

## **Bollettino Epidemiologico**

### **Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'A.S.L. 18 Alba-Bra**



**Anno 2006**

**Direttore Generale**  
*Dott. Giovanni MONCHIERO*

**Direttore Sanitario**  
*Dott. Francesco MORABITO*

**Direttore Amministrativo**  
*Dott. Gregorio BARBIERI*

**Direttore del Dipartimento di Prevenzione**  
*Dott. Attilio CLERICO*

**A cura della**  
*Dott.ssa Laura MARINARO*  
**Responsabile S.O.S. Epidemiologia**

**Redazione grafica**  
*Dr.ssa Giuseppina ZORNIOTTI*

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



*Fondazione Cassa di Risparmio di Bra*



**18**

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

**Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della  
popolazione dell'A.S.L. 18 Alba-Bra - Anno 2006**

**VOL. VIII, 2007**

Autori:

Ileana AGNELLI <sup>(11)</sup>	Giovanna GIACHINO <sup>(13)</sup>
Anna Elisa ANFOSSI <sup>(3)</sup>	Franco GIOVANETTI <sup>(13)</sup>
Maria Margherita AVATANE <sup>(7)</sup>	Lorenzo GOLA <sup>(2)</sup>
Eugenia BALDI <sup>(11)</sup>	Lucia INFANTE <sup>(6)</sup>
Vittorio BATTAGLIA <sup>(4)</sup>	Elio LAUDANI <sup>(5)</sup>
Maria Giovanna BOE <sup>(10)</sup>	Daniela MARENCO <sup>(10)</sup>
Antonella BORDA <sup>(13)</sup>	Enzo MARENCO <sup>(2)</sup>
Andrea CAMPO <sup>(9)</sup>	Laura MARINARO <sup>(1)</sup>
Carla CARBONE <sup>(12)</sup>	Marina MASENTA <sup>(8)</sup>
Loredana CASTELLINO <sup>(6)</sup>	Luca MONCHIERO <sup>(5)</sup>
Federico CASTIGLIONE <sup>(10)</sup>	Felice RIELLA <sup>(6)</sup>
Giuliana CHIESA <sup>(16)</sup>	Alfredo RUATA <sup>(1)</sup>
Margherita COGNO <sup>(12)</sup>	Francesco ROMANAZZI <sup>(8)</sup>
Pietro CORINO <sup>(14)</sup>	Daniele SAGLIETTI <sup>(11)</sup>
Patrizia CORRADINI <sup>(5)</sup>	Anna SANTORO <sup>(14)</sup>
Laura CURLETTI <sup>(8)</sup>	Gian Rodolfo SARTIRANO <sup>(15)</sup>
Marinella DESTEFANIS <sup>(10)</sup>	Giancarlo SCARZELLO <sup>(7)</sup>
Roberto FAGGIUOLO <sup>(10)</sup>	Gianluca TOSELLI <sup>(8)</sup>
Silvia FERRO <sup>(10)</sup>	Carlo VISCONTI <sup>(2)</sup>
Mario FRANCHINI <sup>(10)</sup>	Giuseppina ZORNIOTTI <sup>(1)</sup>
Marco GALLIANO <sup>(10)</sup>	

- (1) Direzione Dipartimento di Prevenzione – S.O.S. Epidemiologia
- (2) Equipes Territoriali Medici di Medicina Generale – Referente
- (3) Medico specialista fisiatra cure domiciliari
- (4) S.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
- (5) S.O.C. Assistenza Sanitaria Territoriale
- (6) S.O.C. Farmacia Ospedaliera - Bra
- (7) S.O.C. Farmacia Ospedaliera - Alba
- (8) S.O.C. Medicina legale e dello sport – U.O.N.A. Medicina sportiva
- (9) S.O.C. Nefrologia e Dialisi
- (10) S.O.C. Oncologia Medica Alba – Bra
- (11) S.O.C. Servizio di Psicologia
- (12) S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Centro di Epidemiologia e Prevenzione TB
- (13) S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica – S.O.S. Vaccinazioni e Profilassi Malattie Infettive
- (14) S.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- (15) S.O.C. Servizio Veterinario - Area B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
- (16) S.O.C. Sistemi informativi ed informatici

## PRESENTAZIONE

La descrizione dei principali problemi di salute di una popolazione, l'individuazione di strategie ed interventi capaci di incidere efficacemente sulle problematiche prioritarie e l'erogazione di servizi sanitari sempre più efficienti, sono solo alcune delle funzioni attribuite alla cosiddetta Sanità Pubblica. Con la pubblicazione dell'ottavo numero del Bollettino Epidemiologico, la nostra ASL prosegue nell'obiettivo di rendere disponibili alcuni dati relativi allo stato di salute della popolazione residente e di analizzare alcuni aspetti dell'offerta dell'assistenza sanitaria.

Il Bollettino si rivolge a diversi destinatari, in particolare: autorità sanitarie regionali e locali, medici di medicina generale e clinici ospedalieri della nostra ASL, medici ed altri operatori sanitari afferenti al Dipartimento di Prevenzione e/o altri servizi territoriali. Gli argomenti principali di questa monografia sono: *La dinamica demografica; Immigrazione straniera: analisi di alcuni aspetti demografici e sanitari; La mortalità evitabile nell'ASL18; L'assistenza territoriale... si muove; Malattie infettive; Tubercolosi: nuove priorità; Medicina dei viaggi; Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASL 18 nell'anno 2006; Rapporto sull'andamento del flusso delle denunce di malattia professionale nel periodo 1996-2006; Spesa farmaceutica ASL18; Misurazione e caratterizzazione delle prescrizioni territoriali: quali e quante sono indotte dallo Specialista? Analisi effettuata nel distretto di Bra; La continuità assistenziale attraverso le forniture dirette: il ruolo centrale del pH-T ed una sintesi delle principali attività; Usare bene i farmaci oncologici: la "cartella clinica elettronica" dei pazienti trattati con antitumorali altamente innovativi; L'epidemiologia dell'insufficienza renale acuta nell'Ospedale San Lazzaro di Alba: raffronto anno 2001-biennio 2005-2006; "Una mela al giorno.. benessere organizzativo: fattori di protezione e buone prassi": avvio della sperimentazione del corso di formazione; Progetto regionale PRONTI? PARTENZA...VIA!: Intervento di promozione della salute volto ad incrementare l'uso dei seggiolini per il trasporto dei bambini in auto in sicurezza; Classificazione in base al rischio degli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale presenti sul territorio della ASL 18 Alba-Bra.*

La Direzione Generale ringrazia tutti i professionisti appartenenti ai Servizi territoriali ed ospedalieri dell'ASL 18 che hanno contribuito alla redazione del Bollettino e quanti rendono possibile la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Giovanni MONCHIERO

## INDICE

La dinamica demografica	5
Immigrazione straniera: analisi di alcuni aspetti demografici e sanitari	21
La mortalità evitabile nell'ASL18	28
L'assistenza territoriale... si muove...	34
Malattie infettive	41
Tubercolosi: nuove priorità	48
Medicina dei viaggi	54
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASL 18 nell'anno 2006	58
Rapporto sull'andamento del flusso delle denunce di malattia professionale nel periodo 1996-2006	62
Spesa farmaceutica ASL 18	66
Misurazione e caratterizzazione delle prescrizioni territoriali: quali e quante sono indotte dallo Specialista? Analisi effettuata nel distretto di Bra	71
La continuità assistenziale attraverso le forniture dirette: il ruolo centrale del pH-T ed una sintesi delle principali attività	75
Usare bene i farmaci oncologici: la "cartella clinica elettronica" dei pazienti trattati con antitumorali altamente innovativi	79
L'epidemiologia dell'insufficienza renale acuta nell'Ospedale S. Lazzaro di Alba: raffronto anno 2001 – biennio 2005-06	89
"Una mela al giorno... benessere organizzativo: fattori di protezione e buone prassi": avvio della sperimentazione del corso di formazione	92
Progetto regionale PRONTI? PARTENZA...VIA!: Intervento di promozione della salute volto ad incrementare l'uso dei seggiolini per il trasporto dei bambini in auto in sicurezza.	98
Classificazione in base al rischio degli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale presenti sul territorio della ASL 18 Alba – Bra	106

## La dinamica demografica

Laura Marinaro – Giuseppina Zorziotti

### La Regione

Nel 2006, secondo stime dell'IRES, la popolazione piemontese è in crescita per il quinto anno consecutivo (+2,6%). L'aumento dei residenti si deve principalmente al saldo migratorio positivo che compensa il saldo naturale negativo. I nuovi residenti sono soprattutto stranieri. Le nascite aumentano, grazie sempre al contributo degli stranieri, anche se non in misura sufficiente a compensare i decessi (Tab. A).

In Piemonte da circa trenta anni il numero dei decessi è costantemente superiore a quello delle nascite (1).

Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1991-2006)

Anni	nati	morti	iscritti totali	di cui dall'estero	cancellati totali	di cui per l'estero	popolazione totale
1991	32.782	48.742	111.535	8.817	103.498	2.505	4.299.912
1992	33.752	48.820	121.441	5.956	102.455	2.116	4.303.830
1993	33.016	49.178	149.851	6.786	130.954	2.478	4.306.565
1994	32.580	49.344	132.747	7.330	124.559	3.137	4.297.989
1995	32.841	50.095	129.041	6.915	120.910	2.765	4.288.866
1996	33.514	48.635	139.984	16.067	119.602	3.253	4.294.127
1997	34.586	49.365	133.402	11.791	121.309	3.201	4.291.441
1998	34.658	49.784	135.571	11.838	123.835	3.248	4.288.051
1999	34.639	50.255	144.655	15.817	129.625	3.595	4.287.465
2000	35.874	48.527	145.057	17.621	130.138	3.709	4.289.731
2001	34.857	46.840	126.032	15.820	112.397	3.582	4.213.294
2002	35.716	48.288	150.604	17.697	119.992	2.561	4.231.334
2003	36.370	50.625	179.011	48.406	125.875	3.178	4.270.215
2004	37.413	46.251	203.948	32.622	135.153	3.565	4.330.172
2005	37.251	48.253	158.862	25.979	136.299	3.815	4.341.733
2006	37.851	47.400	161.446	22.455	140.802	4.003	4.352.828

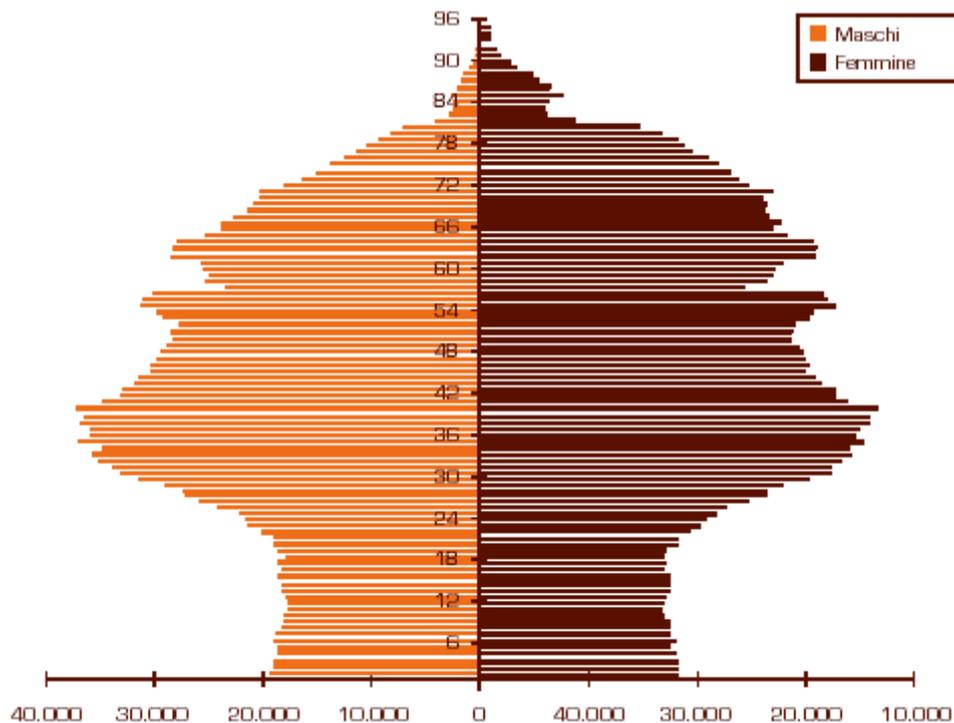
Fonte: dati ISTAT (2)

Altra caratteristica demografica è *“l'invecchiamento della popolazione”*: il Piemonte è una delle regioni europee più interessate da tale fenomeno. Le cause, come è noto, sono legate sia a bassi tassi di fecondità sia al prolungamento della vita. In termini di longevità, i piemontesi hanno fatto ulteriori progressi: nel 2006, l'ISTAT stima che la speranza di vita alla nascita abbia raggiunto 78,1 per gli uomini e 83,7 per le donne, mentre nel 2003 era pari, rispettivamente, a 76,7 e 82,6.

In Piemonte, dalla metà degli anni '90, la quota di anziani con più di 64 anni (65 ed oltre) ha superato quella dei giovani con meno di 20 anni (0-19 anni). Al 1° gennaio 2006, gli anziani costituiscono il 22,6% del totale piemontese contro il 18,8% che si registra in Italia, la quota di giovani è pari a 16,5% mentre a livello nazionale raggiunge il 19% (3).

La Fig. A riporta la piramide di età della popolazione piemontese al 1° gennaio 2006: si nota come la notevole diminuzione delle classi di età giovanili abbia assottigliato la base della piramide facendole assumere la forma a *“punta di lancia”* (1).

Fig. A – Piramide di età in Piemonte (1.1.2006)



Fonte: stime ISTAT

Nelle province le stime dell'IRES per il 2006 confermano le dinamiche demografiche in atto negli ultimi anni (Tab. B).

I flussi migratori determinano in sei province su otto un incremento di popolazione, mentre il saldo naturale continua ad attestarsi su valori negativi. Presentano un saldo naturale sempre negativo, ma al di sopra della media regionale, le province di Cuneo, Novara e Torino.

Tab. B – Movimenti anagrafici e popolazione nelle province piemontesi (2006)

	nati	morti	iscritti totali	iscritti dall'estero	cancellati totali	cancellati per l'estero	popolazione al 31 dicembre
<b>Alessandria</b>	3.262	5.956	16.704	2.259	13.141	369	432.215
<b>Asti</b>	1.838	2.731	8.447	1.422	6.685	173	215.074
<b>Biella</b>	1.470	2.374	7.522	569	7.299	201	186.938
<b>Cuneo</b>	5.231	6.442	20.580	2.725	17.583	506	573.613
<b>Novara</b>	3.306	3.732	15.251	1.983	12.491	296	357.688
<b>Torino</b>	20.051	22.091	81.117	11.978	72.897	2.078	2.248.955
<b>Verbano-Cusio-Ossola</b>	1.321	1.831	5.665	703	5.095	236	161.640
<b>Vercelli</b>	1.372	2.243	6.160	816	5.611	144	176.705
<b>Piemonte</b>	37.851	47.400	161.446	22.455	140.802	4.003	4.352.828

Fonte: dati ISTAT (2)

## ASL18 Alba – Bra

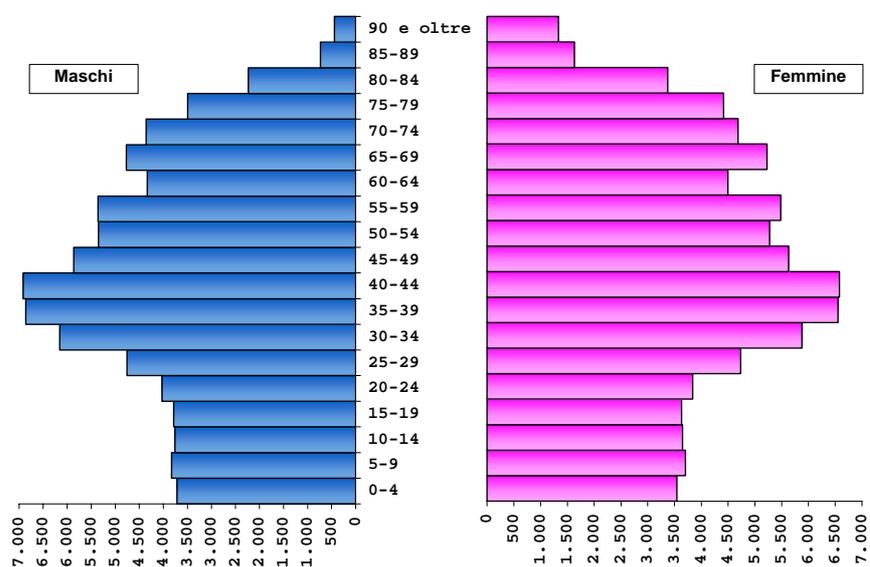
La popolazione residente ASL 18, al 31 dicembre 2006, è di 164.400 abitanti (dati BDDE) di cui 80.740 maschi (corrispondenti al 49,11% del totale) e 83.660 femmine (50,89%). In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero degli uomini decresce; a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 75,13% della popolazione (Tab. 1) (4).

Tab.1 - Popolazione residente ASL 18 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2006

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
<b>0-4</b>	3.715	51,16	3.546	48,84	7.261
<b>5-9</b>	3.828	50,84	3.701	49,16	7.529
<b>10-14</b>	3.758	50,72	3.652	49,28	7.410
<b>15-19</b>	3.784	51,02	3.633	48,98	7.417
<b>20-24</b>	4.028	51,21	3.838	48,79	7.866
<b>25-29</b>	4.756	50,12	4.734	49,88	9.490
<b>30-34</b>	6.155	51,16	5.877	48,84	12.032
<b>35-39</b>	6.862	51,15	6.554	48,85	13.416
<b>40-44</b>	6.915	51,24	6.579	48,76	13.494
<b>45-49</b>	5.864	51,02	5.630	48,98	11.494
<b>50-54</b>	5.350	50,36	5.273	49,64	10.623
<b>55-59</b>	5.360	49,43	5.483	50,57	10.843
<b>60-64</b>	4.336	49,10	4.495	50,90	8.831
<b>65-69</b>	4.768	47,71	5.225	52,29	9.993
<b>70-74</b>	4.356	48,17	4.687	51,83	9.043
<b>75-79</b>	3.495	44,18	4.415	55,82	7.910
<b>80-84</b>	2.233	39,83	3.374	60,17	5.607
<b>85-89</b>	735	31,09	1.629	68,91	2.364
<b>90 e oltre</b>	442	24,87	1.335	75,13	1.777
<b>TOTALE</b>	<b>80.740</b>	<b>49,11</b>	<b>83.660</b>	<b>50,89</b>	<b>164.400</b>

La struttura della popolazione residente, per sesso e classi quinquennali di età, è rappresentata graficamente dalla "piramide dell'età", la cui forma riflette la stazionarietà delle nascite ed il controllo sulla mortalità (Graf. 1).

Graf. 1 – Popolazione per età e sesso nell'ASL 18 – Anno 2006



Il territorio dell'ASL 18 comprende 76 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti:

- Il **Distretto 1 di Alba** costituito da 65 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2006, di 101.723 abitanti.
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2006, di 62.677 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 30.302 e 28.941, cui seguono Cherasco (7.842), Sommariva del Bosco (6.122), Canale (5.544) (Tab. 2).

Tab. 2 - Popolazione nei Comuni dell'ASL 18 - Anno 2006

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ALBA	14.433	15.869	30.302
BRA*	14.020	14.921	28.941
CHERASCO*	3.884	3.958	7.842
SOMMARIVA DEL BOSCO*	3.028	3.094	6.122
CANALE	2.756	2.788	5.544
MONTA'	2.218	2.309	4.527
SANTO STEFANO BELBO	1.974	2.060	4.034
NARZOLE*	1.682	1.703	3.385
DIANO D'ALBA	1.613	1.576	3.189
GUARENE	1.570	1.609	3.179
NEIVE	1.466	1.619	3.085
POCAPAGLIA*	1.461	1.469	2.930
SOMMARIVA PERNO*	1.367	1.432	2.799
LA MORRA*	1.368	1.333	2.701
SANFRE'*	1.312	1.358	2.670
SANTA VITTORIA D'ALBA*	1.333	1.320	2.653
CORTEMILIA	1.241	1.237	2.478
VEZZA D'ALBA	1.071	1.044	2.115
CERESOLE ALBA*	1.082	1.027	2.109
MONTICELLO D'ALBA	1.002	1.058	2.060
CORNELIANO D'ALBA	1.005	1.024	2.029
GOVONE	962	1.055	2.017
CASTAGNITO	1.010	994	2.004
MONFORTE D'ALBA	976	990	1.966
PRIOCCA	958	985	1.943
GRINZANE CAVOUR	892	931	1.823
MAGLIANO ALFIERI	869	889	1.758
MONTEU ROERO	829	802	1.631
RODDI	757	752	1.509
SANTO STEFANO ROERO	649	683	1.332
MANGO	651	663	1.314
PIOBESI D'ALBA	597	603	1.200
BALDISSERO D'ALBA	550	527	1.077
COSSANO BELBO	513	526	1.039
NOVELLO	486	505	991
RODELLO	475	489	964
MONTALDO ROERO	450	437	887

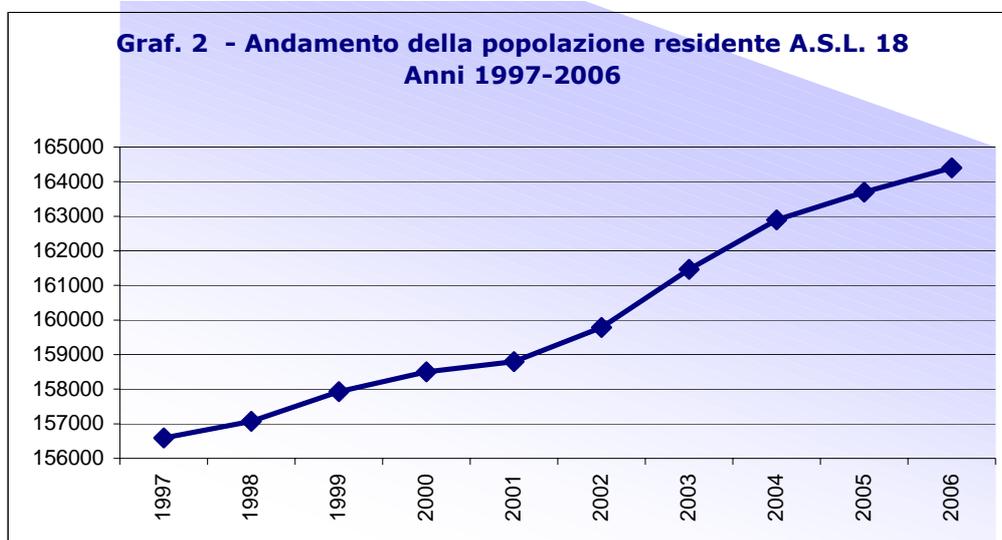
<b>COMUNI</b>	<b>MASCHI</b>	<b>FEMMINE</b>	<b>TOTALE</b>
CASTELLINALDO	461	424	885
CASTIGLIONE TINELLA	411	440	851
TREISO	399	391	790
BAROLO	339	378	717
BOSSOLASCO	339	343	682
CASTIGLIONE FALLETTO	342	323	665
BARBARESCO	339	310	649
MONCHIERO	302	294	596
SERRALUNGA D'ALBA	261	264	525
VERDUNO*	267	258	525
CASTINO	255	260	515
LEQUIO BERRIA	275	240	515
MONTELUPO ALBESE	258	240	498
SINIO	249	242	491
BENEVELLO	239	233	472
CERRETO LANGHE	247	222	469
NEVIGLIE	202	217	419
NIELLA BELBO	209	210	419
CRAVANZANA	189	209	398
BORGOMALE	200	190	390
RODDINO	204	180	384
CASTELLETTO UZZONE	191	176	367
FEISOGLIO	177	186	363
GORZEGNO	169	183	352
TREZZO TINELLA	181	167	348
PEZZOLO VALLE UZZONE	171	174	345
SERRAVALLE LANGHE	185	159	344
PERLETTO	162	150	312
ALBARETTO DELLA TORRE	131	121	252
LEVICE	120	113	233
CAMO	108	113	221
TORRE BORMIDA	111	104	215
BOSIA	100	102	202
ROCCHETTA BELBO	95	93	188
SAN BENEDETTO BELBO	100	87	187
ARGUELLO	96	87	183
SAN GIORGIO SCARAMPI	61	62	123
CISSONE	47	38	85
BERGOLO	38	38	76
<b>TOTALE</b>	<b>80.740</b>	<b>83.660</b>	<b>164.400</b>

\* Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

## Andamento demografico

L'andamento della struttura della popolazione dell'ASL18 è caratterizzato da una serie di elementi:

- il totale generale è progressivamente aumentato negli anni: dal 1997 al 2006 si è registrato un incremento di 7.813 unità (Graf. 2);



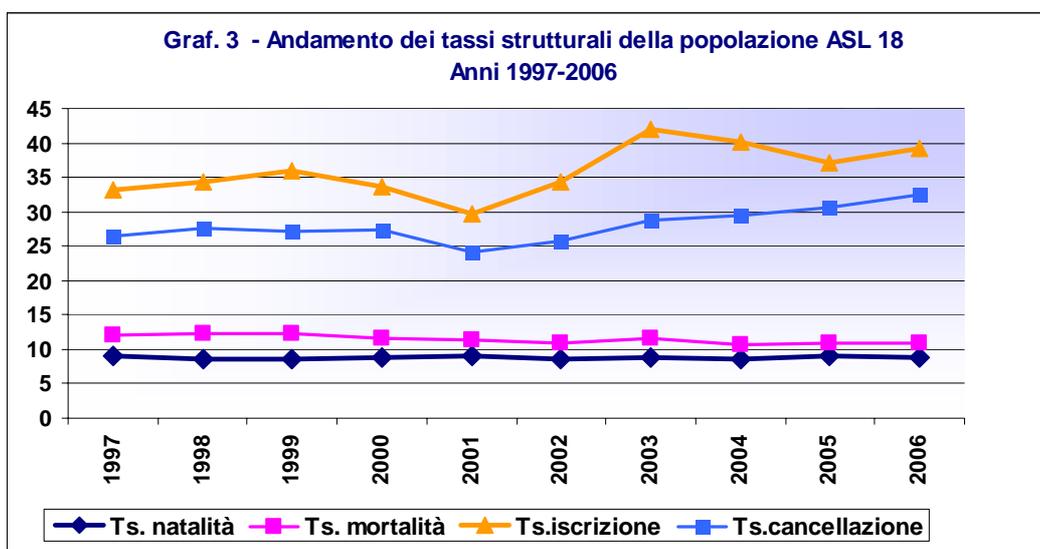
- il numero dei nati ha un andamento altalenante con lievi flessioni registrate in particolare negli anni: 1998 rispetto al 1997, 2002 rispetto al 2001. Anche nel 2006 il numero di nuovi nati (1.428) è inferiore rispetto al precedente anno (Tab. 3);
- il numero dei morti è anch'esso caratterizzato da ripetute oscillazioni: nel 2006 il numero assoluto (1.803) è lievemente aumentato rispetto al 2005 (1.761);
- gli indici di immigrazione, particolarmente elevati negli anni 2003-2004, subiscono una variazione di tendenza nel 2005, anno in cui il numero dei nuovi iscritti si riduce ed aumenta quello dei cancellati. Nel 2006 si registra un incremento sia del tasso di iscrizione sia del tasso di cancellazione rispetto all'anno precedente (Tab.4 e Graf.3).

Tab.3 - Movimento naturale e migratorio della popolazione ASL 18 - Anni 1997 - 2006

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

Tab.4 - Tassi strutturali della popolazione dell'ASL 18 - Anni 1997-2006

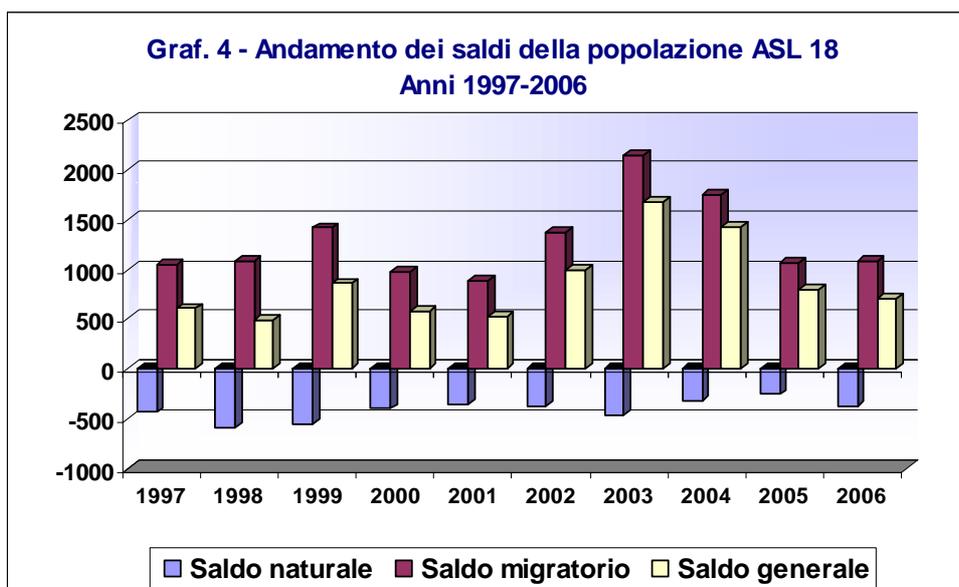
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso d'iscrizione	Tasso di cancellazione
<b>1997</b>	9,2	12,0	33,1	26,4
<b>1998</b>	8,6	12,4	34,4	27,5
<b>1999</b>	8,6	12,2	36,0	27,0
<b>2000</b>	8,9	11,5	33,6	27,4
<b>2001</b>	9,0	11,3	29,8	24,2
<b>2002</b>	8,7	11,0	34,3	25,8
<b>2003</b>	8,7	11,6	42,0	28,7
<b>2004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



In conseguenza dei comportamenti demografici rilevati per il 2006 nell'ASL 18, la dinamica naturale (nascite - decessi) registra ancora una volta un dato negativo (-375), confermando una tendenza ormai da tempo stabile; la dinamica migratoria (iscritti - cancellati) positiva (1.080) contrasta gli effetti della dinamica naturale facendo così registrare una variazione demografica positiva (705) (Tab. 5, Graf. 4).

Tab.5 - Saldo della popolazione ASL 18 - Anni 1997-2006

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



### Natalità

Nel 2006, l'indice di natalità dell'ASL 18, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale, è di 8,7, sovrapponibile al dato Regionale; per la Provincia di Cuneo si registra un valore di 9,1 (Tab. 6).

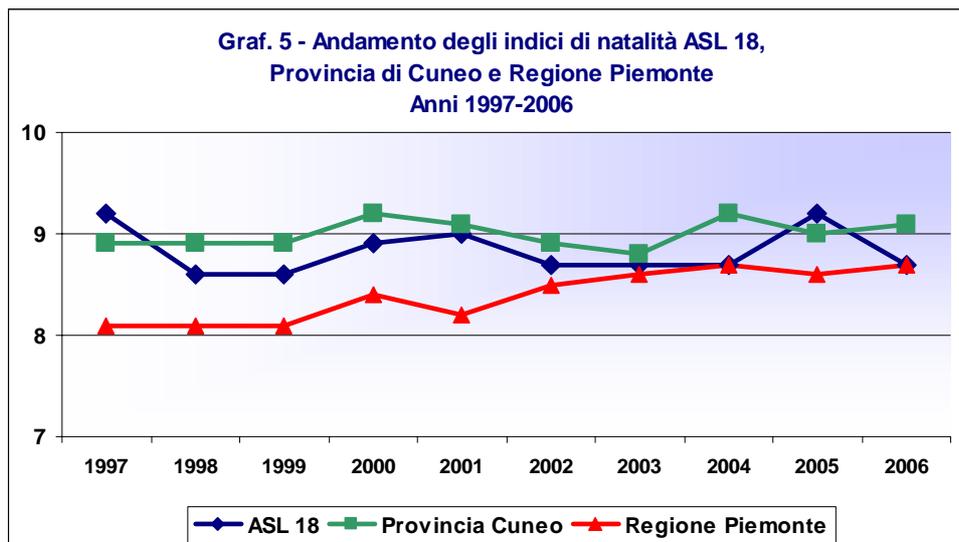
Tab. 6- Indici di natalità - Anno 2006

	<b>Indice di natalità</b>
<b>ASL 18</b>	<b>8,7</b>
Distretto 1 Alba	8,4
Distretto 2 Bra	9,2
<b>Provincia Cuneo</b>	<b>9,1</b>
<b>Regione Piemonte</b>	<b>8,7</b>

Negli ultimi dieci anni il valore più elevato (9,2) del tasso di natalità dell'ASL 18 si è registrato negli anni: 1997 e 2005 (Tab. 7, Graf. 5).

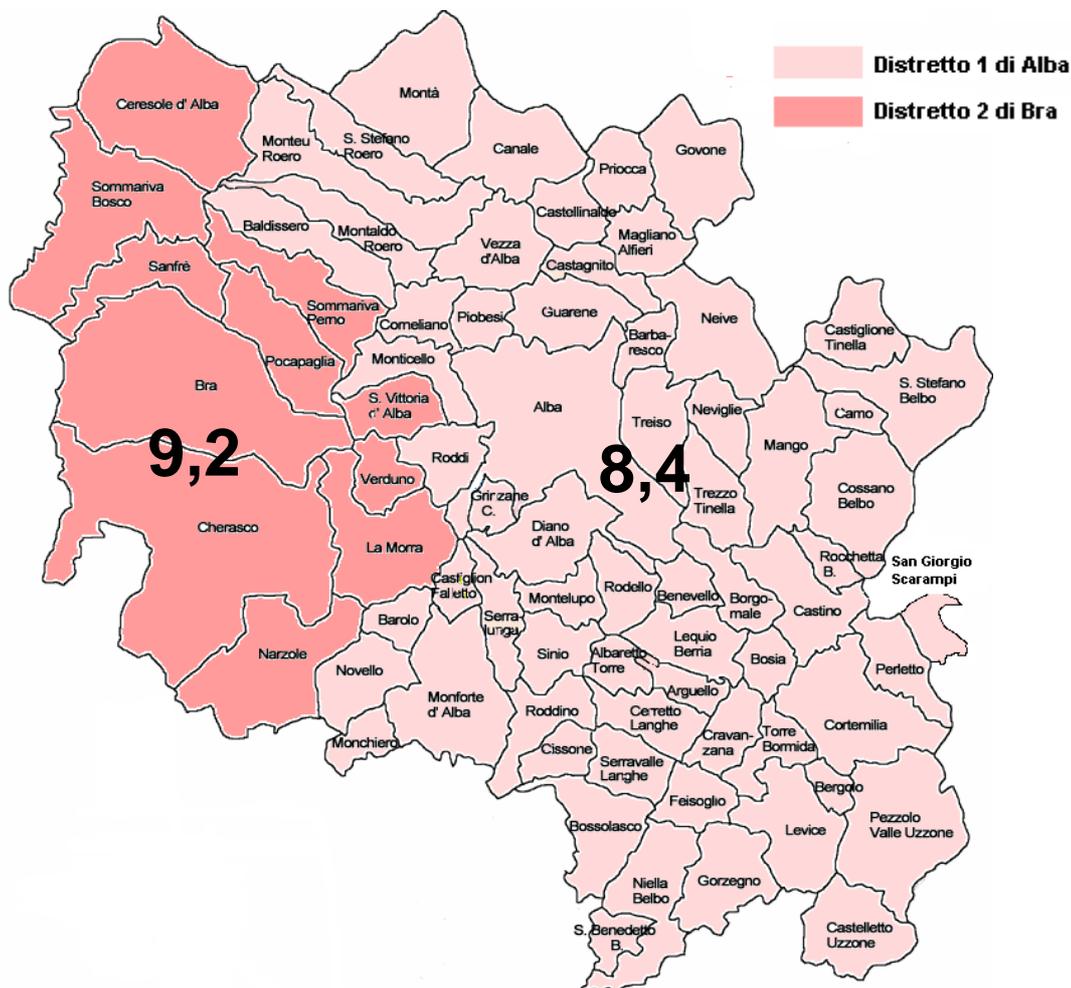
Tab. 7- Indici di natalità nell'ASL 18, Provincia Cuneo e Regione Piemonte - Anni 1997 - 2006

	<b>ASL 18</b>	<b>Provincia Cuneo</b>	<b>Regione Piemonte</b>
<b>1997</b>	9,2	8,9	8,1
<b>1998</b>	8,6	8,9	8,1
<b>1999</b>	8,6	8,9	8,1
<b>2000</b>	8,9	9,2	8,4
<b>2001</b>	9,0	9,1	8,2
<b>2002</b>	8,7	8,9	8,5
<b>2003</b>	8,7	8,8	8,6
<b>2004</b>	8,7	9,2	8,7
<b>2005</b>	9,2	9,0	8,6
<b>2006</b>	8,7	9,1	8,7



Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'ASL, si evince che il Distretto 2 di Bra ha una natalità più elevata rispetto al Distretto 1 di Alba ma anche rispetto alla Provincia di Cuneo e all'intera Regione (Fig. 1).  
La Tab. 8 mostra i tassi di natalità e mortalità calcolati nel 2006 per i 76 Comuni del territorio ASL 18.

Fig.1 – Indice di natalità nel territorio dell'ASL 18 – Anno 2006



Tab. 8 - Tassi di natalità e di mortalità dei Comuni dell'ASL 18 - Anno 2006

<b>COMUNI</b>	<b>TASSI DI NATALITA'</b>	<b>TASSI DI MORTALITA'</b>
ALBA	8,7	8,7
ALBARETTO TORRE	11,9	7,9
ARGUELLO	16,4	27,3
BALDISSERO D'ALBA	4,6	10,2
BARBARESCO	9,2	18,5
BAROLO	15,3	13,9
BENEVELLO	16,9	6,4
BERGOLO	13,2	0,0
BORGOMALE	0,0	10,3
BOSIA	9,9	14,9
BOSSOLASCO	7,3	13,2
BRA	9,1	10,5
CAMO	9,0	9,0
CANALE	9,0	12,1
CASTAGNITO	12,0	9,5
CASTELETTO UZZONE	5,4	2,7
CASTELLINALDO	5,6	11,3
CASTIGLIONE FALLETTO	4,5	7,5
CASTIGLIONE TINELLA	11,8	16,5
CASTINO	7,8	13,6
CERESOLE D'ALBA	6,2	15,2
CERRETTO LANGHE	6,4	19,2
CHERASCO	10,5	11,6
CISSONE	11,8	11,8
CORNELIANO D'ALBA	10,3	11,8
CORTEMILIA	6,1	19,4
COSSANO BELBO	8,7	13,5
CRAVANZANA	5,0	12,6
DIANO D'ALBA	10,3	8,2
FEISOGLIO	0,0	16,5
GORZEGNO	0,0	14,2
GOVONE	6,9	14,9
GRINZANE CAVOUR	7,1	6,0
GUARENE	6,9	6,0
LA MORRA	7,4	8,1
LEQUIO BERRIA	3,9	13,6
LEVICE	4,3	25,8
MAGLIANO ALFIERI	12,5	8,0
MANGO	6,1	14,5
MONCHIERO	18,5	6,7
MONFORTE D'ALBA	7,6	13,2
MONTA'	9,1	9,1
MONTALDO ROERO	5,6	14,7
MONTELUPO ALBESE	12,0	26,1

<b>COMUNI</b>	<b>TASSI DI NATALITA'</b>	<b>TASSI DI MORTALITA'</b>
MONTEU ROERO	5,5	9,8
MONTICELLO D'ALBA	6,8	13,6
NARZOLE	11,2	12,4
NEIVE	9,1	12,3
NEVIGLIE	4,8	11,9
NIELLA BELBO	7,2	19,1
NOVELLO	7,1	12,1
PERLETTO	16,0	22,4
PEZZOLO VALLE UZZONE	11,6	17,4
PIOBESI D'ALBA	6,7	5,8
POCAPAGLIA	9,9	9,2
PRIOCCA	9,8	10,3
ROCCHETTA BELBO	5,3	16,0
RODDI	9,9	5,3
RODDINO	10,4	18,2
RODELLO	10,4	18,7
SAN BENEDETTO BELBO	0,0	10,7
SAN GIORGIO SCARAMPI (AT)	0,0	24,4
SANFRE'	10,1	9,7
SANTA VITTORIA D'ALBA	9,8	9,4
SANTO STEFANO BELBO	7,2	10,7
SANTO STEFANO ROERO	7,5	19,5
SERRALUNGA D'ALBA	5,7	13,3
SERRAVALLE LANGHE	2,9	23,3
SINIO	4,1	12,2
SOMMARIVA DEL BOSCO	8,8	11,4
SOMMARIVA PERNO	7,1	12,9
TORRE BORMIDA	4,7	27,9
TREISO	8,9	12,7
TREZZO TINELLA	11,5	17,2
VERDUNO	3,8	15,2
VEZZA D'ALBA	7,6	14,2

Fonte: BDDE

### **Mortalità**

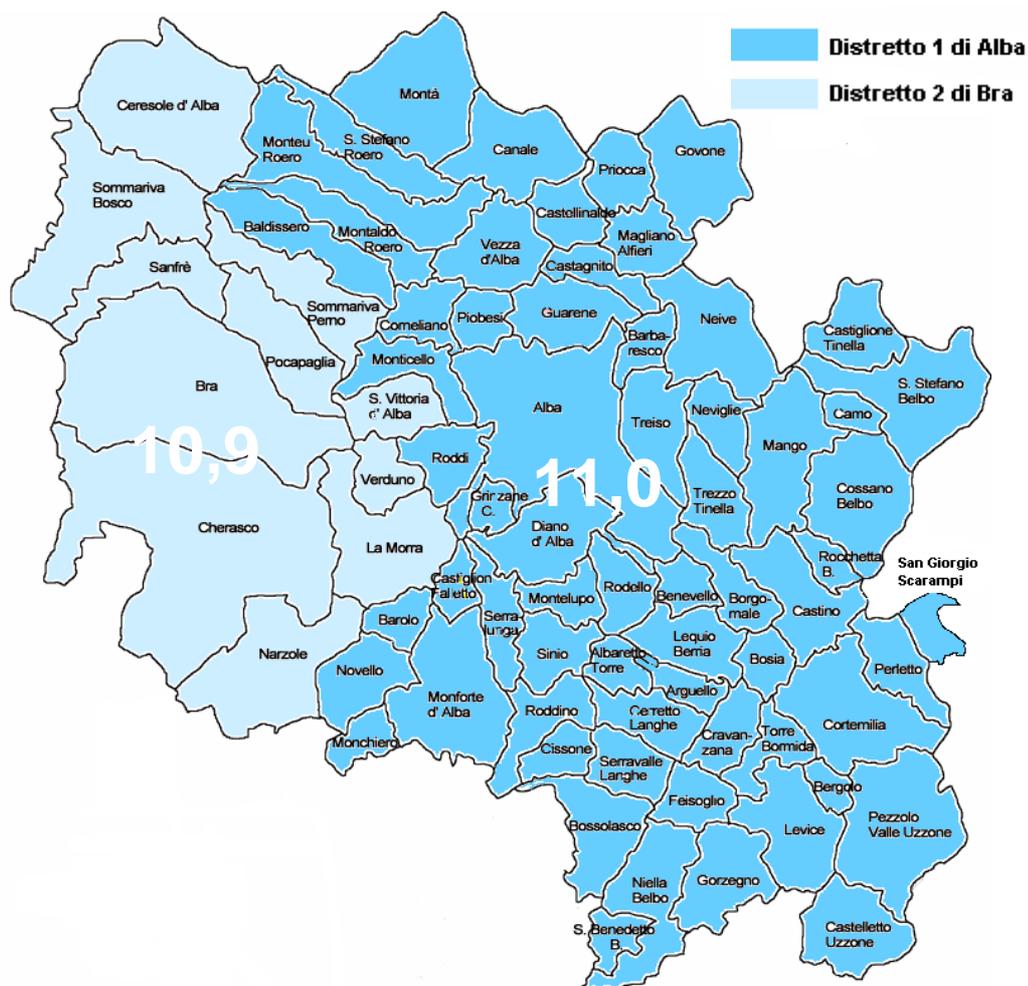
Il tasso grezzo di mortalità della popolazione ASL 18 (numero morti/popolazione totale) nel 2006 è di 11 persone decedute ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è lievemente aumentato.

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

Tab. 9 - Indici di mortalità - Anno 2006

	<b>Indici di mortalità</b>
<b>ASL 18</b>	<b>11,0</b>
Distretto 1 Alba	11,0
Distretto 2 Bra	10,9
<b>Provincia Cuneo</b>	<b>11,2</b>
<b>Regione Piemonte</b>	<b>10,9</b>

Fig.2 - Indice di mortalità nel territorio dell'ASL 18 - Anno 2006

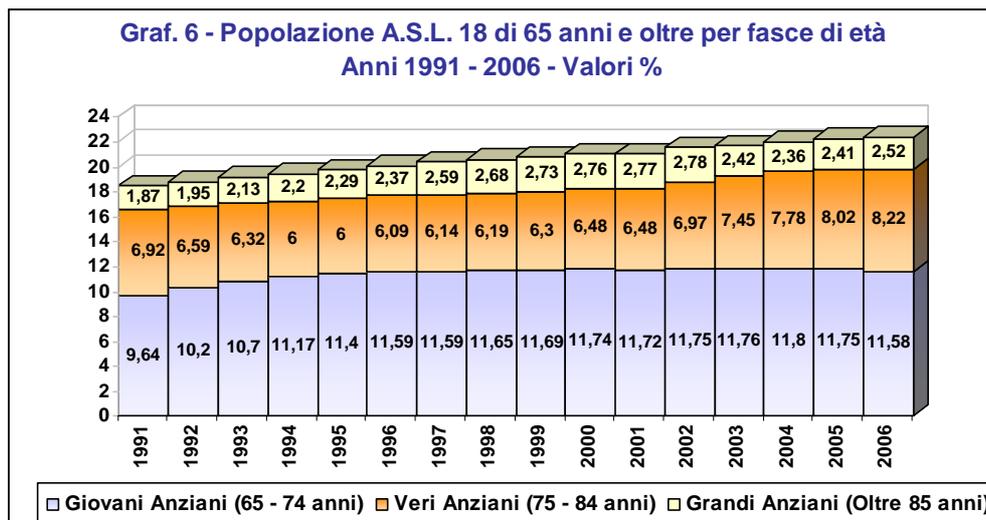


### Gli anziani

La situazione demografica dell'A.S.L. 18 è inoltre caratterizzata da quel "processo di invecchiamento" della popolazione, che interessa già da qualche anno vari Paesi Europei, Italia compresa.

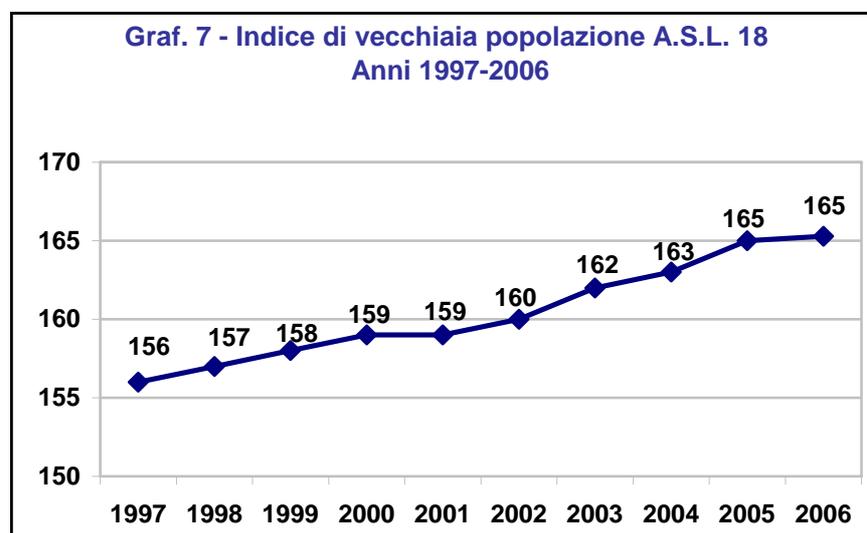
Nella nostra A.S.L. al 31 dicembre 2006, gli ultrasessantacinquenni sono 36.694 ossia il 22,3% della popolazione totale (43,68% maschi; 56,32% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,50%.

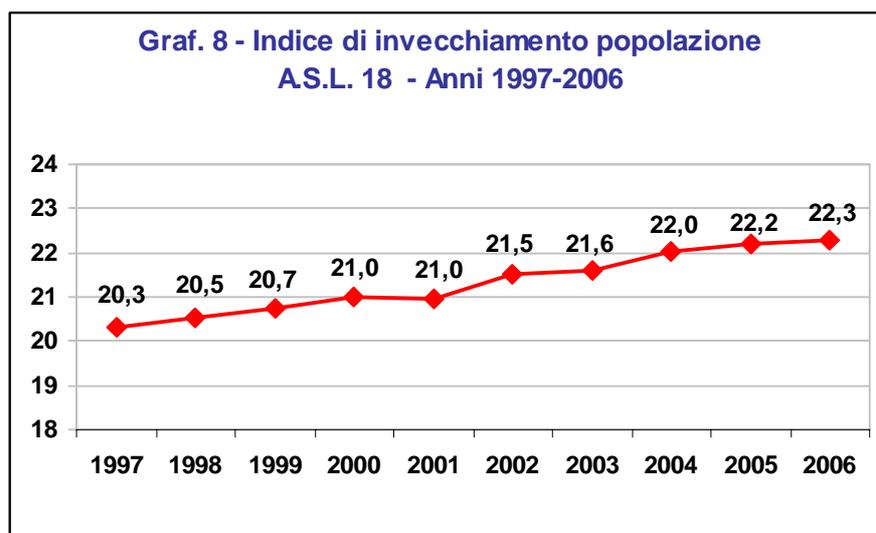
Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'A.S.L. 18, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti "giovani-vecchi" di età compresa tra 65 e 74 anni, i "veri vecchi" da 75 a 84 anni, e i "grandi vecchi" di 85 anni e oltre, emerge che i "giovani-vecchi" sono 11,58%, quelli di età compresa tra i 75 - 84 anni 8,22% e gli ultraottantacinquenni 2,52% (Graf. 6).



Lo studio dell'andamento della numerosità della popolazione anziana, secondo le tre fasce di età precedentemente descritte, dal 1991 al 2006 mostra un aumento significativo in tutte e tre le categorie. Ulteriori indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione possono essere desunte dallo studio di taluni indicatori demografici cosiddetti "strutturali" quali "l'indice di vecchiaia" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 0 - 14 anni, "l'indice di invecchiamento" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti, "l'indice di dipendenza o carico sociale" = popolazione in età 0 - 14 anni + popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 15 - 64 anni (5).

Nel 2006 nell'A.S.L. 18 si è registrato un indice di vecchiaia di 165,29; per il Distretto 1 di Alba tale indice è di 179,8, mentre per il Distretto 2 di Bra 143,8. I grafici 7 e 8 mostrano l'andamento rispettivamente dell'indice di vecchiaia e dell'indice di invecchiamento calcolati per la popolazione dell'ASL18 negli ultimi dieci anni.





L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi. E' comunque un indicatore di invecchiamento grossolano poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto esaltandone l'effetto. In Piemonte l'indice di vecchiaia è di 181,50, nel cuneese 163,90. L'indice di invecchiamento nell'A.S.L. 18 nel 2006 è di 22,32, indicatore che riflette il peso relativo della popolazione anziana, mentre l'indice di dipendenza o carico sociale, che mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive, rilevato è di 55,82. Quest'ultimo indicatore è considerato un indice di rilevanza economica e sociale, che risente della struttura economica della popolazione.

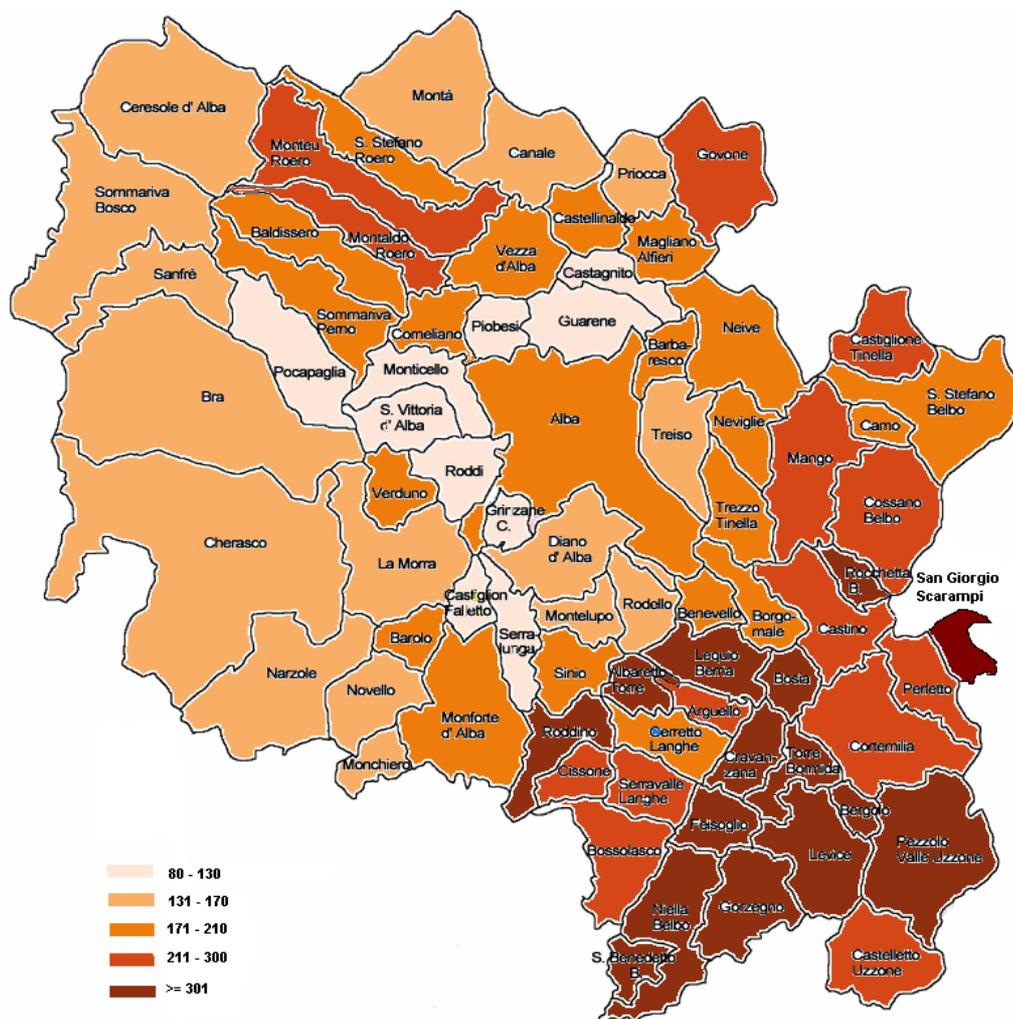
La Tab. 10 riporta i valori degli indici prima citati calcolati per ciascuno dei 76 Comuni del territorio dell'A.S.L. 18. Il territorio con gli indici di vecchiaia più elevati è quello della Valle Bormida (Fig. 3).

Tab. 10 - Indice di vecchiaia, invecchiamento e carico sociale nei 76 comuni dell'A.S.L. 18 - Anno 2006

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE CARICO SOCIALE O DIPENDENZA
LEVICE	970,00	41,63	84,92
FEISOGLIO	740,00	40,77	86,15
TORRE BORMIDA	575,00	32,09	60,45
GORZEGNO	530,43	34,66	70,05
BERGOLO	500,00	39,47	90,00
SAN BENEDETTO BELBO	437,50	37,43	85,15
PEZZOLO VALLE UZZONE	423,33	36,81	83,51
RODDINO	393,75	32,81	69,91
SAN GIORGIO SCARAMPI (AT)	390,00	31,71	66,22
NIELLA BELBO	374,36	34,84	79,06
LEQUIO BERRIA	372,73	31,84	67,75
BOSIA	358,82	30,20	62,90
ALBARETTO TORRE	355,00	28,17	56,52
ROCCHETTA BELBO	338,89	32,45	72,48
CRAVANZANA	313,64	34,67	84,26
BOSSOLASCO	298,41	27,57	58,24
CASTELETTO UZZONE	294,44	28,88	63,11
SERRAVALLE LANGHE	289,74	32,85	79,17
CORTEMILIA	282,21	28,81	64,00
COSSANO BELBO	274,34	29,84	68,67
MONTALDO ROERO	262,73	32,58	81,76

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE CARICO SOCIALE O DIPENDENZA
CASTIGLIONE TINELLA	257,43	30,55	73,67
PERLETTO	256,41	32,05	80,35
MANGO	232,12	29,15	71,54
MONTEU ROERO	227,66	26,24	60,69
CISSONE	225,00	31,76	84,78
GOVONE	217,50	25,88	60,72
ARGUELLO	216,67	21,31	45,24
BORGOMALE	209,09	29,49	77,27
MONFORTE D'ALBA	208,66	26,96	66,33
NEVIGLIE	205,45	26,97	66,93
SANTO STEFANO ROERO	204,02	26,65	65,88
TREZZO TINELLA	203,85	30,46	83,16
SINIO	203,57	23,22	52,96
BENEVELLO	198,08	21,82	48,90
CASTELLINALDO	191,45	25,31	62,68
VEZZA D'ALBA	190,33	24,21	58,55
CORNELIANO D'ALBA	188,89	24,30	59,14
BAROLO	187,80	21,48	49,06
CERRETTO LANGHE	186,76	27,08	71,17
CAMO	185,71	23,53	56,74
NEIVE	185,32	24,15	59,18
BARBARESCO	184,71	24,19	59,46
SANTO STEFANO BELBO	184,60	23,48	56,72
ALBA	183,35	23,36	56,50
SOMMARIVA PERNO	178,07	24,37	61,42
MAGLIANO ALFIERI	177,06	23,27	57,25
VERDUNO	174,60	20,95	49,15
BALDISSERO D'ALBA	171,33	22,75	56,31
<b>ASL 18</b>	<b>165,29</b>	<b>22,32</b>	<b>55,82</b>
RODELLO	164,06	21,78	53,99
LA MORRA	163,81	22,62	57,31
MONTELUPO ALBESE	162,69	21,89	54,66
PRIOCCA	155,88	21,82	55,81
TREISO	155,14	21,01	52,80
BRA	149,04	20,76	53,11
MONTA'	148,64	20,52	52,27
SOMMARIVA DEL BOSCO	147,09	20,21	51,38
CANALE	144,50	20,85	54,52
DIANO D'ALBA	142,73	20,32	52,80
CERESOLE D'ALBA	140,74	19,82	51,29
NOVELLO	137,25	21,19	57,80
SANFRE'	134,30	19,06	49,83
MONCHIERO	131,96	21,48	60,65
NARZOLE	130,93	22,01	63,45
CHERASCO	130,15	19,43	52,36
SERRALUNGA D'ALBA	128,05	20,00	55,33
SANTA VITTORIA D'ALBA	126,27	17,75	46,66
GRINZANE CAVOUR	124,10	18,92	51,92
MONTICELLO D'ALBA	120,55	19,08	53,62
GUARENE	118,94	18,37	51,09
POCAPAGLIA	115,45	17,34	47,83
CASTIGLIONE FALLETTO	107,62	16,99	48,77
PIOBESI D'ALBA	100,54	15,58	45,10
RODDI	84,77	13,65	42,36
CASTAGNITO	80,78	13,42	42,94

**Fig. 3- Indici di vecchiaia A.S.L. 18 Alba – Bra - Anno 2006**



## Bibliografia

- (1) M. Maggi et al: *Piemonte economico-sociale 2006- Relazione annuale sulla situazione economica, sociale e territoriale del Piemonte*. IRES 2007
- (2) [www.demos.piemonte.it](http://www.demos.piemonte.it)
- (3) <http://demo.istat.it>
- (4) BDDE: <http://www.regione.piemonte.it:8800/BDDE/indexh.htm>.
- (5) Gruppo di Lavoro SIMI. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia A.S.L. 20 di Alessandria. *Descrizione demografica popolazione (BDDE) 2001 – Novembre 2001*

## Immigrazione straniera: analisi di alcuni aspetti demografici e sanitari

Alfredo Ruata – Giuliana Chiesa – Pietro Corino

La presenza di una cospicua componente straniera immigrata nel territorio dell'A.S.L. 18, fenomeno in forte crescita nel corso degli ultimi anni, costituisce un problema con cui la sanità pubblica deve confrontarsi ed al quale ha l'obbligo di fornire adeguate risposte in termini di appropriatezza, equità ed efficacia delle prestazioni. La sfida dell'integrazione nella nostra comunità di gruppi provenienti da Paesi diversi per lingua, modelli di vita, cultura, fede religiosa ecc.. può essere affrontata attraverso la conoscenza delle istanze di cui i nuovi cittadini sono portatori: bisogni che, sovente, non sono solo di carattere sanitario, bensì attengono alla sfera economico – sociale, del lavoro, della casa e che, pertanto, richiedono sinergie di intervento tra le agenzie istituzionali o del volontariato che si occupano del problema.

Come anticipato, il fenomeno migratorio nella nostra A.S.L. ha avuto in questi anni un andamento di forte crescita. Nella Tab. 1 si evidenzia come dal 1996 al 2006 (dati al 31/12), l'incremento della popolazione totale residente sia di fatto attribuibile all'arrivo degli stranieri (+9.086 individui), a fronte di una sostanziale stabilità della componente italiana (- 669 persone, pari ad un decremento dello 0,44%).

Tab. 1 - Andamento demografico A.S.L. 18 – raffronto popolazione italiana e straniera

Anno	Popolazione residente totale	Popolazione italiana residente	Popolazione straniera residente
1996	155.983	153.633	<b>2.350</b>
1997	156.587	153.836	<b>2.751</b>
1998	157.073	153.770	<b>3.303</b>
1999	157.930	153.792	<b>4.138</b>
2000	158.503	153.737	<b>4.766</b>
2001	158.793	-	-
2002	159.787	-	-
2003	161.464	153.276	<b>8.188</b>
2004	162.894	153.259	<b>9.635</b>
2005	163.695	153.154	<b>10.541</b>
2006	164.400	152.964	<b>11.436</b>

Si tratta di una popolazione che, pur nella sua eterogeneità, risulta demograficamente molto dinamica: se si raffronta l'indice di natalità della popolazione straniera con quello degli individui di nazionalità italiana (Tab. 2), appare evidente la differenza a favore del primo gruppo: viene confermata, anche a livello locale, la maggior propensione riproduttiva della popolazione straniera, elemento positivo se valutato come risorsa per il futuro del Paese, altrimenti a rischio di invecchiamento.

Tab. 2 – Raffronto indice natalità popolazione italiana e straniera

Anno	N° Nati totali	N° Nati stranieri*	N° Nati italiani	Indice natalità popolazione residente italiana	Indice natalità popolazione residente straniera
1996	1.283	43	1.240	<b>8,07</b>	<b>18,30</b>
1997	1.434	67	1.367	<b>8,89</b>	<b>24,35</b>
1998	1.349	73	1.276	<b>8,30</b>	<b>22,10</b>
1999	1.363	92	1.271	<b>8,26</b>	<b>22,23</b>
2000	1.411	111	1.300	<b>8,46</b>	<b>23,29</b>
2001	1.423	-	-	-	-
2002	1.390	-	-	-	-
2003	1.407	142	1.265	<b>8,25</b>	<b>17,34</b>
2004	1.416	244	1.172	<b>7,65</b>	<b>25,32</b>
2005	1.500	245	1.255	<b>8,19</b>	<b>23,24</b>
2006	1.428	230	1.198	<b>7,83</b>	<b>20,11</b>

\*Nati in Italia da genitori stranieri, cosiddetta seconda generazione di immigrati

Al contrario, l'indice di mortalità risulta sensibilmente più basso rispetto a quello della popolazione italiana (Tab. 3)

Tab. 3 – Raffronto indice mortalità popolazione italiana e straniera

Anno	N° Morti totali	N° Morti Stranieri	N° Morti italiani	Indice mortalità popolazione residente italiana	Indice mortalità popolazione residente straniera
1996	1808	5	1803	<b>11,74</b>	<b>2,13</b>
1997	1875	4	1871	<b>12,16</b>	<b>1,45</b>
1998	1949	4	1945	<b>12,65</b>	<b>1,21</b>
1999	1909	5	1904	<b>12,38</b>	<b>1,21</b>
2000	1825	5	1820	<b>11,84</b>	<b>1,05</b>
2001	1807	-	-	-	-
2002	1776	-	-	-	-
2003	1875	6	1869	<b>12,19</b>	<b>0,73</b>
2004	1740	14	1726	<b>11,26</b>	<b>1,45</b>
2005	1758	16	1742	<b>11,37</b>	<b>1,52</b>
2006	1.803	12	1.791	<b>11,71</b>	<b>1,05</b>

La particolarità della popolazione straniera immigrata consiste altresì nella sua strutturazione per età e sesso. Nel corso degli anni, infatti, si è notato un progressivo incremento percentuale della quota di minorenni (solo in parte connesso all'andamento della natalità) ed un sostanziale riequilibrio numerico della componente di genere: mentre nel 1996 il numero di maschi era nettamente prevalente rispetto alle femmine (+ 58,8%), nel 2006 questa differenza si è ridotta al 4%.

Tab. 4 – Composizione della popolazione straniera per sesso ed età

Anno	Popolazione straniera residente				Popolazione straniera minorenni residente			
	M	F	TOTALE	Differenza % M/F	M	F	TOTALE	% rispetto alla popolazione straniera totale
1996	1.442	908	2.350	<b>+ 58,8%</b>	211	172	383	16,3%
1997	1.653	1.098	2.751	<b>+ 50,5%</b>	259	235	494	17,9%
1998	1.851	1.452	3.303	<b>+ 27,4%</b>	321	312	633	19,1%
1999	2.308	1.830	4.138	<b>+ 26,1%</b>	469	448	917	22,1%
2000	2.648	2.118	4.766	<b>+ 25,0%</b>	552	532	1.084	22,7%
2001	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-	-	-
2003	4.303	3.885	8.188	<b>+ 10,7%</b>	953	893	1.846	22,5%
2004	5.029	4.606	9.635	<b>+ 9,2%</b>	1.163	1.101	2.264	23,5%
2005	5.415	5.126	10.541	<b>+ 5,6%</b>	1.381	1.302	2.683	25,4%
2006	5.830	5.606	11.436	<b>+ 4,0%</b>	1.482	1.390	2.872	25,1%

La Tab. 4 evidenzia, dunque, che la componente numerica femminile è ormai equivalente a quella maschile: una possibile spiegazione può essere individuata nel progressivo ricongiungimento che si sta verificando e che va visto come un aspetto positivo del processo di integrazione: reti familiari consolidate o in fase di ricostituzione possono contribuire a rendere meno gravoso, dal punto di vista sociale e psicologico, l'inserimento dei singoli individui nella nuova comunità (mondo del lavoro, della scuola, ambito abitativo ecc.). Sotto questo profilo, peraltro, non tutti i gruppi etnici risultano sufficientemente bilanciati. Come si evince dalla Tab. 5, se tra rumeni, albanesi e macedoni lo squilibrio numerico tra i sessi si aggira intorno al 20% (a favore delle femmine nel primo caso, dei maschi nel secondo e terzo), vi sono comunità in cui l'impronta di genere è attualmente molto più marcata (vedasi i senegalesi, prevalentemente maschi o i polacchi, con una popolazione a forte maggioranza femminile). Il dato sembra suggerire l'ipotesi che il ruolo professionale prevalente nelle diverse etnie possa essere decisivo nel determinare l'attuale connotazione di genere della

comunità di riferimento. Se l'assistenza agli anziani ha determinato l'afflusso massiccio di giovani donne rumene e dell'est europeo in genere (ed in tal caso la figura femminile è trainante nel processo di immigrazione ed integrazione), in altri casi, vedi le comunità africane, sono soprattutto i maschi in cerca di lavoro ad aver dato origine al processo di immigrazione.

Tab. 5 – Composizione della popolazione straniera per sesso ed età – Anni 2004-2005-2006

Nazionalità di origine	Anno 2004			Anno 2005			Anno 2006		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
<i>Marocco</i>	1.186	913	2.099	1.248	982	2.230	1.324	1.058	2.382
<i>Romania</i>	876	<b>1.015</b>	1.891	980	<b>1.167</b>	2.147	<b>1.105</b>	<b>1.349</b>	<b>2.454</b>
<i>Albania</i>	1.015	804	1.819	1.096	902	1.998	1.145	951	2.096
<i>Macedonia</i>	697	531	1.228	763	623	1.386	858	713	1.569
<i>Tunisia</i>	194	105	299	218	118	336	224	133	357
<i>Senegal</i>	202	25	227	<b>211</b>	27	238	218	31	249
<i>Svizzera</i>	99	114	213	104	<b>116</b>	220	108	122	229
<i>Serbia - Montenegro</i>	-	-	156	73	56	129	-	-	117
<i>Bosnia - Erzegovina</i>	62	52	114	70	62	132	79	64	143
<i>Germania</i>	39	68	107	37	<b>69</b>	106	40	71	111
<i>Cina</i>	45	36	81	54	42	96	-	-	96
<i>Argentina</i>	32	45	77	-	-	-	-	-	-
<i>Polonia</i>	-	-	-	22	<b>67</b>	89	26	76	102
	<b>4.447*</b>	<b>3.708*</b>	<b>8.311</b>	<b>4876</b>	<b>4231</b>	<b>9.107</b>	<b>5.127*</b>	<b>4.568*</b>	<b>9.905</b>

\* dato incompleto per indisponibilità di alcune osservazioni

Nella Tab. 5 è riportata l'entità numerica delle principali etnie straniere residenti nel territorio dell'A.S.L. 18 e come questa si è evoluta nel corso del triennio 2004-2006: si nota che le macro aree geografiche maggiormente presenti sono quella nord-africana e quella est europea.

Nell'ultimo anno, la comunità rumena è divenuta la più popolosa, superando quella marocchina.

Gli individui delle nazionalità elencate rappresentano circa l'86% di tutta la popolazione straniera.

Accanto ai gruppi giunti verosimilmente per necessità (ricerca di un lavoro in funzione di una migliore qualità di vita), è significativo (e storicamente meno recente) l'insediamento di nuclei di cittadini svizzeri e tedeschi (tra l'altro a maggioranza femminile), soprattutto nel territorio dell'Alta Langa e nelle zone della viticoltura pregiata.

Per quanto riguarda l'impatto sanitario dovuto alla presenza di nuove comunità di origine straniera, una risposta, non certo esaustiva data la limitatezza dell'indagine, è fornita da una ricognizione ad hoc del sistema informativo aziendale relativa ai ricoveri avvenuti nell'anno 2006 nei presidi ospedalieri di Alba e Bra, suddivisi per condizione di residenza (assistiti/esterni), nazionalità (italiani/stranieri), cause di ospedalizzazione (raggruppamenti MDC - Major Diagnostic Category). I valori, comprensivi dei ricoveri ordinari ed in regime di "day hospital", sono espressi in termini assoluti e percentuali.

Tab. 6 – Ricoveri ospedalieri italiani/stranieri per cause

HMDC RAG	Raggruppamenti MDC	N° RICOVERI ITA ASSISTITI	%	N° RICOVERI STRANIERI ASSISTITI	%	N° RICOVERI ITA ESTERNI	%	N° RICOVERI STRANIERI EST.	%	N° RICOVERI ITA. TUTTI	%	N° RICOVERI STRANIERI TUTTI	%
0	DRG non classificabili	151	0,87	8	0,59	21	0,95	0	0,00	172	0,88	8	0,51
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	1.126	6,50	24	1,76	159	7,18	10	4,78	1.285	6,58	34	2,17
2	Malattie e disturbi occhio	1.611	9,30	25	1,84	191	8,62	1	0,48	1.802	9,22	26	1,66
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	428	2,47	62	4,56	40	1,81	7	3,35	468	2,40	69	4,39
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.001	5,78	67	4,92	77	3,48	10	4,78	1.078	5,52	77	4,90
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	1.403	8,10	31	2,28	126	5,69	11	5,26	1.529	7,83	42	2,68
6	Malattie e disturbi apparato digerente	1.600	9,24	73	5,36	186	8,40	10	4,78	1.786	9,14	83	5,29
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	668	3,86	31	2,28	65	2,93	5	2,39	733	3,75	36	2,29
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	2.054	11,86	103	7,57	542	24,47	20	9,57	2.596	13,29	123	7,83
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	545	3,15	22	1,62	62	2,80	5	2,39	607	3,11	27	1,72
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	364	2,10	50	3,67	33	1,49	7	3,35	397	2,03	57	3,63
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	820	4,73	33	2,42	119	5,37	8	3,83	939	4,81	41	2,61
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo apparato riproduttivo maschile	520	3,00	16	1,18	85	3,84	1	0,48	605	3,10	17	1,08
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	542	3,13	47	3,45	61	2,75	10	4,78	603	3,09	57	3,63
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.198	6,92	458	33,65	130	5,87	62	29,67	1.328	6,80	520	33,12
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	882	5,09	225	16,53	115	5,19	23	11,00	997	5,10	248	15,80
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sistema immunitario	406	2,34	15	1,10	26	1,17	3	1,44	432	2,21	18	1,15
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	882	5,09	13	0,96	76	3,43	6	2,87	958	4,90	19	1,21
18	Malattie infettive e parassitarie	191	1,10	8	0,59	19	0,86	0	0,00	210	1,07	8	0,51
19	Malattie e disturbi mentali	455	2,63	24	1,76	25	1,13	5	2,39	480	2,46	29	1,85
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	39	0,23	2	0,15	2	0,09	1	0,48	41	0,21	3	0,19
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	116	0,67	7	0,51	24	1,08	2	0,96	140	0,72	9	0,57
22	Ustioni	1	0,01	2	0,15	0	0,00	0	0,00	1	0,01	2	0,13
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	301	1,74	15	1,10	30	1,35	1	0,48	331	1,69	16	1,02
24	Traumatismi multipli	18	0,10	0	0,00	1	0,05	1	0,48	19	0,10	1	0,06
25	Infezioni da HIV	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<b>TOTALE</b>	<b>17.322</b>	<b>100,00</b>	<b>1.361</b>	<b>100,00</b>	<b>2.215</b>	<b>100</b>	<b>209</b>	<b>100,00</b>	<b>19.537</b>	<b>100,00</b>	<b>1.570</b>	<b>100,00</b>

Alcuni dati significativi: riferendoci ai pazienti residenti nell'A.S.L. 18, si rileva che, a fronte di 18.683 ricoveri, la percentuale di stranieri è pari al 7,28% (1.361 ricoveri). Un banale confronto con l'incidenza del numero di stranieri residenti (11.436 persone) rispetto al totale della popolazione dell'A.S.L. al 31/12/2006 (164.400 abitanti), pari al 6,96%, evidenzia come l'impatto sanitario degli stranieri rispecchi la proporzione dei relativi abitanti sul totale.

Per quanto riguarda le cause di ospedalizzazione, emerge con evidenza che i principali motivi di ricovero degli stranieri riguardano *gravidanza, parto e puerperio* (raggruppamento 14) e *malattie e disturbi del periodo perinatale* (raggruppamento 15) che rappresentano insieme il 50% delle cause (11% nella popolazione italiana). Questo dato, che conferma l'esito di analoga indagine condotta nell'anno 2005 presso l'ASO S.Croce e Carle di Cuneo (2° Rapporto sull'immigrazione in Provincia di Cuneo), ha un'evidente connessione con la dinamica della natalità nella popolazione immigrata: si rileva, tra l'altro, che nello studio citato risultava un'incidenza molto elevata delle *interruzioni volontarie di gravidanza* nella comunità straniera (mediamente intorno al 7-8% rispetto a valori inferiori all'1% tra le italiane), soprattutto tra le donne provenienti dall'Africa e dall'Est Europa.

Il quadro complessivo che emerge, pur essendo necessari ulteriori e più probanti approfondimenti, sembra compatibile con quello di una popolazione mediamente giovane, con problematiche sanitarie afferenti soprattutto alle fasi della riproduzione e della prima infanzia. Naturalmente, i dati devono essere analizzati in rapporto all'incidenza delle singole etnie (ed alla relativa strutturazione demografica: età, sesso, ecc.) che compongono la comunità immigrata totale.

A titolo esemplificativo, si riporta a seguire il raffronto tra i due principali gruppi insediatisi nel nostro territorio, quello nord-africano e quello est europeo, con le rispettive cause di ospedalizzazione.

Tab. 7 – Tabella di raffronto tra nord africani e est europei residenti nel territorio dell'A.S.L. 18 Alba – Bra per cause di ospedalizzazione

HMDC RAG	Raggruppamenti MDC	N° RICOVERI NORD-AFRICANI	%	N° RICOVERI EST EUROPEI	%
0	DRG non classificabili	3	0,67	2	0,64
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	10	2,22	3	0,96
02	Malattie e disturbi occhio	5	1,11	2	0,64
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	20	4,44	11	3,53
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	33	7,33	6	1,92
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	6	1,33	11	3,53
06	Malattie e disturbi apparato digerente	22	4,89	19	6,09
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	12	2,67	11	3,53
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	31	6,89	22	7,05
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	9	2,00	6	1,92
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	19	4,22	6	1,92
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	6	1,33	8	2,56
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo apparato riproduttivo maschile	4	0,89	2	0,64
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	9	2,00	19	6,09
14	Gravidanza, parto e puerperio	151	33,56	121	38,78
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	88	19,56	42	13,46
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sistema immunitario	4	0,89	3	0,96
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2	0,44	2	0,64
18	Malattie infettive e parassitarie	5	1,11	1	0,32
19	Malattie e disturbi mentali	4	0,89	9	2,88
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	0	0,00	2	0,64
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	3	0,67	1	0,32
22	Ustioni	1	0,22	0	0,00
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	3	0,67	3	0,96
24	Traumatismi multipli	0	0,00	0	0,00
25	Infezioni da HIV	0	0,00	0	0,00
	TOTALI	450	100,00	312	100,00

Un'ulteriore chiave di lettura della presenza degli immigrati, almeno per quanto riguarda le ricadute sul sistema sanitario, è data dal numero di infortuni occorsi in questi anni ai lavoratori stranieri; nella tabella che segue, si osserva come il loro numero sia progressivamente aumentato dal 2000 al 2006, ovviamente in conseguenza dell'aumento della relativa popolazione. In mancanza di denominatori più consistenti (ad esempio il numero di occupati per ciascuna nazionalità), si osserva che la durata media degli infortuni è pari a 14,8 gg. e che il numero delle donne colpite da evento infortunistico è più che raddoppiato nel periodo considerato. Nella Tab. 8 sono elencate le nazionalità più interessate dal fenomeno: è evidente il notevole incremento di infortuni occorsi ai lavoratori e alle lavoratrici albanesi, macedoni e rumeni/e mentre in lieve calo, rispetto agli anni più recenti, è la tendenza infortunistica relativa ai nord africani. L'età media degli infortunati (2.481 eventi considerati dal 2000 al 2006) è pari a 33,9 anni, con una media minima di 32,8 anni registrata nel 2003 ed una massima di 34,9 anni nel 2006.

Tab. 8 – Infortuni sul lavoro occorsi a lavoratori stranieri nel territorio dell'ASL 18. Anni 2000-2006

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>N° Infortuni sul lavoro</b>	255	287	337	395	407	401	406
<b>di cui Mortali</b>	0	0	2	0	2	1	1
<b>Durata media Infortunio (gg.)</b>	19,4	14,2	13,3	14,2	13,8	13,3	15,5
<b>M</b>	217	243	290	347	351	333	328
<b>F</b>	38	44	47	48	56	68	78
<b>Marocco</b>	122	111	110	133	129	121	115
<b>Albania</b>	34	33	33	71	58	67	69
<b>Romania</b>	7	11	11	45	44	50	61
<b>Macedonia</b>	11	25	24	27	47	40	33
<b>Tunisia</b>	14	21	20	24	21	15	16
<b>Senegal</b>	10	14	14	20	26	16	16
<b>Francia</b>	2	3	3	9	4	4	8
<b>Argentina</b>	11	6	6	7	12	16	8
<b>ex Jugoslavia</b>	7	20	20	11	12	12	5
<b>Germania</b>	9	10	11	6	12	5	3

## Conclusioni

I dati elencati rappresentano una prima immagine relativa alla consistenza della comunità immigrata straniera nel territorio dell'A.S.L. 18: è necessario, ovviamente, approfondire la conoscenza del fenomeno immigrazione, sia per quanto concerne gli aspetti sociali che per la sua effettiva ricaduta sul sistema sanitario. Le attuali previsioni ipotizzano scenari di vero e proprio esodo di intere comunità, in particolare dall'Est Europa, al quale occorrerà far fronte, innanzitutto con adeguati strumenti legislativi ed in secondo luogo con un'opportuna organizzazione dei servizi; ciò che già oggi emerge è la complessità del fenomeno, che in breve tempo ha assunto notevole rilevanza (anche in considerazione del fatto che alle statistiche sfuggono gli irregolari, privi di assistenza medica mutualistica in quanto non registrati all'anagrafe). Il fatto che la popolazione straniera sia costituita da nazionalità estremamente differenti per condizione sociale, di reddito, di salute comporta che le risposte delle istituzioni locali devono essere flessibili, non univoche, in grado di assicurare a ciascun individuo pari dignità e accesso al benessere. A livello di A.S.L. 18, la comunità estera costituisce di fatto la terza città virtuale per numero di abitanti, dopo Alba e Bra: una comunità giovane, vitale, i cui bisogni sanitari devono essere analizzati e monitorati per poter offrire a questi nuovi cittadini le risposte che una società giusta e solidale deve essere in grado di dare.

## Bibliografia e banche dati

- (1) *La popolazione straniera residente in Italia al 1 gennaio 2007*, Istat – Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2/1/2007, scaricabile dal sito [www.istat.it](http://www.istat.it), sez. Stranieri

- (2) **2° Rapporto sull'immigrazione in Provincia di Cuneo – 2006**, Caritas, Inps, Provincia di Cuneo, ottobre 2006, scaricabile dal sito: <http://www.piemonteimmigrazione.it/>, sez. Fenomeno migratorio
- (3) **Sociologia delle migrazioni**, a cura di M. Ambrosini, Ed. Il Mulino, Collana Manuali, Bologna, 2005
- (4) **Altre voci: storie di migranti e di nuove identità, indagine qualitativa sull'immigrazione nella città di Alba**, a cura di M. Altamura, E. De Vitto, Città di Alba, Provincia di Cuneo, Coop. Soc. Orso, maggio 2006, scaricabile dal sito: <http://www.piemonteimmigrazione.it/>, sez. Situazioni locali
- (5) **Il baby boom degli stranieri**, di G. Stabile, La Stampa, 24 ottobre 2007, Torino
- (6) **Bollettino Epidemiologico dell'A.S.L. 18 – Anno 2005**, scaricabile dal sito [www.asl18.it](http://www.asl18.it)
- (7) **Sito <http://demo.istat.it>** (popolazione straniera residente al 1 gennaio 2007, dati a livello comunale)
- (8) **Sito [www.regione.piemonte.it/stat/bdde/](http://www.regione.piemonte.it/stat/bdde/)** BDDE – Banca Dati Demografica Evolutiva della Regione Piemonte e BDIS – Banca Dati Immigrati Stranieri
- (9) **Sistema Informativo Aziendale, C.E.D. – A.S.L. 18 Alba - Bra**
- (10) **Banca Dati Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro**

## La mortalità evitabile nell'ASL18

Laura Marinaro

### Introduzione

La mortalità evitabile è un indicatore utilizzato principalmente per valutare l'efficacia pratica dei sistemi sanitari. Nel rapporto ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata- Atlante 2007: *Mortalità evitabile per genere e USL*), i ricercatori definiscono la "mortalità evitabile" come indicatore sentinella di politica sanitaria, perché consente oggettivamente di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare le soluzioni e verificare, nel tempo, la buona riuscita degli interventi intrapresi. L'analisi dei dati di mortalità evitabile pertanto può rappresentare un punto di partenza per individuare priorità ed obiettivi da realizzare per implementare l'offerta degli interventi stessi. Dal punto di vista metodologico, secondo il rapporto ERA 2007, si intendono per morti evitabili comunemente quelle avvenute in una fascia di età compresa fra 0 e 74 anni, su cui si concorda scientificamente di classificare i casi di morte potenzialmente contrastabili sia per l'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie, sia per l'applicazione di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione (1,2,3)

### Italia

La mortalità evitabile è in evidente miglioramento in Italia, così come in Europa e nei principali Paesi avanzati. La vita media si sta anche per questo allungando e ciò stimola i sistemi sanitari a spostare in avanti gli obiettivi da raggiungere. Di recente, la letteratura internazionale più accreditata converge nell'indicare quale soglia di età entro cui considerare evitabile la mortalità "74 anni" (al posto di 69 anni), ed includere nel campo di osservazione i decessi di età 0-4 anni (Tab. 1.1) (1)

Tab. 1.1 – Morti evitabili per classe di età in Italia (Anni 2000-2002)

Età	2000	2001	2002
0-4	1.624	1.686	1.583
5-9	159	124	164
10-14	227	224	229
15-19	824	816	784
20-24	1.538	1.402	1.278
25-29	1.825	1.640	1.611
30-34	1.852	1.882	1.815
35-39	2.318	2.388	2.213
40-44	3.036	3.095	3.106
45-49	4.577	4.454	4.519
50-54	7.653	7.445	7.015
55-59	10.340	10.038	10.213
60-64	16.361	16.104	15.698
65-69	24.179	23.236	22.815
70-74	35.444	34.535	34.163
Tot 5-69	74.889	72.848	71.460
<b>Totale</b>	<b>111.957</b>	<b>109.069</b>	<b>107.206</b>
Differenza	37.068	36.221	35.746

Fonte: elaborazioni ERA su dati ISTAT

La Tab. 1.2 riepiloga il numero assoluto di morti evitabili per sesso e classe di età. Gli uomini morti per cause evitabili nell'ultimo anno disponibile (2002) sono circa 71.189, 36.017 le donne. Questa semplice evidenza indica che la mortalità evitabile riguarda prevalentemente il sesso maschile, i cui decessi evitabili si dimostrano il doppio rispetto a quelli delle donne (1).

Tab. 1.2 – Morti evitabili e totali per classe di età e sesso in Italia (Anno 2002)

Età	Morti evitabili		Morti totali	
	maschi	femmine	maschi	femmine
0-4	909	674	1.455	1.129
5-9	106	58	212	115
10-14	144	85	235	144
15-19	613	171	817	275
20-24	1.056	222	1.336	388
25-29	1.291	320	1.727	565
30-34	1.376	439	2.019	798
35-39	1.482	731	2.596	1.312
40-44	1.987	1.119	3.422	1.876
45-49	2.912	1.607	4.793	2.736
50-54	4.486	2.529	7.631	4.439
55-59	6.807	3.406	11.529	6.216
60-64	10.649	5.049	18.393	9.605
65-69	15.408	7.407	26.659	14.629
70-74	21.963	12.200	38.993	24.088
75+	-	-	154.498	211.037
<b>totale</b>	<b>71.189</b>	<b>36.017</b>	<b>276.315</b>	<b>279.352</b>

Fonte: elaborazioni ERA su dati ISTAT

L'epidemiologia delle morti evitabili maschili a livello nazionale risulta ben delineata: gli uomini sono soprattutto colpiti da tumori maligni dell'apparato respiratorio (16,2 mila casi in un anno) e da malattie ischemiche del cuore (15,6 mila casi), seguono i decessi per tumore dell'apparato digerente e per incidenti traumatici (circa 10 mila per gruppo all'anno), poi per malattie cerebro-vascolari ed altre cause. Per le femmine, l'emergenza maggiore è costituita dai cosiddetti tumori maligni della donna, con 8 mila casi di morte all'anno; tra le restanti cause: tumori maligni apparato digerente, malattie ischemiche e malattie cerebro-vascolari (5 mila casi); tumori dell'apparato respiratorio, traumatismi ed altre cause (3 mila casi) (Tab. 1.3).

Tab. 1.3– Mortalità evitabile in Italia per sesso e grande gruppo di cause (Anno 2002)

Cause di morte	Maschi		Femmine	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
<b>Tumori di cui:</b>	<b>30.483</b>	<b>42,8</b>	<b>17.973</b>	<b>49,9</b>
App.respiratorio e org. intratorac	16.169	22,7	3.531	9,8
App.digerente e peritoneo	9.883	13,9	5.008	13,9
Donna (mammella e org.genitali)	-	-	8.150	22,6
<b>Sistema cardiocircolatorio</b>	<b>24.250</b>	<b>34,1</b>	<b>11.635</b>	<b>32,3</b>
malattie ischemiche del cuore	15.562	21,9	5.383	14,9
malattie cerebrovascolari	6.576	9,2	4.685	13,0
<b>Traumatismi</b>	<b>10.545</b>	<b>14,8</b>	<b>3.087</b>	<b>8,6</b>
<b>Altre cause</b>	<b>5.911</b>	<b>8,3</b>	<b>3.322</b>	<b>9,2</b>
<b>Totale</b>	<b>71.189</b>	<b>100,0</b>	<b>36.017</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazioni ERA su dati ISTAT

Un altro modo di analizzare gli stessi casi è riportato nella Tab. 1.4, in cui il raggruppamento è per tipologia di intervento attivo prevalente: *prevenzione primaria* (prima dell'insorgere della malattia o del verificarsi dell'incidente), *diagnosi precoce e relativa terapia* (ai primi sintomi di malattia), *assistenza propriamente detta* (anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento) (1).

Tab. 1.4 – Mortalità evitabile in Italia per sesso e tipologia prevalente di intervento (Anno 2002)

Tipologia prevalente di intervento	Maschi		Femmine	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Prevenzione primaria	47.516	66,7	13.148	36,5
Igiene ed assistenza sanitaria	17.854	25,1	10.877	30,2
Diagnosi precoce e terapia	5.819	8,2	11.992	33,3
<b>Totale</b>	<b>71.189</b>	<b>100</b>	<b>36.017</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborazioni ERA su dati ISTAT

## Regione Piemonte ed ASL 18 Alba-Bra

In Piemonte, la mortalità evitabile *per tutte le cause* fra i residenti è al disopra della media italiana sia per i maschi (243,3 contro 229,1) che per le femmine (108,4 contro 103,7).

Tab. 1.5 – Mortalità evitabile per tutte le cause per ASL e sesso.  
(Decessi 2000-2002- Tassi Std x 100.000)

	Tutte le cause	
	Maschi	Femmine
Media nazionale	229,1	103,7
Media regionale	243,3	108,4
Asl 1-4 Torino	229,5	108,7
Asl 5 Collegno	214,8	99,7
Asl 6 Ciriè	238,5	108,8
Asl 7 Chivasso	214,6	108,1
Asl 8 Chieri	211,2	95,3
Asl 9 Ivrea	272,2	113,1
Asl 10 Pinerolo	258,8	97,0
Asl 11 Vercelli	288,5*	126,9*
Asl 12 Biella	286,5*	113,4
Asl 13 Novara	250,4	107,3
Asl 14 Omegna	275,3	116,3
Asl 15 Cuneo	239,7	121,5
Asl 16 Mondovì	242,3	107,3
Asl 17 Savigliano	269,1	113,7
Asl 18 Alba-Bra	221,2	94,5
Asl 19 Asti	230,0	102,4
Asl 20 Alessandria	251,6	116,3
Asl 21 Casale Monferrato	255,3	104,8
Asl 22 Novi Ligure	239,0	100,7

Il simbolo\* segnala i 10 valori più elevati tra tutte le ASL/USL italiane

La Tab. 1.5 mette in luce che per entrambi i sessi, l'area più a nord della regione è caratterizzata da valori particolarmente elevati (Vercelli e Biella, a seguire Omegna ed Ivrea). L'ASL 18 Alba-Bra presenta valori di mortalità evitabile per tutte le cause di 221,2 per i maschi e di 94,5 per le femmine inferiori al dato piemontese e nazionale.

L'analisi dei tassi calcolati per i *principali gruppi di cause* evidenzia che queste contribuiscono alla mortalità evitabile in misura differente ed in modo disomogeneo da un punto di vista geografico (Tab. 1.6)

Tab. 1.6- Mortalità evitabile per gruppi di cause per ASL e sesso.  
(Decessi 2000-2002- Tassi Std x 100.000)

	Tumori maligni				Sist. circolatorio		Traumatismi ed avvelenamenti	
	App. digerente e peritoneo		App. respiratorio		Malattie ischemiche cuore			
	M	F	M	F	M	F	M	F
Media nazionale	30,5	13,3	50,1	9,4	48,5	13,8	37,3	10,6
Media regionale	30,6	13,7	53,6	9,8	45,5	11,7	46,5	13,7
Asl 1-4	30,6	13,4	53,3	11,9	43,6	11,2	32,5	11,6
Asl 5	29,9	17,1	46,5	8,4	40,0	10,0	36,6	12,8
Asl 6	32,5	15,5	54,4	9,0	50,6	13,6	47,1	10,2
Asl 7	28,3	14,0	55,1	8,4	37,5	14,7	34,2	12,1
Asl 8	22,9	10,8	50,0	7,7	39,0	10,3	39,1	12,4
Asl 9	30,4	12,8	53,9	8,3	48,7	10,4	68,3*	22,3*
Asl 10	32,6	10,3	47,4	10,6	49,1	8,0°	55,9	12,6
Asl 11	37,4	16,0	57,1	12,6	57,1	13,1	60,2	14,7
Asl 12	30,2	11,6	62,9	10,5	54,7	12,7	51,0	14,2
Asl 13	34,4	11,7	61,3	11,1	48,3	13,4	44,2	13,4
Asl 14	37,1	15,2	56,9	11,6	54,3	14,3	47,6	12,0
Asl 15	34,6	14,8	42,5	10,6	33,7°	8,5°	63,1*	19,1*
Asl 16	20,9	12,7	42,3	7,5	35,3°	13,0	63,1*	15,5
Asl 17	35,0	12,6	48,1	10,5	44,1	9,9	63,1*	18,3*
Asl 18	25,7	11,1	44,9	5,8	37,4	13,5	56,8	15,1
Asl 19	21,9	11,2	51,4	7,0	45,0	12,8	52,5	16,5
Asl 20	33,2	16,5	61,8	8,3	47,4	10,8	47,6	10,4
Asl 21	33,8	14,9	63,7	7,5	43,2	10,2	53,9	12,3
Asl 22	28,8	14,4	51,6	10,4	53,9	12,0	44,7	10,1

Il simbolo° segnala i 10 valori più bassi tra tutte le ASL/USL italiane

Il simbolo\* segnala i 10 valori più elevati tra tutte le ASL/USL italiane

La mortalità evitabile per *tumori dell'apparato digerente* presenta valori lievemente superiori sia nella popolazione maschile che femminile del Piemonte rispetto al dato nazionale. I valori più elevati rispetto alla media regionale, si registrano per i maschi nelle AASSLL di Ciriè, Pinerolo, Vercelli, Novara, Omegna, Cuneo, Savigliano, Alessandria, Casale Monferrato; per le femmine nelle AASSLL di Collegno, Ciriè, Chivasso, Vercelli, Omegna, Cuneo, Alessandria, Casale Monferrato, Novi Ligure.

Nell'ASL18, la mortalità evitabile per tumori dell'apparato digerente è di 25,7 per i maschi e di 11,1 per le femmine: quest'ultimo dato è il più basso registrato nel cuneese.

Per quanto riguarda la mortalità evitabile *per tumori dell'apparato respiratorio*, il dato piemontese è più elevato rispetto alla media nazionale per entrambi i sessi.

Da segnalare il dato particolarmente elevato registrato per gli uomini a Casale Monferrato (63,7), Biella (62,9), Alessandria (61,8) e Novara (61,3).

L'ASL di Alba-Bra presenta per tale causa valori decisamente inferiori alla media regionale; nella popolazione femminile il valore di mortalità evitabile per tumori dell'apparato respiratorio (5,8) è il più basso di tutto il Piemonte.

Per le *malattie dell'apparato circolatorio*, la mortalità evitabile risulta diffusamente inferiore alla media nazionale; in particolare nella Provincia di Cuneo, le AASSLL di Cuneo e Mondovì si collocano tra i territori con i valori più bassi d'Italia.

Per contro, il cuneese si conferma un'area ad elevata criticità per *Traumatismi* ed in particolare i territori delle AASSLL 15 Cuneo, 16 Mondovì e 17 Savigliano si collocano nella classifica tra tutte le ASL/Usl d'Italia ai primi posti. Nell'ASL 18, pur rappresentando un problema gli incidenti stradali, i valori di mortalità evitabile per tale causa sono i più bassi della Provincia.

In generale, in Piemonte la mortalità evitabile legata ad *incidenti, traumi ed avvelenamenti* è comunque superiore alla media nazionale per entrambi i sessi.

La Tab. 1.7 riporta i dati inerenti la mortalità evitabile a seconda che le relative cause di morte siano contrastabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene ed assistenza sanitaria.

Una attenta lettura pone in rilievo come in Piemonte, la mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria sia più elevata rispetto al dato nazionale; la mortalità regionale per cause contrastabili con interventi di igiene ed altra assistenza sanitaria risulta invece più contenuta. Molto interessanti, inoltre, gli indicatori calcolati per il gruppo relativo a diagnosi precoce e terapia, con particolare riferimento alla popolazione femminile: a tal proposito la media regionale 37,5 è sensibilmente più elevata di quella nazionale 34,9.

Tab. 1.7- Mortalità evitabile per tipologia di intervento per ASL e sesso.  
(Decessi 2000-2002- Tassi Std x 100.000)

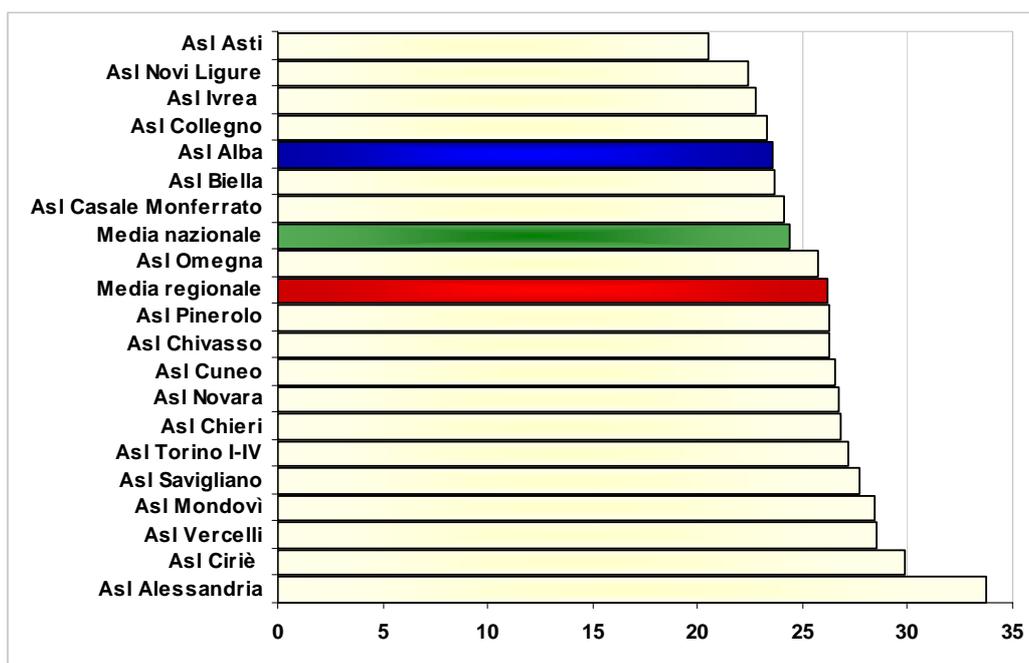
Mortalità per cause evitabili con interventi di:						
	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce e terapia		Igiene ed altra assistenza sanitaria	
	M	F	M	F	M	F
Media nazionale	152,6	37,0	17,6	34,9	58,9	31,9
Media regionale	164,5	39,5	18,6	37,5	60,2	31,4
Asl 1-4	146,3	39,2	20,3	39,6	62,9	29,9
Asl 5	141,0	34,5	20,1	36,3	53,8	28,9
Asl 6	172,7	35,9	16,9	44,3*	48,9	28,7
Asl 7	142,8	40,4	21,8	36,7	49,9	31,1
Asl 8	145,9	33,7	15,6	36,5	49,7	25,1
Asl 9	196,3*	46,6	18,7	33,0	57,2	33,5
Asl 10	172,6	34,3	20,8	35,2	65,4	27,4
Asl 11	191,1	46,3	21,5	41,8*	75,9	38,9
Asl 12	193,6	44,6	18,2	33,3	74,7	35,5
Asl 13	174,8	41,3	17,5	34,9	58,1	31,1
Asl 14	181,1	42,8	16,5	38,5	77,7*	35,0
Asl 15	160,7	43,4	14,7	38,8	64,2	39,2
Asl 16	164,4	39,0	12,1	40,4	65,8	27,9
Asl 17	182,2	41,8	19,9	38,3	67,0	33,6
Asl 18	154,9	38,2	15,5	31,7	50,8	24,5
Asl 19	162,5	41,0	15,3	29,9	52,2	31,5
Asl 20	172,5	33,1	21,9	47,4*	57,3	35,8
Asl 21	178,3	34,2	17,8	34,5	59,2	36,1
Asl 22	163,8	36,8	18,2	33,6	57,1	30,3

Il simbolo\* segnala i 10 valori più elevati tra tutte le ASL/USL italiane

Infine, il Graf.1.1 riporta la mortalità evitabile femminile per *tumori della mammella e degli organi genitali*; si tratta delle cause che costituiscono gran parte della mortalità contrastabile con la diagnosi precoce e terapia.

Il tasso medio nazionale di mortalità standardizzata è di 24,4 casi per 100.000 residenti, in Piemonte 26,2 (1).

Graf. 1.1- Mortalità evitabile per ASL: tumori femminili (mammella e organi genitali).  
(Decessi 2000-2002- Tassi Std x 100.000 residenti)



Fonte: elaborazioni ERA su dati ISTAT

## Bibliografia

- (1) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata - Atlante 2007: *Mortalità evitabile per genere e USL*
- (2) ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata - Atlante 2006: *Mortalità evitabile per genere e USL*
- (3) Minelli L. et al: *Differenze di genere nella mortalità evitabile in Umbria*. Ig. Sanità pubblica. 2007; 63: 247-261.

## **L'assistenza territoriale... si muove...**

**Anna Elisa Anfossi – Elio Laudani – Luca Monchiero – Patrizia Corradini**

Il quadro demografico del nostro Paese si caratterizza per un aumento della speranza della vita, per un aumento della popolazione di anziani e di "grandi anziani" e per una lieve ripresa della natalità, da attribuire soprattutto al maggior numero di bimbi stranieri. In una popolazione che invecchia, il fenomeno della non autosufficienza è inevitabilmente in crescita, collegato al progressivo diffondersi delle malattie cronic-degenerative ed invalidanti.

La piramide demografica si è capovolta, quindi anche la Sanità deve adeguarsi alle esigenze emergenti.

Oltre all'adeguamento delle strutture Ospedaliere, alla riarticolazione della spesa farmaceutica, si impone una riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari territoriali.

### **La riorganizzazione delle Cure Primarie**

Le forme di associazione dei Medici di Famiglia e dei Pediatri di Libera Scelta consentono una più appropriata erogazione dei servizi con una più tempestiva presa in carico del paziente, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, ed una maggiore integrazione fra le varie componenti sanitarie con importanti ricadute sull'accesso improprio al Pronto Soccorso.

Attualmente le forme associative nell'A.S.L. 18 sono 25 e si stanno anche sperimentando nuovi modelli di assistenza quali i Gruppi di Cure Primarie (G.C.P.), che, assicurando una maggior integrazione ed aggregazione di servizi, tendono a garantire in modo permanente la globalità dell'assistenza, rapportandosi fattivamente anche col Servizio di Continuità Assistenziale.

### **Il percorso di Continuità Assistenziale**

Con la D.G.R. 72-14420 del 20.12.2004 la Regione Piemonte ha delineato il percorso di continuità assistenziale per le persone non autosufficienti.

Sul territorio dell'A.S.L. 18 si è lavorato in questi anni per perfezionare le procedure di raccordo fra servizi ospedalieri e territoriali ed Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali con l'obiettivo di rispondere in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento, riconoscendo al Medico di Medicina Generale un ruolo centrale e prioritario in questo contesto.

### **L'assistenza ospedaliera ed extraospedaliera privata accreditata**

Quattro strutture private accreditate svolgono l'attività di ricovero nell'ambito della ASL 18.

Due strutture sono sul territorio del Distretto di Alba e due su quello di Bra.

Le tabelle seguenti illustrano l'attività di ricovero di queste cliniche e la capacità di attrazione sulla popolazione residente.

#### **CENTRO RIABILITAZIONE G. FERRERO (NEURORIABILITAZIONE)**

<b>ANNO</b>	<b>DIMESSI RESIDENTI ASL18</b>	<b>DIMESSI RESIDENTI ALTRE ASL PIEMONTE</b>	<b>DIMESSI RESIDENTI FUORI REGIONE</b>	<b>TOTALE DIMESSI</b>
2003				
2004	105			
2005	154			
2006	213			

#### CASA DI CURA LA RESIDENZA RODELLO (RIABILITAZIONE)

ANNO	DIMESSI RESIDENTI ASL18	DIMESSI RESIDENTI ALTRE ASL PIEMONTE	DIMESSI RESIDENTI FUORI REGIONE	TOTALE DIMESSI
2003	421	541	153	1.025
2004	483	406	113	1.002
2005	514	387	90	991
2006	478	480	74	1.032

#### CASA DI CURA CITTA' DI BRA (DISCIPLINE CHIRURGICHE E MEDICHE)

ANNO	DIMESSI RESIDENTI ASL18	DIMESSI RESIDENTI ALTRE ASL PIEMONTE	DIMESSI RESIDENTI FUORI REGIONE	TOTALE DIMESSI
2003	1.809	5.529	38	7.376
2004	1.996	5.964	44	8.004
2005	1.990	6.094	62	8.146
2006	1.968	5.944	40	7.952

#### CASA DI CURA SAN MICHELE (PSICHIATRIA)

ANNO	DIMESSI RESIDENTI ASL18	DIMESSI RESIDENTI ALTRE ASL PIEMONTE	DIMESSI RESIDENTI FUORI REGIONE	TOTALE DIMESSI
2003	111	560	18	689
2004	109	557	15	681
2005	108	541	10	659
2006	144	483	11	638

Le strutture del distretto di Bra (Clinica Città di Bra e Clinica S.Michele) hanno un bacino di utenza collocato prevalentemente fuori dall' ASL 18.

Infatti la frazione di popolazione residente tra i dimessi non supera il 25%.

Su quattro anni di osservazione la frequenza media di dimessi residenti è pari al 24,7% (con un intervallo di confidenza al 95% dal 24,2% al 25,1%) per la Clinica Città di Bra, ed è pari al 17,7 % (intervallo di confidenza al 95% dal 16,2% al 19,1%) per la Clinica S.Michele.

La frequenza di dimessi residenti nella ASL 18 è invece più alta per la struttura la Residenza: 46,8% (intervallo di confidenza al 95% dal 45,3% al 48,4%).

I dati sui dimessi non residenti nella ASL non sono disponibili per il Centro di Riabilitazione G. Ferrero.

#### **L'assistenza residenziale in R.A.F. (Residenza Assistenziale Flessibile: Media Intensità) ed in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistita: Alta Intensità)**

Negli ultimi anni le Strutture Residenziali per persone non autosufficienti si sono notevolmente impegnate per quanto riguarda sia gli aspetti strutturali e sia la qualificazione del personale.

L'A.S.L. 18 ha incrementato la rete e l'offerta di assistenza residenziale, allorché l'assistenza domiciliare risultava non più possibile o insufficiente alle esigenze del paziente.

La situazione degli ospiti non autosufficienti delle Strutture in carico all'A.S.L. 18 al 31.12.2006 è rappresentata nelle seguenti tabelle:

ASSISTENZA RESIDENZIALE ADULTI ED ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI AL 31.12.2006

	Tipologia	Posti Letto Convenzionati 2006	Ospiti inseriti in convenzione 31/12/06
<b>Distretto di Alba</b>			
ALBA COTTOLENGO	Media Intensità	17	17
ALBA FERRERO	Media Intensità	20	10
ALBA OTTOLENGHI	Media Intensità	36	36
CANALE	Media Intensità	15	14
CASTIGLIONE TINELLA	Media Intensità	40	21
CERRETTO	Media Intensità	60	52
CORNELIANO	Media Intensità	20	13
CORTEMILIA S.Pantaleo	Media Intensità	20	1
CORTEMILIA S.Spirito	Media Intensità	14	13
CORTEMILIA Sampò	Media Intensità	10	5
GOVONE	Media Intensità	10	9
MAGLIANO ALFIERI.Sogg.Alfieri	Media Intensità	19	13
MAGLIANO ALFIERI. Villa Serena	Media Intensità	41	12
MONFORTE	Media Intensità	20	9
NEIVE	Media Intensità	20	19
S.STEFANO BELBO	Media Intensità	40	17
S.STEFANO BELBO	<b>Alta Intensità</b>	<b>20</b>	<b>1</b>
S.STEFANO ROERO	Media Intensità	40	5
VEZZA D'ALBA	Media Intensità	20	11
tot. di distretto	<b>ALBA</b>	<b>482</b>	<b>278</b>
<b>Distretto di Bra</b>			
BRA COTTOLENGO	Media Intensità	40	17
BRA FRANCONI	<b>Alta Intensità</b>	<b>40</b>	<b>7</b>
BRA FRANCONI	Media Intensità	20	25
BRA GLICINI	<b>Alta Intensità</b>	<b>40</b>	<b>5</b>
BRA GLICINI	Media Intensità	40	34
BRA MONTEPULCIANO	Media Intensità	20	17
CERESOLE D'ALBA	Media Intensità	10	8
CHERASCO	<b>Alta Intensità</b>	<b>36</b>	<b>13</b>
CHERASCO	Media Intensità	30	21
CHERASCO nefropatici	<b>Alta Intensità</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
LA MORRA	Media Intensità	20	18
POCAPAGLIA	Media Intensità	26	10
SANFRE'	Media Intensità	20	20
SOMMARIVA BOSCO	Media Intensità	40	23
SOMMARIVA PERNO	Media Intensità	40	31
SOMMARIVA PERNO	<b>Alta Intensità</b>	<b>40</b>	<b>3</b>
tot. di distretto	<b>BRA</b>	<b>466</b>	<b>252</b>
TOT. P.L.	<b>Alta Intensità</b>	<b>180</b>	<b>29</b>
TOT. P.L.	Media Intensità	768	501
CARMAGNOLA (ex O.P.)	<b>Alta Intensità</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
FOSSANO (ex O.P.)	<b>Alta Intensità</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>TOTALI</b>	<b>31/12/2006</b>	<b>951</b>	<b>532</b>
popolazione anziana ultrasessantacinquenne ASL 18 ALBA BRA al 31/12/2005.			<b>36.123</b>
			<b>1,47</b>
percentuale inserimenti %			

#### ASSISTENZA RESIDENZIALE DISABILI AL 31.12.2006

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti	Numero giornate
ABRATE -Alba	C	10	3.650
AGAPE S.S.- Racconigi	C	1	365
ATENA N.D.-Scarmagno	A	1	365
AURORA - Pollenzo	C	6	399
CASA M. ROSA - Alba	C	9	2.412
ELSA-Canelli	A	4	1.460
FERRERO - Alba	A	23	8.104
IL MELOGRANO-Vesime	A	3	518
IL RODODENDRO – Sampeyre (LA REDANCIA)	A	2	431
LA ROCCA - Bra	B	7	1.232
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	10	3.554
LE NUVOLE - Neive	C	1	90
PAPA GIOVANNI XXIII	C	2	730
PICCOLA CASA D.P.	A	4	794
S.GIOVANNI - Niella B.(Cons.Sinergie)	A	4	1.458
SOTTOSOPRA - Alba	B	5	1.594
TETTI BLU - Alba	B	5	755
<b>TOTALE</b>			<b>27.911</b>

#### ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE DISABILI AL 31.12.2006

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti	Numero giornate
BONAFOUS - Cortemilia	A	15	2.585
CAD - Bra (Consorzio Bra)	A	21	4600
COCCIO E TELA - Alba	A	25	4.331
IL GIRASOLE - Narzole (Consorzio Bra)	A	25	4.596
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	8	1.960
INSIEME -Alba	A	29	4.814
L'IPPOCASTANO - Neive	A	13	2.381
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	26	4.192
PUNTO E VIRGOLA - Alba (Consorzio Alba)	A	12	2.224
S.CHIARA - Fossano	A	2	233,5
<b>TOTALE</b>			<b>31.916</b>

#### Le cure domiciliari

La presa in carico globale del paziente non autosufficiente impone al sistema sanitario ed assistenziale una sua riqualificazione volta all'elaborazione di modelli gestionali flessibili ed integrati che mettano in sinergia i vari servizi con l'obiettivo di favorire il più possibile il mantenimento a domicilio della persona "fragile".

L'evoluzione dell'assistenza territoriale tesa a realizzare continuità tra prestazioni sanitarie ospedaliere e territoriali ha portato alla programmazione delle dimissioni ospedaliere con una preventiva valutazione dei bisogni con l'identificazione del care-giver e con la definizione del piano di assistenza individuale.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare in tutte le sue componenti può favorire il recupero funzionale e la maggior autonomia del paziente e previene il ricovero improprio e non necessario.

Negli anni, l'esperienza e la professionalità acquisite hanno permesso di prendere in carico, oltre che un maggior numero di casi, anche casi di sempre maggior complessità.

L'attività svolta a domicilio è riassunta, nelle sue varie forme e con gli obiettivi appena descritti, nella tabella sotto riportata.

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>A.D.P.</b>	1015	1011	1008	1299
<b>S.I.D.</b>	673	706	720	693
<b>A.D.I.</b>	923	984	998	946
<b>C.P.</b>	202	222	220	186
<b>L.A.</b>	/	/	113	121
<b>TOTALE</b>	<b>2813</b>	<b>2923</b>	<b>3059</b>	<b>3245</b>

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

La crescente consapevolezza, non tanto e non solo in termini economici, dell'importanza dell'assistenza domiciliare alle persone in condizioni di non autosufficienza implica la partecipazione ed il coinvolgimento attivo di tutte le strutture coinvolte nella programmazione e sviluppo della rete dei servizi.

In tale ottica, è necessario ricercare sinergie e forme di collaborazione tali da far convergere le risorse della domiciliarità, della residenzialità e dei vari servizi ospedalieri in un percorso di pianificazione territoriale che consideri le esigenze della singola persona in modo globale.

Quando, nel mese di aprile 2007, veniva pubblicata la D.G.R.n. 10-5605 sulla "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte, prima direttiva alle Aziende Sanitarie Regionali", la S.O.C. Assistenza Sanitaria Territoriale, all'interno del gruppo di operatori dedicati alle Cure Domiciliari, aveva già da tempo potuto inserire un Medico Specialista Fisiatra, per sei ore settimanali, ed un Terapista della Riabilitazione per quindici ore settimanali, grazie proprio alla disponibilità e collaborazione della Direzione Sanitaria di Presidio e della S.O.C. Riabilitazione e Recupero Funzionale.

## **La Riabilitazione a domicilio: l'esperienza dell'A.S.L. 18**

La riabilitazione domiciliare rappresenta una delle forme organizzative con cui è possibile realizzare una attività riabilitativa territoriale di II livello.

Essa è destinata a pazienti con disabilità 2 (grave - postacuta in fase di recupero), con disabilità 3 (grave- cronica in fase di stabilizzazione).

Il percorso riabilitativo prevede che i pazienti vengano sottoposti, su richiesta del Medico di Famiglia, ad una visita fisiatrica a domicilio nel corso della quale si valutano:

- il grado di collaborazione del paziente
- l'orientamento spazio-temporale
- la motivazione al recupero funzionale
- l'articolarietà ai quattro arti
- la forza muscolare
- la capacità di eseguire autonomamente i cambi posturali a letto
- la capacità di recuperare la stazione seduta
- la capacità di controllo del tronco da seduto
- la capacità di raggiungere la stazione eretta e di mantenerla
- l'equilibrio
- la deambulazione
- la coordinazione.

Il progetto riabilitativo deve essere avviato su obiettivi realisticamente raggiungibili e verificabili mediante l'utilizzo di scale di valutazione della disabilità quali la Functional Independence Measure.

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

Per ogni paziente si tende a valorizzare la presenza del coniuge, dei figli e del personale di assistenza come risorsa, realizzando un'attività di counselling familiare ed ambientale, basato sull'addestramento ad una igiene posturale ed articolare ed all'uso corretto dei presidi.

Il medico specialista fisiatra alla fine di tale valutazione formula un progetto riabilitativo individuale e ne propone la realizzazione mediante uno o più programmi da modificare in itinere a seconda degli obiettivi riabilitativi raggiunti o della modificazione delle condizioni cliniche legate alla patologia di base.

Sono possibili due modalità differenti di erogazione della prestazione riabilitativa:

- nei pazienti affetti da disabilità ormai stabilizzata o in fase di lenta progressione, per i quali l'obiettivo del trattamento non è migliorare l'autonomia del paziente, ma prevenire i danni terziari, laddove sia presente un contesto familiare favorevole, viene proposta una attività di counselling basata sull'addestramento ad una igiene posturale ed articolare, all'uso corretto di ausili ed all'abbattimento di barriere architettoniche
- nei pazienti con disabilità maggiore, che non necessitano di trattamento riabilitativo intensivo, nei quali il progetto riabilitativo consenta una riduzione significativa della disabilità ed un'acquisizione di autonomia via via maggiore, vengono prescritti cicli di fisioterapia, monitorati nel tempo, fino alla dimissione da parte dell'équipe riabilitativa.

I pazienti presi in carico dal servizio di riabilitazione domiciliare dell'A.S.L. 18, nel periodo compreso tra luglio 2006 e agosto 2007 sono stati 60, di cui 32 maschi e 28 femmine.

Erano residenti su tutto il territorio dell'A.S.L.18 (Alba, Bra, Barolo, Bossolasco, Cherasco, Diano d'Alba, Govone, La Morra, Monforte, Montaldo Roero, Neive, Novello, Roddi, Sommariva Bosco, Sommariva Perno, Vergne).

L'età media era di circa 70 anni.

I principali quadri di disabilità rientravano nelle seguenti categorie:

- ◆ vasculopatie cerebrali( 21 casi)
- ◆ malattie demielinizzanti e degenerative del sistema nervoso (8 casi)
- ◆ esiti di sindromi post-comatose (2 casi)
- ◆ lesioni midollari permanenti (4 casi)
- ◆ patologia ortopedica politraumatica (4 casi)
- ◆ patologia ortopedica dell'anziano (17 casi)
- ◆ altro (4 casi)

20 pazienti presentavano disabilità di tipo 2

40 pazienti presentavano disabilità di tipo 3

L'attività di counselling familiare è stata possibile in 26 casi.

In 29 casi sono stati prescritti cicli di fisioterapia.

Nei pazienti affetti da patologie croniche a lenta progressione è stato previsto di ripetere più cicli.

Per 10 pazienti è stato necessario ricorrere alla prescrizione di protesi ed ausili.

I pazienti deceduti sono stati 8.

I pazienti che hanno avuto una peggioramento delle condizioni cliniche che non ha più reso possibile l'intervento riabilitativo sono stati 14.

I pazienti con riduzione della disabilità sono stati 19.

In 19 casi non si è osservata una variazione significativa del livello di disabilità.

## **Prospettive future**

La popolazione sta invecchiando e la Sanità deve adeguarsi alle nuove esigenze.

Dinanzi al quadro delineato diventa indispensabile considerare prioritario lo sviluppo di processi assistenziali, che garantiscano condizioni di salute e di cura alla persona al proprio domicilio, nel contesto delle proprie abitudini relazionali, affettive e sociali.

Il percorso strategico è tracciato nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2007 – 2010 ed in particolare nella futura predisposizione ed approvazione da parte delle comunità locali, a livello distrettuale, dei "PePS", Profili e Piani per la Salute, strumento con cui si definisce il profilo di salute del proprio territorio, si individuano gli obiettivi e si identificano le linee di indirizzo delle politiche del territorio.

Con tale prospettiva, ci si propone di integrare tutte le risorse disponibili sul territorio, promuovendo lo sviluppo di azioni assistenziali composite e fornendo servizi coordinati e differenziati in funzione dei bisogni espressi.

Sulla base dell'esperienza riportata, potrà per esempio essere meglio individuata una potenziale popolazione "target" per l'assistenza riabilitativa domiciliare, riorganizzando a tal fine i vari progetti terapeutici, in collaborazione col Presidio Ospedaliero e con le altre Strutture di Riabilitazione Residenziale ed Ambulatoriale presenti sul territorio.

Anche le Strutture Residenziali per anziani ed adulti non autosufficienti, le R.A.F. e R.S.A., potranno dare il loro contributo alla proficua gestione della domiciliarità, collaborando con formule diverse anche se in parte già utilizzate, quali l'assistenza semiresidenziale in Centri Diurni ed i ricoveri di sollievo.

## 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. 18 durante il 2006. La fonte dei dati è rappresentata dalle notifiche effettuate ai sensi del DM 15.12.1990 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive).

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

### 1. Malattie di classe I

Nel corso del 2006 non sono state notificate malattie di classe I.

### 2. Malattie di classe II

#### 2.1 Pertosse

**Numero di casi notificati nel 2006: 7**

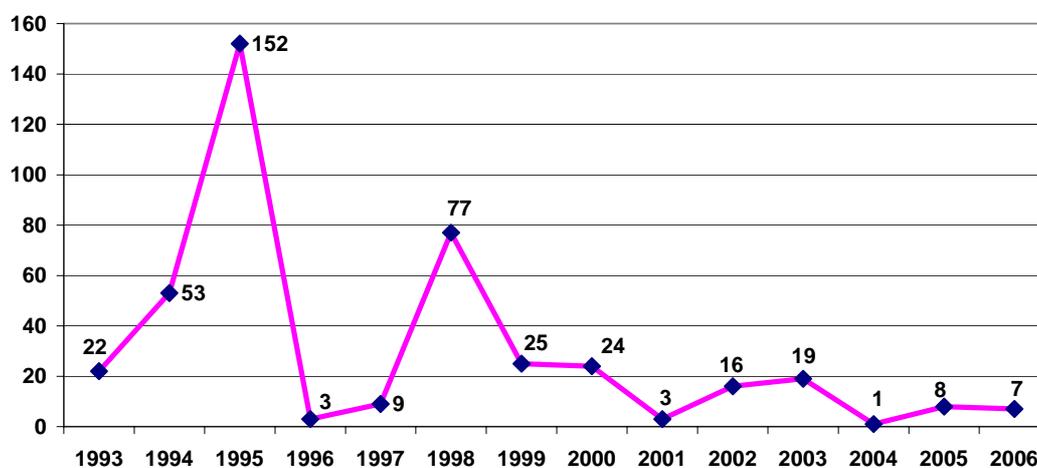
**Tasso d’incidenza: 4.4 /100.000.**

Età	Stato vaccinale
15 mesi	Non vaccinato
13 mesi	Non vaccinato
12 mesi	Non vaccinato
12 mesi	Non vaccinato
12 mesi	Non vaccinato
11 mesi	Non vaccinato
15 mesi	Vaccinato

#### Andamento nel periodo 1993-2006

La distribuzione per anno dei casi notificati di pertosse nell’ASL 18, periodo 1993-2006, è riportata nel grafico che segue.

**ASL 18. Pertosse: distribuzione dei casi per anno di notifica**



## 2.2 Morbillo

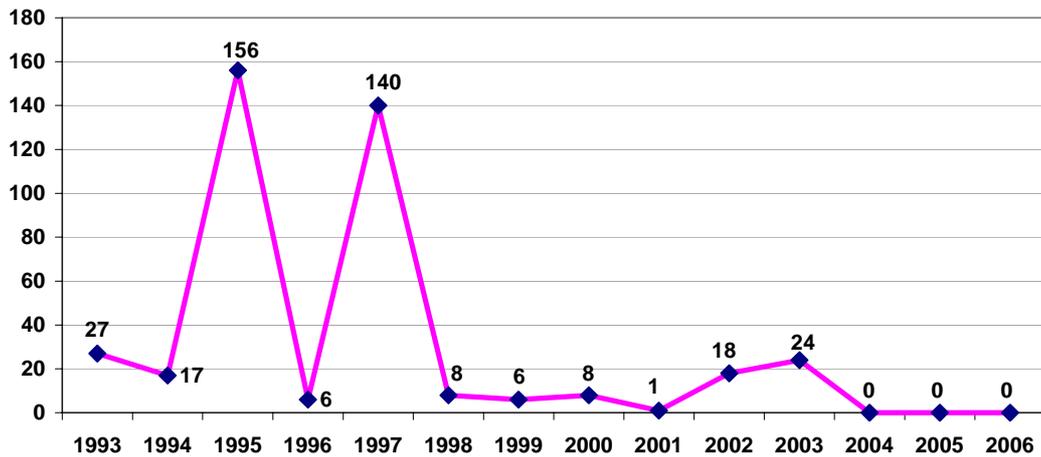
[Notifiche anno 2006](#)

**Numero di casi notificati nel 2006: 0**

[Andamento nel periodo 1993-2006](#)

Il grafico che segue riporta la distribuzione per anno dei casi notificati di morbillo nell'ASL 18, periodo 1993-2006.

ASL 18. Morbillo: distribuzione dei casi per anno di notifica.



## 2.3 Parotite epidemica

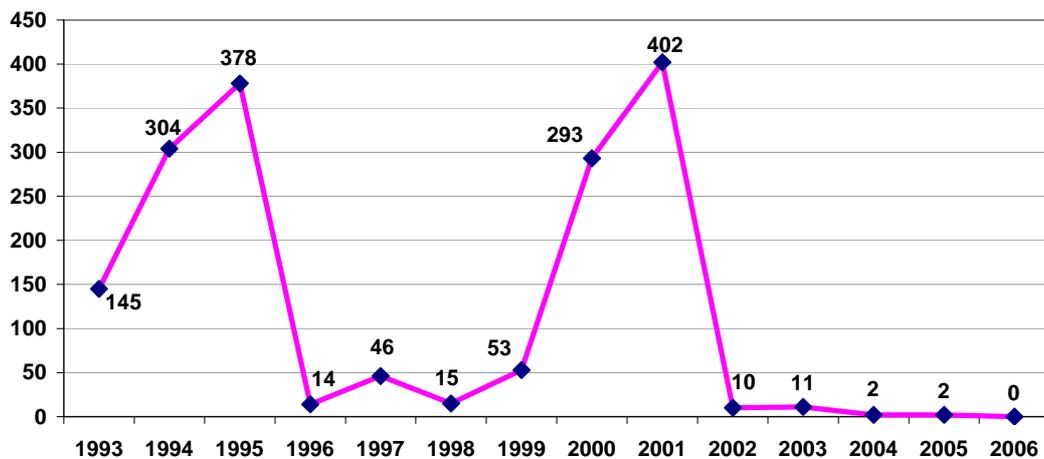
[Notifiche anno 2006](#)

**Numero di casi notificati nel 2006: 0**

[Andamento nel periodo 1993-2006](#)

Il grafico seguente illustra la distribuzione per anno dei casi notificati di parotite nel periodo 1993-2006.

ASL 18. Parotite epidemica: distribuzione dei casi per anno di notifica



## 2.4 Rosolia

### Notifiche anno 2006

**Numero di casi notificati nel 2006:** 1

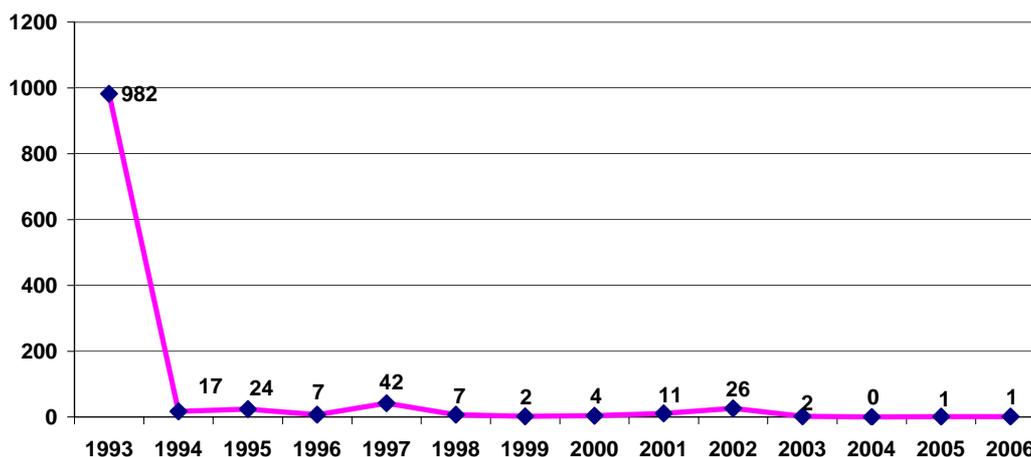
**Tasso d'incidenza:** 0.6/100.000

**Età del caso notificato:** 20 anni

### Andamento nel periodo 1993-2006

La distribuzione per anno dei casi notificati di rosolia nel periodo 1993-2006 è riportata di seguito.

ASL 18. Rosolia: distribuzione dei casi per anno di notifica



I dati relativi alle tre malattie che, come è noto, in questi ultimi anni hanno costituito il target di una vasta campagna di vaccinazione mediante il vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia (MMR), mettono in evidenza una incidenza pari a zero relativamente al morbillo e alla parotite, e trascurabile per la rosolia. In particolare per quanto riguarda il morbillo, nel periodo di bassa incidenza quale è l'attuale sia in Piemonte che in Italia, sussiste sempre e comunque il rischio di importazione dell'infezione. È quindi necessario sottolineare l'importanza di:

- sospettare sempre il morbillo in caso di febbre e rash
- notificare immediatamente i casi sospetti
- effettuare la conferma di laboratorio nei pazienti che presentano tale quadro clinico (la relativa procedura è affidata al Dipartimento di Prevenzione)
- verificare che il personale sanitario suscettibile sia stato adeguatamente vaccinato per MMR
- raccomandare la vaccinazione MMR per i viaggiatori internazionali suscettibili o con stato immunitario dubbio.

## 2.5 Varicella

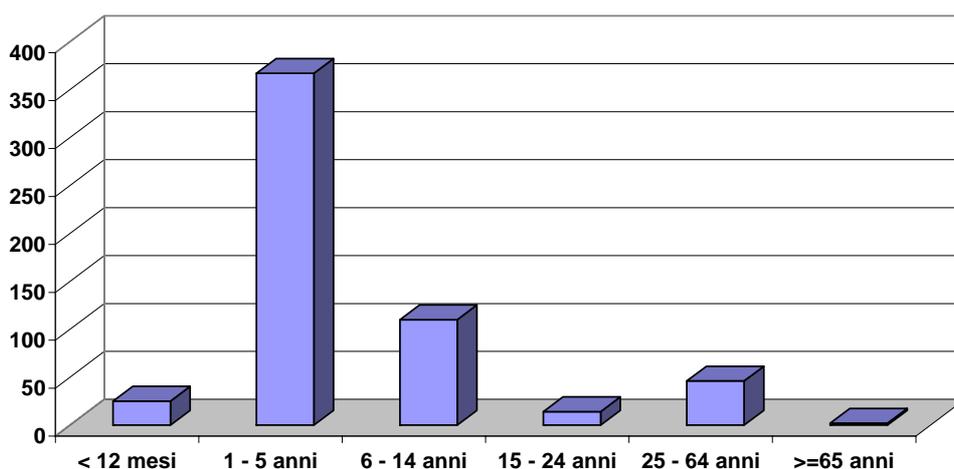
### Notifiche anno 2006

**Numero di casi notificati nel 2006:** 564

**Tasso d'incidenza:** 352/100.000.

**Distribuzione dei casi di varicella notificati per fascia d'età:** vedi grafico sottostante

ASL 18, anno 2006. Varicella. Distribuzione delle notifiche per classe d'età



### 3. Altre malattie notificate

Patologia	Numero casi residenti nel territorio dell'ASL 18
EPATITE A	3
EPATITE B	3
MALATTIA INVASIVA DA MENINGOCOCCO	0
MALATTIA INVASIVA DA PNEUMOCOCCO	12 (di seguito è riportata una tabella di approfondimento)
MALATTIA INVASIVA DA HAEMOPHILUS b	0
SALMONELLOSI NON TIFOIDEA	50
DIARREA INFETTIVA [*]	23
SCARLATTINA	99
LEGIONELLOSI	6
SIFILIDE	4
BLENORRAGIA	7
RICKETTTSIOSI	0

[\*] = in 21 dei 23 casi di diarrea infettiva l'agente etiologico è stato identificato e si tratta di *Campylobacter jejuni*.

#### Malattia invasiva da pneumococco: approfondimento

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi ai casi notificati di malattia invasiva da *S. pneumoniae* (fonti: dr. Giuseppe Molinari, Lab. Patologia Clinica, Ospedale S. Lazzaro - Alba; Servizio di epidemiologia malattie infettive Regione Piemonte).

Età	Sesso	Sierotipo (*)	Presentazione clinica	Sito d'isolamento di S. pneumoniae
2	F	Tipizzazione non effettuata	sepsi	sangue
8	M	Tipizzazione non effettuata		
9	F	Sierotipo 1 (non contenuto nel vaccino 7-valente)		
17	F	Tipizzazione non prevista routinariamente in tali fasce d'età dall'attuale protocollo di sorveglianza		
29	M			
29	M			
34	M			
35	M			
46	M			
66	M			
71	F			
79	M			

(\*) L'attuale protocollo di sorveglianza in Piemonte prevede la sierotipizzazione di routine solo nella fascia d'età 0 - 14 anni. In tale fascia di età non è stato possibile effettuare la tipizzazione in 2 dei 3 casi positivi per S. pneumoniae.

#### 4. Patologie d'importazione

##### Malaria

Risultano notificati due casi di malaria:

Età	Sesso	Paese visitato	Agente etiologico	Precauzioni adottate dal paziente durante il soggiorno nella zona malarica	
				chemioprolifassi antimalarica ?	misure protettive contro il vettore ?
24	F	Guinea	P. ovale	nessuna	nessuna
35	M	Nigeria	P. falciparum	nessuna	nessuna

##### Epatite A

Tutti e tre i casi di epatite A notificati nel 2006 sono d'importazione, infatti presentano in anamnesi, poche settimane prima dell'esordio clinico, un soggiorno in zone ad elevata endemicità del virus HAV. Si tratta di una bambina di 6 anni e due maschi adulti, di 40 e 41 anni rispettivamente. I tre casi non sono epidemiologicamente correlati tra loro. La bambina e uno dei due adulti hanno riferito un recente soggiorno in Marocco. L'altro adulto era da poco ritornato da Cuba. Nessuno dei pazienti era vaccinato contro l'epatite A.

#### 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 2006 tra i bambini residenti nell'ASL 18. Si tratta quindi dei nati nel 2004. Non è

possibile un confronto con le medie regionali e nazionali in quanto tali dati non sono ancora disponibili.

	<b>DTaP</b>	<b>IPV</b>	<b>Hib</b>	<b>HBV</b>	<b>MPR</b>
<b>ASL 18</b>	96%	96.6%	94.6%	96.3%	91.3%

La tabella che segue (riferita alle coorti di nascita dal 2002 al primo semestre del 2004) riporta la percentuale dei bambini residenti nel territorio dell'ASL 18 non vaccinati a causa del rifiuto dei genitori, ossia i casi in cui è stato negato il consenso per tutte le vaccinazioni di routine.

<b>Coorte di nascita</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005 (1° semestre)</b>
Percentuale rifiuti totali	1.5%	1.1%	1.8%	0.7%

## **6. Commento: come affrontare il rifiuto vaccinale in età pediatrica?**

In Italia l'obbligo vaccinale contro poliomielite, difterite, tetano ed epatite B ha reso possibile il raggiungimento di elevate coperture vaccinali su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, come descritto in altre Nazioni, all'aumentare della copertura vaccinale e al diminuire della frequenza delle malattie prevenibili, corrisponde una diminuita percezione del rischio di tali malattie e una enfattizzazione dei rischi connessi con l'immunizzazione. Ne consegue un'aumentata incidenza del rifiuto delle vaccinazioni su base ideologica.

I movimenti di opposizione hanno accompagnato la storia delle vaccinazioni sin dal suo inizio: le argomentazioni di chi, nel XIX secolo, si opponeva alla vaccinazione contro il vaiolo non sono molto differenti da quelle adottate dagli antivaccinisti moderni (1).

Attualmente si può dire che nei Paesi occidentali non vi sia un unico movimento di opposizione, ma una galassia di movimenti di varia estrazione culturale, che tuttavia mostrano alcune caratteristiche comuni:

- a) una diversa concezione della salute e della malattia, che si traduce anche in una diversa percezione del rischio derivante dalla malattia, dalla vaccinazione e dalla mancata vaccinazione;
- b) una notevole diffidenza nei confronti della medicina convenzionale e in generale verso la razionalità scientifica;
- c) la convinzione di essere dei combattenti che si oppongono ad una cospirazione ordita dai governi, dalle aziende farmaceutiche e dai medici per imporre la profilassi vaccinale a puro scopo di lucro;
- d) una forte attenzione nei confronti dell'individuo e uno scarso interesse per la ricaduta sociale delle proprie scelte individuali;
- e) una forte rivendicazione del diritto all'informazione e alla libera scelta nelle questioni riguardanti la salute.

Gli argomenti propagandistici utilizzati dagli antivaccinisti sono, con qualche differenza, piuttosto costanti e ripetitivi in tutto l'Occidente: in base alle loro tesi, la diminuzione o l'eliminazione delle malattie prevenibili da vaccino è dovuta alle migliorate condizioni di vita, si tratta comunque di malattie non gravi che si possono curare facilmente, gli eventi avversi da vaccino sono più frequenti e gravi di quanto vogliono farci credere i medici, i vaccini sono responsabili dell'insorgenza di allergie e di altre malattie gravi tra cui l'autismo, la somministrazione di più antigeni contemporaneamente è dannosa, per stabilire la presenza di una predisposizione a sviluppare reazioni gravi esistono accertamenti che i medici non vogliono applicare per ignoranza o negligenza, etc. etc.

Mantenere aperta la relazione con i genitori, fornire informazioni scientificamente ineccepibili e contemporaneamente dar loro la libertà di scelta permette di evitare un irrigidimento delle posizioni di partenza, che avrebbe come risultato la decisione di non

vaccinare. Attraverso il messaggio "il mio dovere è informarvi, affinché la vostra scelta sia consapevole, e non convincervi, poiché non sono né un venditore né un propagandista", l'operatore sanitario si qualifica come un tecnico che cerca di accompagnare i genitori nella scelta. I provvedimenti sanzionatori, al contrario, interrompono la relazione con i genitori e hanno come risultato la radicalizzazione delle posizioni e il rifiuto vaccinale. I movimenti antivaccinali conoscono bene queste dinamiche e traggono linfa dal contenzioso tra le Asl e i genitori "obiettori": si potrebbe dire che sono le Asl stesse, mediante l'iter sanzionatorio previsto nei casi di inadempienza, a offrire alla lobby antivaccinale (che appare molto fragile sul versante scientifico e culturale) i migliori argomenti per la propaganda contro le vaccinazioni. E' proprio in base a tali considerazioni che la Regione Piemonte, attraverso il Piano regionale di promozione delle vaccinazioni, ha stabilito la sospensione dell'applicazione delle sanzioni per gli "obiettori" (2).

Il compito dei servizi di Sanità Pubblica è duplice: in primo luogo è necessario il costante monitoraggio del fenomeno, in modo tale da poter intervenire qualora esso assuma dimensioni tali da incidere negativamente sull'herd immunity; in secondo luogo, è cruciale l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione, affinché la vaccinazione venga percepita non più come un obbligo imposto dalla legge, bensì come un diritto fondamentale di ogni bambino (3).

### **Fonti bibliografiche**

1. RM Wolfe, LK Sharp. Anti-vaccinationists past and present. BMJ 2002;325:430-432. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/325/7361/430.pdf>
2. Piano piemontese di promozione delle vaccinazioni. Regione Piemonte, 2006. [http://www.regione.piemonte.it/sanita/comunicati/dwd/piano\\_vacc.pdf](http://www.regione.piemonte.it/sanita/comunicati/dwd/piano_vacc.pdf)
3. Anonymous. Tackling negative perceptions towards vaccination. Lancet Infect Dis 2007;7:235.

## Tubercolosi: nuove priorità

Carla Carbone – Maria Margherita Avateneo – Margherita Cugno – Vittorio Battaglia

### Introduzione

All'inizio degli anni '80, in Italia, la tubercolosi si presentava come malattia sotto controllo. Alla fine di quel decennio, però, la progressiva diminuzione si arrestò e, analogamente a quanto osservato in altri paesi sviluppati, la tendenza si invertì. Molti fattori sono stati chiamati in causa nel tentativo di interpretare tale inversione: l'immigrazione da paesi ad alta endemia tubercolare, l'epidemia di infezione da HIV, l'invecchiamento della popolazione, l'emergere di forme farmacoresistenti, una minore attenzione e un affievolimento dei programmi di controllo. Più di recente sono stati chiamati in causa anche la riattivazione di infezione tubercolare latente a seguito delle terapie con anti-TNF $\alpha$  e le complicanze tubercolari a seguito dell'impiego di BCG intravesicale per il trattamento del carcinoma in situ (CIS) della vescica urinaria o dopo resezione transuretrali dei tumori papillari.

L'analisi dell'andamento temporale e delle caratteristiche dei casi rivelano comunque una situazione non dissimile da quella presente in generale nei paesi industrializzati e che suggerisce di riprendere ed irrobustire l'azione di controllo attivo da parte dei servizi di sanità pubblica

Nel panorama italiano il Piemonte non si evidenzia come una zona ad elevata incidenza di tubercolosi, attestandosi agli ultimi posti tra le regioni settentrionali (figura 1).

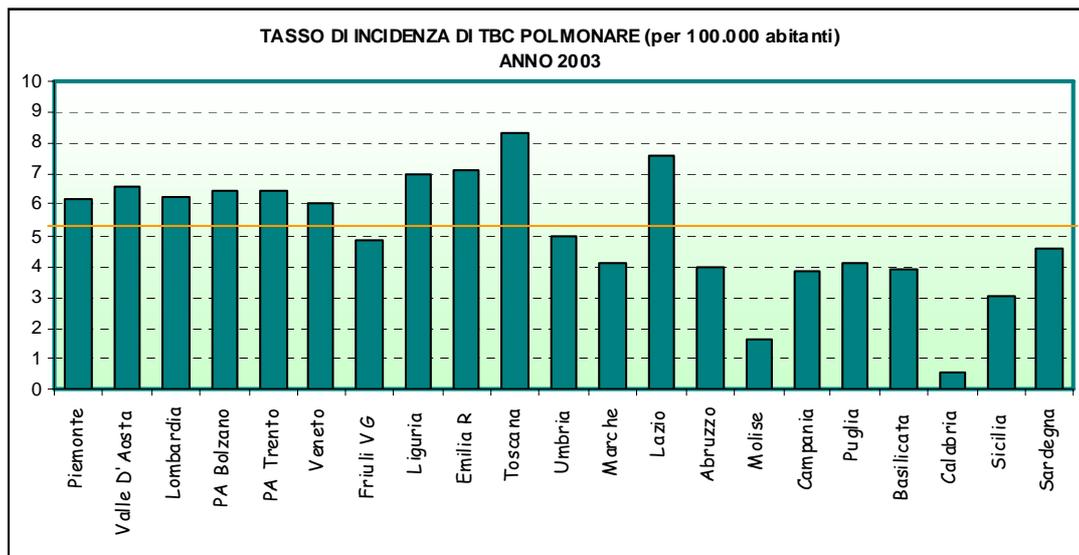


Figura 1: Tasso di incidenza di TBC polmonare (2003, Fonte: ISS)

Tuttavia nel corso degli ultimi anni si è rilevato un consumo di farmaci antitubercolari superiori alla media regionale presso la nostra ASL, a parità di casi segnalati. (anno 2004: 2,95 DDD/1000 abitanti residenti per ASL 18 rispetto ai soli 1,50 DDD/1000 abitanti residenti della media del Piemonte). Per questo e per consentire una migliore comprensione dell'evoluzione della malattia e l'eventuale approfondimento delle sue caratteristiche epidemiologiche è parso utile raccogliere ed incrociare i dati più recenti disponibili presso l'ASL 18.

### Materiali e metodi

Allo scopo abbiamo estrapolato i dati dai database Farmaceutico, di Farmacia Ospedaliera e della SOS Centro di Epidemiologia e Prevenzione della Tubercolosi (CEPT) nel periodo 2004-2006, stratificandoli per paziente. I dati relativi alle prescrizioni farmaceutiche di antitubercolari sono inoltre stati incrociati con quelli relativi alla somministrazione di farmaci anti-TNF- $\alpha$  in ambito reumatologico e di BCG intravesicale in ambito urologico.

## Risultati

### 1) Consumo di antitubercolari

Il consumo di farmaci antitubercolari nei distretti dell'ASL 18, seppur diminuito nel corso del triennio in studio, risulta tuttora al di sopra della media regionale. Si è infatti passati da 2,95 DDD/1000ab die (terapie giornaliere con antitubercolari ogni 1000 abitanti residenti) a 1,75 DDD/1000 ab die benché la media regionale sia rimasta costante su valori di soli 1,50 DDD/1000 ab die.

Analizzando inoltre il numero di dosi giornaliere consumate a livello territoriale negli anni in studio, notiamo nel 2006 un complessivo decremento d'uso pari a circa il 43% rispetto al 2004.

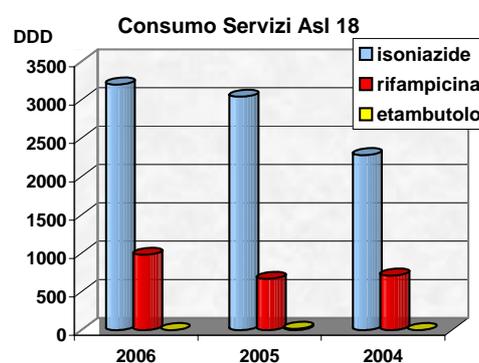
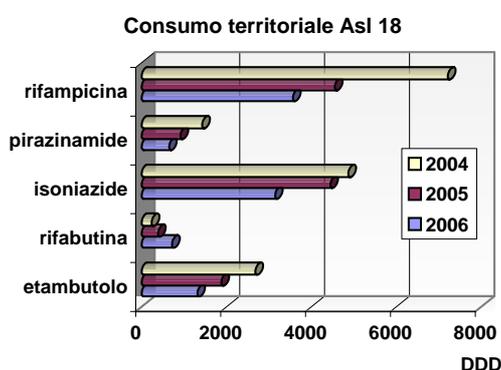
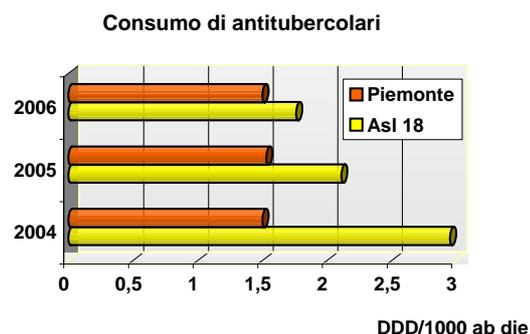


Figura 2: Consumo di antitubercolari presso l'Asl 18 Alba-Bra

I consumi da parte dei servizi dell'Asl 18 sono invece cresciuti nel triennio di circa il 40%, in particolar modo per quanto riguarda l'isoniazide. Va infatti ricordato che gli antitubercolari per la profilassi dei contatti viene fornita direttamente dal CEPT.

### 2) Epidemiologia delle prescrizioni di antitubercolari

Nel periodo in studio sono stati individuati 307 pazienti in trattamento antitubercolare con farmaci di prima scelta (ATC J04A: Farmaci per il trattamento della tubercolosi). La popolazione in studio è risultata costituita dal 53% di maschi, l'età media è risultata di 55 anni, il 12,3% era costituito da minori e il 9,5% da stranieri.

Nel 53% dei casi erano state associate 2 o più molecole.

I farmaci antitubercolari maggiormente prescritti sono risultati:

- Rifampicina (221 pz)
- Isoniazide (57 pz)
- Etambutolo (50 pz)
- Rifampicina + isoniazide (48 pz)
- Pirazinamide (24 pz)
- Isoniazide + etambutolo (16 pz)
- Rifabutina (7 pz)

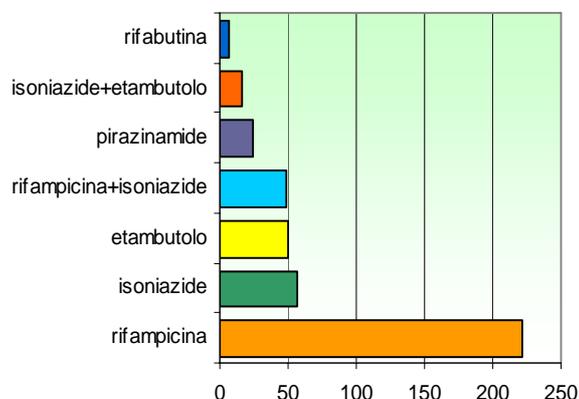


Figura 3: Farmaci antitubercolari prescritti

Le principali associazioni sono risultate:

- Isoniazide-rifampicina-etambutolo (25 pz)
- Isoniazide-etambutolo (16 pz)
- Pirazinamide-rifampicina-etambutolo (10 pz)

L'intervallo tra le prescrizioni è risultato corrispondere in massima parte alle giornate di terapia prescritte.

La durata dei trattamenti è risultata molto variabile, andando dai pochi giorni (soprattutto per rifampicina: 8-16 gg) ad oltre un anno. La distribuzione della durata delle terapie è riportata nella figura che segue.

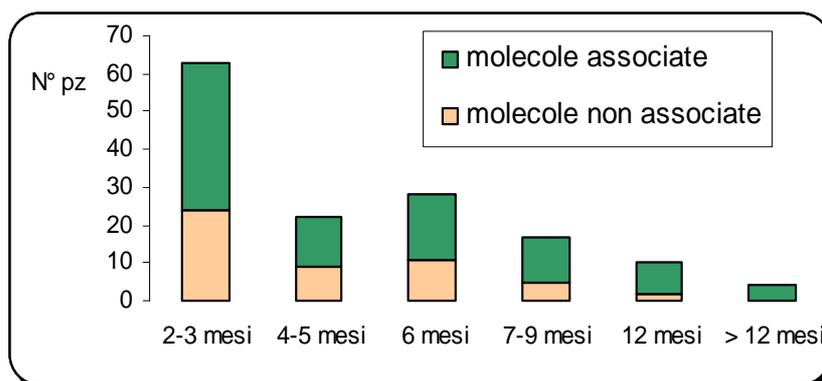


Figura 4: Durata dei trattamenti antitubercolari

Tra i pazienti che hanno utilizzato antitubercolari, 12 assumevano esclusivamente isoniazide per un totale di 67-100 dosi (1-2 ricette).

Lo schema terapeutico è stato modificato o semplificato in 6 pazienti, presumibilmente a seguito di tossicità. In altri 8 pazienti è stata associata una ulteriore molecola allo schema terapeutico precedente, presumibilmente a seguito di rivalutazioni a 3, 6 o 12 mesi ed inefficacia dello schema precedente..

Il predominare di trattamenti a base di sola rifampicina per 8-16 giorni è risultata, soprattutto nel 2004, il principale responsabile dell'iperprescrizione di antitubercolari rispetto alla media regionale, essendo utilizzata come antibatterico.

### 3) Epidemiologia della patologia tubercolare

Viene di seguito illustrato l'andamento della patologia tubercolare nell'ASL18 (triennio 2004-05). Il numero complessivo dei casi di TB residenti notificati al Centro di Epidemiologia e Prevenzione TB (CEP-TB) è di 51 (29 maschi e 22 femmine) Tab. 1

Tab 1: Casi di TB residenti notificati al Centro di epidemiologia e prevenzione Tb nel periodo 2004-2006 disaggregati per sesso

Anno	Sesso		Totale
	M	F	
2004	10	7	17
2005	12	7	19
2006	7	8	15
Totale	29	22	51

I casi notificati possono essere disaggregati per sesso ed età Tab.1 e Tab.2

Le differenze che si possono riscontrare tra le fasce di età e sesso, osservando le Tab.1 e Tab. 2, non sono significative considerata l'esiguità numerica dei dati.

Tab. 2: Casi di TB residenti notificati al Centro di epidemiologia e prevenzione Tb nel periodo 2004-2006 disaggregati per fasce di età

Fasce di età	Anni			Totale
	2004	2005	2006	
0-14	/	/	/	/
15-24	1	/	1	2
25-64	9	12	10	31
>65	7	7	4	18
Totale	17	19	15	51

Dall'analisi della Tab. 3 si evince che non ci sono differenze statisticamente significative, fra i tre anni, per quanto riguarda i dati notificati residenti nell'ASL 18.

Rapportando fra loro i dati corrispondenti rispettivamente all'ASL 18 ed alla Regione Piemonte, dati desunti dalla Tab.3 e dalla Fig.5 , si ravvisa un andamento temporale sovrapponibile.

Tab.3: Tasso annuale di incidenza (con intervalli di confidenza - al 95%) dei casi di TB segnalati nell'ASL 18.

ANNO di NOTIFICA	POPOLAZIONE RESIDENTE*	N° CASI IN RESIDENTI	INCIDENZA (per 100.000)	I.C. 95%
2004	162.894	17	10,43	5,48 - 15,4
2005	163.695	19	11,60	6,39 - 16,8
2006	164.400	15	9,12	4,51 - 13,7

\*Fonte: Banca Dati Demografica Evolutiva BDDE della Regione Piemonte

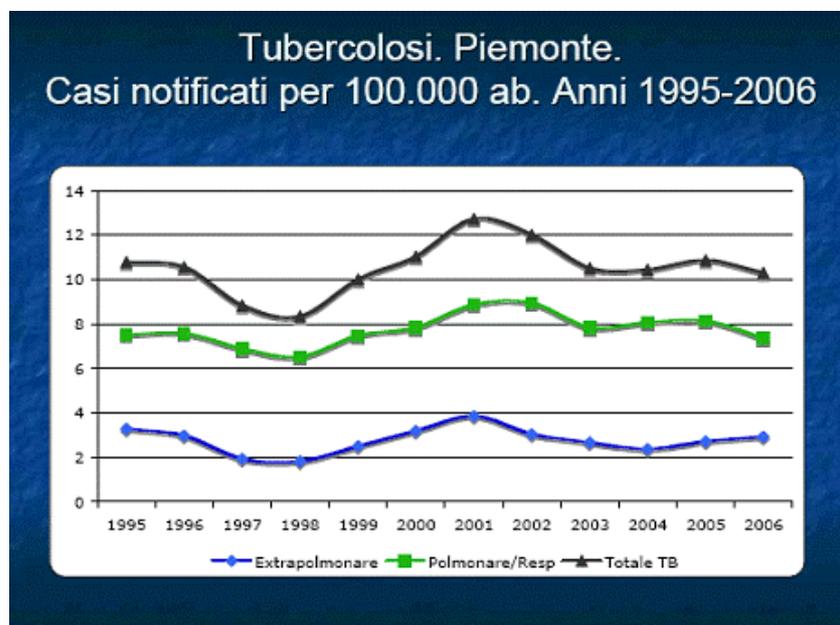


Figura 5: Tubercolosi in Piemonte. (Fonte: R. Raso in: La Tubercolosi oggi. ASO San Luigi di Orbassano, 6 giugno 2007)

Nel periodo in studio, le indagini epidemiologiche condotte, riferite ai relativi casi, hanno portato a nostra conoscenza 312 contatti (Tab. 4). Gli accertamenti effettuati hanno evidenziato 62 contatti con indicazione alla profilassi per la quale i farmaci sono stati forniti direttamente dal CEP-TB (Tab.5).

Tab.4: Contatti di Casi TB nel periodo 2004-2006

Anno	Sesso		Totale
	M	F	
2004	43	79	122
2005	48	75	123
2006	28	39	67
Totale	119	193	312

Tab 5: Contatti di Casi TB con indicazione alla Profilassi nel periodo 2004-2006

Anno	Sesso		Totale
	M	F	
2004	7	10	17
2005	13	12	25
2006	8	12	20
Totale	28	34	62

#### 4) Complicanze tubercolari delle terapie

I dati contenuti nei database amministrativi relativi alle prescrizioni farmaceutiche sono stati incrociati con quelli relativi alla somministrazione ambulatoriale di farmaci anti-TNF- $\alpha$  in ambito reumatologico e BCG intravescicale in campo urologico in quanto correlati all'attivazione della TBC latente o a complicanze tubercolari locali o sistemiche.

Nel corso del triennio in studio sono stati individuati:

- 307 pz in trattamento con antitubercolari di prima linea
- 31 pz sottoposti a trattamenti con anti-TNF- $\alpha$  in ambito reumatologico
- 87 pz in trattamento con immunoterapia vescicole con BCG

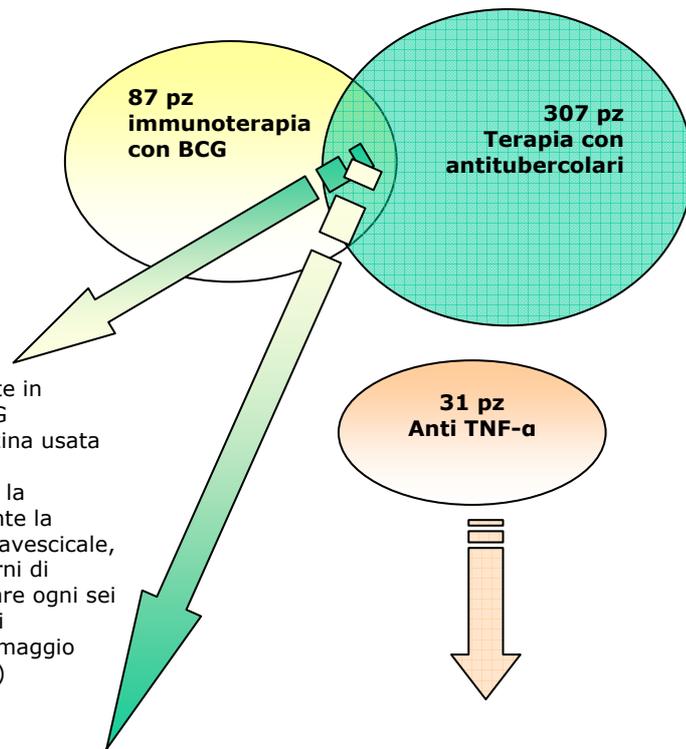


1 paziente risultava contemporaneamente in trattamento con BCG intravescicale e nicizina usata singolarmente. Tale terapia, iniziata la settimana antecedente la terapia con BCG intravescicale, consisteva in 30 giorni di terapia antitubercolare ogni sei mesi (totale 3 cicli di antitubercolare, tra maggio 2004 e agosto 2005)



Un secondo paziente, dopo un'iniziale terapia con ciprofloxacina, ha assunto per 3 giorni isoniazide + rifampicina (sospesa per effetti collaterali) e poi rifampicina per 15 giorni (con risoluzione). Tali trattamenti seguivano la somministrazione di BCG intravescicale di pochi giorni.

Nessun paziente reumatologico ha assunto farmaci antitubercolari dopo la somministrazione degli agenti biologici infliximab, etanercept ed adalimumab.



Nessun paziente reumatologico ha assunto farmaci antitubercolari dopo la somministrazione degli agenti biologici infliximab, etanercept o adalimumab. In ambito urologico un solo paziente risultava contemporaneamente in trattamento col BCG intravescicale ed in trattamento con nicizina (usata singolarmente). Tale terapia, iniziata la settimana antecedente la somministrazione di BCG nel maggio 2004, ha previsto 30 gg di trattamento ogni 6 mesi per un totale di 3 mesi di terapia antitubercolare, terminando nell'agosto 2005. Essa ha inoltre coinciso con la fase di induzione e il primo mantenimento della terapia antitumorale con BCG. Un secondo paziente, dopo un'iniziale terapia con ciprofloxacina, è stato trattato con rifampicina+isoniazide per 3 giorni (sospeso per effetti collaterali) e passato a rifampicina per 15 gg (con risoluzione).

## **Conclusioni**

Fra il personale medico dell'ASL 18 (clinici e medici di famiglia) si evidenzia un costante aumento della sensibilizzazione rispetto alla patologia tubercolare ed all'obiettivo di segnalazione al centro di riferimento aziendale.

Si ravvisa, però, ancora l'esigenza di consolidare ed affinare il sistema di sorveglianza della patologia adottando, ad esempio, procedure di ricerca attiva di casi non notificati tramite l'incrocio dei dati fra diverse fonti (laboratorio analisi, dataBase farmaceutico, archivio mortalità, ...).

## **Bibliografia**

- 1) Epidemiologia della tubercolosi in Italia (anni 1995-2005).  
[http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_613\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_613_allegato.pdf)
- 2) F. Trotta, G. Valentini 2005. Sicurezza dei farmaci biologici anti-TNF $\alpha$ . Reumatismo 2005; 57:34-39
- 3) AA VV. La Tubercolosi oggi. ASO San Luigi di Orbassano, 6 giugno 2007

## **Medicina dei Viaggi** Franco Giovanetti

### **1. Premessa**

Il Centro di Medicina dei Viaggi dell'ASL 18 si articola in due ambulatori:

- a) Alba: centro di profilassi internazionale autorizzato a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla
- b) Bra: attività di profilassi internazionale (esclusa febbre gialla).

Alla base della nostra attività vi sono gli elementi fondanti della pratica clinica in Medicina dei Viaggi riportati nella seguente tabella.

<b>Categoria</b>	<b>Elementi</b>
Valutazione dello stato di salute del viaggiatore	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patologie di base, terapie in corso o recenti, allergie</li> <li>○ Anamnesi vaccinale</li> </ul>
Valutazione del rischio per la salute connesso con il viaggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Itinerario</li> <li>○ Stagione</li> <li>○ Durata</li> <li>○ Motivo del viaggio</li> <li>○ Sistemazione</li> <li>○ Attività programmate</li> </ul>
Aree tematiche su cui basare le raccomandazioni fornite al viaggiatore durante la consulenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevenzione della malaria</li> <li>○ Malattie prevenibili con vaccinazione</li> <li>○ Misure di protezione contro gli insetti</li> <li>○ Altre malattie da vettore o da contatto con ambiente acquatico</li> <li>○ Diarrea del viaggiatore, precauzioni relative al consumo di cibo e acqua</li> <li>○ Malattie da fattori ambientali (altitudine, temperature estreme, attività in acqua)</li> <li>○ Cinetosi e jet lag</li> <li>○ Morso di animali</li> <li>○ Viaggiatori di lungo termine, espatriati</li> <li>○ Viaggiatori con speciali problematiche (donne in gravidanza, bambini, pazienti con malattie croniche, soggetti immunocompromessi)</li> <li>○ Farmaci da viaggio</li> <li>○ Emergenze durante il viaggio</li> </ul>
Prestazioni fornite	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informazione ed educazione del viaggiatore</li> <li>○ Prescrizione antimalarici</li> <li>○ Vaccinazioni</li> <li>○ Follow up (valutazione al rientro)</li> </ul>

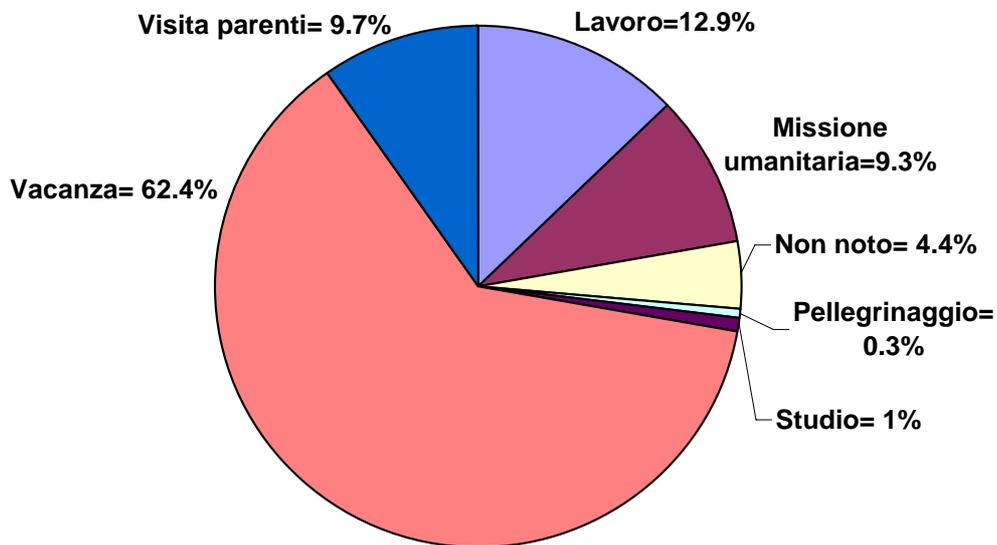
Tabella (modificata) da: Hill D.R. et al. *Clinical Infectious Diseases* 2006;43:1499-539

## 2. Attività: numero di consulenze pre-viaggio (pre-travel visits) svolte nel 2006 e nei primi 7 mesi del 2007

Accessi	24	51	48	37	48	69	115	30	38	63	44	48	78	54	39	34	68	101	133
Mese	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug
Anno	2006												2007						

## 3. Motivo del viaggio

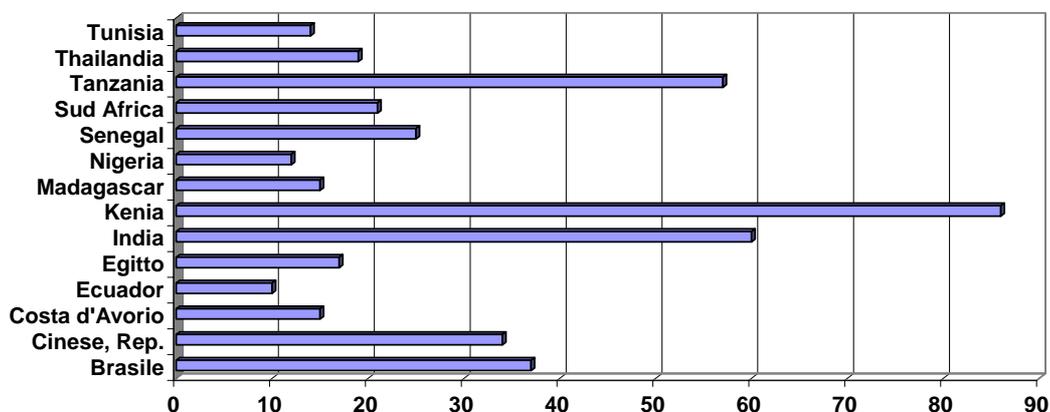
ASL 18. Medicina dei Viaggi, anno 2006.  
Distribuzione degli utenti in base al motivo del viaggio



## 4. Destinazioni

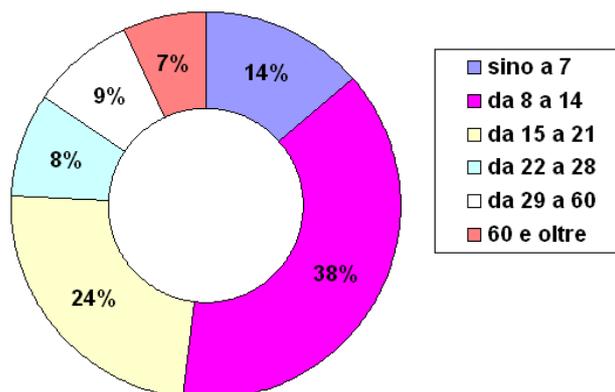
Il grafico illustra le 14 Nazioni più frequentemente visitate dai viaggiatori che hanno effettuato la consulenza nei nostri ambulatori e la distribuzione di tali viaggiatori per ogni Paese.

ASL 18. Medicina dei Viaggi, 2006. Distribuzione dei viaggiatori in base alle mete più frequenti (almeno 10 viaggiatori/Nazione)



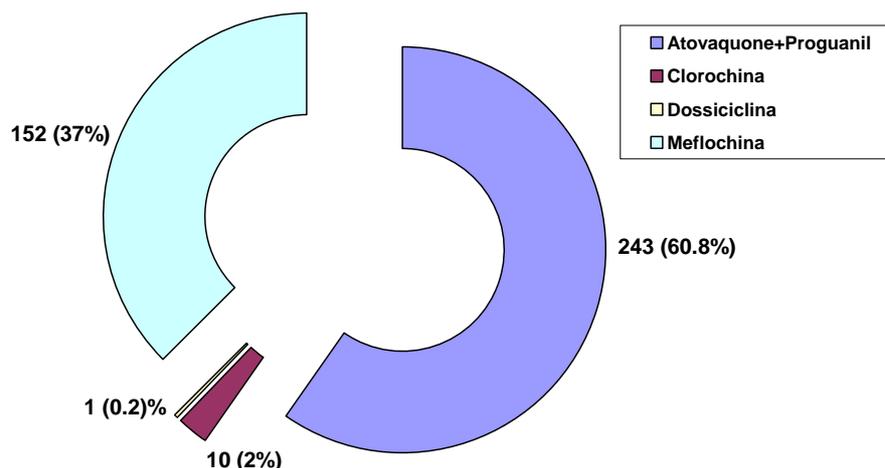
## 5. Durata del soggiorno all'estero

ASL 18. Medicina dei Viaggi, anno 2006. Distribuzione dei viaggiatori in base alla durata del soggiorno (calcolata in giorni)



## 6. Prescrizione dei farmaci per la chemioprolifassi della malaria

ASL 18, Ambulatori di Medicina dei Viaggi. Chemioprolifassi della malaria: distribuzione delle prescrizioni, anno 2006 (numero assoluto e, tra parentesi, percentuale)



I due grafici precedenti illustrano la distribuzione per principio attivo delle prescrizioni dei farmaci antimalarici nel 2006 e nei primi 7 mesi del 2007 rispettivamente. Prevale nettamente la combinazione atovaquone+proguanil, a causa dei vantaggi associati al suo utilizzo, quali l'elevata tollerabilità e la brevità del trattamento unite ad un'elevata efficacia (95%) nei confronti del Plasmodium falciparum clorochino-resistente.

## 7. Commento

Si stima che nel 2004 i viaggiatori internazionali, da e verso qualsiasi Paese del mondo, siano stati 763 milioni, dei quali solo il 52% ha intrapreso il viaggio per turismo (1). Anche nella nostra realtà locale una parte consistente di viaggiatori si reca in aree tropicali o subtropicali per motivi diversi dal turismo (lavoro, studio, missione umanitaria) e vorrebbero essere informati sulle misure di profilassi da adottare. Inoltre, per varie ragioni, intere famiglie con bambini anche piccoli si recano in aree a rischio sanitario, talora anche per lunghi periodi. Tra questi, una porzione importante è costituita dagli immigrati che rientrano temporaneamente nel Paese d'origine per andare a trovare i parenti. In tale frangente la prevenzione del rischio infettivo non ha solo una valenza individuale, essendo in grado di prevenire l'importazione di agenti patogeni e la loro diffusione nella comunità (2).

## 8. Riferimenti bibliografici

- (1) World Tourism Organization. Tourism highlights. 2005 Edition [www.world-tourism.org](http://www.world-tourism.org)
- (2) David R. Hill, Charles D. Ericsson, Richard D. Pearson et al. The Practice of Travel Medicine: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 2006;43:1499-1539.

## **Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASL 18 nell'anno 2006**

**Gianluca Toselli - Laura Curletti - Marina Masenta - Francesco Romanazzi**

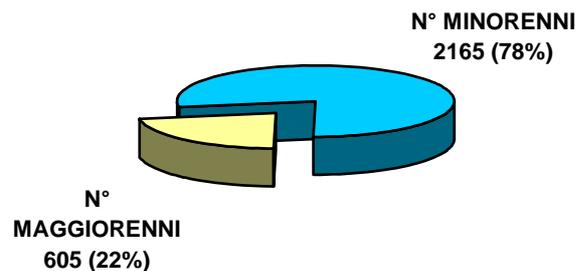
### **Introduzione**

A partire dal febbraio 1982 l'Italia ha introdotto una normativa per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica le cui direttive hanno lo scopo di individuare precocemente, laddove sia possibile, eventuali malattie a carico di organi e apparati che possono essere presenti in maniera asintomatica e manifestarsi in maniera improvvisa solo in conseguenza di un'attività fisica intensa.

Al di là della finalità agonistica per la quale lo sport viene praticato, è oramai assodato che la pratica regolare di un'attività sportiva è un importante strumento di prevenzione delle malattie a carico dell'apparato cardiocircolatorio e del metabolismo che trovano nella sedentarietà e negli eccessi alimentari una delle prime cause di sviluppo.

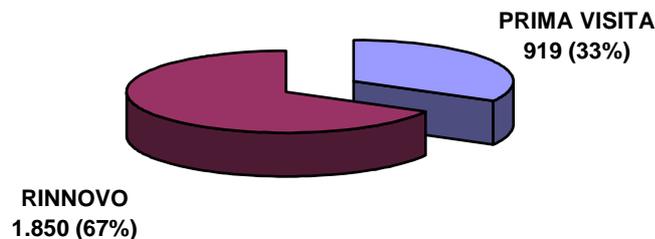
La SOC di Medicina Legale e Medicina dello Sport dell'ASL 18 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2006 un numero totale di 2.770 visite medico-sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

**Grafico 1 - Visite agonistiche Anno 2006**

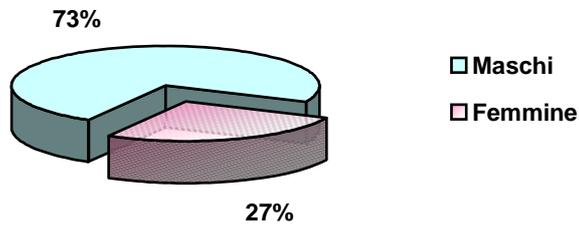


Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrata nelle tabelle 3 e 4.

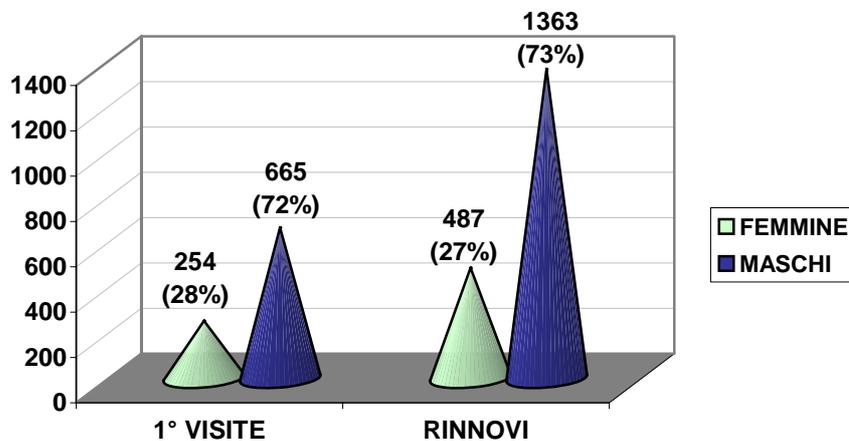
**Grafico 2**



**Grafico 3 - Atleti suddivisi per sesso  
Anno 2006**

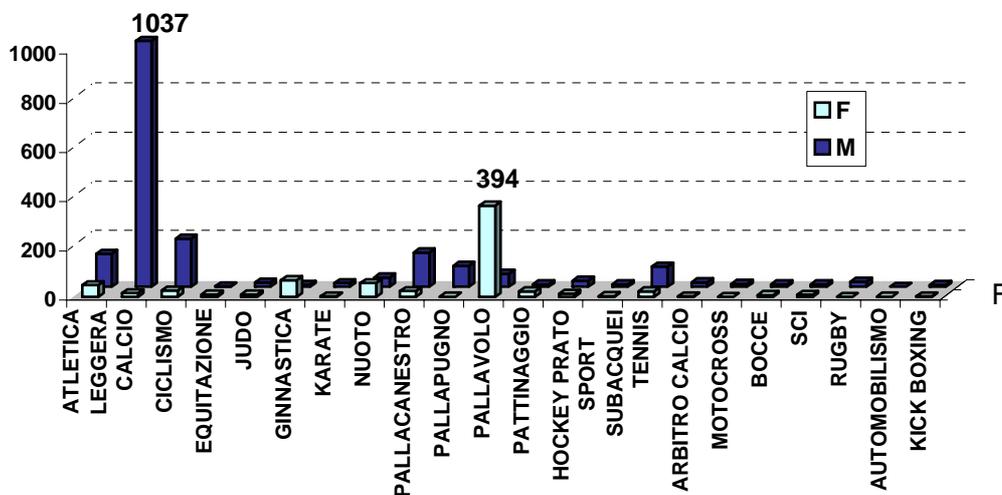


**Grafico 4 - Prime visite e rinnovi  
Anno 2006**



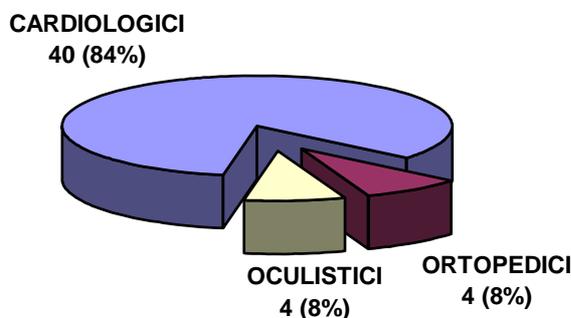
Nel Grafico 5 è rappresentata la suddivisione tra maschi e femmine in base allo sport praticato.

**Grafico 5 - Atleti maschi e femmine suddivisi  
per attività sportive**



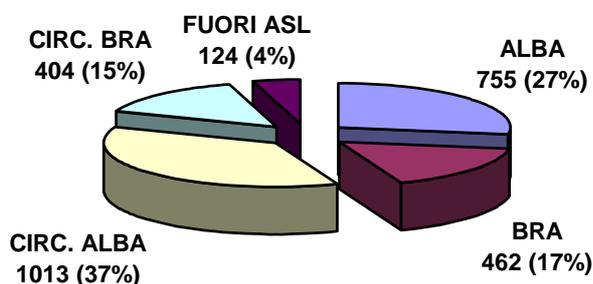
Nel Grafico 6 è rappresentata la tipologia di accertamenti diagnostici specialistici richiesti per il rilascio dell'idoneità agonistica.

### Grafico 6 - Accertamenti diagnostici



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

### Grafico 7 - Luogo residenza atleti Anno 2006



## Conclusioni

I dati ottenuti consentono di effettuare talune considerazioni:

- ❑ I dati statistici evidenziano che oltre i 2/3 delle visite sportive riguardano atleti di sesso maschile.
- ❑ La maggioranza delle visite medico-sportive riguardano i rinnovi delle idoneità all'attività agonistica; tale dato per un verso testimonia la continuità della pratica sportiva degli atleti e contemporaneamente dimostra la fiducia nella disciplina medico sportiva.
- ❑ Gli accertamenti relativi alle varie attività agonistiche hanno evidenziato una netta predominanza di taluni sport rispetto ad altri; in particolare per quel che concerne gli atleti di sesso maschile le visite sportive per il calcio rappresentano il 51% del totale; per le atlete di sesso femminile il 52% del totale riguarda l'idoneità sportiva agonistica alla pratica sportiva della pallavolo. Tali dati testimoniano che alcune discipline sportive pur altamente formative sono neglette rispetto ad altre (vedasi il calcio) forse

a cagione del portato mediatico e di immagine connesso agli sport più popolari ed intorno ai quali, più che ad altri, gravitano rilevanti interessi economici.

- La nostra esperienza, in linea con i risultati degli altri centri anche a rilevanza nazionale, confermano la necessità di più approfondite indagini in ordine a quadri patologici riguardanti l'apparato cardiovascolare.

Accanto agli accertamenti cardiovascolari assumono rilevanza le visite specialistiche oculistiche ed ortopediche. Le prime, sovente, evidenziano deficit visivi mai diagnosticati o sospettati. Gli accertamenti specialistici ortopedici sono per lo più rivolti a soggetti reduci da un recente infortunio, dovendosi procrastinare il giudizio di idoneità alla stabilizzazione del quadro clinico.

## Rapporto sull'andamento del flusso delle denunce di malattia professionale nel periodo 1996-2006

Anna Santoro

### 1. Introduzione

Scopo di questo rapporto è di descrivere lo stato di salute della popolazione in età lavorativa presente nell'ASL 18, attraverso l'analisi delle denunce di malattia professionale nel periodo 1996-2006.

Pertanto sono stati utilizzati i referti inviati allo S.Pre.S.A.L., in quanto destinatario delle notizie accertate o sospette di Malattia professionale, ai sensi dell'art. 139 del D.P.R. 1124/65, da parte di medici (competenti, generici, ospedalieri, specialisti), Direzione provinciale del Lavoro, altri S.Pre.S.A.L., patronati, INAIL, Magistratura oppure eseguiti su iniziativa autonoma.

Per tale attività il Servizio si avvale di apposito software opportunamente predisposto a partire dal 2000 e che ha permesso l'inserimento di tutte le pratiche precedenti: pertanto i dati sono stati estratti utilizzando come parametro la data del referto.

I dati sono stati presentati anche disaggregati per sesso permettendo così la descrizione dell'andamento del fenomeno nella popolazione maschile e femminile separatamente.

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

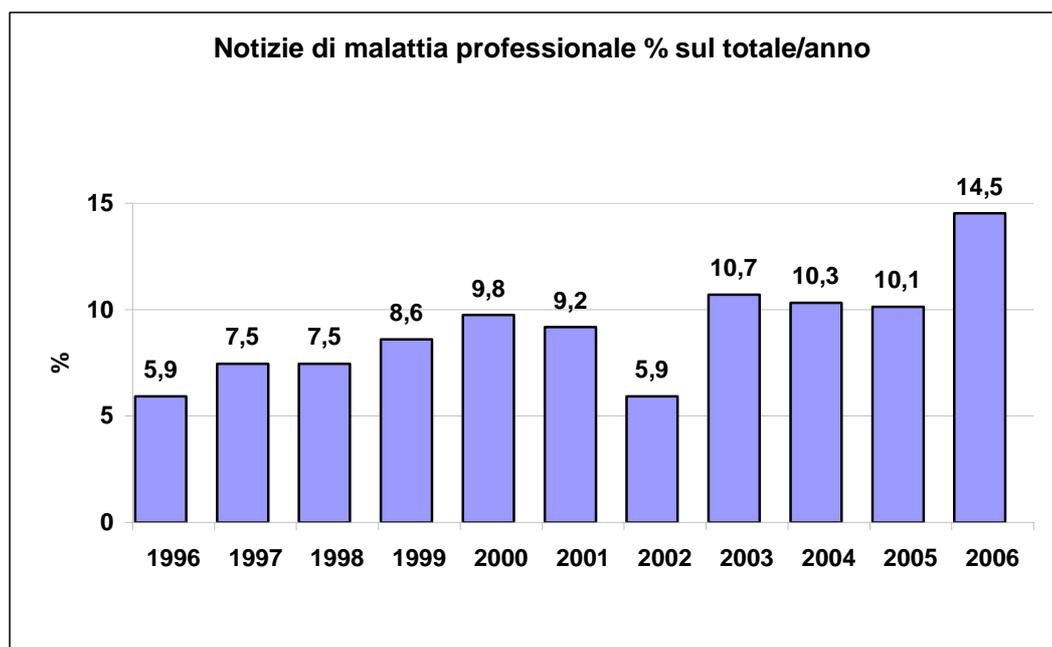
### 2. Descrizione dell'andamento delle notizie di malattia professionale

Per notizia di malattia professionale si intende: il numero di nuovi casi di cui lo S.Pre.S.A.L. ha avuto notizia tramite referto e/o denuncia di qualunque soggetto o Ente o che il Servizio ha rilevato durante la propria attività istituzionale.

Nel periodo considerato il Servizio ha ricevuto un totale di 523 denunce così ripartite per anno Tab.1 e per patologia Tab2:

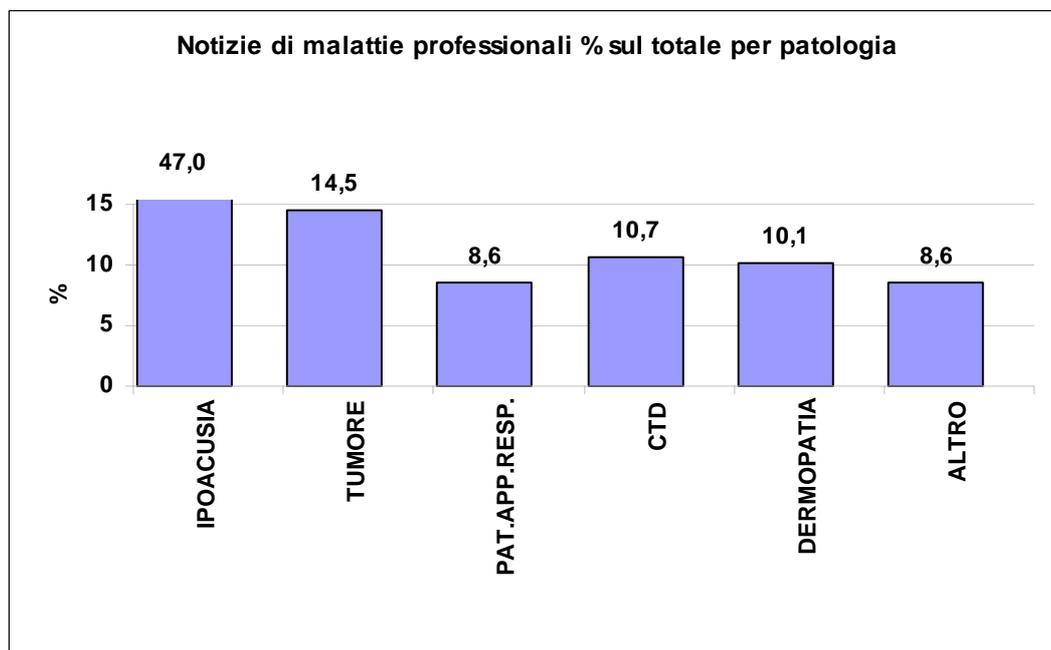
Tab .1: Totale notizie di malattia professionale per anno

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOT
31	39	39	45	51	48	31	56	54	53	76	523



Tab. 2: Totale notizie di malattie professionali per patologia

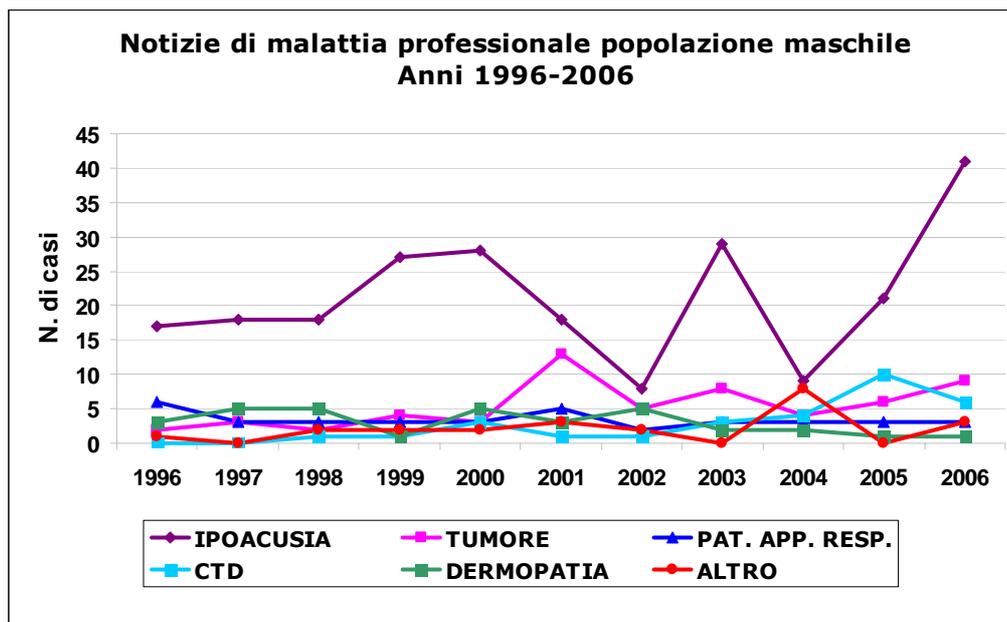
IPOACUSIA	TUMORE	PAT.APP.RESP.	CTD	DERMOPATIA	ALTRO	TOTALE
246	76	45	56	53	45	523



Nelle tabelle seguenti sono invece raccolte le notizie di malattia professionale suddivise per anno e per patologia e disaggregate per sesso.

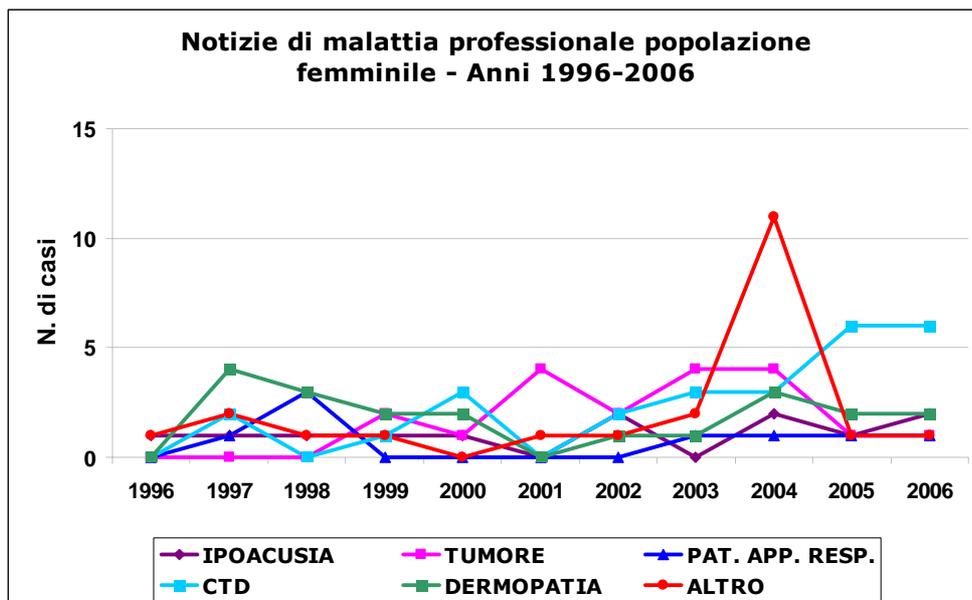
Tab. 3: notizie di malattia professionale popolazione maschile

	IPOACUSIA	TUMORE	PAT. APP. RESP.	CTD	DERMOPATIA	ALTRO	TOTALE
<b>1996</b>	17	2	6	0	3	1	<b>29</b>
<b>1997</b>	18	3	3	0	5	0	<b>29</b>
<b>1998</b>	18	2	3	1	5	2	<b>31</b>
<b>1999</b>	27	4	3	1	1	2	<b>38</b>
<b>2000</b>	28	3	3	3	5	2	<b>44</b>
<b>2001</b>	18	13	5	1	3	3	<b>43</b>
<b>2002</b>	8	5	2	1	5	2	<b>23</b>
<b>2003</b>	29	8	3	3	2	0	<b>45</b>
<b>2004</b>	9	4	3	4	2	8	<b>30</b>
<b>2005</b>	21	6	3	10	1	0	<b>41</b>
<b>2006</b>	41	9	3	6	1	3	<b>63</b>
<b>TOTALE</b>	<b>234</b>	<b>59</b>	<b>37</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>416</b>



Tab. 4: Notizie di malattia professionale popolazione femminile

	<b>IPOACUSIA</b>	<b>TUMORE</b>	<b>PAT. APP. RESP.</b>	<b>CTD</b>	<b>DERMOPATIA</b>	<b>ALTRO</b>	<b>Totale</b>
<b>1996</b>	1	0	0	0	0	1	<b>2</b>
<b>1997</b>	1	0	1	2	4	2	<b>10</b>
<b>1998</b>	1	0	3	0	3	1	<b>8</b>
<b>1999</b>	1	2	0	1	2	1	<b>7</b>
<b>2000</b>	1	1	0	3	2	0	<b>7</b>
<b>2001</b>	0	4	0	0	0	1	<b>5</b>
<b>2002</b>	2	2	0	2	1	1	<b>8</b>
<b>2003</b>	0	4	1	3	1	2	<b>11</b>
<b>2004</b>	2	4	1	3	3	11	<b>24</b>
<b>2005</b>	1	1	1	6	2	1	<b>12</b>
<b>2006</b>	2	1	1	6	2	1	<b>13</b>
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>107</b>



### 3. Discussione

Considerando i numeri assoluti ed ipotizzando una popolazione stabile, l'analisi dei dati evidenzia che gli uomini si ammalano più delle donne: ciò può essere motivato dal fatto che la popolazione maschile è maggiormente occupata in settori a maggior rischio lavorativo.

La patologia più denunciata continua ad essere la ipoacusia con un picco di 43 notizie nel 2006: tale dato può essere interpretato come conseguenza della pubblicazione del D.Lgs 195 "Attuazione della Direttiva 2003/10/CE relativa all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (rumore)" in vigore dal 14/06/06 ma totalmente operativo dal 14/12/06.

La seconda patologia denunciata risulta essere quella tumorale, rappresentata maggiormente da mesoteliomi che risultano essere circa la metà dei casi di tumore denunciati: è rilevante il picco riscontrato nel 2001 (11 casi) per i quali non è stata correlata un'esposizione ad amianto nel territorio dell'ASL 18 e quindi legati probabilmente al fenomeno migrazione (persone a fine attività lavorativa che stabiliscono la loro residenza nel territorio dell'ASL 18). Il restante 50% delle patologie tumorali è rappresentato da K vescicali, K seni pranasali, K polmonari, K ovario, K mammario). Il trend in ascesa degli ultimi anni è probabilmente legato ad una maggiore attenzione alla denuncia, segno della sensibilizzazione dei medici per le patologie legate al lavoro.

Per quanto riguarda le malattie interessanti l'apparato respiratorio e le dermopatie, l'andamento si mantiene sostanzialmente stabile mentre risultano in aumento le patologie che interessano gli arti superiori e comunque l'apparato locomotore (che rappresenta circa il 50% della colonna "ALTRO": è interessante notare che in entrambi i sessi le patologie da movimenti ripetuti (CTD) sono in costante aumento pur essendo più colpita la popolazione femminile, ed anche questo dato può essere letto come segno della maggiore attenzione verso tale patologia.

Infine è da segnalare che il restante 50% della colonna "ALTRO" è costituito dalle seguenti patologie: cataratta da energia radiante, anemia emolitica, acariasi (10 casi nel 2004) stress, mobbing, parkinsonismo da manganese.

Possiamo concludere dicendo che pur avendo in numeri assoluti un andamento discontinuo nel tempo, di fatto l'analisi per gruppi omogenei di patologia permette di evidenziare che, al di là del picco di denunce per ipoacusia nel 2006, si nota un aumento del numero delle patologie tumorali e di quelle a carico degli arti superiori; questo ultimo dato comprende patologie che hanno tempi di latenza completamente opposti: parecchi anni nel caso di tumori ed alcuni mesi nel caso dei CTD. In entrambi i casi alla denuncia segue l'inchiesta ma, mentre nel caso dei tumori non riusciamo a valutare le attuali condizioni espositive, nel caso delle patologie da movimenti ripetuti l'inchiesta riguarda nella maggior parte dei casi esposizioni in atto e per le quali l'intervento in vigilanza permette di incidere sul miglioramento delle condizioni di lavoro.

## **Spesa farmaceutica ASL 18**

**Lucia Infante – Elio Laudani – Patrizia Corradini – Luca Monchiero**

La spesa per farmaci distribuiti dalle farmacie convenzionate (fascia A del Prontuario Nazionale) costituisce in genere il 15%-20% del bilancio di una ASL.

Si tratta di una frazione della spesa totale che, in linea teorica, è definibile come costo variabile.

C'è da chiedersi se sono possibili azioni finalizzate a correggere le tendenze inflative della spesa farmaceutica senza ridurre i livelli di assistenza forniti ad una comunità.

La qualità delle cure non sembra essere in relazione diretta con la spesa farmaceutica. Al contrario, è ipotesi plausibile sostenere che l'utilizzo più sobrio di farmaci giovi alla salute dei cittadini, specialmente alle fasce di età anziane.

### **Dinamica della spesa**

I fattori che determinano la quantità di risorse finanziarie destinate all'acquisto di farmaci sono molteplici.

In primo luogo vi è l'azione di sviluppo e propaganda svolta dall'industria con i noti e potenti mezzi.

Questi si intrecciano con il ruolo del prescrittore, il medico di medicina generale, al quale va la responsabilità formale dell'ordinazione del consumo.

Tale responsabilità è però, nei fatti, solo apparente, perché, alle spalle dell'atto di prescrivere, vi è spesso una dinamica più complessa.

In questa dinamica le cause prime sono spesso rappresentate da figure, diverse dal medico di medicina generale, quali gli specialisti ambulatoriali o ospedalieri.

Nasce in questo modo il fenomeno detto "prescrizione indotta".

La ricetta, redatta dal medico di medicina generale, è spesso l'atto finale di un meccanismo generato da altri.

Questo fenomeno, indagato localmente, sembra verificarsi con una frequenza media del 50% e raggiunge anche il 70% per alcune categorie terapeutiche.

Quindi, se da un lato la responsabilità legale della ricetta ricade sul medico che firma la ricetta, è d'altra parte altrettanto vero che non è solo la volontà del medico di medicina generale ad orientare il mercato del farmaco.

In sintesi, occorre tener conto della molteplicità delle forze che determinano la prescrizione.

Il medico di medicina generale, se adeguatamente sostenuto dalle azioni degli Uffici di Coordinamento delle Attività distrettuali, potrebbe essere un buon argine al dilagare del consumismo sanitario.

Lo sviluppo locale della cultura dell'informazione indipendente sul farmaco, le iniziative per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e il potenziamento della distribuzione diretta di farmaci potrebbero essere, tutte insieme e opportunamente armonizzate, le possibili contromisure alla dinamica inflazionistica osservata.

### **Tendenza temporale.**

La tabella 1 indica la tendenza naturale all'aumento annuo della spesa.

La categoria che ha il maggior peso sulla spesa totale è quella dei farmaci cardiovascolari (36% della spesa totale).

Rapportata alla popolazione residente la spesa pro capite è in costante incremento. L'incremento è spiegabile in maniera soddisfacente da un modello di regressione lineare (grafico 1).

### **Confronti geografici**

L'ASL 18 ha una spesa pro capite superiore a quella del Piemonte e inferiore a quella italiana.

La categoria dove la differenza è maggiore è quella dei farmaci neurologici. La tabella 2 mostra questi fenomeni.

La tabella 3 approfondisce l'analisi sul gruppo terapeutico dei neurologici e mostra l'entità dell'eccesso di spesa per questa categoria terapeutica. Tale eccesso sfiora la significatività statistica rispetto al Piemonte ed è meno marcato nel confronto con la specifica spesa italiana.

La tabella 4 descrive la spesa negli aspetti particolari per alcuni principi attivi del gruppo ATC N (neurologici). Qui vengono indicate le principali differenze rispetto al Piemonte per i primi dieci principi attivi in ordine di spesa.

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

## Table e grafici.

Nota metodologica: i dati di popolazione necessari per il calcolo di alcuni indici sono diversi per alcune tabelle.

Nella tabella 1 è stata utilizzata la popolazione residente al 31.12 del rispettivo anno.

Le successive tabelle riportano gli indicatori del programma "Sfera" per il monitoraggio della spesa farmaceutica che utilizza la popolazione censuale.

Questo spiega le piccole differenze tra uguali indicatori.

Tabella 1: Spesa farmaceutica convenzionata ASL 18.

Periodo 2003-2006 per gruppi ATC (Anatomical Chemical Classification).

CLASSE	ATC	2003	2004	2005	2006
CARDIOVASCOLARE	C	9.385.466	10.429.482	10.334.193	11.472.601
GASTROENTERICO	A	2.810.348	3.072.187	3.365.583	3.790.834
SANGUE	B	787.466	902.914	956.592	1.040.572
NEUROLOGICI	N	3.621.558	4.044.620	4.797.249	5.192.204
RESPIRATORI	R	1.884.242	1.955.882	2.207.867	2.333.628
UROLOGICI	G	1.514.815	1.526.235	1.598.105	1.572.254
OSTEO-MUSCOLARI	M	1.068.975	1.162.999	900.752	970.324
ANTIBIOTICI	J	3.363.767	3.143.677	3.291.426	3.094.141
ORMONALI	H	288.444	186.999	158.238	202.013
SENSO	S	458.352	495.337	507.632	530.679
NEOPLASTICI	L	1.676.465	1.531.669	1.547.441	1.466.111
DERMATOLOGICI	D	91.561	93.077	84.326	77.704
ANTIPARASSITARI	P	27.064	23.488	21.829	24.876
VARI	V	17.022	11.793	5.379	7.306
<b>TOTALE</b>	<b>TOT</b>	<b>26.995.545</b>	<b>28.580.359</b>	<b>29.776.612</b>	<b>31.775.247</b>
POPOLAZIONE		161.641	162.936	163.692	164.416
SPESA_PRO_CAPITE		167,0093	175,4085	181,9063	193,2613

Tabella 2: Spesa pro capite. Confronti con Piemonte e Italia

**VALORE SSN x 1000 AB. RES.**

	<b>ITALIA</b>	<b>PIEMONTE</b>	<b>A.S.L. 18 ALBA - BRA</b>
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE	79.578	72.120	71.054
A APPARATO GASTROINTESTINALE E METAB	32.217	28.158	23.478
J ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SIS	23.015	17.660	19.163
N SISTEMA NERVOSO	21.260	24.282	32.157
R SISTEMA RESPIRATORIO	15.982	13.432	14.453
L FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOM	11.471	10.541	9.080
B SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	11.378	7.403	6.445
G SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI	9.153	9.266	9.737
M SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	8.292	5.918	6.010
H PREPARATI ORMONALI SISTEMICI- ESCL	3.630	2.019	1.251
S ORGANI DI SENSO	3.105	3.244	3.287
D DERMATOLOGICI	779	605	481
V VARI	431	127	45
P FARMACI ANTIPARASSITARI- INSETTICI	178	169	154
<b>TOTALI</b>	<b>220.468</b>	<b>194.943</b>	<b>196.795</b>

Grafico 1: Andamento temporale della spesa farmaceutica totale. Retta di regressione

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
<b>ANNO</b>	8,500	0,592	206,4286	0,000142
<b>CONSTANT</b>	-16859,000	1185,878	202,1079	0,000147

**Correlation Coefficient:  $r^2=$**  0,99

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
<b>Regression</b>	1	361,250	361,250	206,429
<b>Residuals</b>	2	3,500	1,750	
<b>Total</b>	3	364,750		

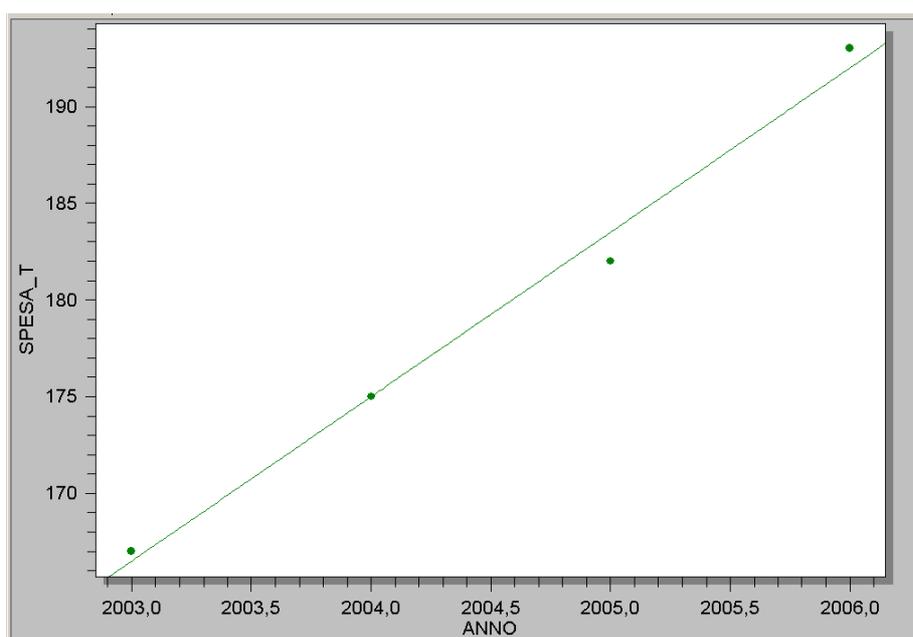


Grafico 2: Andamento temporale della spesa farmaceutica cardiovascolare. Retta di regressione

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
ANNO	3,500	1,072	10,6522	0,010958
CONSTANT	-6.952,000	2.149,587	10,4595	0,011241

Correlation Coefficient:  $r^2 = 0,84$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	61,250	61,250	10,652
Residuals	2	11,500	5,750	
Total	3	72,750		

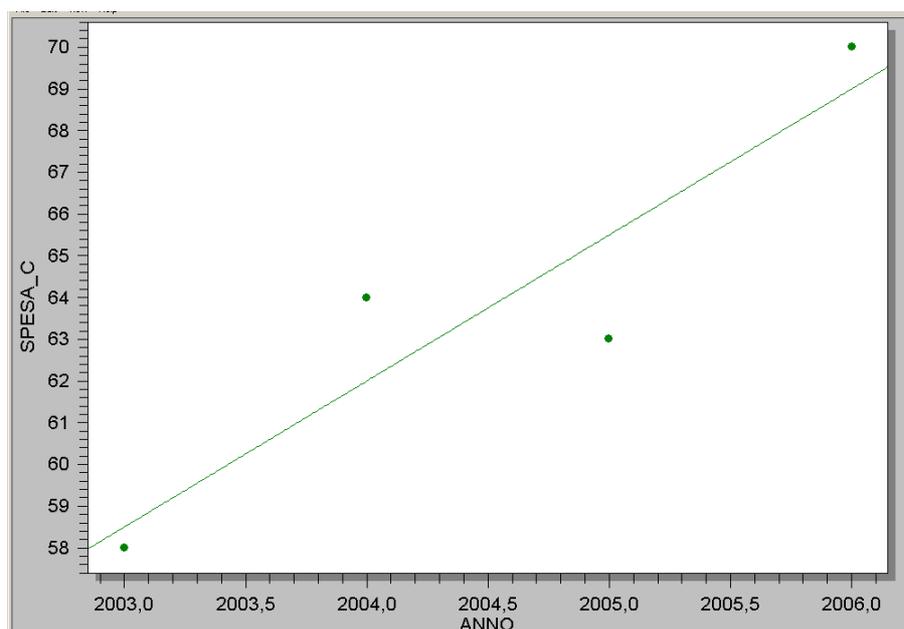


Grafico 3: Andamento temporale della spesa farmaceutica per neurologici. Retta di regressione

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
ANNO	3,400	0,141	578,0000	0,000030
CONSTANT	-6788,300	283,479	573,4292	0,000031

Correlation Coefficient:  $r^2 = 1,00$

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	57,800	57,800	578,000
Residuals	2	0,200	0,100	
Total	3	58,000		

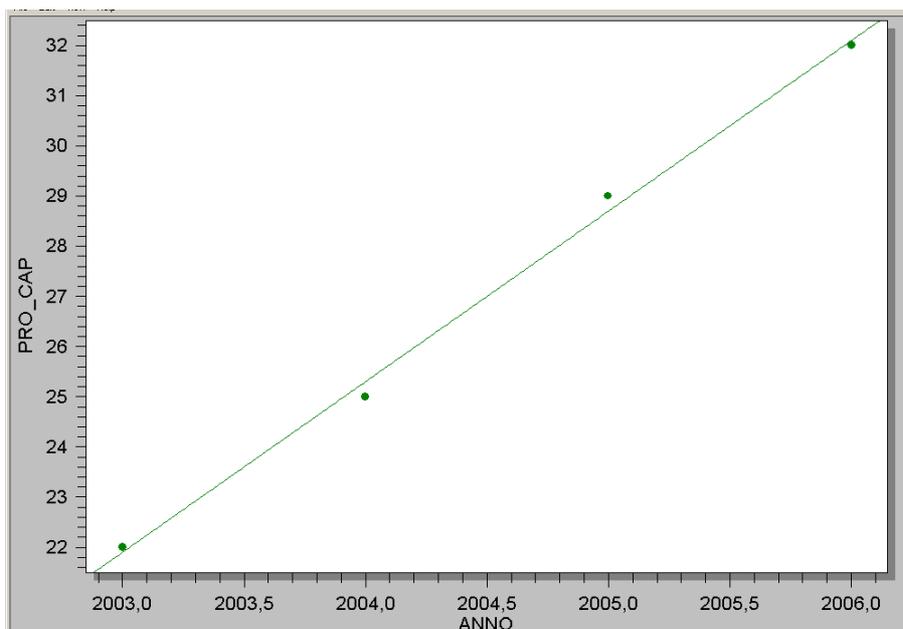


Tabella 3. Farmaci neurologici. Confronti Italia – Piemonte - ASL 18.

	<b>ITALIA</b>	<b>PIEMONTE</b>	<b>ASL 18</b>
<b>SPESA (1)</b>	21/220	24/195	32/197
<b>FREQ. % (2)</b>	9,5%	12,3%	16,2%
<b>IC 95% (3)</b>	6,0%-14,2%	7,7%-16,9%	11,1%-21,4%

(1) spesa pro-capite neurologici/spesa pro-capite totale

(2) frequenza percentuale sul totale della spesa pro-capite

(3) intervallo di confidenza al 95% della frequenza percentuale

Tabella 4. Farmaci neurologici. Prime dieci molecole in ordine di spesa nella ASL 18. Confronti con spesa e DDD Piemonte

<b>molecole</b>	<b>spesa_18</b>	<b>spesa_p</b>	<b>differenza</b>	<b>ddd_18</b>	<b>ddd_p</b>	<b>differenza</b>
N SISTEMA NERVOSO	32.157	24.252	7.905	811,26	652,25	159,01
N05AH03 OLANZAPINA	3.763	1.627	2.136	25,30	10,93	14,37
N05AH04 QUETIAPINA	2.030	817	1.213	13,74	5,14	8,59
N06AB05 PAROXETINA	1.962	1.696	265	100,58	86,59	13,99
N06AX16 VENLAFAXINA	1.868	1.470	398	42,55	33,37	9,18
N05AX08 RISPERIDONE	1.730	636	1.095	13,80	5,07	8,73
N03AX16 PREGABALIN	1.363	1.303	60	12,16	11,84	0,32
N06AB10 ESCITALOPRAM	1.349	1.401	- 51	50,81	52,76	- 1,95
N06AB06 SERTRALINA	1.150	841	310	102,31	74,34	27,97
N06AX21 DULOXETINA	1.133	601	532	20,44	10,85	9,59
N06DA02 DONEPEZIL	1.088	767	321	10,55	7,23	3,32

## Misurazione e caratterizzazione delle prescrizioni territoriali: quali e quante sono indotte dallo Specialista?

### Analisi effettuata nel distretto di Bra

Lucia Infante – Equipes di MMG\* (Ref. Lorenzo Gola - Enzo Marengo - Carlo Visconti) – Felice Riella – Elio Laudani

\* I Medici che compongono le 3 Equipes: Roberto Anfosso, Gianfranco Berrino, Pier Giacomo Bertello, Sabino Cipriani, Rosanna Cochis, Marino Dacomo, Mariella Dallorto, Alberto Dalmasso, Giovanni Marco Gallo, Maria Cristina Gallo, Martino Lombardi, Alberto Piselli, Gerardo Polisciano, Fiorenzo Prever, Riccardo Sales, Linda Zavanella, Pietro Busso, Maria Teresa Colombano, Maria Teresa Corallo, Lorenzo Davico, Sergio Donfrancesco, Elisabetta Meini, Mauro Milanese, Alfio Modica, Giuseppe Palmieri, Domenica Pelizza, Riccardo Ravazzoli, Zaira Baratti, Roberto Balestro, Luciano Bertolusso, Giovanni Bonaudi, Sergio Chionio, Ali Famili, Fabrizio Franchino, Lorella Monasterolo, Ines Peano, Attilio Riva, Anna Maria Russello, Giovanni Serventi, Angela Vergnano

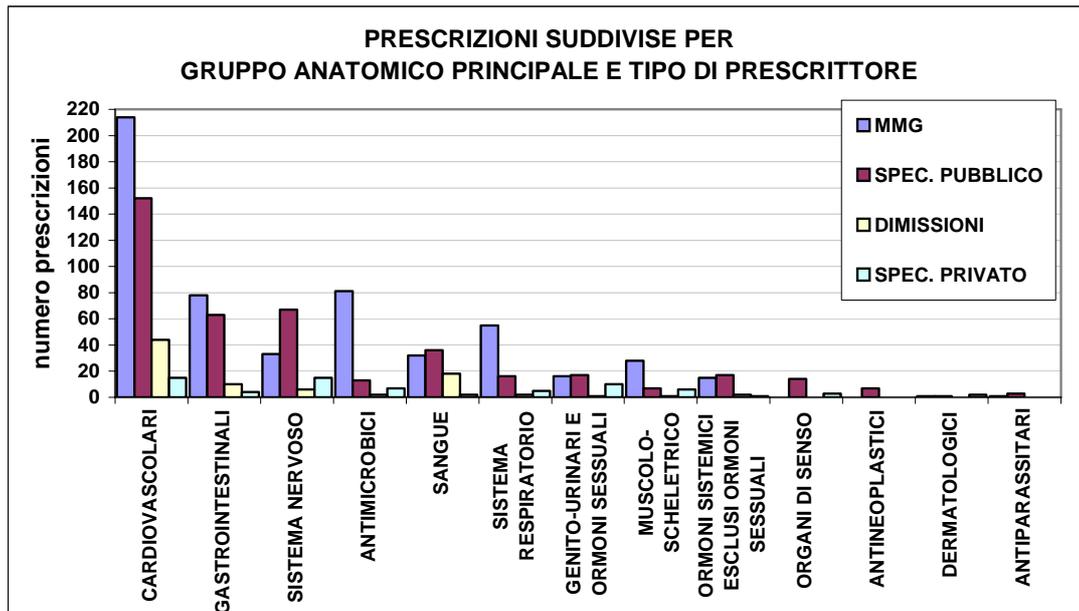
Secondo l'articolo 60 del codice della deontologia medica, il medico curante attua l'indirizzo terapeutico concordato con lo specialista (consulente); viene riportato inoltre che i giudizi espressi in sede di consulenza devono rispettare la dignità sia del curante che del consulente. In realtà il "consiglio" dello specialista è sovente causa di conflittualità. Il momento dell'induzione della prescrizione è inoltre spesso vissuto con "disagio" dal MMG che, relegato a volte a esecutore delle volontà di altri, vede invece ricadere su di sé, la responsabilità civile e penale delle prescrizioni. In questi ultimi anni il MMG è stato inoltre posto al centro di svariati interventi per la responsabilizzazione economica. Perché i provvedimenti siano efficaci, però, devono essere calati nel meccanismo della nascita delle prescrizioni. Sicuramente è necessario partire da un discorso di appropriatezza prescrittiva non solamente legata alla profonda conoscenza delle caratteristiche e della gestione di ogni singolo farmaco. Sempre di più, infatti, per rispondere alle necessità di ordine economico e legislativo, il Medico è tenuto a conoscere elementi di farmacoeconomia e le normative sia centrali che regionali. Da questo non possono esimersi né i MMG né gli specialisti. Purtroppo però tra ospedale (o strutture private) e medicina territoriale esiste una sorta di linea demarcata che impedisce una vera e propria continuità assistenziale. Questo si ripercuote sugli assistiti e sulla medicina di base.

In questo contesto, spinti dalla volontà di quantificare e descrivere il fenomeno dell'induzione delle prescrizioni farmaceutiche, i Farmacisti dell'Ospedale S. Spirito di Bra hanno proposto una collaborazione ai MMG operanti nel proprio distretto. Ci si è prospettati di scomporre e riconoscere le varie componenti prescrittive in modo da rilevarne le criticità. L'indagine è stata effettuata su un giorno indice per mezzo di un questionario anonimo (Fig. 1).

FIG.1: Questionario anonimo

TIPO DI PRESCRIZIONE	NUOVA <input type="checkbox"/>	CONTINUAZIONE <input type="checkbox"/>	CAMBIO <input type="checkbox"/>
PRESCRIZIONE PROPRIA <input type="checkbox"/>			
PRESCRIZIONE INDOTTA DA	SPECIALISTA PUBBLICO <input type="checkbox"/>	SPECIALISTA PRIVATO <input type="checkbox"/>	
	DIMISSIONI <input type="checkbox"/>	PRONTO SOCCORSO <input type="checkbox"/>	
NON RICORDO ORIGINE DELLA PRESCRIZIONE <input type="checkbox"/>			
IN CASO DI PRESCRIZIONE INDOTTA			
FARMACO SUGGERITO DALLO SPECIALISTA COME	NOME COMMERCIALE <input type="checkbox"/>	PRINCIPIO ATTIVO <input type="checkbox"/>	
COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZ. SPECIALISTICA	SE NECESSARIO PIANO TERAPEUTICO	PRESENTI <input type="checkbox"/>	MANCANTE <input type="checkbox"/>
	COMPLETA IDENTIFICAZIONE DI FARMACO E DOSAGGIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	INFORMAZ. SUFFICIENTI PER DECIDERE MUTUABILITA' O MENO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ACCORDO CON LA PRESCRIZ. SPECIALISTICA	TOTALE <input type="checkbox"/>	PARZIALE <input type="checkbox"/>	NULLO <input type="checkbox"/>
<u>IN CASO DI PARZIALE O NON ACCORDO</u>	NON PRESCRIVO NULLA <input type="checkbox"/>		
	AVVALLO COMUNQUE LA PRESCRIZIONE <input type="checkbox"/>		
	MODIFICO PRESCRIZIONE	DOPO CONSULTO CON SPECIALISTA <input type="checkbox"/>	SENZA CONSULTARE SPECIALISTA <input type="checkbox"/>
FARMACO INDICATO DA SPECIALISTA	_____		
PRESCRIZ. FINALE → FARMACO	_____		

I medici coinvolti sono stati in tutto 42 e sono state analizzate 1145 prescrizioni SSN. La quota indotta è stata del 49,7% derivante soprattutto da specialisti pubblici. I farmaci cardiovascolari sono i più prescritti sia dai MMG che dallo specialista pubblico e in dimissione. Il MMG prescrive la maggior parte dei farmaci per patologie acute, in particolare antimicrobici, respiratori e muscoloscheletrici, anche se è responsabile della metà delle prescrizioni per cardiovascolari e gastrointestinali. Lo specialista pubblico incide particolarmente sulle prescrizioni per sistema nervoso, omeostasi del sangue e colliri antiglaucoma; prescrive inoltre la totalità dei farmaci antineoplastici. In dimissione, l'influenza maggiore si ha sulle prescrizioni di farmaci cardiovascolari e dell'omeostasi sanguigna. Lo specialista privato dà il suo contributo prevalente nell'induzione di prescrizioni per farmaci del sistema nervoso, genitourinario (ormoni sessuali) e dermatologico.



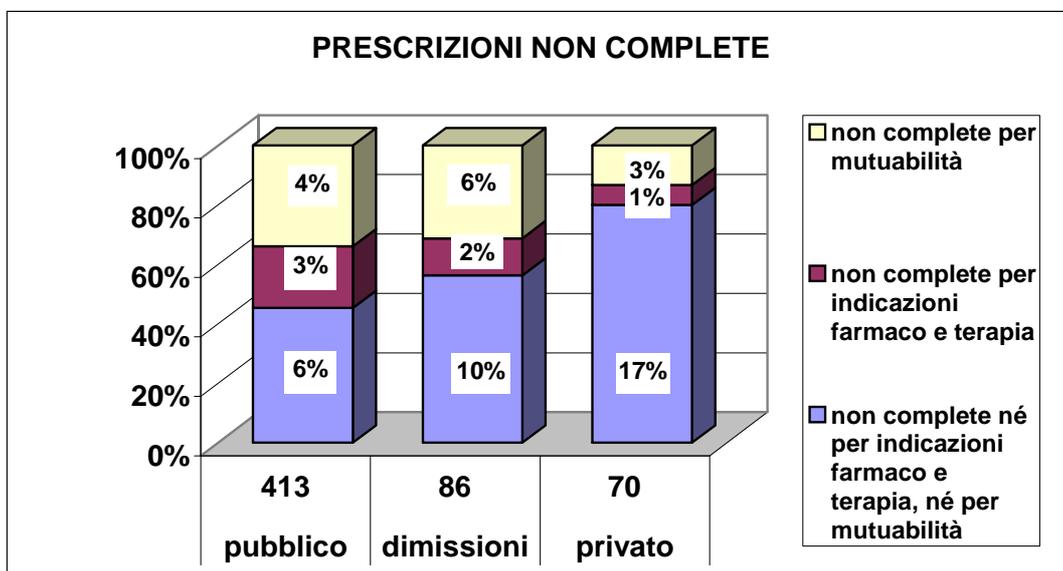
Le proporzioni della distribuzione delle prescrizioni per gruppo ATC (anatomico-terapeutico-chimico) sono sovrapponibili con i dati annuali dell'intera ASL 18 (Dati Sfera, anno 2005): utilizzando il test del  $\chi^2$  sulle distribuzioni delle prescrizioni per classe terapeutica, risulta infatti che il gruppo di MMG considerato non ha un comportamento prescrittivo statisticamente differente ( $p=0,3811$ ) da quello dell'intera ASL, pertanto possiamo considerarlo rappresentativo della stessa.

Analizzando le prescrizioni specialistiche, abbiamo notato che sono praticamente sempre effettuate per nome commerciale, penalizzando la diffusione dei generici. Mettendole inoltre in relazione al Prontuario Terapeutico Aziendale rileviamo che questo strumento influenza fortemente la prescrizione dei farmaci in dimissione sia come molecole che come nomi commerciali.

Per quanto riguarda la spesa, potendo considerare la distribuzione delle prescrizioni del gruppo come rappresentativa dell'intera ASL, possiamo stimare quanto, nel 2005, ciascuna tipologia di professionista abbia influito sulla spesa. Il calcolo è stato fatto su ogni sottoclasse ATC, in modo da poterne rilevare e distinguere il peso. Come risulta dalla tabella 20, la spesa indotta risulta essere percentualmente maggiore di quanto siano le rispettive prescrizioni. Lo sbilanciamento avviene principalmente a causa dell'induzione completa degli antitumorali da parte dello specialista pubblico e di quella degli antipsicotici atipici e degli SRRIs da parte del privato.

STIMA DISTRIBUZIONE SPESA PER PRESCRITTORE E PER GRUPPO ANATOMICO PRINCIPALE									
	TOTALE	MMG		pubblico		dimissioni		privato	
CARDIOVASCOLARI	9.563.326	4.836.378	51%	3.508.138	37%	929.855	10%	289.424	3%
GASTROINTESTINALI	3.325.485	1.670.192	50%	1.359.139	41%	220.947	7%	75.208	2%
SISTEMA NERVOSO	4.546.915	896.846	20%	2.263.904	50%	170.078	4%	1.208.271	27%
ANTIMICROBICI	3.292.080	2.612.408	79%	439.899	13%	50.839	2%	195.210	6%
SANGUE	902.498	259.355	29%	308.310	34%	329.898	37%	7.627	1%
SISTEMA RESPIRATORIO	2.086.828	1.511.048	72%	409.814	20%	45.366	3%	126.199	6%
GENITO-URINARI E ORMONI SESSUALI	1.597.628	599.891	38%	654.703	41%	46.029	3%	297.005	19%
MUSCOLO-SCHELETRICO	899.447	485.715	54%	299.811	33%	8.111	1%	109.719	12%
ORMONI SISTEMICI ESCLUSI ORMONI SESSUALI	158.356	67.867	43%	76.916	49%	9.049	6%	4.524	3%
ORGANI DI SENSO	507.727	0	0%	416.336	82%	0	0%	91.391	18%
ANTINEOPLASTICI	1.547.494	0	0%	1.547.494	100%	0	0%	0	0%
DERMATOLOGICI	84.330	21.083	25%	21.083	25%	0	0%	42.165	50%
ANTIPARASSITARI	21.833	5.458	25%	16.375	75%	0	0%	0	0%
TOTALE STIMA INDUZIONE SPESA	28.533.947	12.966.240	45%	11.321.922	40%	1.810.172	6%	2.446.743	9%

Le prescrizioni indotte risultano poi non complete il 15% delle volte: come vediamo nel grafico, la maggior percentuale si rileva nell'induzione da specialista privato con il 21% di incompletezza totale, seguito dalle dimissioni ospedaliere.



Il piano terapeutico, obbligatorio per legge, è mancante nel 20% circa dei casi in cui è previsto: in queste circostanze il MMG non può prescrivere il medicinale in regime SSN. Andando a valutare il grado di accordo del MMG con la prescrizione indotta, abbiamo rilevato che è parzialmente o per niente d'accordo con lo specialista il 14% delle volte con un'alta incidenza di questo disaccordo nelle prescrizioni che derivano dal privato. A fronte di questo, il dato che ci ha fatto molto riflettere è che il MMG non consulta praticamente mai lo specialista per risolvere queste criticità.

Concludendo, il metodo della nostra indagine è simile a quello utilizzato in altri studi: oltre a valutare e caratterizzare la quota di induzione, abbiamo voluto però definirne le

criticità e stimare al tempo stesso l'accordo che tale induzione trova presso il MMG, prescrittore finale del SSN.

La rilevazione in una sola giornata è sicuramente un limite al lavoro, ma l'attendibilità dei dati viene comunque avallata dalla distribuzione delle prescrizioni che rispecchiano quelle ottenute in un anno nell'intera ASL.

La quota di induzione fotografata è superiore alle aspettative, in quanto risulta pari, se non superiore alle prescrizioni che originano dai MMG. A fronte di questo alto grado di induzione l'indagine ha rilevato però la mancanza di un vero dialogo tra specialista e MMG.

Continuità Ospedale-Territorio e appropriatezza prescrittiva sono tematiche su cui la Regione Piemonte sta puntando sempre di più e che saranno affrontate dalle Commissioni Farmaceutiche Interne di ciascuna ASL.

In questo contesto diventa fondamentale la collaborazione tra le figure professionali che ruotano intorno al mondo farmaceutico: Medici Specialisti, MMG e Farmacisti del SSN.

## La continuità assistenziale attraverso le forniture dirette: il ruolo centrale del pH-T ed una sintesi delle principali attività

Felice Riella – Lucia Infante – Loredana Castellino – Giancarlo Scarzello

La Legge 405/2001 “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria” ha introdotto novità sostanziali in materia di farmaci e di spesa farmaceutica, tra cui la possibile differenziazione regionale di concedibilità dei farmaci e l’ampliamento delle forme di distribuzione diretta da parte degli ospedali (fornitura di farmaci H a pazienti non ricoverati, terapia domiciliare a seguito di ricovero in regime di DH, distribuzione diretta dei farmaci All.2 DM 22/12/2000, distribuzione diretta dei farmaci in dimissione da ricovero ospedaliero o da ambulatorio specialistico, etc.).

E’ nel 2004 però, con la determinazione del 29 ottobre, che l’AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco presso il Ministero della Salute), specifica in apposito elenco i medicinali per i quali sussistono le condizioni di impiego clinico e di setting assistenziale compatibili con la distribuzione diretta: nasce il pH-T, ossia un prontuario di farmaci (p) che servirà per la presa in carico e la continuità Ospedale (H) - territorio (T). Il pH-T è concepito come strumento per assicurare tale continuità, ponendo il paziente al centro della strategia assistenziale, caratterizzata da criticità diagnostica e terapeutica e dall’esigenza di un periodico follow-up con la struttura specialistica e da accessi programmati e periodici da parte del paziente. I criteri per la definizione della lista dei farmaci inclusi nel pH-T sono quelli della diagnostica differenziale, della criticità terapeutica e del controllo periodico da parte della struttura specialistica, che determinano le condizioni per una maggiore appropriatezza diagnostico-assistenziale, una verifica della compliance del paziente e uno strumento di monitoraggio del profilo di beneficio/rischio e di sorveglianza epidemiologica dei nuovi farmaci.

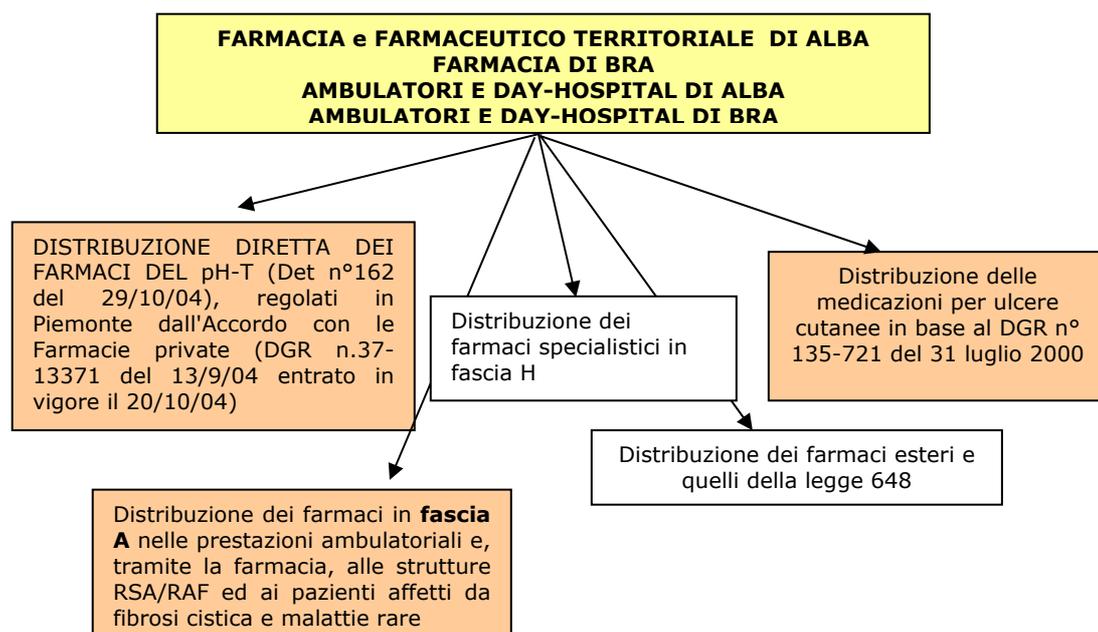
Con decorrenza dal 1 ottobre 2004 la Regione Piemonte ha stipulato un Accordo con le associazioni sindacali delle farmacie aperte al pubblico. I farmaci inclusi nel pH-T vengono così suddivisi in tre gruppi:

- Farmaci ad esclusiva distribuzione dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie Regionali
- Farmaci ad esclusiva distribuzione delle farmacie convenzionate
- Farmaci a duplice via di distribuzione

L’elenco dei suddetti farmaci e le modalità di dispensazione sono disponibili sul sito della Regione Piemonte al seguente indirizzo:

[www.regione.piemonte.it/sanita/farmaci/accordo.htm](http://www.regione.piemonte.it/sanita/farmaci/accordo.htm)

A recepimento di queste direttive, l’attività di “distribuzione diretta”, iniziata dai Farmacisti dell’ASL18 nel maggio 2001, ha visto una crescita continua in termini di settori coinvolti e tipologie di farmaci erogati ed una progressiva espansione del bacino d’utenza. Il complesso delle attività viene schematizzato nel diagramma seguente:



Nel riquadro giallo sono riportati i protagonisti dell'attività di distribuzione diretta. Le attività riportate nei riquadri arancioni, vanno a detrarsi dalla spesa convenzionata, rispettivamente per farmaci e per medicazioni e forniscono un risparmio all'ASL. Il settore più interessante sia dal punto di vista clinico-assistenziale che dal lato economico è però proprio quello del pH-T: nella tabella n. 1 e nell'istogramma è rappresentato l'impatto economico delle aree terapeutiche, definite come critiche per la continuità assistenziale, in cui è suddiviso il prontuario H-T. Raffrontando i consumi nei due distretti, in particolar modo per le categorie ad esclusiva distribuzione ASL (ad eccezione dei farmaci per la sclerosi multipla per cui il centro di riferimento è solo nel S. Lazzaro), possiamo anche avere un'idea della diffusione delle diverse patologie tra Alba e Bra. Questo non è del tutto attendibile, invece per le aree la cui distribuzione di farmaci specifici è in duplice via, anche se il nostro dato di "attrazione" dei pazienti, calcolato dal confronto con i dati territoriali, nel caso di trattamenti per malattie neoplastiche e di supporto alla chemioterapia (fattori di crescita) è di circa il 70% del totale. Aree di possibile potenziamento sono invece i farmaci per le psicosi (antipsicotici atipici) e dell'infertilità maschile e femminile (ormoni stimolanti l'ovulazione) che la regione Piemonte nel 2005 aveva attribuito esclusivamente alle farmacie private, tornando sui suoi passi l'anno successivo.

Notiamo dal grafico, come la maggior parte delle risorse vengano assorbite dalle patologie neoplastiche sia nei trattamenti che nei supporti, seguiti a breve distanza dalle terapie per la Sclerosi multipla; questi dati sono poi in continua crescita. Resta relativamente stabile, invece, nei tre anni raffigurati, l'impatto economico di epatite cronica C, insufficienza renale cronica, coagulopatie gravi (emofilia) e fibrosi cistica, suggerendo una sostanziale stabilità della prevalenza delle relative patologie.

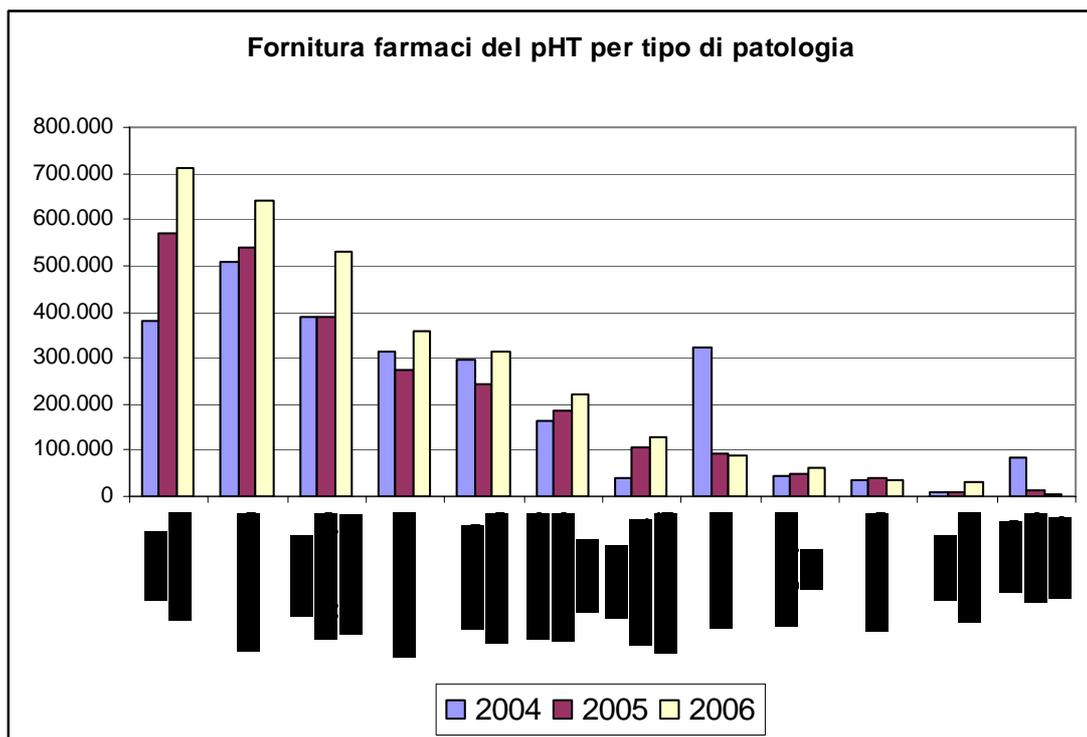


Tabella n. 1

	2004			2005			2006			modalità distributiva
	Alba	Bra	TOTALE	Alba	Bra	TOTALE	Alba	Bra	TOTALE	
<b>Anemia mediterranea</b>	0	10.844	<b>10.844</b>	336	8.688	<b>9.024</b>	31.542	0	<b>31.542</b>	Duplica via
<b>Coagulopatie gravi</b>	12.196	31.979	<b>44.175</b>	4.461	45.485	<b>49.946</b>	12.672	47.130	<b>59.802</b>	Esclusiva ASL
<b>Deficit ormone somatotropo e nanismo ipofisario</b>	73.768	88.788	<b>162.555</b>	84.000	102.843	<b>186.843</b>	87.526	134.047	<b>221.573</b>	Esclusiva ASL
<b>Epatite cronica C</b>	197.042	116.880	<b>313.922</b>	191.486	82.629	<b>274.115</b>	330.918	25.293	<b>356.211</b>	Esclusiva ASL
<b>Fibrosi cistica</b>	23.718	11.859	<b>35.577</b>	18.583	19.359	<b>37.942</b>	18.456	15.351	<b>33.807</b>	Esclusiva ASL
<b>Infertilità maschile e femminile</b>	30.173	53.934	<b>84.107</b>	14.769	0	<b>14.769</b>	1.066	1.922	<b>2.988</b>	Duplica via
<b>Insufficienza Renale Cronica</b>	272.150	24.947	<b>297.097</b>	228.349	16.601	<b>244.950</b>	168.976	145.610	<b>314.586</b>	Esclusiva ASL
<b>Malattie neoplastiche</b>	303.943	75.761	<b>379.705</b>	442.221	130.090	<b>572.311</b>	435.361	274.823	<b>710.184</b>	Duplica via
<b>Psicosi grave</b>	207.868	115.564	<b>323.432</b>	62.458	29.019	<b>91.477</b>	76.691	11.718	<b>88.409</b>	Duplica via
<b>sclerosi multipla</b>	510.263	0	<b>510.263</b>	537.452	0	<b>537.452</b>	640.246	0	<b>640.246</b>	Esclusiva ASL
<b>Terapie di supporto dopo chemioterapia</b>	253.191	135.596	<b>388.787</b>	256.780	133.442	<b>390.222</b>	438.337	90.300	<b>528.637</b>	Duplica via
<b>Trapianti d'organo e paz. immunodepressi</b>	34.806	4.231	<b>39.037</b>	94.422	10.019	<b>104.441</b>	66.575	59.861	<b>126.436</b>	Esclusiva ASL
	<b>2004</b>			<b>2005</b>			<b>2006</b>			
<b>TOTALE</b>	<b>1.921.122</b>	<b>670.383</b>	<b>2.589.501</b>	<b>1.937.322</b>	<b>578.175</b>	<b>2.513.492</b>	<b>2.310.372</b>	<b>806.055</b>	<b>3.114.421</b>	

Nella tabella sottostante riportiamo in modo sintetico tutte le tipologie di forniture offerte direttamente dall'ASL18, con il relativo numero dei pazienti seguiti nell'anno 2006.

	<b>ANNO 2006</b>	<b>Pazienti DISTRETTO DI ALBA</b>	<b>Pazienti DISTRETTO DI BRA</b>	<b>TOTALE A.S.L. 18</b>
1	FARMACI a distribuzione diretta di fascia A( h-t) e H	225	226	451
2	RESIDENZE SANITARIE CONVENZIONATE	445	696	1.141
3	CARCERE	180	0	180
4	NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)	49	33	82
5	NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	3	1	4
6	FARMACI NON REGISTRATI IN ITALIA (esteri)	21	18	39
		<b>SPECIFICHE PATOLOGIE</b>		
7	FIBROSI CISTICA	8	11	19
8	Distribuzione diretta di farmaci per MALATTIE RARE	3	20	23
9	DISTRIBUZ. DIRETTA DI DISPOSITIVI MEDICI per specifiche indicazioni o patologie	5	9	14
10	TALASSEMIA	1	5	6
11	DIABETE SCOMPENSATO	6	6	12
<b>TOTALE</b>		<b>ALBA</b>	<b>BRA</b>	<b>ASL.18</b>
		<b>946</b>	<b>1.025</b>	<b>1.971</b>

Tali attività hanno portato nell'anno 2006 un risparmio per l'ASL18 quantificabile in più di tre milioni di euro. Tuttavia lo scopo principale non è questo, quanto una migliore assistenza al paziente. In questo contesto la farmacia ospedaliera può essere un anello di congiunzione tra l'ospedale e il territorio, fornendo chiari indicazioni e riferimenti oltre che, all'occorrenza, consulenze di tipo tecnico e farmacologico.

## Usare bene i farmaci oncologici: la "cartella clinica elettronica" dei pazienti trattati con antitumorali altamente innovativi

Maria Margherita Avataneo - Federico Castiglione - Marco Galliano  
Marinella Destefanis - Mario Franchini - Silvia Ferro - Daniela Marengo  
Maria Giovanna Boe - GianCarlo Scarzello - Roberto Faggiuolo

### Introduzione

La ricerca clinica in campo oncologico negli ultimi anni ha proposto molte potenziali innovazioni per quanto riguarda l'area dei nuovi farmaci ed ha fornito importanti risultati utili per migliorare l'appropriatezza dei trattamenti. In particolare, sui farmaci di nuova generazione (farmaci biologici o a *target* molecolare) si sono concentrate grandi aspettative per alcune patologie oncologiche le cui possibilità terapeutiche sono tuttora scarse. Questi nuovi farmaci, tuttavia, giungono alla registrazione ed immissione sul mercato con informazioni ancora limitate, soprattutto per quanto riguarda il loro utilizzo a lungo termine e la valutazione del costo-efficacia. (Apolone et al., 2005; Cancer Care Ontario). E' così nato in seno al Tavolo di Consultazione sulla Terapia Oncologica dell'AIFA (organismo chiamato, dal 2005, ad emettere valutazioni sui farmaci in fase pre-registrativa in Italia, e a decidere, eventualmente, il monitoraggio delle prescrizioni e dell'efficacia nella fase post-registrativa) la necessità di sviluppare un registro per l'analisi e la gestione degli antitumorali più innovativi: il **Registro dei Farmaci Oncologici sottoposti a monitoraggio**.

http://antineoplastici.agenziafarmaco.it/

**AIFA**  
Agenzia Italiana del Farmaco

REGISTRATI   NORMATIVA   FAQ   INFORMAZIONI ed AGGIORNAMENTI **NEW**   HELP

Registro farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio

- Zevalin
- Erbitux
- Faslodex
- Avastin
- Foscan
- Eloxatin adiuvante
- Gliadel
- Tarcova
- Herceptin adiuvante
- Hexavar
- Sutent
- Sprycel

farmaci di supporto alle terapie antitumorali:

- Emond
- Kevivance
- Herceptin - legge 648/96 (chiuso all'arruolamento)

Con specifiche Determinazioni dell'AIFA pubblicate in varie Gazzette Ufficiali, l'utilizzo di alcuni farmaci oncologici richiede la compilazione di schede di raccolta dati al fine di garantire l'appropriatezza d'uso degli stessi.

AiOM e SIFO supportano tale iniziativa e invitano i rispettivi soci ad adoperarsi affinché la raccolta delle schede sia fatta al meglio e per il tempo necessario, allo scopo di consentire da una parte la verifica dell'appropriato uso di questi farmaci e dall'altra di produrre dati sul loro uso nella pratica clinica, che potranno in alcuni casi essere utili ad integrare le conoscenze emerse dalle sperimentazioni condotte a fini registrativi. Inoltre, la realizzazione da parte di AIFA di un sistema informatico semplice ed efficace, oltre che ridurre al minimo l'impegno richiesto per la compilazione delle schede costituisce elemento per una fattiva collaborazione tra Istituzioni e Società Scientifiche. Tale collaborazione va vista con grande interesse, in un periodo in cui è necessario individuare le soluzioni che aiutino a trattare gli ammalati di cancro sempre al meglio.

In collaborazione con: **CINECA**

Risoluzione consigliata: 1024 x 768

Internet

Come riportato nel n. 2/2006 del Bollettino di Informazione sui Farmaci (BIF): "lo scopo dichiarato del Registro dei farmaci oncologici e' quello di porsi come strumento di gestione informatizzata di tutto il processo relativo alla richiesta, alla dispensazione e all'analisi dei dati di consumo di una classe di farmaci oncologici per i quali l'AIFA ha previsto, tramite una serie di apposite determinazioni, la registrazione di schede pazienti e la verifica dell'appropriatezza d'uso e dell'efficacia degli stessi. L'obbligatorietà della registrazione e' stabilita contestualmente alla rimborsabilità e come tale riportata nella determinazione A.I.C (autorizzazione all'immissione in commercio). La mancata adesione al programma non consente all'AIFA e alle regioni di completare il processo valutativo stabilito al momento della definizione della rimborsabilità e si configura come una violazione delle disposizioni in vigore. Per tale motivo si ribadisce l'obbligatorietà per i medici e i farmacisti ospedalieri della compilazione computerizzata delle schede per i medicinali

oncologici ai fini della prescrizione a carico del Servizio sanitario nazionale, secondo quanto previsto da <http://aifaonco.agenziafarmaco.it>, che fa parte integrante delle determinazioni di A.I.C., e si invitano le regioni a vigilare affinché tale obbligo venga osservato”.

Presso l'ASL 18 Alba-Bra, l'inserimento dei dati (anagrafica, diagnosi, terapia, effetti collaterali, follow-up, fine trattamento) è effettuato via web dal Farmacista Referente, sulla base delle schede cartacee e/o della revisione della cartella clinica, andando così a creare una *cartella clinica elettronica* del paziente che può essere scaricata e stampata.

In accordo alla normativa sulla privacy 196/93, nel database globale il paziente è identificato dal codice che è assegnato automaticamente dal sistema. Nel database ad uso locale, consultabile solo dal medico e dal farmacista referente, il paziente è identificato dalle iniziali di nome e cognome e data di nascita.

Il diagramma che segue riporta il flusso informativo

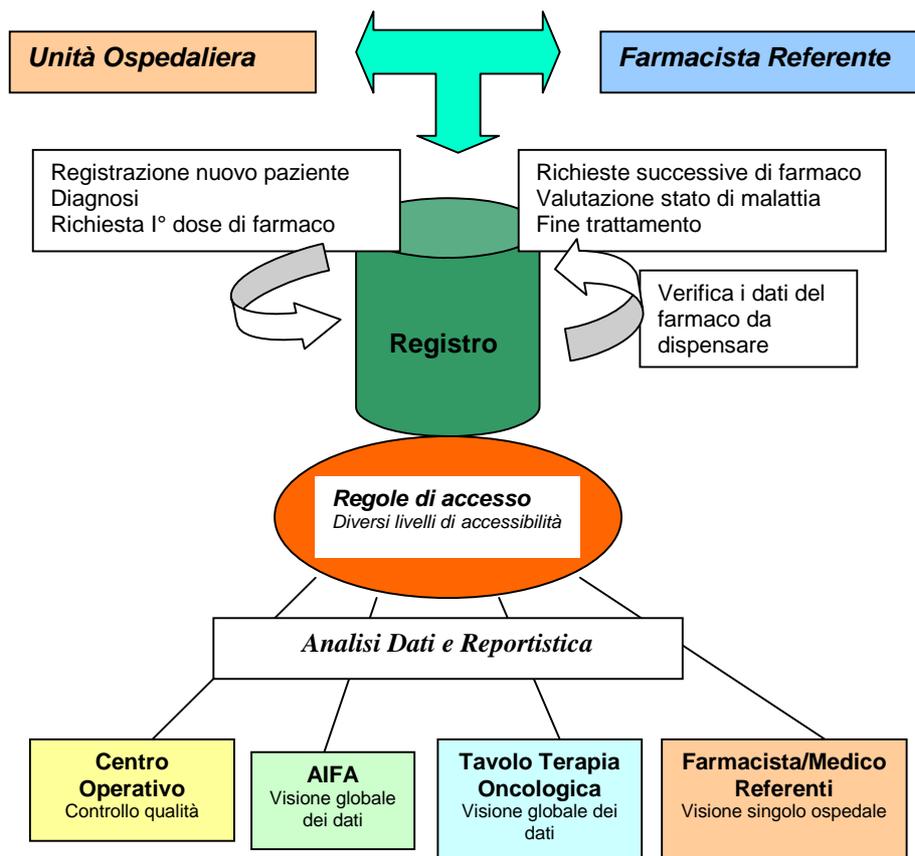


Figura 1: flusso dell'informazione nel Registro dei Farmaci Oncologici sottoposti a monitoraggio

I farmaci oncologici biologici ottenuti dalle biotecnologie, assorbono oltre il 30% della spesa farmaceutica ospedaliera (1,2 miliardi di euro dei 4 miliardi spesi nei nosocomi italiani nel 2006), e l'Italia ha la copertura più alta in Europa nell'uso di questo tipo di medicinali con attualmente oltre 18.000 persone trattate con questi farmaci innovativi. Per evitare sprechi ed ottimizzare le risorse il Registro nazionale è finalizzato alla verifica dell'efficacia di queste molecole per i pazienti in cura. Qualora non dovessero dare i risultati sperati, sarà l'azienda produttrice e non il Servizio Sanitario Nazionale ad accollarsene la spesa. Così già avviene per i farmaci Sutent®, Tarceva® e Nexavar® utilizzati presso la nostra ASL, ove parte della spesa del "primo ciclo" è a carico dell'azienda produttrice purché i pazienti in trattamento siano inseriti nel Registro dei Farmaci Oncologici sottoposti a monitoraggio, risultando eleggibili. Ciò consente all'ASL un risparmio di circa 2.500 € per paziente trattato.

## Obiettivi

Con questo lavoro abbiamo voluto rivalutare le registrazioni effettuate al fine di verificare l'appropriato utilizzo dei trattamenti farmacologici innovativi in ambito oncologico e delle risorse ad essi collegati

## Materiali e metodi

Allo scopo abbiamo analizzato i dati inseriti nel Registro dei farmaci oncologici tra il 01/04/2006 ed il 31/07/2007 presso la nostra ASL.

## Risultati

Sono stati registrati 150 pazienti di cui 97 (pari al 64,7%) eleggibili per lo studio di costo/efficacia dell'Aifa. Inizialmente, infatti, veniva richiesto l'inserimento di tutti i pazienti cui venisse somministrato Oxaliplatino (prima o seconda linea, adiuvante), mentre per l'uso dell'Herceptin in adiuvante era stato inserito un apposito sito (Herceptin legge 648/96). Con le modifiche apportate al Registro dei farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio, dal terzo trimestre del 2006 vengono inseriti esclusivamente i pazienti in oxaliplatino adiuvante e trastuzumab adiuvante, con conseguente innalzamento del rapporto percentuale pazienti eleggibili/registratori per tali molecole (ora del 100%). Le altre modifiche apportate non hanno interferito con la registrazione dei pazienti (tabella 1).

Tabella 1: Monitoraggio Aifa Costo/Efficacia: Registrazioni ed eleggibilità dei pazienti (aggiornata al 06 settembre 2007)

Farmaco	Principio attivo	N. Pazienti registrati	N. Pazienti sottoposti a monitoraggio AIFA	N. Pazienti non soggetti a monitoraggio AIFA	% Eleg./Reg.
<b>Eloxatin</b>	Oxaliplatino	80	37	43	46.3
<b>Avastin</b>	Bevacizumab	11	8	3	72.7
<b>Erbitux</b>	Cetuximab	26	21	5	80.8
<b>Faslodex</b>	Fulvestrant	15	14	1	93.3
<b>Herceptin</b>	Trastuzumab	7	6	1	85.7
<b>Nexavar</b>	Sorafenib	1	1	0	100.0
<b>Tarceva</b>	Erlotinib	9	9	0	100.0
<b>Sutent</b>	Sunitinib	1	1	0	100.0
<b>Totale</b>		<b>150</b>	<b>97</b>	<b>53</b>	<b>64.7</b>

Tutti i 97 pazienti sottoposti a monitoraggio sono risultati in trattamento. Come si può notare, il minor rapporto percentuale tra pazienti eleggibili su registrati corrisponde all'Oxaliplatino (46,3%) ed è correlato alla registrazione di tutti i pazienti in trattamento. Per tale farmaco, tutti gli impieghi risultano autorizzati in accordo con le registrazioni e la legge 648/96 (farmaci autorizzati per indicazioni non registrate). Bevacizumab e Cetuximab presentano invece rapporti percentuali di eleggibili/registratori pari rispettivamente al 72,7% ed al 80,8%. Ciò è correlato all'iniziale uso di tali farmaci secondo i protocolli terapeutici americani, non tenendo conto delle diverse registrazioni autorizzate negli USA ed in Italia. Per il Fulvestrant ed il Trastuzumab invece le percentuali corrispondono al 93,3% nel primo caso, poiché un paziente risulta non eleggibile per lo studio e del 85,7% nel secondo caso, perché è stato registrato un paziente metastatico in trattamento con Herceptin e non solo le terapie adiuvanti.

Nel periodo in studio sono stati dispensati complessivamente 334.437 mg di principi attivi, per un totale di 1892 confezioni di farmaco, pari al 100% delle richieste pervenute (tabella 2).

Tabella 2: Somministrazioni richieste e dispensate per farmaco

Farmaco	N. Pazienti trattati o in trattamento	N. Dispensazioni registrate in banca dati	% Dispensazioni registrate / Richieste di somministrazione	N. Confezioni dispensate	Dose totale (mg)
AVASTIN	8	73	100.0	130	24.035
ELOXATIN	37	334	100.0	557	45.088
ERBITUX	21	212	100.0	972	90.050
FASLODEX	14	42	100.0	42	10.500
HERCEPTIN	6	56	100.0	163	20.964
NEXAVAR	1	2	100.0	2	44.800
SUTENT	1	6	100.0	6	9.000
TARCEVA	9	21	100.0	20	90.000
<b>Totale</b>	<b>97</b>	<b>746</b>	<b>100.0</b>	<b>1892</b>	<b>334.437</b>

Il dosaggio medio prescritto ai pazienti maschi risulta generalmente superiore a quello prescritto alle femmine, come atteso (tabella 3).

Tabella 3: Dosaggio medio erogato per farmaco e genere

Farmaco	N. Uomini eleggibili	N. Richieste farmaco (M)	Dosaggio Medio (M)	N. Donne eleggibili	N. Richieste farmaco (F)	Dosaggio Medio (F)	N. M+F eleggibili	N. Richieste farmaco (M+F)	Dosaggio Medio (M+F)
AVASTIN (mg)	6	49	358.27	2	24	270	8	73	325.63
ELOXATIN (mg)	19	179	143.36	18	155	125.37	37	334	135
ERBITUX (mg)	12	81	432.16	9	131	420.19	21	212	421.56
FASLODEX (mg)	0	0	0	14	42	250	14	42	250
HERCEPTIN (mg)	0	0	0	6	56	374.36	6	56	372.3
NEXAVAR (mg)	1	2	22400	0	0	0	1	2	22400
SUTENT (mg)	1	6	1500	0	0	0	1	6	1500
TARCEVA (mg)	2	5	4500	7	16	4218.75	9	21	4178.57
<b>Totale</b>	<b>41</b>	<b>322</b>	<b>479.88</b>	<b>56</b>	<b>424</b>	<b>424.34</b>	<b>97</b>	<b>746</b>	<b>448.32</b>

Tutti i pazienti eleggibili sono effettivamente entrati in trattamento. Per il 65,9% dei pazienti eleggibili è stata registrata la scheda di Fine Trattamento, nel 28,9% per progressione o morte. Il maggior numero di decessi è stato registrato per i farmaci Faslodex (78,6% degli eleggibili), seguito da Tarceva (55,6% degli eleggibili), Erbitux (52,4% degli eleggibili) e Avastin (12,5% degli eleggibili). Nessun paziente in terapia adiuvante con Eloxatin ha interrotto il trattamento per progressione o morte (tabella 4).

Tabella 4: Pazienti eleggibili, pazienti in trattamento per farmaco

Farmaco	N. Pazienti Eleggibili	N. Pazienti trattati o in trattamento	% Pazienti in trattamento /eleggibili	N. Pazienti con Fine trattamento	N. Pazienti con Fine trattamento per progressione o morte	% Pazienti con Fine trattamento per progressione o morte / eleggibili
AVASTIN	8	8	100.0	3	1	12.5
ELOXATIN	37	37	100.0	22	0	
ERBITUX	21	21	100.0	15	11	52.4
FASLODEX	14	14	100.0	12	11	78.6
HERCEPTIN	6	6	100.0	0	0	
NEXAVAR	1	1	100.0	0	0	
SUTENT	1	1	100.0	0	0	
TARCEVA	9	9	100.0	5	5	55.6
<b>Totale</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>100.0</b>	<b>57</b>	<b>28</b>	<b>28.9</b>

Complessivamente, le principali cause di fine trattamento sono risultate la progressione (35,1%) e la tossicità (24,6%). La fine regolare del trattamento è stata registrata nel 50% dei soggetti che avevano terminato il trattamento con Eloxatin e nel 33,3% dei pazienti con Avastin. La morte è invece risultata la principale causa di interruzione delle terapie con Tarceva (60%) e nel 33,3% delle interruzioni del trattamento con FasloDEX (tabella 5).

Tabella 5: Cause di Fine trattamento

Farmaco	Pazienti con fine trattamento (% su eleggibili)	Cause di fine trattamento Numero pazienti e Percentuale sul totale						
		Fine regolare del trattam. (%)	Progress. (%)	Morte (%)	Tossicità (%)	Trasferimento (%)	Non somministrato (%)	Causa non dipendente dal farmaco (%)
AVASTIN	3 (37.5)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ELOXATIN	22 (59.5)	11 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (45.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
ERBITUX	15 (71.4)	0 (0.0)	10 (66.7)	1 (6.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
FASLODEX	12 (85.7)	0 (0.0)	7 (58.3)	4 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)
HERCEPTIN	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
NEXAVAR	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
SUTENT	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
TARCEVA	5 (55.6)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Totale</b>	<b>57 (58.8)</b>	<b>12 (21.1)</b>	<b>20 (35.1)</b>	<b>8 (14.0)</b>	<b>14 (24.6)</b>	<b>2 (3.5)</b>	<b>1 (1.8)</b>	<b>0 (0.0)</b>

Dei pazienti eleggibili che hanno concluso il trattamento, sono stati registrati mediamente 12 cicli per Avastin, 11 per Erbitux, 10 per Eloxatin adiuvante, 3 per FasloDEX (mensile) e 57 somministrazioni giornaliere per Tarceva. L'intervallo medio intercorso tra inizio e fine trattamento è risultato pari a 154,91 giorni per Eloxatin (adiuvante), 198,33 per Avastin e 115 per Erbitux. Molto inferiori gli intervalli medi intercorsi per i pazienti trattati con FasloDEX (82,18) o Tarceva (63,6) (tabella 6).

Tabella 6: Durata media del trattamento

Farmaco	N. Pazienti	N. medio di somministrazioni ricevute	Media (gg)	Minimo (gg)	Massimo (gg)
AVASTIN	3	12	198.33	154	254
ELOXATIN	22	10	154.91	83	219
ERBITUX	15	11	115	6	373
FASLODEX	11	3	82.18	0	212
TARCEVA	5	57	63.6	35	105
<b>Totale</b>	<b>56</b>	<b>13</b>	<b>124.11</b>	<b>0</b>	<b>373</b>

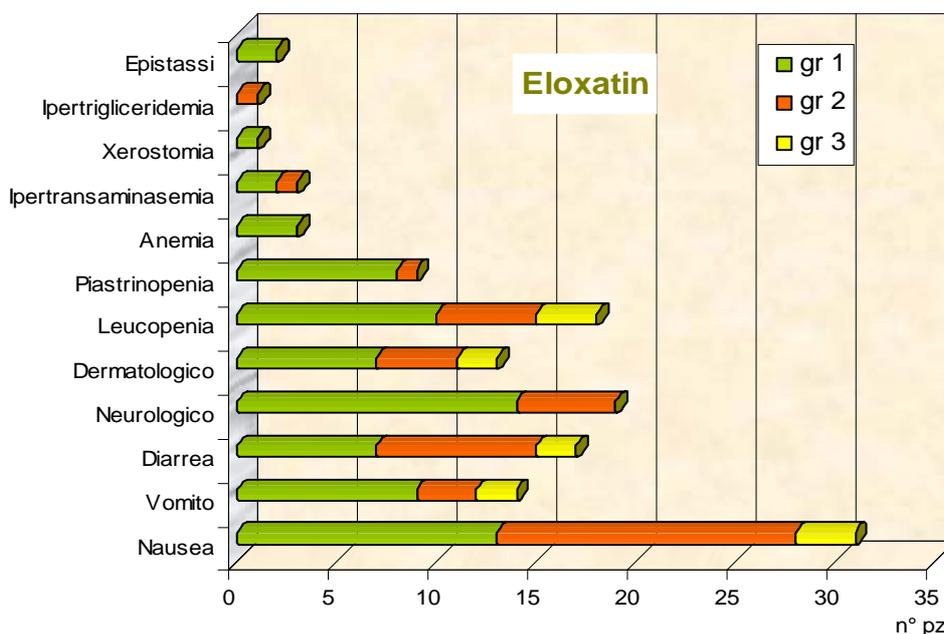
N. pazienti eleggibili: 97  
 N. pazienti con fine trattamento: 57

Sono inoltre stati analizzati, per i diversi farmaci, gli eventi avversi (classificati secondo la scala a 4 gradi di gravità del National Cancer Institute (NCI) Common Toxicity Criteria). Per l'Eloxatin dei 37 pazienti eleggibili 31 hanno riportato nausea (gradi 1 e 2), 18 diarrea e 14 vomito. Tossicità neurologica è stata riscontrata nel 51% dei pazienti, in maggior parte di grado 1. Tossicità dermatologica è invece stata evidenziata in 13/37 soggetti, mentre tossicità ematologia quali leucopenia (49% dei trattati) e piastrinopenia (24%) è risultata la principale causa di sospensione del trattamento.

Il grado 3 di tossicità è tuttavia stato raggiunto in 3 pz con nausea, 2 con diarrea e vomito, 3 con leucopenia, e 2 con effetti collaterali dermatologici (bolle emorragiche, ulcerazioni di lingua e palato).

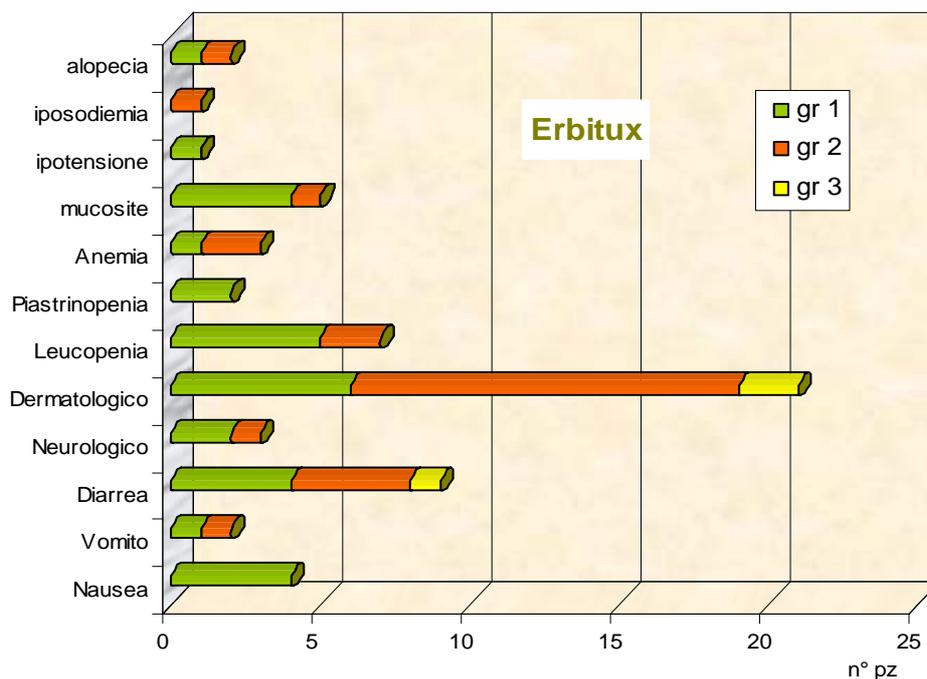
La tabella che segue riporta in dettaglio la tossicità da Eloxatin (fig. 7)

Figura 7: Effetti collaterali Eloxatin adiuvante



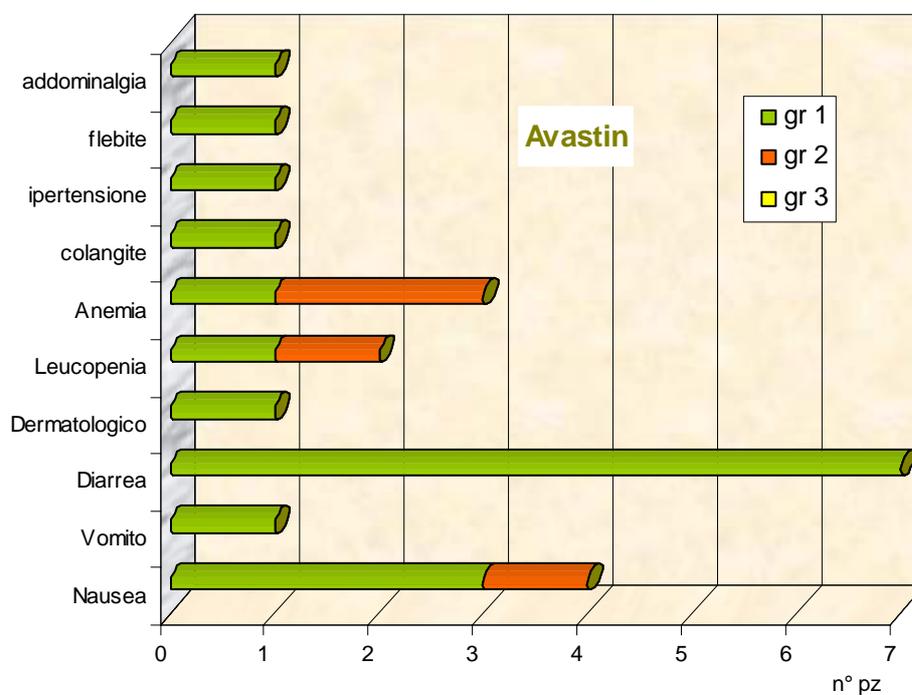
Con il trattamento con Erbitux tutti i 21 pazienti eleggibili hanno presentato tossicità dermatologica, prevalentemente di grado 2. Ad essi vanno aggiunti 5 casi di mucosite (grado 1 prevalentemente). Nausea (4/21 pz), vomito (2/21) e diarrea (9/21) sono risultate le principali tossicità gastrointestinali. A livello ematologico sono invece state rilevate leucopenia (1/3 pazienti), anemia (3/21) e piastrinopenia (2/21). Il livello 3 di gravità degli effetti indesiderati è stato raggiunto in 2 pazienti a livello dermatologico ed in 1 con la diarrea (vedi figura 8).

Figura 8: Effetti collaterali Erbitux



Tra gli 8 pazienti eleggibili per Avastin l'87,5% ha presentato diarrea di grado 1, il 50% nausea, mentre il 37,5% presentava anemia (in 2 pazienti di grado 2) e 2/8 leucopenia (1 paziente di grado 2). Tra gli effetti collaterali presentati ricordiamo anche colangite, addominalgia ed ipertensione. (vedi fig. 9)

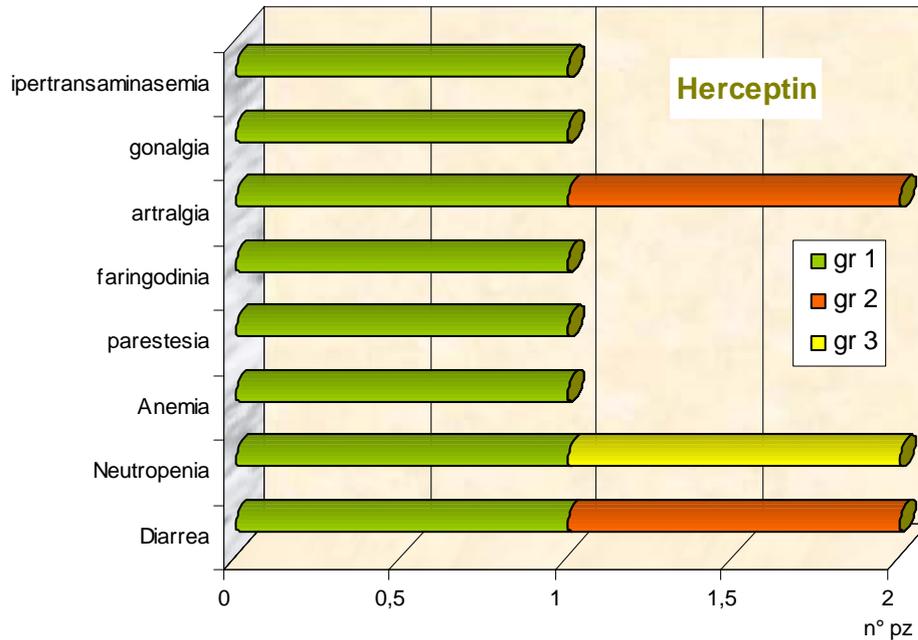
Figura 9: Effetti collaterali Avastin



Per il Faslodex sono state segnalate esclusivamente aumento della creatinina e problemi cardiologici, entrambe di grado 1.

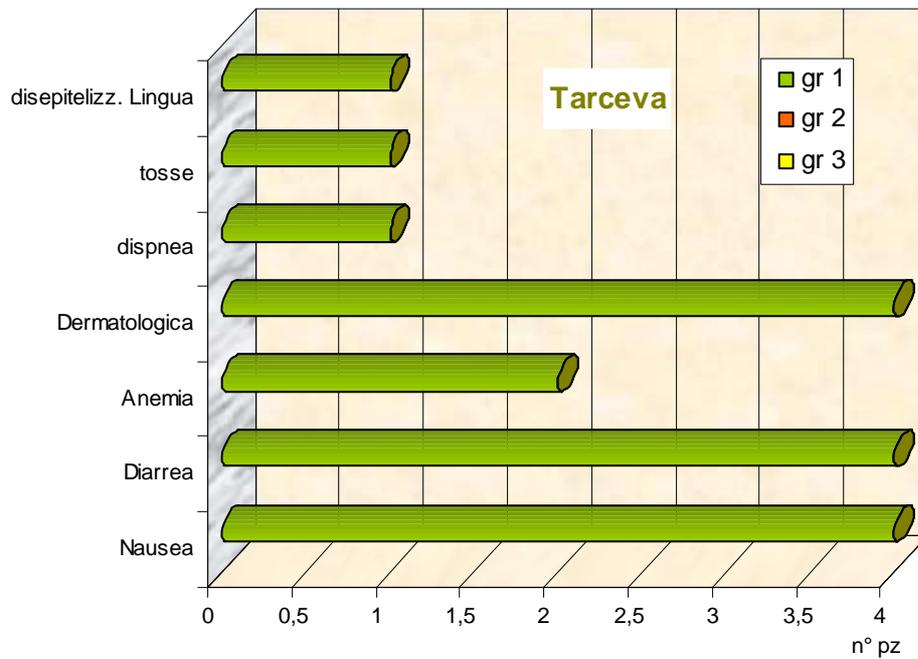
La tossicità più grave per Herceptin adiuvante è risultata la neutropenia (1 paziente con grado 3), seguita da diarrea (1 paziente con grado 2), gonalgia ed artralgia entrambe di grado 2, ma anche ipertransaminasemia, anemia, parestesia, faringodinia ecc. (fig. 10)

Figura 10: Effetti collaterali Herceptin adiuvante



Nel caso dei pazienti trattati con Tarceva sono invece state segnalate nausea, diarrea e problemi dermatologici nel 44,44% dei soggetti trattati, tossicità esclusivamente di grado 1. In un paziente si è inoltre evidenziata disepitelizzazione della lingua.(fig. 11)

Figura 11: Effetti collaterali Avastin



Per Sutent e Nexavar non sono state segnalate tossicità di rilievo.

## Conclusioni

Negli ultimi anni la terapia medica dei tumori solidi ha permesso di ottenere risultati significativi e impensabili fino a poco tempo fa, pur in presenza di un substrato biologico caratterizzato da migliaia di alterazioni genetiche e dei sistemi di controllo della crescita cellulare. Oltre ai risultati ottenuti con la chemioterapia e le terapie ormonali in malattie tumorali sensibili a tali trattamenti (carcinomi del testicolo, dell'ovaio, della mammella, della prostata, del polmone a piccole cellule), anche altre forme di tumore resistenti a tali trattamenti, per così dire tradizionali (carcinoma del colon e del polmone non a piccole cellule, tumori del rene), si sono dimostrate in grado di regredire, almeno parzialmente, attraverso l'utilizzo di innovativi farmaci antitumorali. In un numero non irrilevante di pazienti, con tumore in stadio avanzato, i nuovi farmaci, da soli o in combinazione con i classici farmaci citotossici, riescono a mantenere il controllo della malattia con miglioramento della qualità di vita. Spesso tali effetti si ottengono anche quando i farmaci inducono solo piccoli vantaggi di sopravvivenza. La disponibilità di nuovi farmaci efficaci si accompagna, d'altra parte, ad alcuni macrofenomeni che inducono rilevanti ricadute non solo sulla pratica clinica dell'oncologia ma anche sugli aspetti regolatori ed economici.

**1.** Il primo di questi macrofenomeni consiste nel fatto che recentemente, in modo più chiaro rispetto al passato, la registrazione dei farmaci antineoplastici avviene con una precisa indicazione della patologia e della fase di trattamento per la quale il farmaco è indicato, e degli eventuali altri farmaci con cui il nuovo farmaco deve o può essere accoppiato. Tali indicazioni derivano dalle caratteristiche (tipologia di pazienti, schema di trattamento) degli studi registrativi. L'esistenza di indicazioni chiare, e immediatamente riferibili agli studi clinici i cui risultati hanno condotto alla registrazione del farmaco, costituisce una necessaria premessa per garantire una reale appropriatezza delle prescrizioni; d'altra parte, la precisione (e in qualche caso la parcellarità) delle indicazioni richiede da parte degli oncologi una maggiore e più dettagliata consapevolezza della registrazione dei farmaci di quanto fosse necessario in passato.

**2.** Il secondo macrofenomeno consiste nel fatto che sempre più frequentemente le registrazioni dei nuovi farmaci vengono fatte dalla FDA per gli Stati Uniti e dall'EMA per l'Europa sulla base di processi di valutazione accelerati o di studi basati su indicatori di efficacia surrogati, quale ad esempio la riduzione della massa tumorale invece che la riduzione della mortalità. Questo fenomeno racchiude in sé elementi positivi e negativi. È sicuramente un elemento positivo, soprattutto quando le innovazioni riguardano tipologie di cancro contro le quali non esistono trattamenti efficaci o ne esistono pochi, la possibilità di registrare farmaci anche per patologie poco frequenti (per le quali è difficile condurre ampi studi randomizzati) e rendere disponibili in tempi brevi le innovazioni terapeutiche. D'altra parte, però, costituisce un elemento problematico la necessità di confermare nel tempo se l'effetto sugli indicatori surrogati si traduce in forme più sostanziali di beneficio per i pazienti. Purtroppo raramente le aziende farmaceutiche che ottengono una registrazione accelerata di un nuovo farmaco hanno poi interesse a supportare adeguatamente studi che confermino l'efficacia del farmaco registrato. Ne consegue che la dimostrazione dell'efficacia di questi farmaci può solo essere cercata attraverso sperimentazioni post-registrative promosse dai ricercatori o attraverso la valutazione prospettica del loro impatto nella pratica clinica. Inoltre, le registrazioni accelerate comportano la necessità di un attento monitoraggio a medio e lungo termine degli effetti collaterali, che potrebbero non essere stati sufficientemente evidenziati durante gli studi registrativi.

**3.** L'ultimo aspetto da considerare, estremamente rilevante per un sistema sanitario pubblico che aspira a garantire ai cittadini la migliore assistenza possibile indipendentemente dal reddito, è quello del costo estremamente elevato dei trattamenti innovativi. Se da una parte è auspicabile che il progresso tecnologico consenta di contenere in futuro il costo di produzione dei farmaci innovativi, tale prospettiva non può esimere dall'identificare dei meccanismi per rendere sostenibili, nel breve tempo, i notevoli costi aggiuntivi derivanti dalle più recenti innovazioni terapeutiche. La strategia più idonea è senz'altro quella di identificare metodi efficaci per selezionare i pazienti da

trattare, sulla base di caratteristiche basali predittive o di indicatori precoci di attività dei trattamenti, che consentano di ottimizzare il rapporto tra costo ed efficacia del trattamento. Tuttavia la realizzazione in pratica di tale strategia non è sempre possibile, a causa della impossibilità, in molti casi, di identificare attendibili fattori predittivi dell'efficacia dei trattamenti, o della impossibilità di identificare indicatori precoci dell'attività del trattamento nel singolo paziente; quest'ultimo caso si verifica, ad esempio, con quei trattamenti medici precauzionali che hanno lo scopo di prevenire la recidiva della malattia dopo un intervento chirurgico radicale, e il cui effetto può essere giudicato solo nel tempo. In queste condizioni appare chiaro che, a breve termine, garantire l'appropriatezza, in modo da consentire che la programmazione economica venga rispettata nella pratica clinica, risulta assolutamente necessario, soprattutto con i nuovi farmaci dai costi estremamente elevati.

I fenomeni sopra descritti hanno costituito larga parte delle motivazioni che ha condotto alla creazione di un registro informatico dei Farmaci oncologici da sottoporre a monitoraggio intensivo da parte dell'AIFA, di cui abbiamo presentato le caratteristiche in questo lavoro. Il registro nasce come strumento di lavoro condiviso da oncologi, farmacisti, aziende farmaceutiche ed ente regolatorio, con l'obiettivo primario di fornire supporto e tutoraggio per garantire l'uso appropriato dei farmaci innovativi. In prospettiva futura, la disponibilità di uno strumento che consente il monitoraggio in tempo reale del consumo dei nuovi farmaci sull'intero territorio nazionale, ma con disponibilità delle informazioni per singolo paziente, potrà fungere da volano per altre applicazioni, sia di tipo conoscitivo sia di tipo amministrativo.

L'accurata selezione dei pazienti da trattare sulla base delle probabilità che hanno di rispondere in maniera positiva al trattamento è il modo migliore per evitare sprechi di risorse. Si sa infatti che le molecole intelligenti non sono efficaci allo stesso modo su tutti i malati. Il potenziamento della ricerca indipendente e la scelta del clinico sono i fattori fondamentali per ottenere un maggiore rigore metodologico nella valutazione degli interventi terapeutici, con i nuovi o vecchi farmaci, per il contenimento della spesa e un'equa distribuzione dei benefici”.

## **Bibliografia**

- 1) Registro Farmaci oncologici: <http://aifaonco.agenziafarmaco.it>
- 2) Il monitoraggio dell'uso di nuovi farmaci antineoplastici. BIF XIII 2/2006 pg 49-50
- 3) Guidance on the evaluation of anticancer medicinal products in man. [www.emea.eu.int/pdfs/human/ewp/020595en.pdf](http://www.emea.eu.int/pdfs/human/ewp/020595en.pdf)
- 4) Uyl-de Groot, Giaccone G. Health economics: can we afford an unrestricted use of new biological agents in gastrointestinal oncology? Curr Opin Oncol 2005; 17: 392-6
- 5) Mitka M. Accelerated approval scrutinized: confirmatory phase 4 studies on new drugs languish. JAMA 2003; 289: 3227-9

## **L'epidemiologia dell'insufficienza renale acuta nell'Ospedale S. Lazzaro di Alba: raffronto anno 2001 – biennio 2005-06**

**Andrea Campo**

### **Premessa**

L'insufficienza renale acuta (IRA), definita come una compromissione totale o parziale della funzione escretoria renale insorta da meno di tre mesi, è nella maggior parte dei casi l'espressione di un danno renale da cause extrarenali (farmaci, ipossia, ipotensione, sepsi, ostruzione delle vie urinarie) ed è potenzialmente prevenibile e/o reversibile con il trattamento tempestivo delle medesime. Nonostante la prospettiva di risoluzione, però, l'IRA è sempre spia di un problema grave dell'organismo e comporta un peggioramento della prognosi della malattia di base rispetto ai soggetti senza tale complicanza.

Nella classica distinzione eziopatogenetica tra forme prerenali (prive di lesioni strutturali del rene e nelle quali la ripresa funzionale segue entro poche ore l'eliminazione del fattore causale) e forme renali (in cui tale ripresa avviene dopo giorni o settimane da tale eliminazione, richiedendo la riparazione spontanea di lesioni strutturali del rene denominate "necrosi tubulare"), la differenza non dipende tanto dal tipo di agente eziologico ma dalla sua persistenza ed intensità: ogni IRA prerenale o postrenale è destinata a diventare renale se non si interviene per tempo.

L'età avanzata, le comorbidità dismetaboliche e cardiovascolari, l'insufficienza renale cronica preesistente e le politerapie farmacologiche riducono questo tempo ed aumentano la suscettibilità all'IRA ed alla successiva necrosi tubulare.

L'epidemiologia dell'IRA si presta pertanto a rispecchiare da un lato la complessità delle patologie affrontate da un ospedale e la fragilità dei suoi ricoverati, e dall'altro la qualità delle cure complessive praticate .

### **Metodologia**

Sono stati raffrontati i casi di IRA non necessitanti di trattamento dialitico diagnosticati ed assistiti nell'ospedale S. Lazzaro dal personale medico della S.O.C. di Nefrologia nell'anno 2001 e nel biennio 2005-2006, con esclusione dei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva. E' stata posta sulla base degli elementi clinico-laboratoristici una diagnosi di natura dell'IRA (prerenale, postrenale, necrosi tubulare o altro), della presenza di comorbidità (malattie concomitanti croniche degenerative, disimmuni o neoplastiche) e si osservata la prognosi renale e quoad vitam durante il ricovero. Tutti i dati sono stati ricavati in forma anonima da un registro dell'IRA attivato presso la S.O.C. di Nefrologia, con il consenso degli interessati.

### **Risultati**

#### **Caratteristiche dei pazienti affetti da IRA**

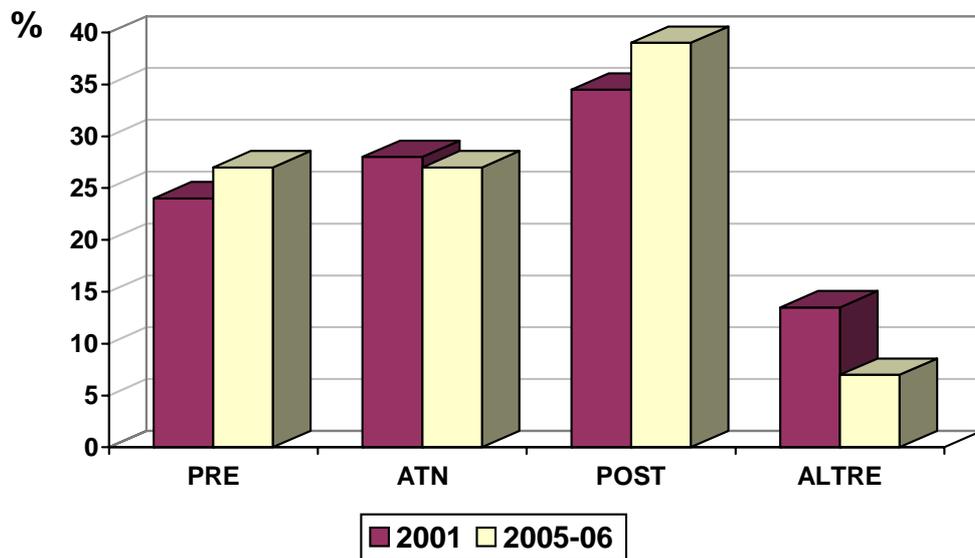
Nel 2001 sono stati registrati 29 casi di IRA, a fronte di 41 nel biennio 2005-2006, con una diminuzione particolarmente spiccata nel corso del 2006 (13 casi). L'età media è in aumento da 71,2 anni (2001) a 75,6 anni (2005-6), mentre la prevalenza maschile del 2001 (65,5%) si è sostanzialmente riequilibrata nel periodo successivo (51,2%). E' in riduzione, ma resta comunque rilevante la quota di soggetti con gravi comorbidità (86,2% nel 2001 vs 70,7% nel 2005-6).

#### **Forma di IRA**

Nel 2001 predominavano le IRA ostruttive (34,5%), seguite dalle necrosi tubulari (28%) e dalle prerenali (24%); nel 2005-06 si confermavano in testa le ostruttive (39%), seguite dalle prerenali e dalle necrosi tubulari in perfetta parità (27%). Le altre forme (vascolari, epatorenali, nefrologiche pure) erano rare nel 2001 (13,5%) e diventavano rarissime nel 2005-6 (7%).

Raffronto delle forme di IRA nei periodi 2001 e 2005-06 (PRE: prerenale, ATN: necrosi tubulare, POST: ostruttiva).

### Tipi di IRA

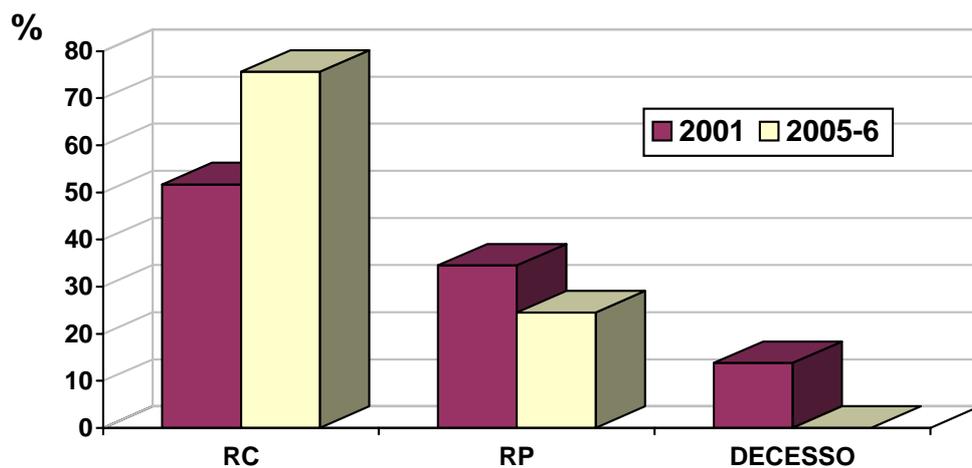


### Prognosi dell'IRA

La funzione renale veniva recuperata completamente dal 51,7% dei soggetti nel 2001 e dal 75,6% nel 2005-06, e solo parzialmente dal 34,5% (2001) e dal 24,5% (2005-06). I decessi sono stati 4 nel 2001 (13,8%), a fronte di nessuno nel 2005-06.

Raffronto della prognosi delle IRA nei periodi 2001 e 2005-06 (RC: recupero completo, RP: recupero parziale).

### Prognosi dell'IRA



## Discussione

L'insufficienza renale acuta rappresenta un motivo frequente di chiamata in consulenza per il nefrologo, ma raramente prefigura un problema primitivamente renale: nel suo ruolo di "grande regolatore" dell'omeostasi dell'organismo, il rene è il primo organo a soffrire per qualsiasi malattia tanto grave da compromettere la possibilità di perfusione ed ossigenazione del medesimo (IRA ischemiche), ed è altresì un bersaglio privilegiato di molte sostanze tossiche esogene ed endogene (IRA tossiche). Affrontare un caso di IRA significa quindi, una volta esclusa la necessità di dialisi urgente (che è giustificata solo in caso di disionie intrattabili, edema polmonare acuto con oliguria refrattaria od uremia franca), fondamentalmente fare una diagnosi differenziale di natura (pre/post/renale) e successivamente di causa. Dalla correttezza e tempestività di questa diagnosi dipende sia la rapidità di ripresa funzionale sia soprattutto la prognosi quoad vitam del paziente, dal momento che la patologia causale dell'IRA può aggravarsi sino a compromettere la sopravvivenza indipendentemente dalla funzione renale.

Confrontando i dati dei due periodi analizzati, si nota che le IRA ostruttive nella nostra realtà rimangono maggioritarie, in contrasto con quanto riportato dalle casistiche di letteratura, che però includono anche pazienti ricoverati in terapia intensiva (che hanno quasi sempre necrosi tubulari). Le IRA prerenali e le necrosi tubulari si dividono più o meno equamente il resto dei casi, con una tendenza numerica assoluta alla riduzione per entrambe nel 2005-06. Spicca comunque l'elevato numero di IRA prerenali o renali da farmaci (29,3% nel 2005-06, con un terzo dei casi da metformina). I casi a diversa eziologia, più prettamente nefrologica, si confermano una sparuta minoranza.

La prognosi appare globalmente in netto miglioramento, con un aumento dei recuperi completi di quasi il 25% e con l'azzeramento della mortalità: è comunque difficile dire se ciò derivi da un miglioramento delle cure o dalla minore gravità dei pazienti, come parrebbe suggerire la minore prevalenza di comorbidità dell'ultimo biennio.

## Conclusioni

La disamina dell'andamento dell'IRA nell'esperienza della nefrologia di Alba sembra suggerire un miglioramento complessivo nelle modalità di gestione di questo importante problema di salute: più pazienti recuperano e meno muoiono, probabilmente soprattutto perché identificati e trattati precocemente. Molto però resta da fare sul versante della prevenzione, dato che persistono IRA dovute ad uso improprio di farmaci ed a diagnosi omessa o ritardato ed inadeguato trattamento di malattie scatenanti.

## **“Una mela al giorno... benessere organizzativo: fattori di protezione e buone prassi”: avvio della sperimentazione del corso di formazione Ileana Agnelli – Daniele Saglietti**

### **La rete degli innovatori**

*“Le macchine volanti più pesanti dell'aria sono impossibili”.*

Lord Kelvin, presidente della Royal Society, 1895

*“L'uomo non potrà mai sfruttare il potere dell'atomo”.*

Robert Milikan, fisico e vincitore di un Premio Nobel, 1923

*“Le donne intelligenti non vogliono votare”.*

Grover Cleveland, ventiduesimo e ventiquattresimo Presidente degli USA, 1905



Nel periodo intercorso fra il 22 maggio e il 28 settembre 2006 è stato realizzato presso l'ASL 18 Alba-Bra un percorso formativo, progettato dalla S.O.C. Psicologia, in collaborazione con le SS.OO.CC: Organizzazione Sviluppo Risorse Umane e Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, la Scuola di Umanizzazione della Medicina, finalizzato a stimolare la prevenzione di episodi di burn out all'interno dell'Azienda e a migliorare il benessere organizzativo, nell'ottica di “prendersi cura di chi cura”. Il progetto di sviluppo dei processi aziendali finalizzati a favorire il benessere organizzativo è stato condiviso con la Direzione Aziendale, ritenendo impensabile una *clinical governance* disgiunta dall'*empowerment* dei professionisti.

Alla luce della mission dell'Azienda, **promuovere salute**, e della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera la salute come uno stato di completo **benessere fisico, psichico e sociale** e non semplice assenza di malattia, il corso di formazione intendeva favorire nei partecipanti un processo che li portasse ad individuare e utilizzare le buone prassi e le condizioni favorevoli lo sviluppo del benessere organizzativo. Individuare fattori protettivi interni all'organizzazione sanitaria e trasversali alle singole culture organizzative facilita la promozione della salute negli ambienti di lavoro.



Fig. 1

E' opinione diffusa che il valore aggiunto portato dagli operatori sia il motore del miglioramento. In Sanità molte situazioni cliniche e gestionali trovano soluzione grazie all'impegno degli operatori, con interventi che superano quanto previsto istituzionalmente, i protocolli e gli accordi di lavoro, facendo ricorso prioritariamente alle proprie risorse. Questo è un valore aggiunto, intangibile e, come tale, spesso non riconosciuto e scarsamente valorizzato.

Il valore costituito dalle risorse si realizza anche in base al “clima” dell'unità organizzativa. Lo staff, per essere qualificato e competente, deve essere messo in condizione di potersi rapportare con situazioni che valorizzino il capitale umano, organizzativo e relazionale.

La valorizzazione del singolo, dell'unità operativa di appartenenza e del gruppo di lavoro rappresenta l'obiettivo primario del percorso formativo.

## L'obiettivo del corso

Il corso aveva l'obiettivo di condurre i gruppi alla formulazione di "ricette" organizzative-relazionali che mettersero in evidenza le buone prassi e le condizioni che favoriscono lo sviluppo del benessere in ambito lavorativo attraverso l'individuazione dei fattori di protezione e la valorizzazione delle risorse psico-sociali degli individui. Le ricette di ogni gruppo sono andate a costituire un ricettario per l'intera organizzazione.

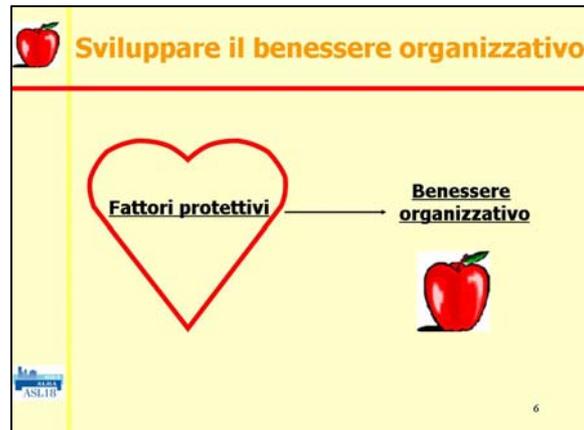


Fig. 2

## La realizzazione del corso

Esso è stato rivolto ad una rappresentanza significativa del personale sanitario e amministrativo dipendente dell'A.S.L.18 Alba-Bra. Il Progetto, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, ha previsto l'avvio di una sperimentazione rivolta ad 8 gruppi. Ogni gruppo multiprofessionale era composto da circa 15 dipendenti appartenenti a diverse Strutture Organizzative dell'Azienda, in modo da permettere lo scambio delle esperienze fra i diversi Servizi e ruoli professionali.

Dopo un primo momento di presentazione del progetto ai futuri partecipanti, avvenuto nel mese di febbraio, i primi quattro gruppi hanno lavorato fra il mese di maggio e giugno 2006 ad Alba, gli altri quattro a settembre, sui Presidi Ospedalieri di Alba e Bra. Il corso si è articolato, per ogni gruppo, in quattro giornate di quattro ore ciascuna.

L'intero percorso si è realizzato seguendo la metafora della "cucina": ogni gruppo è stato chiamato a formulare una "ricetta" finalizzata al benessere organizzativo, precisandone gli ingredienti (le risorse e i fattori protettivi) e come miscelarli; tutto questo è avvenuto a partire dall'individuazione degli "alimenti" che si riconoscevano nella dispensa, come individui singoli e come gruppo.



Fig. 3 - La metafora della ricetta applicata al percorso di formazione

Ogni gruppo è stato accompagnato da diverse figure, con ruoli differenti, appartenenti alle Strutture Organizzative Complesse Psicologia e Spre.S.A.L.:

- un conduttore;
- un co-conduttore entrambi psicologi, con la funzione di facilitatori nelle attività proposte;
- un osservatore, memoria del gruppo;
- un "esperto della valutazione".

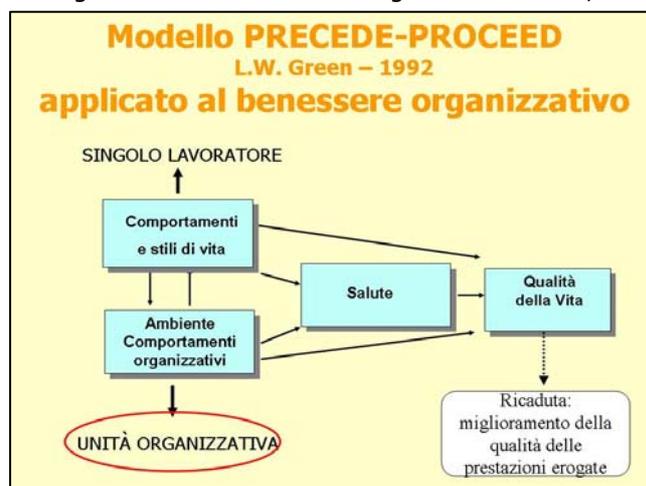
## Il quadro teorico

La cornice teorica cui si ispira la progettazione del corso, dei suoi obiettivi e delle sue attività è rappresentata dal nuovo orientamento di ricerca di C. Maslach & M. Leiter (C. Maslach, P.L. Leiter, 2000), che considera il burnout come un "problema professionale" e non una "colpa" della persona. Il cattivo funzionamento delle organizzazioni costituisce il principale motivo del rapido diffondersi del burnout, comportando per l'organizzazione un elevato costo in termini sia umani sia economici. La prevenzione del burnout ha un preciso significato economico; è preferibile investire per evitare il burnout che subirne i conseguenti costi.

Ridurre la possibilità del burnout è soltanto una parte dell'approccio preventivo. Risulta, inoltre, importante che le persone continuino a sentirsi impegnate nel proprio lavoro. Infatti, focalizzarsi sull'impegno significa prestare attenzione all'**energia**, al **coinvolgimento** e all'**efficacia** che i dipendenti manifestano nella professione. Tutto questo può contribuire a rendere l'organizzazione più efficiente e consapevole.

Il modello di analisi di riferimento utilizzato è il *Modello Procede - Proceed* (L. W. Green, 1992) applicato al benessere organizzativo. Abbiamo ritenuto che, a partire dal cambiamento del comportamento e degli stili di vita del singolo lavoratore, dei comportamenti organizzativi e dell'ambiente dell'Unità Operativa, sia possibile ottenere un innalzamento della qualità della vita e, di conseguenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. Quindi, dal benessere del singolo consegue un maggiore benessere dell'organizzazione e il miglioramento delle sue performance.

Fig. 4 - Esempificazione schematica del Modello Procede - Proceed



## La metodologia utilizzata

L'intera esperienza si è svolta utilizzando un approccio interattivo e dinamico; le attività del corso sono state preparate in modo da facilitare e stimolare il coinvolgimento attivo dei partecipanti, la riflessione e la sensibilizzazione sugli argomenti. La metodologia adottata ha consentito che la ricetta emergesse direttamente dai membri del gruppo. Il percorso, di tipo esperienziale, in sotto-gruppi e in gruppo allargato, ha previsto l'utilizzo di diverse tecniche formative:

- focus-group per la rilevazione di opinioni ed atteggiamenti relativi alla percezione dei partecipanti relativa ai fattori protettivi
- tecniche di arteterapia, attraverso l'utilizzo e la creazione di immagini
- visione di filmati
- role playing e simulazioni di momenti di vita lavorativa
- discussioni in aula
- tecniche di rilassamento.

Affinché il corso stesso venisse considerato dai partecipanti come spazio di benessere, sono stati curati diversi aspetti, come l'ambiente e il momento dell'accoglienza delle persone, che avveniva con sottofondo musicale e accompagnato da caffè e dolci preparati dagli operatori delle cucine dell'Azienda.

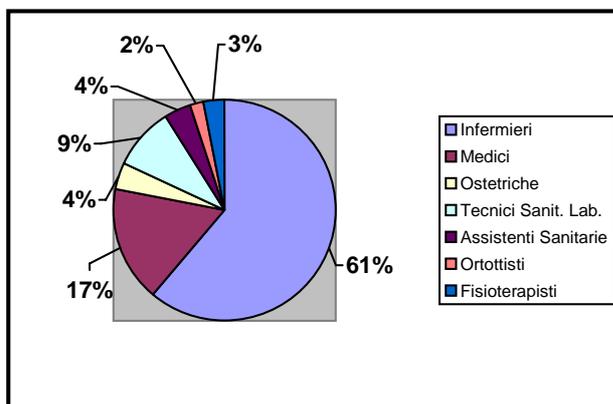
## Il percorso effettuato: i primi risultati

A seguito della realizzazione del corso per gli otto gruppi, è possibile effettuare un primo bilancio sull'andamento del percorso formativo.

E' possibile riscontrare l'alta **partecipazione** dei componenti del gruppo, sia per quanto riguarda la frequenza ai diversi moduli, sia per l'adesione alle attività; gli operatori hanno preso parte alle attività proposte in modo gradualmente sempre più attivo e coinvolto con l'avanzare del corso.

Nel totale, hanno partecipato al percorso n. 115 operatori, così rappresentati

➤ per ruolo professionale:



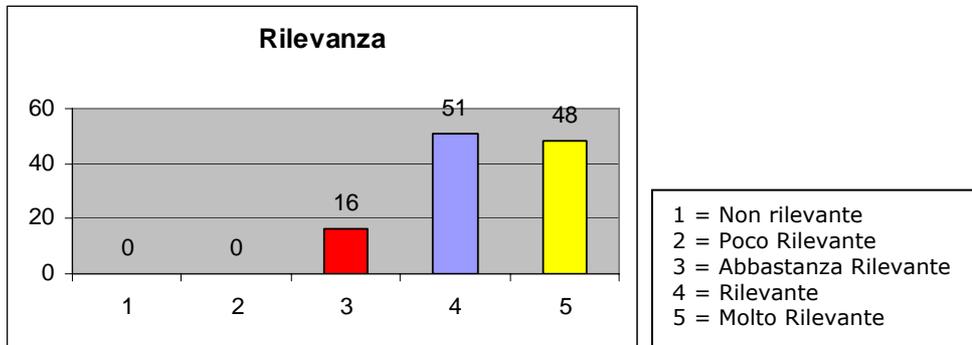
➤ per Servizio di appartenenza, distribuiti fra le sedi di Alba e Bra:

SALE OPERATORIE	n. 11
S.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	n. 9
S.O.C. CHIRURGIA GENERALE	n. 6
S.O.C. PEDIATRIA	n. 8
S.O.C. MEDICINA	n. 8
LABORATORIO ANALISI	n. 8
S.O.C. OCULISTICA	n. 5
S.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI	n. 5
S.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA	n. 5
S.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	n. 5
S.O.C. ORTOPEDIA	n. 5
S.O.C. NEUROLOGIA	n. 4
S.O.C. UROLOGIA	n. 4
SPRESAL	n. 4
S.O.C. A.S.T.	n. 3
POLIAMBULATORIO OSPEDALIERO	n. 3
S.I.S.P.	n. 3
STERILIZZAZIONE	n. 3
DIREZIONE DI PRESIDIO	n. 2
DEA	n. 2
UOCP	n. 2
PRONTO SOCCORSO	n. 2
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	n. 1
S.O.C. ASSISTENZA LEGALE	n. 1
SERVIZIO VETERINARIO	n. 1
S.O.C. MEDICINA DELLO SPORT	n. 1
S.O.C. OSPEDALIZZ. PSICHIATRICA	n. 1
S.I.A.N.	n. 1
118	n. 1
POLIAMBULATORI EXTRA-OSPEDALIERI	n. 1

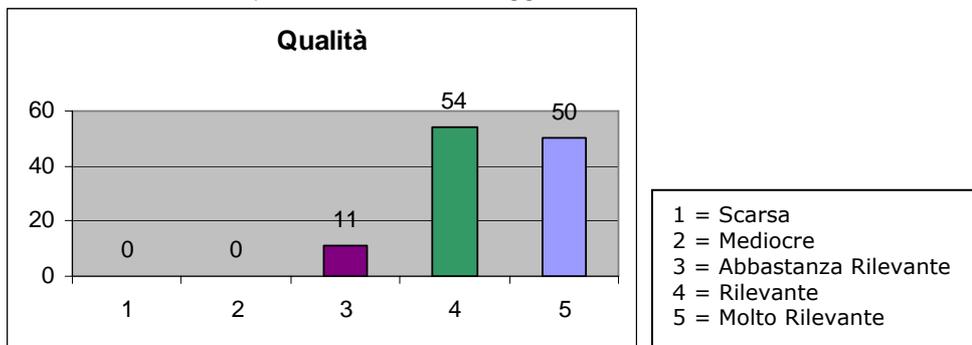
Per quanto concerne il **gradimento** al corso, i partecipanti riportano oralmente e sui questionari finali un buon livello di soddisfazione, sia per le attività proposte, sia per gli effetti ottenuti. Nonostante alcuni non avessero alte aspettative iniziali, la maggior parte dei componenti dei gruppi ritiene, al momento della conclusione, di aver vissuto una buona e costruttiva esperienza.

Questi sono i risultati ottenuti dal questionario di gradimento:

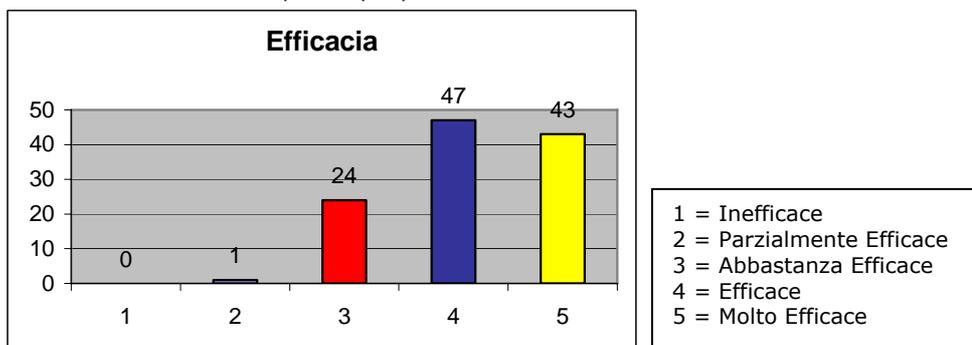
1. *Valutazione della rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla loro necessità*



2. *Valutazione della qualità educativa/di aggiornamento fornita dall'evento*



3. *Efficacia dell'evento per la propria formazione continua*



I partecipanti si sono confrontati sulle loro diverse e, nello stesso tempo, simili esperienze lavorative, portando gli elementi positivi, come la gratificazione che porta il "grazie" di un paziente, e le situazioni di criticità, come le conflittualità con i colleghi e i momenti di stress emotivo.

Queste sono alcune delle considerazioni riportate dai partecipanti a riguardo del percorso formativo:

- occasione di confronto con realtà diverse
- spazio per la riflessione e la discussione su argomenti di cui poco si parla durante il lavoro
- momento di benessere personale e con il gruppo
- utile a lungo termine
- sensazione di essere protagonisti del corso e, di conseguenza, della propria vita lavorativa

- aiuta a mettersi nei panni dell'altro
- permette di aumentare la consapevolezza sui propri limiti e risorse.

Per quanto riguarda l'obiettivo primario del percorso formativo, la formulazione di ricette organizzative – relazionali, ogni gruppo ha portato a termine il suo compito. Ogni ricetta è il frutto del percorso svolto dai partecipanti, ognuna è diversa dalle altre e si focalizza su diversi elementi. Ciascun gruppo ha individuato nelle diverse giornate formative gli ingredienti, le risorse che i partecipanti hanno ritenuto più importanti e, nello stesso tempo, utilizzabili per fare bene e stare bene nel proprio lavoro. Infine, nell'ultima giornata di formazione è stata elaborata la ricetta finale, che rispecchia le caratteristiche e lo spirito del gruppo.

Questo "ricettario" così elaborato e l'intera esperienza sono stati condivisi fra i diversi gruppi e con l'intera Azienda Sanitaria durante una giornata, il 23/01/2007, presso l'Auditorium della Fondazione Ferrero ad Alba, in cui i partecipanti stessi hanno presentato in prima persona l'attività svolta.

Il bilancio del percorso è stato più che soddisfacente, i partecipanti hanno richiesto di continuare l'iniziativa e di dare la possibilità anche ai colleghi non coinvolti di vivere l'esperienza.

La Direzione, visti i buoni risultati ottenuti dalla sperimentazione, ha deciso di proseguire il progetto incrementando le attività con la finalità del benessere organizzativo a favore del personale ed estendendo, gradualmente, a tutto il personale dell'Azienda il percorso formativo "Una mela al giorno...".




## Gruppo di progetto

**Ideazione e Progettazione:**  
S.O.C. Psicologia & S.O.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane

**Realizzazione:**  
S.O.C. Psicologia, S.O.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane, S.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

**Presentazione progetto:**  
Eugenia Baldi, Vilma Giachelli, Erica Moretto  
Franco Cane, Mario Gattiglia, Daniele Saglietti

**Staff formatori:**  
Laura Arpino<sup>2</sup>, Eugenia Baldi<sup>3</sup>, Daniela Bianco<sup>1</sup>, Nadia Boido<sup>1</sup>,  
Luisella Canale<sup>1</sup>, Pierangela Castellengo<sup>5</sup>, M.Grazia Ciofani<sup>1</sup>,  
Mario Gattiglia<sup>6</sup>, Vilma Giachelli<sup>3</sup>, Giuseppina Intravaia<sup>1</sup>,  
Erica Moretto<sup>4</sup>, Carmen Occhetto<sup>1</sup>, Daniele Saglietti<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>psicologo psicoterapeuta; <sup>2</sup>assistente sociale; <sup>3</sup>assistente sanitaria;  
<sup>4</sup>esperta della comunicazione; <sup>5</sup>didatta formatore; <sup>6</sup>formatore consulente

**Organizzazione:**  
Marisa Perrone, Monica Saracco, Franco Cane

4

Fig. 5 - Il gruppo di lavoro

## **Progetto regionale PRONTI? PARTENZA...VIA!: Intervento di promozione della salute volto ad incrementare l'uso dei seggiolini per il trasporto dei bambini in auto in sicurezza.**

**Laura Marinaro - Antonella Borda - Giovanna Giachino -  
Eugenia Baldi - Alfredo Ruata - Giuseppina Zorogniotti**

### **Contesto di partenza**

Gli incidenti stradali costituiscono in Italia, così come in altri Paesi della Comunità Europea, la prima causa di morte tra i giovani e una delle maggiori cause di invalidità (più della metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi). Rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria ed un rilevante problema di sanità pubblica (1).

Il Piemonte risulta tra le Regioni a maggior rischio rispetto alla media nazionale ed in particolare la Provincia di Cuneo tra le aree di maggior criticità.

Negli ultimi anni, la S.O.S. di Epidemiologia dell'A.S.L.18, in collaborazione con le AA.SS.LL. cuneesi, ha condotto numerosi studi epidemiologici sul fenomeno. I dati sanitari della sorveglianza locale indicano la fascia di età 15-29 anni quale la più colpita: in essa difatti si concentra il 44% delle vittime.

L'analisi degli accessi in Pronto Soccorso e DEA dei Presidi Ospedalieri di Alba e Bra negli ultimi anni per incidente stradale ha consentito altresì di individuare tra le vittime anche una quota rilevante di soggetti di età 0-14 anni con trauma cranico, molto spesso conseguenza di un trasporto sul veicolo non in condizioni di sicurezza. L'analisi degli esiti, sempre in relazione all'età del traumatizzato, ha confermato difatti che sono proprio i giovanissimi a subire le lesioni più gravi, per cui necessitano di "ricovero in strutture altamente specializzate".

Altre indagini locali hanno confermato che l'uso dei dispositivi di sicurezza in auto per bambini non è del tutto diffuso e/o assunto come condotta stabile.

Ogni anno, secondo le statistiche nazionali, si registrano più di 11.000 bambini di età compresa tra 0 e 14 anni feriti e 150 morti nella medesima fascia di età in incidenti stradali a bordo di autovetture.

La maggior parte dei bambini deceduti non è assicurato con adeguato sistema di ritenuta; il rischio morte è 7 volte superiore per i bambini non trasportati sui seggiolini.

Il 75% degli incidenti stradali con conseguenze mortali per i bambini coinvolgono gli stessi quali passeggeri prevalentemente nell'automobile dei genitori e nelle vicinanze della loro abitazione.

### **Razionale**

In tale contesto si è sviluppata l'idea del progetto "Pronti? Partenza.. Via!", un intervento di promozione della salute rivolto all'infanzia, ispirato agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2003-05, del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07 e del Piano Regionale Prevenzione Incidenti Stradali 2005-08, ai programmi d'azione dell'OMS e dell'Unione Europea, nell'intento di contribuire a sperimentare percorsi innovativi di tipo educativo, a sviluppare strategie ed azioni efficaci di promozione salute e prevenzione delle situazioni di rischio.

La maggior parte degli incidenti, dal momento che sono attribuibili ad un errato comportamento alla guida da parte dell'uomo piuttosto che alla casualità o a condizioni ambientali sfavorevoli, sono "prevenibili".

La prevenzione primaria dei traumi da traffico trova nell'uso dei sistemi di protezione individuale (seggiolini per bambini, cinture di sicurezza,...) punti centrali di riferimento.

Partendo dalla revisione sistematica degli interventi che incrementano l'uso di tali misure di prevenzione, la *Task Force on Community Preventive Services* ne ha classificato l'efficacia come forte, sufficiente o insufficiente e ha formulato raccomandazioni basate sui risultati di dette revisioni. In particolare, la Task Force in tema di "sicurezza per bimbi in auto" raccomanda fortemente/raccomanda l'adozione dei seguenti interventi: l'introduzione di norme giuridiche che impongono l'uso dei seggiolini di sicurezza per bambini; la distribuzione dei seggiolini e l'attuazione di programmi di educazione al loro uso; l'attuazione a livello di comunità di una campagna di tipo informativo ed applicativo sull'uso dei seggiolini di sicurezza per bambini. Nel PNLG (Programma Nazionale Linee Guida - Guida ai servizi clinici di prevenzione n° 57.

Educazione sanitaria per la prevenzione di lesioni da incidenti stradali) sono presentati alcuni studi inerenti programmi di educazione sanitaria e percorsi educativi –counseling, proposti da medici o altri operatori sanitari sull'utilizzo delle adeguate misure di sicurezza per i propri figli, risultati efficaci (2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13).

## Obiettivi del progetto

Obiettivo principale del nostro intervento è aumentare del 20% la consapevolezza, nei genitori convocati presso gli ambulatori vaccinali dell'ASL 18 per la somministrazione dei vaccini raccomandati per l'infanzia, che i "seggiolini" sono dispositivi altamente efficaci e protettivi, al fine di incrementarne l'uso per il trasporto in sicurezza dei bimbi in auto.

## Metodologia

Pronti? Partenza... Via! è un intervento di promozione salute di tipo informativo e comunicativo, nonché formativo, educativo, organizzativo.

I "destinatari intermedi" dell'intervento sono i genitori (singolo o coppie di genitori, eventualmente i nonni) di bimbi di età 0-6 anni, convocati presso gli ambulatori vaccinali dell'ASL18 Alba-Bra per la somministrazione dei vaccini raccomandati per l'infanzia; "destinatari finali" i bimbi medesimi.

Il setting è rappresentato dagli ambulatori vaccinali (in particolare dei distretti di Alba, Grinzane Cavour, Bossolasco e Cortemilia) dell'ASL18 Alba-Bra.

La seduta vaccinale diviene pertanto per gli operatori degli ambulatori vaccinali del Servizio Igiene e sanità pubblica occasione di offerta ai genitori/nonni dei bambini di 0-6 anni convocati di un colloquio individuale/counseling formativo-informativo (del tipo messaggio personalizzato) su tematiche relative alla sicurezza stradale. Durante il colloquio le informazioni vengono veicolate col supporto di materiali illustrativi di vario tipo (manifesti/poster, depliant..) (Fig. A).

Le informazioni sulla sicurezza del bambino sono precedute dalla compilazione, sotto la guida dell'operatore sanitario, da parte del genitore/nonno di un questionario pre-test, finalizzato proprio all'analisi di comportamenti, atteggiamenti e conoscenze inerenti la sicurezza stradale pre-intervento.

Fig. A – Depliant illustrativo

**E TU COME PROTEGGI IL TUO CUCCIOLO?**

**APPENA NATO È GIÀ UN VIAGGIATORE.**

Non ci sono problemi, un bambino può viaggiare in auto fin dai primi giorni di vita. Ogni spostamento richiede comunque un minimo d'organizzazione perché il vostro bimbo sia a proprio agio anche durante la sua permanenza in auto. Ecco come equipaggiarsi perché il piccolo si goda un viaggio sicuro e confortevole.

**SOCIAZIONE NAZIONALE ASSISTENTI SANITARI**  
SEZIONE PIEMONTE

**Prevenzione Efficace**

**REGIONE PIEMONTE**

Il presente opuscolo è stato realizzato con finanziamento della  
Direzione Sanità Pubblica  
Settore Igiene e Sanità Pubblica.

Sito Internet ASL 18: [www.asl18.it](http://www.asl18.it)  
Sito Internet ASNAS: [www.asnas.it](http://www.asnas.it)

Redazione grafica e cura dell'Assistente Sanitaria Antonella BORDA

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**QUANDO VIAGGIO IO LO PROTEGGO COSÌ.**

**7 aprile lo ci provo**

In Italia i bambini (da 0 a 14 anni) feriti in incidenti stradali sono circa 11.000 all'anno e di questi circa 130-160 muoiono in seguito all'incidente.

Le statistiche mostrano che nella maggior parte dei casi i bambini deceduti in seguito a incidenti non erano assicurati con gli appositi sistemi di ritenuta.

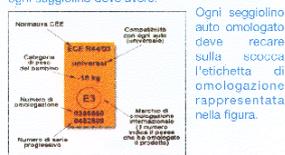
L'esperienza quotidiana dice che è alto il numero dei piccoli viaggiatori seduti sul sedile anteriore tenuti da un passeggero. Comportamento estremamente pericoloso: infatti un bimbo di 6 Kg in caso di impatto a 50 Km/h pesa 350 Kg e non ci sono braccia che possano trattenerlo.

I bambini che fanno uso degli appositi seggiolini hanno una diminuzione del rischio di riportare lesioni mortali pari all'80% rispetto al rischio a cui vanno incontro coloro che di tali dispositivi non fanno uso.

E' semplicistico attribuire questo alla mancanza di controlli certi provvedimenti non si assumono perché lo dice la legge, quanto perché il soggetto ritiene di fare i propri interessi e quelli dei propri cari.

#### L'OMOLOGAZIONE

L'omologazione è il "certificato di garanzia" che ci dice che il seggiolino è stato testato ed è in linea con le norme di sicurezza CEE. Bisogna leggere con attenzione l'etichetta di omologazione che ogni seggiolino deve avere.



**SI SCONSIGLIA L'USO DI DISPOSITIVI PRIVI DELL'ETICHETTA DI OMOLOGAZIONE**

#### QUALI SEGGIOLINI?

Le norme europee distinguono quattro gruppi di seggiolini adatti a varie tipologie di bambini a seconda del peso e dell'età.

PESO / ETÀ DEL BAMBINO	GRUPPO DI SEGGIOLINO	POSIZIONAMENTO NELL'ABITACOLO
Fino a 10 kg (12 mesi circa)	Gruppo 0	Permessi: sedile posteriore anteriore; vietato: sedile anteriore.
Fino a 13 kg (24 mesi circa)	Gruppo 0+	Permessi: sedile posteriore; vietato: sedile anteriore.

La culla sulla sinistra è adatta fino a 10 Kg (Gruppo 0) deve essere corredata di paracolpi intorno alla testa del bambino e di fascione addominale con una speciale fibbia. Speciali attacchi consentono di fissarla trasversalmente al sedile posteriore dell'auto tramite le cinture a tre punti dell'auto.

PESO / ETÀ DEL BAMBINO	GRUPPO DI SEGGIOLINO	POSIZIONAMENTO NELL'ABITACOLO
Da 9 a 18 kg (9 mesi a 4 anni circa)	Gruppo 1	Permessi: sedile posteriore; vietato: sedile anteriore.

I seggiolini più usati sono quelli omologati per i gruppi 0/1. Attenzione però, se prevedete molti spostamenti in auto durante il primo anno dal bambino è preferibile acquistare un modello del gruppo 0 o 0+ e passare poi al gruppo 1 in un tempo successivo.

In effetti nei modelli 0/1 i bambini più piccoli stanno troppo larghi e, quando crescono, possono anche stare troppo allo stretto.

PESO / ETÀ DEL BAMBINO	GRUPPO DI SEGGIOLINO	POSIZIONAMENTO NELL'ABITACOLO
Da 15 a 25 kg (3 anni a 6 anni)	Gruppo 2	Permessi: sedile posteriore; vietato: sedile anteriore.
Da 22 a 36 kg (5 a 12 anni)	Gruppo 3	Permessi: sedile posteriore; vietato: sedile anteriore.

Il cocchio stracale arrotonda i bambini a viaggiare anche sul sedile anteriore. Non cedete alla tentazione di farlo sedere sul sedile anteriore. La legge prevede infatti l'uso dei seggiolini di sicurezza per i bambini fino a 12 anni e di altezza inferiore al metro e mezzo.

Se viaggiate in auto, anche per brevi tratti, assicuratevi che il seggiolino del bambino sia perfettamente ancorato e abituatelo fin da piccolo a rimanere al suo posto. Non cedete alla tentazione di farlo sedere sul sedile anteriore. La legge prevede infatti l'uso dei seggiolini di sicurezza per i bambini fino a 12 anni e di altezza inferiore al metro e mezzo.

- Vi ricordiamo inoltre che:**
- Il mancato uso dei seggiolini vi fa perdere 5 punti sulla patente dai 20 in dotazione.
  - Il mancato uso delle cinture vi fa perdere altri 5 punti.

## Principali attori

Il progetto Pronti? Partenza... Via! è stato sostenuto dallo "sviluppo di alleanze" tra i diversi attori coinvolti (operatori sanitari: del Dipartimento di Prevenzione - S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica/S.O.S. Vaccinazioni e Profilassi Malattie Infettive, S.O.S. Epidemiologia, Area Promozione Salute ed Educazione Sanitaria; del servizio di Psicologia clinica, Pediatri di libera scelta e della SOC Pediatria dei P.O di Alba e di Bra). Si è favorito un "approccio integrato", ritenuto necessario per incidere efficacemente sull'incidentalità, così come suggerito da recenti revisioni di letteratura. I Pediatri di Libera Scelta ed ospedalieri hanno partecipato al progetto, svolgendo in particolare un "ruolo rinforzante" del messaggio di promozione salute (attraverso la distribuzione di manifesti, depliant che illustrano l'uso/il corretto uso dei dispositivi di sicurezza per i bimbi in auto presso le sale di attesa degli ambulatori pediatrici). Tra i partner esterni, i dirigenti scolastici e gli insegnanti delle scuole dell'infanzia ed elementari del territorio ASL 18, i quali hanno contribuito, favorendo la distribuzione di materiale informativo: manifesti, depliant sull'uso/il corretto uso dei dispositivi di sicurezza per i bimbi in auto, a "rinforzare" il messaggio educativo.

## Programma delle attività

Il progetto, finanziato dall'Assessorato Tutela della salute e sanità della Regione Piemonte, ha avuto una durata biennale: dall'aprile 2005 a maggio 2007.

Di seguito le tappe principali:

Nel mese di aprile 2005, è stata intrapresa una rassegna ragionata della letteratura esistente in merito, finalizzata alla preparazione del materiale informativo cartaceo: manifesti/poster per la campagna di marketing sociale; depliant informativo/opuscolo contenente tutte le informazioni di base utili (statistiche correnti; analisi dell'efficacia dei dispositivi; tipologie in base all'età e/o peso; omologazione/marchio CEE; codice della strada e "patente a punti"; suggerimenti per rendere accettabile il dispositivo al piccolo) all'iniziativa.

Nel mese di maggio 2005, il gruppo di lavoro ha elaborato il questionario pre-test finalizzato ad analizzare comportamenti e conoscenze inerenti la sicurezza stradale, da somministrare ad un campione di genitori, presso gli ambulatori vaccinali (in occasione o della 3° dose delle vaccinazioni pediatriche a circa 11 mesi o del richiamo difterite-tetano-pertosse e morbillo-rosolia-parotite nei

bambini di 5/6 anni) nell'ambito del counseling personalizzato condotto dalle assistenti sanitarie, prima dell'illustrazione dell'opuscolo che riassume tutte le informazioni.

Dal mele di giugno a novembre 2005, i genitori di bimbi 0-6 anni, che sono stati sottoposti dalle assistenti sanitarie al questionario nell'ambito del counseling personalizzato ed hanno ricevuto le informazioni nel corso della seduta vaccinale, sono stati 357.

E' stato creato un programma ad hoc con l'ausilio di EPI INFO per l'inserimento dei dati raccolti, l'elaborazione e l'analisi.

Nel mele di ottobre 2005, l'iniziativa di promozione salute è stata presentata ai dirigenti scolastici ed insegnanti delle scuole dell'infanzia ed elementari che hanno esercitato, come già ricordato, un ruolo "rinforzante" del messaggio di promozione della salute. Sono stati distribuiti in 5 Circoli didattici del territorio (in totale 39 plessi scolastici) 78 manifesti piccoli e grandi, ed oltre 800 opuscoli.

Dal mele di dicembre 2005 a marzo 2006, è stata completata la capillare distribuzione del materiale informativo predisposto appositamente nelle rimanenti 37 Scuole (materne, elementari e medie inferiori) dei 76 Comuni del territorio dell'ASL18: 74 manifesti piccoli e grandi + 2 nel solo Asilo nido di Alba, oltre 1400 opuscoli in totale.

Dal mele di dicembre 2005 al mele di settembre 2006 è proseguita presso gli ambulatori vaccinali (distretti di Alba, Grinzane Cavour, Bossolasco e Cortemilia dell'ASL18), l'offerta ai genitori (altri 322) di bimbi 0-6 anni del colloquio informativo-educativo per il trasporto sicuro in auto dei bambini. Sono stati raggiunti in totale 679 genitori e di essi complessivamente 655 (96,5%) hanno accettato di aderire all'iniziativa.

Dal mele di luglio a ottobre 2006, sono stati inseriti tutti i dati raccolti mediante lo strumento del questionario pre-test: n° 655 questionari pre-intervento ossia 394 (questionari di genitori di bimbi 0-1 anno) e 261 (questionari di genitori di bimbi 5-6 anni), nel programma creato ad hoc prima citato.

Nel mele di ottobre 2006: è stata eseguita l'elaborazione dei dati con l'ausilio di EPI INFO e l'analisi risultati.

Nel mele di novembre 2006, è stato predisposto il questionario post-test da somministrare nel corso di un'intervista telefonica ai genitori che hanno condiviso il progetto.

Dal mele di dicembre 2006 a marzo 2007, è stata completata la distribuzione di manifesti, depliant che illustrano l'uso/il corretto uso dei dispositivi di sicurezza per i bimbi in auto presso le sale di attesa degli ambulatori pediatrici e vaccinali.

Dal mele di gennaio a aprile 2007 sono stati contattati i genitori che hanno condiviso il progetto e sottoposti al questionario post-test nel corso di un'intervista telefonica. Sono stati rintracciati 442 genitori. I questionari post-test sono stati pertanto inseriti nell'apposito programma costruito con l'ausilio di EPI INFO.

Nel mele di maggio 2007, i dati del questionario post-test sono stati elaborati per la valutazione dell'intervento.

Non sono state rilevate particolari difficoltà ad eccezione del rintracciare i genitori telefonicamente per il questionario post-intervento. Si ricorda che l'intervista telefonica si è resa necessaria dal momento che con le nuove modifiche apportate a livello nazionale al *Calendario Vaccinale*, a breve non si sarebbero create nuove occasioni di incontro con i genitori precedentemente raggiunti.

## **Valutazione di processo e di risultato**

I principali strumenti utilizzati per la valutazione di processo e di risultato sono stati i questionari: 1) questionari pre-test proposti ai genitori/nonni dei bimbi 0-6 anni convocati prima del colloquio personalizzato/counseling informativo in occasione della seduta vaccinale; 2) questionari post-intervento somministrati ai soggetti di cui sopra a distanza di tempo mediante intervista telefonica e di gradimento dell'iniziativa. Nella tabella 1 sono riportati i principali indicatori di processo e relativi standard.

Tab 1

Indicatori di processo (IP)	Standard		
	Alto	Medio	Basso
numero genitori che hanno liberamente aderito al progetto proposto (e sottoposti al counseling personalizzato accettano di rispondere al questionario).	655 su 679 <sup>(*)</sup> contattati = 394 (0 - 1 anno) +261 (5 - 6 anni)		
numero di questionari compilati prima e dopo l'intervento (colloquio formativo-informativo con illustrazione dell'opuscolo-depliant).	655 pre-test 442 post-test (interviste telefoniche)		
numero di copie di materiale cartaceo distribuito (depliant) ai genitori	1.000		
numero di copie di materiale cartaceo distribuito (distribuzione in corso) (poster) agli altri Servizi dell'A.S.L. 18 (Consultorio, ambulatori di Pediatri di libera scelta, SOC Pediatria dei Presidi ospedalieri di Alba e Bra).	16 ambulatori PLS + 2 SOC Pediatria Ospedale Alba e Bra + 12 distretti ambulatori vaccinali		
numero manifesti per campagna di marketing sociale (distribuiti a nido, scuole materne ed elementari, ecc..)	154 manifesti + 1.400 opuscoli		
Numero di scuole superiori del territorio contattate (n° tot. 21) + scuole medie inferiori di Alba (n° 2)		Circa il 50%	
Numero di insegnanti coinvolti nella informazione		15	
Livello di soddisfazione degli insegnanti coinvolti	80%		

<sup>(\*)</sup> Prima dell'avvio dell'intervento è stata calcolata la dimensione del campione (almeno 400 soggetti) mediante apposita funzione su programma Epi Info versione 6.

Da giugno 2005 a settembre 2006, complessivamente sono stati contattati presso gli ambulatori dell'ASL18 Alba-Bra 679 genitori, di cui 655 hanno accettato di ricevere le informazioni sul "trasporto sicuro in auto" nell'ambito di un colloquio personalizzato, e di compilare pertanto i questionari pre-test (n° 655 pre-test).

Va precisato che la valutazione dell'efficacia dell'intervento è conseguenza dell'elaborazione dei questionari post-test somministrati ai genitori, che hanno ricevuto nel corso di un "colloquio personalizzato" informazioni sul corretto trasporto in auto dei bambini, e, rintracciati a distanza di tempo, hanno accettato di sottoporsi ad un'intervista telefonica. In totale hanno risposto al questionario post-test n° 442 genitori.

Alla luce di ciò va sottolineato che la valutazione di risultato è stata effettuata confrontando esclusivamente i questionari pre-test e post-test somministrati ai 442 genitori che hanno aderito al progetto e risposto all'intervista telefonica. Dei 442 questionari post-test: 239 si riferiscono a genitori di bimbi di età 0-1 anno, 203 a genitori di bimbi 5-6anni (Tab 2).

Tab 2

	Genitori bambini 0-1 anno		Genitori bambini 5-6 anni	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test
<b>1 - L'ultima volta che ha viaggiato in auto con suo figlio:</b>				
<b>1.a - dov'era seduto il suo bambino?</b>				
- Davanti da solo	-	-	4,4%	0,5%
- Davanti in braccio ad un adulto	-	-	-	-
- Dietro in braccio ad un adulto	3,3%	0,4%	0,5%	-
- Dietro da solo	-	-	6,40%	2%
- Sul seggiolino:	96,7%	99,6%	88,7%	97,5%
- il seggiolino era posizionato sul sedile anteriore	10%	2,5%	5,6%	2%
<b>Il bambino è trasportato correttamente</b>	<b>95,8%</b>	<b>98,3%</b>	<b>78,8%</b>	<b>94,1%</b>
<b>Il bambino non è trasportato correttamente</b>	<b>4,2%</b>	<b>1,7%</b>	<b>21,2%</b>	<b>5,9%</b>

	Genitori bambini 0-1 anno		Genitori bambini 5-6 anni	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test
<b>1.b - Se non ha usato il seggiolino per quale ragione?</b>				
- Non ho il seggiolino	-	-	-	-
- Il bambino non sopporta di essere legato	37,5%	100%	17,4%	20%
- Il bambino è troppo grande	-	-	8,7%	40%
- Aveva fretta	25%	-	8,7%	20%
- Il viaggio era breve	-	-	-	20%
- Altro	37,5%	-	65,2%	-
<b>2. Frequenza d'uso "seggiolino assicurato correttamente":</b>				
<b>2.a - viaggio in centro abitato:</b>				
- Sempre	92,5%	94,6%	70,9%	79,8%
- Qualche volta	5,4%	2,1%	20,2%	13,3%
- Mai	2,1%	3,3%	8,9%	6,9%
<b>2.b - viaggio fuori centro abitato:</b>				
- Sempre	94,6%	98,7%	77,3%	97,0%
- Qualche volta	3,8%	0,8%	16,3%	2,0%
- Mai	1,7%	0,4%	6,4%	1%
<b>2.c - se il bambino è trasportato da altri:</b>				
- Sempre	85,2%	92,8%	66,2%	85,5%
- Qualche volta	7,4%	1,6%	18,2%	11,8%
- Mai	7,4%	5,6%	15,5%	2,7%

Nello specifico, dall'analisi dei questionari post-test è emerso che *dei bambini di 0-1 anno: il 98,3% viene trasportato sul seggiolino correttamente (mentre nel pre-test il 95,8%); il 94,6% "viaggia in centro abitato sempre assicurato correttamente" (mentre nel pre-test il 92,5%), il 98,7% "viaggia fuori centro abitato sempre assicurato correttamente (mentre nel pre-test il 94,6%), il 92,8% "viaggia sempre assicurato correttamente anche se trasportato da altri" (mentre nel pre-test l' 85,2%).*

*Dei bambini di età 5-6 anni: 94,1% viene trasportato sul seggiolino correttamente (mentre nel pre-test il 78,8%); il 79,8% "viaggia in centro abitato sempre assicurato correttamente" (mentre nel pre-test il 70,9%), il 97% "viaggia fuori centro abitato sempre assicurato correttamente (mentre nel pre-test il 77,3%), il 85,5% "viaggia sempre assicurato correttamente anche se trasportato da altri" (mentre nel pre-test l'66,2%).*

Dall'analisi, inoltre, dei pre-test emerge che il 41,8% dei genitori di bimbi di 0-1 anno ed il 64% dei genitori di bimbi di 5-6 anni non ha ricevuto informazioni sull'uso dei seggiolini prima del nostro intervento (Tab 3).

Tab 3 - PRE-TEST

PRE TEST	Genitori bambini 0-1 anno	Genitori bambini 5-6 anni
<b>Ha ricevuto prima dell'intervento informazioni sull'uso dei seggiolini?</b>		
- No	41,8%	64%
- Non ha risposto	2,5%	1,0%
- Si	55,7%	35%
<b>In quale occasione ha ricevuto le informazioni:</b>		
- Corso di preparazione al parto	1,7%	4,2%
- Ricovero ospedaliero in occasione al parto	-	1,4%
- Prima visita dal pediatra di fiducia	1,3%	-
- Lettura riviste/programmi TV	33,0%	46,5%
- Internet	0,9%	-
- Informazioni al momento dell'acquisto	-	12,3%
- Altro	8,4%	4,4%

Dall'elaborazione dei questionari post-test (tab4), emergono altri dati interessanti: il 64% dei genitori ha definito "utile il nostro intervento informativo -educativo sull'uso dei seggiolini per il trasporto in auto dei bimbi", l'86% "ha accresciuto le proprie conoscenze sull'argomento" e circa il 70% "ha di conseguenza modificato il comportamento". Alla domanda "qual è il momento più opportuno per ricevere tali informazioni?", oltre il 60% dei genitori intervistati ha risposto il "Corso di preparazione al parto"(Tab 5).

Tab. 4

POST-TEST	Genitori bambini 0-1 anno	Genitori bambini 5-6 anni
<b>Il nostro intervento informativo/educativo sull'uso dei seggiolini per il trasporto in auto dei bimbi le è stato utile?</b>		
- No	25,9%	23,2%
- Non ha risposto	10%	12,8%
- Si	64%	63,5%
<b>Ha accresciuto le sue conoscenze sull'argomento?</b>		
- Si	86,3%	86%
- No	10,5%	14%
<b>Ha di conseguenza modificato il suo comportamento?</b>		
- Si	68,6%	74,4%
- No	25,5%	24,8%

Tab. 5

POST-TEST	Genitori bambini 0-1 anno	Genitori bambini 5-6 anni
<b>Secondo lei qual è il momento più opportuno per ricevere questi informazioni?</b>		
- Corso di preparazione al parto	66,9%	64,5%
- Counseling prevaccinale	14,6%	15,3%
- Prima visita dal pediatra	5,4%	11,8%
- Ricovero ospedaliero in occasione al parto	8,8%	1%
- Altro	0,8%	1,5%

## Conclusioni

I dati elaborati evidenziano senz'altro un incremento dell'uso dei dispositivi di sicurezza per il trasporto in auto dei bimbi in entrambe le fasce di età (0-1 e 5-6 anni), ma lo scostamento dal dato di partenza, rilevato dall'elaborazione dei pre-test, è molto più evidente e marcato (registrando talora un aumento di circa il 20%) nella classe di età 5-6 anni, categoria peraltro più esposta al rischio di incidenti.

Il nostro intervento presenta quindi punti di forza, meritevoli di attenzione, ma anche qualche criticità.

Tra i punti di forza:

- Valore aggiunto del counseling pre-vaccinale (quindi la seduta vaccinale non solo momento per somministrare i vaccini dell'infanzia, ma occasione preziosa di offerta ai genitori convocati di messaggi educativi-informativi su tematiche relative alla sicurezza =salute del proprio piccolo)
- Notevole ricettività al progetto e predisposizione al cambiamento da parte dei genitori sensibilizzati
- Particolare gradimento dell'intervento definito "utile", che ha accresciuto le conoscenze sull'argomento e portato di conseguenza a modifiche significative di comportamento
- Valorizzazione e ri-orientamento ruolo del personale sanitario interno (es. assistenti sanitarie) che opera presso gli ambulatori vaccinali (e che offre quindi all'utenza prestazioni non solo di tipo prettamente infermieristico ma anche riconducibili ad attività proprie dell'educazione sanitaria)

Il mancato coinvolgimento di Enti locali ed altre Forze politiche-sociali alle quali era stato attribuito un ruolo "rinforzante" e la scarsa attenzione ad implementare il progetto con un approccio incline allo "sviluppo di comunità" tra le criticità.

Alla luce dell'esperienza acquisita e tenendo conto in particolare dei suggerimenti dei genitori stessi intervistati, il gruppo di progetto intende proporre in un prossimo futuro l'inserimento di questo intervento all'interno dei "Corsi aziendali di preparazione al parto".

## Bibliografia

- (1) Franco Taggi, Gioia Di Cristofaro Longo 2001: "I dati sociosanitari della sicurezza Stradale (Progetto Datis)". Istituto Superiore di Sanità. Università di Roma La Sapienza. Epicentro. <http://www.sicurezza.stradale.iss.it>.
- (2) Guide To Community Preventive Services: Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini in auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. Epidemiologia e Prevenzione. Anno 26 supplemento (4) luglio-agosto 2002
- (3) CDC. <http://www.cdc.gov/health/motor.htm>
- (4) PNLG. Programma Nazionale Linee Guida > Guida ai servizi clinici di prevenzione n° 57. Educazione sanitaria per la prevenzione di lesioni da incidenti stradali. Sito <http://www.pnlq.it/tskfr/cap57.php>.
- (5) National Highway Traffic Safety Administration. Traffic Safety Facts, 1996-Children. Washington,DC: NHTSA, 1997.
- (6) Decina LE, Knoebel KY. Child safety seat misuse patterns in four states. *Accid Anal Prev* 1997; 29: 125-32.
- (7) Berg MD, Cook L, Corneli HM, et al. Effect of seating position and restraint use on injuries to children in motor vehicle crashes. *Pediatrics* 2000; 105: 831-5.
- (8) Kohn M, Chausmer K, Flood MH. Anticipatory guidance about child safety seat misuse: lessons from safety seat "checkups". *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:606-9.
- (9) Kostaridou S, Anastasea-Vlachou K, Sotiropoulou F, et al. Car transportation conditions of preschool children: use of children's car safety seats. *Acta Paediatr* 1997; 86: 192-5.
- (10) National Center for Health Statistics. Health, United States, 1996-97. Hyattsville, MD: CDC, 1997. DHHS publication no. (PHS) 97-1232.
- (11) Ruta D, Beattie T, Narayan V. A prospective study of non-fatal childhood road traffic accidents: what can seat restraint achieve? *J Public Health Med* 1993; 15:88-92.
- (12) Petridou E, Skalkidou A, Lescohier I, et al. Car restraints and seating position for prevention of motor vehicle injuries in Greece. *Arch Dis Child* 1998; 78: 335-9.
- (13) Brunelli A. Allacciate le cinture ai bambini. *Quaderni ACP* 1999; 3

## **Classificazione in base al rischio degli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale presenti sul territorio della ASL 18 Alba-Bra**

**Gian Rodolfo Sartirano**

L'attività di vigilanza veterinaria permanente sugli alimenti di origine animale e la supervisione negli stabilimenti di produzione è stata programmata fino alla fine del 2005 con modalità e con una frequenza dettata da norme di natura verticale, nazionale e comunitaria, specifiche per ogni tipologia produttiva. Con l'entrata in vigore della nuova normativa comunitaria di recente approvazione definita "pacchetto igiene", è previsto che l'attività di controllo ufficiale sia programmata in funzione del rischio presentato da ogni singolo impianto. In particolare, il Regolamento (CE) n. 882/2004, che contempla norme specifiche per l'organizzazione dei controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano, stabilisce che la natura e la frequenza dei controlli ufficiali devono essere basati su una valutazione del rischio presentato da ogni singola attività produttiva.

La classificazione di ogni stabilimento in base al rischio deve fondarsi su elementi oggettivi e prevede un sopralluogo ufficiale presso l'impianto. Nel corso del sopralluogo vengono presi in considerazione i requisiti strutturali ed igienico sanitari, l'igiene della lavorazione e del personale, le condizioni igienico sanitarie delle materie prime, dei semilavorati e dei prodotti finiti, il manuale di autocontrollo adottato dall'azienda e gli esiti del controllo ufficiale effettuato presso l'impianto nel corso dell'anno a cura di un veterinario ufficiale. Eventuali carenze o non conformità sono oggetto di specifiche prescrizioni e, se opportunamente risolte nei termini prescritti, possono condurre ad una nuova valutazione più favorevole. L'indice di rischio definitivo, una volta trasmesso alle autorità sanitarie regionali, rimarrà valido per l'anno successivo e condizionerà sia la frequenza degli interventi previsti nelle procedure di autocontrollo dell'azienda sia la frequenza dei controlli e dei campionamenti ufficiali.

L'indice di rischio contempla tre tipologie e viene espresso mediante un fattore numerico ottenuto dall'applicazione di coefficienti elaborati da un apposito foglio elettronico di calcolo: "basso rischio" (< 30), "medio rischio" (tra 30 e 42), alto rischio (> a 42).

Un indice di rischio elevato non è imputabile esclusivamente a carenze rilevate nell'impianto, ma il valore cresce proporzionalmente con le dimensioni e con l'età delle strutture stesse, con la tipologia di prodotto alimentare fabbricato (alimenti che, per loro natura, presentano rischi di sicurezza più elevati, indipendentemente dalla validità della struttura), con la dimensione del mercato servito e con la destinazione d'uso.

A partire dal 2005, anche l'area di "Igiene degli alimenti di origine animale" del Servizio Veterinario della ASL 18 Alba Bra ha intrapreso una attività di controllo specifica per la valutazione del rischio di ogni singolo impianto presente sul territorio di competenza, controllo che verrà d'ora in poi ripetuto ogni anno.

Dopo la prima fase effettuata nell'anno 2005 che può essere definita di rodaggio, nel corso del 2006 si è proceduto ad una attenta e completa valutazione, in accordo con le norme definite nel "pacchetto igiene" ed illustrate dalla normativa regionale: sono stati valutati in totale n. 57 stabilimenti (tutti gli impianti di macellazione, di sezionamento carni e di lavorazione di carni e di altri prodotti di origine animale presenti sul territorio della ASL n. 18). I risultati hanno permesso di classificare gli stabilimenti nel modo seguente:

i macelli ed i laboratori di sezionamento sono risultati a basso rischio per il 66,67%, a medio rischio per il 33,33% e nessuno ad alto rischio; i laboratori di lavorazione e produzione alimenti di origine animale sono risultati a basso rischio per il 73,33%, a medio rischio per il 20,00% e ad alto rischio per il 6,67%. (grafico n. 1 – 2 )

Sul totale, gli impianti situati sul territorio della nostra ASL sono risultati a basso rischio per il 70,18%, a medio rischio per il 26,32% e ad alto rischio per il 3,50%. (grafico n. 4)

La situazione si presenta nel complesso favorevole ed è espressione da una parte della professionalità e dell'attenzione che gli operatori del settore rivolgono alle misure di autocontrollo aziendale in funzione della sicurezza del prodotto e dall'altra del costante controllo esercitato dai veterinari del settore "Vigilanza e Controllo degli Alimenti di Origine Animale", presenti sul territorio con interventi di ispezione, di vigilanza, di audit e di formazione.

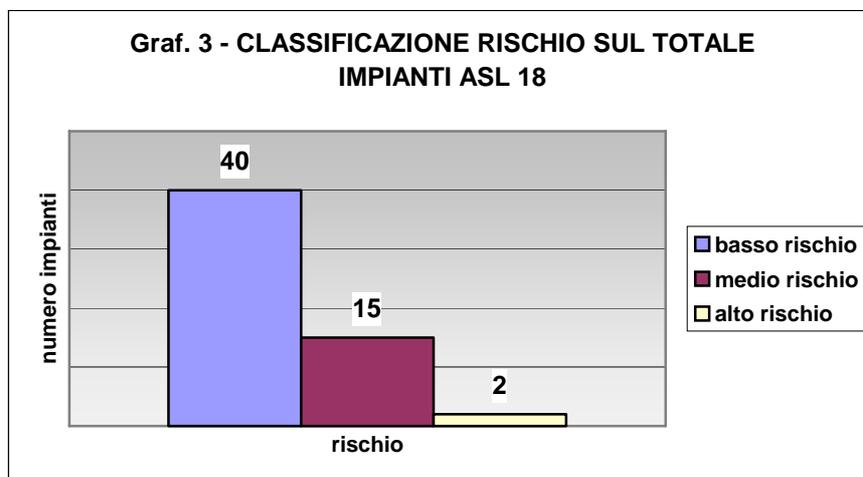
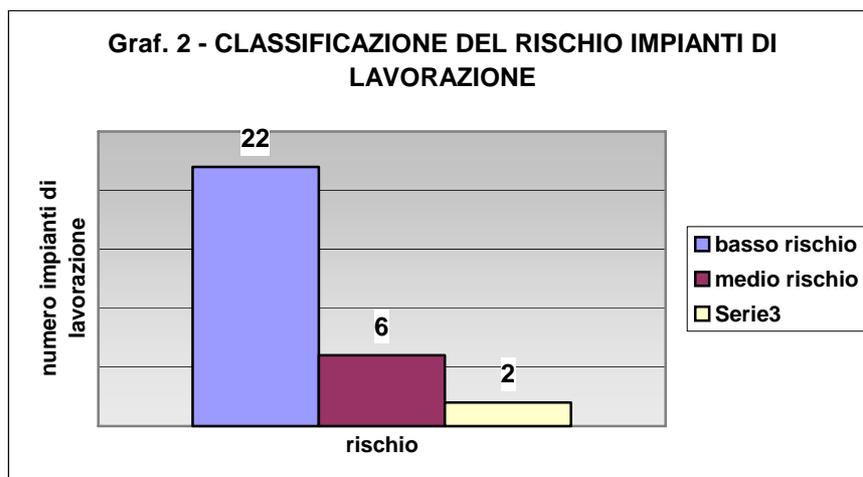
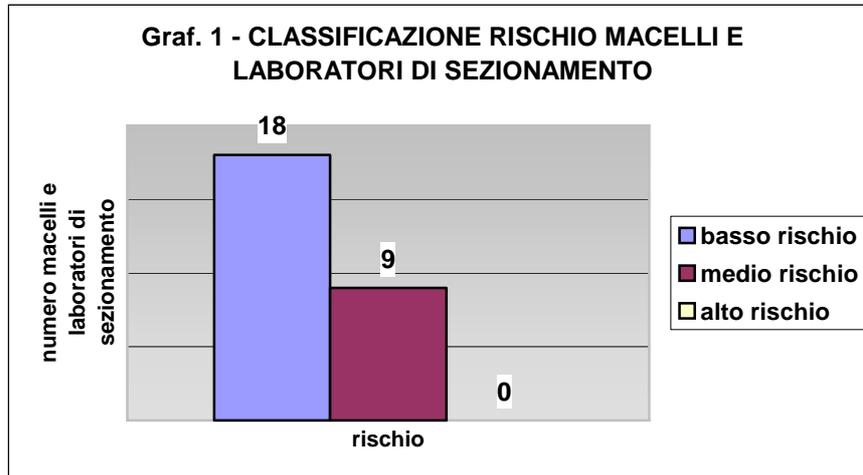
Gli esiti degli esami di controllo ufficiale effettuati in fase di vigilanza confermano quanto rilevato con l'analisi del rischio. Nel corso del 2006, sono stati effettuati in totale 280 campioni per esami di laboratorio, così suddivisi:

esami batteriologici su prodotto = totale 161, positivi 1 (0,62%)

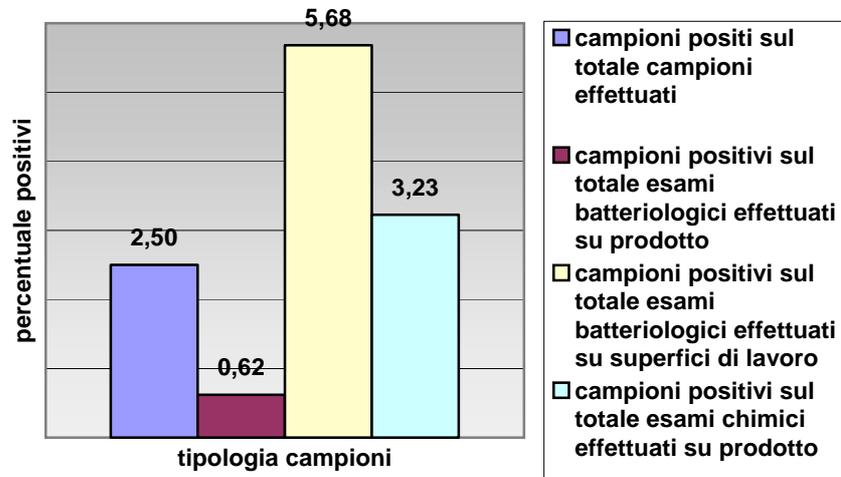
esami batteriologico su superfici di lavoro = totale 88, positivi 5 (5,68%)

esami chimici su prodotto = totale 31, positivi 1 (3,22%)

In totale, 273 (97,5%) hanno avuto esito favorevole e 7 (2,5%) esito non favorevole. Tra questi ultimi, uno solo positivo per germi patogeni pericolosi (salmonella), uno per presenza solfiti (additivi aggiunti non consentiti) e cinque per carica batterica generica su superfici di lavoro superiore a quanto stabilito in autocontrollo. (grafico n. 4).



**Graf. 4 - ESITO ESAMI DI LABORATORIO DI CONTROLLO  
SU PRODOTTI E SUPERFICI DI LAVORO**



Stampato - novembre 2007

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**S.O.S. Epidemiologia**

Responsabile: Dott.ssa Laura MARINARO

Staff:

Tec. Prev. Dr. Alfredo RUATA

Ass. Sanitaria Giovanna GIACHINO

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Collab. Amm.vo Dr.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

TELEFONI / INDIRIZZI

S.O.S. Epidemiologia 0173-316622

Fax 0173-316636

E-mail [Imarinaro@asl18.it](mailto:Imarinaro@asl18.it)

Via Vida, 10 - 12051 ALBA

Via Goito n. 1 - 12042 BRA