilevante. In alcune strutture operative, specialmente nei reparti di medicina, in particolari periodi dell’anno, si determina un sovraccarico di ricoveri anche per casi clinici, che, probabilmente, potrebbero trovare soluzioni alternative al ricovero ospedaliero.

Si ritiene che questo fenomeno possa avvenire anche per una serie di fattori che impediscono al Medico di Medicina Generale (MMG) di trattare adeguatamente il paziente a domicilio quali:

- mancanza di un care-giver,
- necessità di un’assistenza sanitaria non erogabile a domicilio tramite l’ADI (es. terapia infusione continua),
- necessità di garantire un’assistenza sanitaria con caratteristiche di intensità superiore rispetto a quelle erogabili in ADI,
- altri aspetti di carattere sociale.

Casi del genere potrebbero essere adeguatamente curati nell’ambito di una struttura residenziale che garantisca l’opportuna assistenza infermieristica e tutelare della persona.

Le cure a domicilio rappresentano ormai una risposta consolidata per la presa in carico e la cura del “malato cronico”. Nella Regione Piemonte sono da tempo operativi e ben strutturati i servizi di cure domiciliari.

Tuttavia può accadere spesso che i malati cronici, soprattutto anziani, in fase di scompenso o riacutizzazione non trovino adeguata risposta nelle cure a domicilio, data la complessità assistenziale richiesta dal loro quadro clinico e/o per l’assenza di un familiare di riferimento valido. Al tempo stesso, per situazioni di questo tipo, il ricovero ospedaliero risulta essere eccessivo, se non addirittura inappropriato.

La risposta in questi casi dovrebbe essere di intensità assistenziale a metà strada tra quella ospedaliera e quella domiciliare.

Ne discende la necessità di un servizio in grado di garantire un livello di assistenza (sia medica, che infermieristica, riabilitativa e di assistenza), intermedia tra quello domiciliare e quello ospedaliero.

La realizzazione di questo livello assistenziale è stata possibile nell’ASL CN 2 grazie alla presenza sul territorio dell’ASL di tre condizioni ritenute essenziali:

- una rilevante disponibilità di posti letto in strutture residenziali per anziani accreditate (R.S.A. Residenze Sanitarie Assistenziali e R.A.F. Residenze Assistenziali Flessibili) con una distribuzione piuttosto omogenea sul territorio rispetto ai centri maggiormente abitati (vedasi cartina seguente) e di conseguenza vicini (di qui “Letti di Prossimità”) al domicilio del paziente, al fine di non allontanarlo, nel breve periodo di ricovero, dalla rete di relazioni parentali e sociali che lo hanno accompagnato fino a poco prima della malattia;
- una ragionevole motivazione assistenziale ed un interesse professionale dei Medici di Medicina Generale nel voler continuare a curare ed assistere i propri pazienti senza ricorrere ad una ospedalizzazione laddove ritenuta non necessaria;
- una buona “governance” distrettuale.

L'idea di coinvolgere le strutture residenziali per anziani del territorio e, in parallelo, i Medici di medicina Generale ha portato al disegno e alla messa in opera del progetto da parte dei Distretti Sanitari, supportati nella fase di ideazione strategica e di definizione dei protocolli dalla Direzione Generale di Azienda.

Con ciascuna delle strutture è stata stipulata una convenzione in cui sono stati definiti:

- il numero di posti letto (p.l.) convenzionati, omogeneamente distribuiti sul territorio il cui fabbisogno, dopo una serie di aggiustamenti, è stato individuato in circa 1 p.l. ogni 3000 abitanti
- il minutaggio minimo di assistenza infermieristica richiesta pro/die individuato in 30 minuti primi per giorni di ricovero,
- i requisiti minimi di assistenza tutelare alla persona, di riabilitazione e mantenimento psicofisico o laddove necessario di supporto psicologico professionale, che sono stati computati in un mix di prestazioni in relazione ai bisogni di un soggetto parzialmente o non autosufficiente.
- la fornitura diretta dei farmaci da parte dell'Azienda Sanitaria.

Con i Medici di Medicina Generale è stata negoziata la remunerazione delle visite, lasciando alla loro discrezionalità il numero degli accessi ritenuti necessari in relazione alla patologia da trattare.

Poiché si tratta a tutti gli effetti di ricoveri a valenza sanitaria si sono adottati anche specifici strumenti clinico-diagnostici e di rilevazione dell'attività sanitaria. In particolare l'adozione della cartella clinica integrata, già in uso dal Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), su cui tutti gli operatori che intervengono nell'assistenza al paziente sono tenuti ad adottare i propri rilievi. In questa cartella inoltre è presente la scheda di rilevazione del dolore su cui il Medico e l'Infermiere Professionale annotano le caratteristiche del dolore rilevato, la scala di intensità, la sua evoluzione nel corso del ricovero, i farmaci utilizzati (ed i relativi dosaggi) ed il risultato antalgico ottenuto.

Il costo di ogni singola notte di ricovero è quantificato in €82: una parte a carico dell'ASL ed una parte a carico del cittadino-utente come da tabella che segue:

PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME ORDINARIO

PERIODO (NOTTI)	QUOTA ASL	QUOTA PAZIENTE
da 1 a 7	82 €	0
da 8 a 14	62 €	20 €
da 15 a 21	41 €	41 €
da 22 a 30	25 €	57 €
da 31 a 60 (se accolta la proroga)	7€	75 €

PAZIENTI RICOVERATI IN DEROGA

**(provenienti da DIMISSIONE PROTETTE O DA STRUTTURE POST ACUZIE o accolti
OLTRE IL NUMERO DI POSTI LETTO CONTRATTUALIZZATI)**

PERIODO (NOTTI)	QUOTA ASL	QUOTA PAZIENTE
da 1 a 7	62 €	20 €
da 8 a 14	62 €	20 €
da 15 a 21	41 €	41€
da 22 a 30	25 €	57 €
da 31 a 60 (se accolta la proroga)	7 €	75 €

Per i pazienti terminali (indice di Karnofsky pari o inferiore al 30%) la compartecipazione (in misura ridotta e riferita all'esclusivo aspetto sociale) avviene fin dal 1° giorno e rimane invariata per tutta la durata del ricovero.

PERIODO (NOTTI)	QUOTA ASL	QUOTA PAZIENTE
da 1 a 7	65 €	17 €
da 8 a 14	65 €	17 €
da 15 a 21	65 €	17 €
da 22 a 30	65 €	17 €
da 31 a 60 (se accolta la proroga)	65 €	17 €

Per la definizione del costo giornaliero del ricovero in letto di prossimità si è presa come riferimento la tariffa giornaliera applicata nell'ASL CN2 per l'inserimento di una giornata in convenzione di un paziente non autosufficiente in R.A.F.; a tale valore è stato aggiunto il costo per gli ulteriori 18 minuti primi di assistenza infermieristica.

Con il progetto "Letti di Prossimità" si ritiene di poter curare il paziente in un ambiente idoneo, con un'adeguata continuità assistenziale medica, infermieristica e tutelare, consentendo ai MMG di mantenere il controllo anche di casi di maggior complessità clinica rispetto a quelli comunemente trattati a domicilio.

In sintesi i destinatari dell'offerta sono i cittadini maggiorenni, prevalentemente anziani, residenti nell'ASLCN2:

- 1) affetti da patologia acuta o riacutizzata che per i motivi suddetti non possono essere adeguatamente trattati a domicilio, ed il cui ricovero costituirebbe un sovraccarico per l'attività ospedaliera;
- 2) dimessi dal percorso di continuità assistenziale previsto dalla DGR 72-14420 del 17.2.2005 (dimissione protette) quale eventuale completamento dell'assistenza prima del definitivo rientro del paziente al proprio domicilio;
- 3) casi a prevalente componente "sociale": pazienti che per varie ragioni non possono essere trattati a domicilio.

Si può sviluppare questo innovativo progetto di cura attraverso le azioni indicate nei punti seguenti:

- 1) fornire strumenti e mezzi adeguati al MMG per favorire il suo ruolo di responsabile clinico nella gestione del paziente. In tal modo non si interrompe l'assistenza fornita dal medico di medicina generale che incrementa il proprio ruolo, previsto peraltro dal nuovo Atto Aziendale, di figura centrale nella gestione del paziente (case-manager). Inoltre si intende favorire appieno l'attività erogata nei gruppi di cure primarie attuali e di prossima costituzione;
- 2) lavorare sui luoghi periferici, ovvero garantire l'erogazione di servizi in punti omogeneamente distribuiti piuttosto che in luoghi centrali, date le caratteristiche demografiche e morfologiche del territorio;
- 3) utilizzare per questi pazienti l'elevato numero di strutture residenziali per anziani già convenzionate con l'ASL, partendo dall'osservazione che le medesime sono presenti sul territorio in maniera adeguatamente dispersa;
- 4) garantire flessibilità:
 - sia rispetto alle strutture coinvolgibili nel progetto
 - sia rispetto alla variabilità stagionale delle richieste
 - sia rispetto al tempo giornaliero di assistenza infermieristica da fornire (eventualmente valutabile caso per caso)
 - sia rispetto all'assistenza fornita dal medico di medicina generale;
- 5) ridurre il sovraccarico ospedaliero dei reparti di medicina generale, in particolare per i casi di bassa complessità assistenziale.

L'offerta dei posti letto avviene presso strutture residenziali convenzionate (vedasi cartografia allegata) operanti sul territorio dell'ASL CN2, comunque prossime al domicilio del paziente (di qui il termine di letti di prossimità).

La collocazione geografica delle strutture presso cui si intende dare inizio al progetto ha tenuto conto di due elementi.

Il primo elemento consiste nell'individuazione di aree sub-distrettuali o Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) il centro delle quali rappresenta generalmente il comune più popolato, punto di riferimento per i comuni circostanti nonché sede di servizi dell'ASL o future sedi di Gruppi di Cure Primarie.

Il secondo elemento riguarda la presenza nel Comune di una struttura residenziale autorizzata quale RAF.

Il MMG qualora diagnostichi ad un proprio paziente una patologia acuta o riacutizzata non trattabile a domicilio, ma proficuamente trattabile in struttura residenziale, con il consenso del paziente, in alternativa al ricovero ospedaliero, contatta direttamente la struttura convenzionata comunale o in caso di indisponibilità una delle strutture convenzionate dei comuni limitrofi. Avuta conferma della disponibilità ad accettare il paziente, il MMG ne dispone il trasferimento in struttura e redige un'adeguata documentazione i cui dettagli verranno definiti in seguito.

Dallo stesso giorno il MMG garantisce un numero di accessi adeguati al trattamento del caso clinico. Nei giorni festivi (e prefestivi non coperti dal M.M.G.) gli accessi programmati

saranno definiti eventualmente avvalendosi del servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica).

L'assistenza infermieristica compresa la reperibilità, quella tutelare riabilitativa etc... verrà garantita dalla struttura, che nello specifico caso dovrà fornire comunque un monte ore di almeno a 30' (minuti primi) di assistenza infermieristica per paziente/die.

La durata ipotizzabile dell'accoglienza nel letto di prossimità è di massimo 30 gg (eventualmente prorogabile per altri 30 giorni su richiesta motivata del Medico di Medicina Generale convalidata dal Direttore del Distretto di competenza).

Il ricovero nei letti di prossimità non costituisce comunque titolo preferenziale all'accoglienza in struttura, nè configura altre forme di assistenza che non sono erogabili in strutture residenziali (ADI o ADP).

L'accesso del medico verrà pagato secondo un'apposita negoziazione integrativa aziendale, in cui sono specificate le modalità di ricovero del paziente, la documentazione da utilizzare e le modalità di pagamento.

In tabella il dettaglio di quanto concordato nell'ultima negoziazione UCAD a settembre 2012:

APERTURA CASO	PRIMI DUE ACCESSI	ULTERIORI ACCESSI
100€	40€ PER ACCESSO	5€ PER ACCESSO

Nel diagramma di flusso che segue sono illustrate le modalità di accesso al servizio

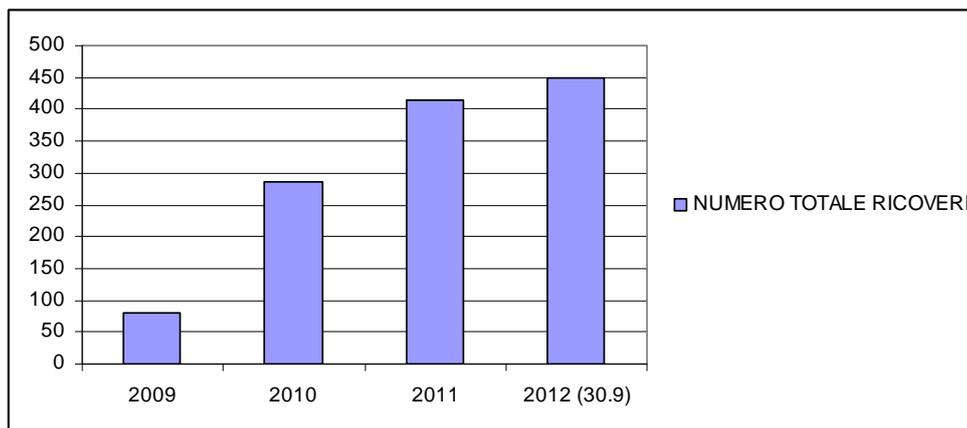


L'esperienza maturata in questi anni può essere utile per la programmazione generale dei servizi sanitari nella nostra Regione.

Le tabelle che seguono illustrano alcuni indicatori di attività, nell'arco temporale di circa tre anni (da giugno 2009 a settembre 2012), con un numero di 1231 ricoveri effettuati.

RICOVERI IN LETTO DI PROSSIMITA'

ANNO	NUMERO TOTALE RICOVERI
2009	81
2010	286
2011	415
2012 (30.9)	449



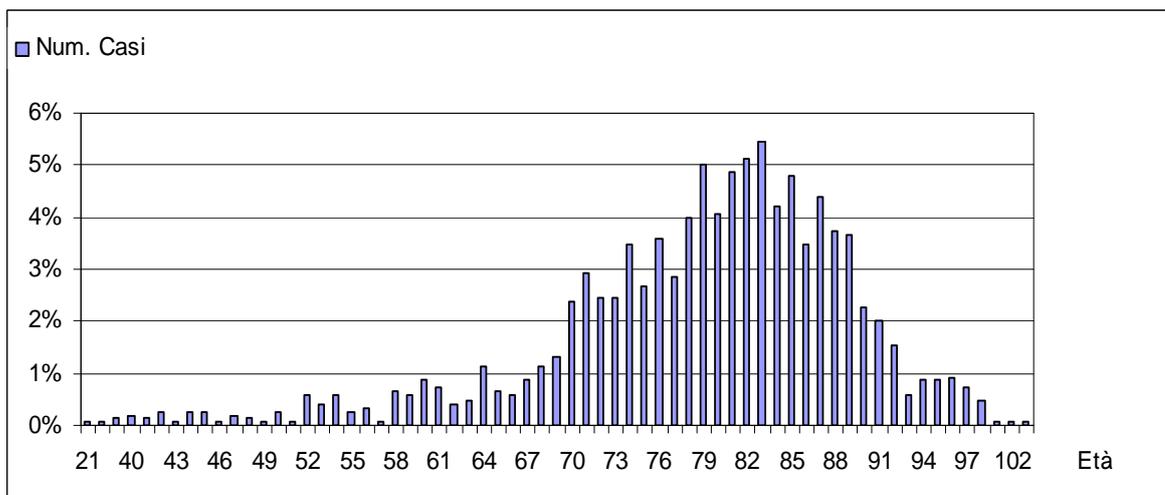
ANALISI RICOVERI PER SESSO

SESSO	PAZIENTI	%
F	694	56,4%
M	537	43,6%
TOTALE	1231	100

NOTTI DI DEGENZA

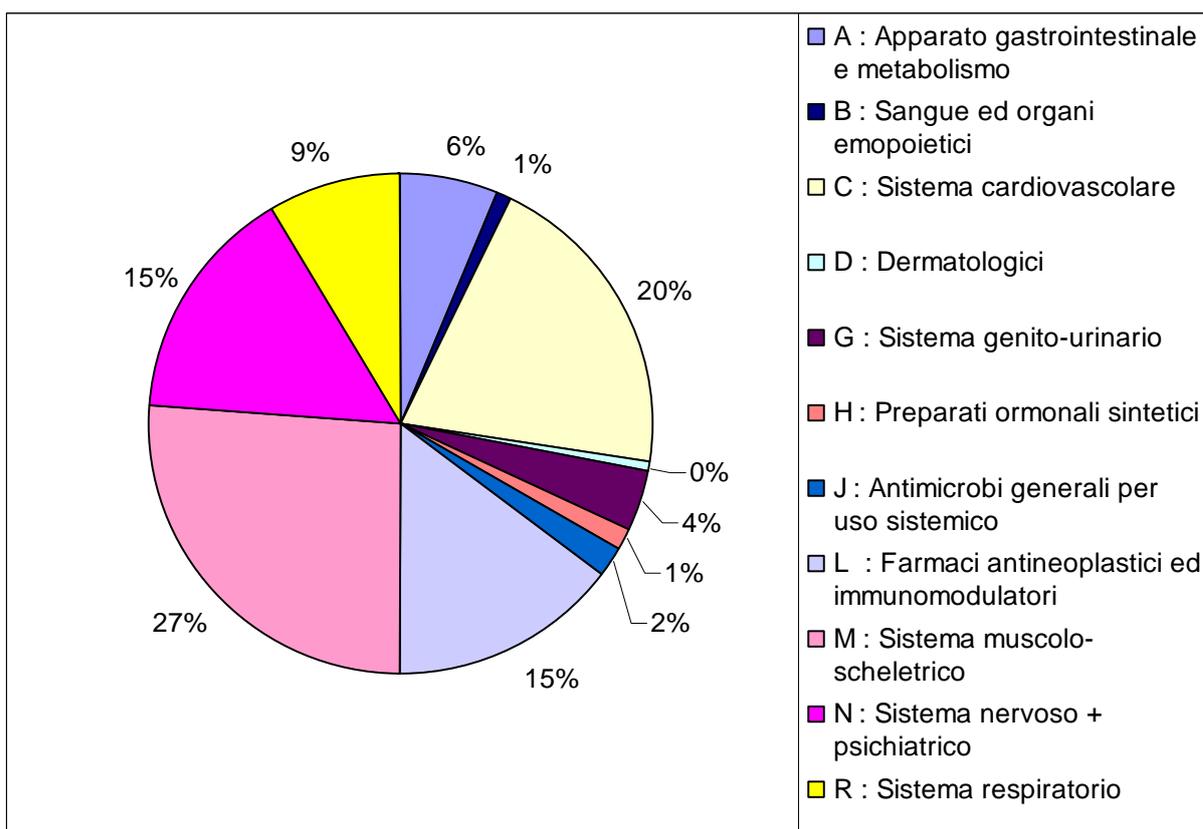
NOTTI DI DEGENZA	CASI	DURATA MEDIA RICOVERO
33689	1231	27 NOTTI

ETA' MEDIA DEI PAZIENTI: 83 ANNI



DISTRIBUZIONE PATOLOGIE (ANALISI SUI CASI DELL'ANNO 2012)

CODICE	DESCRIZIONE	CASI	Percentuale
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	29	6,4 %
B	Sangue ed organi emopoietici	4	0,9 %
C	Sistema cardiovascolare	91	20,2 %
D	Dermatologici	2	0,4 %
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	18	4,1 %
H	Preparati ormonali sintetici, esclusi gli ormoni sessuali	6	1,3 %
J	Antimicrobi generali per uso sistemico	9	2,0 %
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	66	14,6 %
M	Sistema muscolo-scheletrico	117	26,2 %
N	Sistema nervoso + psichiatrico	68	15,2 %
R	Sistema respiratorio	39	8,7 %
	TOTALE	449	100 %



ANALISI DATI ECONOMICI

COSTO PER STRUTTURE CONVENZIONATE

ANNO	NUMERO TOTALE RICOVERI	COSTO STRUTTURA	COSTO MEDIO RICOVERO
2009	81	€ 240.000	€ 2.960
2010	286	€ 710.000	€ 2.482
2011	415	€ 675.000	€ 1.625
2012 (fino al 30.9)	449	€ 660.000	€ 1.470

COSTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ANNO	NUMERO TOTALE RICOVERI	COSTO MEDICO	COSTO MEDIO PER RICOVERO
2009	81	€ 35.100	€ 433
2010	286	€ 122.000	€ 426
2011	415	€ 148.160	€ 357
2012 (fino 30.9)	449	€ 131.300	€ 292

Considerazioni conclusive

Su tre punti, a nostro avviso, si possono incentrare le riflessioni sul progetto che da più di due anni è operativo nella nostra Azienda.

Il primo è definibile come "il valore del concetto di prossimità".

Essere curati vicino a casa è un importante valore legato all'umanizzazione delle cure. Mantenere il malato vicino a casa propria, quando le cure a domicilio, per varie ragioni, non sono praticabili, offre alcuni elementi di gradimento legati alla dimensione affettiva che l'ospedale moderno non è in grado di garantire.

Il secondo elemento sul quale vale la pena soffermarsi è il ruolo del Medico di Medicina Generale.

Questo progetto, al quale hanno aderito quasi tutti i medici di medicina generale dell'Azienda, ha ridato autorevolezza a questa figura professionale.

Diventato figura di riferimento clinico e decisore del percorso assistenziale, il MMG rilega in secondo ordine gli aspetti ripetitivi e burocratici che oggi caratterizzano questo mestiere.

In altre parole, il MMG svolgendo nel progetto un rilevante compito clinico, è più motivato nella professione e migliora la propria relazione con l' Azienda Sanitaria.

Il terzo punto concerne il ruolo direzionale e di governo.

Perché progetti collaborativi di questo tipo possano funzionare devono essere operare strumenti adeguati di gestione.

Essenziale diventa il ruolo del Distretto sanitario che deve innanzi tutto avere pieno supporto e mandato dalla Direzione Generale di Azienda.

Il Distretto deve cercare di mantenere, sia con le strutture erogatrici, sia con i MMG, una relazione collaborativa, secondo i principi moderni della "clinical governance". Questo significa puntare sulla condivisione comune di obiettivi, superando una logica puramente autoritaria e di indirizzo burocratico.

Questi strumenti gestionali condivisi e partecipati sembrano aver mantenuto la giusta misura nel corso del progetto.

Il Comune per la Salute. Continua il lavoro dei PePS

Elio Laudani, Luca Monchiero, Luigina Gazzera, Lara Bolla,
Franca Beccaria, Anna Abburrà, Carla Geuna, Laura Marinaro

Gli Italiani sono tra i popoli più longevi del mondo.

Si ritiene che a determinare questo fenomeno concorrano, in misura diversa, alcuni fattori diffusi in Italia più che in altre parti del mondo:

- le buone abitudini alimentari,
- il reddito reale delle famiglie,
- il buon accesso alle cure mediche essenziali, che, pur con tutti i limiti, è in grado di fornire il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Questi fattori sono probabilmente tra i principali determinanti di un successo non programmato: la buona salute degli italiani.

Si tralasci ora ogni considerazione sulla medicina e sui servizi sanitari.

Perché la salute di cui godono oggi gli italiani è dovuta anche a qualche cosa di diverso dalla medicina e dalla sanità.

Si tratta di fattori sociali che potrebbero essere governati, almeno in parte, nell'ambito collettivo, attraverso le istituzioni rappresentative della società civile, secondo l'assetto istituzionale italiano.

Queste istituzioni, attraverso atti deliberativi, possono promuovere, gestire ed organizzare interventi con ricaduta sulla salute di una collettività. Un esempio forte e concreto, in tal senso, ci viene dalla legge nazionale che vieta di fumare nei locali pubblici. E' noto che i suoi effetti sono stati più ampi e positivi di quanto si potesse prevedere.

I campi nei quali l'organizzazione sociale può determinare effetti positivi sulla salute, attraverso una razionale azione deliberativa sono molteplici: l'organizzazione dei trasporti, la gestione delle aree verdi, il contenimento dell'inquinamento dell'aria, la costruzione di impianti sportivi ed il loro utilizzo, l'offerta di occasioni e di luoghi di aggregazione, ecc....

Naturalmente questi atti deliberativi possono essere di livello e grado gerarchico differente: nazionale, regionale e locale.

In questa breve riflessione trattiamo di "piccole azioni" locali, per sottolineare come le decisioni locali possono avere effetti apparentemente piccoli, ma possano anche contribuire alla semina ed alla nascita di una diffusa cultura della prevenzione.

Un altro aspetto va poi rimarcato, quando, come in questo caso, il tema riguarda questioni delicate come le abitudini quotidiane, il comportamento individuale ed i cosiddetti stili di vita.

Se da un lato gli stili di vita sono molto correlati alla salute, dall'altro lato, per la tutela della libertà personale e della libera espansione di ognuno, non è auspicabile che modelli comportamentali vengano propagandati in maniera invasiva e indiscreta.

Gli individui devono poter liberamente scegliere la propria condotta. La libertà di scelta sarebbe ancor più ampia quando, localmente, si trovino condizioni materiali favorevoli a stili di vita sani. Devono essere in primo luogo le condizioni materiali, governabili localmente, ad aggiungere libertà alla scelta individuale del cittadino.

Per esempio, chi decide liberamente di muoversi in bicicletta si troverà a proprio agio, e dunque più libero, in un luogo dove esistano buoni e sicuri percorsi ciclabili.

E ancora se un luogo ha ampi spazi verdi che si prestano e sono mantenuti per essere percorsi a piedi, più facilmente il cittadino deciderà liberamente di passeggiarvi, facendo del bene a se stesso.

Il principio di libertà individuale, peraltro giuridicamente sancito, deve dunque essere ribadito con forza anche in contrasto con velleità salutistiche.

Da queste premesse generali, l'ASL CN2 intende estendere e continuare la collaborazione con le amministrazioni comunali, già avviata con la stesura dei PePS negli scorsi anni, per promuovere la salute attraverso la virtuosa amministrazione della cosa pubblica locale.

La questione può essere esposta in questi termini: Che cosa può fare un'amministrazione locale per favorire la salute dei cittadini? Come si definisce un "Comune per la salute"?

Il Comune è un'entità reale, sentita dai cittadini come cosa concreta, vicina alle esigenze quotidiane. La stessa storia italiana connota il Comune come forte e definita entità collettiva in cui ci si riconosce in quanto aggregato sociale.

Se quindi un insieme, un collettivo, è definito nella realtà e non solo nell'immaginazione, è possibile che questo soggetto possa compiere azioni sensate in vari campi, tra i quali il campo in questione, "la salute".

Mentre tempo addietro si è più volte enfatizzato il ruolo di un organo collettivo quale il "Comitato dei Sindaci di Distretto" come attore principale di queste azioni per la salute, alla luce delle riflessioni, sin qui condotte, esso appare un'entità più vaga, che più difficilmente può gestire e coordinare buone azioni amministrative.

Affermare ciò non significa che in passato si sia compiuto, per così dire un "errore".

La dimensione di distretto era stata individuata dalla legge regionale come opportuna perché le azioni su molti determinanti del benessere vanno senza dubbio sviluppate in un'area territoriale più estesa di quella comunale. Inoltre la dimensione distrettuale non ha mai escluso la responsabilità ultima (e quindi anche prima!) delle singole realtà comunali. In una prima fase di sensibilizzazione era probabilmente più opportuno ed efficace affrontare con tutti i Comuni dell'area il tema "salute".

Quello che ora si auspica è che si sviluppi una sorta di evoluzione naturale e razionale di un processo. Ora può essere tempo che ciascuna amministrazione prenda in carico attivamente il proprio ruolo di artefice e costruttore di salute, perchè più vicina ai cittadini ed ai loro bisogni.

In questa fase il tentativo che si propone è quello di ricondurre al singolo comune la "definizione e gestione di azioni amministrative orientate alla salute". Questa nuova strategia non esclude il confronto fra Comuni, né esclude il riferimento ai definiti e pubblicati PePS, ma insiste sulla responsabilità della singola amministrazione per lo sviluppo di ciò che genera salute attraverso le deliberazioni locali.

Per dare avvio a queste idee, è partito, da parte dei Distretti dell'ASL CN 2, supportati dall'Agenzia Eclectica, un invito rivolto alle 76 amministrazioni comunali dell'ASL CN2 è stato inoltrato con lo scopo di individuare per ogni Comune, tra 1 e 3 funzionari o amministratori che partecipino a una discussione di gruppo sul tema "Il Comune per la salute".

Su 76 Comuni hanno risposto all'invito 23 Amministrazioni Locali.
La popolazione di questi Comuni è di 114.000 abitanti (66,5% della totalità).

Nel corso del primo incontro si è concordata la scelta di un tema.
Il tema scelto è stato "l'attività fisica".

Quindi ci si è interrogati su quale sia il ruolo delle amministrazioni comunali in questo campo.

La risposta potrebbe essere "quella di creare condizioni favorevoli l'attività fisica" quali la pedonalizzazione di aree vaste di un centro abitato, o la creazione e la manutenzione di spazi adatti a svolgere attività fisica (dagli impianti sportivi, ai marciapiedi, alle aree verdi, alle piste ciclabili), ma anche la diffusione sul territorio di "buone pratiche" finalizzate a ridurre la sedentarietà della popolazione, quali percorsi pedonali facilitati per l'accesso alle scuole (ad es. Pedibus), iniziative di sensibilizzazione e di informazione sul tema rivolte alla cittadinanza o a target specifici (ad es. allenatori sportivi e/o genitori).

Tale tema si raccorda alle azioni che il Distretto Sanitario intende promuovere, in altre sedi, con i Medici di Medicina Generale, con lo scopo di sviluppare la cultura della prevenzione, attraverso consigli individuali che si raccordino alle azioni di buona politica locale descritte in questa breve riflessione.

Si rimanda ad una interessante bibliografia sul tema in questione comparsa sul volume 380 della prestigiosa rivista "Lancet" anno 2012, in occasione dei recenti giochi olimpici di Londra (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue>).

Andamento degli infortuni sul lavoro nel territorio dell'ASL CN2: Analisi dell'ultimo quinquennio disponibile (2006-2010)

Pietro Corino, Anna Santoro

L'aggiornamento annuale dei dati provenienti dai flussi informativi INAIL – ISPESL – REGIONI, ha reso disponibili gli eventi gestiti dall'Ente Assicurativo (infortuni e malattie professionali) che, nel caso degli infortuni, riguardano i casi occorsi dall'anno 2000 a tutto il 2010 e definiti entro il 30 aprile del 2011.

La banca dati contiene altresì indicazioni puntuali sui dati macroeconomici relativi ad impiegati ed aziende insistenti nel territorio di competenza dell'Asl CN2; da una prima lettura emerge che l'attuale situazione economica recessiva influisce sull'andamento degli esiti a partire dal 2008, anno in cui, per la prima volta da quando i dati risultano disponibili (2000), si assiste ad una evidente contrazione del numero di occupati.

E' proprio per questa ragione che, nonostante la più ampia disponibilità temporale, si è scelto di focalizzare l'attenzione sull'ultimo quinquennio disponibile considerandolo un indicatore del cambiamento in atto.

Scopo del presente lavoro è cogliere se e ove esistano relazioni tra la contingenza socio-economica, che determina evidenti variazioni nei rapporti di lavoro (riduzione degli organici, discontinuità, precarietà, flessibilità, ...) e l'andamento delle tecnopatie correlate, anche in relazione ad una sempre più mirata ed efficace attività di prevenzione.

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

La struttura produttiva

Come accennato, il generale andamento economico negativo continua a produrre i suoi effetti anche in un'area sostanzialmente solida come quella delle Langhe e del Roero; infatti, anche l'analisi dell'ultimo anno disponibile (Grafico 1) conferma l'inversione di tendenza del trend occupazionale avviatasi nel corso del 2009.

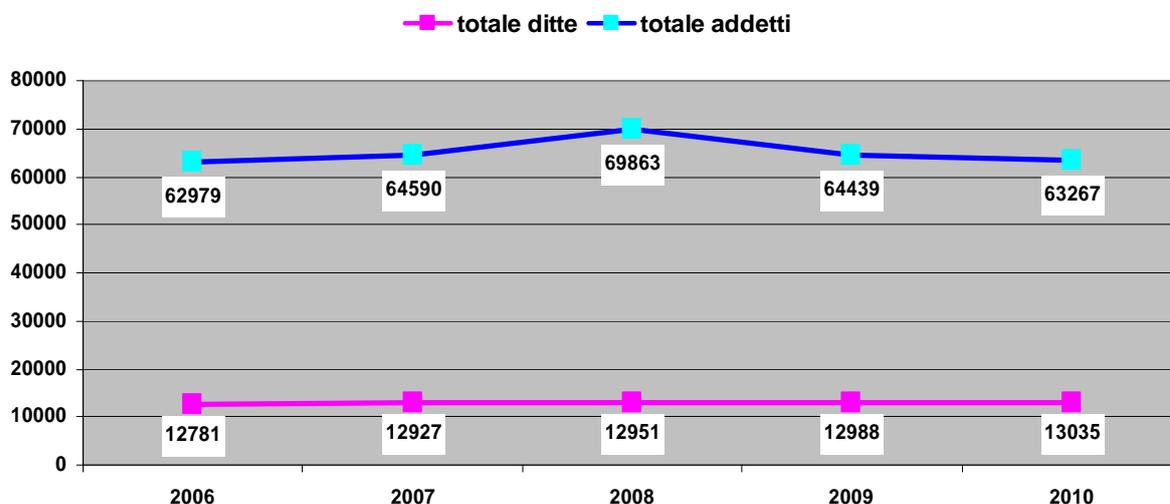


Grafico 1 - Andamento Aziende ed Addetti del territorio dell'ASL CN2

Il lieve calo degli addetti del 2010 (- 1,8%), seppur molto meno evidente rispetto a quello del 2009 in quanto la perdita di posti di lavoro aveva valori vicini al 10%, evidenzia comunque un trend che non può non preoccupare tenendo conto del fatto che l'andamento economico attuale risulta, se possibile, ancora peggiore.

Sostanzialmente stabile risulta il dato relativo alla numerosità aziendale che presenta negli ultimi 5 anni una limitata (+ 0,4 %) ma continua crescita e questo, se relazionato all'andamento occupazionale, indica una riduzione del numero medio degli addetti, con un impatto più evidente soprattutto nei confronti delle aziende medie o grandi.

Gli infortuni sul lavoro

Anche l'analisi dei dati infortunistici dell'ultimo anno disponibile (Grafico 2) conferma quella che, a partire dall'anno 2009, rappresentava una locale negativa inversione di tendenza rispetto ad un positivo andamento generale (Italia) del fenomeno.

Assistiamo nuovamente alla crescita, anche se di poco, del numero totale degli infortuni denunciati (+ 3%), ma il dato risulta maggiormente significativo se confrontato con il numero in calo degli occupati.

Sostanzialmente stabili risultano gli eventi in itinere.

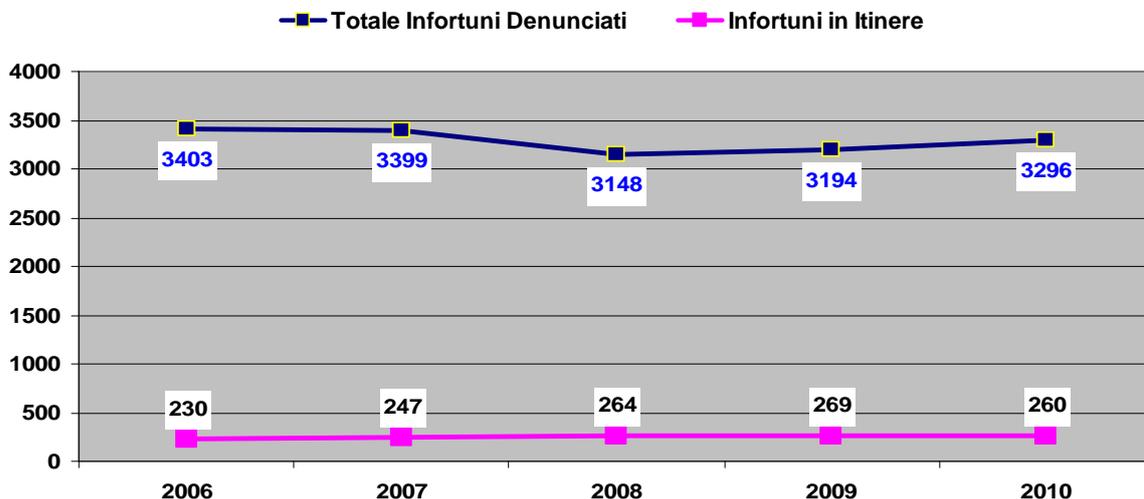


Grafico 2 - Andamento Infortuni denunciati ed eventi in Itinere

Una conferma di quanto detto, relativamente all'aumento degli eventi lesivi, risulta evidente qualora si analizzi (Grafico 3) l'evoluzione del Tasso Grezzo degli infortuni denunciati (rapporto tra numerosità degli accadimenti infortunistici e popolazione lavorativa nel periodo di riferimento): il valore del 2010 (52,1) cresce nuovamente e si riporta ai più elevati livelli del 2007.

Nel Grafico 3 vengono altresì visualizzati i dati sugli infortuni gravi e mortali.

Gli eventi gravi (sono tali quelli con esiti permanenti o durate superiori ai 40 giorni) appaiono in leggero calo (453 casi rispetto ai 487 del 2009) ma, considerati i tempi di definizione Inail, su questa tipologia di accadimenti, occorrerà attendere il prossimo anno per avere un dato consolidato e stabile.

Per quanto concerne gli infortuni mortali, si è passati dai due casi occorsi nel 2009 ai cinque nel 2010, ma è bene puntualizzare che tre di questi sono eventi stradali per i quali, al momento attuale, il Servizio non effettua attività di indagine; è da precisare inoltre che, a prescindere dall'esito, questa categoria di eventi statisticamente rari, presenta andamenti disomogenei e scarsamente prevedibili.

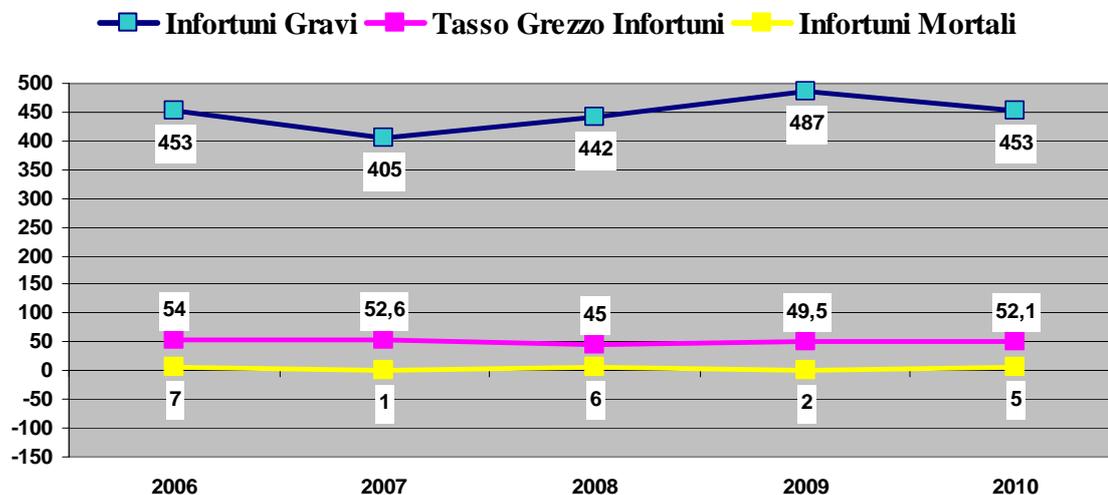


Grafico 3 - Andamento Infortuni Gravi e Mortali e Tasso Grezzo
Rapporto tra numerosità addetti ed infortuni nei cinque comparti numericamente più rappresentativi

Per quanto riguarda i comparti numericamente più rappresentativi troviamo ai primi due posti rispettivamente i Servizi ed il Commercio, seguiti dall'Industria Alimentare, le Costruzioni e la Metalmeccanica; questi cinque comparti rappresentano, da soli, con oltre 50.000 addetti circa l'80% del totale degli occupati del territorio.

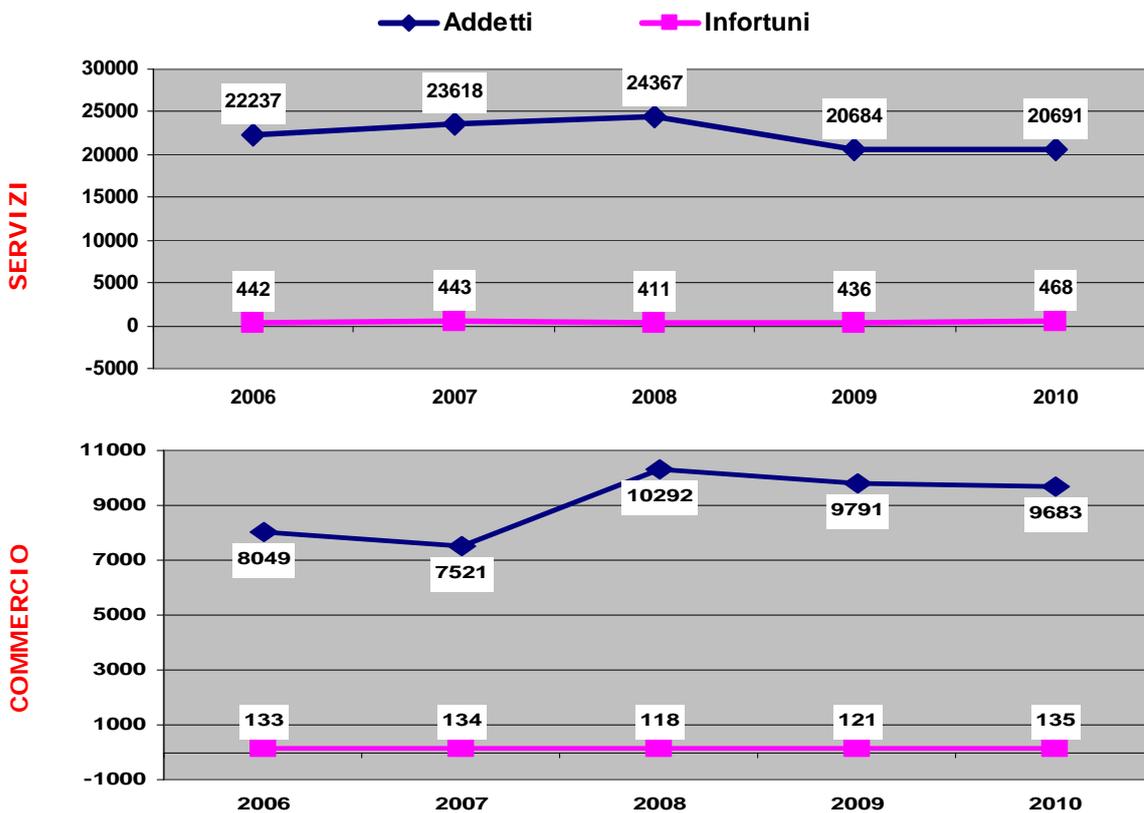


Grafico 4 - Andamento Infortuni e addetti comparto Servizi e Commercio

Per i primi due comparti (Grafico 4), dopo l'evidente riduzione degli addetti del 2008, assistiamo ad una sostanziale stabilizzazione del dato occupazionale con variazioni poco significative.

Contrariamente all'atteso, i numeri relativi agli eventi infortunistici segnano una crescita che sul biennio si attesta a valori complessivi intorno al 10%.

I tre comparti che seguono (Grafico 5) sono l'Industria Alimentare, le Costruzioni e la Metalmeccanica.

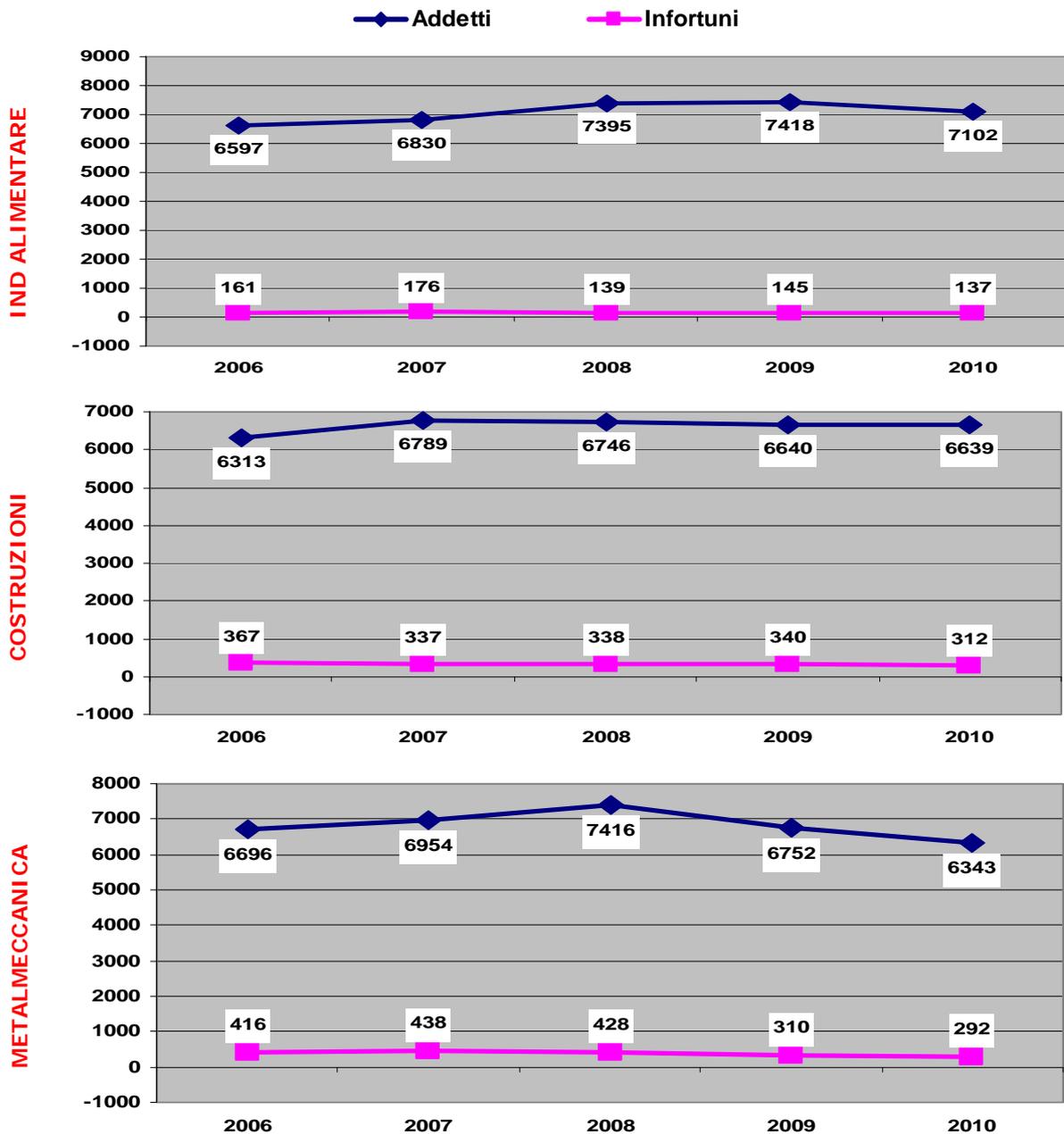


Grafico 5 - Andamento Infortuni e addetti comparto Ind Alimentare, Costruzioni e Metalmeccanica

In questo caso le dinamiche sono diverse e pertanto l'analisi deve essere fatta singolarmente.

Per quanto riguarda l'industria alimentare, il biennio fa registrare una riduzione degli addetti poco inferiore al 5% ma il numero di infortuni risulta pressoché costante.

La Metalmeccanica, settore dopo i servizi più in sofferenza dal punto di vista occupazionale, presenta nel biennio valori in calo sia relativamente agli addetti (-15%), sia, ed in modo sostanziale, riguardo agli infortuni (-30%).

Infine si evidenzia che l'edilizia, a fronte di una sostanziale stabilità delle maestranze, registra una significativa riduzione degli eventi lesivi (-9%).

Conclusioni

Il ritardo biennale con cui, fino ad oggi, vengono resi disponibili i dati contenuti nei flussi informativi INAIL – ISPESL – REGIONI, sembra consentire un'analisi più facile e puntuale in relazione alla sopravvenuta conoscenza di situazioni più recenti che, seppur non in dettaglio, offrono conforto ad ipotesi che si vogliono formulare in materia di andamento degli infortuni sul lavoro.

Oggi ben sappiamo che l'inversione della tendenza economica alla crescita, manifestatasi nel 2008, sta continuando insieme alle forti problematiche legate al lavoro ed in generale al welfare.

Come i dati confermano, l'attesa riduzione degli infortuni collegata alla riduzione dei posti di lavoro o delle ore lavorate non è avvenuta ed anzi, seppur con evidenti differenze tra comparti di attività, si assiste, in alcuni casi, al fenomeno opposto.

Pur con i limiti insiti nello strumento informativo dei flussi, ove ad esempio mancano informazioni importanti come l'effettivo numero degli addetti e le ore lavorate, quanto sopra evidenziato mostra che tra i settori numericamente più rappresentativi, quali i Servizi ed il Commercio, risulta più evidente l'incongruenza tra dato occupazionale e fenomeno infortunistico.

Una possibile motivazione potrebbe ricollegarsi al fatto che questi due comparti sono i più dinamici dal punto di vista economico e sono anche quelli che più rapidamente si adattano alle variazioni in atto anche e soprattutto dal punto di vista occupazionale; la mancata programmazione del lavoro, i ritmi imposti al personale, l'uso forte di tipologie contrattuali flessibili e discontinue possono in parte spiegare quanto segnalato.

Per i restanti comparti principali, quali Industria Alimentare, Costruzioni e Metalmeccanica, l'andamento tendenziale degli infortuni è in linea con il dato occupazionale ed in particolare, nel caso di Metalmeccanica (- 30%) ed Edilizia (- 9%), l'andamento in riduzione è oltremodo positivo in termini di salute, ma vale la pena effettuare una verifica in futuro, quando i dati relativi agli infortuni saranno stabilizzati e si spera avremo superato l'attuale stato di crisi profonda delle costruzioni e del settore auto.

Rapporto sull'andamento del flusso di denunce di malattia professionale nel periodo 2007-2011

Vilma Giachelli, Elena Lora, Anna Santoro

1. Introduzione

Scopo di questo rapporto è la descrizione dello stato di salute della popolazione in età lavorativa dell'ASL CN2, attraverso l'analisi dell'andamento delle notifiche di malattia professionale nel quinquennio 2007-2011; le osservazioni conclusive possono essere utilizzate come strumento per la conoscenza del territorio e per definire il grado e la priorità degli interventi sia di vigilanza sia di prevenzione.

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

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

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

2. Descrizione dell'andamento delle notizie di malattia professionale

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

Tab.1a - Totale notizie MP/anno quinquennio 2007-2011

2007	2008	2009	2010	2011	TOT
67	91	119	106	113	496

Tab.1b - Totale notizie MP/anno decennio 1997-2006

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOT
39	39	45	51	48	31	56	54	53	76	492

Il confronto delle tabelle permette di evidenziare che negli ultimi cinque anni il totale delle denunce, in numeri assoluti, risulta superiore a quello dei dieci anni precedenti 496/492.

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

Tab.2a - Totale notizie MP/patologia quinquennio 2007-2011

Ipoacusia	Tumore	Pneumopatia	CTD	Dermopatia	Altro	TOT
88	57	14	302	16	19	515

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

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

Tab.2c - Totale notizie MP/patologia decennio 1997-2006

Ipoacusia	Tumore	Pneumopatia	CTD	Dermopatia	Altro	TOT
193	79	36	142	49	30	529

Grafico 1 - N° Notizie di Malattia Professionale - Anni 1997-2011

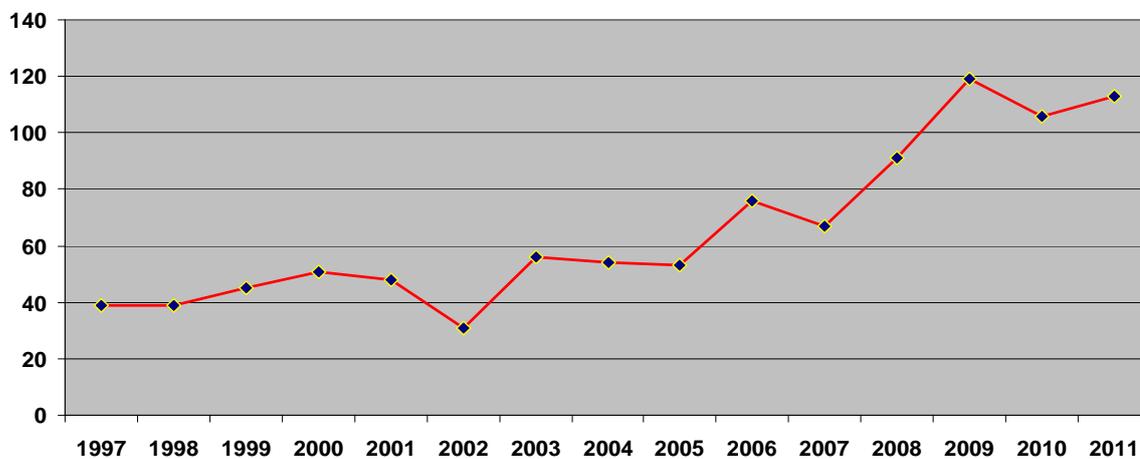
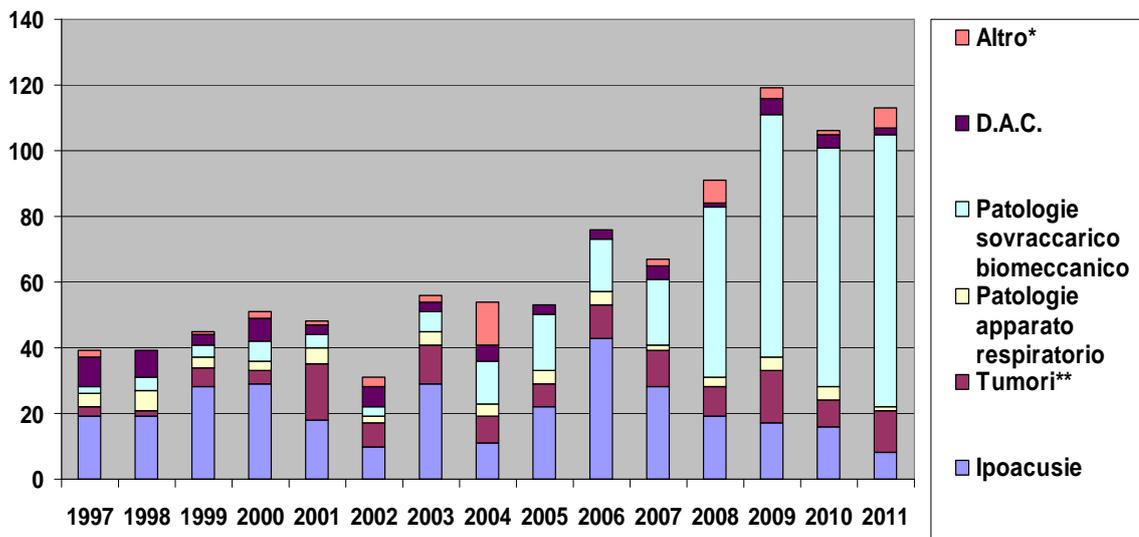


Grafico 2 - Notizie malattia Professionale suddivise per patologia - Anni 1997-2011



Tab. 3 - notifiche MP suddivise per patologia 1997-2011

	Ipoacusie	Tumori **	Patologie apparato respiratorio	Patologie sovraccarico biomeccanico			D.A.C.	Altro *	Totale
				Arti superiori	Colonna	Altri distretti			
1997	19	3	4	2	0		9	2	39
1998	19	2	6	1	3		8	0	39
1999	28	6	3	2	2		3	1	45
2000	29	4	3	6	0		7	2	51
2001	18	17	5	1	3		3	1	48
2002	10	7	2	3	0		6	3	31
2003	29	12	4	6	0		3	2	56
2004	11	8	4	7	4	2	5	13	54
2005	22	7	4	16	1		3	0	53
2006	43	10	4	12	4		3	0	76
2007	28	11	2	16	4		4	2	67
2008	19	9	3	28	20	4	1	7	91
2009	17	16	4	42	31	1	5	3	119
2010	16	8	4	40	23	10	4	1	106
2011	8	13	1	50	25	8	2	6	113
TOTALE	316	133	53	232	120	25	66	43	988

*ALTRO - Periodo 1997 – 2011

1997	2 epatiti
1998	nessuna patologia
1999	1 ferita da punta
2000	1 cataratta da energia radiante, 1 anemia emolitica
2001	1 steatopatia
2002	1 epatite, 1 angioneurosi, 1 patologia da stress
2003	1 TBC, 1 disturbo post-traumatico da stress
2004	1 parkinsonismo da manganese, 1 disturbo post-traumatico da stress, 1 mobbing, 10 acariasi
2005	nessuna patologia
2006	nessuna patologia
2007	1 parkinson secondario, 1 disturbo psichico non psicotropo
2008	1 flebite e tromboflebite, 1 gastrite e gastroduodenite, 1 ernia inguinale, 4 acariasi
2009	2 mobbing, 1 ernia inguinale
2010	1 disturbi psichici non psicotropi
2011	2 ernie inguinali, 1 mobbing, 1 faringite cronica, 1 flebite, 1 disturbo psichico non psicotico

** TUMORI - Periodo 1996 – 2011

	Mesotelioma		Vescica	Seni paranasali		Cute	Polmone	Laringe	Ovaie	Mammella	Ossa	Sistema emopoietico	Fegato	Prostata
	Pleura	Peritoneo		K	Papilloma									
1996	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	-	-	2	2	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
2000	-	-	1	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
2001	8	-	3	1	-	-	3	-	-	1	1	-	-	-
2002	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2003	5	2	1	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
2004	6	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	2	1	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
2006	2	1	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2007	5	-	3	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
2008	7	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2009	8	-	2	1	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-
2010	7	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
2011	6	-	1	3	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-

3. Discussione

Considerando i numeri assoluti ed ipotizzando una popolazione stabile, l'analisi dei dati evidenzia anche per il 2011 un trend in costante aumento delle notifiche di patologie interessanti l'apparato osteo-muscolo-tendineo, ed in particolare di quelle che riconoscono come causa professionale un sovraccarico biomeccanico.

Infatti, negli ultimi anni, la patologia maggiormente denunciata non risulta più essere la ipoacusia bensì quella identificata come CTD sotto il cui acronimo, Cumulative Traume Disorder, vengono raggruppate le malattie da sovraccarico biomeccanico interessanti sia gli arti superiori, sia la colonna, sia altri distretti osteomuscolari; per il 2011 le denunce di malattia classificabili come CTD rappresentano il 73% di tutte le patologie denunciate.

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

L'ipoacusia si attesta al terzo posto, con un numero di notifiche dimezzato rispetto al 2010.

Per quanto riguarda le malattie interessanti l'apparato respiratorio e le dermopatie, l'andamento è in discesa con numeri sostanzialmente bassi.

Infine nel gruppo "Altro" sono rappresentate oltre al mobbing ed alla patologia da stress, patologie quali l'ernia inguinale, la faringite cronica e la flebite, per le quali non è riconosciuta la professionalità.

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

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

Diminuzione della prevalenza in dialisi in un centro ad intensa attività ambulatoriale di follow up dell'IRC

Loris Neri, Giusto Viglino, Sara Barbieri, Carmen Gandolfo, Patrizia Bertinetto, Agnese Cappelletti, Andrea Campo, Franco Goia, Marina Barberis, Daniele Fessia

Introduzione e obiettivi

In Italia vi è un vivace dibattito sulla possibilità di prevenire l'evoluzione dell'IRC e delle sue complicanze con beneficio per i pazienti e riduzione della spesa per la dialisi.

Nel nostro centro, a cui fa riferimento una ASL (ASLCN2 – Alba-Bra) di 172.293 abitanti al 31/12/2011, dal 1998 abbiamo avviato un'intensa attività ambulatoriale di follow-up per l'IRC.

Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare l'andamento nel periodo 2003-2011 della prevalenza di 323 dializzati del nostro centro.

La prevalenza rappresenta il bilancio tra i pazienti immessi e quelli usciti dal trattamento dialitico ed in condizioni di steady state (prevalenza costante) è uguale all'incidenza moltiplicata la durata media del trattamento.

Ne consegue che eventuali variazioni della prevalenza possono essere attribuite non solo a variazioni di incidenza ma anche della durata del trattamento. Pertanto l'andamento della prevalenza è stato analizzato valutando sia l'incidenza che la durata del trattamento dialitico nel tempo.

Materiali e metodi

L'analisi è stata condotta sul data base del nostro Centro che comprende TUTTI i pazienti (pz) che hanno iniziato il trattamento dialitico presso il nostro Centro a partire dal 01/01/2000 e TUTTI i pz trattati presso il nostro Centro a partire dal 01/01/2004.

1) Periodo di osservazione

La prevalenza annuale (numero di pz in trattamento al 31 dicembre di ogni anno) è stata analizzata nel periodo 31/12/2003 – 31/12/2011.

Per l'analisi della durata dialitica e di eventuali cambiamenti nelle caratteristiche dei pz, tale periodo è stato ripartito in 2 quadrienni (2004-2007 e 2008-2011).

Per l'incidenza l'andamento nel tempo è stato valutato considerando anche il quadriennio 2000-2003.

2) Criteri di inclusione

Per rendere confrontabili i dati nel tempo i criteri di inclusione si sono basati sulla residenza del pz, sul motivo di inizio del trattamento dialitico e sulla durata del trattamento dialitico.

Residenza. Sono stati considerati solo i residenti nella nostra ASL CN2 (per l'incidenza è stata considerata la residenza all'inizio del trattamento dialitico anche se attuato altrove).

Motivo di inizio del trattamento dialitico. Sono stati esclusi i pz in trattamento acuto ed i pazienti con recupero della FRR nei primi 30 giorni di trattamento (90 per l'analisi della sopravvivenza dei pz incidenti). I pz che hanno iniziato il trattamento dialitico per motivi non renali (GFR >15 ml/minuto, 13 pz) quali cardiopatia o cirrosi epatica sono stati considerati solo se diventati uremici (11 pz) e dializzati quindi anche per motivi renali. I pz rientrati in dialisi da trapianto sono stati considerati per la prevalenza ma non per l'incidenza.

Mortalità precoce. Sono stati esclusi i pazienti deceduti entro i primi 30 giorni di trattamento (8 pz), in genere affetti da gravi comorbilità concomitanti e morti durante il ricovero nel quale hanno iniziato la dialisi.

3) Analisi della sopravvivenza

L'effetto della durata del trattamento dialitico sulla prevalenza è stato analizzato in due modi. Nel primo modo abbiamo valutato per ciascun quadriennio la durata (media e mediana) del trattamento dialitico dei pz trattati calcolata come intervallo tra la data di inizio del trattamento e quella dell'evento (decesso, trapianto, trasferimento, recupero FRR) o quella di fine quadriennio.

Nel secondo modo abbiamo confrontato la sopravvivenza a 4 anni dei soli pz incidenti (Kaplan Meyer e analisi di Cox) per i 3 quadrienni 2000-03, 2004-07 e 2008-11. Le variabili considerate nell'analisi multivariata sono state il periodo di inizio, età, genere, diabete

mellito, motivo del trattamento dialitico (renale o non renale), il referral (late se < 90 giorni) ed infine il tipo di trattamento (HD o DP). Per quest'ultimo l'analisi è stata condotta sia come ITT (trattamento considerato quello in atto a 30 giorni) o AT (trattamento considerato quello finale se effettuato almeno per 2 mesi prima dell'evento avverso). I pz trapiantati, trasferiti o con ripresa della FRR sono stati censurati.

4) Analisi del risparmio economico

La prevalenza del nostro Centro è stata confrontata con quella della regione Piemonte (Registro Piemontese di Dialisi e Trapianto). Sulla base della prevalenza della regione Piemonte è stato calcolato il numero di pz attesi per la popolazione della nostra ASL per ciascun anno del periodo considerato e quindi la differenza tra popolazione prevalente reale e quella attesa.

Utilizzando i dati CENSIS sui costi della dialisi nella nostra Regione abbiamo moltiplicato il costo unitario annuo del trattamento dialitico (36.162 Euro) per la differenza tra prevalenza reale e prevalenza attesa ottenendo così il risparmio economico.

Risultati

1 – Prevalenza

NUMERO DI PZ PREVALENTI IN DIALISI NELL'ASLCN2

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
num	113	113	103	108	104	107	103	95	85

PREVALENZA PER MILIONE DI ABITANTI DEI PZ IN DIALISI NELLA ASLCN2 E IN PIEMONTE

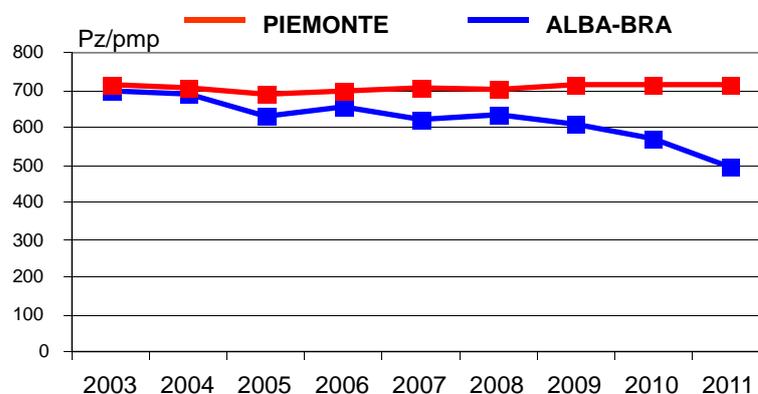


FIGURA 1

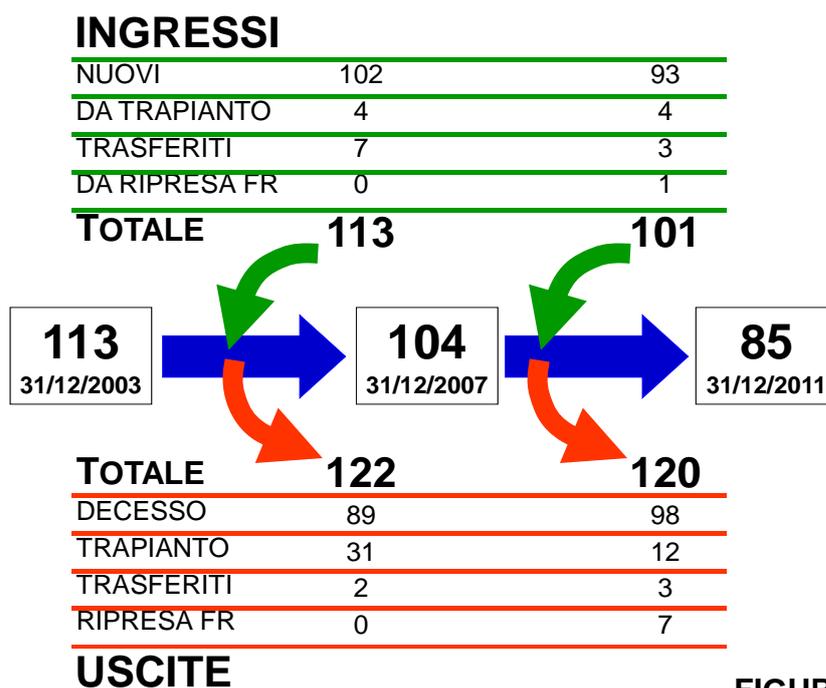
In **Figura 1** è riportata la prevalenza nei diversi anni sia in termini assoluti (numero di pz in trattamento dialitico al 31 dicembre di ogni anno) che quella rapportata al numero di abitanti della ASL CN2, sempre al 31 dicembre di ogni anno (pz per milione di abitanti, pmp), quest'ultima confrontata con quella della regione Piemonte.

Come si vede la prevalenza assoluta, passata da 113 pz a 85 pz è diminuita del 24,8% e quella relativa del 29,6%.

Per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione prevalente al 31 dicembre del 2003, del 2007 e del 2011 è risultata significativamente diversa solo l'età media che è passata rispettivamente da $65,1 \pm 13,9$ anni a $69,0 \pm 14,6$ a $69,7 \pm 15,0$ ($p < 0,05$).

Il DM (42,5% vs 41,3% vs 43,5% - $p = NS$), il genere (F) (31,9% vs 31,7% vs 36,5% - $p = NS$), l'utilizzo della DP (34,5% vs 31,7% vs 32,9% - $p = NS$) non sono cambiati in maniera significativa.

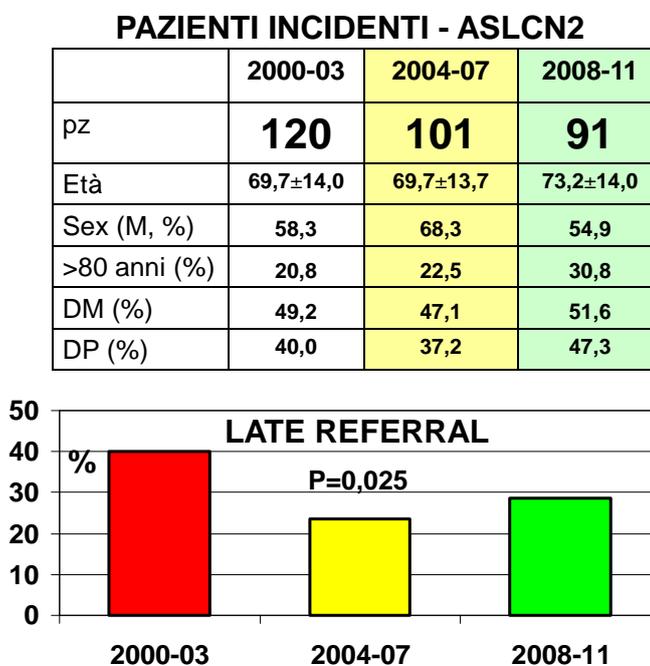
In **Figura 2** sono riportate le singole voci del bilancio di prevalenza negli anni.



2 – Incidenza

L'incidenza nei periodi 2000-03, 2004-07 e 2008-11 è stata rispettivamente di 120, 101 e 91 pz.

In **Figura 3** sono riportate le caratteristiche dei pazienti incidenti nei 3 quadrienni considerati.



Nessuna delle caratteristiche riportate in Figura 3 raggiungeva la significatività statistica eccetto il referral (**Figura 3**). Infatti l'incidenza nei periodi 2000-03, 2004-07 e 2008-11 dei pazienti LATE REFERRAL è stata del 40,0%, 23,5% e 28,6% (p=0,025).

3 – Durata della dialisi e sopravvivenza

DURATA IN DIALISI DEI PAZIENTI PREVALENTI

TUTTI

PERIODO	pz	MEDIANA (IQ)	MEDIA(DS)
2004-07	226	34,7 (11,7 – 66,3)	47,1 (51,4)
2008-11	205	34,7 (14,2 – 67,9)	50,6 (55,0)

DECEDUTI

PERIODO	pz	MEDIANA (IQ)	MEDIA(DS)
2004-07	89	26,5 (8,4-54,8)	39,6 (47,9)
2008-11	98	34,9 (10,2-72,8)	51,1 (50,7)

TRAPIANTATI

PERIODO	pz	MEDIANA (IQ)	MEDIA(DS)
2004-07	31	38,7 (28,0 – 67,1)	48,9 (31,3)
2008-11	12	38,4 (25,5-61,2)	46,9 (34,0)

FIGURA 4

Nella **Figura 4** è riportata la durata mediana (range interquartile, IQ) e media (DS) in mesi della dialisi di tutti i pazienti trattati nei periodi 2004-07 (226 pz) e 2008-11 (205 pz). Sempre in Figura 4 sono riportate le durate anche dei sottogruppi di pazienti deceduti e trapiantati nei 2 quadrienni. Come si vede il tempo trascorso in dialisi al termine di ciascun quadriennio è risultato praticamente sovrapponibile.

Per quanto riguarda la sopravvivenza a 4 anni delle 3 coorti di pz incidenti questa è risultata del **50,1%** nel periodo 2000-2003, del **45,5%** nel periodo 2004-2007 ed infine del **54,2%** nel periodo 2008-2011 (p=NS) (**Figura 5**).

SOPRAVVIVENZA A 4 ANNI DEI PAZIENTI INCIDENTI

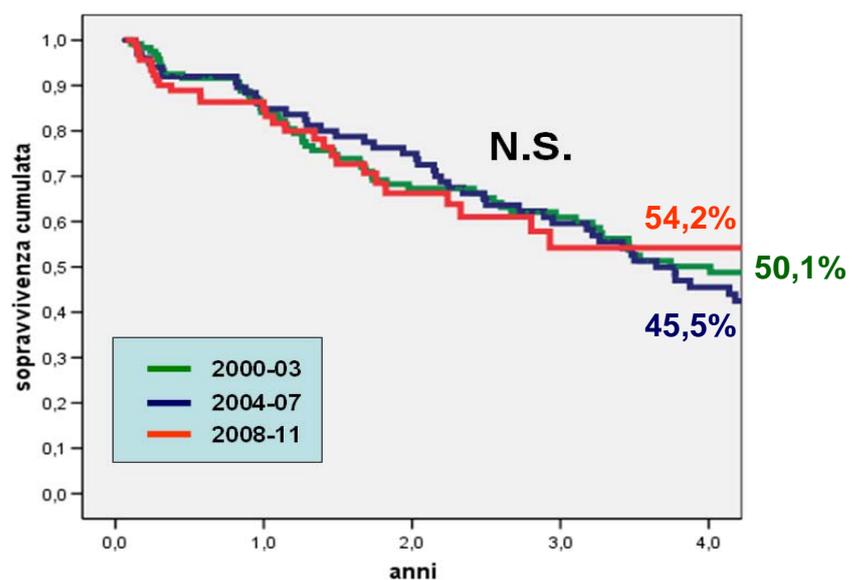


FIGURA 5

All'analisi multivariata la sopravvivenza era significativamente influenzata solo da età (IC95% 1,043 – 1,088 con HR 1,066 per 1 anno di età), diabete (IC95% 1,067-2,202 con HR 1,533) e dialisi effettuata per motivi non renali (IC95% 2,975 – 16,829 con HR 7,076) ma non dal genere, dal periodo e dal tipo di trattamento o dal referral.

4 – Risparmio economico

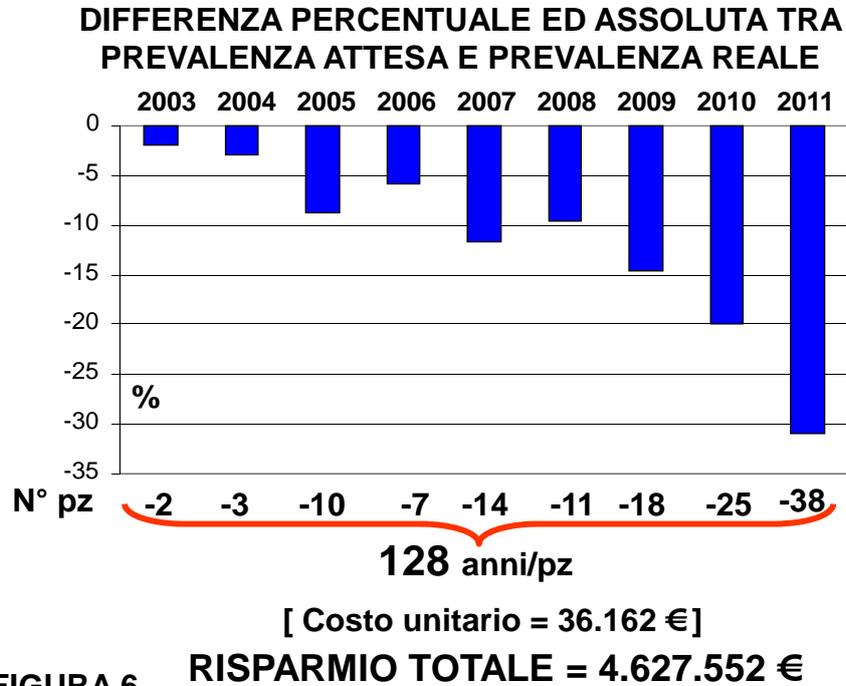


FIGURA 6

Nella **Figura 6** è riportata la differenza, sia come percentuale che come numero di pz, della prevalenza del nostro Centro al 31 dicembre di ogni anno rispetto alla prevalenza attesa calcolata sulla base della prevalenza regionale.

In base a questo calcolo il numero assoluto di pz risparmiati alla dialisi nel periodo 31/12/2003-31/12/2011 è stato di 128 anni/pz. Considerando un costo medio per 1 anno di trattamento dialitico di 36.162 Euro il risparmio totale stimato è di 4.627.552 Euro.

Conclusioni

Da questa analisi risulta che:

- 1) la prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico presso il nostro centro è diminuita negli ultimi 8 anni del 24,8%;
- 2) l'incidenza è diminuita del 25,2%;
- 3) la durata del trattamento dialitico è invariata, se non aumentata, e la sopravvivenza dei pazienti incidenti non è significativamente cambiata negli anni;
- 4) l'età media della popolazione prevalente è significativamente aumentata mentre le altre caratteristiche non si sono modificate in maniera significativa ad eccezione del numero di late referral che è significativamente diminuito.

Pertanto possiamo concludere che la diminuzione della prevalenza da noi osservata è attribuibile alla diminuzione dell'incidenza.

Ovviamente lo studio non consente di stabilire che tale riduzione sia attribuibile all'attività ambulatoriale svolta, anche se la riduzione dei late referral potrebbe esserne un indicatore.

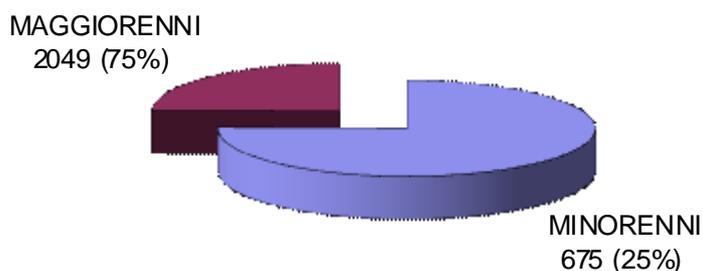
La riduzione della prevalenza è di entità tale da meritare ulteriori indagini che ne chiariscano le ragioni.

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2011

Gianluca Toselli, Laura Curletti, Marina Masenta

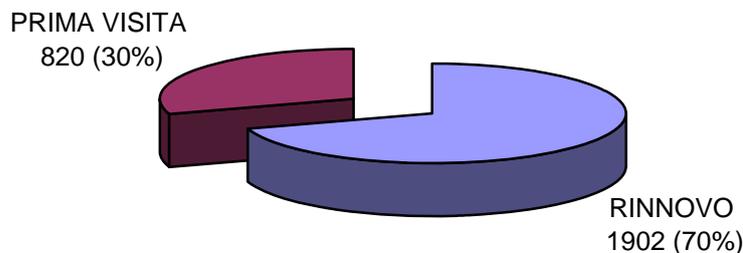
La S.O.S. di Medicina dello Sport dell'ASLCN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2011 un numero totale di 2724 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Graf. 1 - Visite agonistiche Anno 2011

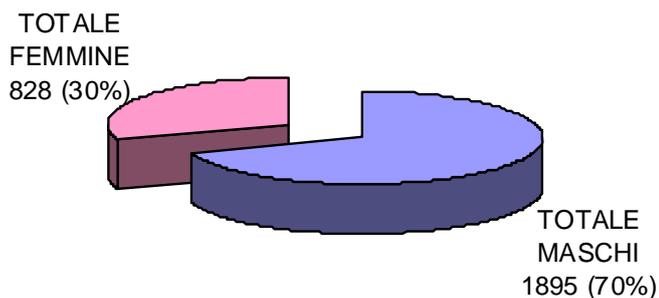


Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza dei soggetti che hanno effettuato le visite, i rinnovi e prime visite è illustrato nei Grafici 3 e 4.

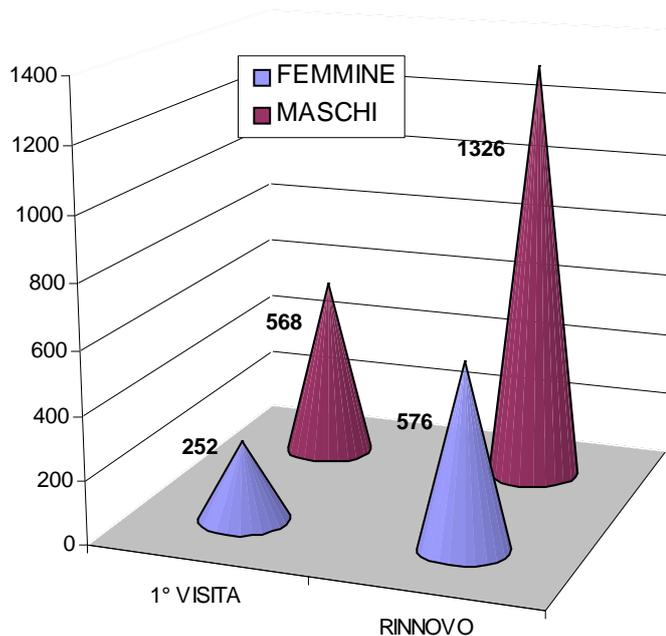
Graf. 2



Graf. 3 - Atleti suddivisi per sesso

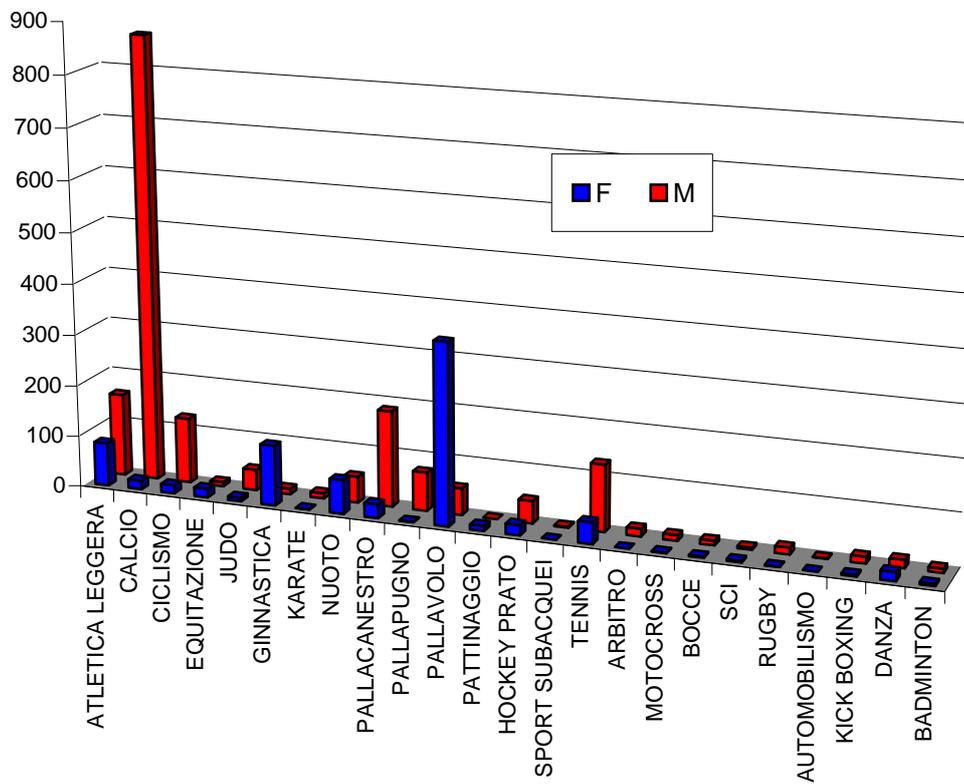


Graf. 4 Prime visite e rinnovi Anno 2011



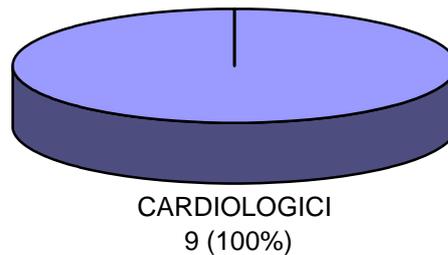
Nel grafico 5 è rappresentata la suddivisione tra maschi e femmine in base allo sport praticato.

Graf. 5 - Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportive anno 2011



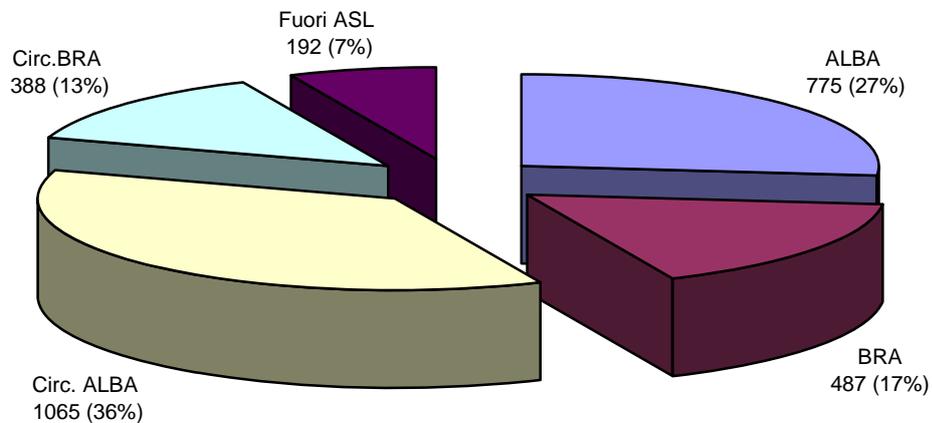
Nel Grafico 6 è rappresentata la tipologia di accertamenti diagnostici specialistici richiesti per il rilascio dell'idoneità agonistica.

Graf. 6 - Accertamenti diagnostici Anno 2011



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

Graf. 7- Luogo residenza atleti anno 2009



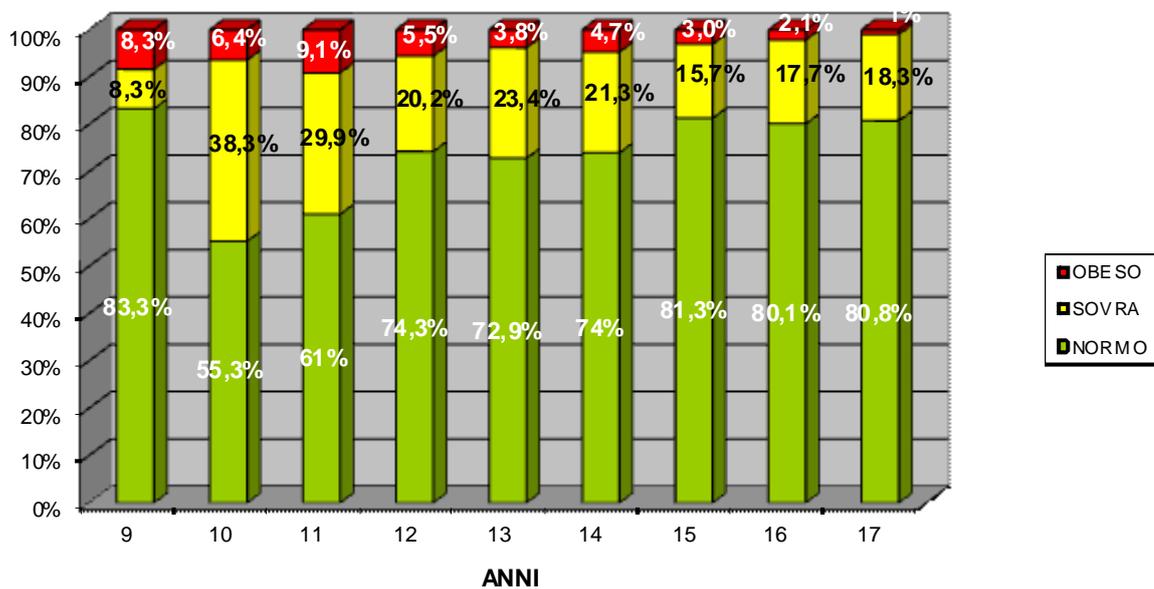
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening della stato di nutrizione della popolazione.

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

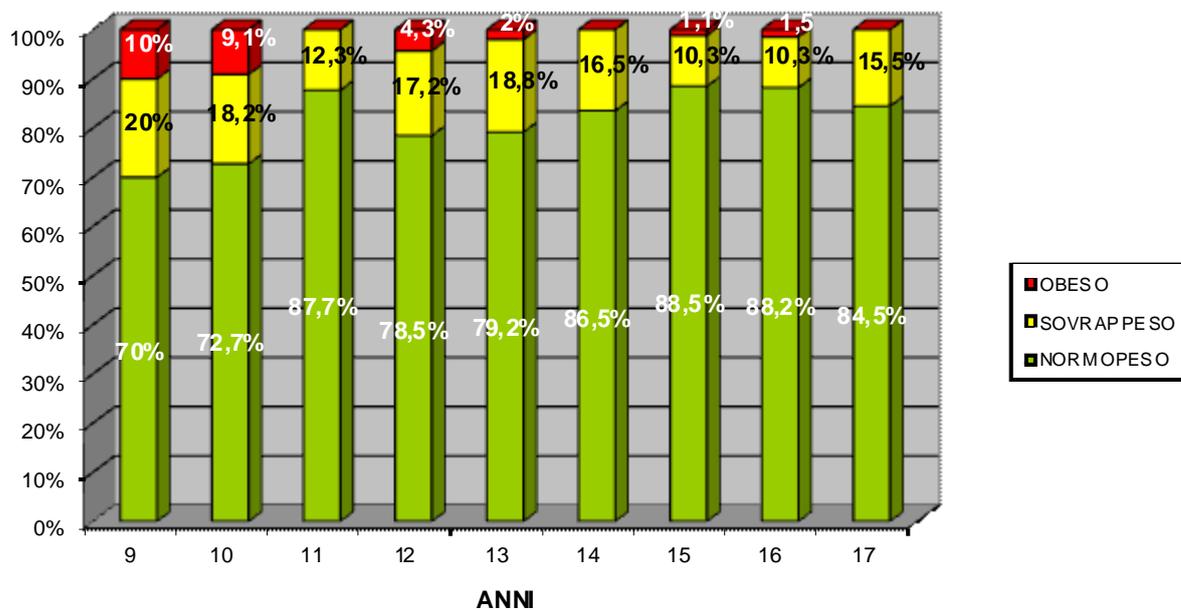
Nei grafici 8 e 9 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per età e sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2011.

Nel grafico 10 sono invece riportate le percentuali di soggetti maggiorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2011.

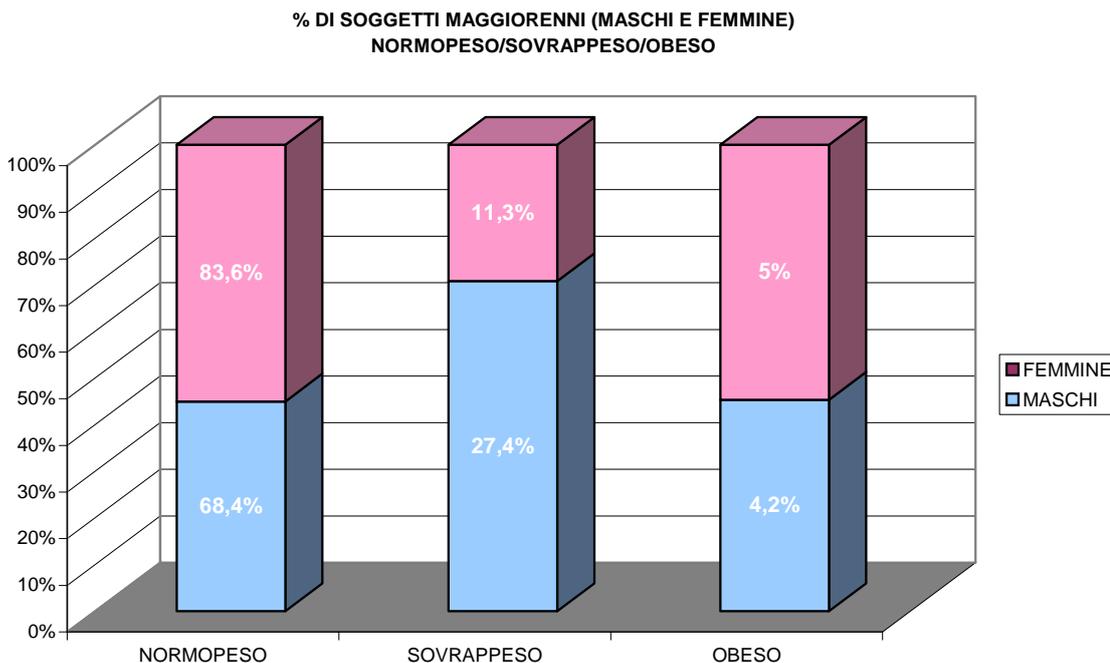
Graf. 8 - % DI SOGGETTI **MASCHI** NORMOPESO/SOVRAPPESO/OBESO TRA LA POPOLAZIONE DI 9-17 ANNI



Graf.9 - % DI SOGGETTI **FEMMINE** NORMOPESO/SOVRAPPESO/OBESO TRA LA POPOLAZIONE DI 9-17 ANNI



Graf.10 -



Conclusioni

I dati ottenuti consentono di effettuare talune considerazioni:

- la netta prevalenza del sesso maschile tra i praticanti l'attività sportiva (70% del totale)
- il calcio e la pallavolo risultano gli sport più praticati rispettivamente dai soggetti di sesso maschile e femminile
- gli accertamenti specialistici richiesti per dubbi diagnostici riguardano nella loro totalità l'ambito cardiologico. A tale proposito si tiene a precisare che il riscontro di anomalie quali deficit dell'acuità visiva o lievi dismorfismi del rachide non rappresentano generalmente situazioni cliniche di sospensione dell'idoneità, ma vengono comunque segnalati in corso di visita ed indirizzati ad eventuali accertamenti specialistici previo accordo con il medico curante.
- degno di nota il riscontro di soggetti con eccesso ponderale (sovrappeso ed obesi) nella popolazione giovanile soprattutto in età pre-puberale ed in particolare nei soggetti di sesso maschile. Tale riscontro, peraltro presente anche nei soggetti maggiorenni, riflette un andamento negativo nazionale che inquadra l'Italia tra i primi paesi in Europa con il maggior numero di bambini sovrappeso ed obesi.

Stili di vita inadeguati, ovvero alimentazione quantitativamente e/o qualitativamente errata unitamente a ridotto movimento fisico (la cosiddetta sindrome ipocinetica), rappresentano la principale causa del suddetto fenomeno il quale predispone all'insorgenza negli anni, laddove non contrastato, di patologie cronic-degenerative quali il diabete, le malattie cardio- e cerebro-vascolari etc. il cui costo socio-sanitario rischierà di far saltare i già precari equilibri dei sistemi sanitari del nostro Paese ed in generale di tutti i Paesi industrializzati del mondo.

Percorsi di sostegno alla genitorialità nella prima infanzia

Eugenia Baldi, Nadia Boido, Maria Teresa Bruni, Ilenia Costamagna,
Giuseppina Intravaia, Daniele Saglietti.

Premessa

Il neonato, fin dal suo concepimento, è inseparabile dal suo contesto familiare e i più precoci scambi emotivi con i genitori sono alla base di tutte le relazioni successive (Adler, 1908; Bowlby, 1989; Riva Crugnola, 2007; 1999; 1993; Sameroff e Emde, 1991).

L'esperienza della genitorialità, e della maternità in primo luogo, comportano nella vita delle persone un vero e proprio cambiamento. Nuove e intense emozioni accompagnano questa particolare situazione, caratterizzata dalla responsabilità di mantenere in vita un bambino, di regolare i suoi stati, di venire incontro ai suoi bisogni, di stabilire con lui un tipo di relazione completamente nuova (Ammaniti, 2001; 1995; Brazelton, Greenspan, 2001; Bronfenbrenner, 1986; Klaus, Kennell, 1998).

Attualmente nella società occidentale costituita in gran parte da famiglie nucleari, le donne, nel primo periodo di vita del figlio, non possono più contare sul supporto materiale e psicologico che nei tempi passati veniva fornito dalle figure femminili presenti nella famiglia estesa.

Spesso il confronto sull'esperienza della genitorialità viene ricercato nei libri di settore, nelle trasmissioni televisive con il rischio di una delega delle funzioni genitoriali ad esperti ed di un progressivo impoverimento delle proprie capacità e caratteristiche personali.

I servizi territoriali ed ospedalieri assistono da tempo ad un aumento di richieste da parte di neo-genitori che cercano il contatto con altri che abbiano vissuto l'esperienza della maternità, con cui scambiare informazioni, condividere paure, avere incoraggiamenti. Il confronto rispetto alle conoscenze e alle esperienze, fondamentali per contenere le fisiologiche ansie genitoriali, deve pertanto essere favorito anche dai servizi (Saglietti, Spano, 2002).

I genitori provano il bisogno di sapere come decodificare i segnali comportamentali del proprio bambino: senza questa capacità, soprattutto le madri, si sentono incompetenti e provano una sensazione di privazione che procura una forte ansia e rischia di influenzare negativamente il rapporto con il neonato. E' importante, e questo costituisce il fattore principale di qualsiasi prevenzione, sostenere i genitori nello svolgimento del loro compito e fornire loro strumenti per essere "genitori competenti". La promozione delle risorse delle famiglie avrà come conseguenza una facilitazione dello sviluppo affettivo, cognitivo e sociale dei bambini (Sanità News, 2010; Miller, Rustin, Shuttleworth, 1993).

Con i finanziamenti previsti dalla legge 285/97, e successive integrazioni, prese avvio, nel 2004, il Progetto "Sostegno alla Genitorialità", un Progetto Integrato promosso dalla SOC Psicologia in integrazione con le SS.OO.CC.di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, e dei Consorzi Socio Assistenziali.

Si tratta di un intervento integrato e multidisciplinare finalizzato alla promozione della reciprocità nell'interazione tra genitore e bambino sin dai primissimi giorni di vita.

Nel lontano 2003, tramite interviste e questionari preparati ad hoc, rivolti ad un campione di famiglie con bambini nel primo anno di vita e ad operatori sociosanitari, fu compiuta un'indagine conoscitiva per ricostruire ed evidenziare i punti di forza e criticità dei servizi erogati nel 'percorso nascita'; si rilevò il periodo post-partum come 'critico'.

Emerse la necessità di individuare uno spazio e un tempo in cui i genitori potessero comunicare e confrontare i propri vissuti ed eventuali difficoltà con altre coppie e figure professionali. L'ipotesi era che la possibilità di verificare la 'normalità' di alcune difficoltà e paure permettesse di ridefinire in positivo l'immagine di sé come genitori, e aiutasse il superamento di sentimenti di inadeguatezza rispetto alla capacità di prendersi cura e capire il proprio bambino, favorendo quindi il consolidamento di una reciproca sintonizzazione emotiva.

Sia ad Alba, coordinato dalla dottoressa Intravaia, che a Bra, coordinato dalla dottoressa Bruni, presso la Struttura di Psicologia, è stato attivato un progetto sulla genitorialità in stretta collaborazione con le strutture che si occupano di prima infanzia, in particolare la Pediatria, proponendo momenti di incontro per i neo-genitori, articolati in modalità leggermente diverse a partire dalle realtà contingenti già presenti nei due distretti, Alba e Bra.

Ad Alba è attivo uno 'spazio' di supporto alla genitorialità che si tiene nella sala Gosso dell'Ospedale, ogni terzo mercoledì del mese, dalle ore 16.00. Si tratta di una sorta di prosecuzione del percorso iniziato con il corso di preparazione al parto, che vede coinvolti insieme psicologo, pediatra e infermiera pediatrica. Il gruppo di genitori, che si conosce avendo già frequentato insieme il corso, si ritrova e si confronta con gli operatori a partire da

una serie di richieste di informazioni pratiche, ma non solo. Le tematiche affrontate nei gruppi di confronto riguardano la promozione e la gestione dell'allattamento al seno, la profilassi vaccinale, l'igiene del neonato, la prevenzione della morte in culla, la sicurezza stradale e domestica... Accanto a questi temi legati alla 'salute fisica', risultano altrettanto significative tematiche di carattere psicologico-relazionale quali la comunicazione con il neonato, l'attribuzione di significato al pianto, la gestione della relazione con i figli già esistenti...

A Bra è nata l'idea del "Cantuccio della Mamma" pensato come luogo di osservazione e di ascolto rivolto alle mamme e ai papà di neonati da 0 a 6 mesi. Questo spazio si poneva essenzialmente le seguenti finalità:

- L'integrazione di Servizi già esistenti, utilizzando un nuovo modo di lavorare che permettesse un approccio multidisciplinare alla famiglia, garantendo accogliimento, ascolto e supporto;
- La prevenzione primaria del disagio psicologico infantile, nella convinzione però che non fosse possibile aiutare i bambini senza aiutare gli adulti nella loro funzione genitoriale;
- L'offerta di un Servizio che non fornisse sempre risposte preconfezionate, che a lungo andare producono meccanismi di delega ed una conseguente deresponsabilizzazione da parte dei genitori.

Alla luce dell'esperienza portata avanti fino ad oggi è possibile sostenere la positività degli obiettivi con cui il Progetto stesso era nato, e delle modalità successive con cui si è sviluppato.

Vengono illustrate di seguito le articolazioni del progetto, includendo tutti i Servizi attivi all'interno del Percorso Nascita.

CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Nell'ambito del corso è previsto un incontro con la psicologa che si attua in orario serale (ore 21.00) ed è rivolto alla coppia.

Il tema dell'incontro è il neonato, descritto in chiave psicologica ed emotiva dal momento del concepimento fino ai primi mesi dopo il parto. Vengono inoltre trattate le emozioni e le trasformazioni delle mamme, dei papà e della coppia.

Sono inoltre illustrati i servizi offerti dall'A.S.L. per quanto riguarda la nascita e la prima infanzia (rooming in, gruppo di sostegno al parto in reparto, Cantuccio della Mamma, Cerchio delle Mamme e Papà, Corso di Massaggio Infantile, Sportello Mamma Papà 0-3 anni).

La modalità dell'incontro è interattiva, basata sul dialogo e sul confronto lasciando spazio alle domande e alle considerazioni della futura coppia genitoriale.

CANTUCCIO DELLA MAMMA

Il Cantuccio della Mamma, e con esso tutti i Servizi collegati, si colloca all'interno degli interventi di Prevenzione Primaria del disagio psicologico, in particolare per quanto riguarda il Sostegno alla Genitorialità nei primi 6 mesi di vita del neonato.

Gli obiettivi principali sono:

- Investire sulla promozione di una buona qualità della comunicazione e della relazione genitore-figlio, incidendo, seppur indirettamente, anche sulle dinamiche intrafamiliari migliorando la qualità di vita delle famiglie stesse;
- Sostenere, accogliere ed ascoltare il "triangolo primario" (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 2001) con la sua storia e la sua modalità relazionale, adottando un atteggiamento non valutativo, affinché questo possa trovare al suo interno il proprio equilibrio emotivo-relazionale;
- Agire in modo integrato da parte degli operatori in modo da evitare la parcellizzazione degli interventi e restituire ai genitori un'immagine globale del loro bambino;
- Rispondere a richieste spesso implicite dell'utenza.

Ovviamente questo tipo di Progetto si presenta non sempre facile da comprendere e da realizzare perché richiede:

- Lungimiranza, in quanto intervento di Prevenzione Primaria;
- Investimento sul futuro, in quanto il riscontro positivo dell'intervento è verificabile solo a lungo termine.

Il Cantuccio delle Mamme è aperto una volta alla settimana, il mercoledì mattina dalle ore 9.00 alle 12.00; l'accesso è libero e non richiede prenotazione; gli operatori previsti sono una psicologa, una vigilatrice d'infanzia ed un'ostetrica.

Questo Servizio si trova nel P.O. Santo Spirito di Bra, non all'interno di un reparto bensì in uno dei cortili attigui; tale collocazione permette alle mamme un facile accesso al Servizio in

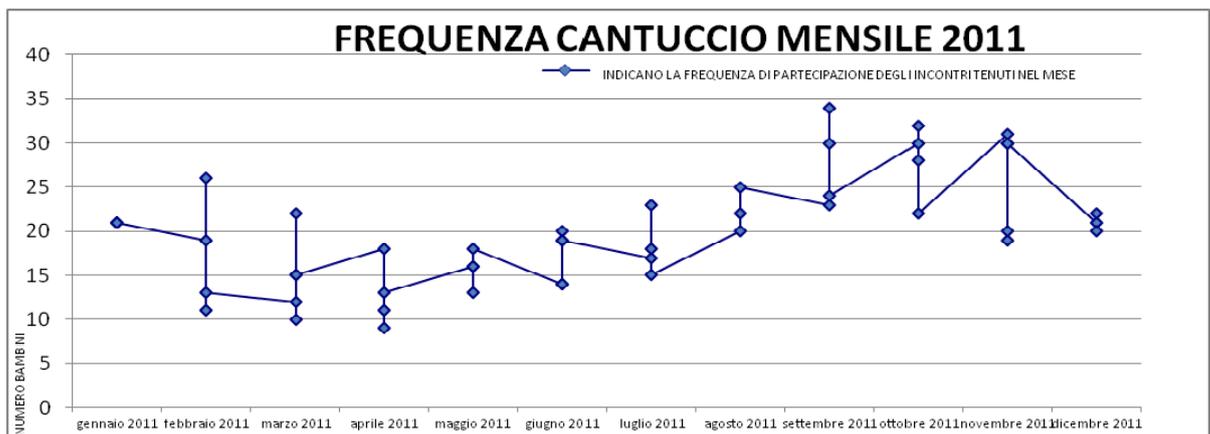
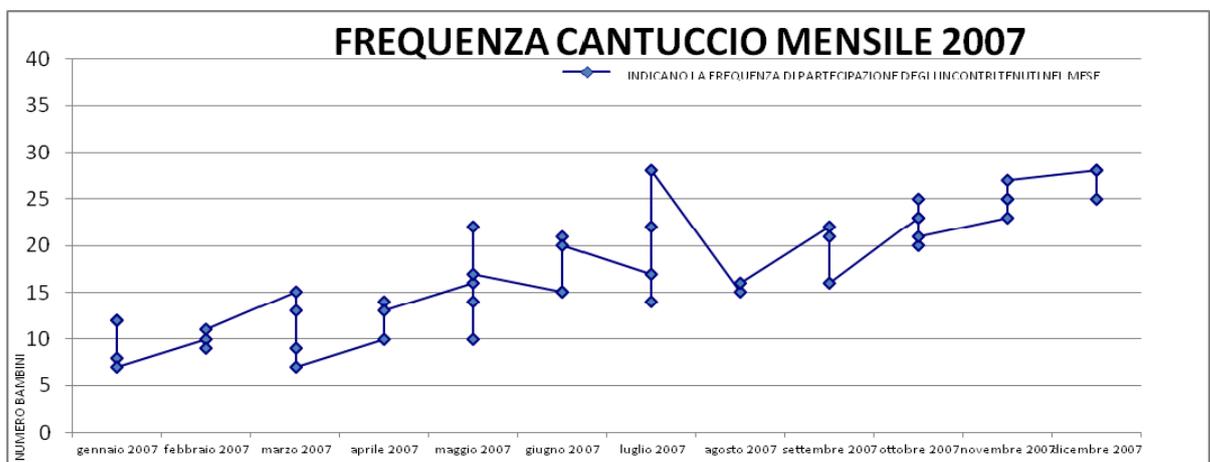
un contesto non strettamente ospedaliero. È uno spazio socializzante. Gli obiettivi principali sono il supporto alle prime relazioni mamma bambino e il rinforzo o il recupero delle competenze e delle risorse genitoriali. La metodologia adottata privilegia l'ascolto empatico; l'atteggiamento dell'operatore non è di valutazione ma di accoglienza e contenimento.

All'interno di questo approccio diventa possibile facilitare vissuti di benessere a livello relazionale, promuovere una buona qualità della comunicazione e della relazione genitore-bambino in contesti di normalità; sostenere ed accogliere i neonati con le loro storie personali e le loro prime modalità relazionali.

Frequentano il cantuccio, seppur in modo più saltuario, i papà che portano la loro esperienza da un punto di vista diverso e sempre arricchente. Si riscontra anche la presenza di nonni, spesso delle nonne che si occuperanno del bambino al ritorno al lavoro della mamma. Affrontare insieme gli argomenti di crescita del bambino permette una continuità e coerenza educativa nel tempo.

Nelle situazioni in cui si riscontra un rischio psicopatologico viene offerto alla mamma o alla coppia un percorso di sostegno o psicoterapia presso il servizio di Psicologia dello Sviluppo.

Illustriamo i dati quantitativi con alcuni grafici della frequenza.



L'affluenza è aumentata nel corso degli anni (dal 2007 ad oggi), con una mediana che negli ultimi anni si è stabilizzata a 20 presenze nel giorno di apertura.

Sono anche aumentate le presenze delle mamme straniere di diverse etnie (albanese, romena, macedone, africana, peruviana, argentina) le quali accedono in modo continuativo e non saltuario, dandosi e offrendo l'opportunità di integrarsi nella realtà italiana, in uno spazio di confronto. (Nell'anno 2011 i bambini con almeno un genitore straniero sono stati 28 su un totale di 185 presenze pari al 15%).

All'interno del Cantuccio della Mamma sono state avviati, in integrazione al Servizio esistente:

IL CERCHIO DELLE MAMME E DEI PAPÀ

È stato attivato da gennaio 2011. È un percorso di gruppo aperto che si svolge su più temi; gli incontri sono quindicinali. L'obiettivo principale è il supporto alla funzione genitoriale attraverso il gruppo.

È nato dall'esigenza stessa delle mamme di avere uno spazio di ascolto e di riflessione di gruppo. Da un'analisi del contenuto delle domande singole che le mamme ponevano alla psicologa, sono stati individuati alcuni temi sui quali sono stati strutturati gli incontri. I temi proposti sono: rielaborazione dei vissuti del travaglio e del parto; allattamento al seno, allattamento artificiale e bilancia; stati comportamentali e linguaggio dei neonati; nuove dinamiche familiari; gelosia dei fratellini e sorelline; gestione prime separazioni e ritorno al lavoro; proposte ludico-relazionali.

Si attuano 3 cerchi all'anno di 7 incontri ciascuno.

Dai dati quantitativi raccolti è emerso che la partecipazione media per ogni incontro è di 7 mamme, alle quali a volte si aggiungono i papà o i nonni.

Dall'inizio ad ora si è riscontrata la presenza continuativa di 5 mamme straniere.

Sulla sede di Bra, con la caratteristica di essere rivolto principalmente a piccoli gruppi di neo mamme con i loro bambini è attivo il CORSO DI MASSAGGIO INFANTILE (A.I.M.I.)

L'A.I.M.I. è l'Associazione Italiana di Massaggio Infantile, che fa parte dell'International Association of Infant Massage (I.A.I.M.), fondata in America nel 1977 da Vimala McClure. L'obiettivo dell'I.A.I.M. è quello di favorire il contatto e la comunicazione attraverso corsi, attività di formazione e ricerche in modo che i genitori, i bambini e chi si prende cura di loro siano amati, valorizzati e rispettati dall'intera comunità mondiale. Il massaggio del bambino non è una tecnica, ma un modo di stare ed essere con il proprio bambino. Il massaggio infantile è semplice: ogni genitore può apprenderlo facilmente; è flessibile e si può adattare alle esigenze del bambino durante le diverse fasi della sua crescita. È uno strumento per aiutare i genitori a comprendere meglio il loro bambino e per rafforzarne la fiducia reciproca. Con il massaggio possiamo accompagnare, proteggere e stimolare la crescita e la salute del nostro bambino; esso si propone come mezzo privilegiato per comunicare ed essere in contatto con lui.

L'evidenza clinica (Anzieu, 1987; Auckett, 1982; Leboyer, 1996; Mc Clure, 2001; Montagu, 1981) e recenti ricerche (De Stasio, 2009; Onozawa, Glover, Adams, Modi, Kumar, 2001) hanno confermato l'effetto positivo del massaggio sullo sviluppo e sulla maturazione del bambino a diversi livelli.

In sintesi è risultato che il Massaggio Infantile:

- È volto a favorire, stimolare e proteggere la salute dei neonati;
- Facilita la conoscenza delle varie parti del corpo permettendo la formazione di un'immagine di sé amata e sostenuta;
- È un mezzo di comunicazione privilegiato con il bambino, che favorisce il legame di attaccamento e rinforza la relazione genitore-bambino.

Le madri percepiscono i benefici del Massaggio quali:

- la stimolazione e la regolarizzazione del sistema circolatorio, respiratorio, muscolare, immunitario e gastro-intestinale;
- il sostegno nella regolazione del ritmo sonno-veglia;
- l'opportunità di un profondo contatto affettivo con il proprio bambino.

Il corso proposto si articola in 5 incontri, una volta alla settimana, della durata di un'ora e mezza circa, in cui si affrontano i seguenti argomenti: la teoria e la pratica del massaggio; il rilassamento della mamma; discussione sul legame madre-padre-bambino; la comunicazione non verbale; il massaggio al bambino più grande; il trattamento di manifestazioni molto frequenti nella primissima infanzia quali stipsi, meteorismo, coliche addominali, il pianto, il massaggio e il bambino prematuro; la richiesta di permesso al bambino; il contenimento. Viene inoltre consegnato, durante gli incontri, il materiale didattico utile.

Le mamme sono invitate a compilare, al termine del quarto incontro, una scheda di valutazione del corso; dalle loro risposte emerge un desiderio sempre maggiore di rilassamento per loro e per i loro bambini; affiora altresì la necessità e il bisogno di confrontarsi e di condividere emozioni ed esperienze. Il corso offre alle mamme, in questo senso, uno spazio da dedicare a loro stesse e alla relazione con il proprio bambino.

L'esperienza è stata proposta anche alle madri di bambini con problematiche fisiche, che hanno potuto sperimentare il tocco dolce e il contenimento come modalità di comunicazione preferenziale con il proprio figlio; nello stesso tempo le mamme stesse hanno potuto sperimentare su di sé il vantaggio del contenimento del gruppo nell'elaborazione dei loro vissuti specifici.

Sono stati proposti corsi di massaggio infantile individuale a mamme con difficoltà psicologiche di relazione con il proprio bambino oppure con una sintomatologia depressiva lieve, in associazione a colloqui di supporto psicologico con una psicologa psicoterapeuta.

L'adesione ai corsi di massaggio è stata numerosa, con un'affluenza pari a 152 bambini massaggiati nel periodo settembre 2010 fino ad oggi (settembre 2012).

Negli ultimi tempi è aumentato il numero dei padri che partecipa ad almeno un incontro del corso di massaggio del proprio bambino.

Sulla sede di Alba, con la caratteristica di essere rivolto principalmente ai singoli genitori ed al loro neonato, è attivo il PERCORSO DI SENSIBILIZZAZIONE FAVORENTE LA COMUNICAZIONE PSICOTATTILE.

All'interno del grembo materno il bambino riceve numerosi stimoli sensoriali: percepisce i rumori del corpo della madre e i suoi movimenti, i suoni del mondo esterno...ma soprattutto, essendo circondato e sostenuto completamente dall'utero, è sottoposto a un'intensa stimolazione tattile. Il legame che si viene a creare fra i genitori e il loro nuovo figlio (*bonding: forte attaccamento fisico, emozionale, spirituale*), attraverso il contatto della pelle e la vicinanza dei corpi subito dopo la nascita, si sviluppa nel bambino attraverso il contatto, la vista, l'udito, il gusto, l'odorato. Inizialmente il sistema di comunicazione del bambino è un sistema non verbale. Coinvolge gesti e segnali emotivi: sorrisi, occhiate assertive, espressioni corruciate, indicare con il dito, prendere e restituire, negoziare e via dicendo. Lo scambio di gesti dal significato emotivo aiuta i bambini ad apprendere, a percepire e a rispondere a segnali emotivi e a formare un senso di sé (T. B. Brazelton, S. I. Greenspan, 2000). Gli affetti e le emozioni hanno svolto quindi, fin dalle origini dello sviluppo, un ruolo di regolazione delle prime interazioni del bambino, oltre che di organizzazione del suo mondo interno intrapsichico in via di formazione, fungendo contemporaneamente da prima codifica della realtà circostante (Riva Crugnola, 1999). Anche l'antropologo Ashley Montagu (1981) ritiene probabile che negli uomini il contatto pelle a pelle abbia favorito lo sviluppo di rapporti emozionalmente e affettivamente sani. Le carezze attivano la via nervosa (fibre nervose C) al cervello e questo viene stimolato a produrre ormoni appaganti, le endorfine, che danno sensazione di piacere e rilassamento. A livello evolutivo la presenza di queste fibre servirebbe per rafforzare le relazioni sociali e per trasmettere ai bambini un senso di appagamento quando sono accarezzati dai genitori. Facilitare lo sviluppo della comunicazione psicotattile nei primi mesi di vita del neonato favorisce quindi lo sviluppo psicofisico con molteplici benefici, quali il rilassamento, il contatto emozionale e lo sviluppo della coscienza corporea.

Nell'ambito delle prestazioni erogate dalla S.O.C. di Psicologia, è contemplato uno specifico percorso di promozione della salute rivolto ai neogenitori, individualmente o in coppia, finalizzato a favorire la comunicazione psicotattile con il proprio bambino. L'obiettivo del percorso è di offrire un'esperienza guidata per conoscere gli *effetti* fisici, organici e relazionali del contenimento, del tenere in braccio il bambino e della stimolazione tattile, mediante la sperimentazione della metodica del "massaggio del neonato". Gli incontri con i genitori e il neonato possono essere effettuati sia presso la sede della S.O.C. di Psicologia ad Alba, sia presso il domicilio del neonato oppure in alcune circostanze presso Comunità per minori (es. minore con genitori collocati in strutture residenziali per disposizione dell'Autorità Giudiziaria). L'opportunità di partecipare a questi specifici incontri è generalmente concordata con gli operatori della S.O.C. di Pediatria (Nido Pediatrico dell'Ospedale di Alba), qualora nell'ambito della degenza successiva alla nascita siano riscontrate specifiche necessità dei neogenitori di seguire percorsi individuali di apprendimento del massaggio o peculiari condizioni del neonato. La partecipazione ai percorsi favorevoli lo sviluppo della comunicazione psicotattile è risultato infatti particolarmente utile nelle situazioni di presunto rischio psico – sociale e in condizione di prematuranza. Alla nascita del bambino, accolta la richiesta degli operatori della S.O.C. di Pediatria, la Psicologa e l'Assistente Sanitaria programmano con i neogenitori, generalmente conosciuti durante il periodo di degenza post-natale, un incontro illustrativo del massaggio e il successivo percorso di sperimentazione articolato in tre-quattro incontri. A partire dalla condivisione di materiale audio-video illustrativo del massaggio che coinvolge tutto il corpo del neonato, i genitori sono accompagnati a sperimentare attivamente la ricchezza del linguaggio tattile con il proprio figlio. Nell'ambito del percorso, sia in presenza degli operatori, sia nella continuazione dell'esperienza in ambito familiare, i genitori sono sensibilizzati a prestare attenzione alle reazioni del bambino, adeguandosi a lui, accarezzandolo delicatamente e rispondendo ai suoi bisogni; a riconoscere che il loro bambino, quale essere speciale e unico, ha preferenze personali riguardo al suo bisogno di contatto tenero e affettuoso. L'invito rivolto ai genitori è quindi di iniziare a sviluppare una modalità comunicativa flessibile e personale, che cambierà e si adeguerà ai bisogni e alla crescita del figlio.

Infine, la coppia genitoriale attraverso la sperimentazione del massaggio ha l'opportunità di riflettere sull'esperienza dell'interazione e comunicazione con il proprio bambino approfondendo e arricchendo la reciproca conoscenza.

I piccoli hanno bisogno di latte, sì. Ma più ancora di essere amati e di ricevere carezze. Nel bimbo piccolo la pelle viene prima di ogni altra cosa e bisogna prenderne cura, nutrirla. Con amore. Non con le creme. Essere portati, cullati, carezzati, essere tenuti, massaggiati, sono tutti nutrimenti per i bambini piccoli, indispensabili, come le vitamine, i sali minerali e le proteine, se non di più. (F. Leboyer, 1996.)

SCALA DI VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE (SVC-24, Laicardi, 1998)

L'ascolto delle esperienze portate dai genitori ha fatto scaturire una nuova proposta che ha preso avvio recentemente e che viene sperimentato sulla sede braidese.

Spesso le mamme mettono in evidenza come l'opportunità di piacere relazionale sperimentata nel Cantuccio sia più difficilmente attuabile nell'ambiente domestico, nel quale le piccole ma numerose urgenze quotidiane prendono il sopravvento; i padri dal canto loro invidiano alle compagne la possibilità di frequentare con continuità questo spazio di riflessione e di conoscenza del bambino. Si è quindi pensato di fornire ai genitori uno strumento di osservazione del comportamento del bambino in un contesto di interazione reciproca nel loro ambiente di vita.

Si consegna ai genitori la Scala di Valutazione Comportamentale (SVC) per genitori di bambini da due a sei mesi, strutturata nella forma sperimentale (SVC-24) di C. Laicardi. È uno strumento costruito sulla base dell'ipotesi della teoria sociale-cognitiva, secondo cui da un lato il neonato ha precoci capacità di interagire con l'ambiente sociale che lo circonda e dall'altro l'interazione con gli adulti significativi nelle prime fasi di vita crea un rifugio naturale per lo sviluppo delle competenze emotivo-cognitive del neonato.

La scala descrive il comportamento del bambino in cinque contesti di vita quotidiana: durante il pasto, nel gioco faccia a faccia con l'adulto, nel gioco con un oggetto sonoro, durante il cambio del pannolino, quando è da solo nel lettino e non interagisce con l'adulto. Sono particolarmente interessanti i fattori trasversali a tutta la Scala, che vanno ad indagare aree specifiche: interazione gratificante, conoscenza condivisa, apatia o assenza di attività, consolabilità.

La scala viene consegnata ad entrambi i genitori con la richiesta di compilazione individuale. Periodicamente viene organizzata una serata di restituzione ai genitori su quanto emerso dalle loro osservazioni.

Ad oggi sono stati riconsegnati 93 questionari.

I dati sono in corso di elaborazione sia a livello quantitativo che qualitativo.

Si riportano, come esempio, le risposte dei neogenitori ed alcune prime considerazioni da parte degli operatori, suscitate dall'analisi della seguente domanda: *Secondo Lei da quanti e quali fattori dipende una buona crescita psicologica del bambino nei primi sei mesi di vita?*

Si riporta la tabella riassuntiva delle risposte fornite dai genitori.

RISPOSTA	N. MADRI	N. PADRI	TOTALE
SERENITA' FAMILIARE	19	19	38
AMORE/AFFETTO	8	10	18
TRANQUILLITA'/CALMA/PAZIENZA DEI GENITORI	7	5	12
COLLABORAZIONE DI ENTRAMBI I GENITORI	7	5	12
RELAZIONE/DIALOGO/COMUNICAZIONE CON BAMBINO	7	4	11
GIOCO/STIMOLI VISIVI SONORI	9	2	11
CONTATTO FISICO	5	1	6
BUONA RELAZIONE MAMMA BAMBINO	5	0	5
ATTENZIONE ALLE ESIGENZE DEL BAMBINO	3	2	5
ALIMENTAZIONE	0	3	3
REGOLE	2	0	2
LEGGERE LIBRI AL BAMBINO	2	0	2
OPINIONI DI ESPERTI	0	1	1
ALTRO	1	1	2

Pare significativo che 38 risposte riguardino la serenità familiare: sembra che i neo genitori abbiano ben presente come la qualità dello sviluppo psicosomatico di un bambino sia in stretta correlazione all'ambiente relazionale in cui si svolge l'accudimento.

12 risposte indicano la necessità della presenza e della collaborazione di entrambi i genitori, che rimanda al recente concetto di "cogenitorialità" (McHale, 2010) intesa come la relazione tra i due genitori che si coordinano nella condivisione dell'accudimento fisico e psichico del proprio bambino. A questo proposito occorre notare come nessun padre abbia indicato quale fattore importante la sola "buona relazione madre-bambino"; questo elemento, unito alle altre risposte, fa emergere l'immagine di un padre maggiormente attivo e partecipe nel prendersi cura, fin dai primi mesi, del proprio figlio.

SPORTELLLO MAMMA E PAPÀ

È uno Spazio di Consulenza Psicologica Breve, volto a favorire lo sviluppo di una buona relazione fra i genitori e il loro bambino, nella fascia d'età 0-3 anni. Lo Sportello aiuta ad affrontare le difficoltà che si possono incontrare nel crescere il proprio bambino e a cogliere situazioni di disagio al loro insorgere (alimentazione, sonno, prime separazioni, pianto, aggressività, educazione al vasino).

I colloqui si svolgono, previo appuntamento, presso la S.O.C. Psicologia, Area dello Sviluppo:

- presso l'Ospedale S.Spirito di Bra, tel. 0172.420239 - operatori di riferimento: Dott.ssa Maria Teresa Bruni*, Dott.ssa Laura Lusso*, Dott.ssa Ilenia Costamagna**, Dott.ssa Federica Barbero***;
- presso la sede di Via Vida 10 ad Alba, tel. 0173.316070 - operatori di riferimento: Dott.ssa Giuseppina Intravaia*, Dott.ssa Paola Di Pierro*, Dott.ssa Nadia Boido*, Dott.ssa Laura Lusso*.

*Psicologa Psicoterapeuta, **Psicologa borsista ricercatrice, *** Psicologa in formazione.

Conclusioni

- La buona e costante affluenza registrata in questi anni indica come questo tipo di servizi colga i bisogni e le richieste delle coppie di neogenitori che possono essere sintetizzate nel concetto di benessere relazionale e di supporto psicologico. È sempre più necessario costruire intorno alla neo coppia genitoriale una valida rete sociale di solidarietà e di confronto per prevenire l'isolamento e la solitudine, fattori di rischio fortemente invalidanti nel periodo perinatale.
- L'aver cura dei genitori fin dalla loro nascita come tali consente di attuare un efficace intervento preventivo nell'intento sia di promuovere la salute e il benessere, sia di individuare le situazioni a rischio. Questo comporta una nuova concezione di cura che centra l'attenzione sull'insieme relazionale piuttosto che sul solo bambino, intervenendo clinicamente solo in presenza di rischi o psicopatologia.
- In questo tipo di servizi risulta cruciale un approccio, da parte degli operatori, empatico e non valutativo, orientato all'ascolto piuttosto che a fornire risposte preconfezionate, un approccio che privilegi l'empowerment delle capacità e delle competenze di ogni genitore nella cura dei propri bambini piuttosto che la delega agli esperti e alle istituzioni.

Bibliografia

1. Adler, A. (1908), Il bisogno di tenerezza del bambino, *Riv. Psicol. Indiv.*, N. 59, p.p. 7-15.
2. Ammaniti, M. (1995) *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
3. Ammaniti, M. (a cura di) (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
4. Anzieu, D. (1987), *L'io-pelle*, Borla Editore, Milano.
5. Auckett, A. (1982), *Massaggio per i vostri bambini*, Red Edizioni, Como.
6. Bowlby, J. (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
7. Brazelton, T.B., Greenspan, S.I. (2001), *I bisogni irrinunciabili dei bambini*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
8. Bronfenbrenner, U. (1986), *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna.
9. Cena, L., Imbasciati, A., Baldoni, F. (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento*, Springer-Verlag, Milano.
10. De Stasio, S. (2009), Infant Massage: fattore facilitante nelle interazioni diadiche primarie?, in *Corpo Narrante*, N. 1, pp. 1-12.
11. Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999), *The Primary Triangle. A developmental systems view of mothers, fathers and infants*, Basic Books, New York. Trad. it *Il triangolo primario*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
12. Klaus, M., Kennell, J. (1998), *Dove comincia l'amore. I primi contatti con il neonato*, Bollati Boringhieri, Torino.
13. Laicardi, C. (1998), *Genitori Competenti. Scale di Valutazione Comportamentale (SVC) per Genitori di Bambini da due a sei mesi*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
14. Leboyer, F. (1996), *Shantala. L'arte del massaggio indiano per far crescere i bambini felici*, Sonzogno, Milano.
15. Levi, G. (1999), *Una finestra sull'infanzia*, Borla, Roma.
16. Mc Clure, V. (2001), *Massaggio al bambino, messaggio d'amore*, Bonomi, Pavia.
17. Mc Hale, J.P. (2010), *La sfida della cogenitorialità*, Cortina, Milano.
18. Miller, L., Rustin, M. e Shuttleworth, J. (1993), *Neonati visti da vicino. L'osservazione secondo il modello Tavistock*, Astrolabio, Roma.
19. Montagu, A. (1981), *Il linguaggio della pelle. Il senso del tatto nello sviluppo fisico e comportamentale del bambino*, Garzanti, Milano.
20. Morin, E. (2000), *La testa ben fatta*, Cortina, Milano.
21. Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N. & Kumar, R.C. (2001), Infant Massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression, in *Journal of Affective Disorder*, N. 63, p.p. 201-207.
22. Riva Crugnola, C. (a cura di) (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
23. Riva Crugnola, C. (1999), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
24. Riva Crugnola, C. (2007), *Il bambino e le sue relazioni. Attaccamento e individualità tra teoria e osservazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
25. Rosenbluth, D. (1991), *Mio figlio ha meno di un anno*, Armando Editore, Roma.
26. Saglietti, D., Spano, I. (2002), *La psicologia nei servizi sanitari*, Sapere, Padova.
27. Salute 18, *Allattamento materno: come, quando, perché?*, Regione Piemonte – Azienda regionale A.S.L. 18 Alba-Bra – Dipartimento Materno Infantile.
28. Sameroff, A.J., Emde, R.N. (a cura di) (1991), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino.
29. Sanità News (2010), *La stabilità interiore nell'adulto dipende dalle carenze ricevute da piccolo*, art. del 27.7.2010, www.pediatric.it
30. Vallino, D. e Macciò, M. (2004), *Essere neonati. Questioni psicoanalitiche*, Borla, Roma.

Sitografia

- www.aslcn2.it
- www.psicologia18.it
- www.mipaonline.com
- www.aimionline.it
- www.aulascienze.scuola.zanichelli.it

Primum non nocere: L'evoluzione della farmacovigilanza ed suoi nuovi orizzonti

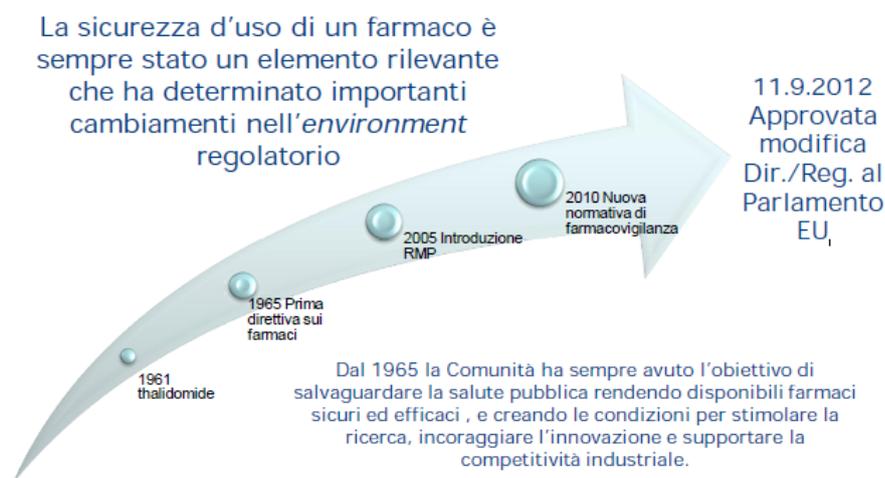
Maria Margherita Avataneo, Andrea Riberi

Introduzione

In Italia la "cultura" della farmacovigilanza ha sempre trovato difficoltà a svilupparsi ed è sempre stata considerata un obbligo o un controllo burocratico piuttosto che una disciplina della ricerca medica e farmacologica.

A partire dal 2001 la normativa europea ha cercato di "armonizzare" le procedure di segnalazione delle reazioni avverse da farmaci (ADR) con leggi condivise dai diversi Stati Membri e, seppur ancora con diversi limiti, ha definito ruoli e modalità operative ed ha ribadito che la segnalazione spontanea continua ad essere il nucleo centrale di qualsiasi sistema di farmacovigilanza. Al fine di raccogliere le informazioni sulla sicurezza dei farmaci in Europa, rendendole disponibili per la comunità scientifica nonché le autorità regolatorie, fu istituito nel 2001 il database centralizzato EUDRAVIGILANCE e, in ambito nazionale, la Rete Nazionale di Farmacovigilanza. Malgrado ciò, in Italia il fenomeno della "sottosegnalazione" delle reazioni avverse da farmaci è rimasto pressoché invariato ed il numero delle segnalazioni è decisamente inferiore rispetto a quanto si osserva in altre Nazioni. Anche l'introduzione della SCHEDA UNICA e della nuova normativa del 2010 non hanno consentito il raggiungimento dello standard OMS di segnalazioni in Italia (300 ADR/1.000.000 abitanti). Individuate le principali cause di *under-reporting*, sono nati in questi ultimi anni diversi Progetti finanziati dall'AIFA al fine di potenziare la **segnalazione spontanea**, tra cui FARMATERR (Farmacovigilanza, Informazione, Appropriatezza prescrittiva sul Territorio) cui anche la Nostra ASL ha aderito ad inizio 2012.

Farmacovigilanza ed evoluzione normativa



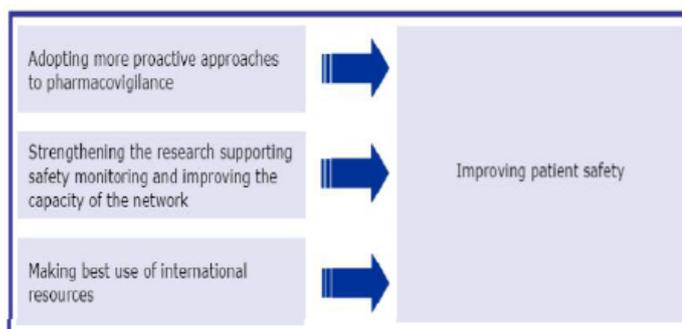
Nuova normativa (2012)

Tra le aree strategiche individuate nella *mission* di EMA compare per la prima volta l'ottimizzazione dell'uso sicuro e razionale dei farmaci (vedi immagine seguente). Non solo la nuova normativa 2012 rafforza l'attuale sistema di monitoraggio della sicurezza dei farmaci con un potenziamento degli studi di fase IV (post-marketing surveillance), rendendolo più robusto e trasparente, ma garantisce una più efficace rilevazione, valutazione, comprensione e prevenzione delle reazioni avverse o qualsiasi altro problema legato ai farmaci.



3. Strategic Area 3: Optimising the Safe and Rational Use of Medicines

La nuova normativa rafforzerà l'attuale sistema di monitoraggio della sicurezza dei farmaci, rendendolo più robusto e trasparente. Aiuterà ad assicurare una maggiore sicurezza per i pazienti e a migliorare la salute pubblica attraverso una più efficace rilevazione, valutazione, comprensione e prevenzione delle reazioni avverse o qualsiasi altro problema legato ai farmaci



La nuova legislazione di farmacovigilanza, modificando la definizione di reazione avversa, ha esteso l'ambito di interesse anche a tutti gli effetti nocivi non voluti correlati agli usi non conformi alle autorizzazioni ministeriali, quali gli usi off-label, i sovradosaggi, gli usi a scopi autolesivi, ma anche la mancata compliance da parte del paziente, l'errata assunzione del farmaco (quali ad esempio farmaci *sound alike* e *looks alike*, ossia simili tra loro o per nome commerciale o per confezionamento), la mancata efficacia, le reazioni connesse all'esposizione professionale (vedi immagine sottostante).

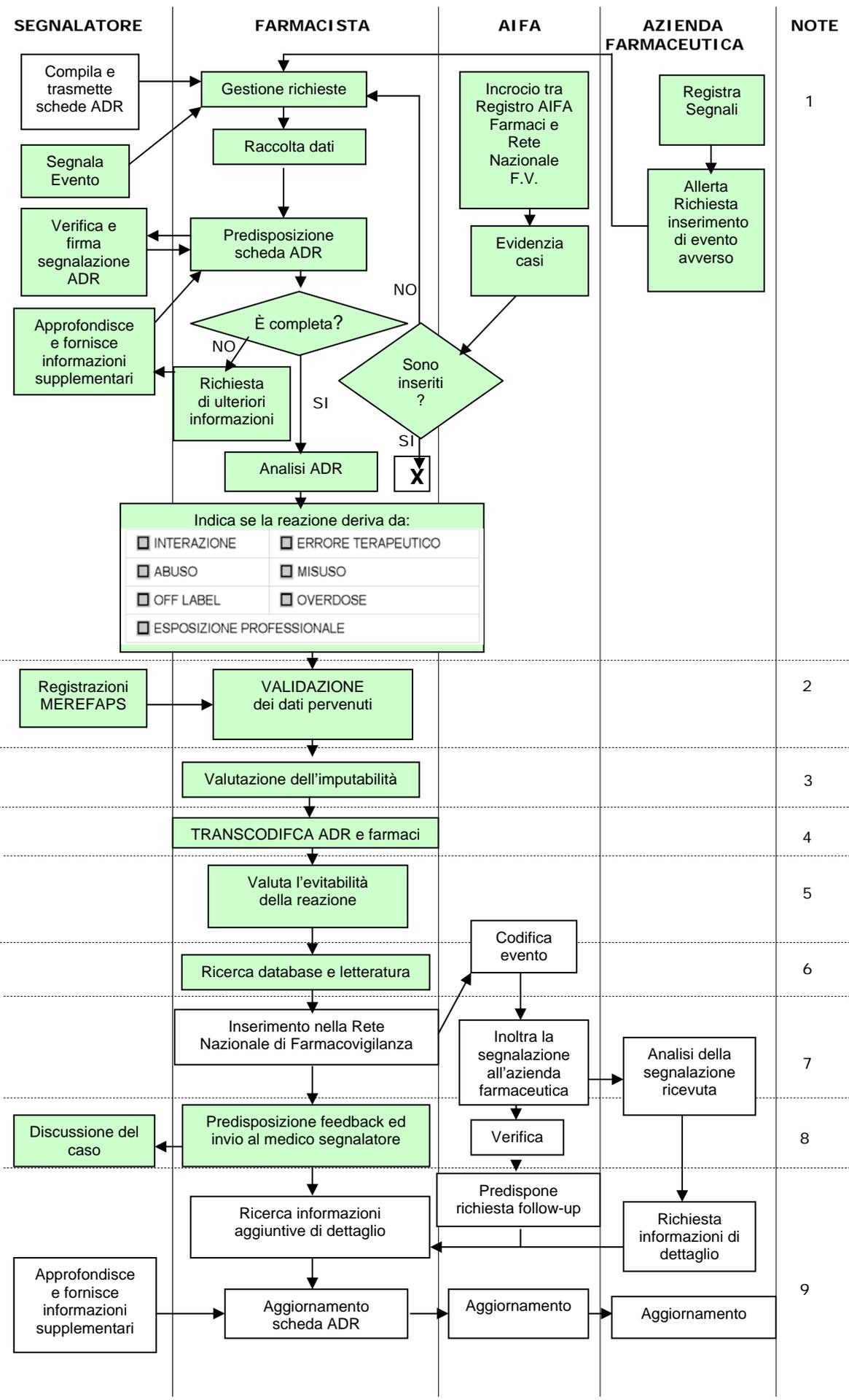
1. Nuova definizione di Reazione Avversa

Effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale

- **conformemente alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio,**
- **agli errori terapeutici**
- **agli usi non conformi alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio,**
 - **incluso il sovradosaggio,**
 - **l'uso improprio,**
 - **l'abuso del medicinale,**
- **nonché associato all'esposizione per motivi professionali.**

La nuova normativa nonché la ricerca di nuovi interventi finalizzati alla riduzione del fenomeno dell'under-reporting hanno comportato una completa riorganizzazione delle procedure relative all'attività di farmacovigilanza. Nella flow chart che segue viene riportata la procedura, evidenziando le nuove attività (caselle in verde), nonché le interazioni tra i diversi interlocutori.

Tale riorganizzazione consente il passaggio dal vecchio sistema unidirezionale (medico -> farmacista) ad una metodologia circolare, senza perdere l'occasione per rendere la segnalazione ADR un "pretesto" per un approfondimento ed un arricchimento culturale di tutti gli operatori coinvolti.



Analisi dei dati

Con questo nostro lavoro abbiamo inteso valutare l'impatto dell'attività di farmacovigilanza attiva da noi condotta nonché l'efficacia delle attività volte alla promozione della segnalazione spontanea delle ADR. A tal fine sono state prese in considerazione le ADR pervenute nel corso del quinquennio 2007-2012.

ADR - Nel periodo in studio sono pervenute all'Asl CN2 289 ADR: 40 nel 2007 di cui il 57% da specialisti della prevenzione (SP), il 27% da medici ospedalieri (MO), il 12% da MMG e il 2% da Altri. Nel 2008 le ADR sono state 62, provenienti per il 60% da farmacisti, il 38% da SP, il 2% dagli specialisti. Nel corso del 2009 sono state segnalate 31 reazioni avverse inviate per il 91% da SP, il 6% da MO ed il 3% da MMG. Nel corso del 2010 le ADR sono risultate 22, di cui l'82% da SP ed il 18% da MO (Fig.1).

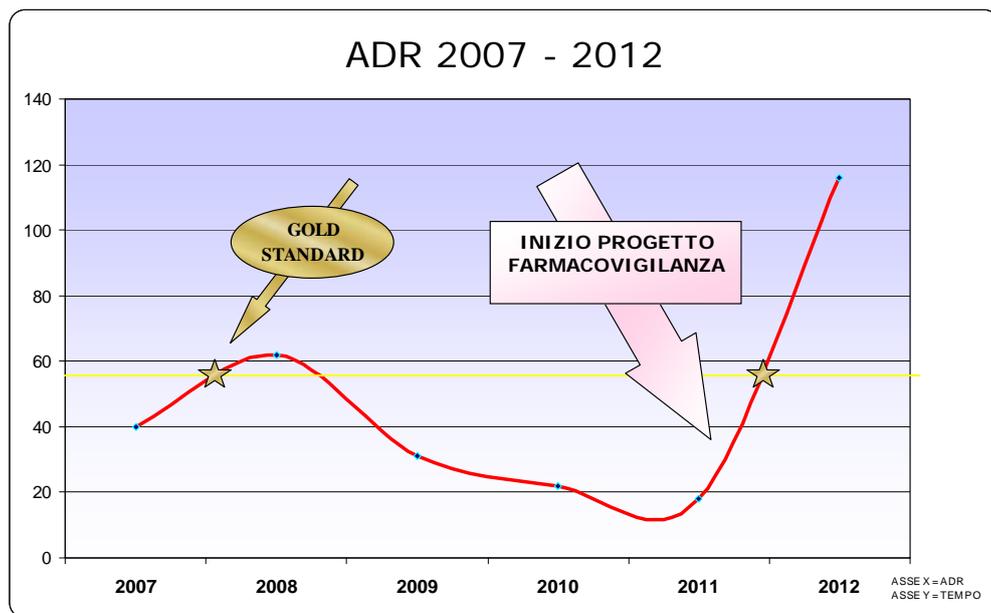


Fig.1

Nel 2011 sono state segnalate 18 ADR delle quali il 61% da SP, il 28% dai MO, il 6% da farmacisti e il 6% dai MMG. Nel periodo Gennaio – Ottobre 2012 abbiamo registrato nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza 116 ADR di cui il 60% provenienti da MMG, il 14% dai farmacisti, il 2% da SP, il 21% da MO e il 3% dagli specialisti (Fig. 2)

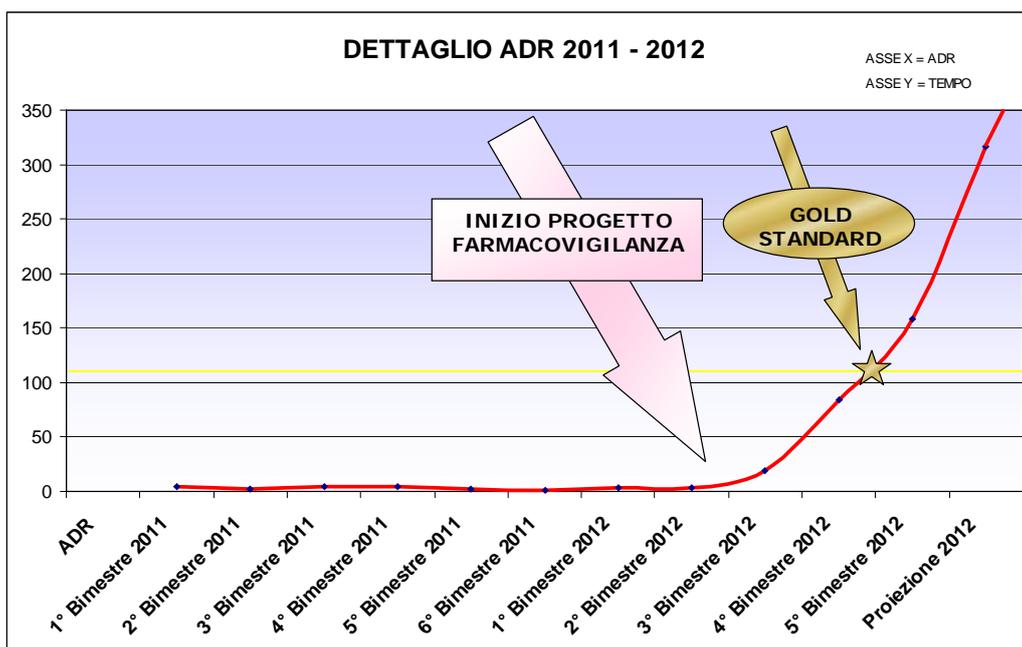


Fig.2

La partecipazione attiva del farmacista, esperto in farmacovigilanza, nella raccolta delle ADR con progetti finalizzati (2008-2009 in oncologia, 2012 con MMG), ha consentito il raggiungimento/superamento del Gold Standard definito dall'OMS. (Fig. 3)

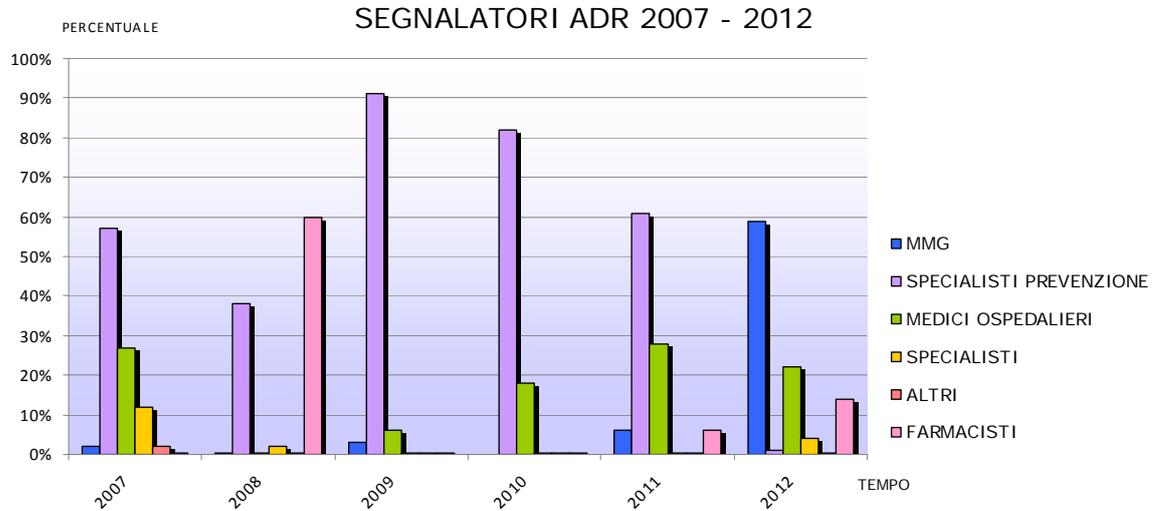


Fig. 3

I vaccini hanno rappresentato il 57% delle reazioni avverse annuali pervenute presso l'Asl CN2 nel 2007 (23 ADR), il 35% nel 2008 (22 ADR), il 91% nel 2009 (27 ADR), l'82% nel 2010 (15 ADR), il 35% nel 2011 (22 ADR).

La maggior parte delle segnalazioni pervenute nel corso del 2012 sono causate dai farmaci del sistema nervoso (N), ai quali seguono i cardiovascolari (C), gli antimicrobici generali (J), gli antineoplastici (L), i farmaci del sangue e degli organi emato-poietici (B), del sistema muscolo scheletrico (M) e dell'apparato gastrointestinale (A). (Fig 4)

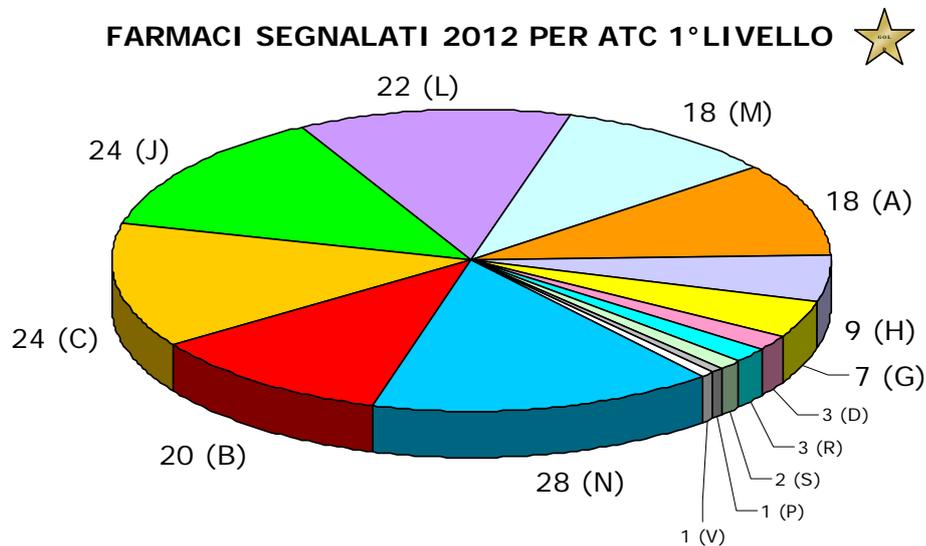


Fig. 4

In relazione alla gravità delle ADR segnalate, quelle non gravi rappresentano mediamente il 70% delle segnalazioni, fatta eccezione per gli anni sino al 2009 in cui esse rappresentavano circa l'80%. Inoltre, nel corso del 2011 le reazioni avverse che hanno determinato ospedalizzazione o prolungamento di essa hanno superato il 20% delle segnalazioni. Compagnano, per la prima volta nel corso del 2012 le segnalazioni di ADR considerate GRAVI che, pur non mettendo il paziente in pericolo di vita o determinandone l'ospedalizzazione, risultano tali per l'entità (e il grado) rispetto a quanto previsto dalla scheda tecnica. (vedi fig 5)

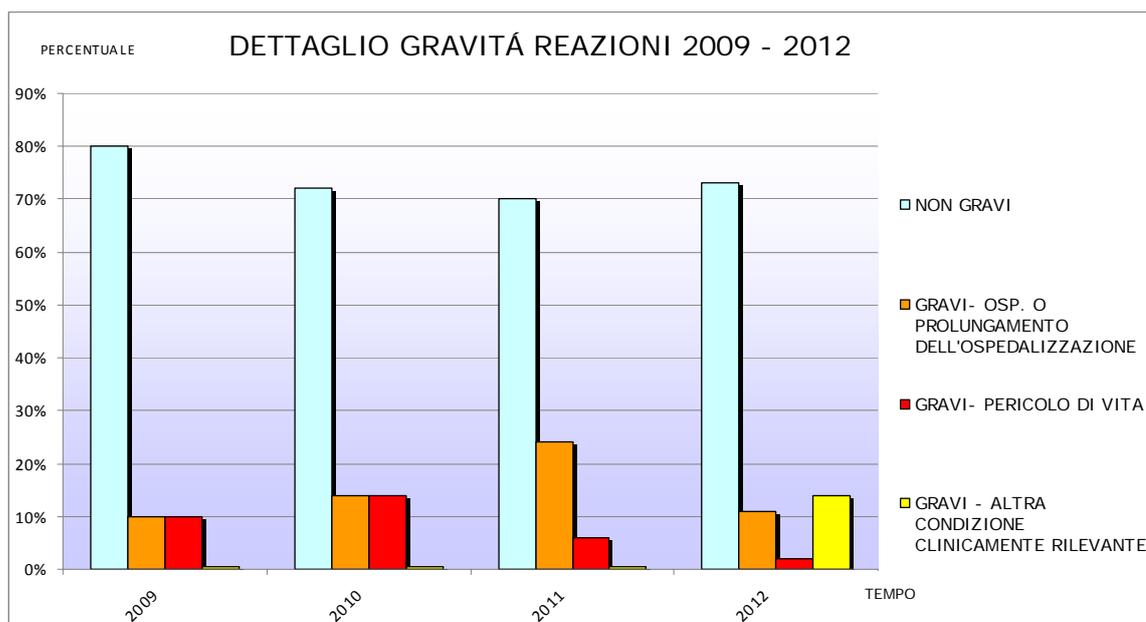


Fig.5

Nuove attività

Nella tabella che segue sono state prese in considerazione le nuove attività correlate alla Farmacovigilanza.

Tab 1: Nuove Attività correlate alla Farmacovigilanza	QUANTITÀ
Feedback segnalazioni reazione avverse (al 31/10/2012)	86
Presentazione frontale all'Equipe di MMG e Specialisti Ambulatoriali Interni	5
Report comparativi costo terapia	1
Raccolta dati e predisposizione scheda ADR	8
Follow-up	5
Informazioni di dettaglio richieste dalle Aziende Farmaceutiche	7
Verifica ADR da sistemi AIFA_ONCO	25
Registrazioni e verifica scarti schede MEREFAPS nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza	16
Ricerche bibliografiche e case reports	116
Segnalazione a partenza Azienda Farmaceutica	3
Valutazioni farmaci concomitanti	5
Analisi Interazioni eventuali e interventi possibili	38
Valutazione nesso causale (algoritmi Naranjo e Jones)	140
Elaborazione di note informative	68
Newsletter (Farmaco@vigilanza)	5
Creazione di situazioni di approfondimento ed arricchimento culturale	35
Presentazione casi clinici e loro discussione	6

Conclusioni

L'incoraggiante incremento delle segnalazioni spontanee di reazione avverse a farmaci nella nostra Asl evidenzia una accresciuta consapevolezza del fatto che si sa molto poco sul rischio di un farmaco quando esso entra in commercio e che il rischio si caratterizza con il tempo e con l'uso.

La sottosegnalazione in farmacovigilanza è un problema culturale. E la naturale acquisizione di tale patrimonio culturale deriva dalla compilazione della scheda di reazione avversa. L'intervento attivo del farmacista esperto in farmacovigilanza può contribuire ad accrescere la consapevolezza e la sensibilità degli operatori sanitari su tali aspetti. Nel segnalare spontaneamente le reazioni avverse il medico realizza un altro obiettivo della sua professione, cioè la prevenzione, ovvero condividere la sua esperienza con altri affinché gli altri evitino, se possibile, che tale evento si riproponga in un altro paziente. Infine, nel

lanciare un allarme, il quale potrà essere o meno amplificato da altre segnalazioni simili, viene generato un segnale che, se validato, potrà portare a una serie di provvedimenti, dalla modifica del foglietto illustrativo al ritiro del farmaco in oggetto. La segnalazione spontanea diventa dunque anche uno strumento di tutela del medico nell'operare quotidiano e di riduzione del rischio clinico. Si partecipa, in ultima analisi, al fine ultimo della professione medica: la salvaguardia della salute dei pazienti e degli operatori. Questa è la chiave di lettura della farmacovigilanza.

Medicina di genere: l'uso degli antiepilettici

Maria Margherita Avataneo

Introduzione

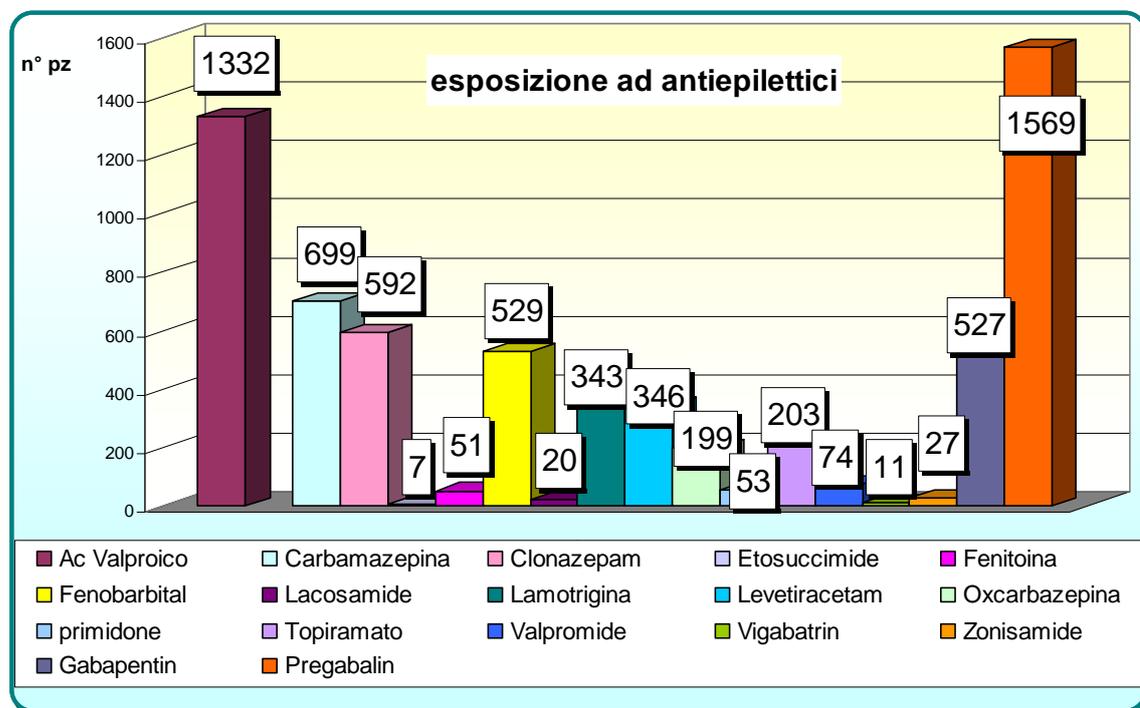
E' probabile che la maggior parte delle prescrizioni di numerosi farmaci antiepilettici sia attualmente effettuata per il trattamento di malattie diverse dall'epilessia quali ad esempio il dolore neuropatico, l'emicrania, disturbi d'ansia generalizzata ed alcuni disturbi psichiatrici (profilassi degli episodi depressivi maggiori, degli episodi (ipo)maniacali e degli episodi misti, come stabilizzanti dell'umore) . Questo fenomeno si è andato gradualmente accentuando nel corso degli ultimi due decenni ma non è certo nuovo. Altrettanto nota è la teratogenicità dei farmaci antiepilettici.

La prevalenza dell'epilessia nelle donne in gravidanza è stata stimata intorno allo 0,3-0,7% (1,2). È noto che i bambini nati da donne affette da epilessia hanno un aumentato rischio di malformazioni congenite principalmente dovuto all'effetto teratogeno dei farmaci antiepilettici piuttosto che alla malattia epilettica materna (2,3).

Per il feto la monoterapia è risultata più sicura, in quanto è associata ad un minore rischio di malformazioni congenite (4-7). Diversi studi hanno anche suggerito che gli antiepilettici di vecchia generazione, in particolare l'acido valproico, hanno maggiori probabilità di causare malformazioni congenite rispetto ai nuovi. Tuttavia, i dati sulla sicurezza dell'esposizione ad antiepilettici di nuova generazione durante il primo trimestre di gravidanza sono limitati.

Inoltre, alcuni farmaci antiepilettici sono stati associati a ridotte capacità cognitive nei bambini esposti in utero. Sono sorte, inoltre, alcune preoccupazioni relative agli effetti che esercita sul bambino l'allattamento al seno durante il trattamento con antiepilettici(8).

Fig. 1: ASL CN2: esposizione dei pazienti ai singoli antiepilettici nel corso del 2011



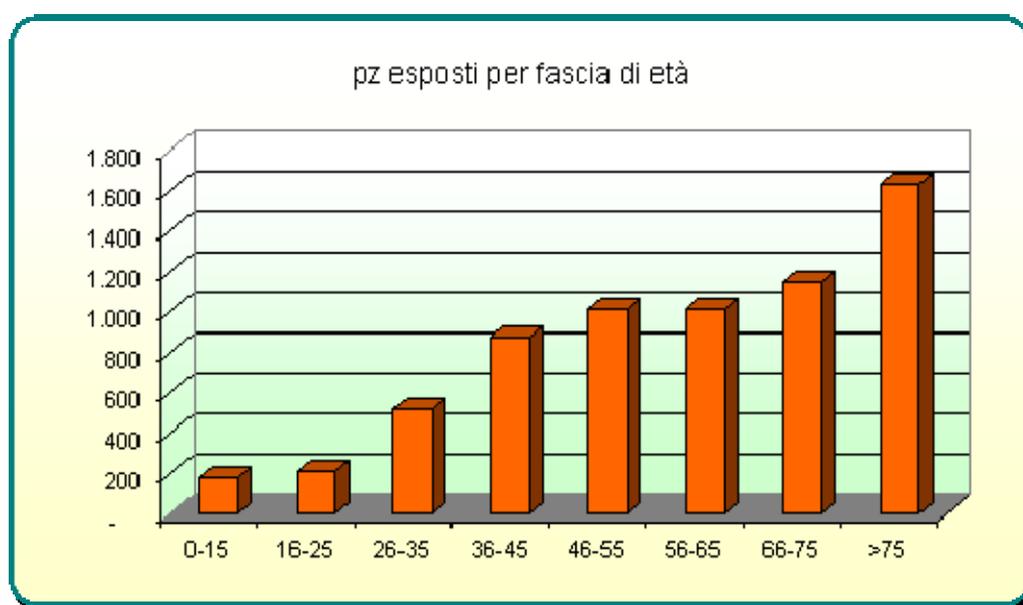
Analisi dei dati

Sono stati analizzati i dati relativi ai pazienti dell'ASL CN2 esposti ad antiepilettici nel corso del 2011 a partire dal DataBase delle prescrizioni SSN.

Complessivamente risultano trattati con antiepilettici 2.601 maschi e 3.059 femmine nel corso del 2011. Ben 749 soggetti hanno inoltre ricevuto una politerapia, risultando pertanto esposti a più di una molecola contemporaneamente. In ordine decrescente di esposizione, ben 1.569 pazienti hanno fatto uso di Pregabalin, 1.332 di Ac Valproico, 699 di Carbamazepina, 592 di Clonazepam, 527 di Gabapentina, 529 di Fenobarbital, 346 di Levetiracetam, 343 di Lamotrigina ecc (Fig.1).

L'analisi per fascia di età evidenzia inoltre un incremento del numero di pazienti esposti ad antiepilettici all'aumentare dell'età fino ai 45 anni, una stabilizzazione tra i 46 ed i 65 anni ed un nuovo incremento dopo i 66 anni (Fig.2).

Fig 2: Distribuzione per fascia di età



Fascia di età	anni	0-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75
totale pz esposti	N°	176	212	516	870	1.011	1.010	1.153	1.634

Nella Tabella I vengono riportati in dettaglio i pazienti esposti ai singoli principi attivi, distribuiti per sesso ed età. Va tuttavia osservato che ben 749 assistiti sono contemporaneamente esposti a più di una molecola di antiepilettici, ben 580 risultano contemporaneamente in cura con 2 diversi antiepilettici, 132 ne ricevono 3, 29 ne utilizzano 4 e altri otto ne utilizzano 5 o 6. (Tab II)

Nelle femmine, relativamente alla **fascia di età fertile (16-45 aa)**, le esposizioni ad un antiepilettico risultano ben 728 e coinvolgono prevalentemente Ac Valproico (28%), seguito da Lamotrigina (14%), Carbamazepina (12%), Pregabalin (11%), Topiramato (9%), Clonazepam (7%), Fenobarbital (5%) e Levetiracetam, Oxcarbazepina e Gabapentin (4% cad).

Sempre in età fertile, un minor numero di donne risulta esposta a politerapia rispetto ai maschi, in particolare all'utilizzo di due diverse molecole rispetto alla popolazione generale di trattati. Tale differenza scompare quando i farmaci in terapia sono 3 o più (Tab II).

Inoltre in età fertile, delle 201 assistite esposte ad Ac Valproico, ben 49 pazienti sono risultate esposte a politerapie contenenti, oltre all'Ac Valproico, anche Clonazepam (18), Lamotrigina (11), fenobarbital (7).

Tabella I. – Popolazione esposta ad antiepilettici suddivisa per genere e classi d'età

principi attivi		fascia d'età pz esposti								totale
		0-15	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75	
Ac Valproico	F	46	50	54	97	111	95	91	106	650
	M	44	55	110	144	126	70	59	74	682
Carbamazepina	F	4	6	32	46	54	65	45	68	320
	M	2	5	43	65	63	54	58	89	379
Clonazepam	F	1	4	17	33	42	34	51	107	289
	M	2	5	35	55	48	42	56	60	303
Etosuccimide	F	3	0	0	0	0	0	0	0	3
	M	4	0	0	0	0	0	0	0	4
Fenitoina	F	0	0	0	1	3	6	6	11	27
	M	0	0	1	3	5	6	6	3	24
Fenobarbital	F	7	6	9	23	31	43	51	111	281
	M	10	4	21	27	36	36	37	77	248
Lacosamide	F	0	0	1	0	4	2	2	0	9
	M	1	0	4	1	3	1	0	1	11
Lamotrigina	F	4	13	21	66	35	35	24	18	216
	M	1	7	16	24	26	27	15	11	127
Levetiracetam	F	15	9	12	11	31	11	37	60	186
	M	9	8	15	19	19	25	23	42	160
Oxcarbazepina	F	4	2	12	15	19	11	18	16	97
	M	7	1	11	17	18	12	19	17	102
Primidone	F	0	0	1	0	0	1	8	10	20
	M	0	0	1	2	5	3	9	13	33
Topiramato	F	6	18	13	37	34	16	10	10	144
	M	2	5	11	15	9	6	7	4	59
Valpromide	F	0	1	2	2	9	8	3	7	32
	M	0	1	7	8	14	6	4	2	42
Vigabatrin	F	1	1	1	2	2	0	0	0	7
	M	0	0	1	0	0	1	0	2	4
Zonisamide	F	1	0	4	1	3	1	1	0	11
	M	0	0	2	2	3	6	2	1	16
Gabapentin	F	2	2	11	15	36	43	79	127	315
	M	0	3	8	18	26	39	50	68	212
Pregabalin	F	0	1	21	55	114	157	239	325	912
	M	0	5	19	66	82	148	143	194	657
totale pz esposti		176	212	516	870	1.011	1.010	1.153	1.634	6.582

Tabella II: Esposizione dei pazienti alla politerapia: distribuzione per numero di farmaci

n° farmaci		tutte le età		16-45 anni		
		tot	M	F	M	F
2		580	295	285	104	65
3		132	64	68	25	25
4		29	18	12	10	8
5		7	5	2	3	0
6		1	1	0	1	0
tot politerapia		749	383	367	143	98

Analizzando le principali politerapie si può notare come esse coinvolgano in massima parte il Sodio Valproato, associato a Clonazepam (73 pz), Lamotrigina (30 pz), Levetiracetam (25 pz), Fenobarbital (22 pz), Carbamazepina (22 pz), Pregabalin (15) ecc.
 Il 51% delle politerapie è riconducibile alle 18 associazioni riportate nella tabella che segue (tab. III)

Tabella III: Politerapie maggiormente utilizzate presso l'ASL CN2

Politerapia	Pz esposti
Sod Valproato+Clonazepam	73
Carbamazepina-Fenobarbital	48
Sod Valproato+Lamotrigina	30
Sod Valproato+Levetiracetam	25
Sod Valproato+Fenobarbital	22
Sod Valproato+Carbamazepina	22
Pregabalin_Carbamazepina	20
Levetiracetam+Fenobarbital	16
Pregabalin+Clonazepam	17
Sod Valproato+Pregabalin	15
Sod Valproato+Topiramato	14
Gabapentin+Clonazepam	13
Fenobarbital+Clonazepam	13
Clonazepam+Carbamazepina	12
Fenitoina+Fenobarbital	11
Sod Valproato+Gabapentin	11
Levetiracetam+Oxacarbazepina	11
Lamotrigina+Carbamazepina	10

Discussione

La terapia delle pazienti epilettiche durante la gravidanza o che possano andare incontro ad una gravidanza (età fertile) pone problemi di non poco conto perchè da un lato bisogna considerare il rischio, materno e fetale, per crisi convulsive conseguenti ad una eventuale sospensione dei farmaci e dall'altro il pericolo di effetti teratogeni. Per una scelta consapevole del trattamento più adatto nelle donne in età fertile oppure in gravidanza può essere utile ricorrere alla classificazione dei vari antiepilettici proposta dalla FDA .

La **carbamazepina viene classificata di categoria C**: se usata nel primo trimestre di gravidanza può causare difetti del tubo neurale (soprattutto spina bifida), polidattilia, difetti cardiovascolari, assenza della tiroide e della colecisti, microcefalia e ritardato sviluppo.

Anche **la lamotrigina appartiene alla categoria C**: alcuni dati suggeriscono che l'uso in gravidanza può causare difetti del tubo neurale, difetti craniofacciali, polmonari, cardiovascolari, depressione respiratoria, setticemia ed altri.

La **fenitoina appartiene alla categoria D**: il farmaco può causare la cosiddetta fetal hydantoin syndrome caratterizzata da difetti craniofacciali, degli arti, cardiaci, labbro leporino e ritardato sviluppo somatico e mentale; inoltre è stato suggerito un rischio carcinogenico: neuroblastoma, tumore di Wilm's, ganglioneuroblastoma, ecc; infine trombocitopenia ed emorragie nel neonato.

Anche **il valproato appartiene alla categoria D**: esso può determinare difetti del tubo neurale, difetti craniofacciali e delle dita, difetti urogenitali, ritardo psicomotorio, iperbilirubinemia neonatale, tossicità epatica, iperglicemia transitoria.

Il **fenobarbitale appartiene alla categoria D**: esso determina un aumentato rischio di microcefalia, fetal hydantoin syndrome, ridotto sviluppo cognitivo, emorragie, etc.

Come si vede non esistono farmaci del tutto sicuri. Tuttavia si ricorda una revisione Cochrane secondo la quale **la maggioranza degli studi disponibili sugli effetti degli antiepilettici in gravidanza sono di qualità limitata e ci sono poche evidenze per permettere ai medici ed alle pazienti di scegliere in base al rischio dei vari trattamenti.** Inoltre l'azione teratogena degli antiepilettici è presente soprattutto nel primo trimestre di gestazione, mentre il ritardo di sviluppo intellettivo del bambino si manifesterà in seguito. In linea generale si può consigliare la carbamazepina come prima scelta, mentre le alternative sono più incerte; forse la lamotrigina ha un rischio paragonabile alla carbamazepina, Il valproato può essere usato nelle donne che rispondono solo a questo farmaco, ma alla dose più bassa possibile (mai $\geq 800\text{mg/die}$ o in politerapia). ⁽⁹⁾ Tra gli antiepilettici di II generazione, il rischio teratogeno è ancora veramente poco studiato, come bene evidenzia la tabella sottostante (tab IV). Di certo si tratta di scelte difficili e l'informazione delle pazienti deve essere particolarmente curata e completa, compresa una eventuale terapia contraccettiva nelle donne in età fertile che non desiderino una gravidanza.

Tab. IV: Vie di eliminazione, variazioni farmacocinetiche durante la gravidanza e potenziale teratogeno dei principali antiepilettici di II generazione

AED	Elimination	Total serum concentration	Teratogenic risk
LTG	Mainly glucuronidation via UGT, 10% unchanged in urine	Decrease by 40–60%	Low
LEV	Mainly unchanged in urine, a third metabolized by peripheral hydrolysis	Decrease by approximately 40%	Promising
OXC	Glucuronidation via UGT	Decrease by 30–40% [†]	Promising
TPM	Mainly unchanged in urine, 20–30% hepatic biotransformation	Decrease by 30–40%	Concerning
GBP	Unchanged in urine	Not studied	Insufficiently studied
PGB	Unchanged in urine	Not studied	Not studied
ZNS	Mainly hepatic biotransformation, 15–30% unchanged in urine	Not studied	Not studied

[†]Monohydroxy metabolite.
AED: Antiepileptic drug; GBP: Gabapentin; LEV: Levetiracetam; LTG: Lamotrigine; OXC: Oxcarbazepine; PGB: Pregabalin; TPM: Topiramate; UGT: Uridine-diphosphate glucuronosyl transferase; ZNS: Zonisamide.
Data taken from [12,18,19,34,35,52,57,65,71,72,74,77].

Conclusioni

Le recenti acquisizioni scientifiche in tema di teratogenesi degli antiepilettici rendono sempre più evidente la necessità di porre particolare attenzione alle pazienti che potrebbero iniziare una gravidanza o che comunque siano in età fertile.

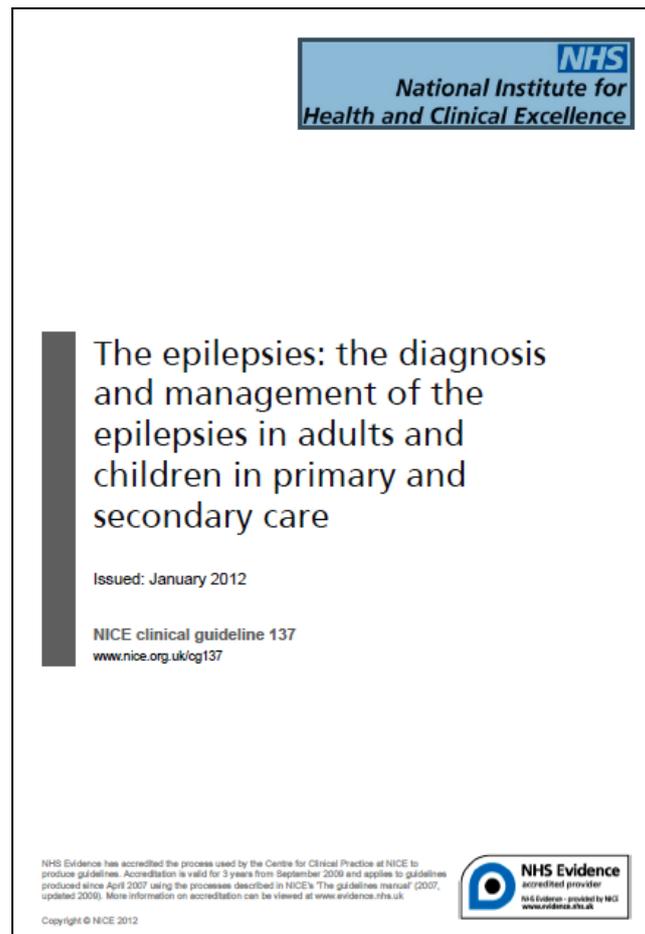
Rimane nella nostra realtà un uso predominante del valproato (da solo o in associazione) nelle donne in età fertile. Esso tuttavia è nettamente inferiore rispetto ai maschi nella stessa fascia di età, così come è minore il ricorso alle politerapie nelle femmine in età fertile, a conferma della specifica attenzione da parte del medico prescrittore al diverso possibile rapporto rischio/beneficio nei due generi tra i 16 ed i 45 anni.

Purtroppo le informazioni sui rischi/benefici dei farmaci nei due generi sono ad oggi frammentarie e carenti, solo se le donne verranno incluse negli studi clinici che prevedano un'analisi genere-mirata sarà possibile raggiungere l'equità di genere negli outcome ossia offrire ad ogni genere la miglior terapia possibile.

Bibliografia

1. Borthen I, et al. Complications during pregnancy in women with epilepsy: population-based cohort study. *BJOG* 2009; 116: 1736–42.
2. Brosh K, et al. Teratogenic determinants of first-trimester exposure to antiepileptic medications. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2011; 18: e89–98.
3. Fried S, et al. Malformation rates in children of women with untreated epilepsy: a meta-analysis. *Drug Saf* 2004; 27: 197–202.
4. Meador KJ. Neurodevelopmental effects of antiepileptic drugs. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2002; 2: 373–8.
5. Montouris G. Importance of monotherapy in women across the reproductive cycle. *Neurology* 2007; 69: S10–6.

6. Pennell PB. The importance of monotherapy in pregnancy. *Neurology* 2003; 60: S31–8.
7. Martinez FM, et al. Malformations and fetal death in the Spanish antiepileptic drug and pregnancy registry: results at 6 years. *Neurologia* 2009; 24: 360–5.
8. Meador KJ Effects of breastfeeding in children of women taking antiepileptic drugs. *Neurology* 2010; 75: 1954–60.
9. The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. NHS 2012



L'attività del Nucleo Interarea di Vigilanza Veterinaria A.S.L. CN 2 anno 2011

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

Premessa

Nel corso del 2011 il Nucleo Interarea Veterinaria dell'ASL CN 2 (NIV), ha continuato a svolgere attività di verifica e controllo in collaborazione con le S.O.C. Veterinarie e Dipartimentali, consolidando così la sua presenza ed attività a livello dipartimentale.

Visti i risultati ottenuti negli anni precedenti, anche per il 2011 non sono state apportate modifiche alle modalità operative ed all'utilizzo del personale. Sono stati svolti 44 interventi sul territorio, nel corso dei quali sono stati prevalentemente affrontati aspetti afferenti alle varie realtà del Servizio Veterinario ASL CN 2.

In generale, per l'organizzazione e la scelta del personale incaricato delle verifiche, sono stati seguiti tre criteri:

- ✚ Professionalità lavorativa individuale maturata nella S.O.C. di appartenenza.
- ✚ Livello di collaborazione e di interazione con altri colleghi del NIV ottenuto dal 2007.
- ✚ Compatibilità alle attività routinarie svolte nella struttura di appartenenza.

Pertanto, partendo da una serie di attività svolte e di risultati ottenuti nel quadriennio 2007-2010, anche per il 2011 il NIV si è proposto come un valido e pronto strumento di integrazione tra servizi, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'attività di controllo e di aumentare la collaborazione tra le varie professionalità.

Il grafico 1 illustra il numero delle attività svolte dal 2007 al 2011.

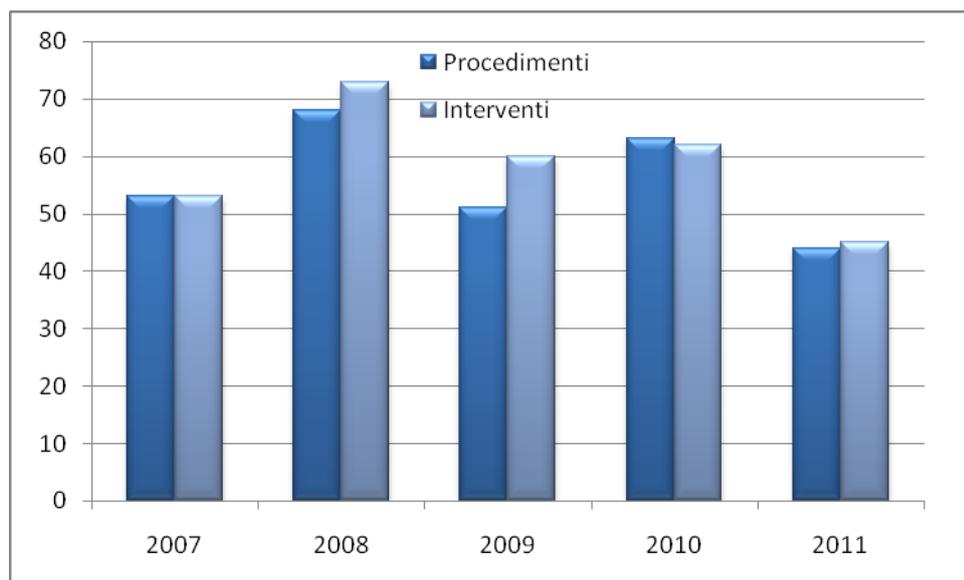


Grafico 1

Modalità di intervento

Le attività svolte, pur presentando elementi di interesse trasversale a più professionalità, si riferiscono a settori che fanno capo ad ognuna delle S.O.C. veterinarie o Dipartimentali. In generale si è comunque trattato di interventi programmati e di altri di natura straordinaria.

Interventi programmati: verifiche eseguite in settori specifici e preventivamente concordate con i Responsabili di S.C..

Interventi straordinari: verifiche legate a situazioni non preventivabili, ad es. su richiesta di organi di vigilanza esterni all'ASL (Carabinieri, Polizia Stradale, A.G.), o da parte di privati cittadini. Ogni attività, programmata o straordinaria, è stata svolta in accordo con il Responsabile della S.O.C. interessata.

Il grafico 2 illustra l'andamento generale delle attività del 2011.

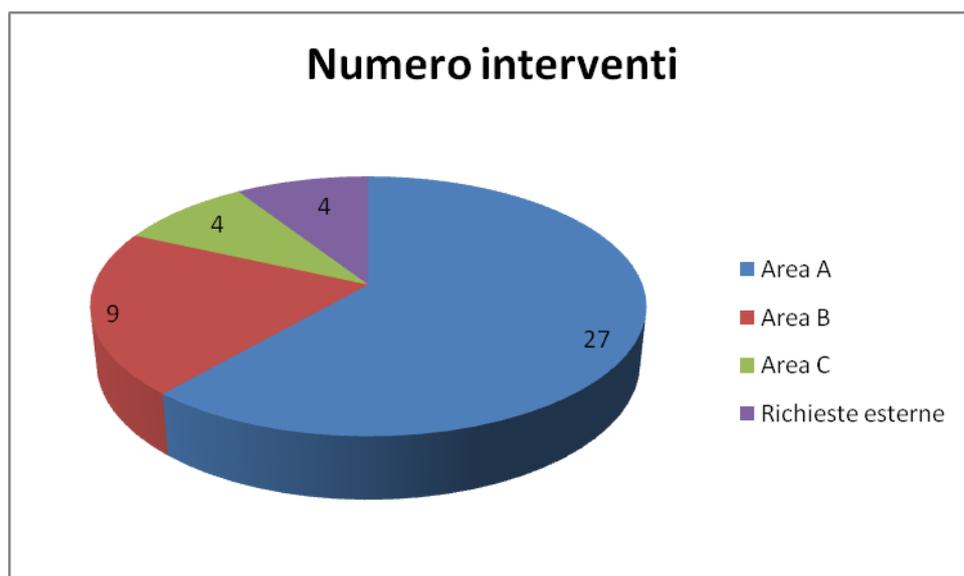


Grafico 2

Attività programmata di controllo

Attività di controllo sulle stalle per il commercio animale:

Sono stati sottoposti a controllo sei centri autorizzati al commercio bestiame, con particolare riguardo al mantenimento delle loro strutture, al benessere degli animali presenti ed alla loro corretta identificazione. Nel corso delle verifiche è stata esaminata la documentazione di scorta relativa a n° 57 capi bovini provenienti da paesi CE.

Attività di controllo su stalle adibite all'importazione di capi bovini:

Sono stati eseguiti 3 sopralluoghi in 3 diversi comuni. Un intervento per il rilascio di idonea autorizzazione sanitaria e due su allevamenti regolarmente autorizzati. Nei due allevamenti regolarmente autorizzati sono stati sottoposti a controllo 117 capi bovini. Particolare attenzione è stata data all'identificazione dei bovini presenti e ai loro documenti identificativi (marche auricolari e passaporti di provenienza).

Attività di controllo sull'anagrafe bovina ed ovina:

Sono stati individuati e controllati n° 16 allevamenti, distribuiti su n° 8 comuni. Anche per il 2011 i criteri per l'individuazione degli allevamenti da sottoporre a verifica sono stati principalmente la tipologia e l'entità. In particolare sono stati controllati 15 allevamenti bovini ed 1 allevamento ovino per un totale di 1240 capi di bestiame. In 2 casi sono state imposte delle prescrizioni.

Attività di controllo presso depositi per la vendita di farmaci veterinari :

Oggetto di verifica i due depositi per la vendita all'ingrosso di medicinali veterinari presenti sul territorio dell'A.S.L. CN 2. Durante i sopralluoghi si è verificato: mantenimento delle strutture, congruenza delle autorizzazioni sanitarie con l'attività svolta, stoccaggio, identificazione e documentazione dei prodotti posti in vendita.

Attività di controllo sulla gestione dei prodotti alimentari ritirati dalla commercializzazione :

Le recenti normative comunitarie stabiliscono che la responsabilità primaria sulla sicurezza degli alimenti posti sul mercato sia a carico degli operatori del settore commerciale (OSA). Quindi anche la gestione dei prodotti alimentari prossimi alla scadenza (cd. "resi alimentari") deve essere organizzata e gestita dai produttori/fornitori dell'alimento, sotto la propria responsabilità, attraverso procedure dedicate. Tali procedure, sottoposte al controllo degli organi di vigilanza, devono anche indicare la corretta destinazione dei vari prodotti eventualmente ritirati dal mercato. Pertanto, sulla base di indicazioni regionali, è stata verificata la gestione dei resi presso: grande distribuzione, depositi frigoriferi, stabilimenti di produzione. In particolare sono stati monitorati 3 ipermercati, tre depositi frigoriferi di media e grande dimensione, 2 stabilimenti di prodotti a base di carne crudi e cotti.

Attività straordinaria di controllo

Come accennato, oltre alle attività programmate, il NIV ha svolto anche interventi di natura straordinaria ed urgente, che hanno riguardato problematiche legate a:

Benessere animale.

Reazioni allergiche al consumo di alimenti.

Interventi su richiesta delle forze dell'ordine (CC, Polizia stradale).

Questi interventi hanno determinato in due casi il sequestro e il successivo invio alla distruzione di vari prodotti di origine animale e due segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni di carattere penale e una sanzione amministrativa.

Conclusioni

Tipologia e numero degli interventi dimostrano che anche per il 2011 il NIV si sia proposto come utile supporto delle varie S.O.C. Dipartimentali, tanto in situazioni non prevedibili come nell'ambito di piani di vigilanza programmabili e concordati. La scelta di organizzare gruppi di lavoro composti da 2 max 3 operatori, di professionalità diversa, si è dimostrata ancora una volta un valido strumento di lavoro su campo. Infatti, dovendo utilizzare personale impegnato presso le S.O.C. di appartenenza, conoscenze professionali mirate, affiatamento e limitato numero degli operatori, garantiscono una facile organizzazione e gestione delle attività. Il lavoro svolto, la gestione degli interventi e la collaborazione con le altre strutture evidenziano come il NIV ASL CN 2 possa continuare a svolgere la propria attività di vigilanza sia in situazioni routinarie che straordinarie, senza peraltro esautorare il ruolo delle altre strutture dipartimentali.

Pertanto, pur di fronte alle difficoltà di utilizzo di personale impegnato presso le S.O.C. di appartenenza, esperienze e risultati ottenuti dal 2007 ad oggi inducono a pensare che il NIV A.S.L. CN 2 possa continuare a proporsi come un utile strumento di vigilanza a supporto delle varie realtà dipartimentali e come modello di integrazione professionale a fronte di un panorama di evoluzione tecnologica e normativa sempre più complesso e dinamico.

Stampato – dicembre 2012

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Epidemiologia

Responsabile Dott.ssa Laura MARINARO
Ass. Sanitaria Giovanna GIACHINO
Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI
Tec. Prev. Dr. Alfredo RUATA
Assistente. Amm.vo Dr.ssa Annelisa GUASTI

TELEFONI / INDIRIZZI

S.S.D. Epidemiologia
Fax
E-mail
Via Vida, 10 – 12051 ALBA

0173-316622
0173-316636
epid.alba@aslcn2.it