

© Euno edizioni
P.zza Margherita 6
94013 Leonforte (En)
Tel. e fax 0935.905300
www.eunoedizioni.it
info@eunoedizioni.it

ISBN: 978-88-97085-29-4

Finito di stampare nel maggio 2011
da Fotograf - Palermo



Consulta degli Specializzandi SItI

I giovani ed il futuro della Sanità Pubblica

1° Edizione Giornate degli Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva

Roma 19 – 20 maggio 2011

A cura di

Alessandra Gimigliano

Giuseppe Franchino

Angelo Battaglia

Claudio Costantino

Rappresentanti Consulta degli Specializzandi SItI - Anno 2011

Portavoce nazionale: Franchino Giuseppe

Nominativo	Indirizzo email	Sede
Alessandra Ricciardi	alessandr Ricciardi@virgilio.it	Ancona
Lucia Pennacchietti	luciapennacchietti@libero.it	Ancona
Daniela Prota	daniela.prota@gmail.com	Bari
<i>Vice Portavoce</i>		
Alessandro Guaccero	alessandroguaccero@gmail.com	Bari
Giuseppe Franchino	giuseppe.franchino@unibo.it	Bologna
Giovanni Maifredi	maifredi@med.unibs.it	Brescia
Angelo Meloni	angel19925@hotmail.it	Cagliari
<i>Vice Portavoce</i>		
Angelo Battaglia	angelo.battaglia@yahoo.it	Catania
Mario D'Asta	mario-dasta@hotmail.it	Catania
Rocco Micò	rockmico@tiscali.it	Catanzaro
Lorenzo Capasso	lmcap@yahoo.com	Chieti
Giuliana Turlà	giuliana.turla@unife.it	Ferrara
Bernardo Bonato	bernardo.bonato@unife.it	Ferrara
Guendalina Allodi	guendalina.allodi@gmail.com	Firenze
Marisa Alberti	marisa.alberti@unige.it	Genova
Alessandra Battistella	alessandra.battistella@hotmail.it	Genova
Maria Rosaria Russo	russomrosaria@virgilio.it	L'Aquila
Caterina Pasqua	caterinapasqua@libero.it	Messina
Nadia R. Mallamace	nadiamallamace@hotmail.it	Messina
Marta Nobile	marbeno@tiscali.it	Milano Statale
Valeria Ferretti	vale.ferretti@tiscali.it	Milano Statale
Giovanni Andreoli	giovanni.andreoli@gmail.com	Modena
Gabriele Romani	gabriele.romani@inwind.it	Modena
<i>Vice Portavoce</i>		
Annalisa Granata	annalisa.granata@yahoo.it	Napoli Federico II
Maria Passaro	marika.passaro@inwind.it	Napoli Federico II
Alessandra Gimigliano	alessandragimigliano@hotmail.com	Napoli SUN
Elena Biasiolo	bissole@libero.it	Padova
Deris Boemo	dermax7@libero.it	Padova
Claudio Costantino	costcla@yahoo.it	Palermo
Matteo Riccò	mricco2000@yahoo.it	Parma
Paolo Salentina	paolosalentina@msn.com	Pavia
Ilaria Bernardini	ilaberny@hotmail.com	Perugia
Francesco Dell'Aglio	fradellaglio@gmail.com	Pisa
Benedetto Simone	benedetto.simone@yahoo.it	Roma Cattolica
Daniela Gliublizzi	dani_gliu@hotmail.com	Roma Cattolica
Rosella Saulle	rosellasaulle@libero.it	Roma La Sapienza
Fabrizio Turchetta	turchettafabrizio@hotmail.it	Roma La Sapienza
Silvia Sanasi	silvia.sanasi@gmail.com	Roma La Sapienza Seconda facoltà
Roberto Papa	paparoberto@alice.it	Roma Tor Vergata
Maddalena Di Martino	maddalenadimartino@libero.it	Sassari
Massimo Favilla	massimo.favilla@unito.it	Torino
Riccardo Papalia	riccardo.papalia@unito.it	Torino
Elisa Covre	elisa_destiny@yahoo.it	Udine
Adriana Moccia	adriamoccia@yahoo.it	Udine
Sara Gobbo	gobbo_sara@yahoo.it	Verona
Cesare Baldini	cesare.baldini@yahoo.it	Verona

I SESSIONE

L'aumento dell'incidenza delle patologie croniche
e i diversi strumenti con cui affrontare
tale problematica

Studio sugli effetti dell'attività motoria programmata e sulle modifiche comportamentali in bambini nati nel 1999

Battaglia A. - Acerbi G.* - D'Asta M.* - Furnari R.* - Zocco M.* Palmigiano V.*
Fallico R.* - Sciacca S.**

Il progetto «Enna Sottorete 2015» si propone di studiare, durante il quadriennio 2011-2015, le modifiche comportamentali di un gruppo di bambini iscritti presso i centri di avviamento allo sport per la pratica della pallavolo attivati nella provincia di Enna.

L'obiettivo principale dello studio è quello di valutare le cause che portano all'abbandono della pratica sportiva di oltre il 40% dei bambini. In particolare saranno monitorati i fattori ambientali e sociali, che possono predisporre ad uno stile di vita non attivo.

Si è proposto, nel rispetto della privacy, la compilazione di un questionario autosomministrato, semi-strutturato che ci ha permesso di rilevare i dati anagrafici, antropometrici e le abitudini di vita dei bambini.

Si è chiesto ai centri di avviamento allo sport di compilare una scheda contenente informazioni inerenti l'attività motoria.

Dai primi dati sono emersi risultati molto positivi che incoraggiano il nostro gruppo di lavoro a proseguire sulla strada intrapresa tenendo presente il ruolo primario svolto da istruttori, tecnici e genitori.

Per questo si è scelto di protrarre l'attività di monitoraggio al fine di migliorare nel tempo la qualità del risultato e di poter realmente applicare degli interventi educativi di prevenzione che fungano da viatico alla promozione della salute.

* Dipartimento di Anatomia, Patologia Diagnostica, Medicina Legale, Igiene e Sanità Pubblica «G.F. Ingrassia» – Università degli Studi di Catania.

La carenza cronica di sonno nell'eziopatogenesi dell'obesità infantile: primi risultati

Micò R. - Rodinò A.* - Bova F.* - Iozzo F.* - Caligiuri E.* - Lotito F.**

Obiettivi

Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un significativo incremento della prevalenza dell'obesità non solo nella popolazione adulta, ma anche in quella pediatrica, tanto da indurre l'OMS a parlare di «nuova epidemia mondiale». La prevalenza dell'obesità infantile rappresenta attualmente una sfida di Sanità Pubblica da affrontare con approcci innovativi, cercando di individuare nuovi determinanti. E' in questo contesto che si inserisce il nostro studio, il cui obiettivo principale è quello di indagare il ruolo della carenza cronica di sonno nel determinismo dell'obesità infantile.

Materiali e metodi

Nel periodo febbraio 2010-febbraio 2011 è stato selezionato un campione random di bambini iscritti alla classe quinta delle scuole pubbliche primarie di primo grado selezionate casualmente nella città di Catanzaro. Previo consenso informato del genitore o tutore, i bambini sono stati prima intervistati sulle abitudini alimentari e di vita (attività fisica, uso TV, computer, videogiochi), quindi sottoposti a visita medica per la rilevazione dei principali parametri antropometrici e dei valori di pressione arteriosa e frequenza cardiaca. Le informazioni relative alle caratteristiche del sonno del bambino sono state fornite dai genitori mediante compilazione di un questionario allegato al consenso informato.

* Cattedra di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi «Magna Græcia» di Catanzaro

Risultati

Dei 448 bambini esaminati il 24.6% è in sovrappeso e il 6.9% è obeso. I risultati della regressione logistica multipla hanno evidenziato un rischio significativamente maggiore di sovrappeso/obesità nei bambini di sesso maschile (OR=0.43 IC95%=0.25-0.74 p=0.003), con madre (OR=1.71 IC95%=1.13-2.59 p=0.011) o padre (OR=1.59 IC95%=1.09-2.31 p=0.014) sovrappeso/obesi, che trascorrono almeno 1h/die al computer (OR=1.87 IC95%=1.05-3.33 p=0.032), che non svolgono attività fisica (OR=0.57 IC95%=0.34-0.96 p=0.037) e che consumano almeno 2 snack/die (OR=0.45 IC95%=0.25-0.83 p=0.011). Infine sovrappeso e obesità sono significativamente più frequenti nei bambini nei quali è stata riscontrata una carenza cronica di sonno (OR=1.8 IC95%=1.01-3.21 p=0.044).

Conclusioni

Dai risultati preliminari dello studio si evince la necessità di affiancare ai tradizionali interventi di prevenzione dell'obesità, rivolti principalmente alla promozione di stili di vita e abitudini alimentari corretti, strategie innovative incentrate su fattori di rischio emergenti tra i quali un ruolo di primo piano occupa la carenza cronica di sonno.

Progettazione di strumenti innovativi per informare ed educare a sani stili di vita in una società multiculturale

Bianco G. - Favale M.*** - Morandi M.* - Romani G.* - Floramo M.**
Suyeta T.** - Borsari L.****

Introduzione

La promozione di stili di vita più sani risente di un notevole rumore di fondo legato alla comunicazione multimediale e a contesti socio-culturali che rendono le campagne spesso di efficacia limitata e/o dubbia, ancor più ridotta se si prende in considerazione la popolazione immigrata.

Come enunciato nella Carta Europea dei diritti del malato «I servizi sanitari hanno il dovere di rendere tutte le informazioni facilmente accessibili, rimuovendo gli ostacoli burocratici, educando i fornitori di assistenza sanitaria, preparando e distribuendo materiale informativo. Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari».

Questo progetto si propone di realizzare campagne di informazione e promozione della salute, attraverso l'individuazione e la creazione di strumenti interculturali a basso costo rivolti in particolare alla popolazione femminile immigrata nella provincia di Modena.

Materiali e Metodi

Il progetto ha una durata triennale con inizio aprile 2011. Per la sua realizzazione è prevista la costituzione di un'*équipe* multidisciplinare con il coinvolgimento di professionisti di area medica, socio-sanitaria ed umanistica. Nella prima fase si effettuerà una valutazione delle problematiche emergenti attraverso la raccolta e l'analisi dei dati epidemiologici. In relazione alle criticità

Scuola di Specializzazione in igiene e medicina preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia:
* IV anno
** II anno
*** I anno

emerse si farà una ricognizione del materiale informativo/educativo e delle attività esistenti.

Contemporaneamente verrà svolta una ricerca delle linee guida nazionali e internazionali per la promozione di sani stili di vita.

In una seconda fase si coinvolgeranno i referenti delle comunità etnoculturali più rappresentate sul territorio. Attraverso questionari e *focus group* si indagheranno le abitudini alimentari, l'attitudine all'attività motoria, i comportamenti a rischio e i fattori determinanti per l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari. In una terza fase, in relazione alle linee guida e agli *item* precedentemente emersi, si produrranno gli strumenti informativi/educativi; inoltre, si individueranno gli indicatori utili alla valutazione. In quarta fase si testeranno gli strumenti realizzati e si valuteranno gli indicatori di efficacia.

Risultati

Da questo progetto ci si attende di:

a) individuare eventuali stili di vita a rischio per la salute in relazione all'appartenenza socio-etno-culturale;

b) progettare strumenti interculturali a basso costo per la promozione di stili di vita sani, nel rispetto dei principi dell'evidence based prevention (EBP) e delle varie sensibilità antropologico-culturali;

c) migliorare la consapevolezza individuale e la percezione dei rischi alla propria salute in primis nelle donne immigrate e conseguentemente nelle loro famiglie;

d) promuovere il cambiamento verso stili di vita più sani della società multiculturale nel suo complesso.

Studio multicentrico di valutazione sul cambiamento delle abitudini tabagiche degli studenti di Medicina dopo uno specifico intervento formativo-educativo sul counselling

Storani S. - Morandi M.* - Licitra G.* - Favale M.* - Romani G.* - Borsari L.*
Rompianesi M.* - Ferretti E.* - Andreoli G.**

Premesse

L'abitudine al fumo nella popolazione italiana mostra un trend in minima seppur costante diminuzione (Istat, Doxa 2010). Tuttavia la prevalenza dei fumatori nella futura classe degli operatori sanitari è ancora sorprendentemente alta: da indagini condotte negli Atenei italiani emerge una percentuale di fumatori che varia dal 22,4% al 44%. E' evidente che il medico che conduce stili di vita sani è più disponibile a discutere di questi con i propri pazienti. Inoltre i dati dell'OMS indicano che solo il 5-37% degli operatori sanitari riceve una preparazione adeguata sul tema del counselling antitabagico.

Obiettivo

Lo studio si propone di valutare l'efficacia di un intervento di trasmissione di competenze di counselling antitabagico agli studenti del corso di laurea (CDL) in medicina, in termini di cambiamento di attitudini e comportamenti sul fumo.

Materiali e Metodi

Un gruppo di lavoro coordinato dalla Scuola di Specializzazione di Igiene di Modena e Reggio Emilia, condurrà un'indagine conoscitiva sul fumo negli studenti del CDL in medicina che frequentano il terzo e quarto anno. Per l'indagine verrà utilizzato il *Core Questionnaire* del *Global Health Professions Student Survey*, messo a punto da OMS, CDC e Canadian Public Health Association e validato su gruppi di futuri professionisti sanitari. Il *Core Questionnaire* rileverà

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

dati su: abitudine al fumo, conoscenze e attitudini riguardo al tabacco, esposizione al fumo passivo, desiderio di smettere di fumare, training ricevuto riguardo il counselling al paziente e le tecniche di cessazione. La stessa indagine verrà ripetuta a distanza di un anno. Fra la prima e la seconda indagine gli studenti riceveranno un intervento di formazione sul counselling del paziente tabagista avvalendosi anche dell'e-learning, predisposto dal centro «Luoghi di Prevenzione» di Reggio Emilia. Analogamente saranno coinvolti studenti del CDL in medicina di altri Atenei italiani suddivisi equamente per aree geografiche al fine di coinvolgere una popolazione di circa 600 studenti. I dati saranno raccolti dai coordinatori del gruppo di lavoro per l'elaborazione dei risultati.

Risultati attesi

Dalla casistica dei 48 Paesi che aderiscono alla *Global Health Professions Student Survey* emerge che, in 26 di questi, più del 20% degli studenti di medicina fumano mentre l'uso di altre forme di tabacco supera il 10% in 17 Paesi. Lo studio si propone di: 1) stimare la prevalenza di fumatori tra gli studenti italiani per stabilire un confronto con gli altri paesi europei; 2) verificare se l'intervento proposto sia in grado di migliorare l'attitudine e il comportamento riguardo al fumo.

Interventi di screening per la valutazione della capacità di guida in persone affette da patologie acute e croniche: una revisione sistematica di letteratura

*Marino M.**

Background e Obiettivi

Quando una patologia disabilitante viene identificata in un soggetto, la possibilità che lo stesso possa continuare a guidare non dipende tanto dalla diagnosi medica, quanto dalle conseguenze funzionali della malattia. L'invecchiamento della popolazione, la prevalenza delle patologie cronico degenerative, la complessa natura delle disabilità mentali e fisiche e il loro rapporto con la sicurezza nella guida, rendono necessari, per i professionisti di Sanità Pubblica, strumenti basati su prove di efficacia. L'efficacia di alcuni interventi nel prevedere la performance di guida in pazienti con condizioni acute o croniche invalidanti è oggetto di valutazione del nostro studio, svolto all'interno del Progetto Evidence Based Prevention del CCM.

Materiali e Metodi

Abbiamo condotto una revisione sistematica della letteratura secondo il Manuale RevMan 5 della Cochrane Collaboration. I criteri di inclusione degli studi sono stati i seguenti: 1) il disegno dello studio (RCT, RCT cluster, before/after, coorte e serie temporali interrotte); 2) la valutazione della capacità di guida attraverso esami fisici o neuropsicologici e/o test di guida su strada o mediante simulatori; 3) partecipanti con patologie acute o croniche o disabilità tali da incidere sulle prestazioni di guida; 4) outcome primari (incidenti stradali mortali e non); 5) outcome secondari (performance di guida).

* Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

Risultati

Dei 660 lavori selezionati, aggiornati al maggio 2010, 36 sono stati inclusi. Gli studi inseriti, suddivisi per condizione clinica sono: 13 riguardanti il morbo di Alzheimer ed il morbo di Parkinson, 8 per le malattie cardiovascolari, 10 per altre malattie neurologiche tra cui l'epilessia, 2 per la sindrome delle apnee notturne ostruttive del sonno, 3 per le lesioni cerebrali traumatiche. Classificati per disegno di studio, si tratta di 17 studi di coorte, 14 studi caso controllo e 5 studi quasi-sperimentali dei quali il 13% ha valutato l' idoneità di guida solo attraverso test di guida e l' 87% attraverso la combinazione di esami neuropsicologici e medici. Nessuno studio ha riguardato outcome primari.

Conclusioni

I risultati preliminari suggeriscono che gli interventi di screening clinici ed i test di guida sono utili ed apparentemente attendibili nella valutazione dell' idoneità alla guida, in soggetti con epilessia, ictus, Parkinson e demenza. Ulteriori ricerche sono necessarie per valutare l'impatto sulla riduzione del numero di incidenti stradali. Una sfida attuale nella prevenzione di incidenti stradali è rappresentata da un evidence-based ed intersettoriale per la valutazione di soggetti con patologie acute e croniche ed è auspicabile a tal fine l'utilizzo di strumenti di screening basati su prove di efficacia.

Il carcinoma della cervice uterina in Umbria

Buonora N. - Bernardini I.* - Stracci F.** - Minelli L.** - La Rosa F.****

Obiettivo

Analizzare i trend temporali delle lesioni cervicali, in situ ed infiltranti, mostrando i cambiamenti avvenuti a partire dal 1994 al 2008 (2001-2008 per i carcinomi in situ).

Materiali e metodi

I dati relativi al numero di nuovi casi sono quelli del database del Registro Tumori Umbro di

Popolazione (RTUP) e quelli relativi ai deceduti sono estratti dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) dell'Umbria. I trend temporali sono calcolati sui tassi per 100.000 abitanti standardizzati per sesso ed età, con la popolazione europea, con il metodo della «joinpoint regression» che consente di evidenziare i cambiamenti statisticamente significativi del trend e quantificare la variazione media annuale dei tassi (annual percent change = APC).

Risultati

L'analisi rivela una diminuzione regolare dell'incidenza dal 1994 al 2008, con un APC pari a -1.5 (95% IC -4.0; 1.1) cui si associa un analogo trend decrescente della mortalità (APC: -4.1; 95% IC -9.0;1.1). Il tasso di incidenza standardizzato con la popolazione europea passa dal 7.3 nel quinquennio 1994-

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Perugia.

** Dip. Spec. Med. Chir. e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia.

*** Registro Tumori Umbro di Popolazione.

1998 (fase pre-screening), a 6.2 nel quinquennio 2004-2008. Il tasso di mortalità segue lo stesso trend stabilizzandosi da 1.6 nel quinquennio 1994-98 a 1.0 nei due quinquenni successivi. Nell'anno 2008 si osserva un incremento del tasso di incidenza standardizzato (7.2) e un pur lieve aumento del tasso di mortalità (1.4). Tale inversione di tendenza può essere giustificata dall'aumentato di pazienti residenti straniere che rappresentano il 24.4% dei casi infiltranti e in situ incidenti nel 2008 a fronte del solo 9.4% nel 2002. Per i carcinomi in situ, la nostra analisi rivela invece un aumento significativo dell'incidenza nel periodo 2001-2008, con un APC pari a 4.9.

Discussione

Il trend favorevole osservato è legato alla diffusione dello screening e, probabilmente, al passaggio dallo screening opportunistico a quello organizzato nel 1999. L'aumento delle forme pre-invasive è verosimilmente dovuto sia alla maggiore adesione allo screening sia all'aumento di residenti straniere provenienti da paesi ad alta incidenza di lesioni HPV correlate. L'incremento della popolazione immigrata determina una variazione sfavorevole non significativa del trend di incidenza delle forme infiltranti e della mortalità negli anni più recenti.

La diffusione delle misure di prevenzione tra le donne immigrate appare fondamentale per il miglioramento del controllo del cancro della cervice uterina nei prossimi anni.

L'analisi dell'andamento temporale dei principali indicatori epidemiologici di frequenza dei tumori

maligni rappresenta un importante strumento di Sanità Pubblica, consentendo la valutazione degli effetti degli interventi sanitari intrapresi, dell'introduzione di strategie terapeutiche, interventi diagnostici e cambiamenti nello stile di vita.

Il consumo degli IPP nelle regioni italiane nel periodo 2001-2007: evidenze di uno studio empirico

Iodice L. - Damiani G.* - Federico B.** - Anselmi A.* - Ronconi A.*
Bianchi C.B.N.A.* - Silvestrini G.* - Navarra P.*** - Da Cas R.**** -
Raschetti R.**** - Ricciardi W.**

Introduzione

In Italia, la prevalenza di alcune importanti affezioni croniche dell'apparato gastrointestinale come la malattia da reflusso gastroesofageo e l'ulcera duodenale o gastrica si attesta attorno a circa l'8.5% ed al 3.5% rispettivamente. A fronte di ciò, la categoria di farmaci indicati per le malattie dell'apparato gastrointestinale ed il metabolismo costituisce tuttavia il secondo indice di spesa farmaceutica per il SSN (13% - 2,9 miliardi di € nel 2008), con gli inibitori di pompa protonica (IPP) come sottogruppo più rappresentativo (47% della spesa).

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è osservare il consumo di IPP nelle diverse Regioni italiane nel periodo maggio 2001 – dicembre 2007.

Materiali e metodi

I dati provengono dal flusso informativo di Federfarma, relativo alla dispensazione di farmaci di classe A-SSN, negli anni 2001-2007, per ogni Regione e Provincia Autonoma. I dati, pesati per sesso e per età, sono stati aggregati su base mensile per tutte le Regioni e PA, fino al 4° livello ATC (A02BC). È stato quindi studiato il consumo, espresso in DDD/1000 abitanti die, per mezzo di analisi statistiche descrittive ed inferenziali.

* Istituto di Igiene, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma, Italia.

** Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute, Cassino, Italia.

*** Istituto di Farmacologia, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma, Italia.

**** Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia.

Risultati

In Italia, il consumo è passato dalle 13.13 alle 34.99 DDD/1000 ab.die nel periodo considerato, con un aumento dell'indice medio di variazione mensile dell'1.47% nel primo triennio contro lo 0.93% del restante lasso di tempo. E' stata rilevata una grande variabilità nel livello del consumo tra le Regioni: nel 2001, la Toscana e la Sicilia hanno fatto registrare rispettivamente il minore ed il maggiore consumo (9.81-20.47 DDD/1000 ab.die). Nel 2007, la PA di Bolzano e la Sicilia hanno evidenziato i valori estremi (20.90-58.44). Le variazioni sono evidenti anche nel trend. In particolare, per il Piemonte la crescita mensile è stata dello 0.75% contro l'1.40% nei due periodi. In Campania si è assistito ad una maggiore crescita nel primo triennio mentre c'è stato un rallentamento della crescita nel secondo periodo (1.82% vs. 0.70%).

Conclusioni

Complessivamente, i consumi sono pressoché triplicati su tutta la Penisola nel periodo in oggetto, mentre il trend ha subito in alcune Regioni un rallentamento solo nel secondo periodo dell'osservazione. La grande variabilità regionale non appare giustificabile solo da differenze territoriali nella prevalenza della patologia. Ai fini della razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica, si configura dunque la necessità di garantire l'appropriatezza della prescrizione di questi farmaci. Sono state sviluppate all'uopo numerose politiche di regolamentazione che costituiranno elementi di approfondimento in successive indagini.

Chi deve pagare per cosa? L'opinione di un campione di italiani sul principio di solidarietà, sulla responsabilità del singolo individuo e sul finanziamento dei sistemi sanitari

Merla A. - Romano N.** - Mangerini E.*** - Scarcella C.***
Orizio G.** - Gelatti U.***

Introduzione

È in corso un dibattito riguardante il concetto di solidarietà e universalità dei sistemi sanitari europei, divenuti bersaglio di molteplici critiche a causa del crescente costo delle cure. Ciò ha comportato l'introduzione di diverse misure di controllo della spesa sanitaria. L'attenzione si è spostata anche sul ruolo del singolo individuo come determinante del proprio stato di salute.

Materiali e metodi

Si tratta di uno studio trasversale, condotto tra Luglio e Ottobre 2010, mediante somministrazione di un questionario anonimo ed auto-compilato ad un campione della popolazione residente nel territorio dell'Asl di Brescia. Il questionario era composto da una sezione anagrafica/abitudini di vita e da tre diverse aree di indagine: 1) conoscenze sul tema «prevenzione» e «salute»; 2) percezione di quanto il comportamento del singolo individuo e di determinati interventi sanitari possano prevenire l'insorgenza di patologie; 3) disponibilità ad investire risorse economiche in diversi settori sanitari e disponibilità della comunità a pagare per la cura di malattie causate da comportamenti voluttuari rischiosi e talvolta illegali.

* Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Brescia.

** Sezione di Igiene e Sanità pubblica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Applicata, Università degli studi di Brescia.

*** Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brescia.

Risultati

Sono stati raccolti 720 questionari (donne= 442, uomini= 278). L'età media è 39,7 anni (ds 14.6). Il 70% dei soggetti dispone del diploma di scuola superiore o laurea e il 59.3% circa dei soggetti ha figli.

Il 23% del campione è fumatore, il 21% ex-fumatore; il 4% beve alcol quotidianamente, il 41% occasionalmente. L'81% del campione pratica attività fisica regolarmente.

I risultati più significativi si osservano nella terza sezione di indagine. Il 37% dei soggetti ritiene che la collettività non debba pagare per la cura di malattie causate da comportamenti volontari e pericolosi; il 22% escluderebbe dalle cure mediche gratuite solo i soggetti con patologie derivate da attività illegali (come l'uso di droghe); un terzo del campione dichiara che cure mediche gratuite debbano essere fornite indistintamente a tutta la popolazione.

Discussione e conclusioni

Inaspettatamente, in un paese come l'Italia dove la tutela della salute è un diritto costituzionale, solo un terzo del campione ha dichiarato che l'assistenza sanitaria debba essere sempre fornita gratuitamente. Questo risultato suggerisce un viraggio dal principio di universalità delle cure verso un'idea di sistema sanitario ponderato sulla base del profilo comportamentale dell'individuo.

Questo potrebbe avere ripercussioni non solo sull'organizzazione dei sistemi sanitari ma anche sulle modalità di prevenzione che vedono nel cittadino un ruolo da protagonista.

Implementazione delle migliori evidenze scientifiche e applicazione di un modello «Comprehensive, Community and Home Based Health Care (CCHBHC)». Il caso della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Pieri G. - Albertini G.* - Bravi F.** - Franchino G.* - Luciano L.*
Randazzo C.*** - Fantini M.P.****

Introduzione

La BPCO rappresenta attualmente la quinta causa di mortalità e morbilità nei paesi sviluppati, costituendo un importante carico per l'assistenza sanitaria.

La letteratura internazionale ha evidenziato come l'implementazione di percorsi coordinati che prevedano integrazioni strutturate fra professionisti e fra *setting* assistenziali può portare ad una riduzione delle ospedalizzazioni non programmate e/o in urgenza dei pazienti affetti da BPCO e a un miglioramento della soddisfazione dei pazienti rispetto alla qualità dell'assistenza ricevuta.

Obiettivo generale di questo Progetto è implementare in tre Distretti dell'Ausl di Ravenna un modello «comprensivo», tipo CCHBHC, di presa in carico di pazienti affetti da BPCO. In una prima fase del Progetto obiettivi specifici erano:

- a) validare un Registro di patologia;
- b) attivare Ambulatori per Patologia Cronica (APC) per la gestione sul territorio dei pazienti con BPCO.

Metodi

Sono stati individuati nell'ambito territoriale dell'Azienda Usl di Ravenna tre Nuclei di Cure Primarie (NCP) afferenti ai tre Distretti di Lugo, Faenza e Ravenna, oggetto della sperimentazione.

Gli assistiti affetti da BPCO sono stati individuati attraverso un algoritmo che prevede l'utilizzo di informazioni derivate da fonti informative correnti (banca dati SDO, Assistenza Farmaceutica Territoriale, Registro aziendale dei

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna.

** Azienda Usl di Ravenna.

*** Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna.

pazienti in ossigenoterapia) opportunamente linkate. In una fase successiva i casi individuati attraverso l'algoritmo sono stati verificati con i dati presenti nelle cartelle cliniche dei medici di medicina generale (MMG).

Risultati

I pazienti con sospetta BPCO individuati dall'algoritmo erano 1890 per i tre NCP; 39 MMG su 49 coinvolti nel progetto hanno verificato i dati relativi ai loro assistiti, per un totale di 1458 pazienti (il 77,1 % di quelli individuati dall'algoritmo); di questi il 54,7 % è stato confermato dai MMG come affetto da BPCO, mentre il 18,6 % dovrà essere verificato richiamando i pazienti presso l'APC.

Il progetto prevede l'individuazione di team multidisciplinari per la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO individuati come sopra descritto, con il coinvolgimento dei diversi professionisti: MMG, pneumologi, infermieri ed operatori sociali.

Conclusioni

Il modello CCHBHC ha lo scopo di porre il paziente e la sua famiglia al centro delle cure e di valorizzare il contributo degli individui, della comunità e dei professionisti per una più efficace presa in carico dei pazienti affetti da BPCO.

Una fase preliminare della presa in carico integrata dei pazienti affetti da BPCO è la loro corretta individuazione con definizione della gravità della patologia. Successivamente i pazienti, a seconda dei loro bisogni assistenziali, potranno essere indirizzati a una corretta presa in carico complessiva.

Malattie Cardiovascolari e attività fisicometabolica come strumento di prevenzione e terapia

Ruggiero Perrino N. - Improta G.* - Amatore M.R.* - Amato A.* - Voza N.*
Spagnuolo D.* - Palladino R.* - Sellitto E.* - Pascucci R.* - De Pascale T.*
Ciavattone D.* - Raiola E.* - Onza C.* - Martino D.* - Buonocore R.*
Germano A.* - Passaro M.* - Pennacchio F.* - Savoia F.* - Buonocore R.*
Diana M.V.* - Ottaiano E.* - Silvestro T.* - Marsilia A.* - Granata A.*
Lionetti R.*** - D'Ambra M.*** - Dilillo S.*** - Capasso S.*** - Pelaggi D.***
Rutigliano M.*** - Russo M.*** - Crolla E.*** - Di Silverio P.*** - Danzi M.***
Reggio S.*** - Grimaldi L.*** - Ferulano G.P.*** - Triassi M.***

Introduzione

I pazienti obesi hanno un rischio elevato di sviluppare una sindrome metabolica caratterizzata da iperglicemia, ipertensione arteriosa, ipertrigliceridemia, basso colesterolo HDL e valori di colesterolo LDL che li espongono al rischio di cardiopatia ischemica o, in generale, di aterosclerosi. La pratica regolare dell'esercizio fisico contrasta efficacemente questi processi inducendo vantaggi che portano ad una correzione dell'insulino-resistenza. L'esercizio fisico di tipo aerobico agisce su tutti gli aspetti della sindrome a cominciare dall'obesità viscerale; è particolarmente utile nei soggetti con intolleranza ai carboidrati o con diabete mellito di tipo 2 e/o sindrome metabolica. E' possibile raggiungere il duplice obiettivo di ridurre la mortalità e la morbilità correlate con la sindrome metabolica e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Materiali e Metodi

L'analisi post-hoc degli effetti a lungo termine dell'incremento della spesa energetica (espressa come METs-ora/sett), mediante attività fisica aerobica, è stata effettuata su 179 soggetti con diabete di tipo 2 (età 62 ± 1 anni), selezionati in maniera random per un intervento intensivo di counselling per l'attività fisica. I soggetti sono stati seguiti per 2 anni e suddivisi in 6 gruppi in base all'incremento di EE espresso in METs-ora/sett: GRUPPO 0 (nessuna attività; 28 soggetti); ,GRUPPO 1-10 (6.8 ± 0.3 ; 27 soggetti), GRUPPO 11-20 (17.1 ± 0.4 ; 31

* Dipartimento di Scienze Mediche Preventive, Università «Federico II», Napoli.

** Dipartimento Assistenziale di Igiene Ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità, Azienda Ospedaliera Universitaria «Federico II», Napoli.

*** Dipartimento di Patologia Sistemica, Università «Federico II», Napoli.

soggetti), GRUPPO 21-30 ($27\pm 0,5$, 27 soggetti), GRUPPO 31-40 ($37,5\pm 0,5$; 32 soggetti) e GRUPPO >40 ($58,3\pm 1,8$; 34 soggetti).

Risultati

Prima dell'intervento, i 6 gruppi non differivano per EE volontaria, età, sesso, durata del diabete e tutti i parametri misurati. Dopo 2 anni, nel gruppo G0 non è variato in maniera significativa nessun parametro; nel gruppo G1-10 è diminuita la pressione arteriosa diastolica ($p=0,016$); nei gruppi G11-20, G21-30, G31-40 e G >40 sono diminuiti la circonferenza vita, l'HbA1c, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, il colesterolo totale, i trigliceridi e si è ridotto il rischio cardiovascolare (%) stimato a 10 anni ($p < 0,05$). Nei gruppi G 21-30, G 31-40 e G >40 inoltre, sono migliorati il peso corporeo, la glicemia a digiuno, il colesterolo LDL e HDL ($p < 0,05$). Il quantitativo di METs-ora/sett si correlava positivamente con la variazione del colesterolo HDL e negativamente con quelli degli altri parametri ($p < 0,001$).

Conclusioni

Una spesa energetica >10 METs-ora/sett, ottenuta attraverso l'esercizio di attività fisica aerobica, è sufficiente per migliorare diversi parametri della sindrome metabolica, ma solo una spesa superiore a 20 METs ora/sett consente di ottenere tutti i benefici dell'attività fisica.

Incentivare la prevenzione per ridurre l'incidenza di ictus

Mallamace N.R. - Pasqua C.* - Barillà D.***

Obiettivi

Obiettivo dello studio è analizzare i fattori di rischio associati allo sviluppo di patologie cerebrovascolari al fine di individuare possibili strategie preventive.

Materiali

È stata effettuata una review della letteratura pubblicata su MEDLINE fino al 2010. Sono stati selezionati gli studi più rilevanti, dai quali sono stati estratti i dati standardizzati per riassumere i risultati clinici, economici e costo-beneficio della prevenzione sulle patologie cerebrovascolari.

Riassunto

Nonostante il recente calo dei tassi di incidenza e di mortalità correlata, l'ictus rimane ancora oggi la terza principale causa di morte negli USA.¹ Circa 160.000 americani muoiono ogni anno per ictus; circa 700.000 ictus si verificano ogni anno negli USA dei quali circa 500.000 sono nuovi ictus e circa 200.000 sono ictus ricorrenti.² La prevalenza dell'ictus aumenta chiaramente con l'età: si verifica nell'8.1% dei pazienti di età superiore ai 65 anni e nello 0.8% dei pazienti in età compresa tra i 18 e i 44 anni.³ Non vi è differenza di prevalenza tra i due sessi. Vi è una maggiore prevalenza tra i pazienti con un minore grado d'i-

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Messina.

** Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare, Università degli Studi di Messina.

¹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Stroke facts and statistics. 2/9/2007.

² *Idem.*

³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Prevalence of stroke—United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2005; 56:469-674.

struzione verificandosi nel 4,4% dei pazienti con meno di 12 anni di istruzione obbligatoria contro l'1,8% dei laureati.⁴ La prevalenza dell'ictus varia anche in ragione della razza (Nativi Americani 6.0%, Afro-American 4.0%, origini multirazziali 4.6%, Caucasici 2.3%).⁵ Ipertensione, dislipidemia (colesterolo totale e LDL), diabete e tabagismo sono strettamente correlati con un aumento in prevalenza per ictus.⁶ La prevalenza di patologia cerebrovascolare è notevolmente più elevata nei pazienti con patologia vascolare periferica o coronaropatia.⁷ Le stime attuali suggeriscono che l'87% degli ictus è di natura ischemica e il 13% di natura emorragica (ugualmente suddivisi in emorragia sub-aracnoidea ed intracranica).⁸ Gli ictus ischemici possono essere suddivisi in diversi sottogruppi: correlati a patologia aterosclerotica 14.5% (7.3% aterosclerosi intracranica, 7.3% aterosclerosi extracranica), lacunare 19.6%, di natura cardioembolica 19.6%, a cause miste 1% e il restante 45% di natura criptogenetica.⁹ I pazienti che sopravvivono all'evento acuto presenteranno una spettanza di vita notevolmente ridotta.¹⁰ Tuttavia le sole statistiche sulla mortalità sottostimano ampiamente il reale impatto socioeconomico dell'ictus. Solo il 50-70% dei sopravvissuti all'ictus riacquistano un'indipendenza funzionale, il 15-30% rimane permanentemente disabile, e il 20% richiede assistenza presso istituti di cura 3 mesi dopo l'insorgenza dell'ictus.¹¹ E' stato stimato che la spesa sanitaria media per ogni paziente colpito da ictus è di 140.000 \$ nel 2007, la spesa nazionale per l'ictus quindi raggiunge i 62.7 miliardi di dollari.¹²

Conclusioni

Non esistendo una cura ed essendo i neuroni cellule perenni, la prevenzione è la migliore strategia terapeutica dell'ictus. Trattamento e assistenza ai pazienti già colpiti da malattia hanno raggiunto ottimi livelli, e ciò ha permesso di ridurre il numero di morti, ma le strategie di prevenzione non sono ancora adeguate e questo, unitamente all'invecchiamento della popolazione, ha determi-

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

⁶ Curb JD, Abbott RD, Rodriguez BL, et al: High density lipoprotein cholesterol and the risk of stroke in elderly men, the Honolulu Heart Program. *Am J Epidemiol* 2004; 160:150-157.

⁷ Alexandrova NA, Gibson WC, Norris JW, Maggiano R: Carotid artery stenosis in peripheral vascular disease. *J Vasc Surg* 1996; 23:645-649.

⁸ Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Prevalence of stroke—United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 56:469-674.

⁹ White H, Boden-Albala B, Wang C, et al: Ischemic stroke subtype incidence among whites, blacks, and Hispanics: the northern Manhattan experience. *Circulation* 2005; 111:1327-1331.

¹⁰ Rosamund W, Flegal K, Friday G, et al: Heart Disease and Stroke Statistics—2007: a report from The American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Committee. *Circulation* 2007; 115:e69-e171

¹¹ *Idem.*

¹² *Idem.*

nato un incremento dei casi di malattia. In questo particolare momento di economizzazione delle risorse disponibili risulta fondamentale incentivare la prevenzione di massa ed individuale al fine di arginare le enormi spese legate alla cura e alla riabilitazioni della patologia. Agire sui fattori di rischio modificabili significa promuovere campagne rivolte alla popolazione generale per sensibilizzarla circa l'importanza di controllare l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia e per incoraggiare l'abolizione del fumo. Inoltre, nella popolazione a rischio bisognerebbe attivare protocolli di screening: controllo regolare della pressione arteriosa e almeno una volta l'anno esame completo del sangue, visita cardiologia, doppler dei vasi cervicali, visita neurologica.

Indagine sui bisogni di salute di invalidi e disabili: modello di applicazione dell'analisi bio-psico-sociale dell'OMS nel Nord Sardegna

Delrio S. - Burrai V.* - Cadau R.** - Cosseddu C.* - Congiu M.****

Introduzione

L'aumentata prevalenza delle patologie cronicodegenerative nei paesi occidentali ha comportato un parallelo incremento della disabilità. Tuttavia, conoscere la disabilità e le sue problematiche non è sempre facile, non risultando spesso inquadrata in modo standardizzato, condiviso e confrontabile. In mancanza di un'analisi scientifica multidimensionale risulta impossibile indirizzare in modo appropriato le politiche sanitarie.

Obiettivo

Il progetto, recentemente finanziato dalla Regione Sardegna, si propone di conoscere i bisogni sanitari/formativi/sociali di invalidi e disabili del Nord Sardegna, di età compresa dai 18 ai 64 anni (target primario); valutare l'adeguatezza dei servizi offerti; proporre agli Enti locali e regionali interventi adeguati. Si prevede uno studio di fattibilità per l'eventuale ampliamento del target primario.

Materiali e Metodi

Per la valutazione della disabilità, in coincidenza con la convocazione dei disabili presso la Commissione medica ASL n. 1, si è applicata la check list dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'OMS che, mediante linguaggio standard semplice, descrive alterazioni in fun-

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università degli Studi di Sassari.

** Scuola di Dottorato in Scienze Biomediche, Indirizzo Sanità Pubblica.

*** Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute.

zioni e struttura fisica, livello di capacità e performance nell'ambiente di vita, secondo il modello biopsicosociale. Si sono programmati incontri e stabiliti contatti per la costruzione del network «Facoltà dell'Università di Sassari-ASL-Associazioni Volontariato-Enti Locali». La formazione dei medici valutatori ha previsto la partecipazione ai corsi S.I.M.F.E.R (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa).

Risultati

L'attività di coordinamento e divulgativa ha consentito di costruire la rete di contatti per il reclutamento dei disabili e il futuro ampliamento del target primario. Dopo l'identificazione dei referenti e la formazione dei medici valutatori, lo studio, in fase iniziale, ha coinvolto 278 disabili, il 64% di sesso femminile, il 30,2% di età compresa tra 46 e 60 anni, titolo di studio «secondaria inferiore» nel 37,9%, con una media di 7,8 anni di studio. Il 58,6% è sposato/a; il 35,4% del campione in età lavorativa svolge attività remunerativa, il 31,3% è inoccupato per ragioni di salute.

Conclusioni

Pur nella complessità della applicazione dello strumento ICF, sono emerse le sue potenzialità: utilizzo di un linguaggio comune e standardizzato, versatilità, completezza e accuratezza dei dati. L'analisi preliminare rivela complessivamente un basso livello di istruzione tra i disabili e conferma la prevalenza della disabilità nel sesso femminile, aspetti che richiederanno un accurato approfondimento. L'attenzione e la disponibilità dei diversi enti nella realizzazione del network ha confermato la necessità di approfondire le conoscenze sulla disabilità attraverso strumenti scientifici standardizzati, in grado di orientare le scelte dei decisori politici.

Incidenza e costi degli ictus versus l'infarto acuto del miocardio in Italia

Gimigliano A. - Prisco Piscitelli** - Marinelli A.**

Obiettivi

Lo scopo dello studio è stato quello di paragonare l'incidenza ed i costi dell'ictus vs. l'infarto del miocardio acuto nella popolazione Italiana.

Materiali e Metodi

Sono state analizzate le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per le diagnosi di infarto del miocardio acuto, di ictus emorragico ed ischemico e di attacco ischemico transitorio (TIA) tra il 2001 ed il 2005. I pazienti sono stati stratificati per sesso e gruppi di età (45-64, 65-74, >75 anni). L'analisi dei costi è stata basata sui DRG.

Risultati

Nel 2005 vi sono stati 187.883 ricoveri per ictus ischemici, emorragici e TIA, con un incremento del +4.9% rispetto al 2001 dovuto ad un incremento del +16.2% della popolazione ultrasessantacinquenne. I ricoveri ospedalieri secondari ad ictus emorragici sono stati 30.263 nel 2005 e 27.613 nel 2001, con un aumento del +8.7% rispetto al 2001. I ricoveri ospedalieri secondari ad ictus ischemici e TIA sono stati rispettivamente 109.707 e 47.913 nel 2005, con un incremento del +12.8% per gli ictus ischemici ed un decremento del -13.6% per i TIA rispetto al 2001. I costi sostenuti per gli ictus nel 2005 sono stimati a circa 641 milioni a cui vanno sommati i costi della riabilitazione che hanno raggiunto circa i 3 bilioni di Euro nel 2005 (+13.3% vs. 2001). La popolazione ultrases-

* Seconda Università degli Studi di Napoli.

** Università di Firenze - Centro di Ricerche ISBEM, Brindisi.

santacinquenne è stata responsabile del 50% dei costi totali. Nel 2005 sono stati registrati 118.750 ricoveri dovuti all'infarto acuto del miocardio, per un costo totale di 370 milioni di Euro, a cui vanno sommati i costi della riabilitazione che sono stati di 525 milioni di Euro nel 2005 (+20.1% vs. 2001).

Conclusioni

L'incidenza ed i costi degli ictus in Italia sono maggiori di quelli dell'infarto acuto del miocardio.

La formazione in salute globale per i professionisti di sanità pubblica: scenari attuali e prospettive future

Di Girolamo C. - Bodini C.* - Franchino G.* - Camplone I.**

È ormai noto come i processi della globalizzazione, influenzando fattori di ordine sociale, economico, politico, culturale e biologico, abbiano un forte impatto sulla salute. Inoltre, la crescente interdipendenza tra Paesi rende sempre più necessari una visione e degli strumenti operativi che trascendano i confini nazionali per abbracciare prospettive di promozione della salute e dell'equità a livello globale. Infine, anche i confini disciplinari appaiono oggi inadeguati ad affrontare le sfide poste da società sempre più articolate e complesse.

Nel suo rapporto finale, la Commissione sui Determinanti Sociali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, denunciando le crescenti disuguaglianze in salute tanto nei paesi a basso reddito quanto in quelli a sviluppo avanzato, richiama il ruolo cruciale della formazione dei sanitari nella promozione e nel miglioramento della salute della comunità.

Tuttavia, l'attuale percorso formativo dei professionisti sanitari, e degli specialisti in Igiene e Medicina Preventiva che sono tra i più diretti interessati per i ruoli di pianificazione, coordinamento e gestione degli interventi per la salute della popolazione, non prevede insegnamenti che possano essere inquadrati nell'ambito della «salute globale», intesa come un nuovo paradigma radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali, fortemente improntato alla multidisciplinarietà e orientato verso una maggiore equità a livello sia nazionale che internazionale.

In Italia, l'offerta formativa in questo ambito è ad oggi inadeguata e poco o per nulla integrata nei curricula ufficiali pre e post laurea. I corsi attinenti, ove esistono, sono per lo più offerti come attività didattiche opzionali, o talvolta come moduli di percorsi di formazione continua per professionisti sanitari.

All'interno di questo panorama, si è costituita la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), composta da accademici e studenti di diverse Facoltà (sanitarie e non), medici in formazione specialistica, ONG, associazioni studentesche e società scientifiche tra cui la Consulta degli Specializzandi della SItI.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna.

Obiettivo principale della RIISG è promuovere l'insegnamento della salute globale sia a livello accademico, attraverso il rafforzamento dell'offerta formativa opzionale e il progressivo inserimento di argomenti e approcci di salute globale nei curricula ufficiali dei Corsi di Laurea di area sanitaria e nelle Scuole di Specializzazione mediche, sia a livello professionale.

Le attività finora svolte hanno portato alla mappatura dell'offerta formativa a livello nazionale, all'elaborazione di obiettivi formativi e di un curriculum standard, alla realizzazione di un evento di formazione dei formatori, all'ampliamento e al consolidamento della Rete stessa al fine di migliorare e armonizzare l'offerta formativa in salute globale.

II SESSIONE

Epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive.
Quali le possibili novità?

Sintomatologia associata alla positività ad A/H1N1v durante la pandemia 2009

Antolini R. - Bocconi C.* - Giordano R.* - Lalic T.* - Manotti P.*
Mariotti F.* - Odone A.* - Riccò M.* - Trabacchi V.* - Pasquarella C.*
Signorelli C.* - Tanzi M.L.**

Obiettivi

A partire dal secondo trimestre 2009 ha avuto inizio la sorveglianza epidemiologica per il virus influenzale A/H1N1v. Anche il Laboratorio di Virologia del Dipartimento di Sanità Pubblica (sezione di Igiene) dell'Università degli Studi di Parma ha collaborato a tale attività relativamente al territorio occidentale della Regione Emilia Romagna (RER) (province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena). Di seguito verranno presentati i risultati di tale attività, ponendo in rilievo i dati relativi agli aspetti clinici e sintomatologici.

Materiali e Metodi

Fra aprile 2009 e 2010, sono stati notificati un totale di 2.019 segnalazioni, equivalenti a 2.269 tamponi faringei. I dati personali e le informazioni cliniche contenute nelle relative schede di notifica sono stati quindi analizzati retrospettivamente, con lo scopo di evidenziare eventuali aspetti sintomatologici associati all'infezione da virus A/H1N1v. E' stata quindi eseguita un'analisi univariata tramite test chi quadro per le variabili dicotomiche, mentre le variabili continue (ad es. età alla notifica, durata dei sintomi ...) sono state confrontate tramite t test di Student. In entrambi i casi la soglia di significatività statistica è stata posta a 0,05. L'eventuale associazione fra infezione A/H1N1v ed il quadro sintomatologico è stato quindi studiato tramite calcolo del corrispondente valore di OR con relativo Intervallo di Confidenza al 95%, sia con modello univariato che multivariato (regressione binaria logistica). Infine, la popolazione oggetto dell'indagine è stata stratificata sulla base dell'età al momento della notifica, con determinazione dei corrispondenti valori di Hazard Ratio rispetto alle variabili sintomatologiche indagate.

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università degli Studi di Parma.

Risultati

Nel complesso, 504 campioni sono risultati positivi per virus A/H1N1v: la durata dei sintomi era stimabile in $2,7 \pm 2,6$ giorni (nei soggetti negativi: $3,6 \pm 4,2$ giorni, $p < 0,0001$). Complessivamente, i sintomi più frequentemente associati alla positività per il virus influenzale erano cefalea (OR 1,31 IC95% 1,03-1,67), congiuntivite (OR 2,05 IC95% 1,17-3,58), mialgie (OR 1,36 IC95% 1,08-1,71), febbre (OR 1,43 IC95% 1,03-1,98), mal di gola (OR 1,25 IC95% 1,01 - 1,55), raffreddore (OR 1,37 IC95% 1,09-1,73), tosse secca (OR 1,66 IC95% 1,33 - 2,08), mentre il semplice reperto di astenia era significativamente non associato alla diagnosi di positività per influenza (OR 0,75 IC95% 0,59 - 0,95). In un modello multivariato, permaneva un'associazione statisticamente significativa fra positività per virus A(H1N1)v e mialgia (OR 1,51 IC95% 1,09 - 2,07) e tosse secca (OR 1,83 IC95% 1,43 - 2,34), ed ugualmente si confermava la correlazione negativa con l'astenia (OR 0,59 IC95% 0,45-0,78). Una volta stratificati i dati disponibili in base all'età dei pazienti alla diagnosi, emergeva di contro come nella popolazione di età inferiore ad un anno il solo parametro associato a positività per A/H1N1v sia rappresentato dalla rinorrea (HR 1,81 IC95% 1,05 - 3,12). Nell'adulto, infine, si osservava un'associazione significativa fra positività e dispnea (per la fascia d'età 35-64 anni, HR 1,47 IC95% 1,07-2,02; per la fascia d'età ≥ 65 anni, HR 5,63 IC95% 2,24-14,1).

Conclusioni

La definizione di ILI, (influenza-like illness), utilizzata per la sorveglianza epidemiologica prevede la contemporanea presenza di un sintomo sistemico ed uno respiratorio in aggiunta alla presenza di una temperatura superiore ai 38°C. Nella nostra casistica è risultata predittiva di positività la contemporanea presenza di tosse secca e mialgia, indipendentemente dalla presenza di febbre.

Efficacia e sicurezza del vaccino pandemico A H1N1. Risultati di una revisione sistematica e meta-analisi

D'Addario M. - De Vito C.**

Introduzione

Da aprile 2009 ad agosto 2010 più di 214 Paesi hanno segnalato casi di influenza pandemica H1N1 confermati in laboratorio ed oltre 18.449 decessi. La vaccinazione rappresenta lo strumento più importante per ridurre la morbilità, la mortalità e le spese economiche dovute alle pandemie influenzali. Questa meta-analisi è stata condotta con lo scopo di valutare: i tassi di sieroconversione, per età, nelle diverse formulazioni del vaccino; la dose minima che induce una immunogenicità soddisfacente; se la seconda dose aumenta in maniera significativa l'immunogenicità; se il vaccino adiuvato induce una maggiore immunogenicità rispetto al non adiuvato; se l'alluminio è più o meno immunogeno rispetto agli altri adiuvanti (MF-59, AS03). Sono stati inoltre analizzati la sicurezza e gli eventi avversi più comuni del vaccino.

Metodologia

La ricerca bibliografica dei trials clinici randomizzati è stata condotta sui maggiori database elettronici e integrata con una ricerca manuale, senza limiti di lingua. La combinazione statistica dei risultati è stata effettuata tramite *proportion meta-analysis* per sintetizzare i tassi di sieroconversione e meta-analisi diretta per i confronti tra differenti composizioni.

Risultati

22 trial clinici randomizzati hanno riportato dati sull'immunogenicità per

* Sezione Igiene - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

un totale di 20.631 soggetti, di cui 19.068 hanno ricevuto almeno una dose di vaccino. Per quasi tutte le formulazioni, l'efficacia del vaccino è stata maggiore tra gli adulti e gli adolescenti rispetto agli anziani ed ai bambini. Tra gli adulti e gli adolescenti, tutti i dosaggi dei vaccini split hanno mostrato di indurre una risposta immunitaria ottimale (79-100%) anche dopo una prima o singola dose, mentre per gli anziani ed i bambini sono state necessarie dosi di almeno 15mg per ottenere tassi di siero conversione pari al 70%. Complessivamente tra i vaccini adiuvati, a parità di dosaggio, quelli contenenti emulsionati hanno mostrato una maggiore risposta rispetto a quelli adiuvati con alluminio. Gli eventi avversi sono risultati contenuti, con una più elevata probabilità di accadimento di eventi avversi sia locali che sistemici e di dolore al sito di iniezione del vaccino.

Conclusione

Una singola dose di vaccino split è sufficiente a conferire una adeguata sieroprotezione per gli adulti ed adolescenti sani, mentre gli anziani e soprattutto i bambini possono necessitare di due dosi di vaccino non adiuvato. Se si utilizzano vaccini con adiuvanti emulsionati, una sola dose a partire da 1.875mg può essere sufficiente a conferire una adeguata sieroprotezione. Inoltre, tutte le formulazioni sono state ben tollerate a qualsiasi dosaggio e con qualunque degli adiuvanti utilizzati.

Studio della conoscenza del vaccino anti-HPV e dell'adesione alla vaccinazione

Clori G. - Giuliani A.R.* - De Felice M.** - Scatigna M.**
Fabiani M.*** - Fabiani L.**

Obiettivi

Lo scopo del nostro studio è stato quello di rilevare il grado di conoscenza di una coorte di madri di dodicenni sulla vaccinazione anti-HPV, come determinante dell'adesione alla vaccinazione stessa.

Metodi

Per la rilevazione dei dati vaccinali è stato utilizzato il database elettronico del centro vaccinale della ASL de L'Aquila, mentre per la valutazione delle conoscenze sulla vaccinazione anti-HPV è stato messo a punto e validato un questionario distribuito alle madri di alunne dodicenni frequentanti la prima media, in 7 scuole del territorio della ASL dell'Aquila. La valutazione delle diverse associazioni tra variabili è stata effettuata mediante il *test chi-quadrato*.

Risultati

La adesione alla vaccinazione per l'anno 2008 è risultata del 62,3% (fonte ISS). Per quanto riguarda il 2009 i dati di adesione hanno subito un notevole calo a causa dell'evento sismico, infatti solo un terzo delle ragazze ha completato il ciclo vaccinale. Della coorte successiva solo 99 (26% delle residenti) hanno effettuato la prima dose. Dei 346 questionari distribuiti il 90% (312) sono stati restituiti compilati. Il 69% del campione di madri ha dichiarato di aver

* Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi de L'Aquila.

** Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica (MISP), Università degli Studi de L'Aquila.

*** A.S.L. n° 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila.

sottoposto la propria figlia alla vaccinazione anti-Hpv, coerentemente con i dati di copertura vaccinale abruzzese per il 2008. Della restante percentuale di madri, che non hanno ancora sottoposto le figlie alla vaccinazione, il 67% dichiara di avere intenzione di farlo il 33% di non volerlo fare, tale differenza non è risultata significativa al test del chi-quadro con correzione di Fisher. Il 98% delle madri conosce l'esistenza di un vaccino contro l'Hpv, mentre solo il 20% ha chiara la relazione tra infezione da Hpv e cancro della cervice uterina. Le madri che hanno vaccinato le proprie figlie contro l'Hpv hanno anche effettuato le vaccinazioni antimorbillo (64%), antiparotite (61%) e antirosolia (63%). Quasi tutte le madri (92%) sanno che la vaccinazione non esime dall'esecuzione del Pap test. Il 70% è informato sulla modalità di trasmissione per via sessuale dell'infezione da Hpv, solo il 29% sa che l'infezione può coinvolgere anche il sesso maschile. Le informazioni sulla vaccinazione sono state ottenute per il 51% dei casi dal servizio vaccinazioni in occasione di altri appuntamenti di profilassi vaccinale, e per il 41% dal pediatra. Il 54% delle madri dichiara di avere avuto informazioni sufficienti mentre l'84% auspica un approfondimento delle conoscenze.

Conclusioni

Per incrementare l'adesione alla vaccinazione sarebbe opportuna una maggiore informazione attraverso i media, la scuola, il medico di famiglia e i dipartimenti di prevenzione.

Analisi della sicurezza a breve termine della vaccinazione anti-HPV con Gardasil: dati preliminari

Mallamace N.R. - Barillà D.** - Pasqua C.**

Obiettivi

Il nuovo vaccino contro il papillomavirus umano sembra avere grandi potenzialità. L'indicazione è basata sulla dimostrazione di efficacia del vaccino tetravalente Gardasil in donne adulte di età compresa tra 16 e 26 anni e in bambini ed adolescenti di età compresa tra 9 e 15 anni.¹ La vaccinazione è indicata per la protezione contro le patologie causate dal Papillomavirus Umano (HPV) di tipo 6, 11, 16 e 18. L'HPV tipi 16 e 18 sono responsabili di circa il 70% dei casi sia di cancro del collo dell'utero, sia di lesioni precancerose HPV-correlate della vulva e della vagina. L'HPV tipi 6 e 11 sono responsabili di circa il 90% dei casi di condilomi genitali. Il nostro studio esamina la sicurezza a breve termine di tale vaccinazione nonostante restino ancora domande aperte circa la sicurezza e l'efficacia oltre i 5 anni, specialmente per le ragazze di 11 e 12 anni individuate come gruppo target per la vaccinazione da parte delle Autorità Sanitarie.²

Materiali e Metodi

L'8 marzo 2008 l'ASP di Messina, come previsto dalla regione Sicilia, ha avviato la campagna vaccinale contro l'HPV offrendo gratuitamente e attivamente il vaccino Gardasil alle dodicenni e tredicenni. Per le ragazze di età compresa tra 14 e 26 anni (coorti '82-'95) è stato reso disponibile il vaccino in regime di Co-Payment. Gardasil viene somministrato in tre dosi: tempo 0, 2 mesi e 6 mesi. I soggetti vaccinati sono stati monitorati sulla base della sorveglianza effettuata tramite la scheda di vaccinazione contenente una sezione relativa alle reazioni avverse riferite.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi Messina.

** Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare, Università degli Studi Messina.

¹ EMEA, RCP Gardasil, 2006.

² Harvard Women's Health Watch, 2007.

Riassunto

Nel 2008, anno di avvio del programma vaccinale nazionale, l'UOS Prevenzione Vaccinale ME dell'ASP di Messina ha vaccinato 342 soggetti, di questi 25 dopo la dose iniziale hanno abbandonato il programma. Delle vaccinate in studio (317 rimanenti), 106 soggetti (33.4%) hanno terminato il ciclo vaccinale entro l'anno, 164 soggetti (51.8%) hanno effettuato le prime due dosi e 47 soggetti (14.8%) solo la prima dose nell'anno 2008. Come tutti i vaccini, Gardasil può causare effetti indesiderati sebbene non si siano registrati di frequente (4,7%). I maggiori eventi indesiderati verificatisi sono reazione locale al sito di iniezione (3.3%) e disturbi sistemici lievi (1.4%) quali cefalea e nausea con una più frequente comparsa dopo la prima o la seconda dose (80% del totale delle reazioni) rispetto all'ultima. Sul totale dei vaccinati dopo la prima dose abbiamo l'1.9% di eventi avversi (4 soggetti con reazioni locali e 2 con lievi sintomi generali); la stessa percentuale (1.9%) viene registrata dopo la seconda dose (4 soggetti con reazioni locali, 1 soggetto con cefalea e nausea e 1 soggetto con febbre >38°C); dopo la terza dose ritroviamo lo 0,9% di reazioni (2 soggetti con reazioni locali e 1 soggetto con reazione locale e lieve sintomatologia generale).

Conclusioni

Il vaccino contro il papillomavirus umano (HPV) è una grande scoperta medica, che potrebbe in futuro salvare migliaia di vite ogni anno nel mondo, ma bisogna ricordare che non è la soluzione perfetta al problema cancro della cervice.³ Pertanto, è importante che le donne continuino a sottoporsi regolarmente al PAP test e a prendere precauzioni contro le malattie sessualmente trasmesse.

³ Harvard Women's Health Watch, 2007

Valutazione dell'impatto di interventi di Sanità Pubblica: l'abolizione del Libretto di Idoneità Sanitaria per gli Alimentaristi e l'incidenza delle tossinfezioni alimentari

*Silenzi A.**

Background e Obiettivi

Il libretto di idoneità sanitaria per alimentaristi (LISA), pur essendo una pratica rimasta in vigore per molto tempo dalla sua istituzione obbligatoria e normata per legge, è una misura di sanità pubblica non basata su prove di efficacia. Già dal 1989, infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) segnalava come questa pratica preventiva non fosse efficace e dal 1993 l'Unione Europea (UE) ha stabilito che il personale alimentarista dovesse necessariamente essere istruito e aggiornato in materia di igiene dei prodotti alimentari sotto la responsabilità dei titolari d'azienda.

Non senza difficoltà quindi, ed in tempi diversi, a partire dal 1998 le regioni italiane (più le province autonome di Trento e Bolzano) hanno sospeso o abolito il rilascio del LISA, a favore di corsi di formazione. Il nostro studio vuole dimostrare come l'adozione di tale abolizione si sia rivelata efficace nel ridurre nelle regioni italiane.

Materiali e Metodi

Abbiamo costruito uno studio pre-post, utilizzando come variabile di esposizione l'abolizione dei LISA e come variabile di effetto l'incidenza delle tossinfezioni alimentari.

Dalla banca dati del Ministero della Salute sono stati raccolti i dati riguardanti tutti i casi di salmonellosi, febbre tifoide, epatite A, listeriosi, diarrea infettiva e brucellosi verificatisi in Italia dal 1996 al 2007 ed È stato calcolato il tasso standardizzato di incidenza suddiviso per regione. In base all'anno di sospensione o abolizione del rilascio del LISA per ogni regione si è valutato, con

* Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

il test del chi quadrato, se questa misura fosse correlabile in maniera statisticamente significativa all'incidenza delle suddette tossinfezioni alimentari.

Risultati

L'analisi condotta ha mostrato come la sospensione o abolizione del rilascio del LISA si associ in maniera statisticamente significativa, in 19 delle 21 entità territoriali prese in considerazione, alla riduzione dell'incidenza delle tossinfezioni alimentari scelte come indicatore (il valore del Chi² varia da un minimo di 14.030 ad un massimo di 2309.237; gl: 6 ; $p < 0.05$).

Conclusioni

Lo studio presenta sicuramente limitazioni (fallacia ecologica, difficoltà di assegnare alla sola esposizione l'effetto sulla riduzione nella variabile di outcome, sottotifica dei casi di tossinfezione,...), ma suffraga la necessità di supportare le scelte di sanità pubblica con robuste prove di efficacia. Nello specifico delle malattie trasmissibili con gli alimenti occorrerà concentrarsi sullo sviluppo di corsi di formazione che forniscano agli alimentaristi le conoscenze, in tema di normativa e di sicurezza igienica, necessarie per garantire la salubrità degli alimenti lungo tutta la filiera e quindi la salute del consumatore.

Epidemiologia della tubercolosi in Puglia sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive

Guacero A. - Carbonara D.* - Lanotte S.* - Quarto M.***

Obiettivi

Stimare l'incidenza della tubercolosi in Puglia dal 2001 al 2009 attraverso l'analisi dei dati del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati tutti i casi di tbc polmonare ed extrapolmonare notificati in classe III da tutte le ASL pugliesi, nel periodo compreso tra il 2001 e il 2009 e registrati nel sistema informatizzato delle malattie infettive (SIMI).

Ai fini del calcolo del tasso d'incidenza è stata utilizzata la corrispondente popolazione Istat, per ciascun anno considerato.

Risultati

Nel periodo 2001-2009, nella Regione Puglia si è osservata una progressiva riduzione dell'incidenza dei casi di tubercolosi, passando da 5,2 casi per 100.000 abitanti del 2001 ai 3,4 del 2009. Negli ultimi 3 anni l'incidenza di tubercolosi sembra stabile, attestandosi a circa 3 casi per 100.000 residenti, valore inferiore rispetto a quello nazionale (5 casi per 100.000 residenti).

L'incidenza tra i maschi è risultata superiore (5 casi per 100.000 abitanti) rispetto a quella riscontrata tra le femmine (2,7 casi per 100.000 abitanti).

Il maggior numero di casi notificati si riscontra tra gli ultrasessantacinquenni, con una incidenza pari a 6 casi ogni 100.000 abitanti.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari «Aldo Moro»

** Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari «Aldo Moro»

Circa il 20% dei casi totali è rappresentato da soggetti con cittadinanza estera, proporzione inferiore rispetto a quella rilevata a livello nazionale, con un valore pari a quasi il 50% dei casi notificati. Tuttavia, il trend degli stranieri affetti da patologia tubercolare in Puglia negli ultimi 5 anni sembra essere in aumento, passando dai 17 casi del 2005 ai 46 casi del 2009.

Le ASL in cui si osserva una maggiore incidenza sono Foggia con 7 casi per 100.000 abitanti e Lecce con 4,3 per 100.000 abitanti.

Conclusioni

Il sistema di notifica della tubercolosi, elemento indispensabile per strategie di controllo della malattia, consente non solo la descrizione dell'andamento temporale dell'endemia tubercolare, ma anche l'identificazione dell'eventuale presenza di gruppi ad alto rischio e l'identificazione dei contatti di caso, allo scopo di indirizzare, più efficacemente, interventi e risorse.

In considerazione del limite della sottonotifica da parte degli operatori sanitari, al fine di ottenere una stima di incidenza più verosimile ed attendibile, appare opportuno integrare i dati del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive con quelli ricavati dal Sistema di Sorveglianza Speciale della Tubercolosi e dalle schede di dimissione ospedaliera.

Sorveglianza del morbillo in Liguria: caratterizzazione epidemiologica e molecolare di un evento epidemico verificatosi nel 2010

Alicino C. - Alberti M.* - Cacciani R.* - Iudici R.* - Patria A.G.* - Orsi A.**

Da marzo ad agosto 2010 si è registrata un'importante epidemia di morbillo in Liguria, con la maggior parte dei casi verificatisi nell'area metropolitana genovese.

Sono stati analizzati i dati epidemiologici e molecolari del focolaio epidemico, ottenuti attraverso il sistema passivo di notifica obbligatoria, la sorveglianza virologica di laboratorio e un innovativo sistema di sorveglianza sindromica basato sugli accessi al Pronto Soccorso dei due principali ospedali genovesi. Complessivamente sono stati segnalati o confermati laboratoristicamente 67 casi sull'intero territorio regionale, 58 dei quali nell'area dell'ASL3 Genovese. Sono state ottenute informazioni relative alle caratteristiche demografiche, lo stato vaccinale, il ricovero e la distribuzione geografica dei casi di morbillo. L'età media dei casi è stata 22,0 anni (range 1-53 anni): dalla distribuzione per classi d'età emerge una maggiore concentrazione dei casi, pari al 26,9%, nella fascia d'età 25-29 anni; i casi manifestatisi in soggetti oltre i 20 anni d'età, in cui aumenta il rischio di complicanze, sono pari al 56,7%. La maggioranza dei casi non ha effettuato o non ricorda di aver effettuato la vaccinazione (98,5%); l'unico caso vaccinato è stato una bambina di due anni che ha ricevuto solo una dose di vaccino nel 2009. Il 58,2% dei casi (39/67) ha richiesto l'ospedalizzazione. Dei 31 casi (46,3%) confermati in laboratorio, 20 sono stati caratterizzati tramite analisi di sequenza: 3 ceppi appartenevano al genotipo D4, che aveva ampiamente circolato durante l'epidemia registrata nel 2008, 14 ceppi appartenevano al genotipo D8 e 3 ceppi al genotipo B3, individuando così due nuove varianti del virus nella popolazione ligure e suggerendo la possibile interruzione della trasmissione indigena del morbillo e l'esistenza di sacche di popolazione suscettibile. Un'intensa circolazione di morbillo è stata registrata anche dal sistema di sorveglianza sindromica. L'indicatore di attività di rash febbrili maculo-papulari ha sfondato la soglia epidemica dall'11 al 13 gennaio 2010. Successivamente, l'indicatore è stato sopra soglia il 12 e 13 marzo, dal 21 al 27 marzo e dal 3 al 23 aprile, superando in numerose occasioni il triplo

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi, Genova.

della soglia epidemica. L'indicatore ha nuovamente sfondato il cut-off epidemico 5 volte durante il mese di maggio, 1 a giugno ed 1 ad agosto 2010.

L'outbreak epidemico ha permesso di testare l'efficacia dei 3 sistemi di sorveglianza attivi in Liguria, mettendo in evidenza i loro vantaggi ed alcune importanti limitazioni. Appaiono necessari maggiori sforzi per raccogliere ed integrare tutti i dati epidemiologici e virologici disponibili al fine di permettere un più efficace controllo della trasmissione del morbillo nel corso di eventi epidemici.

Studio sul possibile ruolo del virus SV40 nella patogenesi del cancro del colon-retto

*Carrillo S.**

Obiettivi

Il presente studio è stato condotto con l'obiettivo di dimostrare l'eventuale ruolo del virus SV40 nella patogenesi del Carcinoma Colo-Rettale (CRC), rilevando la prevalenza di tale infezione sia in soggetti affetti da CRC sia nei loro familiari e nei conviventi non familiari.

Metodi

Lo studio è stato condotto su soggetti residenti nella provincia di Verona a cui è stato diagnosticato un CRC nel biennio 2006-2007 e sui loro familiari di I° grado e conviventi non familiari. L'individuazione dei casi è stata possibile sulla base dei dati ottenuti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) presenti nell'archivio dell'Azienda Ospedaliera di Verona e sulla base delle informazioni fornite dalle Unità Operative di Chirurgia della stessa Azienda.

Le indagini virologiche sono state effettuate su campioni di tessuto prelevati nel corso di pan-coloscopie (tessuto tumorale nei casi, non tumorale nei controlli) e su campioni di sangue periferico (linfociti). I campioni così ottenuti sono stati poi sottoposti a tecniche di amplificazione genica e a tipizzazione virale tramite sequenziamento.

Risultati

Sono stati raccolti complessivamente 317 campioni (66 biopsie tumorali e 82 campioni di linfociti dai pazienti con CRC, 94 biopsie di colon e 75 campioni di linfociti dai conviventi sani).

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi, Verona.

L'infezione da SV40 è risultata essere presente nel 4,5% nei soggetti affetti da CRC (3 casi positivi su 66 pazienti). Nessun familiare è risultato positivo per la presenza di SV40. Il risultato non può comunque essere ritenuto statisticamente significativo.

Conclusioni

La prevalenza dell'infezione nella provincia di Verona è molto minore rispetto a quella che altri studi sull'argomento hanno riportato in riferimento ad altri Paesi. Data la presenza, seppur esigua, del virus SV40 in campioni di CRC non può essere completamente escluso il ruolo di questo virus come cofattore nella patogenesi della neoplasia. I risultati devono comunque essere valutati con cautela per la ridotta potenza del campione esaminato; ulteriori studi saranno necessari per approfondire la conoscenza relativamente al possibile ruolo del virus SV40 come fattore patogenetico di questa neoplasia.

III SESSIONE

Igiene ambientale e degli ambienti di vita:
due realtà così distanti ma allo stesso tempo
così vicine

Indagine sulla percezione del rischio da inquinamento ambientale in un campione di popolazione della Provincia di Cremona

Caruana A. - Vanessa Z.** - Orizio G.** - Gelatti U.***

Introduzione

La percezione del rischio ambientale è un fenomeno che riguarda l'intera popolazione. La gravità dell'impatto dei diversi fattori di rischio che sono in grado di provocare danni all'ambiente e alla salute è percepita in modo diverso in base al territorio e alle credenze della popolazione interessata. Diversi studi hanno confermato come una buona comunicazione possa aiutare a equilibrare la percezione del rischio riducendo le discrepanze tra rischio oggettivo e rischio percepito, tuttavia per raggiungere questo obiettivo è necessario avere una buona conoscenza del territorio, della popolazione, della sua cultura e delle sue credenze.

Obiettivi

Obiettivo principale dello studio è di indagare la percezione del rischio da inquinamento dell'aria, dell'acqua, da rifiuti e inquinamento indoor in un campione di popolazione residente nel territorio della provincia di Cremona. Con tale indagine si intende inoltre studiare il rapporto di tali cittadini con gli enti pubblici territoriali competenti in materia ambientale e la loro conoscenza in merito al tema dell'inquinamento.

Materiali e metodi

Al fine di condurre tale ricerca è stato costruito un questionario di 15 do-

* Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Brescia

** Sezione di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Applicata, Università degli studi di Brescia

mande, somministrato dal 13 settembre 2010 al 15 ottobre 2010 a un campione di 867 maggiorenni residenti a Cremona e provincia.

Risultati

Il campione ha percepito l'inquinamento ambientale come un fattore di rischio altamente dannoso per la propria salute, ritenendo quello dell'aria come il più pericoloso (53% del campione). L'inquinamento dell'acqua è stato addebitato prevalentemente agli scarichi industriali (63%). I fattori di rischio ambientale considerati «altamente pericolosi» sono il fumo (93%), il traffico automobilistico (88%) e la vicinanza alle industrie (84%). Oltre la metà del campione reputa di vivere in una città inquinata (53%) e di non vedere alcun miglioramento (51%), ed è concorde (69%) anche nell'affermare come l'inquinamento esista anche tra le mura domestiche, dove quello più presente è quello elettromagnetico (60%). Il campione dimostra inoltre di avere una discreta conoscenza riguardo al fenomeno dell'inquinamento, ma di non sapere con certezza quali enti operano effettivamente per la salvaguardia della loro salute, pur essendo disposto a maggiori spese per tale tutela (79%).

Conclusioni

La cittadinanza dimostra di essere sensibile al tema ambientale. Seppur non ne conosca con certezza i risvolti, appare concorde nella necessità di una maggiore azione a tutela della propria salute. Appare dunque necessario aumentare ulteriormente le informazioni a disposizione del cittadino, al fine di giungere a una maggiore consapevolezza del problema e ad una maggiore possibilità di comunicazione di dati corretti.

Progetto «Salute e sviluppo sostenibile»: monitoraggio dei COV nell'aria nella zona di Augusta-Priolo-Melilli

Acerbi G. - Mazzarino A.* - Zuccarello M.* - Palmigiano V.* - D'Asta M.*
Furnari R.* - Zocco M.* - Cipresso R.* - Battaglia A.* - Fallico R.* - Sciacca S.**

Nell'ambito del progetto «Salute e sviluppo sostenibile» realizzato in collaborazione col CIPA di Siracusa, è stata effettuata per il quarto anno consecutivo una campagna di campionamenti nell'area ad alto impatto industriale di Priolo-Augusta-Melilli.

La qualità dell'aria è stata monitorata mediante campionatore passivo Radiello, posizionato in postazioni fisse dislocate in prossimità degli insediamenti industriali e congiuntamente nelle principali strade urbane ed extraurbane. L'esposizione individuale alle concentrazioni di COV è stata valutata facendo indossare il Radiello dagli studenti delle scuole medie.

Al fine di maturare opinioni e produrre articoli che verranno pubblicati nella pagina «NewspaperGame» del quotidiano *La Sicilia*, riguardo le tematiche: riqualificazione del territorio, qualità dell'aria, rapporto tra salute e sviluppo sostenibile, incidenza dell'industria nella società, gli studenti hanno sviluppato un percorso didattico-formativo in aula e visite agli impianti industriali.

Inoltre, indossando il radiello nelle loro normali attività quotidiane, i ragazzi sono stati «sentinelle» della qualità dell'aria dell'ambiente in cui vivono.

Le analisi sono state eseguite mediante desorbitore termico Perkin-Elmer Turbomatrix 350 accoppiato al gascromatografo-spettrometro di massa Clarus 500/560S, utilizzando il metodo ufficiale NIOSH 2549.

Dai risultati analitici è emersa la conferma di una bassa concentrazione di COV, dato confortato dalla bassa incidenza di leucemie nella provincia di Siracusa.

* Dipartimento di Anatomia, Patologia Diagnostica, Medicina Legale, Igiene e Sanità Pubblica «G.F. Ingrassia» – Università degli Studi di Catania

Il rischio infettivo nelle matrici ambientali delle degenze sterili di un reparto ad alto rischio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Sassari

Di Martino M. - Idini M.U.* - Cotza V.* - Deriu G.M.** - Madeddu S.**

Obiettivi

Il controllo della qualità dell'ambiente ospedaliero è un aspetto fondamentale della profilassi delle infezioni. Queste, soprattutto nei pazienti immunodepressi, possono presentarsi con quadri clinici anche molto gravi e avere un forte impatto in termini di morbosità, mortalità e costi per il Servizio Sanitario Nazionale. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare, nell'ultimo triennio, nelle degenze sterili di un reparto ad alto rischio dell'AOU di Sassari gli aspetti critici per le matrici aria, superfici ed acqua. In particolare, per l'aria, la caratterizzazione microbiologica quali-quantitativa; per le superfici, la ricerca quali-quantitativa dei miceti e per l'acqua, la presenza di *Legionella spp.* e *Pseudomonas aeruginosa*.

Materiali e Metodi

Le rilevazioni microbiologiche dell'aria sono state eseguite utilizzando un campionatore ad impatto ortogonale SAS (Pbi, Mi). Per le superfici (testiera letto, televisore, rampa elettrica, tavolino adattabile, etc.), sono state utilizzate piastre Rodac contenenti terreno *Sabouraud dextrose agar + cloramfenicolo*, selettivo per i miceti. Per l'acqua, è stata eseguita la ricerca di *Legionella spp.* e *Pseudomonas aeruginosa*, in accordo rispettivamente con le Linee guida italiane del 2000 e il D.lgs 31/2001.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Sassari.

** Dipartimento di Scienze Biomediche – Struttura di Igiene Ospedaliera – Università degli Studi di Sassari.

Risultati

Tutte le determinazioni quantitative dell'aria presentano valori medi di carica microbica inferiori a quelli consigliati (≤ 180 ufc/m³). I miceti aerodispersi si riscontrano nell'11,8 % dei rilievi. Relativamente all'aspetto qualitativo, tra i batteri si riscontrano soprattutto stafilococchi di cui meticillino resistenti (7,8 %), e tra i miceti *Mucor* (7,3%).

La contaminazione delle superfici è presente nel 28,9 %, con frequenti isolamenti di *Penicillium spp.* (36,2%); tra i lieviti, *Rhodotorula* (26%). La ricerca nell'acqua ha rilevato la presenza di *Legionella pneumophila* di tipo 6 (16,6 %), con una carica di 100 ufc/l; assente *Pseudomonas aeruginosa*.

Conclusioni

I risultati dello studio indicano una soddisfacente condizione della qualità delle matrici ambientali nelle degenze sterili esaminate. Queste ultime, per la peculiarità di ospitare pazienti altamente critici e suscettibili alle infezioni, richiedono, pertanto, monitoraggi frequenti al fine di evidenziare, anche in cariche molto ridotte, tutti i microrganismi presenti e, particolarmente, i miceti sedimentabili. A tal fine, è importante associare, nella sorveglianza, ai campionamenti dell'aria quelli delle superfici per effettuare gli idonei interventi mirati alla salvaguardia dei pazienti e dell'ambiente ospedaliero.

Valutazione del confort termico-ambientale nelle sale di degenza ospedaliera

Zocco M. - Palmigiano V.* - Cipresso R.* - D'Asta M.* - Battaglia A.*
Acerbi G.* - Vaccaro C.* - Sciacca S.* - Fallico R.**

Obiettivi

Al fine di adottare azioni preventive e correttive per migliorare le condizioni microclimatiche delle sale di degenza, è stata intrapresa un'indagine per valutare gli indici di benessere termico. A tal proposito sono stati eseguiti rilevamenti in diverse sale di degenza di un ospedale di Catania.

Materiali e Metodi

Per effettuare i campionamenti microclimatici è stata utilizzata una stazione microclimatica «TECORA HSA-832». Si tratta di un analizzatore in tempo reale computerizzato per la misura di parametri microclimatici fondamentali dell'ambiente confinato (temperatura, umidità, ventilazione, temperatura radiante media) e per l'elaborazione, in base al carico metabolico ad alla resistenza termica opposta dal vestiario degli operatori e dei pazienti presenti in quell'ambiente, di indici di benessere termico (PMV e PPD).

Risultati

L'elaborazione dei dati è stata effettuata prendendo in considerazione quelli relativi ad un'ora e mezza di campionamento.

L'analisi statistica è stata effettuata con il software «LSI LASTEM – Info-GAP Versione 2.2.2.» e con il SAS versione 9.1.

L'analisi globale dei dati evidenzia parametri microclimatici accettabili per le sale di degenza dei 20 reparti campionati. Questo dato è confermato dai soddisfacenti valori degli indici di benessere termico.

* Dipartimento di Anatomia, Patologia Diagnostica, Medicina Legale, Igiene e Sanità Pubblica «G.F. Ingrassia» – Università degli Studi di Catania

Conclusioni

L'indagine svolta ha messo in evidenza condizioni termoigrometriche delle sale di degenza che determinano confort termico.

IV SESSIONE

Protocolli, linee guida, indicatori:
come districarsi nei meandri del Risk Management

Accoglienza e umanizzazione del DEA: analisi del problema e valutazione degli interventi presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Rivoli

Papalia R. - Peretti M.** - Giacometti M.* - Ceruti M.*
Piolatto A.*** - Minniti D.*****

Introduzione

Il Progetto di accoglienza ed umanizzazione del DEA si inserisce nel contesto riorganizzativo del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Rivoli, con azioni sul versante organizzativo, strutturale, tecnologico e di risorse assistenziali, per accelerare e migliorare il processo di accettazione dei pazienti in DEA. Si è posta l'attenzione sull'orientamento e la rassicurazione del cittadino, sul miglioramento del confort nelle sale di attesa, sulla riduzione della conflittualità, sulle informazioni circa il «buon uso» del Pronto Soccorso e sull'accompagnamento nel percorso.

Obiettivo dello studio è di analizzare la qualità percepita degli utenti in merito agli interventi migliorativi adottati.

Materiali e metodi

È stato somministrato un questionario a risposta mista a 68 pazienti, che hanno usufruito dell'accesso in Pronto Soccorso nei mesi di gennaio e febbraio 2011, in cui attribuivano dei punteggi con criteri di soddisfazione crescenti (range 1-5) riguardo alla loro prima impressione del PS, alla segnaletica d'accesso, al livello di comfort in sala d'attesa, alla disponibilità del personale, ai tempi d'attesa, alla chiarezza delle informazioni fornite.

Per la selezione dei controlli lo stesso questionario è stato somministrato attraverso una survey telefonica ad una coorte storica di 50 utenti, reperiti dal registro di verbali dei mesi di novembre e dicembre 2010, che hanno usufruito del servizio prima delle modifiche strutturali e organizzative del Pronto Soccorso.

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino.

**Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Torino.

*** Direttore S.C. MECAU - ASLTO3.

**** Direzione Sanitaria OO.RR. Rivoli - ASLTO3.

Le risposte sono state raccolte in un database nel quale è stata fatta un'analisi descrittiva e un'analisi variata delle singole variabili prese in considerazione, utilizzando il software statistico EPI_info®.

Risultati

Il livello medio di soddisfazione è aumentato (+0.64; $p < 0.05$) sui tempi di attesa per la prima visita, mentre è diminuito quello concernente la qualità percepita sulla riservatezza durante il triage (-0.66; $p < 0.05$), con entrambi i valori statisticamente significativi.

Per le altre variabili i livelli medi di soddisfazione dei due campioni si presentano sovrapponibili o con lievi variazioni positive (livello di confort, chiarezza delle informazioni fornite) o negative (adeguatezza segnaletica di accesso) non statisticamente significative.

Conclusioni

Risulta rafforzata la necessità di implementare progetti di Accoglienza ed Umanizzazione nei Pronto Soccorso dei presidi Ospedalieri; questo per garantire un orientamento al cittadino/utente, assicurando in parallelo il miglioramento del confort, la riduzione della conflittualità, l'accompagnamento nel percorso e le informazioni sul «buon uso» del Pronto Soccorso.

Tuttavia a fronte della messa in atto di azioni di miglioramento dell'accoglienza/umanizzazione, la percezione dell'utenza non è aumentata in modo significativo: occorre lavorare in parallelo sulle risorse e sulle modalità di accesso dei pazienti in Pronto Soccorso.

Validazione di uno strumento per la valutazione dell'appropriatezza delle giornate di degenza nelle strutture di riabilitazione: primi risultati

Lotito F. - Caligiuri E.* - Iozzo F.* - Bova F.* - Micò R.* - Rodinò A.**

Obiettivi

Validare e sperimentare uno strumento finalizzato alla valutazione dell'appropriatezza delle giornate di degenza dei pazienti ricoverati nelle strutture di riabilitazione.

Metodi

Lo strumento, sviluppato in Francia, consta di 16 criteri espliciti, oggettivi, standardizzati e di facile utilizzo. La selezione di almeno uno dei 16 criteri consente di giudicare appropriata la giornata di degenza. Lo studio è stato condotto in due strutture di riabilitazione nell'area di Catanzaro che erogano prestazioni di tipo intensivo ed estensivo ed ha previsto la revisione retrospettiva della documentazione clinica di tutti i pazienti ricoverati per essere sottoposti a trattamenti riabilitativi. Due rilevatori non coinvolti nei processi di cura e di assistenza dei pazienti hanno formulato, in cieco, il giudizio di appropriatezza relativo ad una singola giornata di degenza preselezionata casualmente, raccolto informazioni relative alle caratteristiche socio-demografiche ed anamnestiche dei pazienti. È stato, inoltre, misurato il grado di concordanza relativo alla valutazione formulata dagli esaminatori.

Risultati

Sono state valutate 217 giornate di degenza. L'età media del campione esaminato era di 71,4 anni e con basso livello di istruzione. La gran parte dei pazienti provenivano dal domicilio, vivevano da soli e raramente usufruivano del-

* Cattedra di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi «Magna Græcia» di Catanzaro.

l'aiuto di una badante. Le categorie diagnostiche per le quali più frequentemente si rendeva necessario il trattamento riabilitativo erano le patologie ortopediche e gli esiti di ictus. Il 49% delle giornate di degenza è risultato inappropriato. I criteri più utilizzati per giudicare appropriata la giornata di degenza sono stati: l'assistenza effettuata da un fisioterapista per almeno un'ora nel giorno indice (29,1%), la valutazione clinica di una perdita di autonomia recente o non stabilizzata (24,4%) e la medicazione di ferite complesse (23,4%). L'età < 70 anni è risultato l'unico fattore predittivo di inappropriatezza. Il grado di concordanza tra rilevatori relativo al giudizio di appropriatezza, misurato con il coefficiente k di Cohen, è risultato pari a 0.67.

Conclusioni

Lo strumento, utilizzato per la prima volta in Italia, si è dimostrato versatile con un grado di riproducibilità sovrapponibile a quello di strumenti analoghi utilizzati per valutare l'appropriatezza dell'ospedale per acuti. I primi risultati della sperimentazione dello strumento devono essere interpretati con estrema cautela, tenendo conto delle possibili differenze di case-mix dei pazienti trattati nelle strutture di riabilitazione. Inoltre, la natura retrospettiva dello studio, unita alla scarsa qualità della documentazione clinica, può aver comportato una sovrastima della frequenza dell'inappropriatezza. Ulteriore obiettivo che gli Autori si propongono di raggiungere è la definizione di una lista di motivi di inappropriatezza, di cui lo strumento originario è sprovvisto.

Valutazione caso-controllo sulla qualità di compilazione della cartella clinica: risultati preliminari

Pelullo C.P. - Valdes Abuadili A.J.* - Marino S.* - Albachiara G.**

Obiettivi

Valutare la qualità di compilazione della cartella clinica (C.C.) nelle Unità Operative (U.U.O.O.) della AOU della II Università di Napoli in seguito ad un intervento di miglioramento della qualità.

Materiali e metodi

La valutazione riguarda 16 U.U.O.O. selezionate casualmente, suddivise in 8 casi ed 8 controlli. Gli 8 casi hanno partecipato ad un corso sull'implementazione della qualità di compilazione della C.C.. Per ogni struttura sono state randomizzate 30 C.C.. Al momento sono disponibili i dati relativi alle prime 360 C.C. (Tabella 1).

Risultati e Conclusioni

Dall'analisi dei risultati si è osservato che i punti critici riguardano la grafia non chiara in quasi tutte le sezioni, la bassa presenza della lettera di dimissioni e della scheda infermieristica, ed infine l'assenza, nella quasi totalità dei casi, delle firme del diario clinico. Dal confronto tra casi e controlli, relativo alle prime 360 C.C., non si evidenziano grandi differenze fra i due gruppi. Infatti si registrano miglioramenti significativi della compilazione soltanto nei seguenti indicatori: completezza dell'esame obiettivo e del diario clinico, presenza delle firme nel diario clinico e presenza del consenso informato.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Seconda Università degli Studi di Napoli.

INDICATORI	TOTALE		CASO		CONTROLLO		P
	n	%	n	%	n	%	
	Firma del medico che prende in carico il paziente	351	97.5	178	98.8	173	
Grafia della firma del medico che prende in carico il paziente	221	63.0	127	71.3	94	54.3	0.004
Dati identificativi del paziente	360	100	180	100	180	100	-
Grafia dei dati identificativi del paziente	360	100	180	100	179	99.4	0.317
Anamnesi del paziente	352	97.8	178	98.9	174	96.7	0.312
Grafia dell'anamnesi	310	86.4	154	85.6	156	89.6	0.597
Esame obiettivo	321	89.2	175	97.2	146	81.1	<0.001
Grafia dell'esame obiettivo	289	90.0	154	88.0	135	92.0	0.508
Diario clinico	306	85.0	174	96.6	132	73.3	<0.001
Grafia del diario clinico (incl. dati incompleti)	296	84.6	156	92.0	140	81.9	0.271
Firme diario clinico	29	8.1	22	12.3	7	4.0	<0.001
Grafia firme diario clinico (incl. dati incompleti)	12	26.7	9	25.0	3	33.3	0.449
Firma delle consulenze	200	99.0	88	97.8	112	100	0.113
Grafia firme delle consulenze	58	29.0	21	23.9	37	33.0	0.140
Descrizione intervento chirurgico/procedure	187	98.9	102	100	85	97.7	0.124
Grafia della descrizione dell'intervento	155	82.9	87	85.3	68	80.0	0.400
Scheda Infermieristica	102	28.3	46	25.6	56	31.1	0.242
Grafia della Scheda Infermieristica	77	75.5	32	69.6	45	80.4	0.327
Lettera di accompagnamento	198	55.2	96	53.3	102	57.0	0.487
Grafia della lettera di accompagnamento	192	98.0	95	99.0	97	95.0	0.332
Consenso informato	208	80.0	127	94.7	81	65.3	<0.001
Grafia del consenso informato	206	99.5	127	100	78	96.2	0.202

TABELLA 1 / Legenda: P: presente; L: leggibile; Cm: completo

Adesione al sistema di verifica periodica della corretta tenuta e compilazione della Cartella Clinica nell'AOU Policlinico di Modena mediante l'utilizzo della checklist regionale

Floramo M.* - Lusetti M.**

Obiettivi

La cartella clinica costituisce un irrinunciabile strumento di lavoro per il sanitario il cui fine ultimo si identifica nella *tutela della salute del paziente*. Essa rappresenta il cardine di due momenti sinergicamente correlati tra loro: quello della documentazione tecnico-professionale dello stato di salute del paziente nonchè dell'attività diagnostico-terapeutica eseguita e quello relativo alla documentazione del processo informativo rivolto al destinatario delle cure e/o dei suoi cari. Sostanzialmente, essa si configura come un effettivo e fondamentale strumento di cura e, sul piano formale, come lo strumento documentale *più fedele* a disposizione del sanitario, costituendo, pertanto, un atto pubblico di *fedede privilegiata* con valore probatorio contrastabile solo con querela di falso.

Materiali e Metodi

A partire dall'anno 2010 abbiamo applicato il sistema di verifica delle *cartelle cliniche* costituito dalla compilazione di una check list regionale applicata a tutte le U.O. facenti capo a 8 Dipartimenti. Il sistema di verifica ha previsto l'esame di un quantitativo di cartelle scelto casualmente per l'anno in corso, non inferiore al 5% dei ricoveri totali ripartito tra la singola U.O. (2,5%), l'ufficio DRG (2%) e il servizio di medicina legale interno all'Azienda (0,5%). I campioni hanno compreso i ricoveri in regime ordinario e i day hospital. La lista di controllo ha incluso una serie di voci a cui è stato assegnato un valore da 0 a 4. Sulla base dei punteggi ottenuti è stato stabilito il grado di compliance dell'U.O., così come del Dipartimento. Abbiamo così valutato il raggiungimen-

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

** Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università di Modena e Reggio Emilia.

to degli obiettivi da parte delle singole U.O, nonché individuato le possibili azioni correttive.

Riassunto dei risultati

L'analisi delle cartelle cliniche, attraverso l'utilizzo della check list regionale, ha permesso un confronto produttivo tra diverse realtà (Direzione Sanitaria, Medicina Legale e personale ospedaliero). Il grado di adesione alla procedura regionale si è dimostrato, complessivamente, medio-alto.

Conclusioni

In accordo con le disposizioni regionali, abbiamo potuto constatare che una delle strategie adottabili per ridurre eventi avversi nelle strutture sanitarie è l'utilizzo della check list regionale. Tale sistema può risultare efficace nel migliorare la performance clinica e nel determinare modifiche comportamentali anche da parte del personale sanitario. La check list rientra dunque in quelle attività di audit clinico che mirano all'analisi sistematica e critica delle cure mediche, ed alla verifica di appropriatezza, efficacia e qualità della performance clinica. Sulla base dei risultati ottenuti, è già in corso presso la nostra Azienda Ospedaliera, la modifica dell'attuale scheda regionale cartacea che sarà sostituita da una scheda informatizzata attiva a partire dal prossimo anno.

Volumi di attività ed esiti assistenziali per la chirurgia del cancro del colon retto. Una revisione della letteratura

Gori D. - Di Gregori V.* - Tedesco D.* - Lenzi J.* - Fantini M.P.**

Introduzione

In questo momento esiste un importante dibattito concernente l'ipotesi che la concentrazione di interventi per cancro del colon-retto in grandi ospedali possa migliorare gli esiti, in particolare la mortalità.

Scopo dello studio è valutare la letteratura su questo argomento per poter trarre una conclusione su quali siano le attuali opinioni su questo argomento.

Metodi

Abbiamo formulato una stringa di ricerca con le key words o i Mesh Terms più importanti concernenti: i volumi annuali di casi, i tipi di operazioni chirurgiche, i tipi di neoplasie del colon-retto e gli esiti. Tale stringa è stata usata per eseguire una ricerca bibliografica nelle banche dati: Medline e Cochrane Library.

Gli articoli reperiti sono stati divisi tra studi primari e revisioni sistematiche e/o metanalisi. Gli studi primari sono stati analizzati da due revisori, in modo indipendente, per: sito chirurgico; tipo e soglia di volume; tipo di studio; criteri di inclusione; numerosità (ospedali o chirurghi); anni di studio; esiti; conclusioni dei ricercatori.

Risultati

È stata trovata pertinenza in 62 articoli su 101 totali con NNR (Number Needed to Read) pari a 1,66 e percentuale di appropriatezza del 62,6%.

Dei 62 articoli pertinenti: 52 (83,8%) erano studi primari, mentre 10

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna.

(16,2%) erano revisioni (7 revisioni e 3 metanalisi). Degli studi primari: 15 (24,2%) si riferivano a «colon cancer», 25 (40,3%) a «colorectal cancer» e 22 (35,5%) a «rectal cancer».

Per quanto riguarda i volumi considerati: 33 (53,2%) articoli riguardavano il volume dell'ospedale, 12 (19,4%) e 17 (27,4%) erano riferiti a volume del chirurgo o entrambi i volumi rispettivamente. Le 10 revisioni analizzavano la letteratura precedente fino al 2008 trovando sostanziale associazione fra volume annuo di casi per il chirurgo e migliori esiti.

Abbiamo analizzato successivamente i 13 studi primari pertinenti più recenti (2009/2011), osservando una relazione fra volume annuo di casi del chirurgo e riduzione della mortalità nella quasi totalità degli articoli che consideravano tale esito. Ciò non risultava vero per il volume dell'ospedale. Allo stesso modo la morbilità risultava inversamente legata al volume annuo del chirurgo, ma non al volume dell'ospedale, nella maggioranza degli articoli.

Conclusioni

Dall'analisi della letteratura si evince un'associazione fra migliori esiti negli interventi per il cancro del colon retto e volumi annuali di casi trattati dal chirurgo. Il volume di casi dell'ospedale non pare essere altrettanto importante, se non combinato al volume dei casi annui operati dal chirurgo.

Evoluzione della classificazione e della codifica dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile come strumento per valutare la qualità dell'assistenza territoriale. I risultati di una revisione sistematica

Falvo R*

Background e Obiettivi

L'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e il potenziamento dell'assistenza primaria sono diventati punti focali del processo strategico di miglioramento continuo della qualità assistenziale. Le condizioni suscettibili di assistenza ambulatoriale (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*, ACSCs) rappresentano quell'insieme di quadri clinici in cui l'attuazione di interventi di assistenza primaria potrebbe prevenirne l'ospedalizzazione. Il presente studio si propone di analizzare i cambiamenti delle diverse classificazioni e delle definizioni di ACSCs che si sono susseguite nel tempo e la loro interrelazione con i modelli di sistema sanitario attualmente presenti.

Materiali e Metodi

È stato implementato un processo di revisione estensiva della letteratura articolato in 3 fasi:

- a) ricerca per parole chiave su Medline, Chinail e SCOPUS;
- b) ricerca per *related articles* su Medline e analisi delle bibliografie delle pubblicazioni rilevanti;
- c) screening della letteratura proveniente da motori di ricerca on-line generici.

Sono stati inclusi nella revisione solo gli studi epidemiologici primari che valutavano la relazione tra qualità dell'assistenza primaria e ACSCs. Gli articoli selezionati sono stati classificati in relazione ai modelli di sistema sanitario: Libero Mercato, *Bismark* e *Beveridge* e, partendo dalla descrizione delle citazioni incrociate, è stata applicata la tecnica di analisi delle reti per caratterizzare le principali finalità e l'evoluzione storica.

* Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

Risultati

La ricerca ha portato all'individuazione di 264 studi eleggibili per il nostro studio; dopo il processo di selezione, 114 sono stati considerati per un più attento esame.

Considerando il modello di sistema sanitario in vigore, 39 studi si riferivano al modello del Libero Mercato, 26 erano riferiti al modello Bismark e 49 erano contestualizzati sul modello Beveridge. La maggioranza degli studi sono stati pubblicati dopo il 2002: 62 studi (2002-2006) e 9 studi (2006-2010); prima del 2002 è stato condotto solo un numero limitato di studi (43).

Conclusioni

Il processo di analisi dei risultati mostra che nel corso degli anni, nei differenti sistemi sanitari, la scelta di diverse definizioni e di differenti codifiche diagnostiche per identificare le ACSCs abbia inciso considerevolmente sulla proporzione dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile. L'appropriata identificazione e definizione di queste patologie chiave sarà di grande utilità per i ricercatori ed i decisori politici, in quanto potranno essere implementati degli interventi mirati in grado di migliorare e rendere più efficiente l'accesso all'assistenza primaria.

Efficacia ed impatto sui costi dell'introduzione di un dispositivo medico per prevenire le punture accidentali nell'A.O.U. «Federico II» di Napoli

Ambrosino M. - De Pascale T.* - Ciavattone D.* - De Simone A.* - Voza N.*
Sellitto E.* - Pascucci R.* - Auletta L.* - De Magistris G.*
Cristofanini A.* - Triassi M.**

Introduzione

Le punture accidentali rappresentano l'80% dei casi di contaminazione di tipo biologico del personale sanitario, di questi il 57% è legato a punture da ago di siringa ed il 50% di essi interessa l'area chirurgica.

Obiettivi

Valutare il risparmio economico ottenibile attraverso l'utilizzo di un ago butterfly provvisto di un sistema di auto-incappucciamento atto a ridurre il rischio di punture accidentali per il personale durante le operazioni di prelievo. Riprodurre come prototipo di infezione trasmessa per via parenterale, i costi legati al trattamento di un caso di HCV (Virus Epatite C).

Materiali e Metodi

Introduzione del dispositivo in un dipartimento pilota di chirurgia, somministrazione di un test per la valutazione della compliance del personale sanitario all'uso di tale dispositivo. Raccolta dei dati relativi alle punture accidentali avvenute in seguito all'introduzione del dispositivo e confronto con i casi relativi all'anno precedente. Simulazione di calcolo dei costi per l'assistenza di un paziente HCV + (da esposizione professionale), attraverso estrazione dei dati mediante software BIM Italia ed elaborazione tramite Excell.

*Dipartimento Scienze Mediche Preventive A.O.U. «Federico II» di Napoli

Risultati

In seguito all'introduzione ed all'uso nel 2010 del dispositivo, non si sono avuti casi di punture, mentre nell'anno precedente con il dispositivo standard, si erano avuti 5 casi. Gli operatori sanitari preferiscono (90%) il nuovo dispositivo all'ago tradizionale (maggiore maneggevolezza e sicurezza). Nel calcolo dei costi si sono prese in considerazione tutte le possibili evoluzioni della malattia a cui potrebbe andare incontro il sanitario dalla risoluzione spontanea alla cronicizzazione fino alla eventuale comparsa di epatocarcinoma, considerando un periodo di sopravvivenza di almeno 25 anni con epatite cronica; 5 anni per la successiva evoluzione in cirrosi ed ulteriori 5 anni dalla diagnosi di epatocarcinoma al decesso. Pertanto sulla base di questi dati ricaviamo che:

- a) Un paziente con risoluzione spontanea dell'infezione comporta una spesa di circa 8.400 euro.
- b) Un paziente con HCV cronica che effettua una visita di tipo ambulatoriale all'anno per circa 25 anni, comporta una spesa complessiva di 20.000 euro circa;
- c) Un paziente con HCV e cirrosi comporta una spesa di circa 33.500 euro.
- d) Un paziente con epatocarcinoma 60.000 euro circa.

Conclusioni

L'uso del dispositivo di prevenzione a fronte di un incremento di spesa annuale per il reparto in analisi di soli 356 euro, non solo riduce il rischio di punture accidentali, ma evita la trasmissione di malattie infettive quali l'epatite C, comportando a lungo termine un risparmio notevole sia in termini economici che di salute.

Rischio Clinico nella Regione Abruzzo

Tana F. - Muraglia A.** - Calcalario L.** - Murgano A.**
Carnevale A.*** - Fabiani L.**

Nell'ambito delle attività formative della Scuola e dell'interazione con il Servizio Sanitario Regionale, particolare valore assume l'impegno di trasferire nella pratica assistenziale le acquisizioni scientifiche, soprattutto in aree della gestione non ancora pienamente operative. Per tale motivo vogliamo documentare il percorso per l'implementazione di un sistema di gestione della sicurezza dei processi assistenziali.

La Regione Abruzzo con delibera di G.R. n. 988/2010 ha istituito «l'Osservatorio Regionale permanente per la gestione del rischio clinico, la sicurezza delle cure e le buone pratiche assistenziali» con il supporto delle Università di L'Aquila e di Chieti/Pescara. L'attività iniziale dell'Osservatorio è di analisi dei dati.

Gli strumenti utilizzati sono:

- a) elaborazione flussi informativi della Banca dati SIMES e flussi SDO;
- b) studio denunce risarcitorie dei sinistri;
- c) studio degli eventi sentinella.

La delibera citata indica chiaramente gli obiettivi dell'azione:

- a) miglioramento continuo della qualità;
- b) efficacia della comunicazione;
- c) efficacia della formazione.

Dal data base SIMES sono stati estratti i dati relativi agli anni 2009 e 2010. Poiché l'inserimento dei dati non è ancora pienamente a regime e i due anni considerati sono in qualche modo sperimentali, i risultati sono piuttosto indicativi che esaustivi.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva - Università dell'Aquila.

** Regione Abruzzo – Direzione politiche della Salute.

*** Cattedra di Medicina Legale - Università d'Annunzio Chieti - Pescara.

Preliminarmente presentiamo i dati di partenza dell'Asl n.2 Lanciano-Vasto-Chieti (1 su quattro Asl regionali), anni 2009/2010:

- n. 150 denunce sinistri;
- n. 13 eventi sentinella segnalati;
- tipo di errore e frequenza in valori %: chirurgico (38%) , diagnostico (22%), terapeutico (9.3%);
- tipologia di danno e frequenza in valori %: decesso (12%), lesioni personali (50.6%), altro (37.3%).

I dati della ASL 2 risultano coerenti con le attese di tipo qualitativo. Non abbiamo ancora effettuato, per le ragioni su esposte, una elaborazione quantitativa che costituirà esclusivamente un punto di riferimento per la performance del flusso informativo. Infatti solo dopo aver valutato accuratamente il valore informativo dei dati, questi potranno essere utilizzati per monitorare gli interventi migliorativi e valutare l'efficacia della comunicazione e della formazione.

In conclusione lo studio è un'introduzione – applicata al Servizio Sanitario Regionale abruzzese - agli elementi e strumenti della gestione del rischio clinico, pensato come un sistema organizzativo che contribuisce a definire l'insieme delle regole aziendali ed il loro funzionamento, il cui scopo principale è quello di creare e mantenere la sicurezza dei sistemi assistenziali.

Bibliografia

- Decreto del 11/12/2009 Ministero del Lavoro-Salute e Politiche Sociali.
- Delibera di G.R. n. 988/2010.
- PSR 2008/2010.
- Decreto Ministero della Salute del 05/03/2003, *Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul rischio clinico.*

Il confronto della compliance agli standard Joint Commission International di due Strutture Ospedaliere della Provincia di Palermo

Marsala M. - Morici M.* - Anastasi G.* - Aprea L.** - Firenze A.**
Colimberti D.*** - Mazzola M.**** - Restivo V.******

L'accreditamento Joint Commission International (JCI) delle strutture sanitarie è un processo volontario attraverso cui un ente terzo, indipendente e non governativo, misura il grado di aderenza di una struttura sanitaria a un set di standard di qualità internazionali, per consentire un miglioramento continuo nelle strutture, nei processi e nei risultati. Alla luce della convenzione stipulata con JCI, anche le strutture sanitarie della Regione Siciliana, nell'ambito della gestione del rischio clinico, hanno adottato dei parametri JCI, riconducibili a quattro Aree Critiche:

- a) valutazione dei bisogni del paziente;
- b) gestione sicura delle procedure ad alto rischio;
- c) gestione dei pazienti ad alto rischio;
- d) continuità assistenziale.

La valutazione JCI si realizza in due diversi momenti: durante l'autovalutazione, eseguita a cadenza semestrale dal Referente JCI di ogni struttura ospedaliera, e durante la on site visit, effettuata periodicamente dai rappresentanti JCI. Lo studio analizza e confronta l'applicazione della metodologia JCI in due diverse Aziende Ospedaliere (AO) siciliane: l'«A.O.U.P.» P. Giaccone» di Palermo e il P.O. Fondazione HSR-G. Giglio di Cefalù. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il database del Sistema Informativo Sanitario della Regione Siciliana, in riferimento agli score degli standard del programma «Gestione del Rischio Clinico» organizzato dalla Regione Sicilia in convenzione con JCI. Dai risultati, si evidenziano alcune differenze tra le AO in studio; per quel che concerne la prima area, dedicata alla valutazione dei bisogni del paziente, entrambe le strutture sanitarie hanno implementato i loro deficit attraverso piani di

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva- Università degli Studi - Palermo.

**Direzione Sanitaria di Presidio- AOUP «Paolo Giaccone» Palermo.

*** Direzione Sanitaria Fondazione Istituto San Raffaele - G. Giglio di Cefalù

**** Fondazione Istituto San Raffaele - G. Giglio di Cefalù

***** Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute «G.D'Alessandro»- Sezione di Igiene-Università degli Studi di Palermo.

miglioramento orientati al raggiungimento degli standard JCI; tuttavia i relativi punteggi sono risultati ancora non soddisfacenti. La seconda area, relativa alla gestione delle procedure ad alto rischio, testimonia una maggiore attenzione a tale problematica nell'organizzazione dell'A.U.O.P.: ciò probabilmente va attribuito al contributo dei medici in formazione specialistica che espletano la loro attività formativa presso le UU.OO. dell'A.O.U.P. e che rappresentano una risorsa utile per la gestione delle procedure di pianificazione e monitoraggio della sicurezza delle cure. La terza area, riferita alla gestione dei pazienti ad alto rischio, vede il pieno raggiungimento del risultato nel P.O. HSR-G e un processo di standardizzazione ancora in itinere e non del tutto raggiunto nell'A.O.U.P. . Infine nella quarta area, relativa alla continuità assistenziale si è registrato il mancato raggiungimento degli standard in entrambe le strutture, così come a quanto rilevato nelle altre Strutture Ospedaliere; l'Assessorato alla Sanità ha così attivato la creazione di servizi di continuità assistenziale Ospedale-territorio nei singoli P.O. in collaborazione con le ASP territorialmente competenti. Dalla studio emerge, quindi, come il monitoraggio della qualità delle cure risulta uno strumento indispensabile, per guidare la scelta di nuove politiche sanitarie per ottenere risultati sempre più soddisfacenti.

Eventi avversi in Ospedale: indagine retrospettiva mediante revisione delle Cartelle Cliniche nell'Azienda Ospedaliera di Verona

*Vadalà G.**

Obiettivi

Lo studio è stato condotto con l'obiettivo di saggiare l'accuratezza e l'affidabilità di un'indagine retrospettiva per l'individuazione degli eventi avversi effettuata tramite la revisione di cartelle cliniche dell'Azienda Ospedaliera di Verona.

Materiali e metodi

La revisione retrospettiva ha coinvolto un campione di 260 cartelle cliniche (cc), relative a pazienti che nel corso del 2008 sono stati ricoverati nei reparti che, dalla letteratura, risultano avere maggior incidenza di eventi avversi prevenibili: Chirurgia Generale, Medicina Interna/Geriatria; Ginecologia/Ostetricia, Ortopedia/Traumatologia. La revisione è stata condotta utilizzando la griglia di rilevazione degli eventi avversi ideata dall'Imperial College of London e adattata dall'Università di Udine. La griglia è composta da due parti: la prima, RF1, valuta se nelle cc siano presenti uno o più tra 18 criteri prestabiliti per identificare i pazienti che più probabilmente abbiano subito un evento avverso; la seconda, RF2, consta di un questionario standardizzato che indaga solamente quei casi che presentino almeno un criterio RF1, stabilendo se l'evento avverso sia avvenuto o meno, ed estrapolando informazioni su natura e cause degli eventi avversi.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Verona.

Risultati

Il campione si componeva per il 24,6% di cc provenienti dalle Chirurgie Generali, per il 25,4% dalle Ortopedie/Traumatologie, per il 25% dalle Ginecologie/Ostetricie e per il restante 25% dalle Medicine Interne/Geriatrie. Rispetto ai criteri di ammissione dei 260 ricoveri esaminati, il 37,3% risultava ad accesso programmato, l'1,2% semi-urgente, il 61,2% urgente, lo 0,4% critico. Il 53,8% ha visto il passaggio dal PS, il 46,2% era ad accesso diretto. Il 7,3% del campione ha subito un danno/complicazione identificato come evento avverso. Di questi il 3,1% ha subito un evento avverso prevenibile, ossia correlato ad un problema nella gestione delle cure. Tali eventi avversi registrati comprendono: infezioni ospedaliere (33,3%), cadute (33,3%), avulsione dentaria (11,1%), piaghe da decubito (11,1%), emorragie iatrogene (11,1%).

Conclusioni

L'incidenza degli eventi avversi, prevenibili e non, nelle Unità Operative indagate è comparabile con quanto riportato dalla letteratura. Lo studio risulta tuttavia limitato da vari fattori: affidabilità dei dati, precisione e standardizzazione della rilevazione, hindsight bias, massiccio carico di lavoro rappresentato dalla mole di dati cartacei e disomogeneità tra le varie Unità Operative nella compilazione delle cartelle.

Studio sulla validità dell'indicatore AHRQ PSI 12 per la rilevazione di eventi avversi prevenibili nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Baldini C. - Vanzetta R.* - Vadalà G.* - Mortaro A.**

Obiettivi

Valutare l'affidabilità dell'indicatore AHRQ PSI 12 nel rilevare gli episodi di tromboembolismo venoso/embolia polmonare (TEV/EP) nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico nel Policlinico «G.B. Rossi», presidio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona.

Materiali e metodi

Al database aziendale è stato applicato l'AHRQ Windows Application Software®, in modo da ottenere, tra le cartelle cliniche (cc) prodotte dal Policlinico nel periodo 2002-2008, quelle che rientravano nei criteri previsti dal PSI 12, cioè quelle che riportavano una Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) contenente un codice di procedura chirurgica di sala operatoria e un codice di TEV/EP in diagnosi secondaria. Tali cc sono state poi revisionate; quelle in cui non c'era traccia dell'effettivo verificarsi di un intervento chirurgico maggiore sono state scartate. Con le rimanenti è stato calcolato il valore predittivo positivo (VPP) dell'indicatore, considerando come «positivi» le cc segnalate dal software, e come «veri positivi» le cc in cui era effettivamente presente un evento tromboembolico.

Risultati

Il software ha segnalato 68 cc; la revisione ha evidenziato che 7 di queste (10%) non riportavano nessuna evidenza del verificarsi di un intervento chirurgico maggiore. Delle altre 61, 6 (10%) non presentavano evidenze di

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Verona.

TEV/EP; 5 (8%) riportavano TEV/EP già presenti al momento dell'ammissione; 50 (82%) riportavano il verificarsi di un TEV/EP durante il ricovero. 41 cc (67%) riportavano un TEV/EP avvenuto dopo l'intervento, 9 (15%) invece riportavano un TEV/EP verificatosi dopo l'ammissione ma prima dell'intervento. Per quanto riguarda il VPP, sono stati ottenuti valori diversi a seconda del gold standard: 82% e 70% considerando rispettivamente qualsiasi TEV e qualsiasi trombosi venosa profonda (TVP) degli arti inferiori o embolia polmonare avvenuti in qualsiasi momento durante il ricovero; 69% e 57% per gli stessi eventi considerando però solo quelli avvenuti dopo l'intervento.

Conclusioni

I risultati sono comparabili con quelli riportati in letteratura sull'argomento. L'AHRQ PSI 12 sembra avere una specificità troppo bassa per poter essere utilizzato come indicatore di eventi avversi prevenibili che possano essere spie di disorganizzazioni del sistema. La specificità dell'indicatore potrebbe comunque essere incrementata includendo anche gli eventi avvenuti prima dell'intervento, nonché introducendo la codifica delle condizioni del paziente al momento dell'ammissione.

Conoscenze, attitudini e pratica della *Clinical Governance*: risultati di una indagine tra i manager sanitari pugliesi

Vece M.M.* - Gallone M.S.* - Quarto M.**

Introduzione

In Italia e nel contesto internazionale si assiste ad un rinnovato interesse per il tema della qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie. Lo sviluppo di politiche di *Risk Management* nell'ambito della *Clinical Governance* (CG) costituisce l'approccio ottimale per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. In tale contesto risulta fondamentale il ruolo dei manager sanitari per l'applicazione nella pratica quotidiana di nuove strategie e sistemi di gestione dei rischi.

Materiali e metodi

Nel 2010 è stata eseguita un'indagine, utilizzando questionari realizzati *ad hoc*, volta a valutare le conoscenze, le attitudini e la pratica dei principi di CG nei manager sanitari pugliesi. Sono stati raccolti 92 questionari da Direttori Medici di Distretto, di Dipartimento e di Presidio Ospedaliero.

Risultati

Il 98,9% dei manager (IC 95%= 94,1%-100%) riferisce di aver sentito parlare di CG soprattutto attraverso articoli scientifici (69,2% IC95%= 58,7%-78,5%) e congressi (79,1%; IC95%=69,3%-86,9%). Il 57,1% (IC95%=46,3%-67,5%) dei rispondenti adotta spesso strumenti di CG durante l'attività lavoro.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

** Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

rativa. Coloro che non si avvalgono di strumenti di CG o lo fanno raramente motivano questa scelta soprattutto perché l'organizzazione del lavoro non lo consente (78,1% IC95%=60,0%-90,7%). Il 96,7% (IC95%=90,6%-99,3%) dei medici sostiene di aver sentito parlare di *evidence-based-practice* (EBP) soprattutto in occasione di congressi (80,7%; IC95%=70,9%-88,3%), corsi di formazione (75%; IC95%=64,6%-83,6%) e attraverso articoli scientifici (72,7%; IC95%=62,2%-81,7%). Il 56,8% dei manager (IC95%=45,8%-67,3%) riferisce di integrare spesso l'esperienza pratica con le evidenze scientifiche. Il 56,8% (IC95%=45,8%-67,3%) riferisce che nella struttura sono presenti linee guida aggiornate disponibili per la consultazione e l'11% (IC95%=5,4%-19,3%) riferisce che queste sono presenti sia presso la direzione che presso i servizi clinici. Il 79,8% (IC95%=69,9%-87,6%) ha sentito parlare di *Health Technology Assessment* (HTA) e il 53,2% (IC95%=41,5%-64,7%) ha letto un rapporto di HTA. La funzione di manager di Presidio Ospedaliero è associata alla lettura di HTA (OR=3,1; IC95%=1,2-7,9; chi-quadro=5,6; p=0,02). Il 95,6% (IC95%=89-98,9%) ha sentito parlare di *Clinical Audit* (CA) e il 57% (IC95%=45,8%-67,6%) riferisce di effettuarlo nella propria struttura. Essere manager di Presidio Ospedaliero risulta associato alla esecuzione di CA nella struttura (OR=3,5; IC95%=1,4-9,1; chi-quadro=7,2; p=0,007). Il 98,9% (IC95%=94%-100%) dei manager conosce lo strumento di *Risk Management* (RM) e il 56% (IC95%=45,2%-66,4%) realizza nella struttura programmi di RM. Anche in questo caso essere direttore di Presidio Ospedaliero risulta associato all'implementazione di programmi di RM nella struttura (OR=5,8; IC95%=2,2-15,2; chi-quadro=13,9; p=0,0002).

Conclusioni

L'attitudine all'utilizzo degli strumenti di CG nella pratica lavorativa risulta non sistematica e questo costituisce una contraddizione rispetto al concetto stesso di CG.

Strategie di sorveglianza epidemiologica attiva presso l'AOU «Federico II»

Savoia F. - Buonocore R.* - Diana M V.* - Ottaiano E.* - Silvestro T.*
Marsilia A.* - Torre G.** - Montella E.*** - Triassi M.*****

Obiettivi

La sorveglianza epidemiologica è un elemento fondamentale tra le strategie di prevenzione delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA). In particolare la sorveglianza basata sui dati di laboratorio consente l'elaborazione di trend temporali che indicano l'andamento epidemiologico dei geni implicati e lo sviluppo di eventuali antibiotico-resistenze. Obiettivo del presente lavoro è la valutazione e l'analisi dei dati raccolti dal Dipartimento di Igiene Ospedaliera dell'AOU «Federico II» nell'ambito della sorveglianza di laboratorio per attuare le misure necessarie alla prevenzione delle ICPA.

Materiali e metodi

L'Area Funzionale di Microbiologia elabora con frequenza mensile il report degli isolamenti microbiologici rilevati dai campioni biologici dei pazienti ricoverati presso l'AOU «Federico II». I dati relativi al periodo settembre 2010-febbraio 2011 sono stati analizzati per calcolare le frequenze assolute dei microrganismi più spesso isolati, disaggregati per unità operative da cui è stato isolato il campione e per distretto anatomico.

*Dipartimento di Scienze Mediche Preventive – Università degli Studi di Napoli Federico II.

** Biologa.

*** Direzione– Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

**** Dipartimento Assistenziale di Igiene Ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità – Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

Risultati

Nel periodo considerato sono stati raccolti 763 isolamenti di germi sentinella di cui 51,6% Gram positivi e il 48,4% Gram negativi. Il 42,3% degli isolamenti deriva da campioni biologici provenienti dalle vie respiratorie, il 21,5% dalla matrice ematica, il 16,4% dalle vie urinarie, il 12,1% da tamponi di ferite chirurgiche e il 7,7% da altre matrici biologiche. I patogeni sentinella maggiormente isolati sono stati: *S. epidermidis* (26,1%), *E. coli* (12,6%), *Acinetobacter baumannii* (11,8%), *P. aeruginosa* (11,1%), *S. haemolyticus* (10,0%). La maggiore frequenza di isolamento è stata riscontrata nei reparti di degenza ad alto rischio della Terapia Intensiva Adulti (17,3%) e la Terapia Intensiva neonatale (13,9%). Tuttavia si evidenzia un'elevata frequenza anche in reparti come Medicina Interna (13,4%), Pediatria (13,1%) ed Ematologia (13,0%).

Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti dalla sorveglianza basata sui dati di laboratorio nel periodo settembre 2010-febbraio 2011, ha consentito di completare il quadro epidemiologico delle ICPA già monitorato con gli studi di incidenza. La sua attivazione ha infatti rilevato un'elevata frequenza di isolamenti dalle vie respiratorie di patogeni sentinella molto resistenti quali *Acinetobacter baumannii* in pazienti critici quali quelli ricoverati presso le terapie intensive. Queste indicazioni hanno consentito di mettere in atto misure preventive relative alle procedure comportamentali degli operatori sanitari che influiscono per il 30% delle ICPA.

Sicurezza in sala operatoria: il recepimento delle Direttive Ministeriali in due strutture ospedaliere della Provincia di Palermo

Bonfante M.S. - Costantino C.* - Cucchiara R.** - Seroni G.**
Torregrossa M.V.****

Introduzione

La necessità di migliorare la qualità delle prestazioni ospedaliere ha sensibilizzato il Ministero della Salute all'elaborazione ed emanazione di Linee Guida sulle attività di sala operatoria per avere su tutto il territorio nazionale un documento unico e ufficialmente riconosciuto, adattabile alle esigenze locali.

Obiettivi

L'iter operatorio si compone di almeno tre grandi variabili: la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, la multidisciplinarietà delle figure professionali coinvolte e la componente organizzativo-strutturale. Si è confrontato il recepimento delle Linee Guida ministeriali in materia di sicurezza in sala operatoria in due realtà ospedaliere strutturalmente differenti quali l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico «P. Giaccone» (A.O.U.P.) e l'Ospedale Buccheri La Ferla-Fatebenefratelli, entrambe operanti sul territorio della Provincia di Palermo.

Discussione

Nelle due Strutture Ospedaliere prese in esame emerge una piena concordanza sulla applicazione delle linee guida ministeriali. Si può evidenziare infatti una totale compliance alle direttive ministeriali sulla prassi igienico-comportamentale e sulla preparazione e gestione del paziente sia nella fase preopera-

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Univeristà degli Studi di Palermo.

** Direzione Sanitaria – Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo.

*** Unità di Staff per le problematiche igienico sanitarie – A.O.U. «P. Giaccone» di Palermo.

toria che in quella postoperatoria. Coincidono inoltre le linee guida di gestione del rischio clinico dedicate al personale addetto al complesso operatorio. La principale difformità tra le due realtà, motivata principalmente da differenti esigenze strutturali, è la maggiore attenzione posta alla programmazione delle attività di sala operatoria da parte dell'Ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli rispetto a quella dell'A.O.U.P «P. Giaccone». Ciò dipende dall'organizzazione di un complesso operatorio unico per tutte le specialità al Buccheri La Ferla, tipico delle strutture monoblocco. Al contrario, la struttura dell'A.O.U.P., organizzata a padiglioni, consente di destinare alle singole specialità sale operatorie dedicate, con caratteristiche strutturali, modalità operative per l'accesso al complesso operatorio e procedure per la preparazione dell'equipe chirurgica adattate alle esigenze delle micro-aree che lo compongono.

Conclusioni

Le Linee Guida di entrambe le realtà esaminate riportano i principi ispiratori emanati nelle Linee Guida ministeriali e, conformemente alle rispettive caratteristiche architettoniche, tendono rispettare perfettamente lo schema proposto rispetto i punti cardine del documento con marginali e trascurabili differenze.

Attivazione del protocollo HELICS per la prevenzione delle ISC presso l'AOU Federico II

Palladino R. - Martino M.* - Onza C.* - Pennacchio F.* - Raiola E.* - Cio A.**
Tucci D.** - Montella E.*** - Triassi M.*****

Obiettivo

Prevenire le Inoni del Sito Chirurgico (ISC) è un obiettivo primario per le strutture sanitarie poiché tali eventi rappresentano il secondo evento avverso più frequente nel paziente ospedalizzato.

L'utilizzo sempre più frequente di antibiotici ad ampio spettro per l'antibiotico profilassi perioperatoria limita fortemente l'efficacia delle misure preventive messe in atto, in quanto è responsabile dello sviluppo di fenomeni di antibiotico resistenze da parte degli agenti causali.

Obiettivo del presente studio è stimare l'associazione tra l'utilizzo dell'antibiotico profilassi perioperatoria conforme alle indicazioni internazionali e lo sviluppo di ISC. Da Luglio 2009 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II ha aderito al protocollo di sorveglianza europeo HELICS «Hospital-in-Europe-Link-for-Infection-Control-through-Surveillance» per la sorveglianza delle ISC.

Materiali e metodi

Il protocollo HELICS ha previsto la sorveglianza epidemiologica solo per alcune categorie di interventi. La conformità all'antibiotico profilassi perioperatoria è stata stabilita seguendo le indicazioni internazionali, riportate in una procedura aziendale condivisa. La diagnosi di ISC è stata effettuata sulla base dei criteri stabiliti dal protocollo HELICS. La raccolta dei dati epidemiologici

*Dipartimento di Scienze Mediche Preventive – Università degli Studi di Napoli Federico II.

** Medico Chirurgo.

*** Direzione Medica di Presidio – Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

**** Dipartimento Assistenziale di Igiene Ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità – Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

necessari è stata effettuata da personale del Dipartimento di Igiene Ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità con frequenza quindicinale, i dati necessari sono stati raccolti dalle cartelle cliniche dei pazienti sorvegliati dal momento del ricovero fino alla dimissione, con follow-up a trenta giorni dalla data di dimissione.

Risultati

Nel periodo gennaio-dicembre 2010 sono stati sorvegliati 408 interventi. Sono stati considerati, tenuto conto della completezza delle informazioni, solo 200 interventi e tra questi 11 hanno presentato un ISC con un tasso di incidenza ISC del 5,5%.

Solo nel 13,9% dei casi è stata effettuata un'antibiotico profilassi perioperatoria conforme al protocollo aziendale. L'analisi qualitativa dei dati relativi all'antibiotico utilizzato ha, infatti, rilevato che il ceftriaxone è stato somministrato da solo nel 32% dei casi e in associazione con altro antibiotico nel 52% dei casi. Tra gli interventi conformi solo in un caso è stata diagnosticata un'ISC. Il valore dell'OR, calcolato sulla base dei dati analizzati, rileva che un'antibiotico profilassi non conforme favorisce lo sviluppo delle ISC per gli interventi sorvegliati.

Conclusioni

L'applicazione del protocollo HELICS per la sorveglianza delle ISC ha messo in evidenza un'incidenza ISC del 5,5% per gli interventi sorvegliati, dato in linea con i tassi europei. Tuttavia, solo il 13,9% degli interventi sorvegliati è stato profilassato conformemente; l'antibiotico maggiormente utilizzato per la profilassi è stato il ceftriaxone: molecola inappropriata per l'indicazione e ad alto costo. E' necessario, pertanto, per evitare sia un dispendio economico sia lo sviluppo di antibiotico resistenza, sensibilizzare il personale sanitario in tema.

La gestione del rischio e la sicurezza del paziente: un'indagine conoscitiva del personale infermieristico e degli operatori socio-sanitari dell'ospedale di Rivoli

Papalia R. - Dore M.** - Racca A.M.*** - Ceruti M.* - Minniti D.*****

Introduzione

La sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure sono obiettivi prioritari del SSN. Il consolidamento delle competenze dei professionisti e la relativa formazione costituiscono elementi fondamentali ed indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

L'obiettivo dello studio è di:

- a) effettuare un'indagine conoscitiva circa la conoscenza e la percezione del rischio clinico tra gli operatori sanitari delle strutture identificate,
- b) definire una mappatura del rischio clinico
- c) sperimentare e validare lo strumento di rilevazione degli eventi/incidenti in alcune strutture ospedaliere del sistema di Incident Reporting.

Materiali e Metodi

L'indagine è stata condotta attraverso un'intervista strutturata mediante un questionario di autovalutazione con valori da 1 a 10 su singoli temi del rischio clinico (Risk Management, Incident Reporting, Linee Guida, Eventi Sentinella, Malpractice, Consenso Informato, Errore, Rischio assicurativo, Clinical Governance e Audit Clinico) rivolto agli infermieri e agli OSS dei reparti di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia e Pediatria dell'Ospedale di Rivoli. I dati sono stati raccolti in un database sul quale sono state effettuate analisi statistiche descrittive e per età con modelli di regressione logistica.

*Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino.

** Direttore Dip Area Medica, OO.RR. Rivoli (TO).

*** CPSE S.C. MECAU, P.O. Rivoli (TO).

**** Direzione Sanitaria, OO.RR. Rivoli (TO).

Risultati

Sono stati intervistati 119 dipendenti. Dai dati l'autovalutazione globale è risultata inferiore a 5 nel 48% di essi.

Dai modelli di regressione logistica è emerso un valore sufficiente (> 5) sul grado di conoscenza delle linee guida per i dipendenti che avevano un'età più giovane (OR=0.5; IC95%=0.22-1.11); invece per l'età più avanzata questa è risultata correlata alla conoscenza del Risk Management (OR=1.44; IC95%=0.78-2.65), dell'Errore (OR=1.68; IC95%=0.87-3.21) e della Clinical Governance (OR=1.58; IC95%=0.81-3.09).

Conclusioni

Dai dati analizzati emerge una scarsa conoscenza del rischio clinico nelle singole tematiche indagate. Nell'ottica di una corretta gestione del rischio clinico occorre fornire oltre ad una formazione estesa al personale del comparto anche una cultura delle diverse declinazioni della Clinical Governance in generale; questo ovviamente prima di procedere ad una sperimentazione di un sistema di segnalazione volontaria degli eventi.

V SESSIONE

Igiene e Medicina del lavoro: prospettive e criticità
di un'integrazione sempre meno utopica

Ruolo del medico igienista nell'ambito della Medicina del Lavoro ai sensi del D.Lgs 81/2008: Proposta di Core Curriculum della Scuola di Specializzazione dell'Università «Federico II» di Napoli

Passaro M. - Germano A.* - Granata A.* - Spagnuolo D.* - Amato A.*
Grimaldi N.** - Gubitosi M.** - Montella E.*** - Triassi M.*****

All'indomani del Decreto del Ministero dell'Istruzione del 1 agosto 2005 (GU 05.11.2005 n 285 supplemento ordinario n. 176), che disciplina il profilo specialistico, gli obiettivi formativi ed i percorsi didattici delle SSM, la scuola di Igiene dell'Università Federico II affronta una revisione complessiva dei contenuti e dell'articolazione della didattica, con lo scopo di potenziare il curriculum dell'igienista nell'ambito della medicina del lavoro ai sensi dell' D. Lgs. 9 aprile 2008 , n. 81. A tal fine, viene costituito un Gruppo di Lavoro composto dai docenti del corso e dagli specializzandi col compito di intercettare i bisogni formativi e riorganizzare la didattica.

Tale revisione ha previsto il potenziamento di molti dei percorsi formativi previsti dal Decreto del 2005 alla luce del D.Lgs 81.

Nell'ambito della «valutazione di adeguatezza igienico sanitaria di procedure produttive e/o di prestazioni di servizi» la nostra Scuola ha previsto l'effettuazione pratica e valutazione dell'adeguatezza igienico sanitaria di realtà lavorative artigianali, sanitarie, industriali (D. Lgs 81/08). Laddove la GU del 2005 richiede di «aver frequentato sotto tutoraggio, per una durata da stabilire da parte del Consiglio della Scuola, soprattutto aziende ove sia prevalente il rischio lavorativo biologico» la nostra Scuola ha previsto l'effettuazione di una esperienza di valutazione del rischio non solo biologico ma anche chimico in ambiente sanitario (D.Lgs 81/08).

La GU del 2005 prevede inoltre che lo specializzando dimostri di «Aver collaborato alla progettazione ed alla realizzazione di almeno un intervento di formazione di base o permanente per operatori dell'area sanitaria», a tal proposito la nostra Scuola prevede la stesura di una procedura di utilizzo dei DPI per la prevenzione del rischio chimico e biologico con adeguata informazione-

*Dipartimento di Scienze Mediche Preventive – Università degli Studi di Napoli Federico II.

** Medico Chirurgo.

*** Direzione Medica di Presidio – Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

**** Dipartimento Assistenziale di Igiene Ospedaliera, Medicina del Lavoro e di Comunità – Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

formazione del personale sanitario circa l'uso corretto e l'utilizzo pratico degli stessi (D.Lgs 81/08).

La Scuola di Igiene dell'Università Federico II propone inoltre l'implementazione dei contenuti previsti dalla G.U. 2005 attraverso l'introduzione della «Sorveglianza Sanitaria» (art. 40,41,42 del D.Lgs 81/08) nell'ambito della quale lo specializzando in formazione dovrà effettuare: a) n.50 giudizi di idoneità al lavoro, b) n.40 spirometrie, c) n.30 ECG, d) n. 5 sopralluoghi ispettivi.

Relativamente alla «Valutazione dei rischi» (art. 28,29,30 del D.Lgs 81/08) si propone l'effettuazione di una esperienza di valutazione del rischio: a) chimico, b) biologico, c) fisico, d) stress correlato, e) ergonomico, f) da VDT, g) da atmosfere esplosive in ambiente sanitario.

Il valore aggiunto del riassetto sta nell'aver posto un accento particolare all'acquisizione di professionalità e competenze relative alla medicina del lavoro.

Survey sulle patologie asbesto-correlate osservate in una realtà italiana fortemente associata ad esposizione professionale ad amianto

Costantino C. - Amodio E.* - Costagliola E.** - Curcurù L.** - Ilardo S.**
Trapani E.** - Calamusa G.**

Obiettivi

La Sicilia tra il 1993 ed il 2004 è stata la quinta regione italiana per numero di mesoteliomi. Inoltre, la Provincia di Palermo presenta il maggior numero di casi incidenti in tutta la Regione nel sesso maschile, ed è storicamente caratterizzata da una forte esposizione lavorativa ad amianto (cantieristica navale e ferroviaria). Partendo da questi presupposti, l'obiettivo principale del seguente lavoro è quello di effettuare un'analisi dei casi di asbestosi, placche pleuriche, carcinoma polmonare e mesotelioma asbesto-correlati osservati a Palermo e provincia nel periodo 2005-2009.

Metodi

Sono stati presi in esame i casi di patologia asbesto-correlata oggetto di delega di indagine sul nesso di causalità da parte delle Procure di Palermo e di Termini Imerese allo S.Pre.S.A.L. dell' A.S.P. 6 di Palermo. Per tutti i casi esaminati è stato riconosciuto un nesso di causalità tra patologia ed esposizione ad amianto. I dati, raccolti ed analizzati su un database creato con EpiInfo 3.5.1, sono estrapolati dalle cartelle cliniche e dai verbali di sommaria informazione testimoniale ricavati dal diretto interessato o dai parenti più prossimi, in caso di decesso dello stesso.

* Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute «G. D'Alessandro» - Università degli Studi di Palermo.

** Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.) - Azienda Sanitaria Provinciale 6 di Palermo (A.S.P. 6) - U.O. Controllo e Vigilanza Sanitaria.

Risultati

Il numero totale di casi è 69 (67 uomini e 2 donne). Tutti i soggetti sono stati esposti ad amianto sul luogo di lavoro ad esclusione di una casalinga, esposta indirettamente a causa del lavaggio continuativo degli indumenti «da lavoro» del marito, a sua volta deceduto per patologia asbesto-correlata. Il 37.7% del totale è affetto da asbestosi/placche pleuriche (n=26), il 21.7% da carcinoma polmonare (n=15), il 40.6% da mesotelioma (n=28). Il 75.4% del totale era un lavoratore della cantieristica navale (n=52), il 14.5% del settore ferroviario (n=10), il 5.8% del settore metalmeccanico (n=4). L'età media al momento della diagnosi è 65.5 anni, la latenza media e la durata di esposizione media ad amianto corrispondono rispettivamente a 42.3 anni e 25.6 anni. Considerando l'abitudine al fumo, emerge che 24 soggetti erano fumatori (34.8%) e 45 non fumatori (65.2%).

Discussione e Conclusioni

I dati della nostra casistica confermano una netta preponderanza di casi tra i soggetti di sesso maschile ed un'estrema rarità di casi sotto i 40 anni, quadro non coerente con esposizioni di tipo ambientale che di recente sono state riportate in letteratura. Inoltre, i nostri dati confermano le previsioni di un progressivo aumento dei casi di patologia maligna da esposizione lavorativa ad amianto (carcinoma e mesotelioma), e di una contestuale diminuzione delle patologie più strettamente dose correlate (asbestosi/placche pleuriche).

Gestione del rischio biologico negli operatori sanitari: attitudine alla vaccinazione anti-HBV

De Palma M. - Daleno A.* - Cappelli M.G.* - Quarto M.***

Obiettivi

Valutare la copertura per la vaccinazione anti-HBV in un campione di operatori sanitari pugliesi e verificare l'efficacia della proposta di vaccinazione da parte del medico competente, del medico di medicina generale e del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Materiali e Metodi

L'indagine è stata svolta nel 2009 attraverso un questionario standardizzato anonimo somministrato a 1.510 operatori sanitari in servizio presso reparti ad elevata intensità di cure (Rianimazione, Terapia Intensiva, Oncologia, Terapia Intensiva Neonatale, Pediatria, Lungodegenza, Malattie Infettive, Ematologia) dei Presidi Ospedalieri della Regione Puglia.

Risultati

Il 62,6% (95% IC: 60-65,1) dei rispondenti ha riferito di aver avuto la proposta di ricevere la vaccinazione anti-epatite B; di essi il 75% (95% IC: 72-77,8) ha ricevuto tale proposta dal medico competente, il 21% (95% IC: 18,5-23,9) dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e il 3,9% (95% IC: 2,8-5,5) dal medico di medicina generale.

Il 73,6% (95% IC: 71,2-75,9) degli operatori ha dichiarato di aver ricevuto il

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

** Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

vaccino anti-epatite B. In particolare, il 49,1% (95% IC: 46-52,1) ha riferito di essere stato vaccinato dal medico competente, il 39,2% (95% IC 36,3-42,3%) presso il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, il 9,1% (95% IC: 7,4-11) ha provveduto in proprio e il 2,6% (95% IC: 1,8-3,8) è stato vaccinato dal medico di medicina generale.

La proporzione di soggetti vaccinati è superiore tra gli infermieri (76,1%; 95% IC: 73,3-78,6) rispetto ai medici (62,9%; 95% IC: 64-74; chi-quadro=17,6; $p<0,0001$).

La proposta della vaccinazione è risultata associata alla sua effettuazione (OR=9,9; IC 95% 7,5-13,1; chi-quadro=310,6; $p<0,0001$). Non si osservano differenze nella percentuale di soggetti vaccinati tra coloro che hanno ricevuto la proposta da parte del Medico Competente, dal Medico di Medicina Generale o dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (chi-quadro=4,1; $p=0,12$).

Inoltre, la proporzione di operatori sanitari vaccinati è maggiore tra gli operatori che lavorano presso le strutture terapia intensiva (91%) e terapia intensiva neonatale (83%), rispetto alle altre strutture (chi-quadro=29,1; $p<0,0001$).

Conclusioni

La prevalenza di operatori sanitari vaccinati contro l'HBV è da ritenersi bassa rispetto alle raccomandazioni del Ministero della Salute e alle buone prassi per la gestione del rischio biologico.

La promozione della vaccinazione da parte del medico competente è ancora inadeguata. Risulta necessaria pertanto una visione strategica della promozione delle vaccinazioni negli operatori sanitari che coinvolga le direzioni ospedaliere e sia integrata tra le attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, nell'interesse del paziente e dell'operatore sanitario stesso.

Campagna di vaccinazione antinfluenzale presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria «San Martino» di Genova: esperienza quinquennale e indagine conoscitiva nel personale infermieristico

Alberti M. - Alicino C.* - Cacciani R.* - Casabona F.* - Iudici R.* - Orsi A.*
Trucchi C.* - Xhori E.* - Battistella A.**

L'influenza stagionale è un importante problema di salute pubblica in quanto provoca ogni anno un aumento dei ricoveri dovuti alle complicanze correlate all'infezione e conseguentemente un rilevante numero di morti.

La vaccinazione antinfluenzale è il principale strumento di prevenzione e il personale sanitario è regolarmente incluso fra le categorie a cui la vaccinazione viene offerta prioritariamente: tale gruppo di soggetti è, infatti, esposto ad elevato rischio sia di contagio individuale sia di trasmissione dell'infezione a livello nosocomiale, con conseguente possibile generazione di pericolosi outbreak epidemici.

L'adesione del personale sanitario alla campagna di immunizzazione risulta determinante per il raggiungimento di elevati tassi di copertura vaccinale al fine di ridurre la circolazione del virus in ambito ospedaliero e l'assenteismo lavorativo proprio nel periodo di maggior richiesta di assistenza da parte della collettività. Nonostante le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Ministero della Salute e il rationale di questa strategia preventiva, la compliance degli operatori sanitari alla vaccinazione antinfluenzale è ancora subottimale: i dati di copertura vaccinale registrati presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) San Martino di Genova e quelli riportati in letteratura evidenziano come il personale infermieristico, categoria professionale con il maggior rischio di trasmissione del virus per la frequenza e la tipologia di interventi che esercita sull'assistito, sia il meno propenso alla vaccinazione, soprattutto a confronto con la classe medica.

Attraverso un'indagine conoscitiva sono stati analizzati le motivazioni legate alla scarsa adesione del personale infermieristico dell'AOU San Martino. Durante il mese di agosto del 2010, 525 questionari sono stati distribuiti agli infermieri afferenti alla maggior parte delle Unità Operative; sono stati opportunamente compilati e quindi analizzati 238 questionari rappresentativi dell'11,6% del personale infermieristico dipendente. Dalla popolazione esami-

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Genova.

nata, è risultato che meno di un terzo si vaccina annualmente contro l'influenza stagionale, mentre solo il 13% si è immunizzato contro il virus A/H1N1 nella stagione 2009/2010. Le principali motivazioni che portano al rifiuto della vaccinazione sono primariamente dovute al timore degli effetti collaterali (49%), al fatto di non ritenere il vaccino efficace nel prevenire la malattia (48%) e, per quanto riguarda il vaccino pandemico, il motivo che maggiormente ha contribuito alla scarsa adesione è legato alla presunta insufficiente sperimentazione del preparato (65%). I dati emersi dai questionari confermano la necessità di approfondire le conoscenze del personale infermieristico riguardo la vaccinazione antinfluenzale per superare quelle credenze che ostacolano la vaccinazione, a tal fine si evidenzia l'urgenza di programmare adeguati interventi educativi.

Attitudini e conoscenze sulla vaccinazione antinfluenzale tra i medici in formazione specialistica presso l'Università degli Studi di Palermo

Maringhini G. - Costantino C.* - Amodio E.** - Asciutto R.*
Calamusa G.** - Vitale F.***

Introduzione

La vaccinazione antinfluenzale è la strategia più efficace per prevenire l'infezione da virus influenzale e le sue complicanze. Nonostante le raccomandazioni delle autorità sanitarie, nelle ultime decadi il tasso di copertura tra gli operatori sanitari, inclusi i medici, è stato riconosciuto essere minore del 25%. Per predire il trend futuro della copertura vaccinale, è necessario conoscere le principali motivazioni che spingono a rifiutare il vaccino e pianificare di conseguenza mirate campagne informative e formative. In quest'ottica risulta strategico indagare le attitudini e le conoscenze riguardo la vaccinazione antinfluenzale da parte degli specializzandi, in quanto futura classe medica.

Metodi

Il link ad un questionario on line da compilare in forma anonima è stato inviato per email a 302 medici specializzandi della facoltà di Medicina e Chirurgia di Palermo. Gli indirizzi di posta elettronica erano stati precedentemente richiesti al Centro Informazioni dell'Università. Un testo introduttivo sulle finalità dello studio precedeva un questionario strutturato in 7 sezioni: caratteristiche demografiche; conoscenze sull'MF59, comportamenti personali sul ricorso alla vaccinazione influenzale negli ultimi 5 anni; ragioni per vaccinarsi; fonti di informazione sulla vaccinazione antinfluenzale; attitudini a raccomandare la vaccinazione ai pazienti; volontà di partecipare ad un corso monografico sul tema.

* Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Palermo.

** Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute «G. D'Alessandro», Sezione di Igiene.

Risultati

Tra Settembre e Dicembre 2010, 202 (66.9%) dei 302 specializzandi contattati via mail hanno accettato di compilare il sondaggio. 44 specializzandi (21.8%) si sono vaccinati contro l'influenza stagionale 2009-2010, 84 (41.6%) contro l'influenza A pandemica, 45 (22.3%) hanno espresso la loro intenzione a vaccinarsi contro la stagione influenzale 2010-2011 mentre 44 (21.8%) erano incerti. La copertura vaccinale per il virus A dell'influenza pandemica è stata significativamente più alta rispetto a quella osservata nel 2009-2010.

Conclusioni

Considerato che la maggioranza dei casi di influenza si verifica in persone al di sotto dei 25 anni di età, gli specializzandi dovrebbero essere considerati gli operatori sanitari a maggiore rischio di contagio per i pazienti. E' stata inoltre documentata una generalizzata mancanza di conoscenze ed informazioni riguardo questo argomento. Gli specializzandi infatti non considerano la vaccinazione una responsabilità etica e professionale ma una strategia preventiva da adottare nei soggetti appartenenti ad un gruppo a forte rischio di contrarre l'influenza e le sue complicanze. Nuove strategie di sanità pubblica, come ad esempio rendere la vaccinazione influenzale obbligatoria tra gli operatori sanitari, potrebbero essere richieste per raggiungere i valori di copertura vaccinale auspicati dalle autorità sanitarie.

Abitudini tabagiche tra i medici di medicina generale: un problema di salute pubblica

Furnari R. - Cunsolo M.* - Battaglia A.* - D'Asta M.* - Acerbi G.* -
Oliveri Conti G.* - Ledda C.* - Fallico R.* - Sciacca S.* - Ferrante M.* - Fiore M.**

I medici giocano un ruolo fondamentale nell'identificazione, nella valutazione e nel counseling dei fumatori e posseggono la conoscenza, le opportunità di contatto ed un'influenza positiva sulla loro volontà. D'altro canto i medici fumatori appaiono meno interessati a informarsi sull'abitudine al fumo, a consigliarne la cessazione e a provvedere all'assistenza dei propri pazienti. In uno studio condotto tra 526 medici di base la prevalenza di fumatori è risultata del 28.3% con differenze tra Nord e Sud. Un altro studio, sempre condotto su medici italiani (218 di base) ha osservato una prevalenza di 24.2% di fumatori. Emerge, anche, che la riduzione di fumatori tra i medici italiani non ha tenuto il passo con quella di altri Paesi, inoltre i dati risultano carenti e frammentari. Ritenendo importante osservare il fenomeno tabagismo tra i medici di medicina generale del nostro territorio, abbiamo messo a punto un questionario i cui dati ci consentiranno di confrontare le abitudini tabagiche della popolazione in studio con quelle italiane ed europee. I risultati saranno utilizzati per pianificare interventi di educazione da rivolgere ai medici stessi e di riflesso alla popolazione assistita, poiché un declino della prevalenza di fumatori nella classe medica spesso precede una riduzione della stessa nella popolazione generale.

* Dipartimento di Anatomia, Patologia Diagnostica, Medicina Legale, Igiene e Sanità Pubblica «G.F. Ingrassia» – Università degli Studi di Catania.

Tra informazione, formazione e informatizzazione: videoterminali e medici specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva

Saulle R. - Di Thiene D.* - Capizzi S.** - La Torre G.*
Ricciardi W.** - Boccia A.**

Introduzione

I medici Specializzandi della Scuola di Igiene e Medicina Preventiva spesso svolgono, tra le altre attività, quella di ricerca nel campo della Sanità Pubblica, mediante l'utilizzo del videoterminale (VDT), con i possibili effetti da impegno visivo.

Obiettivi

Valutare: 1) la presenza/assenza di sintomi da stress visivo da uso di VDT al termine di una giornata di lavoro; 2) il rispetto delle norme relative alla sicurezza del lavoro ai sensi del D.Lvo. 81/2008.

Materiali e Metodi

Hanno partecipato allo studio gli specializzandi iscritti al nuovo ordinamento (1° e 2° anno) delle scuole di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università «Sapienza» e «Cattolica» di Roma. Nel mese di Aprile 2011 è stato somministrato un questionario, autocompilato, composto da 14 items e suddiviso in tre sezioni principali relative a:

- a) anamnesi patologica oftalmica;
- b) presenza/assenza di sintomatologia oculare al termine dell'attività lavorativa giornaliera e sintomi correlati dopo esposizione al VDT;
- c) messa in atto delle norme relative alla sicurezza sul lavoro come da D.Lvo. 81/2008 in materia di VDT.

* Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

** Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 20 specializzandi (83,3% degli eleggibili). L'85% effettua 6-7 ore di lavoro al giorno davanti al VDT, il 10% 4-7 ore e il 5% 1-4 ore. Il 90% degli specializzandi dichiara di presentare sintomi oculari da VDT (94.1% con 6-7 ore/die al VDT; il 100% con 4-7 ore/die; $p=0.008$); per il 90% la sintomatologia è di grado lieve, per il 20% di grado moderato. Dichiarano di avvertire «spesso» sintomi oculari il 35.3% di coloro che lavorano al VDT per 6-7 ore/die e il 50% di coloro che lavorano 4-5 ore/die, e nessuno di quelli che lavorano 1-4 ore/die ($p=0,046$). Esistono differenze nella presenza di sintomatologia oculare a fine giornata fra coloro che hanno patologie oculari (100%) e coloro che non le hanno (71.4%) ($p=0.111$).

Conclusioni

L'attività di ricerca tra gli specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva, per quanto intensa, non crea particolari disturbi da stress visivo - se non di grado lieve - presumibilmente per le conoscenze igieniche lavorative e la messa in pratica delle norme relative al D.Lvo. 81/2008 in materia di VDT.

Individuazione dei bisogni formativi per il personale addetto alla prevenzione dell'abuso di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro

Monsignori A. - Damiani L.* - Masanotti G.**

Introduzione

Il consumo di sostanze psicoattive ha posto i datori di lavoro nella condizione di dover e saper riconoscere condotte connesse al loro uso. Obiettivo del Consorzio Europeo MEPMIS è la formazione dei manager, indispensabile per un'azione efficace che si basi sia su protocolli di gestione semplici e chiari, sia su una politica aziendale volta alla promozione della salute.

Obiettivi

Individuare, in sei paesi europei tra cui l'Italia, i bisogni formativi di datori di lavoro pubblici e privati, personale con compiti di coordinamento, e proprietari di PMI, e proporre loro un corso di formazione volto alla gestione dell'eventuale presenza nei luoghi di lavoro di problematiche inerenti l'uso di sostanze psicoattive.

Materiali e Metodi

Per ottenere pareri e opinioni dei professionisti appartenenti al gruppo target è stato somministrato un questionario suddiviso in tre parti.

Nella prima si è chiesto di rispondere a 5 domande a risposta aperta riguardanti le problematiche da prendere in considerazione nella gestione degli effetti delle sostanze psicoattive, le barriere che ostacolano tale gestione e le necessità conoscitive più importanti per chi è direttamente responsabile della salute dei dipendenti.

Nella seconda parte si è chiesto di valutare l'importanza (scala da 1 a 4) di

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Perugia.

alcuni fattori che influenzano la gestione di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro e i livelli di conoscenze e competenze del target presenti nell'azienda relativamente ai fattori di cui sopra.

Nella terza parte invece si sono poste domande sull'organizzazione del corso.

Riassunto dei risultati

Le domande aperte hanno evidenziato la necessità di una politica aziendale idonea e di corsi di formazione.

In tutti i paesi, si è messa in evidenza l'importanza di riconoscere i segni e sintomi di abuso di sostanze psicoattive (3.12), la conoscenza della norme di legge (2.98) e la necessità di formazione specifica in materia (2.88). I maggiori livelli di conoscenze e competenze del gruppo target riguardano le norme di legge ed i servizi esterni di medicina del lavoro (2.46), nonché la presenza di un servizio aziendale di prevenzione e sicurezza. Per quanto riguarda l'importanza di avere una politica aziendale si evidenzia una netta discrepanza (1.06) fra le priorità nell'averla e i livelli di competenza e conoscenza su di essa.

Conclusioni

Grazie all'analisi dei bisogni è stata possibile individuare gli argomenti chiave che sono stati utilizzati per costruire corsi di formazione e una piattaforma e-learning al fine di fornire al gruppo target strumenti per la corretta gestione del consumo di sostanze psicoattive nel proprio ambito lavorativo.

Realizzazione e sperimentazione di un corso sulla prevenzione dell'abuso di sostanze psicoattive sul lavoro

Damiani L. - Monsignori A.* - Masanotti G.**

Introduzione

Nel quadro della globalizzazione e del conseguente bisogno di rimanere sempre competitivi, l'uso inappropriato da parte dei lavoratori di sostanze psicoattive sta mettendo in forte difficoltà i datori di lavoro europei, soprattutto a causa delle conseguenze dell'abuso di tali sostanze, quali l'assenza dal lavoro per malattia, la forte riduzione delle prestazioni e della produttività del personale. Nasce così il consorzio Europeo MEPMIS che coinvolge esperti nel campo della prevenzione, oltre che italiani, anche irlandesi, inglesi, neerlandesi, polacchi e ungheresi.

Obiettivi

Progettazione, realizzazione e valutazione di uno strumento educativo per datori di lavoro pubblici e privati, personale con compiti di coordinamento e proprietari di PMI in grado di fornire conoscenze e competenze tali da renderli in grado di affrontare, in modo proattivo e reattivo, il problema del consumo di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro.

Materiali e Metodi

In Italia, dopo aver effettuato una analisi dei bisogni del gruppo target, si è proceduto all'organizzazione di una giornata di studio e confronto. Nel delineare la situazione del consumo di sostanze psicoattive, sia nella popolazione generale che nei lavoratori, richiamare le leggi vigenti ed illustrare il management aziendale verso la problematica, è stato presentato un modello proattivo

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Perugia.

basato sulla prevenzione e sulla WHP; principi centrali non solo per la salute e sicurezza in questo ambito, ma anche per ottenere benefici utili per tutta la comunità. A fine lavori è stato compilato un questionario di gradimento. I giudizi sono stati espressi con un punteggio su scala numerica da 1 (disaccordo) a 5 (accordo). Come ausilio ai dirigenti delle PMI, per soddisfare le loro esigenze personali e professionali, è stato aperto un sito web che non solo ospita una piattaforma e-learning, ma vuole essere una fonte di aggiornamento e uno spazio aperto al confronto sul tema.

Risultati

L'elaborazione degli 82 questionari ha evidenziato la soddisfazione delle aspettative sulla giornata (3.90), il forte interesse e la rilevanza per la propria professione dei temi trattati (3.93), l'opportunità di incontrare i docenti per ulteriori chiarimenti (4.21), e l'utilità delle esperienze presentate (3.98). Inoltre, gli argomenti del corso sono stati ritenuti utili nel proprio lavoro (3.83).

Conclusioni

Il corso ha consentito ai partecipanti di acquisire consapevolezza sui problemi riguardanti l'uso di sostanze psicoattive oltre ad individuare precocemente il problema, a realizzare una corretta gestione di queste problematiche, ma soprattutto avviare percorsi di promozione della salute come prescritto dalla nuova normativa in materia (L. 81/2008).

Valutazione del rischio stress lavoro-correlato

Martinez V. - Carosi I.** - Scatigna M.** - Liris Q.L.* - Tobia L.***
Paoletti A.*** - Fabiani L.**

Obiettivi

Abbiamo condotto una rilevazione «pilota» del rischio da stress lavoro-correlato presso il nostro Ateneo, al fine di definire i livelli di rischio, base per la programmazione di interventi di prevenzione e protezione, identificando indicatori aziendali e oggettivi di rischio ed eseguendo una rilevazione soggettiva di gruppo omogeneo della percezione dello stress.

Materiali e metodi

L'analisi documentale dell'organizzazione del lavoro ha condotto alla selezione di un campione costituito dal personale afferente alle segreterie studenti dell'Ateneo, partizioni organizzative omogenee caratterizzate da elementi potenzialmente «costrittivi» quali il lavoro svolto in condizioni «frontali» e elevato numero di scadenze imposte, e i funzionari tecnico-amministrativi di elevata professionalità (E.P.) che dirigono le unità operative e che hanno un ruolo di snodo tra il top management e i livelli operativi, con una responsabilità intesa sia come articolazione dell'efficacia organizzativa e comunicativa sia come principale onere del ruolo.

Gli indicatori aziendali considerati sono gli indici infortunistici e le assenze per malattia.

La rilevazione degli indicatori oggettivi è stata condotta utilizzando una check list elaborata da uno degli autori che focalizza 13 parametri relativi al contesto e all'organizzazione del lavoro; ad ogni parametro è stato attribuito un punteggio arbitrario (0-4). La check list è stata compilata dagli E.P. con riferimento alla struttura da ciascuno coordinata e dai responsabili delle segreterie studenti.

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi dell'Aquila.

** Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università degli Studi dell'Aquila

*** Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro, Università degli Studi dell'Aquila

Per la valutazione soggettiva lo strumento utilizzato è il questionario P.R.I.S.M.A. 2©, da noi validato, che si compone di 90 item con alternative di risposta su scala tipo Likert a cinque punti (scale ad intervalli) e di 17 scale (suddivisibili in 6 dimensioni).

Risultati

Dall'analisi degli indicatori aziendali non emergono particolari criticità con riferimento ai dati di letteratura ed ai dati storici.

Per quanto riguarda gli indicatori oggettivi, i risultati della rilevazione indicano valori medi relativamente bassi in tutti i casi, se si considerano i valori relativi all'insieme dei 13 parametri considerati. I valori medi più elevati per le segreterie studenti sono relativi ai parametri: lavoro «frontale» a contatto con il pubblico ($\bar{x} = 2,44$), retribuzione-incentivi ($\bar{x} = 2$) e dotazione strumentale/tecnologia/ergonomia ($\bar{x} = 2,67$).

Considerando tutti gli E.P., i valori medi più elevati sono relativi ai parametri: lavoro «frontale» a contatto con il pubblico ($\bar{x} = 2,08$), retribuzione-incentivi ($\bar{x} = 1,62$), responsabilità in solido ($\bar{x} = 1,77$, il valore più elevato riguarda i servizi economici) e dotazione strumentale/tecnologia/ergonomia ($\bar{x} = 1,54$).

La rilevazione soggettiva di gruppo omogeneo presenta indicatori di rischio moderato in relazione a 8 delle 17 macroaree esplorate : supporto nel lavoro, sicurezza sul lavoro, carriera, mobbing, carico di lavoro, disagio emotivo, microclima – igiene, spazi e attrezzature (in quest'ultimo caso rischio elevato).

Conclusioni

Per quanto riguarda i fattori di rischio modificabili sono individuabili alcune azioni migliorative negli ambiti dell'organizzazione e gestione del personale, della «comunicazione interna», dell'ergonomia e della formazione.

«Tronco comune» e medici specializzandi in igiene e medicina preventiva

Saulle R. - Palazzo C.* - Capizzi S.** - La Torre G.*
Ricciardi W.** - Boccia A.**

Parole chiave: tronco comune, specializzazione, igiene e medicina preventiva

Introduzione

L'ordinamento per Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (IMP) è stato di recente rinnovato in contenuti e struttura. L'elemento più innovativo del Nuovo Ordinamento è il cosiddetto Tronco Comune (TC), tuttora in fase di sperimentazione nelle diverse sedi.

Obiettivo

Valutare quanto i Medici Specializzandi della Scuola di IMP ritengono importante le attività del TC nel percorso formativo del medico igienista;

Metodi

Hanno partecipato allo studio gli iscritti al nuovo ordinamento (1° e 2° anno) delle scuole di (IMP) dell'Università «Sapienza» e « Cattolica» di Roma. Nel mese di Aprile 2011 è stato somministrato un questionario, autocompilato, composto da 8 items e suddiviso in tre sezioni principali relative a:

- a) importanza attribuita al TC nel percorso formativo di un medico igienista;
- b) importanza attribuita ai corsi teorici/pratici e master post-specializzazione;
- c) aspirazione professionale alla professione di Medico Competente (MC);
- d) giudizio sul Decreto interministeriale per la formazione integrativa per MC;

L'analisi statistica è stata effettuata realizzando tabelle di frequenza, tabelle di contingenza. Le differenze nelle percentuali delle risposte fra i vari grup-

* Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

** Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

pi sono state valutate attraverso il test del Chi-quadrato e il test esatto di Fisher. Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0.05$.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 21 specializzandi (87.5% degli eleggibili) (range di età di 25-55 anni). Il 92,5% considera importante l'entrata del TC nel percorso formativo del medico igienista («molto»: 57,1%; «moltissimo»: 38,1%). L'attività formativa, sia teorica che pratica, è ritenuta «molto» importante (teorica: 57,1%; pratica: 47,6%), «importantissima» (teorica: 33,3%; pratica: 47,6%) e «poco» importante (teorica: 9,5%; pratica: 4,8%). L'81% del campione desidererebbe ottenere maggiore preparazione ed approfondimento («molto»: 52,4%; «moltissimo»: 28,6%) durante la specializzazione. Il 47,6% si iscriverebbe «poco»/«per nulla» a un master post-specializzazione. Il 90,5% degli specializzandi non è concorde con il decreto interministeriale per la formazione integrativa per medici competenti («per nulla» 38,1% «poco»: 52,4%). Non si sono rilevate differenze statisticamente significative per gruppo d'età, scuola di specializzazione, anno di corso, aspirazione alla professione di MC e importanza attribuita al TC.

Conclusioni

Gran parte dei medici igienisti accoglie con entusiasmo l'entrata del TC nel nuovo ordinamento didattico. Nasce tuttavia l'esigenza di una formazione continua che dovrebbe perseguire obiettivi di qualità. E' auspicabile un maggior impegno organizzativo e formativo, di certo non trascurabile date le difficoltà logistiche che tale organizzazione comporta.

Indice

I SESSIONE

L'aumento del numero delle patologie croniche ed i diversi strumenti con cui affrontare tale problematica

1. Studio sugli effetti dell'attività motoria programmata e sulle modifiche comportamentali in bambini nati nel 1999 p. 7
2. La carenza cronica di sonno nell'eziopatogenesi dell'obesità infantile: primi risultati p. 8
3. Progettazione di strumenti innovativi per informare ed educare a sani stili di vita in una società multiculturale p. 10
4. Studio multicentrico di valutazione sul cambiamento delle abitudini tabagiche degli studenti di Medicina dopo uno specifico intervento formativo-educativo sul counselling p. 12
5. Interventi di screening per la valutazione della capacità di guida in persone affette da patologie acute e croniche: una revisione sistematica di letteratura p. 14
6. Il carcinoma della cervice uterina in Umbria p. 16
7. Il consumo degli IPP nelle regioni italiane nel periodo 2001-2007: evidenze di uno studio empirico p. 18
8. Chi deve pagare per cosa? L'opinione di un campione di italiani sul principio di solidarietà, sulla responsabilità del singolo individuo e sul finanziamento dei sistemi sanitari p. 20

9. Implementazione delle migliori evidenze scientifiche e applicazione di un modello «Comprehensive, Community and Home Based Health Care (CCHBHC)». Il caso della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) p. 22
10. Malattie Cardiovascolari e attività fisicometabolica come strumento di prevenzione e terapia p. 24
11. Incentivare la prevenzione per ridurre l'incidenza di ictus p. 26
12. Indagine sui bisogni di salute di invalidi e disabili: modello di applicazione dell'analisi bio-psico-sociale dell'OMS nel Nord Sardegna p. 29
13. Incidenza e costi degli ictus versus l'infarto acuto del miocardio in Italia p. 31
14. La formazione in salute globale per i professionisti di sanità pubblica: scenari attuali e prospettive future p. 33

II SESSIONE

Epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive.
Quali le possibili novità?

1. Sintomatologia associata alla positività ad A/H1N1v durante la pandemia 2009 p. 36
2. Efficacia e sicurezza del vaccino pandemico A H1N1. Risultati di una revisione sistematica e meta-analisi p. 38
3. Studio della conoscenza del vaccino anti-HPV e dell'adesione alla vaccinazione p. 40
4. Analisi della sicurezza a breve termine della vaccinazione anti-HPV con Gardasil: dati preliminari p. 42
5. Valutazione dell'impatto di interventi di Sanità Pubblica: l'abolizione del Libretto di Idoneità Sanitaria per gli Alimentaristi e l'incidenza delle tossinfezioni alimentari p. 44

- | | |
|---|-------|
| 6. Epidemiologia della tubercolosi in Puglia sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive | p. 46 |
| 7. Sorveglianza del morbillo in Liguria: caratterizzazione epidemiologica e molecolare di un evento epidemico verificatosi nel 2010 | p. 48 |
| 8. Studio sul possibile ruolo del virus SV40 nella patogenesi del cancro del colon-retto | p. 50 |

III SESSIONE

Igiene ambientale e degli ambienti di vita: due realtà così distanti ma allo stesso tempo così vicine

- | | |
|--|-------|
| 1. Indagine sulla percezione del rischio da inquinamento ambientale in un campione di popolazione della Provincia di Cremona | p. 55 |
| 2. Progetto «Salute e sviluppo sostenibile»: monitoraggio dei COV nell'aria nella zona di Augusta-Priolo-Melilli | p. 57 |
| 3. Il rischio infettivo nelle matrici ambientali delle degenze sterili di un reparto ad alto rischio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Sassari | p. 58 |
| 4. Valutazione del comfort termico-ambientale nelle sale di degenza ospedaliera | p. 60 |

IV SESSIONE

Protocolli, linee guida, indicatori: come districarsi nei meandri del Risk Management

- | | |
|--|-------|
| 1. Accoglienza e umanizzazione del DEA: analisi del problema e valutazione degli interventi presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Rivoli | p. 64 |
|--|-------|

2. Validazione di uno strumento per la valutazione dell'appropriatezza delle giornate di degenza nelle strutture di riabilitazione: primi risultati p. 66
3. Valutazione caso-controllo sulla qualità di compilazione della Cartella Clinica p. 68
4. Adesione al sistema di verifica periodica della corretta tenuta e compilazione della Cartella Clinica nell'AOU Policlinico di Modena mediante l'utilizzo della checklist regionale p. 70
5. Volumi di attività ed esiti assistenziali per la chirurgia del cancro del colon retto. Una revisione della letteratura p. 72
6. Evoluzione della classificazione e della codifica dell'ospedalizzazione potenzialmente evitabile come strumento per valutare la qualità dell'assistenza territoriale. I risultati di una revisione sistematica p. 74
7. Efficacia ed impatto sui costi dell'introduzione di un dispositivo medico per prevenire le punture accidentali nell'A.O.U. «Federico II» di Napoli p. 76
8. Rischio Clinico nella Regione Abruzzo p. 78
9. Il confronto della compliance agli standard Joint Commission International di due Strutture Ospedaliere della Provincia di Palermo p. 80
10. Eventi avversi in Ospedale: indagine retrospettiva mediante revisione delle Cartelle Cliniche nell'Azienda Ospedaliera di Verona p. 82
11. Studio sulla validità dell'indicatore AHRQ PSI 12 per la rilevazione di eventi avversi prevenibili nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona p. 84
12. Conoscenze, attitudini e pratica della Clinical Governance: risultati di una indagine tra i manager sanitari pugliesi p. 86
13. Strategie di sorveglianza epidemiologica attiva presso l'AOU Federico II p. 88

14. Sicurezza in sala operatoria: il recepimento delle Direttive Ministeriali in due strutture ospedaliere della Provincia di Palermo p. 90
15. Attivazione del protocollo HELICS per la prevenzione delle ISC presso l'AOU Federico II p. 92
16. La gestione del rischio e la sicurezza del paziente: un'indagine conoscitiva del personale infermieristico e degli operatori socio-sanitari dell'ospedale di Rivoli p. 94

V SESSIONE

Igiene e Medicina del lavoro: prospettive e criticità di un'integrazione sempre meno utopica

1. Ruolo del medico igienista nell'ambito della Medicina del Lavoro ai sensi del D.Lgs 81/2008: Proposta di Core Curriculum della Scuola di Specializzazione dell'Università «Federico II» di Napoli p. 98
2. Survey sulle patologie asbesto-correlate osservate in una realtà italiana fortemente associata ad esposizione professionale ad amianto p. 100
3. Gestione del rischio biologico negli operatori sanitari: attitudine alla vaccinazione anti-HBV p. 102
4. Campagna di vaccinazione antinfluenzale presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova: esperienza quinquennale e indagine conoscitiva nel personale infermieristico p. 104
5. Attitudini e conoscenze sulla vaccinazione antinfluenzale tra i medici in formazione specialistica presso l'Università degli Studi di Palermo p. 106
6. Abitudini tabagiche tra i medici di medicina generale: un problema di salute pubblica p. 108
7. Tra informazione, formazione ed informatizzazione: videotermini e medici specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva p. 109

8. Individuazione dei bisogni formativi per il personale addetto alla prevenzione dell'abuso di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro	p. 111
9. Realizzazione e sperimentazione di un corso sulla prevenzione dell'abuso di sostanze psicoattive sul lavoro	p. 113
10. Valutazione del rischio stress lavoro-correlato	p. 115
11. «Tronco comune» e medici specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva	p. 117

Indice dei nomi

A

Acerbi G.	5, 55, 58, 106
Albachiara G.	66
Alberti M.	46, 102
Albertini G.	20
Alicino C.	46, 102
Amato A.	22, 96
Amatore M.R.	22
Ambrosino M.	74
Amodio E.	98, 104
Anastasi G.	78
Andreoli G.	10
Anselmi A.	16
Antolini R.	34
Aprea L.	78
Asciutto R.	104
Auletta L.	74

B

Baldini C.	82
Barillà D.	24, 40
Battaglia A.	5, 55, 58, 106
Battistella A.	102
Bernardini I.	14
Bianchi C.B.N.A.	16
Bianco G.	8
Boccia A.	107, 115
Boccuni C.	34
Bodini C.	31
Bonfante M.S.	88
Borsari L.	8, 10
Bova F.	6, 64
Bravi F.	20
Buonocore R.	22, 86
Buonora N.	14
Burrai V.	27

C

Cacciani R.	46, 102
Cadau R.	27
Calamusa G.	98, 104
Calcalario L.	76
Caligiuri E.	6, 64
Camplone I.	31
Capasso S.	22
Capizzi S.	107, 115
Cappelli M.G.	100
Carbonara D.	44
Carnevale A.	76
Carosi I.	113
Carrillo S.	48
Caruana A.	53
Casabona F.	102
Ceruti M.	62, 92
Ciao A.	90
<i>Ciavattone D.</i>	22, 74
Cipresso R.	55, 58
Clori G.	38
Colimberti D.	78
Congiu M.	27
Cosseddu C.	27
Costagliola E.	98
Costantino C.	88, 98, 104
Cotza V.	56
Cristofanini A.	74
Crolla E.	22
Cucchiara R.	88
Cunsolo M.	106
Curcurù L.	98

D

D'Addario M.	20
D'Ambra M.	22
D'Asta M.	5, 55, 58, 106

Da Cas R.	16
Daleno A.	100
Damiani G.	16
Damiani L.	109, 111
Danzi M.	22
De Felice M.	38
De Magistris G.	74
De Palma M.	100
De Pascale T.	22, 74
De Simone A.	16
De Vito C.	36
Delrio S.	27
Deriu G.M.	56
Di Girolamo C.	31
Di Gregori V.	70
Di Martino M.	56
Di Silverio P.	22
Di Thiene D.	107
Diana M.V.	22, 86
Dilillo S.	22
Dore M.	92

F

Fabiani L.	36, 76
Fabiani L.	38, 113
Fallico R.	5, 55, 58, 106
Falvo R.	72
Fantini M.P.	20, 70
Favale M.	8, 10
Federico B.	16
Ferrante M.	106
Ferretti E.	10
Ferulano G.P.	22
Fiore M.	106
Firenze A.	78
Floramo M.	8, 68
Franchino G.	20, 31
Furnari R.	5, 55, 106

G

Gallone M.S.	84
Gelatti U.	18, 53
Germano A.	22, 96
Giacometti M.	62
Gimigliano A.	29
Giordano R.	34
Giuliani A.R.	38
Gori D.	70
Granata A.	22, 96
Grimaldi L.	22
Grimaldi N.	96
Guaccero A.	44
Gubitosi M.	96

I

Idini M.U.	56
Ilardo S.	98
Improta G.	22
Iodice L.	16
Iozzo F.	6, 64
Iudici R.	46, 102

L

La Rosa F.	14
La Torre G.	107, 115
Lalic T.	34
Lanotte S.	44
Ledda C.	106
Lenzi J.	70
Licitra G.	10
Lionetti R.	22
Liris Q.L.	113
Lotito F.	6, 64
Luciano L.	20
Lusetti M.	68

M

Madeddu S.	56
Mallamace N.R.	24, 40
Mangerini E.	18

Manotti P.	34
Marinelli A.	29
Maringhini G.	104
Marino M.	12
Marino S.	66
Mariotti F.	34
Marsala M.	78
Marsilia A.	22, 86
Martinez V.	113
Martino D.	22
Martino M.	90
Masanotti G.	109, 111
Mazzarino A.	55
Mazzola M.	78
Merla A.	18

Micò R.	6, 64
Minelli.	14
Minniti D.	62, 92
Monsignori A.	109, 111

Montella E.	86, 90, 96
Morandi M.	8, 10
Morici M.	78
Mortaro A.	82
Muraglia A.	76
Murgano A.	76

N

Navarra P.	16
------------	----

O

Odone A.	34
Oliveri Conti G.	106
Onza C.	22, 90
Orizio G.	18, 53
Orsi A.	46, 102
Ottaiano E.	22, 86

P

Palazzo C.	115
Palladino R.	22, 90
Palmigiano V.	5, 55, 58

Paoletti A.	113
Papalia R.	62, 92
Pascucci R.	22, 74
Pasqua C.	24, 40
Pasquarella C.	34
Passaro M.	22, 96
Patria A.G.	46
Pelaggi D.	22
Pelullo C.P.	66
Pennacchio F.	22, 90
Peretti M.	62
Pieri G.	20
Piolatto A.	62
Prisco Piscitelli	29

Q

Quarto M.	44, 84, 100
-----------	-------------

R

Racca A.M.	92
Raiola E.	22, 90
Randazzo C.	20
Raschetti R.	16
Reggio S.	22
Restivo V.	78
Ricciardi W.	16, 107, 115
Riccò M.	34
Rodinò A.	6, 64
Romani G.	8, 10
Romano N.	18
Rompianesi M.	10
Ronconi A.	16
Ruggiero Perrino N.	22
Russo M.	22
Rutigliano M.	22

S

Saulle R.	107, 115
Savoia F.	22, 86
Scarcella C.	18
Scatigna M.	38, 113
Sciacca S.	5, 55, 58, 106

Sellitto E.	22, 74	Tobia L.	113	Vanzetta R.	82
Seroni G.	88	Torre G.	86	Vece M.M.	84
Signorelli C.	34	Torregrossa M.V.	88	Vitale F.	104
Silenzi A.	42	Trabacchi V.	34	Voza N.	22, 74
Silvestrini G.	16	Trapani E.	98		
Silvestro T.	22, 96	Triassi M.	22, 74, 86, 90, 96		
Spagnuolo D.	22, 96	Trucchi C.	102		
Storani S.	10	Tucci D.	90	X	
Stracci F.	14				
Suyeta T.	8			Xhori E.	102
		V			
T		Vaccaro C.	58	Z	
Tana F.	76	Vadalà G.	80, 82	Zocco M.	5, 55, 58
Tanzi M.L.	34	Valdes Abuadili A.J.	66	Zuccarello M.	55
Tedesco D.	70	Vanessa Z.	53		

