



# 49<sup>o</sup>

## CONGRESSO NAZIONALE SITI

ATTI CONGRESSUALI  
POSTER

16 - 19 NOVEMBRE 2016  
STAZIONE MARITTIMA DI NAPOLI



# POSTER

## INDICE

|                                                            |          |
|------------------------------------------------------------|----------|
| AMBIENTE E SALUTE                                          | pag. 01  |
| EMERGENZE IN SANITÀ PUBBLICA                               | pag. 105 |
| EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE       | pag. 114 |
| FORMAZIONE E COMUNICAZIONE SANITARIA                       | pag. 203 |
| GESTIONE DELLA CRONICITÀ: NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI      | pag. 242 |
| HTA, GENOMICA E MEDICINA PREDITTIVA                        | pag. 249 |
| I DETERMINANTI DI MALATTIA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE    | pag. 277 |
| INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E ANTIBIOTICORESISTENZA | pag. 359 |
| LE CAMPAGNE DI SCREENING                                   | pag. 419 |
| L'OSPEDALE: ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI             | pag. 446 |
| MEDICINA DELLE MIGRAZIONI E DEL TURISMO                    | pag. 509 |
| NUOVI SCENARI DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA IN ITALIA      | pag. 524 |
| PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI                           | pag. 557 |
| PRIMARY HEALTH CARE                                        | pag. 571 |
| SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE                        | pag. 580 |
| VACCINI E POLITICHE VACCINALI                              | pag. 630 |

**ID 025**

**ATTIVITÀ ANTIGENOTOSSICA/ANTIPROLIFERATIVA DI ESTRATTI DI POMODORO (LYCOPERSICON ESCULENTUM)**

C. Piscitelli; M. Lavorogna; C. Russo; M. Isidori

*Seconda Università di Napoli, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Ambientali Biologiche e Farmaceutiche, Caserta*

**INTRODUZIONE**

Tra gli alimenti della dieta mediterranea, un ruolo importante è rivestito dal pomodoro per la ricchezza in composti bioattivi, noti per le proprietà antiossidanti e chemopreventive.

**METODI**

Nel presente studio, gli estratti eterei di nove cultivar di pomodoro (San Marzano, San Marzano Cirio 3, Corbarino di Corbara, Corbarino di Nocera, Nero di Sicilia, Pomodoro Giallo, Superpomodoro, Black Tomato e Corbarino di Accadia), coltivate in campi sperimentali di Nocera Inferiore (Salerno) e Accadia (Foggia), sono stati utilizzati per valutare l'attività antigenotossica, mediante Umu test (con e senza attivatore metabolico S9), e l'attività antiproliferativa, mediante MTT assay, su cellule tumorali Hep-G2 e Caco-2.

**RISULTATI**

Tutti gli estratti hanno mostrato, in assenza e in presenza di S9, un'attività antigenotossica media, compresa tra il 40 e il 70% (Caillet et al. 2011), a partire dalla concentrazione più bassa testata (25 mg di estratto secco /L di soluzione). Inoltre, tutti gli estratti hanno mostrato una modesta attività antiproliferativa, soprattutto il Pomodoro Giallo, capace di abbattere del 50% la proliferazione delle cellule tumorali testate.

**CONCLUSIONI**

Alla luce dei RISULTATI ottenuti, la bioattività mostrata dagli estratti eterei potrebbe essere attribuibile prevalentemente al contenuto in carotenoidi; tuttavia, data la complessità degli estratti sarebbe necessario proseguire gli studi per tracciare il profilo metabolomico di questi al fine di individuare e caratterizzare tutti i metaboliti coinvolti.

*Keywords: Lycopersicon esculentum, attività antigenotossica/antiproliferativa, antiossidanti*

**ID 026**

**RISCHI DA ESPOSIZIONE AD INQUINANTI AMBIENTALI IN UNA POPOLAZIONE DEL BACINO IDROGRAFICO DEL FIUME SARNO**

C. Russo; M. Isidori; C. Piscitelli; M. Lavorgna

*Seconda Università di Napoli, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Ambientali Biologiche e Farmaceutiche, Caserta*

**INTRODUZIONE**

Il fiume Sarno è considerato il più inquinato d'Europa essendo l'accettore finale di reflui derivanti da attività urbane, agricole e industriali. Le continue esondazioni del fiume e l'utilizzo delle acque per l'irrigazione dei campi contribuiscono alla possibile contaminazione del suolo e delle coltivazioni locali, esponendo la popolazione ad un rischio sanitario.

**METODI**

Al fine di determinare un'eventuale correlazione tra esposizione ad inquinanti ambientali e salute umana, è stato valutato il danno genotossico in linfociti di sangue periferico di 137 soggetti (età inferiore a 25 anni) del bacino idrografico del fiume mediante il Comet Assay. Ai soggetti è stato somministrato un questionario al fine di raccogliere informazioni relative a variabili geografiche, esposizioni outdoor e indoor ed altri aspetti di stile di vita (fumo, consumo di alcool e attività fisica).

**RISULTATI**

Dalle informazioni raccolte, la popolazione oggetto di studio è stata divisa in diversi gruppi: 1) soggetti dell'Area A (attraversata dal fiume Sarno) e dell'Area B (attraversata dai torrenti Solofrana e Cavaiola); 2) soggetti fumatori e non che insistono sulle due aree; 3) soggetti che vivono/lavorano vicino ai corsi d'acqua e non; 4) soggetti che vivono/lavorano vicino alle industrie e non. Il danno genotossico è stato quantizzato mediante misurazione del tail intensity (Comet IV Assay della Perceptive Instruments). Le percentuali di DNA frammentato dei soggetti di ogni singolo gruppo sono risultate essere statisticamente differenti rispetto al controllo negativo, costituito da 100 soggetti non esposti ( $p < 0.0001$ ; Kruskal Wallis Test) ma non statisticamente significative tra i soggetti dei gruppi analizzati.

**CONCLUSIONI**

Da questo studio preliminare si evince che la popolazione studiata sembra essere esposta ad un rischio sanitario; pertanto, sono necessari interventi di riqualificazione dei corsi d'acqua, di prevenzione e mitigazione del rischio e di tutela ambientale.

**ID 027**

**PSEUDOMONAS AERUGINOSA NELLA RETE IDRICA DI ACQUE POTABILI: UN POTENZIALE RISCHIO PER LA SALUTE PUBBLICA?**

F. Divenuto; O. De Giglio; G. Diella; M. Lopuzzo; G. Lovero; A. Palermo; S. Rutigliano; G. Caggiano; MT Montagna

*Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana –Sezione di Igiene– Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari*

**INTRODUZIONE**

*Pseudomonas aeruginosa* (Pae) è un patogeno opportunisto in grado di provocare complicanze infettive soprattutto nei pazienti immunocompromessi. La rete idrica può essere una sorgente di infezione specialmente quando la contaminazione nelle estremità distali dei punti di erogazione persiste per lunghi periodi di tempo. Il D.Lgs 31/01 disciplina la qualità dell'acqua destinata al consumo umano e si limita ad esprimere un giudizio di idoneità quando i parametri chimico-fisici e microbiologici rientrano nei limiti stabiliti. In particolare, *Escherichia coli* (EC), Coliformi totali (CT) ed Enterococchi (ENT) devono essere assenti in 100 ml. Pae è considerato un parametro accessorio da cercare in situazioni particolari su indicazione delle Autorità competenti. Scopo dello studio è valutare la presenza di Pae nella rete idrica di ambienti confinati e collettivi per stabilire il rischio di esposizione a patogeni opportunisti.

**METODI**

Sono stati esaminati 754 campioni di acqua prelevati da rubinetti di uffici, palestre e scuole. EC, CT ed ENT sono stati ricercati in 100 ml, Pae in 250 ml di acqua mediante filtrazione su membrana.

**RISULTATI**

Secondo il D.Lgs 31/01, 658 (87,3%) campioni di acqua sono RISULTATI conformi e 96 (12,7%) non conformi. Pae è stata isolata nel 6,7% (44/658) dei campioni conformi e nel 14,6% (14/96) dei campioni non conformi.

**CONCLUSIONI**

Dai nostri dati emerge che i limiti microbiologici obbligatori imposti dal D.Lgs 31/01 non sempre garantiscono una buona qualità igienico-sanitaria dell'acqua. La rilevazione di campioni non idonei e, soprattutto, la diffusa presenza di Pae nella rete idrica indicano un potenziale rischio biologico per coloro che presenziano gli ambienti confinati e collettivi. Questo suggerisce la necessità di implementare i controlli della rete idrica, affiancando anche la ricerca di Pae in quanto potenziale responsabile di malattie per contatto o per inalazione.

**ID 033**

**PATOLOGIE ONCOLOGICHE IN PROVINCIA DI CASERTA: PRIMI DATI DEL REGISTRO TUMORI**

A. D'Argenzio 1; M.C. Mendes 1; A. Sessa 1; M.T. Pesce 1; E. Perrotta 1; M. D'Abronzio 1; D. De Francesco 1; M. Perciaccante 1; V. Menditto 2

1 U.O. Monitoraggio Rischio Ambientale e Registro Tumori, Dipartimento di Prevenzione - A.S.L. Caserta

2 Cattedra di Anatomia Patologica, Cultore della Materia – Seconda Università degli Studi di Napoli

**INTRODUZIONE**

Il Registro Tumori dell'Asl Caserta è stato istituito a luglio 2011 per descrivere il fenomeno oncologico nella popolazione dei 104 comuni della provincia, anche in relazione al degrado ambientale dell'area interessata. Ad aprile 2016, il Registro è stato accreditato dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

**METODI:** La raccolta, registrazione e codifica delle patologie oncologiche di tutti i residenti della provincia di Caserta (924.614 abitanti), triennio 2008-2010, sono state condotte secondo le regole dettate dalla IARC, utilizzando flussi informativi principali (SDO, anatomia patologica, mortalità) ed ancillari (cartelle cliniche, esenzioni ticket, MMG, ecc.). E' stato utilizzato, come gestionale di data-management, CR4-IARC. Le analisi sono state supportate dall'utilizzo del sw CRTool.

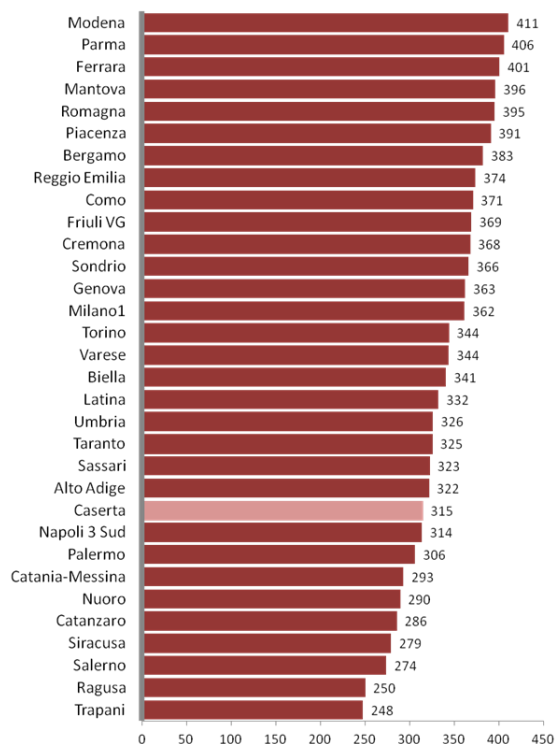
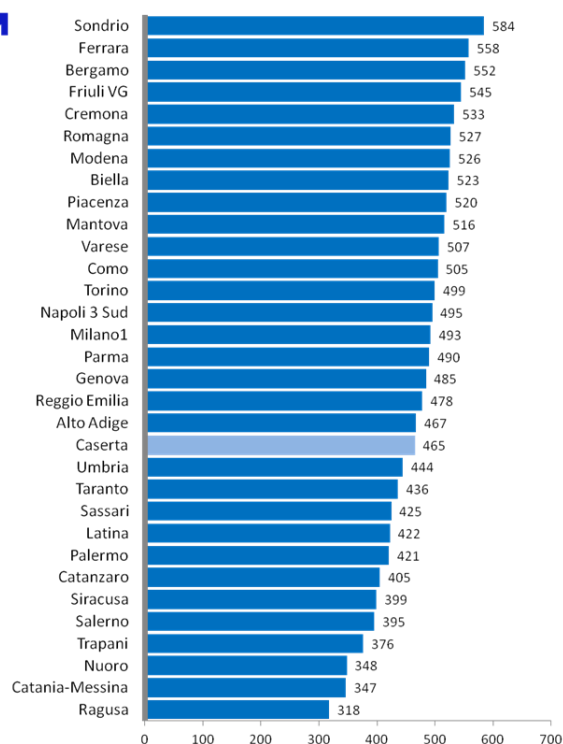
**RISULTATI**

Sono stati diagnosticati 11.940 nuovi casi di tumore maligno (escluso cute non melanomi e SNC non maligni), 56% tra i maschi. Il tasso di incidenza per tutti i tumori, standardizzato su popolazione europea, è 378,8 per 100.000 residenti: rispettivamente 464,8 nei maschi, dimostrando un eccesso di incidenza statisticamente significativo rispetto al Sud, e 314,8 nelle femmine, assimilabile al tasso del Sud e significativamente inferiore a quelli del Nord e dell'Italia. E' stato osservato un eccesso di mortalità, nei maschi, rispetto alle macroaree Nord, Centro e Sud, mentre la mortalità per le femmine mostra una sostanziale sovrapposibilità rispetto al dato nazionale ed un eccesso rispetto al Sud. Sia per i dati di incidenza che per quelli di mortalità sono state condotte analisi specifiche sulle singole sedi tumorali.

**CONCLUSIONI**

Le analisi condotte sui dati del primo triennio forniscono un'iniziale fotografia del fenomeno oncologico nella provincia di Caserta, evidenziando scostamenti in eccesso o in difetto dai valori nazionali e di macro-aree utili ai fini di interventi di prevenzione e di valutazione e programmazione sanitaria.

# Tassi standardizzati Registri Tumori Italiani



**ID 036**

**CON LA PRUDENZA IL PERICOLO DOMINO**

D. Zocchi; G. Mereu

SOS ASSISTENZA SANITARIA IN AMBITO PREVENTIVO

EX AS FIRENZE

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

**INTRODUZIONE**

Gli incidenti domestici, per il loro impatto sia a livello sanitario che economico, rappresentano un problema rilevante per la Sanità Pubblica. Fra le principali cause sono riportate la scarsa percezione del rischio e la sottovalutazione dei pericoli, poiché l'ambiente domestico viene spesso considerato il luogo sicuro per eccellenza.

**METODI:** Il progetto "Con la prudenza il pericolo...domino" è rivolto agli studenti delle prime e seconde classi della scuola secondaria di primo grado ed affronta con gli adolescenti tematiche che vanno dalla percezione del rischio, alle fonti di pericolo presenti in casa, ai comportamenti, alla sicurezza strutturale dell'ambiente. Iniziato nel 2007, ha visto coinvolte circa sessanta classi e 1200 alunni delle scuole secondarie di primo grado del Mugello, nella provincia di Firenze. Il progetto di tre incontri per classe, è condotto da un professionista Assistente Sanitario. Si parte dal racconto dell'esperienza diretta dei ragazzi e del loro nucleo familiare (nel quale al termine del progetto devono essere poi i promotori dei comportamenti virtuosi) dall'analisi delle fonti di pericolo, dei comportamenti, e delle cause che possono portare all'incidente e si valutano i miglioramenti possibili (personali e strutturali). Gli incontri terminano con il gioco del domino, le cui tessere vengono costruite a partire dalle riflessioni congiunte emerse negli incontri precedenti. Il percorso si conclude con l'insegnante referente e la produzione di un cartellone dove i ragazzi riportano i contenuti promozionali educativi.

**RISULTATI:** La valutazione d'impatto è rilevata tramite lo strumento del questionario, somministrato ad uno o due anni di distanza agli adolescenti che hanno preso parte al progetto.

**CONCLUSIONI:** Qualsiasi intervento di prevenzione del rischio non può che essere veicolato dall'aumento della consapevolezza soggettiva, che ne determina la sua percezione, tramite interventi educativi mirati, .



**ID 038**

**TATUAGGI E PIERCING: UNA INDAGINE SUI MATERIALI CONDOTTA NELLA REGIONE DEL VENETO**

G. M. De Faveri 1; I. Bulfoni 1; A. Dalla Riva 2; S. Cinquetti 1; F. Russo 3

1 Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione del Veneto

2 Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 4 Thiene – Regione del Veneto

3 Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria – Regione del Veneto

**INTRODUZIONE**

Il 13% della popolazione italiana a tutt'oggi è tatuata e tale percentuale è destinata a crescere rapidamente. Il fenomeno infatti riguarda soprattutto le fasce più giovani. I minorenni rappresentano il 7,5% delle persone tatuate. A tale fenomeno si affianca e si sovrappone anche quello del piercing. Entrambe le pratiche prevedono l'INTRODUZIONE nella pelle di pigmenti e/o oggetti metallici che possono causare reazioni avverse anche gravi. Una strategia adottata per tutelare la salute è il controllo dei materiali, ovvero della composizione dei pigmenti e degli oggetti utilizzati.

**METODI**

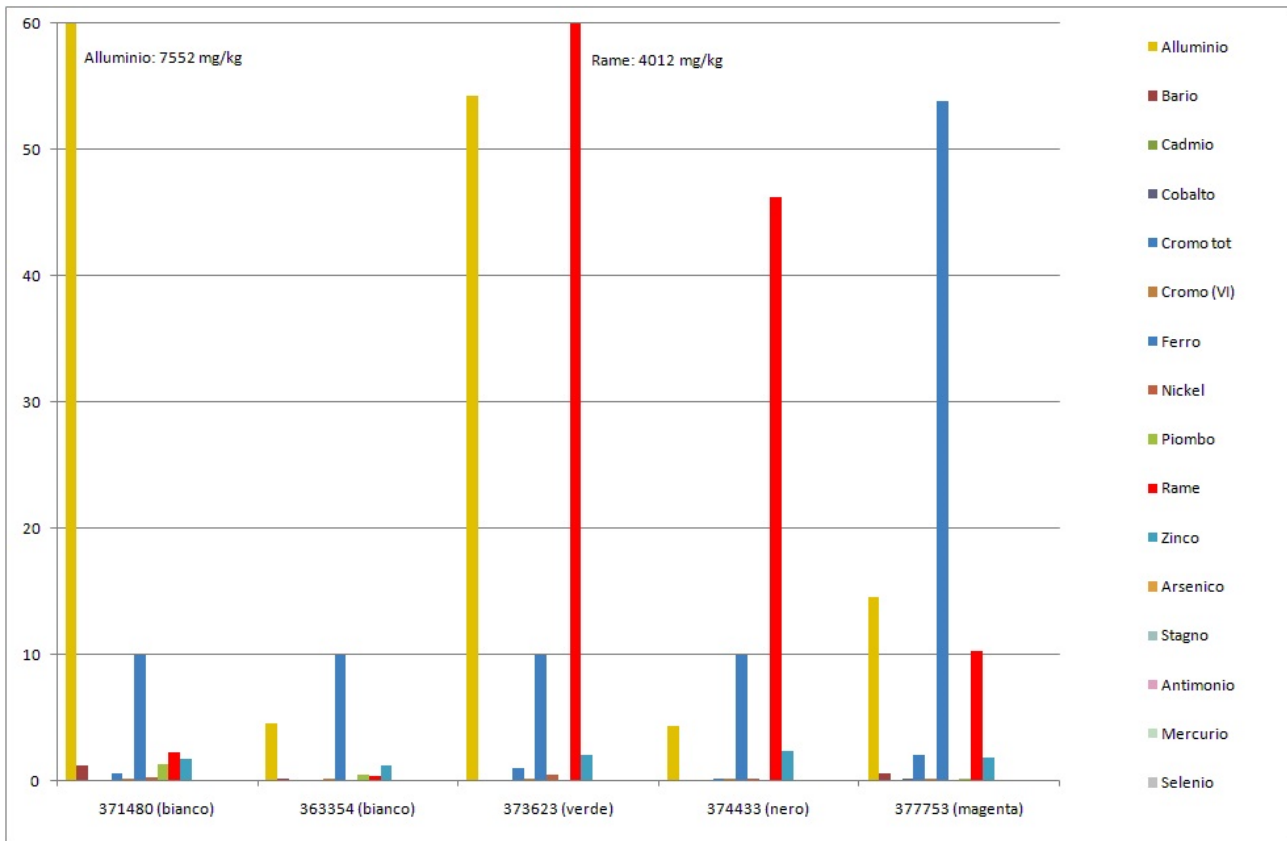
Lo studio condotto nell'ambito del PRP del Veneto 2010-2012 ha previsto l'esecuzione di 20 campioni (5 pigmenti organici per ricerca ammine aromatiche, 5 pigmenti inorganici per ricerca metalli e 10 oggetti per piercing per ricerca Ni) coinvolgendo le Aziende ULSS secondo una distribuzione territoriale omogenea e un cronoprogramma predefinito. I campioni sono stati effettuati presso 20 diversi esercizi con le garanzie di difesa ed analizzati dal laboratorio ufficiale dell'ARPAV.

**RISULTATI**

In un oggetto per il piercing il rapporto di prova ha evidenziato presenza di Ni (2,3 µg/cm<sup>2</sup>/sett.) superiore al limite prescritto dall'Al. XVII del Reg 1907/2006 (0,2 µg/cm<sup>2</sup>/sett.). In nessun pigmento organico sono state evidenziate ammine aromatiche. In tutti i pigmenti inorganici sono stati riscontrati metalli. In particolare quantità elevate di Al nei pigmenti bianchi e Cu nei pigmenti verdi. Tali metalli non sono tuttavia ricompresi nel documento "ResAp (2008)1" che fissa i limiti massimi per alcuni metalli nei tatuaggi e nei make-up permanenti, unico attuale riferimento in assenza di limiti di legge.

**CONCLUSIONI**

E' emersa la necessità di una attenta sorveglianza per le sostanze già definite pericolose (Ni). L'elevata presenza di metalli non presi ancora in considerazione richiama l'attenzione sulla necessità di uno studio approfondito ed una eventuale revisione della normativa.



**ID 044**

**VIGILANZA SUI PARCHI GIOCO PUBBLICI NELLA EX ASL 11 DI EMPOLI**

L. Chiapparini; D. Fattore; S. Bassi; A. Chesì; L. Rabbini; F. Marzano; F. Diomelli; M. Peruzzi; F. Arcieri; G. Mazzoni  
*Azienda USL Centro Toscana*

**INTRODUZIONE**

Il fenomeno infortunistico nei parchi gioco è scarsamente conosciuto in Italia ed altresì poco studiato.

Tuttavia i parchi gioco sono spesso luoghi dove sono presenti attrezzature con carenze di sicurezza che possono essere causa di infortuni gravi nei confronti di un target, bambini, non in grado di valutare i rischi ed assumere comportamenti adeguati.

Le stime fatte da ISPESL di circa 9000 infortuni ogni anno.

La vigilanza è stata pianificata anche a seguito di alcuni esposti.

**METODI**

Nei 15 comuni della ex ASL11 sono presenti circa 250 parchi gioco.

I parchi controllati nel biennio 2014-2015 sono stati 32, ovvero il 13% del totale.

Gli aspetti oggetto di controllo sono stati in gran parte quelli previsti dalle norme UNI EN 1176-7/2008 3 e UNI EN 1176-1/20084.

Le carenze rilevate sono state oggetto di richiesta di provvedimenti ai comuni di competenza; le criticità di rischio immediato per la sicurezza dell'utenza sono state segnalate, contestualmente al controllo, al comune di competenza affinché provvedesse tempestivamente all'inutilizzo delle attrezzature gioco.

**RISULTATI**

I **RISULTATI** hanno evidenziato diverse problematiche quali: area del parco giochi trascurata, presenza di basamenti e fondamenta sporgenti, presenza di spigoli vivi e di usure nei giochi, presenza di punti pericolosi per l'intrappolamento degli arti.

**CONCLUSIONI**

La campagna di controllo ha evidenziato carenze importanti nei parchi gioco ed è servita per sensibilizzare e far indirizzare l'attenzione, delle Autorità Comunali, nei confronti di questo specifica tematica ovvero la prevenzione dei rischi infortunistici dei bambini nel tempo libero.

**ID 051**

**ESPOSIZIONE A PARTICOLATO ULTRAFINE DURANTE ATTIVITÀ MILITARI DI ADDESTRAMENTO SPERIMENTALE**

M. Campagna; I. Pilia; D. Fabbri; N. Angius; G. Marcias  
*Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari.*

**INTRODUZIONE**

Il particolato ultrafine (UFP) è considerato tra i principali componenti responsabili degli effetti avversi sulla salute dell'inquinamento outdoor. Le attività di addestramento militare rappresentano una fonte di esposizione, tuttavia non risultano disponibili in letteratura dati relativi ai reali livelli di UFP e all'impatto di tali attività rispetto ad altre fonti antropiche, sulla qualità dell'aria e sulla salute delle popolazioni residenti nelle aree limitrofe.

**METODI**

Nel 2014-16, sono stati effettuati 11 campionamenti ambientali durante attività aeroportuali, brillamento ordigni e lancio di droni da addestramento sperimentale militare. E' stato utilizzato un Impattore Elettrico a Bassa Pressione, in grado di misurare in continuo la concentrazione di UFP (diametro 6-93,7 nm). I RISULTATI sono stati confrontati con i livelli di UFP misurati in aree urbane ad elevata urbanizzazione ed in aree urbane limitrofe ai siti di addestramento.

**RISULTATI**

La mediana del numero di UFP misurata durante le attività aeroportuali (3.743-28.949 part/cm<sup>3</sup>; min.1.436-4.840, max.271.184-4.014.052 part/cm<sup>3</sup>) è risultata sovrapponibile rispetto alle attività di brillamento (3.320-15.400 part/cm<sup>3</sup>; min. 182-4.380, max. 28.100-17.900.000 part/cm<sup>3</sup>) e lancio radiobersagli (3.755 part/cm<sup>3</sup>; min.1.444, max. 1.964.849 part/cm<sup>3</sup>). Le concentrazioni mediane di UFP sono risultate inferiori a quelle registrate in aree ad elevata urbanizzazione ed in aree urbane limitrofe nella stagione invernale e sostanzialmente sovrapponibili nella stagione estiva. Il valore massimo (17.900.000 part/cm<sup>3</sup>) è stato rilevato in presenza di un brillamento.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI hanno evidenziato un limitato impatto sui livelli di UFP delle attività di addestramento militare rispetto ad altre fonti antropiche. Lo studio ha permesso di raccogliere informazioni utili per le valutazioni di impatto ambientale ed esposizione occupazionale a UFP durante attività militari di addestramento.

**ID 068**

**CONTAMINAZIONE DA TALLIO DELL'ACQUA POTABILE A PIETRASANTA (LU): RISULTATI PRELIMINARI DEL BIOMONITORAGGIO UMANO**

D. Nuvolone 1; C. Aprea 2; G. Sciarra 2; D. Petri 1; P. Pepe 1; F. Cipriani 1; S. Bertelloni 3; S. Pieroni 4; I. Aragona 4

1 Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di Sanità della Toscana, Firenze

2 Laboratorio di Sanità Pubblica, Area Vasta Toscana Sud Est, Siena;

3 Sezione Medicina dell'Adolescenza, UO Pediatria Universitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Pis

**INTRODUZIONE:** da ottobre 2014 il comune di Pietrasanta ha emesso divieti di utilizzo dell'acqua potabile in alcune zone del territorio comunale per il riscontro occasionale di livelli di tallio (Tl) superiori al limite EPA di 2 µg/l. Per la sua rarità in natura, il Tl non rientra nei parametri di controllo per la potabilità delle acque. Per verificare l'entità dell'esposizione della popolazione, è stata avviata una indagine per la determinazione del Tl in matrici umane (urine e capelli).

**METODI:** sono stati previsti 2 campionamenti: uno entro 30 giorni dalla data di emissione dell'ordinanza (campionamento A), il secondo a circa due mesi di distanza (campionamento B). L'86% dei partecipanti ha effettuato entrambi i campioni. Come valori di riferimento sono stati adottati quelli della Società Italiana Valori di Riferimento (SIVR).

**RISULTATI:** ad oggi sono stati analizzati 637 campioni di urine del campionamento A e 700 campioni del campionamento B. La media geometrica del campione A è 0.42 µg/l (min-max: 0.005-8.96 µg/l). Nel campionamento B è stata rilevata una riduzione dei valori urinari di Tl (0.29 µg/l; min-max: 0.005-5.44 µg/l). Il 42,5% dei campioni nel gruppo A ed il 20,9% di quelli del gruppo B, presenta concentrazioni di Tl maggiori di 0.5 µg/l (95° percentile dei valori di Tl della popolazione SIVR, 2011). È stata osservata una correlazione diretta tra i livelli urinari di Tl e i valori del metallo nell'acqua potabile delle varie aree interessate.

**CONCLUSIONI:** la popolazione di Pietrasanta esposta al Tl presenta valori urinari di tale metallo mediamente superiori a quelli di riferimento. Sebbene livelli urinari di Tl inferiori a 5 µg/l non siano ritenuti probabile causa di effetti significativi sulla salute umana e la maggioranza della popolazione di Pietrasanta presenti valori medi al di sotto di tale valore, la rarità di studi sul Tl impone la massima cautela e un accurato follow-up degli abitanti dell'area interessata all'esposizione.

**ID 070**

**Impatto delle temperature ambientali sulla salute e sicurezza dei lavoratori agricoli nella PA di Trento (2000-2013)**

M. Riccò

*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della PA di Trento - Unità Operativa di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di Lavoro*

**INTRODUZIONE**

L'esposizione a condizioni climatiche avverse è stata empiricamente associata ad un eccesso di eventi infortunistici. Scopo di questo studio è valutare l'associazione fra elevate temperature ambientali e l'incidentalismo in ambito agricolo nella PA di Trento fra 2000 e 2013.

**MATERIALI E METODI**

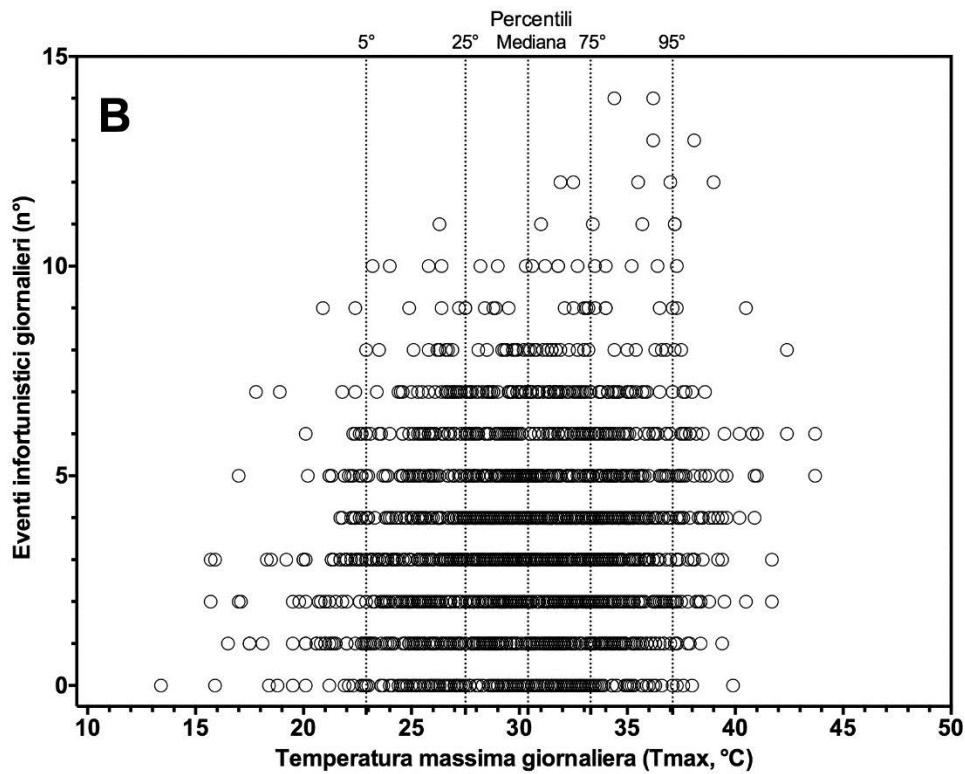
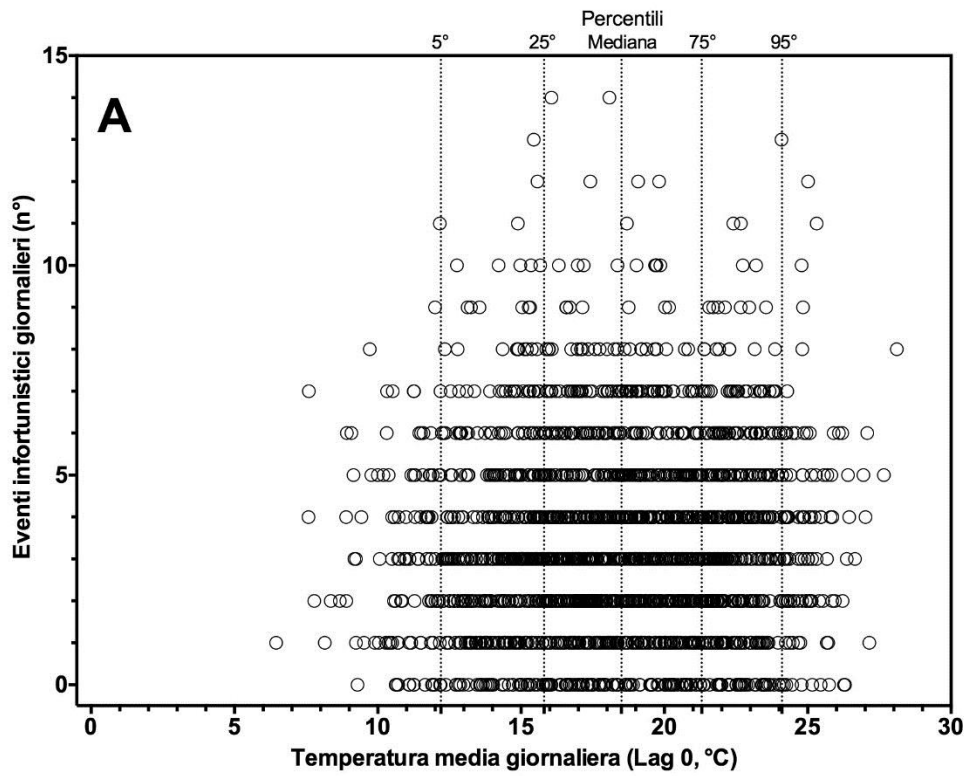
I dati relativi agli incidenti sul lavoro denunciati nel territorio della PA di Trento, propri del contesto agricolo, ed avvenuti nel periodo estivo (1 Maggio - 30 Settembre) 2000 - 2013 sono stati ricavati dal database istituzionale INAIL (n = 7,325). Ogni singolo evento è stato associato alla temperatura giornaliera media (Tday) e massima (Tmax) del sito geografico interessato. Tday è stata determinata in 3 finestre temporali: giorno corrente (Lag 0), giorno corrente + 24h precedenti (Lag 1), giorno corrente + 48h precedenti (Lag 2). L'incidenza degli eventi è stata infine confrontata fra il complesso del periodo estivo e le ondate di calore, definite come almeno 3 giorni consecutivi caratterizzati da una Tmax > 35°C. Le analisi sono state eseguite tramite una Regressione di Poisson controllata per sesso, età, e periodo dell'evento.

**RISULTATI**

L'incidenza di eventi infortunistici stimabile per il periodo in oggetto era di  $3.4 \pm 2.3$  eventi / day. Il picco avveniva nei giorni caratterizzati da temperature più elevate, ed in particolare durante le ondate di calore (incidence rate ratio = 1.09; IC95% 1.02-1.17; p = 0.0165), con temperature superiori al 95° percentile sia in termini di Tday (OR 1.119 IC95% 1.008 - 1.242 per Lag 0 e OR 1.125 IC95% 1.013-1.249 per Lag 1), sia in termini di Tmax (OR 1.144 IC95% 1.029-1.272).

**CONCLUSIONI**

Il nostro studio suggerisce che le giornate caratterizzate da temperature più elevate siano altresì associate ad una più elevata incidenza di eventi infortunistici in ambito agricolo. In altri termini, appropriati sistemi di allerta o di allarme potrebbero significativamente ridurre l'incidentalismo in tale settore lavorativo.



**Figura 1.** Eventi infortunistici giornalieri rispetto alla temperatura media giornaliera (calcolata rispetto al giorno dell'evento) (A) e rispetto alla temperatura massima giornaliera (B). Le linee tratteggiate rappresentano il 5°, 25°, 50° (mediana), 75°, 95° percentile.

**ID 076**

**IL RISCHIO BIOLOGICO NEL SETTORE SANITARIO ALLA LUCE DEL D.LGS 19/2014: APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE PER IL SUO CONTENIMENTO NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II DI NAPOLI**

D. Schiavone 1; M. Di Martino 2; F. Rubba 1; N. Grimaldi 1; G. D'Onofrio 1; N. Crispino 3; E. Montella 3; M. Triassi 3

1 Direzione sanitaria. AOU Federico II di Napoli

2 Dai di Pediatria. AOU Federico II di Napoli

3 Dipartimento di Igiene e Medicina del Lavoro e Preventiva

**INTRODUZIONE**

Numerosi studi in ambito sanitario hanno messo in evidenza che ogni anno si registrano oltre 130.000 infortuni a rischio biologico nel personale sanitario. Il costo per la gestione di ogni singolo infortunio a rischio biologico, considerando solo le spese relative alla profilassi ed al follow up post esposizione, è di circa 850 euro per dipendente. Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare il fenomeno dell'infortunio a rischio biologico negli operatori sanitari dell'AOU Federico II di Napoli e di valutare l'impatto delle strategie di prevenzione.

**MATERIALI E METODI**

Nel 2014 l'AOU ha implementato, alla luce del D.lgs n 19/2014, una serie di procedure per il contenimento del rischio biologico. Le procedure rielaborate e contestualizzate, sono state aggiornate focalizzando l'importanza sulla matrice delle responsabilità. Nel 2015, a seguito dell'implementazione delle suddette procedure, è stata condotta una analisi dei costi finalizzata a dimostrare la diminuzione degli infortuni a rischio biologico e della spesa sostenuta per la gestione della profilassi ed il follow up post esposizione. Nel particolare sono stati analizzati e comparati i fenomeni infortunistici a rischio biologico di 2 Dipartimenti di Chirurgia dell'AOU.

**ANALISI DEI DATI**

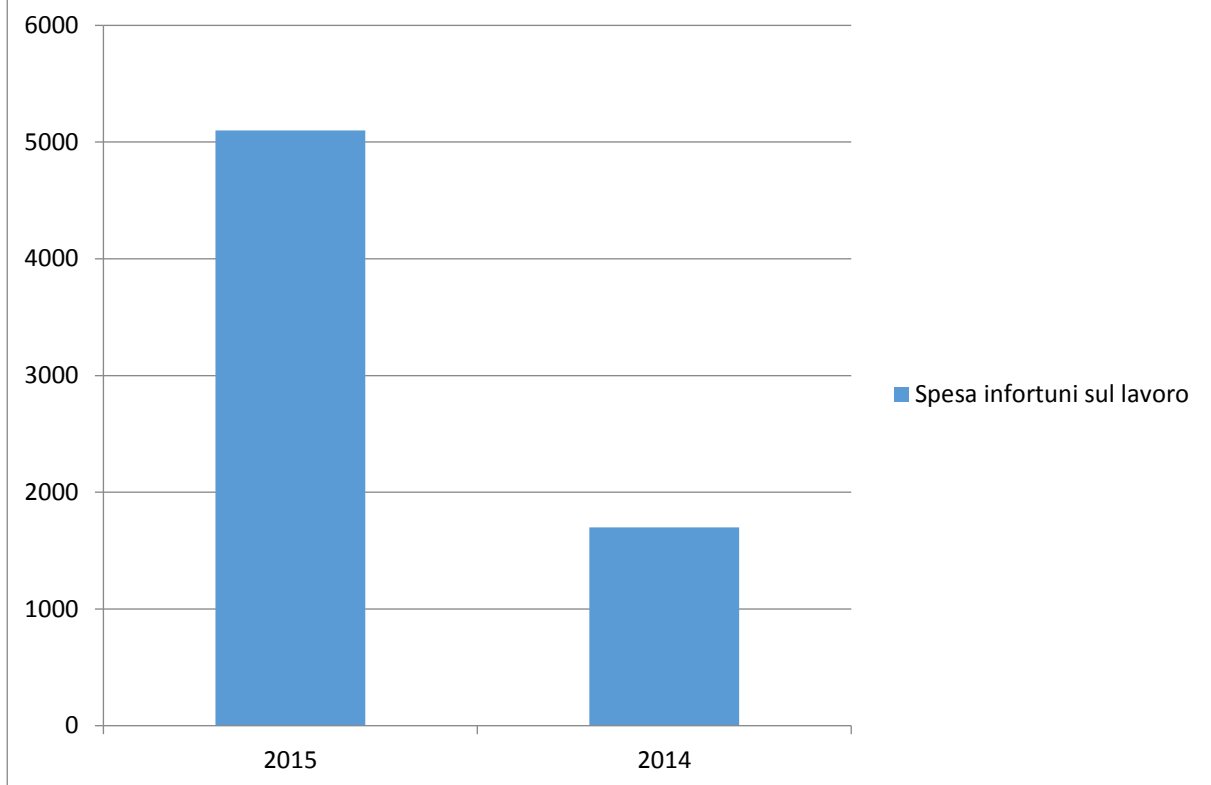
Dall'analisi effettuata nel corso del 2015, si è evidenziata una diminuzione degli infortuni a rischio biologico pari al 66.66% rispetto al 2014. Nello specifico tale riduzione ha determinato una contrazione della spesa, pari al 33%.

**CONCLUSIONI**

Alla luce di quanto sopra esposto appare evidente che la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro risulta essere materia cogente e prioritaria. Affinché il sistema funzioni è indispensabile che ci sia un feedback continuo tra il datore di lavoro e gli attori del processo sicurezza inclusa la partecipazione attiva del lavoratore che deve impegnarsi in prima persona nell'attuazione di tutte le misure di prevenzione e protezione previste per il contenimento dei rischi.



### Contrazione Spesa per profilassi e follow-up post esposizione infortuni rischio biologico ED.5-7



POSTER - AMBIENTE E SALUTE

**ID 080**

**ASL NAPOLI 2 NORD: PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE, ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA AMBIENTE E BENESSERE, STATO DELL'ARTE. LA PREVENZIONE: APPROCCIO MULTISPECIALISTICO**

M. Crispino; S. Mastrantuono; E. Iorfida; E. Bianco; A. Orlando

*ASL Napoli 2 Nord, Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica- Pozzuoli*

**INTRODUZIONE**

Per la prima volta, obiettivi e indicatori per misurare il progresso della prevenzione sono definiti congiuntamente fra Governo e Regioni, con il Piano Nazionale della Prevenzione 2014/2018. La Campania ha deliberato il proprio Piano Regionale che prevede un approccio multidisciplinare per il raggiungimento di dieci macroobiettivi: ridurre il carico delle malattie non trasmissibili, prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali, promuovere il benessere mentale di bambini e giovani, prevenire le dipendenze, gli incidenti stradali, gli incidenti domestici, gli infortuni e malattie professionali, ridurre le esposizioni ambientali dannose, ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie, attuare il Piano Nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

**OBIETTIVO**

Il programma ambiente e benessere ha lo scopo di promuovere la prevenzione quale strumento di politica sanitaria, per aumentare sia negli operatori di sanità pubblica che nei cittadini/utenti, la consapevolezza che è l'unica strategia operativa per attuare obiettivi di salute.

**MATERIALI E METODI**

L'ASL Napoli 2 Nord ha adottato il piano predisponendo l'applicazione di programmi con la costituzione presso la Direzione Sanitaria di un nucleo di coordinamento operativo, giusta Delibera 304 del 29/03/2016. Per il programma F: ambiente e benessere (tabella), coordinato dal Direttore del Servizio di Sanità Pubblica, lo strumento chiave è la formazione, mirata al personale tecnico e alla popolazione. Al momento sono coinvolte diverse figure professionali che hanno il compito di formare e educare la popolazione ad assumere comportamenti positivi che riducono l'impatto sull'ambiente, in termini di inquinamento.

**RISULTATI**

L'attuazione del programma F sta ottenendo una forte collaborazione di tutte le figure coinvolte, a conferma dell'importanza del tema dell'inquinamento ambientale e della prevenzione sul fattore salute.

# Salute+



**Piano Regionale della Prevenzione 2014-18**  
**Regione Campania**

**ID 089**

**LE AZIONI PREVISTE NEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018 DELLE MARCHE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO AMIANTO**

L. Tantucci 1; S. Filiberto 1; G. Tagliavento 2; A. Pettinari 1; P. Perticaroli 1; R. Rossini 1

1 Dipartimento di prevenzione av2 asur marche

2 ARS regione marche

In Italia l'impiego delle fibre di amianto è stato massivo, con quantità annue stimate nell'ordine delle 150.000 tonnellate. Nella Regione Marche, con il censimento amianto e la conseguente mappatura (DM 101/2003), risultano censiti 14.882 edifici (96 in classe 1, 1.549 in classe 2, 5.513 in classe 3, 7.639 in classe 4, 25 in classe 5). Attualmente le stime nazionali del numero dei soggetti con una pregressa esposizione professionale ad amianto vanno da 680.000 a 254.703 e nelle Marche il range di lavoratori ex esposti varia da 3.100-17.500 con un grado di esposizione quantitativa da basso ad alto.

Il Piano Nazionale della Prevenzione fissa l'obiettivo di "migliorare la tutela della salute e la qualità degli ambienti di vita e di lavoro in relazione al rischio rappresentato dall'esposizione ad amianto" attraverso iniziative trasversali. Con l'adozione del nuovo Piano Regionale per la Prevenzione (PRP 2014-18 - DGR n. 540/15), nelle Marche, viene attuata una strategia regionale di contrasto al rischio amianto e di tutela degli esposti ed ex-esposti (linee di intervento 7.6 e 6.3). Le azioni del Piano nel triennio, servono a soddisfare i macro obiettivi 7 "prevenire infortuni e malattie professionali" e 8 "ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute" favorendo la conoscenza dell'impatto dell'amianto sulla popolazione generale e lavorativa.

RISULTATI: fig. 1.

Attuando il PRP 2014-18 sarà possibile procedere alle verifiche della 5<sup>a</sup> fase del Piano Regionale Amianto in cui era previsto il controllo delle situazioni a maggior rischio (edifici in classe 1 e 2). La stesura delle linee guida regionali consentirà di uniformare gli interventi di vigilanza. Sarà, infine, possibile individuare gli ex lavoratori regionali esposti ad amianto, attivare programmi di assistenza sanitaria condivisi a livello nazionale, promuovere protocolli di sorveglianza sanitaria validati per i lavoratori in attività potenzialmente esposti.

**ID 090**

**PIROVISPA: ESPERIENZA DI VIS RAPIDA (VALUTAZIONE IMPATTO SULLA SALUTE) NEL TERRITORIO BIELLESE**

N. Agostino 1; E.Cadum 2; M.G. Comuniello 3; S. D'agostino 4; G. Piancone 5; M.Bacchi 6;  
L. Sala 7

1 *Direttore S.C. Sisp, Biella*

2. *Arpa Piemonte, Torino*

3. *Sisp, Biella*

4. *Arpa Piemonte/Asl, Biella*

5. *Arpa Piemonte, Biella*

6. *Sisp Biella*

7. *Direttore Dipartimento Prevenzione Asl, Biella.*

**INTRODUZIONE**

La VIS rapida è stata effettuata su un impianto di pirogassificazione a biomasse legnose. Il punteggio 15,2 dello Screening consiglia l'avvio del procedimento. Nello Scoping si evidenziano due ipotesi: con filiera locale del legno e misto. Nell'Assessment entrambe le ipotesi presentano impatti sfavorevoli superiori a quelli favorevoli.

**METODI E RISULTATI**

Prima ipotesi: Impatti favorevoli: destinazione d'uso del suolo 4,5; sviluppo economico 3; coesione sociale 1,4; mobilità indotta 0,667; emissioni/scarichi 0,667. Impatti sfavorevoli: emissioni/scarichi 29,5; coesione sociale 23,2; sviluppo economico 19,2; destinazione d'uso del suolo 14,25; mobilità indotta 9,667. Seconda ipotesi: Impatti favorevoli: sviluppo economico 2,8; destinazione di uso del suolo 2,75; coesione sociale 1; mobilità indotta 0,667; emissioni/scarichi 1. Impatti sfavorevoli: emissioni/scarichi 29,33; coesione sociale 24; sviluppo economico 19,2; destinazione d'uso del suolo 13,25; mobilità indotta 9,667. L'Appraisal conferma tra gli impatti negativi: peggioramento della qualità dell'aria, aumento del rumore, inquinamento odorigeno, aumento della percezione del rischio, peggioramento della qualità della vita, diminuzione attività commerciali e turistiche, utilizzo di aree a rischio idrogeologico, deprezzamento del valore degli immobili, costi dell'attività di controllo da parte degli Enti preposti. Impatti positivi: recupero di area industriale dimessa, manutenzione boschiva se filiera locale.

**RISULTATI**

Il confronto tra i dati rilevati dalle fonti soggettive (scoping, assessment) e oggettive (contenuti e relazioni di progetto; studio epidemiologico sullo stato di salute della popolazione residente; campagna di rilevamento qualità dell'aria) portano alla raccomandazione che se si vuole annullare il rischio di impatti si deve delocalizzare l'impianto. Viceversa qualora si accetti la presenza di rischio, questo dovrà essere quantificato, mitigato e monitorato. Opportune tabelle/grafici illustreranno il lavoro nel poster.

**ID 100**

**MUTAMENTI CLIMATICI ED ATTIVITÀ LAVORATIVA IN PRESENZA DI ELEVATE TEMPERATURE AMBIENTALI: RISULTATI DI UNO STUDIO RELATIVO A CONOSCENZE, ATTITUDINI E COMPORTAMENTI CONDOTTO NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO (2016)**

M. Riccò 1; B. Razio 2; M. Federici 2; G. Berti 2

1 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della PA di Trento, UOPSAL, Trento

2 Corso di Laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Università di Trento, Trento

**INTRODUZIONE**

Il presente studio ha lo scopo di investigare conoscenze, attitudini e comportamenti (CAC) dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) rispetto all'attività lavorativa in presenza di elevate temperature, tematica di crescente rilevanza per la Sanità Pubblica.

**METODI**

Uno studio trasversale basato è stato condotto nel corso dell'estate 2016 su un campione di 105 RLS operanti nella Provincia Autonoma di Trento tramite un questionario strutturato esplorante i seguenti aspetti: percezione del rischio, attitudini, politiche aziendali, comportamenti personali e soddisfazione circa le correnti misure preventive. I dati sono stati sottoposti ad analisi bivariata e tramite analisi di regressione logistica.

**RISULTATI**

L'età media dei partecipanti era di  $43.2 \pm 10.3$  anni (età lavorativa  $11.9 \pm 6.8$  anni; M:F 12:1). L'85.7% dei partecipanti era consapevole dei rischi sanitari associati all'esposizione a calore. I fattori predittivi erano: età > 50 anni (45.7%,  $p < 0.001$ ), attività in ambito agricolo (19.0%) o industriale (26.7%;  $p = 0.003$  e  $0.006$ , rispettivamente), svolgere attività che richiedono l'uso di dispositivi di protezione individuale (23.8%,  $p = 0.003$ ), e l'aver assistito ad eventi sanitari acuti legati al calore (12.4%,  $p < 0.001$ ). I lavoratori di età > 50 anni e con diretta esperienza di quadri sanitari calore-correlati avevano maggiore propensione verso gli interventi formativi ( $p < 0.001$ ) e presentavano una migliore conoscenza delle problematiche sanitarie ( $p = 0.004$ ). Tuttavia, il 48.6% del campione ignorava che il colpo di calore può sopravvenire anche in presenza di temperature ambientali moderate, in particolare per intenso sforzo fisico (37.2%), e che la sudorazione può essere compromessa negli anziani (47.6%) ed in soggetti sottoposti a terapia farmacologica (29.5%).

**CONCLUSIONI**

I nostri RISULTATI suggeriscono di rafforzare l'attività formativa dei lavoratori, in particolare rispetto alle misure preventive e di primo soccorso.

**ID 107**

**SALUTE - AMBIENTE: IL CASO MURANO**

V. Selle 1; M. Gregio 1; B. Palazzi 1; A. Zarantonello 1; L.G. Sbrogiò 1; T. Burmaz 2; L. Simonato 2

1 Azienda ULSS 12 Veneziana Dipartimento di Prevenzione

2 Università di Padova Dipartimento di Medicina Molecolare

**INTRODUZIONE**

In applicazione del D.Lgs. 155/2010 sugli obiettivi di qualità dell'aria, ARPAV ha avviato indagini di approfondimento nell'isola di Murano. I primi esiti hanno evidenziato valori di Arsenico e Cadmio nel PM10 superiori ai valori obiettivo, oltre che livelli elevati di altri elementi impiegati nella produzione di vetro artistico.

Dal 2014 gli Enti competenti tramite un tavolo tecnico hanno messo in atto una serie di attività coordinate conoscitive e operative.

Più recentemente uno studio promosso dal Comune di Venezia e condotto con il supporto tecnico di ARPAV, ha evidenziato inquinamento diffuso dei suoli dell'isola, che rende necessarie cautele per la fruizione delle aree verdi.

**METODI**

Gli Enti hanno attivato iniziative sinergiche di approfondimento e verifica per il miglioramento della qualità dell'aria, informando l'Autorità Giudiziaria circa l'andamento. E' stato coinvolto l'ISS per la condivisione dell'approccio adottato delle migliori strategie da attuare.

E' stato intrapreso un dialogo con i rappresentanti dei produttori di vetro artistico dell'isola per migliorare l'efficacia delle diverse azioni.

La AULSS ha effettuato le valutazioni epidemiologiche e nel 2015 ha iniziato l'informazione e controllo presso le aziende di produzione del vetro artistico per l'applicazione del divieto di utilizzo di Triossido di Diarsenico nelle miscele vetrificabili secondo la normativa REACH.

**RISULTATI**

A fine 2015 si è rilevato un sensibile miglioramento della qualità dell'aria anche se ancora a livelli superiori ai valori obiettivo.

Dal punto di vista sanitario le osservazioni epidemiologiche fino ad ora condotte non mostrano, per i residenti di Murano, eccessi statisticamente significativi di malattia legati alle condizioni ambientali.

**CONCLUSIONI**

Proseguono le attività di sorveglianza e comunicazione con la popolazione per affinare la valutazione, gestione e riduzione dell'impatto ambientale e sanitario di attività produttive tipiche locali.

**ID 109**

**LA CONSULTAZIONE NAZIONALE PER LA REVISIONE DELLA NORMATIVA IGIENICO-SANITARIA SULLE PISCINE: UN PROCESSO IN CORSO**

F. Valeriani 1; S. Sanzari 1; L. Bonadonna 2; E. Ferretti 2; G. Brandi 3; P. Beltrami 3; Di Rosa E 3; L. Fabiani 3; G. Fantuzzi 3; F. Fumo 3; A. Gradilone 3; O.C. Grillo 3; A. Izzotti 3; E. Leoni 3; G. Liguori 3; L. Marensi 3; G. Privitera 3; F. Tortorella

1 *Unità di Sanità Pubblica, Università degli studi di Roma "Foro Italico", Roma*

2 *Istituto Superiore di Sanità*

3 *Board Ristretto GSMS*

4 *GSMS Gruppo di lavoro SItI Scienze Motorie per la Salute*

**INTRODUZIONE**

A più di dieci anni dalla pubblicazione dell'Accordo Stato Regioni 2003 per la sorveglianza igienico-sanitaria delle piscine, il progredire della tecnologia e le conoscenze esistenti in tale settore impongono la necessità di un adeguamento dei parametri. A tal riguardo il Ministero della Salute, di concerto con l'Istituto Superiore di Sanità, ha sviluppato uno schema di Accordo che propone una revisione dell'allegato 1 contenente i riferimenti fondamentali ed i parametri chimici, chimico-fisici e microbiologici riportati nella tabella A. Prima dell'invio alla Conferenza Stato Regioni, è stata avviata una consultazione a cui tutti i cittadini hanno potuto partecipare compilando un questionario online. Vengono riassunti i principali aspetti della proposta d'aggiornamento, non definitivi e suscettibili di ulteriori modifiche e/o integrazioni, e confrontati con il precedente documento.

**METODI**

Un'analisi del documento pubblicato nel 2003 rispetto alla nuova proposta e una raccolta dei principali elementi della consultazione nazionale.

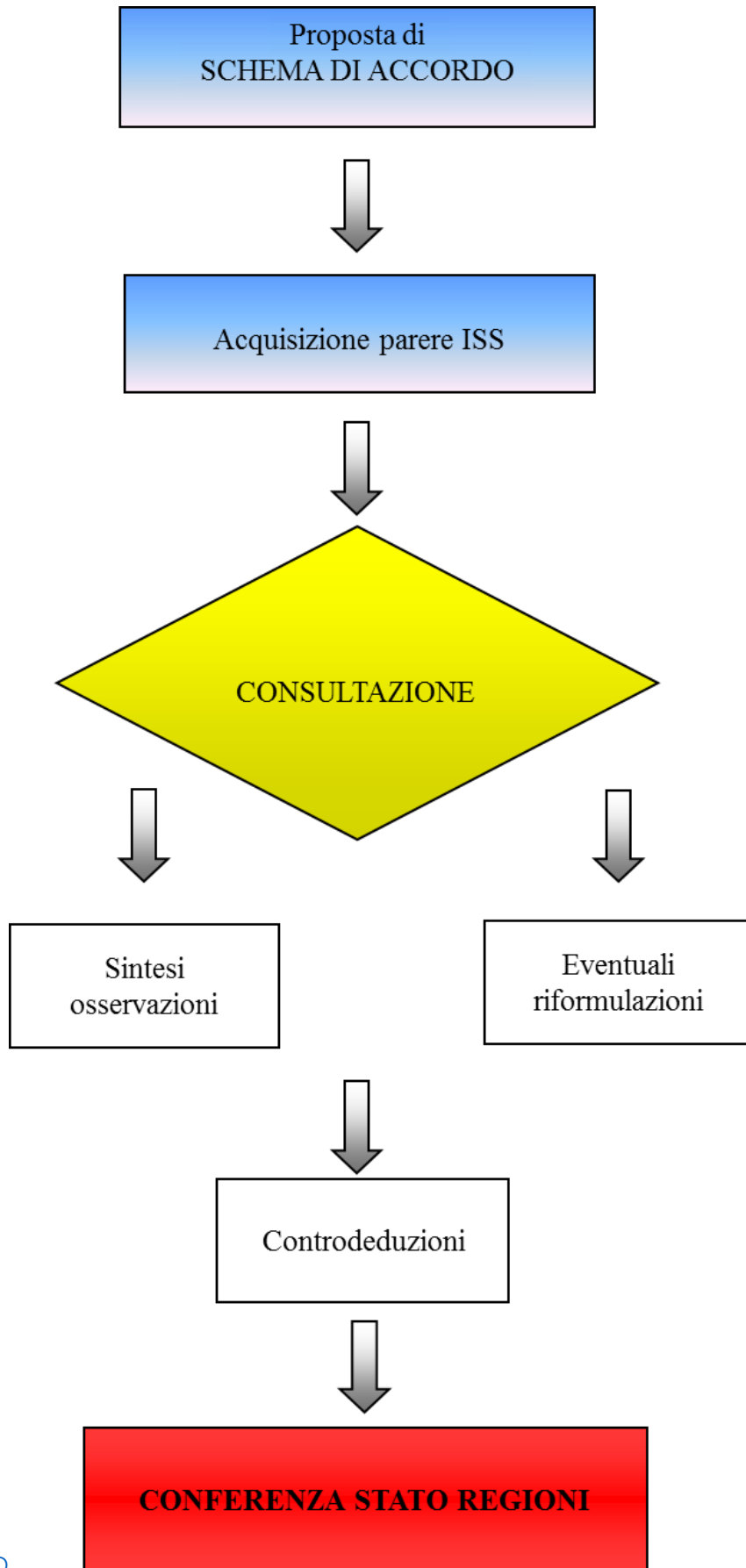
**RISULTATI**

Dalla comparazione dei documenti ministeriali, lo schema mostra l'INTRODUZIONE di nuovi requisiti, come conducibilità elettrica specifica e trihalometani, e alcune modifiche, come la riduzione dei valori di torbidità, l'allineamento a valori microbiologici raccomandati dall'OMS e l'esclusione di alcuni indicatori microbiologici.

**CONCLUSIONI**

La sicurezza igienico-sanitaria di acque ad uso ricreativo è oggetto di attenzione in diversi paesi Europei. Il processo di aggiornamento della vigente normativa è occasione per riflettere su punti critici e nuove opportunità. La rinnovata norma tecnica potrà rappresentare anche l'occasione per aggiornare e verificare la check-list per la sorveglianza igienico-sanitaria a suo tempo elaborata e sperimentata dal GSMS.





D

**Sintesi delle principali modifiche proposte nello Schema di Accordo sui requisiti igienico-sanitari per la costruzione, la manutenzione e la vigilanza delle piscine ad uso natatorio**

| <b>Acqua in Immissione</b>                                                                                              | <b>Acqua in Vasca</b>                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nuovi parametri richiesti</b>                                                                                        |                                                                                                    |
| Conducibilità elettrica specifica                                                                                       | Conducibilità elettrica specifica                                                                  |
| Controllo di Cloro libero e combinato nell'impiego di cloro stabilizzato                                                | Controllo di Cloro libero e combinato nell'impiego di cloro stabilizzato                           |
| Controllo di Cloro totale + bromo totale nell'impiego combinato di Cloro e Bromo                                        | Controllo di Cloro totale + bromo totale nell'impiego combinato di Cloro e Bromo                   |
| Controllo di Cloro libero e combinato nell'impiego di Cloro e raggi UV                                                  | Controllo di Cloro libero e combinato nell'impiego di Cloro e raggi UV                             |
|                                                                                                                         | pH relativamente all'impiego di cloro combinato ad altri agenti ossidanti                          |
|                                                                                                                         | Triometani                                                                                         |
| <b>Modifiche a parametri già previsti</b>                                                                               |                                                                                                    |
| Valori inferiori per la Torbidità in SiO <sub>2</sub><br>(≤ 4 mg/l a ≤ 1,25 mg/l SiO <sub>2</sub> )                     | Valori inferiori per la Torbidità in SiO <sub>2</sub><br>(≤ 4 mg/l a ≤ 2,5 mg/l SiO <sub>2</sub> ) |
| Innalzamento valore minimo di cloro libero (da 0,6÷1,8 a 0,7- 1,8 mg/L)                                                 |                                                                                                    |
| Nitrati<br>(dal valore dell'acqua potabile a ≤ 10 mg/l in aggiunta al valore misurato nell'acqua di approvvigionamento) |                                                                                                    |
|                                                                                                                         | Innalzamento valore minimo dello Staphylococcus aureus<br>(da 1 a 10 ufc/100 mL)                   |
| <b>Parametri eliminati</b>                                                                                              |                                                                                                    |
|                                                                                                                         | Eliminazione conta batterica a 22°C                                                                |
| Eliminazione controlli microbiologici                                                                                   |                                                                                                    |

**ID 130**

**LEGIONELLA SPP. E PLACCA DENTARIA: STUDIO IN UN CAMPIONE DI POPOLAZIONE NELLA CITTÀ DI MILANO**

M. Tesauro; A. Lizioli; M. Consonni; G. Cossellu; G. Farronato; C. Masia; F. Sisto  
*Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche Odontoiatriche*

**INTRODUZIONE**

Le inchieste epidemiologiche relative a casi di legionellosi indicano nel 3% le cure odontoiatriche quali fattori di rischio, ma le indagini ambientali successive non sempre rilevano la presenza del patogeno.

Il mancato isolamento di Legionella potrebbe dipendere dalla sensibilità del metodo di analisi o dall'intervallo temporale fra esposizione ed indagine ambientale, ma potrebbe anche suggerire l'ipotesi che Legionella trovi habitat nella placca dentaria oltre che nei biofilm acquatici.

**SCOPO**

Verificare se Legionella spp. colonizza la placca dentaria di un campione di soggetti adulti milanesi.

**METODI**

Sono stati coinvolti 65 soggetti, di entrambi i sessi, in assenza di trattamenti farmacologici (in particolare antibiotici) e colluttori.

Il campione di placca, previa aspirazione della saliva, è stato analizzato con una semi-nested-PCR per identificare Legionella spp. E' stato somministrato un breve questionario per conoscere abitudini e fattori di rischio dei pazienti.

**RISULTATI**

8 campioni di placca (7M/1F-mediana 49 anni) sono RISULTATI positivi a Legionella spp. (12,3%) vs 57 negativi (31M/26F -mediana 45 anni). Tutti i 65 soggetti dichiarano di bere acqua imbottigliata, in media i positivi presentano intervalli di 150' dall'ultimo consumo di acqua e 220' dall'ultimo lavaggio dei denti, i negativi rispettivamente 180' e 300'. Gli impianti metallici sono presenti in 1/7 soggetti positivi e 17/40 negativi. In entrambi non si evidenziano malattie respiratorie infettive o croniche. L'uso di farmaci è assente nei soggetti positivi, raro nei negativi (anticoagulanti). I positivi fumatori sono equamente distribuiti (4/8, mediana 3.5 sigarette/die), i negativi fumatori sono 37/57 (10 sigarette/die).

**CONCLUSIONI**

La nostra ricerca andrebbe ampliata, ma evidenzia una limitata positività e potrebbe individuare una nuova possibilità di trasmissione di Legionella attraverso gli aerosol prodotti dagli strumenti rotanti a contatto con la placca contaminata.

**ID 181**

**ASSOCIAZIONE TRA CONCENTRAZIONI DI PARTICOLATO ATMOSFERICO E ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO DEL POLICLINICO S. MATTEO DI PAVIA**

E. Porzio 1; L. Maccarini 1; S. Moro 1; A. Alberici 2; B. Carugno 3; M. T. Tenconi 1

1 *Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezione di Igiene, Pavia*

2 *Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (ARPA) Lombardia - Dipartimento Provinciale di Pavia*

3 *Osservatorio Epidem*

**INTRODUZIONE**

Obiettivo dello studio è valutare la possibile correlazione tra la concentrazione di inquinanti atmosferici e accessi al Pronto Soccorso Pediatrico (PSP) del Policlinico S. Matteo di Pavia. L'associazione tra aumento di inquinanti nell'aria e aumento di mortalità successiva a picchi di inquinamento è nota essere di tipo lineare. L'ampio spettro di effetti avversi, sia a breve che a medio-lungo termine, dipende da due variabili principali: caratteristiche dell'inquinante e suscettibilità della popolazione. I bambini sono a rischio più elevato: hanno un'aumentata frequenza respiratoria, inalano così una maggiore quantità di inquinanti per unità di peso.

**METODI**

I dati sanitari sono stati richiesti all'Osservatorio Epidemiologico dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Pavia. I dati sugli inquinanti (medie giornaliere PM10, PM2,5, temperatura e umidità relativa) sono stati forniti dalle reti di monitoraggio della qualità dell'aria urbana dell'Agenzia Regionale Protezione Ambientale (ARPA) di Pavia. L'analisi, relativa al periodo Novembre 2015- Gennaio 2016, ha incluso gli accessi al PSP con diagnosi riconducibile a malattie respiratorie e stati febbrili di n.d.d. ed escluso quelli relativi ad altre cause. I valori limite di PM sono definiti da D. Lgs 155/2010.

**RISULTATI**

Il numero medio di accessi giornalieri al PSP per le cause sopradette è di 7,3 (1-23). Nonostante le stazioni di monitoraggio attive abbiano più volte rilevato il superamento dei VL di PM10 (50 µg/m<sup>3</sup>), non si evidenzia una correlazione statisticamente significativa tra numero di accessi al PSP e i livelli di PM10 e PM2,5.

**CONCLUSIONI**

Nella routine non emergenziale il pediatra di base è figura di riferimento, da cui l'esiguo numero di bambini che ricorre al PSP. E' pertanto auspicabile per la prosecuzione del progetto la collaborazione con i pediatri di libera scelta, l'implementazione di studi epidemiologici ad hoc e l'attivazione di specifici sistemi di sorveglianza.

**ID 193**

**VALUTAZIONE DELLE FONTI E DELLE DINAMICHE DELLA CONTAMINAZIONE FECALE AI FINI DELLA GESTIONE IGIENICO-SANITARIA DELLE ACQUE DI BALNEAZIONE**

I. Federigi; M. Verani; A. Carducci

*Laboratorio di Igiene e Virologia Ambientale, Dipartimento di Biologia, Università di Pisa*

**INTRODUZIONE**

L'attuale normativa sulla balneabilità delle acque di mare (D.Lgs. 116/08) presenta alcune criticità di attuazione, soprattutto in caso di eventi atmosferici, che provocano inquinamento di breve durata: ritardo delle chiusure per i lunghi tempi di analisi, scarsa precisione dell'estensione e durata delle chiusure, incompleta rappresentatività degli indicatori. Questo lavoro ha studiato l'effetto delle variabili meteorologiche sull'impatto inquinante di due corsi d'acqua in un'area turistica della Toscana per migliorarne la gestione.

**METODI**

Durante le stagioni balneari dal 2011 al 2015, sono stati analizzati indicatori batterici fecali (*Escherichia coli*, enterococchi intestinali) mediante METODI ISO, con campioni raccolti lungo il corso dei fiumi e nelle acque di mare antistanti le foci fluviali. Nel 2015 i campioni prelevati alle foci sono stati analizzati anche per patogeni enterici (adenovirus, norovirus, enterovirus, *Salmonella* spp.) e colifagi, con tecniche colturali e biomolecolari. Sono stati raccolti anche dati pluviometrici.

**RISULTATI**

Le concentrazioni microbiche nei fiumi sono risultate significativamente diverse in presenza e assenza di pioggia nella maggior parte dei punti di prelievo, ma l'impatto delle precipitazioni sull'inquinamento marino è stato maggiore in Giugno e Luglio, a causa di un diverso effetto di diluizione del mare. Nell'ultimo anno di monitoraggio è stata rilevata anche la presenza di adenovirus infettivi.

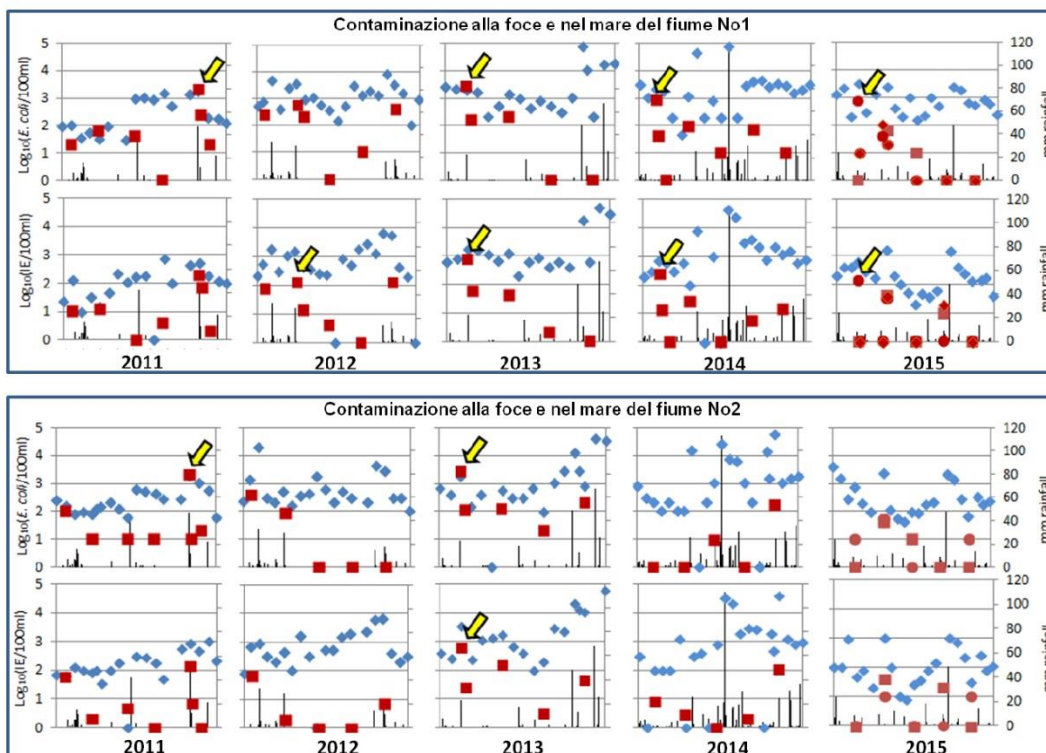
**CONCLUSIONI**

L'elaborazione dei dati raccolti conferma l'impatto delle variabili meteo-marine sulla contaminazione fecale delle acque di mare e la presenza di agenti infettivi anche in acque con parametri batterici entro i limiti della normativa. Quindi, per una gestione più efficace e tempestiva del rischio sanitario associato alla balneazione, sembra essenziale la comprensione delle dinamiche meteo-marine e l'uso di patogeni indice.

*Acque di balneazione, inquinamento fecale, variabili meteo-marine, adenovirus*

Figura

Figura. Contaminazione batterica fecale delle foci fluviali e delle acque di balneazione antistanti correlata alle precipitazioni, per le stagioni balneari dal 2011 al 2015. La quantità di precipitazioni è indicata dagli istogrammi. I campioni raccolti alla foce sono rappresentati in blu e quelli raccolti in mare sono in rosso. Le frecce indicano i valori oltre il limite previsto dalla normativa sulla balneazione.



**ID 195**

**FUMO PASSIVO, SIGARETTE CONVENZIONALI E DISPOSITIVI ELETTRONICI: VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A PARTICELLE SUBMICRONICHE DURANTE L'UTILIZZO**

M. Vitali 1; P. Avino 2; M. Manigrasso 2; C. Protano 1

1 Università degli Studi di Roma La Sapienza

2 Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Roma

**INTRODUZIONE**

Le evidenze sui rischi sanitari connessi con l'esposizione a fumo passivo generato durante l'utilizzo dei dispositivi di fumo elettronici sono ancora limitate. Con il presente lavoro è stata studiata la distribuzione dimensionale delle particelle submicroniche (SMP; diametro=5,6-560 nm) generate da sigarette convenzionali e dispositivi elettronici e ne è stata stimata la dose depositata nell'apparato respiratorio di soggetti esposti a fumo passivo.

**METODI**

Le SMP sono state misurate mediante spettrometro Mobility Particle Sizer (FMPS 3091, TSI Inc.) da circa cinque minuti prima fino a un'ora dopo aver fumato, rispettivamente, una sigaretta convenzionale, una hand-rolled, una e-cig e una IQOS® in un ambiente controllato di 52,7 m<sup>3</sup>. Il campionatore è stato posizionato a 2 metri dal fumatore e a 1,5 metri dal pavimento, simulando l'esposizione a fumo passivo. Le dosi depositate nell'apparato respiratorio al variare della dimensione delle particelle sono state calcolate con il modello Multiple-Path Particle Dosimetry. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico locale.

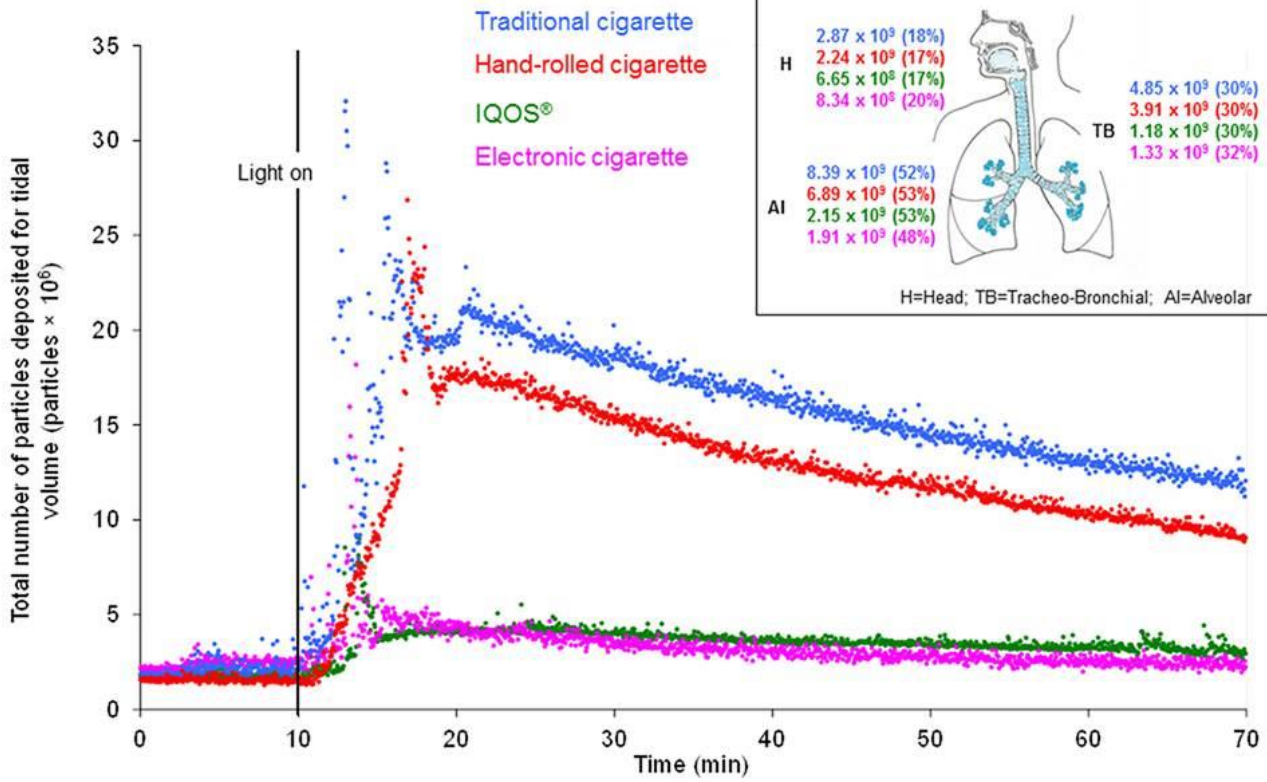
**RISULTATI**

Le SMP emesse durante l'utilizzo delle sigarette convenzionali e depositate nel tratto respiratorio di un individuo esposto a fumo passivo sono risultate di circa quattro volte maggiori rispetto a quelle emesse da dispositivi elettronici. Inoltre, subito dopo il fumo, le SMP generate dalle sigarette convenzionali si sono mantenute elevate fino alla fine dell'esperimento (circa sei volte maggiori rispetto ai valori di fondo) mentre quelle emesse dai dispositivi sono ritornate subito a valori molto simili a quelli iniziali.

**CONCLUSIONI**

L'esposizione passiva a SMP generate durante l'utilizzo dei dispositivi elettronici è limitata al solo periodo di utilizzo. Tuttavia non si può trascurare che, in tutti gli esperimenti, circa la metà delle SMP depositate è risultata di dimensioni tali da essere in grado di raggiungere gli alveoli polmonari dei soggetti esposti a fumo passivo.

*esposizione a fumo passivo, particelle submicroniche, sigarette convenzionali, dispositivi elettronici*





**ID 196**

**LITIO URINARIO: DEFINIZIONE DEGLI INTERVALLI DI RIFERIMENTO E PROFILO DI ESPOSIZIONE MEDIANTE UN'INDAGINE DI MONITORAGGIO BIOLOGICO IN UN CAMPIONE DELLA POPOLAZIONE PEDIATRICA ITALIANA**

C. Protano; S. D'Onorio De Meo; M.L. Astolfi; S. Canepari; M. Vitali

*Università degli Studi di Roma La Sapienza*

**INTRODUZIONE**

Il presente lavoro ha avuto il duplice scopo di: 1. definire i valori di riferimento di litio in matrice urinaria in un campione di bambini sani di nazionalità italiana; 2. tracciare il profilo di esposizione al litio ambientale di una popolazione pediatrica italiana, valutando il contributo di alcuni fattori "interferenti" o di confondimento sulle concentrazioni urinarie di litio.

**METODI**

Le informazioni relative ai partecipanti sono state ottenute mediante un questionario elaborato ad hoc e somministrato dai genitori, mentre le determinazioni analitiche sui campioni urinari (due campioni per ogni bambino) sono state condotte mediante tecniche di emissione a plasma accoppiato induttivamente con rivelazione di massa. Le elaborazioni statistiche dei dati, ottenuti mediante i questionari e le analisi, sono state condotte con i software statistici IBM SPSS Statistics 22 software (IBM Corp., Armonk, NY, USA) e MedCalc 15.2 (MedCalc sw 9030 Maria Kerke Belgium). Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico locale.

**RISULTATI**

In totale hanno partecipato 432 bambini (età 5-11 anni, tasso di partecipazione pari al 70%). Gli intervalli di riferimento del litio urinario ottenuti nei campioni serali e mattutini sono **RISULTATI** rispettivamente pari a 3,8–75,4 µg/L e 4,8–81,1 µg/L, in linea con quanto riscontrato in precedenti studi. Tra le variabili di confondimento valutate (età, genere, esposizione al fumo passivo, stato ponderale, grado di istruzione dei genitori, urbanizzazione della zona di residenza), l'età è risultata l'unico fattore in grado di influenzare significativamente l'escrezione urinaria di litio (correlazione inversa).

**CONCLUSIONI**

I **RISULTATI** sono in linea con quanto riscontrato per altre sostanze in studi di biomonitoraggio effettuati sui bambini e confermano sia la maggiore suscettibilità dei bambini più piccoli all'esposizione ad inquinanti ambientali che l'importanza di studi sperimentali specificamente dedicati all'età pediatrica.

*intervalli di riferimento, litio urinario, bambini, biomonitoraggio*

**ID 197**

**SORVEGLIANZA DELLA MORTALITA' NELL'AUSL DI FERRARA (2009-2015)**

E. Guidi 1; G. Masetti 1; G. Matteo 1; G. Cosenza 2; A. De Togni 2; A. Califano 2; P. Pasetti 2

1 Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli studi di Ferrara

2 Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Ferrara

**INTRODUZIONE**

Nel febbraio 2016 l'Istat ha segnalato un aumento della mortalità nel 2015 di 54000 decessi rispetto al 2014 (+9%) distribuiti soprattutto nei mesi invernali ed estivi. L'eccesso è stato attribuito a sovra-mortalità negli anziani e a fenomeni demografici. In Regione Emilia Romagna si è attribuito l'aumento della mortalità a fattori meteorologici e alla circolazione di virus influenzali, in quanto l'analisi stagionale evidenzia nella popolazione di 65+ anni un incremento significativo invernale ed estivo. La popolazione residente nell'Ausl di Ferrara è composta da una elevata percentuale di over 65enni (27%) rispetto alla media regionale (23%). Scopo del lavoro è analizzare il fenomeno a livello locale e descriverne le peculiarità attraverso il confronto dei dati 2014-2015 con la serie storica degli anni precedenti.

**METODI**

I dati di mortalità 2009-2015 provengono dal registro dell'Ausl di Ferrara. L'analisi statistica è stata effettuata sulla serie storica 2009-2015, per genere, per età, per causa utilizzando il software STATA.

**RISULTATI**

Il tasso standardizzato di mortalità 2015 è risultato superiore al 2014 (Tab. 1). L'analisi mensile della serie storica (Fig. 1) evidenzia un picco esteso da novembre 2014 a marzo 2015, con apice a gennaio 2015 (+23% rispetto a gennaio 2014), che si concentra sugli over65 (92%) e sulle donne. Sebbene tutti i gruppi di patologie più rilevanti concorrano all'aumento di mortalità, le malattie respiratorie sono cresciute dal 2014 al 2015 del 25%, soprattutto nel genere femminile (+38%).

**CONCLUSIONI**

L'aumento di mortalità registrato nella Ausl di Ferrara riflette l'andamento del contesto nazionale e regionale. Le peculiarità socio-demografiche del territorio possono aver contribuito all'incremento di mortalità, marcato soprattutto per donne over 65 nei mesi invernali, nelle quali un ruolo rilevante sembrano aver avuto le patologie respiratorie. Di rilievo anche la mancanza di un picco di mortalità estivo.

*Eccesso di mortalità, popolazione over 65*

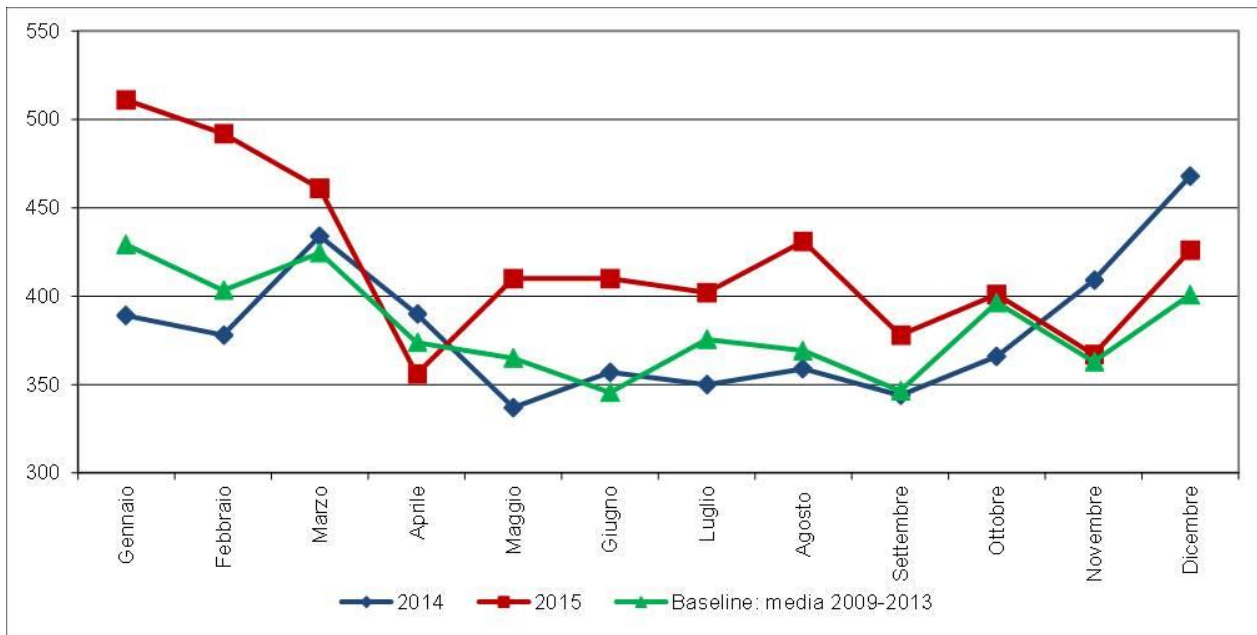


Figura 1 - Decessi 2015 e 2014, secondo il mese, tutte le età, confrontati con baseline (media 2009-2013)

| GRANDI GRUPPI DI CAUSE DI MORTE (COD. ICD X)                                              | ANNO | TASSI STANDARDIZZATI PER 100.000 ABITANTI E IC 95% |                        |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
|                                                                                           |      | MASCHI                                             | FEMMINE                | TOTALE                 |
| TUTTE LE CAUSE                                                                            | 2009 | 868,68 (831,70-907,07)                             | 869,48 (834,61-905,65) | 872,03 (846,49-898,25) |
|                                                                                           | 2010 | 884,79 (847,74-923,24)                             | 853,05 (818,98-888,69) | 872,20 (846,85-898,21) |
|                                                                                           | 2011 | 810,97 (775,93-847,38)                             | 835,05 (801,41-869,97) | 826,98 (802,54-852,08) |
|                                                                                           | 2012 | 827,75 (792,48-864,40)                             | 868,91 (834,66-904,43) | 853,18 (828,43-878,59) |
|                                                                                           | 2013 | 791,82 (757,19-827,84)                             | 799,61 (766,78-833,71) | 800,49 (776,47-825,18) |
|                                                                                           | 2014 | 764,42 (730,99-799,22)                             | 818,94 (786,06-853,08) | 797,98 (774,32-822,29) |
|                                                                                           | 2015 | 829,13 (793,98-865,67)                             | 900,68 (866,44-936,18) | 871,70 (846,96-897,10) |
| MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO<br>(I00 - I99)                                          | 2009 | 268,55 (248,78-289,69)                             | 357,25 (335,63-380,15) | 315,03 (302,02-327,77) |
|                                                                                           | 2010 | 297,14 (276,38-319,27)                             | 328,95 (308,52-350,63) | 314,82 (307,88-321,47) |
|                                                                                           | 2011 | 284,41 (264,45-305,72)                             | 334,94 (314,39-356,73) | 311,66 (299,95-323,63) |
|                                                                                           | 2012 | 268,88 (249,78-289,32)                             | 341,38 (320,81-363,19) | 307,60 (294,50-320,70) |
|                                                                                           | 2013 | 245,67 (227,24-265,46)                             | 312,35 (292,66-333,29) | 281,46 (268,74-294,17) |
|                                                                                           | 2014 | 235,67 (217,97-254,71)                             | 314,30 (294,79-335,03) | 277,77 (264,11-291,43) |
|                                                                                           | 2015 | 255,71 (237,27-275,48)                             | 327,83 (308,12-348,75) | 294,45 (279,05-309,70) |
| TUMORI<br>(C00 - D48)                                                                     | 2009 | 349,85 (326,27-374,88)                             | 225,88 (207,48-245,66) | 287,58 (272,57-303,29) |
|                                                                                           | 2010 | 328,38 (305,63-352,55)                             | 254,66 (235,25-275,43) | 291,97 (276,94-307,71) |
|                                                                                           | 2011 | 298,02 (276,56-320,91)                             | 248,51 (229,51-268,86) | 274,01 (259,57-289,13) |
|                                                                                           | 2012 | 306,26 (284,67-329,27)                             | 233,98 (215,43-253,88) | 271,13 (256,78-286,16) |
|                                                                                           | 2013 | 289,09 (268,14-311,45)                             | 213,72 (195,98-232,84) | 252,52 (238,67-267,05) |
|                                                                                           | 2014 | 293,94 (273,07-316,20)                             | 229,71 (211,55-249,22) | 263,86 (249,87-278,54) |
|                                                                                           | 2015 | 301,31 (279,99-324,04)                             | 234,67 (216,34-254,36) | 270,26 (256,04-285,17) |
| MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO<br>(J00 - J99)                                          | 2009 | 53,14 (44,64-63,06)                                | 42,04 (34,88-50,52)    | 47,65 (42,02-53,95)    |
|                                                                                           | 2010 | 46,35 (38,62-55,47)                                | 41,42 (34,36-49,78)    | 44,02 (38,70-50,00)    |
|                                                                                           | 2011 | 49,48 (41,58-58,74)                                | 35,17 (28,71-42,94)    | 42,51 (37,33-48,36)    |
|                                                                                           | 2012 | 43,33 (35,87-52,17)                                | 48,43 (40,94-57,21)    | 46,30 (40,90-52,35)    |
|                                                                                           | 2013 | 50,09 (42,12-59,45)                                | 41,03 (34,03-49,34)    | 45,93 (40,52-52,00)    |
|                                                                                           | 2014 | 43,05 (35,97-51,48)                                | 41,68 (34,73-49,93)    | 42,78 (37,71-48,50)    |
|                                                                                           | 2015 | 50,70 (42,72-60,07)                                | 56,72 (48,62-66,12)    | 54,31 (48,49-60,77)    |
| TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED ALCUNE ALTRE<br>CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE<br>(S00 - T98) | 2009 | 46,77 (37,48-57,73)                                | 39,34 (31,89-48,22)    | 42,95 (36,94-49,73)    |
|                                                                                           | 2010 | 45,75 (36,80-56,34)                                | 33,22 (26,77-41,03)    | 39,43 (33,86-45,73)    |
|                                                                                           | 2011 | 42,74 (34,17-52,92)                                | 27,63 (21,53-35,15)    | 35,17 (29,85-41,23)    |
|                                                                                           | 2012 | 48,68 (39,32-59,69)                                | 34,44 (27,37-42,97)    | 41,46 (35,54-48,15)    |
|                                                                                           | 2013 | 52,33 (42,53-63,81)                                | 31,31 (24,71-39,36)    | 41,56 (35,63-48,27)    |
|                                                                                           | 2014 | 46,42 (37,32-57,19)                                | 33,43 (26,56-41,76)    | 39,93 (34,16-46,48)    |
|                                                                                           | 2015 | 52,52 (42,54-64,23)                                | 39,15 (31,87-47,85)    | 45,89 (39,64-52,91)    |

Tabella 1 - Tassi di mortalità standardizzati per grandi gruppi di patologia AUSL FE 2009 – 2015.

**ID 202**

**INUSUALE RISCHIO DA POLVERI E INQUINANTI NELLA CORICOLTURA;UNA ESPERIENZA TRA AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO**

F. Cavariani 1; L. Bedini 1; E. Fabris 2; C.Prestigiacomio 2; A .Messineo 2  
1ASL Viterbo, Dipartimento di Prevenzione, Laboratorio Igiene Industriale - CRRA  
2 CDL Tecnici Prevenzione, Osp S.Andrea Univ Sapienza Roma

La Silice, SiO<sub>2</sub> inorganica, è largamente presente in natura .L'inalazione di polveri con silice libera cristallina (SLC) causa silicosi e gravi patologie immunitarie (artrite reumatoide,lupus insufficienza renale grave) Polveri e concentrazioni di SiO<sub>2</sub> elevate sono associate a ambienti minerari o edilizi ove molti fattori ( polvere totale e respirabile, tempo d'esposizione, ecc) possono concorrere nella determinazione di alterazioni negli esposti..Oggi sono ancora diffuse esposizioni significative in demolizioni di edifici, restauri, arti murarie per l'adozione di nuove tecnologie edilizie e di nuovi materiali ( pietrame, quarzo e resina, tipo "okite") ed anche in agricoltura, ove si rimuovono a secco i terreni, come avviene per il tabacco e le nocciole . Campionamenti ambientali e personali eseguiti in aziende di raccolta di nocciole nel Viterbese hanno fornito valore medio della concentrazione di polveri respirabili di 9.51 mg/m<sup>3</sup> con presenza di SLC nelle polveri respirabili in media di 0,55 mg/m<sup>3</sup> al di sopra del valore limite a ACGIH (2006 TLV-TWA: 0,025 mg/m<sup>3</sup>) a dimostrazione che in questa attività agricola per lavoratori e contadini vi è rischio da esposizione a polveri fibrogene anche se la raccolta è stagionale (2 mesi), L'utilizzazione di trattore con cabina e sistema di filtrazione dell'aria puo' essere utile come occhiali e maschere con filtri FFP2 o FFP3 da usare anche da soggetti nelle vicinanze (raccolta rami o nocciole).Campagne di informazione sono fondamentali come diminuire le polveri sollevate utilizzando nebulizzazioni di acqua in zone polverose. Altro problema correlato e' la presenza di fitofarmaci e di metalli pesanti (concentrazioni di 4.4 DDE metabolita del DDT, Endosulfan, Sb, Hg, Pn e Cu ,residui presenti dei trattamenti colturali effettuati su terreni di coricoltura.

**ID 222**

**RUOLO DEI DETERMINANTI DI SALUTE SULLA PERCEZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA E DELLA SALUTE DI UNA COMUNITÀ**

C. Russo; T. Battista; S. Insogna; R. Cipriani; A. Pesare; M. Conversano  
*Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto*

**INTRODUZIONE**

La percezione soggettiva dello stato di salute e di vita individuale consente di valutare la persona non soltanto in termini clinici, ma in una prospettiva differente, ovvero quella dell'impatto che le relazioni sociali, l'attività lavorativa, le condizioni socioeconomiche, possono avere sulla percezione del proprio stato di benessere psichico/fisico. Obiettivo: valutare la qualità percepita della vita (QoL) di una comunità, quella tarantina, che vive in quartieri ad alto impatto ambientale, in relazione ad alcuni determinanti di salute.

**METODI**

Attraverso il "Programma di Sorveglianza del rischio cardiovascolare e respiratorio", effettuato dalla Asl di Taranto sugli uomini quarantenni e le donne quarantacinquenni residenti a Taranto, abbiamo indagato sugli stili di vita e rilevato alcuni tra i principali parametri analitici e determinanti di salute. E' stato somministrato il questionario WHOQOL-BREF (costituito da 4 domini: fisico, psichico, relazioni sociali ed ambiente, più uno generale sulla qualità della vita e della salute) per la valutazione del QoL. L'analisi statistica è stata condotta mediante software STATA MP 13.

**RISULTATI**

523 i questionari raccolti. In tab. 1 sono riportati gli indici di soddisfazione di ciascun dominio. Alcuni determinanti di salute, come lo sport, il titolo di studio, il lavoro, il BMI, il sonno irregolare, il quartiere di residenza, l'Indice di Rischio Cardiovascolare influiscono in maniera statisticamente significativa sugli indici di soddisfazione di diversi domini del questionario.

**CONCLUSIONI**

La nostra comunità ha una percezione della propria qualità della vita che è peggiore rispetto a quella nazionale di riferimento. Compito della Sanità Pubblica è quello di intervenire sui diversi determinanti di salute attraverso programmi mirati affinché ci sia un miglioramento percettivo e realistico dello stato di vita e di salute della popolazione.

*Qualità della vita, determinanti di salute, ambiente*

**ID 234**

**RICERCA DI PSEUDOMONAS SPP. E AEROMONAS HYDROPHILA ANTIBIOTICO-RESISTENTI NELLE ACQUE POTABILI DELLA CITTÀ DI MILANO**

M. Consonni; F. Turroni; M. Tesauro

*Università degli studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche Odontoiatriche*

**INTRODUZIONE**

L'antibiotico-resistenza è un grave problema di Sanità Pubblica, ben conosciuto in ambito clinico, meno a livello ambientale. Per verificare se nell'acqua potabile di Milano vi siano ceppi di *Pseudomonas* spp. e *Aeromonas hydrophila* resistenti a ceftazidime, netilmicina, piperacillina/tazobactam, meropenem, levofloxacin, colistina-solfato, antibiotici comunemente utilizzati sul territorio, sono stati analizzati campioni d'acqua provenienti dalle 26 Centrali dell'Acquedotto (prima e dopo trattamento) e da 44 fontanelle pubbliche.

**METODI**

Per l'identificazione dei ceppi si sono utilizzate tecniche microbiologiche tradizionali e biomolecolari, per la valutazione dell'antibiotico-resistenza la MIC (Minima Concentrazione Inibente).

**RISULTATI**

*A. hydrophila* e *Pseudomonas* spp. risultano resistenti ad almeno uno degli antibiotici testati, rispettivamente in 20/30 (66,7%) e in 21/91 (23,1%) dei ceppi isolati, sia nell'acqua in ingresso (13/30 e 13/91) che in uscita (5/30 e 5/91) e nelle fontanelle (2/30 e 3/91), laddove la concentrazione di Cloro risultava bassa o nulla. In particolare *A. hydrophila* mostra maggiore resistenza verso colistina-solfato (17/20-85%) e piperacillina/tazobactam (4/20-20%), *Pseudomonas* spp. verso ceftazidime (12/21-57%) e piperacillina/tazobactam (6/21-29%). Si osservano anche multiresistenze in 4/20 ceppi (20%) di *A. hydrophila* e in 7/21 ceppi (33%) di *Pseudomonas* spp.

**CONCLUSIONI**

La ricerca mette in luce un fenomeno finora poco conosciuto a Milano, di cui è difficile valutare la dimensione e l'impatto sulla salute. Per approfondire lo studio sarà necessario allungare i tempi di osservazione, aumentare il numero di analisi sulle acque potabili ed estenderle alle acque superficiali ed al suolo, eseguire analisi biomolecolari per l'individuazione dei geni di resistenza, raccogliere dati epidemiologici della popolazione ed effettuare il censimento delle attività che potrebbero aver causato la contaminazione delle acque potabili.

**ID 246**

**IL RUOLO DEL FERRO NELLA TOSSICITÀ DEI NANOTUBI DI CARBONIO MULTI-PARETE (MWCNTs)**

A. Facciolà 1; G. Visalli 1; D. Iannazzo 2; A. Piperno 3; A. Pistone 2; A. Di Pietro 1

1 Department of Biomedical and Dental Sciences and Morphofunctional Imaging, University of Messina, Italy

2 Department of Electronic Engineering, Industrial Chemistry and Engineering, University of Messina, Italy

3 Department of Chemical, Biological, Phar

**INTRODUZIONE**

L'impatto dei nanotubi di carbonio (MWCNTs) sulla salute non è ancora chiaro ma sembrano essere tossici per l'apparato respiratorio. Essi, una volta inalati, inducono infiammazione polmonare, citotossicità e carcinogenesi. Precedentemente dimostravamo il ruolo del ferro nello squilibrio redox nanotubi-indotto. Considerando che il ferro, usato come catalizzatore nella produzione dei MWCNTs, è scarsamente biodisponibile in quanto in gran parte intrappolato all'interno dei nanotubi, ipotizzavamo che il danno ossidativo fosse attribuibile al rilascio di ferro endogeno causato dall'internalizzazione endocitosi mediata dei MWCNTs. Questo studio ha avuto lo scopo di verificare tale ipotesi

**METODI**

L'attività pro-ossidante del ferro MWCNTs-associato era valutata mediante un test abiotico. Inoltre, per valutare la biodisponibilità di ferro, ne abbiamo misurato il livello intracellulare in cellule A549 esposte sia ai MWCNTs che al terreno cellulare preconditionato con MWCNTs, per valutare la cessione del ferro in condizioni fisiologiche. Infine, nelle cellule esposte, abbiamo rilevato i livelli di ROS, 8-oxo-dG e la funzionalità mitocondriale.

**RISULTATI**

I RISULTATI hanno evidenziato che il ferro MWCNTs-associato non è redox attivo e quindi biodisponibile e che la cessione di ferro dai nanomateriali non si ha in condizioni fisiologiche. Nonostante ciò, nelle cellule esposte ai MWCNTs, si osservava un aumento del ferro intracellulare redox attivo in confronto al controllo e un aumento, tempo-dipendente, dei ROS ( $P < 0.01$ ). Livelli elevati di 8-oxo-dG, marker di danno ossidativo al DNA, e il diminuito potenziale mitocondriale, hanno confermato lo stress ossidativo indotto dai MWCNTs.

**CONCLUSIONI**

Sulla base dei RISULTATI riteniamo che il danno ossidativo sia dovuto al rilascio di ferro endogeno, legato a citocromi o altre biomolecole, degradate nei lisosomi. Ciò è conseguente al danno lisosomiale causato dall'internalizzazione, endocitosi mediata, dei MWCNTs.

*iron, pristine multi-walled carbon nanotubes (pMWCNT); acid-treated multiwalled carbon nanotubes (MWCNT-COOH); oxidative damage; alveolar epithelial cell line.*



**ID 247**

**LA QUALITÀ DELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO NELLE STRUTTURE SANITARIE:  
PRIMI RISULTATI**

I. Russo; S. Aurino; F. Garzonio; P. Montuori; M. Triassi  
*Dipartimento di Sanità Pubblica, Università "Federico II", Napoli*

**INTRODUZIONE**

Nelle strutture sanitarie (SS), l'acqua è elemento imprescindibile dell'Igiene Ospedaliera. Il D. Lgs. 31/'01 sulla qualità delle acque destinate al consumo umano, all'Art. 4 comma 2 lettera b) recita: le acque destinate al consumo umano non devono contenere microrganismi e parassiti, né altre sostanze, in quantità o concentrazioni tali da rappresentare un potenziale pericolo per la salute umana.

Nelle SS e nello specifico in ospedale, "luogo di cura", il rispetto dei requisiti di potabilità è un determinante fondamentale della sicurezza sanitaria per l'elevato rischio di compromissione della salute dell'utenza.

L'acqua potabile impiegata come bevanda, per l'igiene personale e nei servizi igienici, è un pericolo sanitario la cui responsabilità è affidata al responsabile della gestione delle SS come da Decreto Dirigenziale n. 27/'05 (B.U.R.C n. 30/'05).

Pertanto obiettivo del presente lavoro è la verifica del rispetto dei requisiti di potabilità delle acque destinate al consumo umano erogate in SS pubbliche della Regione Campania.

**METODI**

Da Gennaio 2014 a Dicembre 2015, c/o n. 55 SS sono stati prelevati n. 215 campioni di acqua da sottoporre alle determinazioni organolettiche, fisiche, chimico-fisiche, chimiche e microbiologiche (Colore, Odore, Sapore, Torbidità, Conduttività, Concentrazione Ioni Idrogeno, Alluminio, Ammonio, Ferro, Nitriti, Cloro residuo, Escherichia coli, Enterococchi, Batteri coliformi a 37 °C) previste dal controllo di Routine del D. Lgs. 31/'01 e ss.mm.ii.. Le indagini analitiche sono state eseguite mediante l'impiego di METODI IRSA-CNR, ISO e ISTISAN/07.

**RISULTATI**

Dall'analisi dei primi dati, si evince che i RISULTATI medi riscontrati rispettano i valori di parametro (VP) stabiliti dal D. Lgs. 31/'01.

**CONCLUSIONI**

Nelle SS la valutazione dei requisiti di potabilità delle acque destinate al consumo umano è strumento indispensabile per rilevare e/o segnalare situazioni a rischio per la salute umana.

*Acqua destinata al consumo umano; Strutture Sanitarie; Ospedale; Controllo di Routine*

**ID 249**

**AGGRESSIONI IN SANITÀ: UNA CONFERMA DI UN RISCHIO SOTTOSTIMATO**

M. Ciavarella 1; A. Capanna 2; C. Tornese 1; G. Cavia 1; M.G. Bosco 1

1 ASL Roma2 (ex RMB), Roma

2 Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Roma Tor Vergata

**INTRODUZIONE**

In Sanità le aggressioni sul lavoro (AG) sono un rischio lavorativo per gli operatori sanitari ed amministrativi. Il Bureau of Labor Statistics statunitense indica, nel 2008, per gli operatori ospedalieri un tasso d'incidenza per AG non mortali pari a 7,6 casi/ 00 lavoratori, contro un tasso di 3,9 casi/100 lavoratori nel settore privato. La letteratura attesta una sottostima delle AG per omessa denuncia da parte degli operatori. Scopo dello studio è di confrontare gli episodi di AG denunciati all'INAIL per infortunio sul lavoro, nel 2014 e 2015, dagli operatori dell'ASL RMB con gli episodi rilevati mediante un questionario anamnestico anonimo (QAA) somministrato nel 2015 nel corso della sorveglianza sanitaria.

**METODI**

Con il QAA, basato sul modello del "Violent incident form" di Arnetz, sono state valutate le risposte inerenti le AG fisiche e/o verbali avvenute nel corso degli ultimi 12 mesi. Per aggressione fisica (AF) si intende "un attacco che può o ha causato un danno fisico"; per aggressione verbale (AV) invece un "attacco verbale che esplica l'intenzione di recare danno". Per ogni operatore è stato riportato genere, età, mansione e sede lavorativa.

**RISULTATI**

Hanno risposto al QAA 183 operatori (età media 45 anni, 76% donna, 66% infermiere, 56% ospedaliero): 22 operatori riferiscono una AF e 44 operatori una AV negli ultimi 12 mesi (Tab.1). Nel 2014 sono state denunciate 15 AF e 5 AV; nel 2015 15 AF e 3 AV. In relazione alle risposte del QAA sono denunciate dagli operatori il 68% delle AF e solo il 6,8-11% delle AV.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI confermano i dati della letteratura sulla sottostima delle AG, infatti nell'ASL RMB il 32% delle AF e il 89-93,2% delle AV non sono denunciate. Quindi interventi preventivi e protettivi sono indispensabili da attuare soprattutto a livello ospedaliero, ove il rischio di AG è maggiore.

*aggressioni, operatori sanitari*

**ID 251**

**ATTIVITÀ ANTIOSSIDANTE DI NUTRACEUTICI: AZIONE CHELANTE DI ESTRATTI DI CITRUS SPP**

G. Visalli 1; N. Ferlazzo 2; S.Cirmi 2; G.E. Lombardo 2; M.P. Bertuccio 1; M. Navarra 2; A. Di Pietro 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle Immagini morfologiche e funzionali. Università di Messina

2 Dipartimento di Scienze Chimiche, Biologiche, Farmaceutiche ed Ambientali. Università di Messina.

**INTRODUZIONE**

Indagini epidemiologiche hanno evidenziato la stretta relazione causale tra esposizione al PM e aumentato rischio di patologie cardiopolmonari e neurodegenerative. I metalli di transizione (Fe, Ni, V ecc.), sia di origine naturale che antropogenica, sono componenti ad attività pro-ossidante del PM, determinando effetti proinfiammatori, degenerativi e cancerogeni. Composti ad attività chelante, già in uso per alcune patologie si ritiene possano avere una maggiore applicazione nel prossimo futuro anche in ambito preventivo per contrastare l'esposizione a metalli. Composti polifenolici di origine vegetale, quali i flavonoidi, antiossidanti ad attività scavenger, si ritiene possano avere anche attività chelante. Scopo del lavoro è stato valutare in vitro questo effetto protettivo di estratti di arancia e bergamotto a composizione nota.

**METODI**

Le analisi citofluorimetriche, biochimiche e di genotossicità erano effettuate su A549. Le cellule polmonari erano pretrattate con gli estratti per 18h (25 e 50 µg/ml) e quindi trattate per 2 h con Fe<sub>2</sub>(SO<sub>4</sub>)<sub>2</sub> (200 e 400 µM). L'attività chelante era valutata dosando il ferro intracellulare redox-attivo mediante calceina la cui fluorescenza decresce linearmente per l'ossidazione Fe-indotta. Il chelante deferiprone (DPF: 0.3M) era usato come controllo+.

**RISULTATI**

Gli estratti di Citrus mostravano una significativa proprietà chelante che, bloccando a monte l'attività redox del ferro, limitava il danno ossidativo Fe-indotto. Ciò era confermato dalla riduzione intracellulare di ROS, idroperossidi lipidici e 8-oxo-dG (P<0.01). Analogamente limitavano il danno mitocondriale Fe-indotto, aumentando il potenziale trans-membrana ( $\Delta\psi_m$ ).

**CONCLUSIONI**

Gli estratti di bergamotto e arancia bloccano a monte l'attività dei metalli di transizione quali il Fe. Grazie alla capacità complessante, questi chelanti naturali potrebbero essere utilizzati come agenti terapeutici e di prevenzione contro il danno ossidativo metalli indotto.

*Estratti di flavonoidi da bergamotto e arancia, attività ferro-chelante, stress ossidativo, linea cellulare A549.*

**ID 253**

**ANALISI DELLE SANZIONI 758/94 NEL SETTORE EDILIZIA: L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO DELLA ASL RMB**

A. Capanna 1; G. Rischia 2; A. Emili 2; G. Cardoni 2; M. Vari 2; C. Grecuccio 1; M. Maurici 3; M.G. Bosco 2.

1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

2 Servizio di prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL Roma2 (ex RMB)

3 Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università degli Stu

**INTRODUZIONE**

Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) svolge la sua attività di vigilanza (AdV) sul territorio di competenza tramite gli Ufficiali di Polizia Giudiziaria (UPG). Il D.Lgs 758/94 definisce il sistema di gestione sanzionatoria dei reati compiuti in ambito lavorativo, facendo riferimento al D.Lgs 81/08. Scopo dello studio è stato analizzare dal 2011 al 2015 le sanzioni dello SPreSAL della ASL RMB nel settore edilizia per valutare sia l'AdV del servizio che le problematiche del territorio inerenti la salute e sicurezza dei lavoratori.

**METODI**

Per ogni verbale redatto sono state raccolte informazioni sull'attività svolta, il reato, l'articolo (Art) e la figura lavorativa sanzionate, la prescrizione, la sua ottemperanza e pagamento. Sono stati esclusi dall'analisi i verbali non leggibili e/o incompleti. Gli Art sanzionati sono stati raggruppati in titoli, capi e sezioni come nel D.Lgs 81/08.

**RISULTATI**

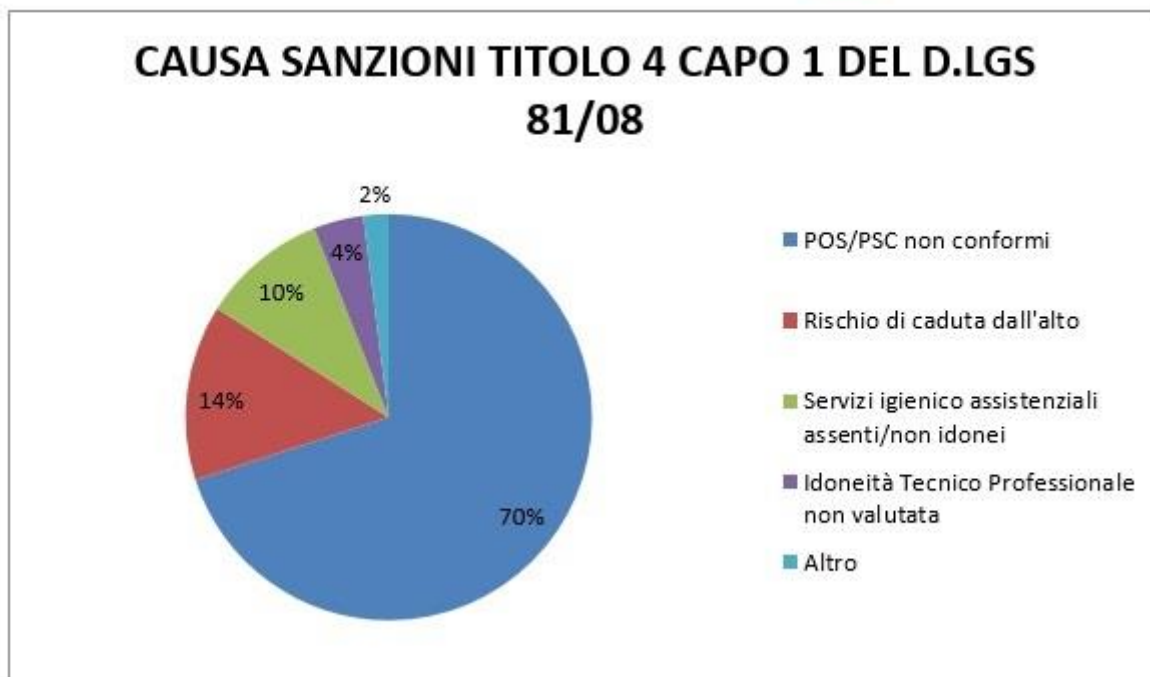
In 5 anni, sono stati redatti 1190 verbali e 1341 sanzioni per 112 Art violati. Il 57% delle sanzioni hanno riguardato 11 Art. I RISULTATI sono esposti nella Tabella 1. Il titolo "Cantieri temporanei o mobili" (TIV) risulta violato nel 79% dei casi; il 63% delle violazioni del TIV ha riguardato violazioni del capo "Misure per la prevenzione e sicurezza nei cantieri temporanei o mobili" (TIV-CI) (Tab.1). I reati sanzionati per il TIV-CI sono raffigurati nel Grafico 1.

**CONCLUSIONI**

Complessivamente, gli UPG del nostro servizio sanzionano Art che valutano più aspetti critici della prevenzione e sicurezza e sono intransigenti sul rischio di caduta dall'alto, che è il rischio lavorativo maggiormente cercato. A livello territoriale, l'organizzazione dell'attività lavorativa è carente nel settore edilizia, infatti il Piano Operativo di Sicurezza e il Piano di Sicurezza e Coordinamento risultano molto spesso generici e non conformi all'attività lavorativa svolta, non garantendo in tal modo la salute e la sicurezza dei lavoratori.

*Attività di vigilanza, sanzioni, edilizia*

Grafico 1. Causa delle sanzioni effettuate per violazioni del T<sub>IV</sub>-C<sub>1</sub> del D.Lgs 81/08



**ID 268**

**INNOVAZIONE NELL'IGIENE APPLICATA AGLI IMPIANTI NATATORI: SVILUPPO DI UN PROTOTIPO PER VALUTAZIONI IN SCALA DI MATERIALI, DISINFETTANTI E PROCEDURE GESTIONALI**

F. Valeriani; V. Romano Spica

*Unità di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma "Foro Italico", Roma*

**INTRODUZIONE**

La sicurezza igienico-sanitaria degli impianti natatori, in Italia, è regolamentata dall'Accordo Stato Regioni 2003, attualmente in corso di revisione. L'identificazione di nuovi parametri si basa su conoscenze scientifiche e linee guida, ma non sono disponibili modelli sperimentali per test esplorativi che mimino "in vitro" le condizioni dell'impianto e sostengano il decisore nelle scelte operative. Nuovi materiali, sofisticate sonde o inedite strategie di disinfezione sono oggi in concitata evoluzione, ma il loro confronto, validazione e recepimento richiede la disponibilità di adeguati modelli sperimentali, prima di poter essere estese su larga scala. Viene riportata un'apparecchiatura ed un metodo per valutare e validare requisiti di interesse igienico-sanitario in piscina.

**METODI**

Disegno, sviluppo e costruzione di un prototipo per simulare in laboratorio criticità riscontrabili in acque di piscina. Verifica di indicatori e simulazione fluidodinamica (Figura). Applicazione alla valutazione della formazione di biofilm su materiali (Myrtha) progettati per impianti ad uso natatorio, in diverse condizioni di disinfezione.

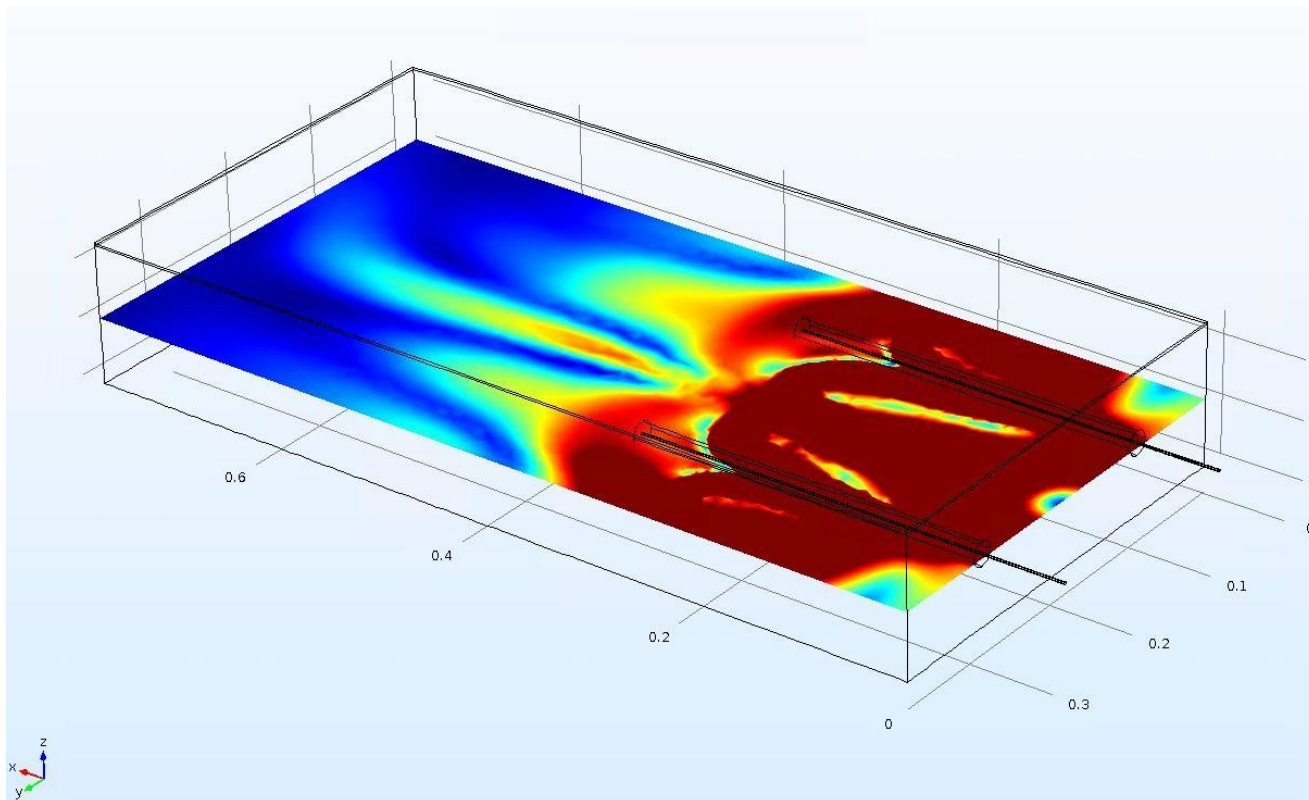
**RISULTATI**

Il prototipo si è rivelato funzionale alla valutazione di parametri cruciali per la sicurezza igienico-sanitaria dell'acqua di piscina. I materiali nanotecnologici hanno confermato maggiore resistenza alla crescita di biofilm rispetto ai prodotti tradizionali. Ottimizzazione dei protocolli e monitoring in tempo reale confermano la stabilità (Tabella) e trasferibilità del sistema brevettato.

**CONCLUSIONI**

La disponibilità di strumenti in scala per la simulazione di condizioni critiche e la valutazione di strategie di prevenzione apre nuove prospettive per il gestore di impianti natatori, il costruttore, e l'operatore di sanità pubblica, come anche per il Ministero a supporto del delicato processo di revisione dell'allegato 1 della normativa vigente.

*Acque ad uso ricreativo, Igiene impianti sportivi, Piscina,*



### Misura in tempo reale valori chimico-fisici

| Tempi del test | <i>pH</i>                  | <i>P. Redox [mV]</i>            |
|----------------|----------------------------|---------------------------------|
| (h)            | Media $t_{1-130}=7\pm 0,4$ | Media $t_{1-130}=823,7\pm 41,6$ |
| 0              | 7,9                        | 270                             |
| 1              | 6,07                       | 857                             |
| 2              | 6,92                       | 775                             |
| 3              | 7,12                       | 732                             |
| 4              | 7,32                       | 836                             |
| 5              | 6,41                       | 881                             |
| 6              | 6,89                       | 856                             |
| 7              | 7,17                       | 834                             |
| 8              | 7,2                        | 831                             |
| 9              | 7,25                       | 805                             |
| 10             | 7,09                       | 796                             |
| 24             | 7,22                       | 820                             |
| 30             | 7,17                       | 861                             |

**ID 269**

**LEGIONELLA E RISCHIO DI ENDOCARDITI INFETTIVE: L'ESPERIENZA DI UN MONITORAGGIO AMBIENTALE IN REPARTI DI CARDIOLOGIA**

E. Avventuroso 1; G. Dattilo 2; S. Delia 1; G. Campanella 1; M. Casale 2; P. Laganà 1  
1 Dipartimento BIOMORF. Centro di Riferimento Regionale per la Sorveglianza Clinica e Ambientale della Legionellosi, sede di Messina. AOU 'G. Martino', Università degli Studi di Messina.  
2 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, UO Cardiologia,

**INTRODUZIONE**

L'endocardite Infettiva (EI) è una patologia ad elevata morbilità e mortalità. Negli ultimi anni, nonostante il miglioramento clinico-diagnostico e terapeutico, l'incidenza e la mortalità delle endocarditi infettive non hanno subito riduzioni. L'età media dei pazienti è aumentata e con essa la comorbidità. Anche dal punto di vista eziologico si registrano cambiamenti significativi: oltre ai classici patogeni sono stati identificati alcuni Gram negativi emergenti, come quelli appartenenti al gruppo HACEK. Diversi studi riportano casi di EI dovuti ad infezione da *A. baumannii*, *A. lwoffii*, *C. burnetii*, Bartonella, Clamidia e Legionella spp responsabili di forme atipiche con emocolture negative. Per quanto riguarda il genere Legionella, in letteratura sono stati descritti casi in cui, oltre a *L. pneumophila*, anche *L. micdadei*, *L. bozemanii*, *L. anisa*, *L. dumoffii* e *L. cardiaca* risultano coinvolti nella genesi di EI, con interessamento di strutture valvolari sia protesiche che native.

**MATERIALI E METODI**

Da settembre 2015 a giugno 2016 sono stati monitorati due reparti di Cardiologia, appartenenti a due strutture ospedaliere, una pubblica e una privata. Complessivamente sono stati effettuati 80 prelievi, 55 di acqua e 25 di aerosol. Per la ricerca di Legionella nell'acqua sono state adottate le procedure standard riportate nelle Linee Guida del 7 maggio 2015.

**RISULTATI**

*L. pneumophila* sgr 1, 3 e 6 sono state isolate sia dai campioni di acqua che da quelli di aerosol. Sono RISULTATI positivi oltre il 30% dei campioni.

**CONCLUSIONI**

La Legionellosi pur non essendo frequente, può rappresentare una possibile causa di morte improvvisa in pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca, in particolare per protesi impianto. Una maggiore attenzione dovrebbe essere data alla sorveglianza ambientale, specie nelle aree ad alto rischio, anche ricorrendo a nuovi strumenti applicativi di stima della diffusione del germe, quale potrebbe essere la Geostatistica.

*Endocarditi, Legionella*



**ID 281**

**LA FITODEPURAZIONE COME MEZZO DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ IRRIGUA DELLE ACQUE REFLUE RIUTILIZZATE IN AGRICOLTURA**

F. Mazzù 1; B. Cosenza 2; D. Maisano 3; C. Anzalone 4 .

1 F. Mazzù Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Messina, Messina

2 B. Cosenza Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Messina, Messina

3 D. Maisano Università

**INTRODUZIONE**

L'esigenza di mettere a punto ulteriori tecniche di trattamento delle acque reflue ha favorito lo sviluppo di sistemi di depurazione naturali, quali la fitodepurazione, che oltre ad essere contraddistinta da bassi costi di gestione e di manutenzione degli impianti, rappresenta una soluzione ottimale al raggiungimento dell'obiettivo "buono stato chimico delle acque superficiali" imposto dal D.Lgs. 152/06. Tali sistemi nelle regioni a rischio desertificazione, oltre a concorrere al disinquinamento, limitano il consumo di acqua potabile e costituiscono l'unica chance per risolvere le situazioni di stress idrico che rappresentano una limitazione per lo sviluppo del settore agricolo. Inoltre, svolgono un importante ruolo nella riqualificazione del territorio per i molteplici microambienti che racchiudono incrementandone la biodiversità.

**METODI**

Da Aprile 2014 a Marzo 2015 sono state analizzate, come trattamento terziario a valle di un depuratore a filtri percolatori, le acque reflue in uscita dal depuratore, da un letto di fitodepurazione HSS-F, vegetato con *Phragmites australis*, e da due linee di affinamento (L1 e L2). Nella linea L1 l'acqua in uscita dal letto di fitodepurazione prima del riuso veniva immessa in un bacino di lagunaggio, accumulata in un serbatoio e filtrata con filtri a sabbia e a dischi. La linea L2, non prevedeva lagunaggio e l'acqua filtrata con filtri a sabbia e a dischi era trattata con raggi U.V. Sui campioni sono stati determinati i parametri chimico-fisici e microbiologici previsti dal D.M.185/03.

**RISULTATI**

La fitodepurazione ha determinato un abbattimento del 70,7%, 54,6%, 68,3%, 95,2% rispettivamente per BOD5, COD, SST e E. coli. Un ulteriore decremento dei parametri rispetto ai valori in uscita dal letto di fitodepurazione è stato osservato nella L2.

**CONCLUSIONI**

La fitodepurazione migliora la qualità delle acque reflue e costituisce un valido strumento con cui attuare una sostenibile e razionale gestione delle risorse idriche.

*Acque reflue, Fitodepurazione, Uso irriguo*

**ID 285**

**INQUINAMENTO ATMOSFERICO E SALUTE UMANA: STUDIO SU ATTITUDINI E COMPORTAMENTI DEI CITTADINI CON DATI PROVENIENTI DA SORGENTI MULTIPLE (QUESTIONARI, WEB, STAMPA E TWITTER)**

G. Donzelli 1; A. Carducci 1; M. Verani 1; G. Palomba 1; B. Casini 2; G. Mascagni 3; L. Cioni 4; E. Ceretti 5; C. Zani 5; T. Grassi 6; A. De Donno 6; E. Carraro 7; T. Schilirò 7; M. Villarini 8; S. Bonizzoni 9; A. Bonetti 10; U. Gelatti 5; MAPEC\_LIFE Stud

1. Dipartimento di Biologia - Università di Pisa, Pisa; 2. Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia - Università di Pisa, Pisa; 3. Dipartimento di Scienze Politiche - Università di Pisa, Pisa; 4. Scuola Normal

**INTRODUZIONE**

A seguito dell'emergenza smog avvenuta in Italia nei mesi di dicembre 2015 e gennaio 2016 abbiamo cercato di valutare, utilizzando sorgenti multiple, la consapevolezza dei cittadini sui temi dell'inquinamento atmosferico e i comportamenti virtuosi adottati per contrastarlo,

**METODI**

Dal 1 Marzo 2014 al 31 Marzo 2016 abbiamo valutato la copertura della stampa nazionale e locale, il numero di ricerche sul web, l'interesse su Twitter e il numero di superamenti del PM10 in Toscana. Un'analisi qualitativa è stata condotta sugli articoli (n = 198) dei due principali quotidiani toscani pubblicati dal 1 Dicembre 2015 al 29 Febbraio 2016. Infine è stato raccolto un questionario da 598 genitori coinvolti nel progetto MAPEC\_LIFE (LIFE12 ENV/IT/00614).

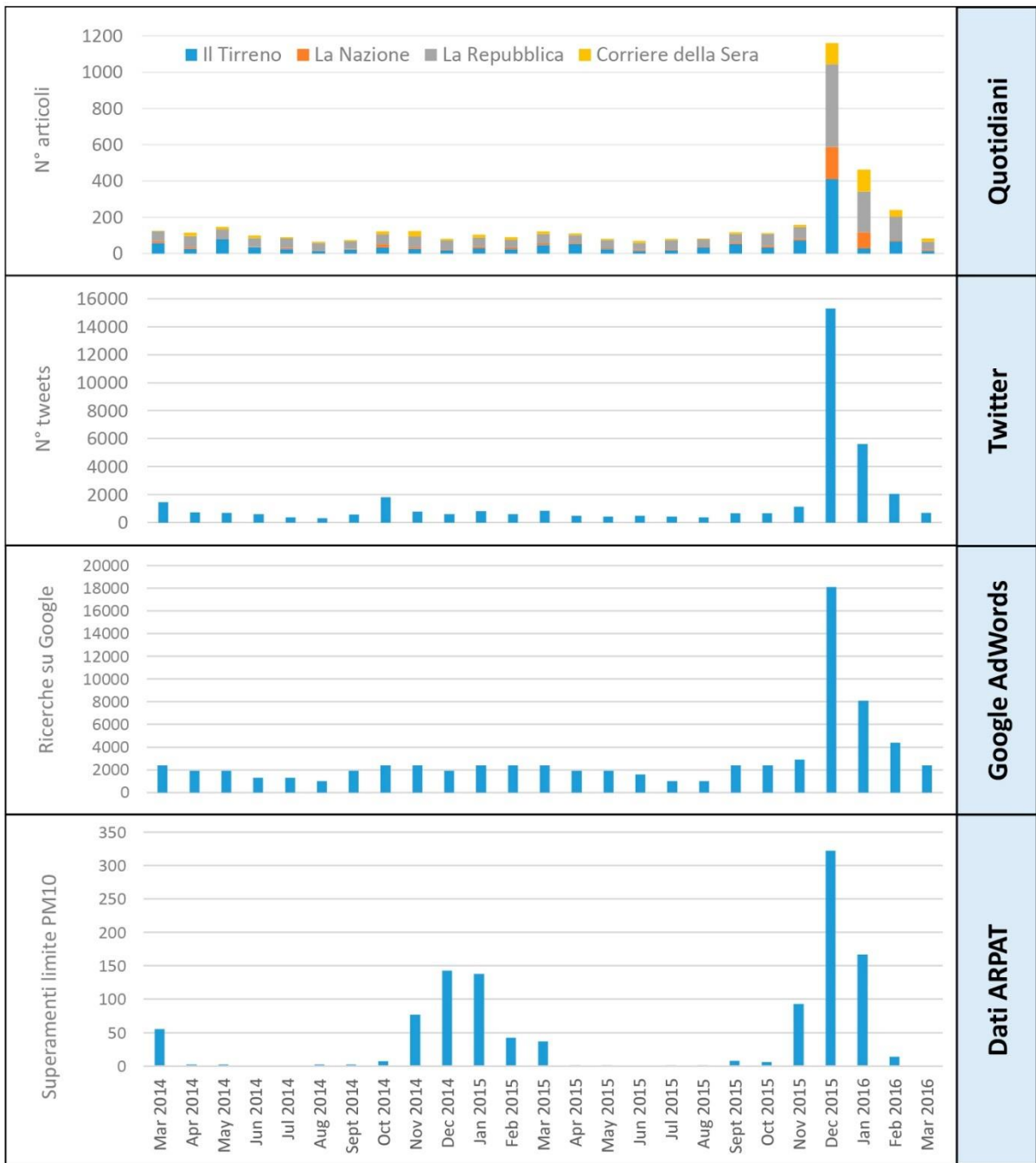
**RISULTATI**

Tra Dicembre 2015 e Gennaio 2016 si è verificato un picco d'interesse con un aumento del numero degli articoli, delle ricerche sul web e dei tweet su Twitter (vedi figura). La maggior parte degli articoli contiene informazioni sul numero di superamenti (n=105) e sulle ordinanze (n=102) mentre pochi includono gli effetti sulla salute (n=25), i comportamenti e gli stili di vita (n=26). I questionari evidenziano che il 57,69% dei partecipanti ritiene determinante il ruolo del cittadino nella riduzione dell'inquinamento ma attribuisce un ruolo maggiore alle istituzioni politiche e di protezione ambientale. I comportamenti virtuosi adottati variano dal 91,69% per la raccolta differenziata al 33,24% per l'uso dei mezzi pubblici; i principali ostacoli sono i costi e la mancanza di tempo (33,29%) e il mancato supporto da parte delle istituzioni (27,52%). Inoltre il 57,31% ritiene rilevante il ruolo dei bambini nella promozione dei comportamenti virtuosi in famiglia.

**CONCLUSIONI**

Questo studio potrebbe essere utile per promuovere programmi di educazione dei cittadini ma ulteriori ricerche sono necessarie per individuare gli ostacoli che impediscono l'adozione di comportamenti positivi verso l'ambiente.

*inquinamento atmosferico, social network, consapevolezza dei cittadini, analisi qualitativa della stampa*



**ID 310**

**PESTICIDI ORGANOCLORURATI, BIFENILI POLICLORURATI E IDROCARBURI AROMATICI POLICICLICI NEL LIQUIDO CEFALORACHIDIANO DI PAZIENTI CON SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO**

F. Violi 1,2,3; M. Tzatzarakis 4; J. Mandrioli 5; N. Fini 5; A. Fasano 5; C. Malagoli 1, 2; A. Tsatsakis 4; M. Vinceti 1,2

1 Centro di Ricerca in Epidemiologia Ambientale, Genetica e Nutrizionale (CREAGEN), Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Italia

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Italia

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Italia

4 Dipartimento di Scienze Forensi e Tossicologia, Università di Creta, Heraklion, Grecia

5 Dipartimento di Neuroscienze, Nuovo Ospedale Sant'Agostino-Estense, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Italia

**INTRODUZIONE**

La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è una patologia neurodegenerativa progressiva, caratterizzata da una forma sporadica e una familiare. Nonostante la sua eziologia sia ancora largamente sconosciuta, alcuni fattori ambientali sono indagati per un loro coinvolgimento nello sviluppo della malattia. Tra i contaminanti chimici oggetto di interesse vi sono i pesticidi neurotossici ed altre categorie di "inquinanti organici persistenti", caratterizzati dalla tendenza ad accumularsi nell'ambiente e negli organismi.

**METODI**

Al fine di valutare una possibile correlazione tra l'esposizione ad alcuni di questi composti a livello del sistema nervoso centrale e il rischio di SLA, abbiamo valutato i livelli di alcuni pesticidi organoclorurati (OCP) e loro metaboliti, bifenili policlorurati (PCB) e idrocarburi aromatici policiclici (PAH) in campioni (1 mL) di liquido cerebrospinale (CSF), prelevati da 38 soggetti con diagnosi di SLA presso l'Ospedale Civile S. Agostino-Estense di Modena nel periodo 1994-2013 e da una popolazione di controllo appaiata per sesso ed età. Abbiamo valutato il rischio di SLA utilizzando un modello di regressione logistica condizionale.

**RISULTATI**

Molti composti analizzati erano presenti a concentrazioni inferiori alla soglia di rilevabilità analitica. L'aumento di esposizione per terzili o per valori continui (1 pg/mL) non è risultato associato al rischio di SLA, fatta eccezione per un lieve e statisticamente instabile incremento del rischio associato all'esposizione a due metaboliti del DDT (p,p'-DDE e o,p'-DDD) e ad uno specifico PCB, il PCB 28.

**CONCLUSIONI**

Nel complesso questi RISULTATI non suggeriscono un ruolo eziologico dell'esposizione ai contaminanti presi in esame, anche se il possibile ruolo di due metaboliti del DDT e di PCB 28 merita di essere ulteriormente approfondito. Occorre tuttavia tenere presente come i livelli di questi contaminanti nel liquor possano non riflettere l'esposizione di lungo termine.

*Sclerosi laterale amiotrofica; pesticidi; inquinanti organici persistenti; liquido cerebrospinale*

**ID 327**

**LIVELLI DI PIOMBO, CADMIO E MERCURIO NEL LIQUIDO CEREBROSPINALE E RISCHIO DI SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA. UNO STUDIO CASO-CONTROLLO**

T. Filippini 1,2,3; F. Violi1,2,3; J. Mandrioli 4, A. Bargellini 1,2; J. Weuve 5; N. Fini 4; P. Grill 6; B. Michalke 6; M. Vinceti 1,2

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

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

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena;

4 Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Sant'Agostino Estense, Modena;

5 Department of Epidemiology, Boston University School of Public Health, Boston;

6 Research Unit Analytical BioGeoChemistry, Helmholtz Center Munich – German Research Center for Environmental Health GmbH, Neuherberg.

**INTRODUZIONE**

Alcuni studi hanno suggerito che l'esposizione a sostanze chimiche neurotossiche come pesticidi, selenio e metalli pesanti, possa giocare un ruolo nell'eziologia della sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

**METODI**

Nella presente indagine abbiamo valutato l'esposizione a piombo (Pb), cadmio (Cd) e mercurio (Hg) in 38 soggetti con nuova diagnosi di SLA (16 uomini e 22 donne) e 38 controlli ospedalieri, usando come biomarcatore il contenuto di metalli a livello del liquido cerebrospinale. I livelli liquorali dei metalli pesanti sono stati ottenuti tramite analisi con spettrometria di massa ICP a settore magnetico (ICP-SF-MS), in accordo con metodologie sviluppate appositamente per questo tipo di matrice biologica.

**RISULTATI**

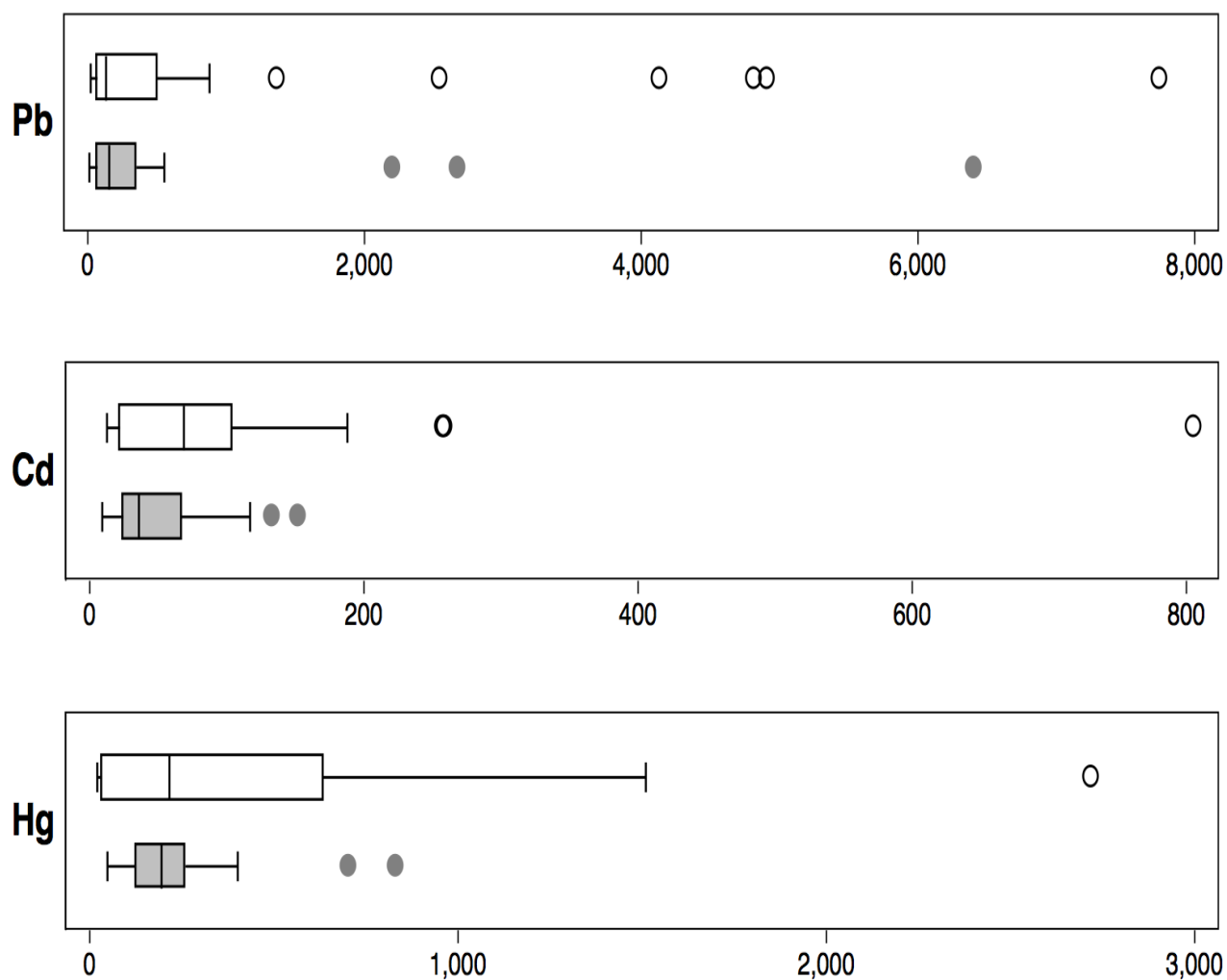
I soggetti affetti da SLA avevano una mediana di distribuzione rispetto ai controlli maggiore per piombo (155 vs. 132 ng/L) e minore per cadmio (36 vs. 72 ng/L) e mercurio (196 vs. 217 ng/L) (Figura 1). Usando un modello di regressione logistica non condizionata dividendo in terzili e aggiustando per sesso ed età, l'odds ratio per il terzile più elevato rispetto al primo terzile era 1.39 (IC 95% 0.48 - 4.25) per il piombo, 0.29 (0.08 - 1.04) per il cadmio e 3.03 (0.52 - 17.55) per il mercurio, senza tuttavia la presenza di un effetto dose-risposta (Tabella 1). Ulteriori analisi di sensitività hanno sostanzialmente confermato i RISULTATI ottenuti, così come analisi stratificate per sesso e per categorie di età.

**CONCLUSIONI**

A causa dell'imprecisione statistica delle stime ottenute e della possibilità che il livello dei metalli nel liquor possa non essere correlato ad una precedente prolungata esposizione ai metalli pesanti, i RISULTATI non sembrano supportare l'ipotesi di un ruolo causale di piombo, cadmio e mercurio nell'eziologia della SLA.

*Sclerosi Laterale Amiotrofica; metalli pesanti; liquido cerebrospinale; studio caso-controllo*

**Figura 1.** Box-plot dei livelli dei metalli pesanti (in ng/L) nel liquor divisi tra casi (box grigi) e controlli (box bianchi).



**ID 329**

**“AMBIENTE E SALUTE”: DOVE FINISCE LA NOTIZIA E INIZIA L'OPINIONE? LA RISPOSTA DELL'AUSL IN MERITO ALL'INCENERITORE DI PARMA**

A. Rampini 1; E. Mariani 1; L. Veronesi 2; G. E. Sansebastiano 2; R. Giordano 1; G. Fallani 1; M. Impallomeni 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL, Parma

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotechnologiche e Traslazionali, Università degli Studi di Parma

**INTRODUZIONE**

Le questioni ambientali sono un tema centrale del dibattito sui determinanti di salute/malattia che coinvolge la popolazione ed i decisori politici. Le politiche a loro volta sono influenzate, oltre che dalle conoscenze tecnico-scientifiche, anche dalle opinioni della popolazione. Le vicende legate agli inceneritori, per le loro caratteristiche di conflittualità, rappresentano un esempio degli aspetti che caratterizzano la comunicazione del rischio ambiente-correlato. Obiettivo del lavoro è comprendere quali e quante informazioni siano state riportate dalle testate giornalistiche alla popolazione di Parma relative al nuovo termovalorizzatore. L'indagine vuole valutare un eventuale gap informativo da colmare con appropriati interventi di comunicazione istituzionale.

**METODI**

Sono stati selezionati articoli da testate giornalistiche online contemporaneamente anche in stampa. Sono stati estratti 2.390 articoli (parole chiave: inceneritore, termovalorizzatore, Parma), da questi ne sono stati selezionati 96 in base alla pertinenza del tema, poi caratterizzati in doppio cieco, previa lettura integrale, come informativo, scientifico, politico, socio-politico, economico. La caratterizzazione è stata quindi vagliata in triplo cieco da una figura super-partes.

**RISULTATI**

Degli articoli analizzati, ne sono stati classificati 3 economici, 34 politici, 29 socio-politici, 28 informativi e solo 2 scientifici.

**CONCLUSIONI**

Si osserva la carenza dell'informazione scientifica, evidenziando un vuoto conoscitivo da colmare. Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Parma risponde a questa necessità attraverso il Progetto di Sorveglianza degli effetti sanitari diretti e indiretti dell'impianto di trattamento rifiuti. La comunicazione dei RISULTATI è riportata sul relativo sito Aziendale sia tramite reportistica tecnico-scientifica, che attraverso sezioni di tipo divulgativo ([www.ausl.pr.it/azienda/sorveglianza\\_inceneritore\\_parmasorveglianza\\_inceneritore\\_par/default.aspx](http://www.ausl.pr.it/azienda/sorveglianza_inceneritore_parmasorveglianza_inceneritore_par/default.aspx)).

*inceneritore, comunicazione, sorveglianza*

**ID 335**

**II VIAGGIO DEL BENZO(A)PIRENE**

A. Saggese Tozzi; M. G. Panico; F. Artuso; I. M. Guida; C. Ronga

*Dipartimento di Prevenzione ASL Salerno*

**INTRODUZIONE**

Benzo(a)Pirene lasciò la famiglia Petroleum e finì negli pneumatici di una spider, poi sull'asfalto e da qui volò nell'aria. Suo fratello invece.....

Tracciare il percorso di una sostanza chimica è spesso complesso per gli svariati usi della stessa tal quale o come costituente di miscele o articoli. Tra le novità introdotte dal REACH (Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals) c'è la valutazione della sicurezza chimica: se la sostanza è pericolosa ed è maggiore 10t/anno si valuta l'esposizione elaborando gli scenari di esposizione (ES) e si al fine di quantificare il rischio. Ad ogni ES è allegata la scheda di sicurezza estesa (eSDS) della sostanza che contempla l'uso specifico della stessa.

**OBIETTIVI**

Informare gli utilizzatori ed i consumatori sui pericoli e rischi dei prodotti chimici.

**MATERIALI E METODI:** Costituzione Reti di vigilanza e Gruppi Tecnici Regionali di Vigilanza REACH. Confronto con Associazioni professionali, datoriali e operatori dei Dipartimenti di Prevenzione.

**RISULTATI**

Dal 2011 al 2015 in Regione Campania si sono tenute 10 sedute di implementazione gestionale dei chemicals.

**CONCLUSIONI**

Ogni sostanza chimica ha un suo "curriculum vitae" che comprende tutti gli usi possibili fino allo smaltimento finale e per ciascuna fase le condizioni operative vanno correlate alle misure di gestione del rischio da prevenire o per controllare o ridurre l'esposizione dei lavoratori e dei consumatori nonché l'impatto ambientale.

L'informazione degli utilizzatori e dei consumatori orienta verso una scelta consapevole e il sistema REACH sicuramente rafforza la competitività delle imprese spingendole alla ricerca di soluzioni innovative.

A proposito.... il fratello di BaP è stato bloccato alla frontiera da Rapex in un cinturino di orologio: superava il limite di peso.

*ECHA, REACH, eSDS HIA*



**ID 367**

**COLONIZZAZIONE COMPETITIVA DI LEGIONELLA E PSEUDOMONAS AERUGINOSA IN IMPIANTI IDRICI DI STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI E MINORI**

G.L. D'Alò 1; C. Mozzetti 2; A. Messina 2; D. Varrenti 3; R. Giammattei 3; F. Di Giorgio 3; S. Corradi 3; P. De Filippis 2.

1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"; Roma

2 Sezione di Igiene, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; Roma

3 Servizio di Igiene e Salu

**INTRODUZIONE**

Legionella (L) e P. aeruginosa (P) rappresentano un problema di Sanità Pubblica in quanto ubiquitari e causa di importanti patologie umane comunitarie e nosocomiali. Alcuni studi suggeriscono una relazione tra i due batteri nella colonizzazione degli impianti idrici.

Tale ricerca vuole approfondire l'argomento, attraverso la valutazione di L e P in reti idriche di strutture assistenziali distribuite nel territorio laziale, per poter utilizzare P (di facile e rapida determinazione) come eventuale indicatore di presenza o assenza di L.

**METODI**

Da settembre 2015 a novembre 2016 sono stati controllati 128 punti prelevando campioni di acqua e tamponi. Sono state applicate le METODICHE previste dalla normativa vigente sia per P che per L apportando per quest'ultima alcune modifiche per migliorarne il recupero. La misura dell'associazione tra presenza di P ed assenza di L è stata effettuata mediante l'Odds Ratio (OR).

**RISULTATI**

Su tutti i campioni analizzati L è stata trovata in 28 (22%) di essi, mentre P in 54 (42%). Solo 8 (6%) erano contaminati da ambedue i batteri, 20 (16%) solo da L, 46 (36%) solo da P, mentre 54 (42%) sono RISULTATI negativi (figura 1).

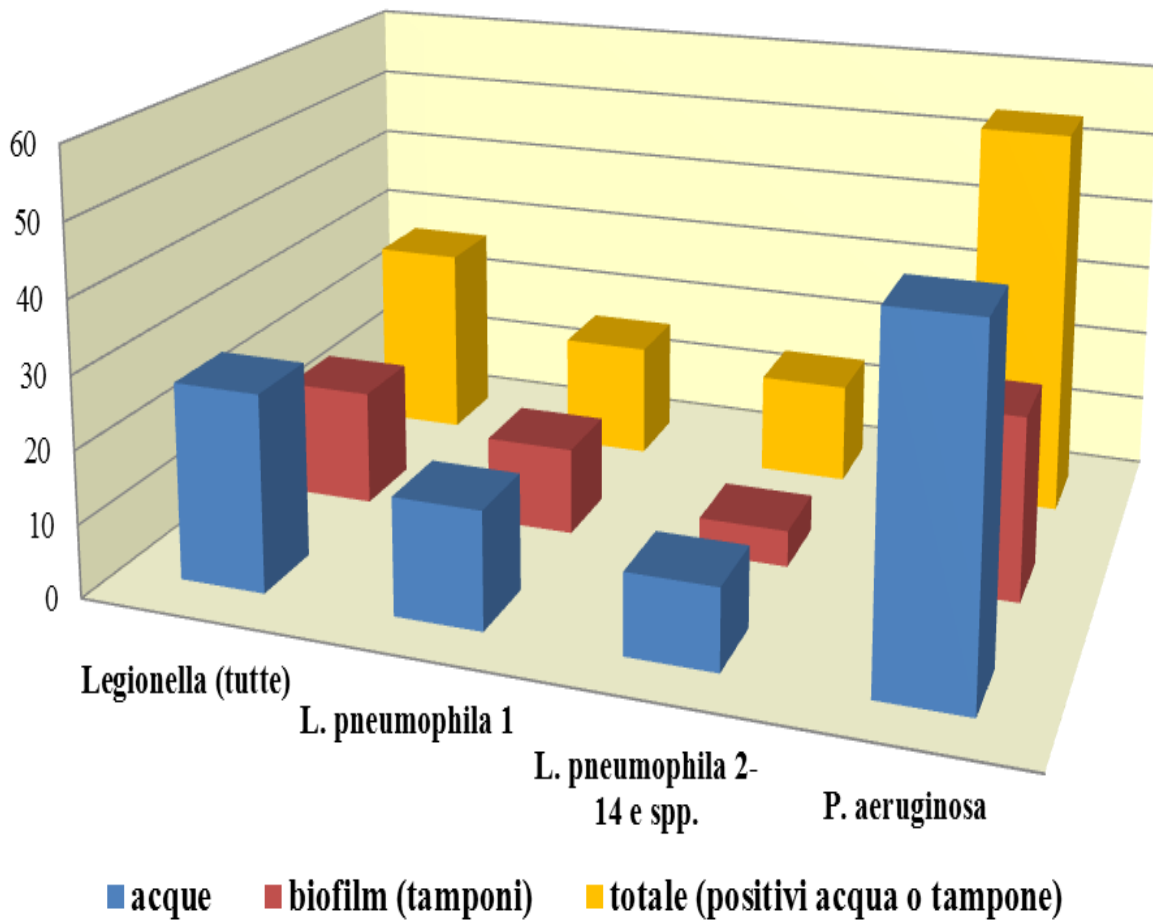
**CONCLUSIONI**

I RISULTATI ottenuti dimostrano la presenza di L. in più di un quarto delle strutture assistenziali controllate e la presenza di P in circa la metà di queste. Il valore dell'OR ottenuto suggerisce una possibile correlazione tra presenza di P e assenza di L ovvero un campione positivo per P potrebbe essere con maggiore probabilità negativo a L (tabella 1).

Tuttavia, saranno necessari ulteriori campionamenti e l'analisi dei dati definitivi con test statistico escludendo dal conteggio tutti quei campioni non appropriati (es. acqua fredda per L e campioni dove non è stato effettuato il tampone) che potrebbero ridurre la possibilità di rilevare i batteri e alterare qualsiasi correlazione significativa.

*Legionella, Pseudomonas aeruginosa, impianti idrici, acque*

**Figura 1: Riscontro per tipologia di campione e complessivo di Legionella e P. aeruginosa (numeri assoluti)**



**ID 379**

**UNO STUDIO SPERIMENTALE SUL TRASFERIMENTO DEI CONTAMINANTI DAL SUOLO AI VEGETALI NEL SITO DI INTERESSE NAZIONALE "BRESCIA CAFFARO": APPLICARE BUONE PRATICHE AGRICOLE PER GARANTIRE LA SICUREZZA ALIMENTARE**

C. Scarcella 1; A. Gregori 1; L. Leonardi 1; G. Orizio 1; S. Abrami 1; S.Z. Garattini 1; P. Nastasio 2; S. Anelli 2; F. Speziani 1

1 Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia, Brescia

2 Ente Regionale per i Servizi all'Agricoltura e alle Foreste (ERSAF), Sede di Brescia

**INTRODUZIONE**

L'amministrazione e i residenti del comune di Brescia devono affrontare la sfida di vivere e lavorare in un'area inquinata, data la presenza del Sito di Interesse Nazionale (SIN) Brescia-Caffaro, area ad elevata contaminazione ambientale di composti organici persistenti (POP: policlorobifenili, diossine, furani) e metalli pesanti (Hg, Pb, As, Cd). Per interrompere la catena alimentare il Comune ha emanato ordinanze che limitano attività agricole di coltivazione e allevamento nell'area, salvo specifiche deroghe. Tali limitazioni hanno portato a declino ambientale e riduzione d'uso delle aree agricole in un'ampia superficie della città. Per indagare la possibilità di un ritorno ad utilizzare tali aree, assicurando sostenibilità economica e garantendo la sicurezza dei prodotti, ATS Brescia ha avviato nel 2016, in collaborazione con ERSAF, uno studio per valutare il trasferimento di alcuni inquinanti dal suolo ai prodotti agricoli in aree del SIN ad elevata contaminazione.

**METODI**

Sono stati seminati: triticale, orzo, frumento (raccolti in giugno 2016), mais, soia, girasole e canapa (in corso di raccolta). La raccolta ha rispettato rigorosi protocolli, volti ad evitare l'imbrattamento da terra del prodotto, principale veicolo di contaminazione da parte delle sostanze in studio.

**RISULTATI**

Per le colture già campionate (triticale, orzo, frumento) i **RISULTATI** delle analisi svolte da laboratori pubblici accreditati, confrontati con i limiti imposti dal Reg. (CE) 277/2012 e dalla Dir. 32/2002/CE, hanno mostrato livelli di contaminanti (POP e metalli pesanti) al di sotto sia dei tenori massimi consentiti sia dei livelli di azione raccomandati.

**CONCLUSIONI**

I dati preliminari del progetto sembrano confermare i **RISULTATI** favorevoli avuti negli anni nel mais granella prodotto in deroga per uso zootecnico, e paiono suggestivi rispetto al fatto che utilizzando specifiche tecniche agronomiche sia possibile coltivare prodotti non contaminati, anche in aree inquinate.

*Medicina Ambientale, Sito di Interesse Nazionale, Sicurezza Alimentare, Agricoltura*

**ID 391**

**FARMACI E DROGHE D'ABUSO NELLE ACQUE DELLA PROVINCIA DI MODENA: INDAGINI PRELIMINARI**

M. Pedrazzi 1; G. Aggazzotti 1; E. Righi 1; G. Predieri 1; S. Castiglioni 2; E. Zuccato 2; G. Fantuzzi 1

1 Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

2 Istituto Mario Negri, Milano

**INTRODUZIONE**

I farmaci e i loro metaboliti e le droghe d'abuso sono contaminanti ubiquitari degli ambienti acquatici, la cui fonte principale è rappresentata dall'uomo. Queste sostanze possono avere effetti avversi sull'ambiente e sull'uomo. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare la loro presenza nelle acque superficiali, potabili e di piscina della Provincia di Modena.

**MATERIALI E METODI**

Sono stati indagati 31 farmaci di differenti classi farmacologiche e le principali droghe d'abuso. Sono state campionate le acque del fiume Panaro a monte, subito dopo l'immissione di acque provenienti dall'impianto di depurazione dei reflui civili e, più lontano, a valle. Sono stati raccolti tre campioni di acque potabili di Comuni limitrofi e anche un campione di acqua di piscina, in virtù del notevole rilascio di fluidi corporei che si realizza in questo ambiente. I residui farmacologici e delle droghe d'abuso sono stati misurati attraverso HPLC-MS, dopo estrazione in fase solida.

**RISULTATI**

Nelle acque superficiali del fiume Panaro abbiamo osservato la presenza di 21 farmaci sui 31 esaminati e di derivati della cocaina, subito dopo l'immissione delle acque provenienti dall'impianto di depurazione, mentre a monte dell'impianto sono stati rinvenuti solo 9 farmaci, a concentrazioni decisamente ridotte. In 2 campioni di acqua potabile è stata ritrovata carbamazepina mentre nelle acque di piscina sono stati rintracciati anche alcuni FANS come ibuprofene e ketoprofene. Le droghe d'abuso sono state rinvenute in tracce sia nelle acque potabili che in quelle di piscine.

**CONCLUSIONI**

Questo studio documenta la presenza di farmaci e droghe d'abuso nelle acque della Provincia di Modena, a concentrazioni sovrapponibili a quanto rilevato da studi analoghi condotti in Italia. Ulteriori studi devono essere effettuati per valutare il rischio di una esposizione cronica a basse dosi sulla salute delle popolazioni, in particolare di quelle più sensibili.

*Farmaci, droghe d'abuso, acque superficiali, potabili e di piscina*

**ID 419**

**BIOMONITORAGGIO DI METALLI NELLA MATRICE UNGHIE IN UN CAMPIONE DI RESIDENTI NELL'AREA CIRCOSTANTE L'IMPIANTO DI INCENERIMENTO URBANO DI MODENA**

E. Righi 1; M.G. Gatti 2; P. Bechtold 2; G. Barbieri 2; L. Iacuzio 3; L. Borsari 1; A. Casari 4; A. Ferrari 1; G. Quattrini 2; E. Botosso 3; E. Carluccio 3; B. Gherardi 4; F. Soncini 3; A. Schiavi 2; A. Ranzi 4; P. Lauriola 4; G. Aggazzotti 1; C. A. Goldoni

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

2 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena

**INTRODUZIONE**

All'interno del percorso di Autorizzazione Integrata Ambientale per l'ampliamento dell'inceneritore urbano, è stato effettuato il biomonitoraggio di campioni di unghie dei piedi raccolte da soggetti residenti nell'area circostante l'impianto con l'obiettivo di indagare potenziali markers di esposizione cronica a metalli.

**METODI**

Tra novembre 2013 e maggio 2014 sono stati arruolati circa 500 soggetti. Il campionamento ha previsto la stratificazione per livello espositivo (distanza dall'inceneritore), età e sesso. L'esposizione ad inceneritore è stata misurata utilizzando le mappe di ricaduta di PM10 relative al 2° semestre 2013 e al 1° semestre 2014. Sono stati ricercati 4 metalli: Cadmio (Cd), Cromo (Cr), Manganese (Mn), Nichel (Ni). Per il controllo dei confondenti per i soggetti arruolati sono state raccolte informazioni anagrafiche, antropometriche, sanitarie, di stile di vita, su storia residenziale e lavorativa, sul consumo di farmaci.

**RISULTATI**

Cd è risultato non dosabile in oltre il 50% dei campioni, i restanti metalli sono sempre dosabili e hanno evidenziato i seguenti indici di tendenza centrale e dispersione (Media, Mediana, ES; µg/g): Cr 1.34, 0.51, 2.80; Mn 0.39, 0.25, 0.54; Ni 1.07, 0.28, 3.06. Analisi multivariate hanno evidenziato per Cr, Mn e Ni relazioni significative con diverse variabili personali e demografiche dei soggetti. Per Cr e Mn, ma non Ni, inoltre, sono state osservate associazioni significative con i quartili più alti di esposizione ad inceneritore.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI ottenuti, in linea con osservazioni di letteratura, evidenziano come per Ni, Mn e Cr, la matrice unghie possa considerarsi affidabile nella valutazione dell'esposizione di lunga durata. Il Cd, invece, risulta di scarso accumulo nelle unghie. Le relazioni osservate con l'esposizione all'inceneritore (livelli di PM10) appaiono di sicuro interesse e dovranno essere opportunamente valutate.

*biomonitoraggio, metalli, unghie, inceneritore*

**ID 446**

**CLUSTER EPIDEMICO (N.247 CASI) DI GASTROENTERITE DA CONTAMINAZIONE DELLA RETE IDRICA POTABILE NEL COMUNE DI CASAMASSIMA**

D. Lagreca 2; R. Squicciarini 2; V. Vitale 2; L. Civita 1; D. Lagravinese 2; G. Procino 2  
1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari  
2 Dipartimento di Prevenzione ASL BARI, Bari

**INTRODUZIONE**

Nel Comune di Casamassima, si è verificato un cluster epidemico di n. 247 casi di gastroenteriti di cui:

- 14 trattati in regime di ricovero
- 7 trattati in P.S.
- 226 trattati da PP.LL.SS. e MM.MM.GG.

Obiettivo dello studio:

Riconoscere la causa e la modalità di diffusione dell'evento allo scopo di interrompere la catena di trasmissione.

Materiali e METODI

Indagine retrospettiva sui casi della stessa malattia osservati nella stessa area geografica e nello stesso arco di tempo per conferma dell'esistenza dell'epidemia. Indagini epidemiologiche per definizione di "caso formale" con criterio di identificazione oggettiva dei malati, attraverso esami di laboratorio, registri ospedalieri di ricovero e di visite dei MMG e PLS. Utilizzo sistema basato su GIS (Geographic information system) e distribuzione temporale casi.

**RISULTATI**

I casi di gastroenterite notificati sono stati n. 247 interessando soprattutto le fasce d'età comprese tra 1-18 anni (58,8%) e tra 19-45 anni (25,3%) (Grafico 1). I sintomi principali sono stati: Diarrea (85,3%), Vomito (72,1%), Addominalgia (65,7%), Febbre (60,8%) e Cefalea (26,5%). (Grafico 2). I casi hanno interessato in modo omogeneo tutto il territorio del Comune di Casamassima.

**CONCLUSIONI**

I casi sopra descritti sono stati determinati dalla non conformità alla norma dell'acqua potabile di distribuzione nel Comune di Casamassima. Sono state poste in essere le seguenti iniziative: Ordinanza del Sindaco di divieto ad uso potabile dell'acqua distribuita in rete su indicazione del SIAN e sospensione dell'erogazione idrica nelle zone interessate per interventi del caso. Monitoraggio giornaliero degli indicatori microbiologici; Individuazione di un Laboratorio Analisi di riferimento. Istituzione da parte del Dipartimento di Prevenzione di un punto di comunicazione per i cittadini del Comune di Casamassima.

*intossicazione, contaminazione acqua, acquedotto*

# Cluster epidemico (N.247 casi) di gastroenterite da contaminazione della rete idrica potabile nel Comune di Casamassima

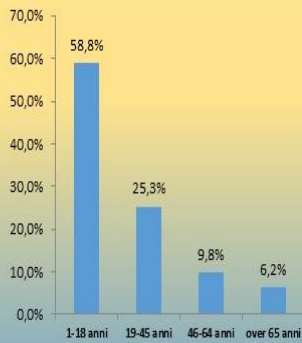


Grafico 1. Casi notificati di gastroenterite per fascia di età



Grafico 2. Sintomi rilevati dalle inchieste epidemiologiche [%]

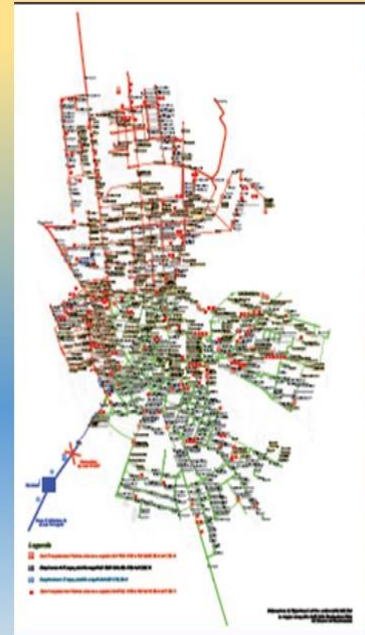


Grafico 3. Georeferenziazione dei casi di gastroenterite

**ID 464**

**MISURE CAUTELATIVE IN OCCASIONE DI POSSIBILI CRITICITÀ DELLO STATO DI QUALITÀ DELL'ARIA A TARANTO**

R. Coccioli 1; T. Battista 1; A. Giorgino 1; R. Cipriani 1; S. Insogna 1; C. Russo 1; F. Desiante 2; M. Golino 1; C. Scarnera 1; M. Conversano 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

**INTRODUZIONE**

I dati di monitoraggio di qualità dell'aria registrati dall'ARPA Puglia hanno evidenziato un aumento della concentrazione di PM10 nei soli quartieri vicini all'area industriale, nelle giornate in cui il vento su Taranto spira dai quadranti Nord e Ovest a una velocità  $\geq 7$  m/s ("Wind Days"). L'obiettivo di questo lavoro è l'elaborazione di un programma articolato per ridurre l'esposizione individuale della popolazione agli inquinanti atmosferici.

**METODI**

Il tavolo tecnico composto da Dipartimento di Prevenzione, Comune di Taranto e ARPA Puglia ha ottimizzato un sistema modellistico previsionale di qualità dell'aria, analizzando le serie storiche delle concentrazioni di PM10 nel periodo compreso fra gennaio 2009 e ottobre 2015, georeferenziate e integrate ai rilievi meteorologici. Inoltre, sono state stilate delle misure cautelative da applicare in occasione delle criticità previste, sulla base di una revisione sistematica della letteratura in merito agli effetti sanitari dell'esposizione a livelli crescenti di particolato.

**RISULTATI**

In considerazione di un possibile aumento del PM10 oltre la soglia dei 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  nei Wind Days e sulla scorta della disponibilità di dati previsionali a 48 ore, il programma prevede tre linee di intervento: la riduzione forzata della produzione industriale, l'interdizione del traffico veicolare ad elevato impatto ambientale, la diffusione di raccomandazioni pratiche per la popolazione utili a minimizzare l'esposizione a polveri sottili.

**CONCLUSIONI**

La popolazione che risiede nei quartieri limitrofi alla zona industriale di Taranto, a fronte della prolungata esposizione del passato, rappresenta un gruppo ad alto rischio per lo sviluppo di patologie correlate all'inalazione di polveri sottili: è necessario applicare il principio di "massima precauzione" attraverso strategie integrate di tutela della salute, che presuppongono il coordinamento di tutti gli enti coinvolti nel Piano Salute e Ambiente.

*Salute ambiente, qualità aria,*



**ID 465**

**ESPOSIZIONE CRONICA ALL'ARSENICO E DIABETE TIPO 2: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO**

F. Lucaroni; A. Messina; S. Mancinelli; L. Morciano; A. Magrini; A. Pietroiusti; P. De Filippis; L. Palombi

*Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università Roma Tor Vergata. Roma*

**INTRODUZIONE**

Secondo la classifica stilata dall' ATSDR americana l'Arsenico è al primo posto tra i rischi ambientali a livello globale<sup>1</sup>.

Nel mondo 226 milioni di persone risultano potenzialmente esposte a concentrazioni del metalloide superiori ai limiti di legge<sup>2</sup>.

Esposizioni croniche a concentrazioni di Arsenico superiori a 150µg/L risultano associate a numerose patologie –tumoriali e non<sup>3</sup>- in virtù della capacità del metalloide di indurre infiammazione cronica e stress ossidativo<sup>4</sup>. Al momento, però, non esistono RISULTATI definitivi relativi agli effetti per esposizioni a dosi medio-basse.

**METODI**

Nel 2016 è stato condotto uno studio caso-controllo su una popolazione di quaranta (N=40) residenti nella Regione Lazio, con un rapporto 1:1 tra casi e controlli. I casi sono stati selezionati tra i soggetti con diagnosi di Diabete Mellito tipo 2 e i controlli tra gli individui non diabetici.

L'esposizione è stata valutata tramite compilazione di un questionario sul consumo di acqua e di alimenti.

I livelli totali di Arsenico in urine ed unghie sono stati utilizzati come biomarker di esposizione, rispettivamente recente e pregressa, e analizzati tramite spettrometria di assorbimento atomico.

**RISULTATI**

Dal confronto tra i due gruppi emergono differenze nei livelli di Arsenico nelle unghie. I livelli medi del metalloide tra i casi risultano essere circa il doppio rispetto ai controlli: 2.498879 µg/g (±2.6DS) contro 1.235µg/g (±0.91DS), con un p value<0.05, calcolato tramite test di Mann-Whitney per campioni indipendenti.

**CONCLUSIONI**

Esposizioni croniche a livelli medio-bassi di Arsenico, come quelli che si registrano nella Regione Lazio, sembrano essere associati ad un aumento dei biomarker di esposizione pregressa -As tot nelle unghie- nei soggetti con Diabete Mellito tipo 2 rispetto ai soggetti non diabetici. Tale riscontro avvalorava l'ipotesi che l'Arsenico, anche a basse concentrazioni, possa rappresentare un fattore di rischio per il Diabete Mellito tipo 2.

*Arsenico, diabete, metalli, ambiente*

**ID 468**

**I TUMORI DELL'ETA' PEDIATRICA NELL'AREA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE DI TARANTO**

S. Minerba 1; S. Leogrande 1; N. Bartolomeo 2; A. Mincuzzi 1; S. Triggiani 2; G. Serio 2; P. Trerotoli 2

1 S.C. Statistica Epidemiologia, ASL Taranto

2 Dip. Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, Università degli Studi "A. Moro", Bari

**INTRODUZIONE**

Le analisi epidemiologiche nell'area ambientale di Taranto (SENTIERI, IESIT, Indagine della magistratura) mostrano un aumento di rischio di ospedalizzazione, mortalità ed incidenza di molte neoplasie. Tra queste riscuotono un particolare interesse quelle che colpiscono l'età pediatrica. Il presente studio ha come obiettivo quello di fornire un quadro descrittivo del rischio di ospedalizzazione e mortalità delle neoplasie dell'età pediatrica nella regione Puglia ed in particolare nel comune di Taranto.

**METODI**

L'analisi è stata condotta sui ricoveri avvenuti entro e fuori regione Puglia, utilizzando le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), dei residenti nella Regione Puglia nel periodo 2001-2013. Il caso di tumore in età pediatrica (0-14 anni) è definito come il primo ricovero in diagnosi principale con codici ICD9 140-208. Per la mortalità è stato utilizzato il Registro delle Cause di Morte relativo al periodo 2001-2010. Sono stati stimati i rischi relativi (RR) di ospedalizzazione e di mortalità mediante un modello bayesiano gerarchico tenendo conto dell'indice di deprivazione. I casi attesi sono stati determinati applicando i tassi di riferimento regionali (specifici per anno, sesso e classe d'età) alla popolazione dell'Anagrafe Comunale di Taranto .

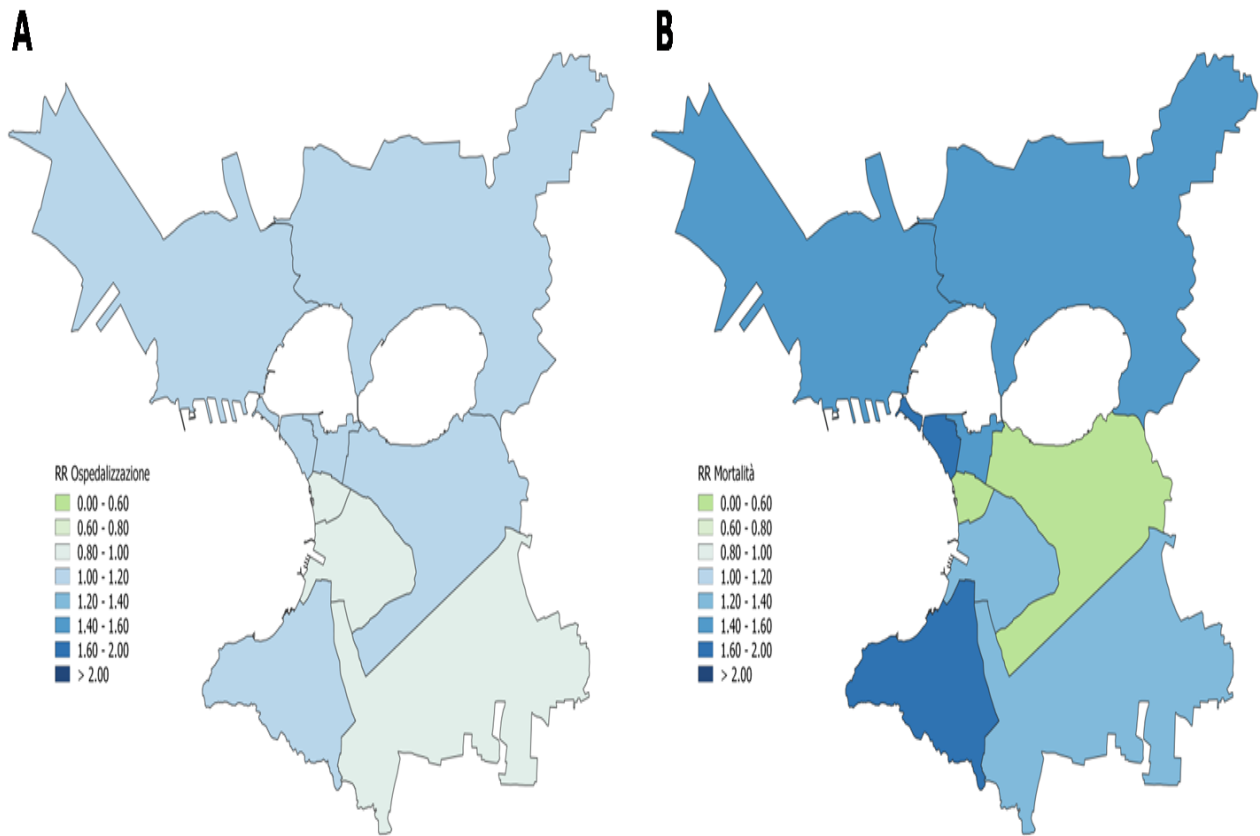
**RISULTATI**

La distribuzione dei tumori dell'età pediatrica appare più elevata in alcune aree regionali, tra cui anche quella del comune di Taranto e di alcune zone limitrofe. L'analisi per quartiere (Figura 1) mette in luce una maggior densità di rischio sia di ricovero che di mortalità nei quartieri a ridosso della fonte inquinante, anche se nessuno dei valori di RR risulta statisticamente significativo.

**CONCLUSIONI**

L'analisi descrittiva effettuata con i dati di ospedalizzazione e mortalità conferma una maggiore diffusione di tumori dell'età pediatrica in alcune aree. La mancanza di significatività statistica non consente di concludere su un evidente maggior rischio dell'area Tarantina.

*Tumori infantili, Taranto, inquinamento ambientale*



**Figura 1. Rischi relativi di ospedalizzazione (A) e di mortalità (B) nei quartieri del comune di Taranto.**

**ID 469**

**DISTRIBUZIONE DELL'ENDOMETRIOSI IN UNA AREA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE**

A. Mincuzzi 1; N. Bartolomeo 2; S. Leogrande 1; S. Triggiani 2; G. Serio 2; P. Trerotoli 2; S. Minerba 1

1 S.C. Statistica Epidemiologia, ASL Taranto

2 Dip. Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, Università degli Studi "A. Moro", Bari

**INTRODUZIONE**

L'endometriosi è una patologia ginecologica, inserita nel nuovo decreto LEA tra le patologie esenti, molto diffusa nella popolazione femminile. Le ricerche su modelli animali consentono di ipotizzare una relazione tra endometriosi e inquinanti ambientali come TCDD, PCB, ma i RISULTATI degli studi epidemiologici appaiono controversi. L'obiettivo di questo studio è di effettuare una analisi descrittiva dell'endometriosi in una area ad alto rischio ambientale, rispetto al contesto regionale.

**METODI**

L'analisi è stata condotta sui ricoveri avvenuti entro e fuori regione, utilizzando le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), dei residenti nella Regione Puglia nel periodo 2001-2013. Il caso di endometriosi è definito come il primo ricovero in diagnosi principale con codice ICD9CM 617. E' stato stimato il rischio relativo di ospedalizzazione (RRO) mediante un modello bayesiano gerarchico tenendo conto dell'indice di deprivazione. I casi attesi sono stati determinati applicando i tassi di riferimento regionali (specifici per anno, sesso e classe d'età) alla popolazione dell'Anagrafe Comunale per la mappa per quartiere del comune di Taranto e ai dati ISTAT per la mappa regionale.

**RISULTATI**

L'endometriosi nella Regione Puglia appare maggiormente diffusa nelle aree a maggior industrializzazione e nelle città più grandi, spesso a ridosso di aree ad alto livello di inquinamento ambientale. Il comune di Taranto presenta un rischio più elevato rispetto alla media regionale. L'analisi per quartiere del comune di Taranto non mostra particolari pattern rispetto alla posizione delle possibili fonti di inquinamento.

**CONCLUSIONI**

L'analisi descrittiva ottenuta con il RRO evidenzia un aumento di rischio significativo di endometriosi in presenza di aree industrializzate. L'inquinamento ambientale, pertanto, a differenza di quanto indicato in altri studi epidemiologici, non può essere escluso come causa di aumento del rischio di endometriosi.

*Endometriosi, Taranto, Inquinamento ambientale*

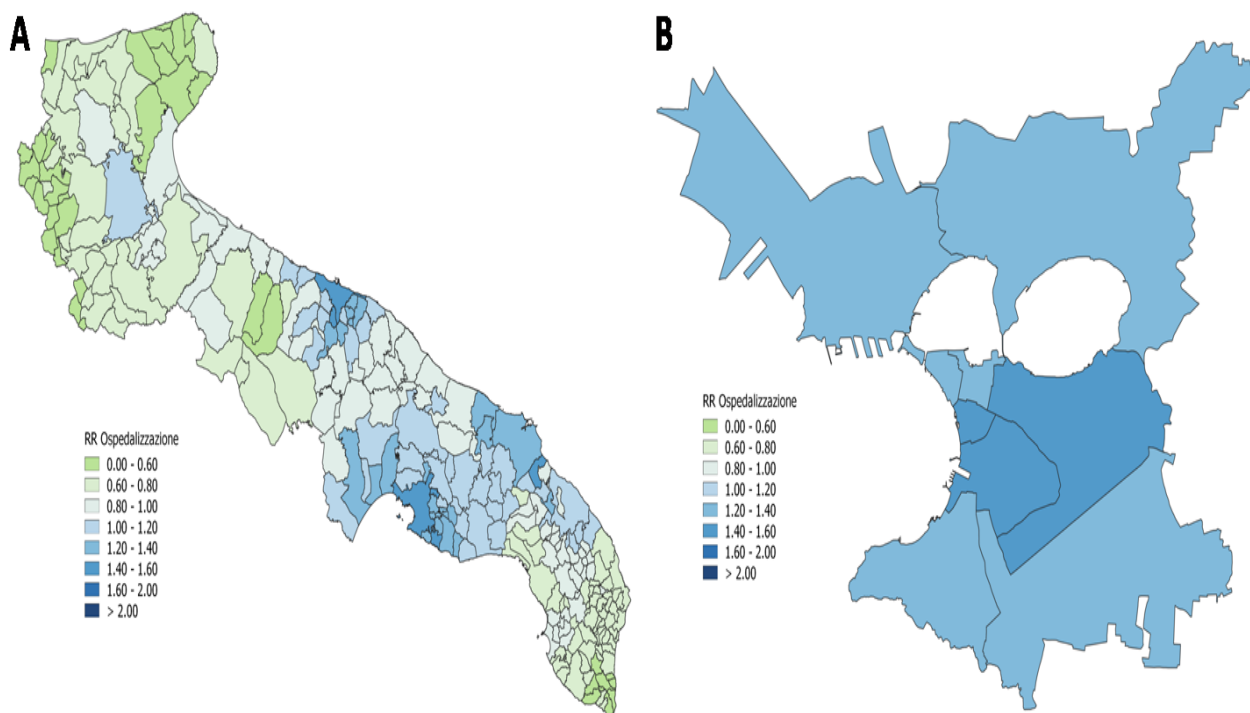


Figura 1. Rischi relativi di ospedalizzazione nei comuni della regione Puglia (A) e nei quartieri del comune di Taranto (B).

**ID 475**

**PIANO DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA IN UN'AREA AD ELEVATO RISCHIO DI CRISI AMBIENTALE**

F. Filippetti 1; M. Mariottini 2; M. Baldini 2; M. Morbidoni 3

1 Osservatorio Epidemiologico Regionale, ARS Marche

2 Osservatorio Epidemiologico Ambientale, ARPA Marche

3 Osservatorio Epidemiologico Aziendale, ASUR Marche, AV2, Ancona

I territori di Ancona, Falconara Marittima e Bassa Valle Esino sono stati dichiarati AERCA, area ad elevato rischio di crisi ambientale (DACR n.305/2000). Il comune di Falconara, per aspetti peculiari geo-morfologici e criticità ambientali legate alla presenza di insediamenti (raffineria), è stato riconosciuto tra i siti contaminati di interesse nazionale. Per valutare la presenza di rischi per la salute sulla popolazione nell'area sono state effettuate in passato indagini epidemiologiche descrittive ed uno studio caso-controllo ha evidenziato un eccesso di rischio di morte per tumori del sistema emolinfopoietico nei residenti nelle zone limitrofe alla raffineria API di Falconara. Su richiesta dei comuni dell'area è stato predisposto un piano di sorveglianza per monitorare l'andamento spaziale e temporale dello stato di salute delle popolazioni residenti anche in riferimento ai fattori di contaminazione ambientale. Il sistema, proposto dagli Enti di afferenza degli Autori, prevede diverse fasi: l'individuazione delle fonti di pressione ambientale; la revisione della letteratura scientifica; la raccolta dei dati demografici, ambientali di esposizione e dei dati sanitari disponibili (SDO, CEDAP, mortalità, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, EMUR, screening neonatali, dati del Registro Tumori Regionale); la valutazione epidemiologica degli effetti sulla salute potenzialmente associabili alle attività antropiche; il coinvolgimento dei PLS e dei MMG per la segnalazione eventi sentinella. Il progetto inoltre prevede la possibilità di georeferenziare i dati ed uno studio di fattibilità di monitoraggio degli effetti sulla salute delle attività lavorative. Il Sistema di Sorveglianza può rappresentare un sistema coordinato e dinamico per controllare gli effetti avversi sulla salute legati all'interazione tra la popolazione e l'ambiente in cui essa vive. Un protocollo di studio (QRcode) è stato proposto ai Comuni interessati ed il progetto è in fase di approvazione.

**ID 485**

**VALUTAZIONE DELLA GENOTOSSICITA'/MUTAGENICITA' INDOTTI DAL PM0.5 DI 5 CITTÀ ITALIANE IN DUE STAGIONI: RISULTATI DELLO STUDIO MAPEC**

S. Bonetta 1; S. Bonetta 1; E. Ceretti 2; G.C.V. Viola 2; I. Zerbini 2; M. Gea 1; S. Levorato 3; T. Salvatori 3; S. Vannini 3; T. Schilirò 1; M. Verani 4; C. Pignata 1; A. De Donno 5; G. Gilli 1; S. Bonizzoni 6; A. Bonetti 7; E. Carraro 1; U. Gelatti 2; M

1 Department of Public Health and Pediatrics, University of Torino, Torino;

2 Department of Medical and Surgical Specialties, Radiological Sciences and Public Health, University of Brescia, Brescia;

3 Department of Pharmaceutical Sciences, University of P

**INTRODUZIONE**

Il PM è l'inquinante atmosferico che maggiormente influenza la salute umana. La IARC ha classificato l'inquinamento dell'aria e il PM fine come cancerogeni per l'uomo (Gruppo 1). L'obiettivo principale del progetto MAPEC è valutare l'associazione tra inquinamento dell'aria ed effetti biologici precoci in cellule della mucosa orale di 1000 bambini della scuola primaria in 5 città italiane (Brescia, Lecce, Perugia, Pisa e Torino).

**METODI**

Per valutare l'esposizione dei bambini, nei pressi delle scuole sono stati raccolti campioni di PM0.5 (n=36) in due differenti stagioni. Gli estratti organici sono stati testati per valutare l'effetto genotossico (Saggio Comet e test del micronucleo su A549) e mutageno (test di Ames su TA98-TA100-TA98NR-YG1021). Sugli estratti organici è stata effettuata l'analisi degli IPA e dei Nitro-IPA.

**RISULTATI**

I risultati hanno evidenziato che il PM0.5 rappresenta una percentuale molto variabile del PM10. In inverno la concentrazione di PM10 è risultata generalmente inferiore ai 50µg/m<sup>3</sup> con valori più alti nelle città del Nord. Livelli più bassi sono stati osservati in primavera. Tutti gli estratti di PM0.5 hanno mostrato almeno una dose mutagena con il ceppo TA98 in inverno. I risultati ottenuti con i ceppi TA98NR e YG1021 hanno mostrato la presenza di composti nitroaromatici come confermato anche dall'analisi chimica. Un minor effetto e una minore contaminazione chimica sono stati osservati in primavera. Non è stato invece rilevato alcun effetto genotossico degli estratti in entrambe le stagioni eccetto alcuni campioni sporadici. Il basso effetto biologico osservato in inverno potrebbe essere legato ai bassi livelli di inquinamento monitorati legati ad una elevata instabilità atmosferica.

**CONCLUSIONI**

L'alta variabilità del PM0.5 osservata in questo studio dovrebbe essere ulteriormente indagata. Inoltre i RISULTATI ottenuti suggeriscono di indagare l'effetto biologico anche di altre frazioni del PM (es. PM0.5-1).

*particolato atmosferico, A549, genotossicità, mutagenicità*

**ID 501**

**EFFETTI PRO-INFIAMMATORI DA ESPOSIZIONE A XENOBIOTICI PRO-OSSIDANTI: RUOLO DEI NANOTUBI DI CARBONIO MULTI-PARETE (MWCNTS)**

A. Di Pietro 1; M. Currò 1; D. Iannazzo 2; A. Pistone 2, A. Facciola 1; G. Visalli 1

1 Dipartimento di Scienze biomediche, odontoiatriche e delle immagini morfologiche e funzionali. Università di Messina.

2 Dipartimento di Ingegneria. Università di Messina.

**INTRODUZIONE**

Un effetto conseguente allo squilibrio redox, con iperproduzione di specie reattive dell'ossigeno e dell'azoto (RNOS), è quello infiammatorio. Gli RNOS, infatti, attivano il fattore di trascrizione NF $\kappa$ B che traslocando al nucleo modula l'espressione dei geni di citochine e altri fattori pro-infiammatori. Poiché in vivo e in vitro comunemente si registra, dopo esposizione a xenobiotici particellati sia naturali (PM) che di sintesi (nanotubi di carbonio: CNT) danno ossidativo, scopo di questo studio è quello di valutare la risposta infiammatoria da esposizione a CNT multiparete (MWCNT).

**METODI**

Quale modello sperimentale si sono utilizzate 2 linee cellulari umane: le A549 di derivazione polmonare e le SH-SY-5Y da neuroblastoma. I monostrati cellulari erano esposti overnight a 12.5e 25  $\mu$ g/ml di MWCNT. Questi, prodotti e caratterizzati nei nostri laboratori, erano sia grezzi (pMWCNT) che funzionalizzati (fMWCNT). Ciò in quanto gli effetti biologici dei MWCNT sono imputabili alle loro caratteristiche morfologiche (rapporto lunghezza/diametro, presenza di lesioni superficiali, ecc), nettamente diverse tra le 2 tipologie. Dopo esposizione, veniva estratto l'RNA che, sottoposto a RT-PCR, consentiva di rilevare l'espressione di IL-6, IL-1 $\beta$ , IFN $\gamma$  e TNF- $\alpha$ .

**RISULTATI**

Entrambi i nanotubi saggiati aumentavano significativamente la produzione endocellulare di ROS nelle 2 linee mentre l'espressione di IL-6, IL-1 $\beta$  e TNF- $\alpha$  era diversa. Precisamente, mentre sulle A549 esercitavano un maggiore effetto proinfiammatorio i pMWCNT (aumento >3 volte TNF- $\alpha$  e >20 volte IFN $\gamma$ ; P8 volte IFN $\gamma$ ; P<0.01). Ancora, si osservava una significativa riduzione di IL-6 in entrambe le linee e anche di IL-1 $\beta$  nelle nervose.

**CONCLUSIONI**

Sulla base dei risultati riteniamo che l'effetto proinfiammatorio dei MWCNT svolge un significativo e diversificato ruolo sul danno d'organo da essi causato che va ulteriormente approfondito.

*pristine multi-walled carbon nanotubes (pMWCNT); acid-treated multiwalled carbon nanotubes (MWCNT-COOH); alveolar epithelial cell line; neuroblastoma cell line.*



**ID 517**

**INDICATORI DI STRESS E INQUINAMENTO INDUSTRIALE ANALISI DI UN CONTESTO A FORTE INSEDIAMENTO PRODUTTIVO**

R. Tominz 1; V. Patussi 1; P.G. Gabassi 2; M.L. Garzitto 2; R. Urbani 2; P. Sist 2; G.T. Perin 2; M. Bovenzi 1; D. Ribera 1; G.F. Caputi 3; D.C. Germano 1; D. Bais 1; G. Di Guida 1

1 Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, Trieste

2 Università degli Studi di Trieste, Trieste

3 Comune di Trieste

**INTRODUZIONE**

La valutazione del rischio per la salute di una popolazione sulla base delle misure di inquinanti nell'ambiente appare talvolta riduttiva, poiché non coglie l'effetto sulla salute nella sua più completa accezione. L'assimilare la persona allo specifico campionamento, infatti, non tiene conto del complesso dell'ambiente in cui questa vive e della percezione che ne ha, anche in funzione di mutati comportamenti o relazioni sociali. La presente indagine si pone l'obiettivo di valutare i livelli di qualità della vita, anche mediante la misura dello stress ossidativo cellulare.

**METODI**

Questionario somministrato a 200 abitanti del rione triestino di Servola, su cui insiste un importante insediamento industriale, e 200 abitanti del rione di Guardiella, privo di insediamenti industriali. Misure di stress ossidativo cellulare sulle urine (malonildialdeide urinaria e 8 idrossi deossiguanosina) in sottocampioni dei due gruppi.

**RISULTATI**

Gli strumenti adottati hanno dimostrato di rispondere alle esigenze che lo studio si è posto, i risultati preliminari dei questionari e delle misure di stress ossidativo cellulare stanno consentendo di rilevare la percezione dello stato di benessere dei cittadini, anche in funzione dell'impatto ambientale.

**CONCLUSIONI**

Il concetto di salute dell'OMS non può rapportarsi alla misura di specifici inquinanti, pur rappresentando ciò un essenziale strumento di valutazione del rischio. Un approccio che valuta complessivamente la "salute" dei cittadini basandosi sulla qualità percepita della vita e benessere residenziale, associati ad indicatori di stress ossidativo, può fornire un importante contributo.

*qualità della vita, stress ossidativo cellulare, insediamenti industriali*

**ID 522**

**VIBRIONACEAE POTENZIALMENTE PATOGENE NEI SEDIMENTI DEL MAR PICCOLO DI TARANTO**

RA. Cavallo 1; MT. Montagna 2; MI. Acquaviva 1; O. De Giglio 2; L. Stabili 1,3; M. Narracci 1  
1 Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto per l'Ambiente Marino Costiero – U.O.S. Taranto  
2 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro",  
Bari  
3 DiSTeBA, Università del Salento, Lecce

**INTRODUZIONE**

I batteri appartenenti alla famiglia Vibrionaceae sono normalmente presenti nell'ambiente marino. Solo poche specie sono associate a casi di gastroenteriti o infezioni extraintestinali (oculari e uditive, ferite infette), in particolare *Vibrio cholerae*, *V. mimicus*, *V. parahaemolyticus*, *V. hollisae*, *V. fluvialis*, *V. vulnificus*, *V. damsela*, *V. alginolyticus*. Lo studio della presenza di forme patogene di vibrioni nei sedimenti marini del Mar Piccolo ha avuto lo scopo di valutare la loro presenza in un comparto ambientale che viene considerato come serbatoio di microrganismi, che possono diffondere nell'ambiente circostante.

**METODI**

Sono stati eseguiti campionamenti di sedimento in 11 stazioni poste nel primo e secondo seno del Mar Piccolo di Taranto. I vibrioni sono stati ricercati con il metodo delle membrane filtranti su TCBS medium e identificati secondo protocolli standard colturali e biochimici.

**RISULTATI**

Sono state isolate quattro delle otto specie potenzialmente patogene: *V. parahaemolyticus*, *V. vulnificus*, *V. fluvialis* e *V. alginolyticus*. Tra queste, *V. alginolyticus* è stato riscontrato in tutte le stazioni e *V. parahaemolyticus* nella maggior parte di quelle localizzate nel primo seno del Mar Piccolo. Più occasionale è stata la presenza di *V. vulnificus* e di *V. fluvialis*.

**CONCLUSIONI**

Questo studio ha confermato la presenza di specie di Vibrionaceae potenzialmente patogene nei sedimenti marini analizzati, individuando questo comparto come un possibile serbatoio e sottolineando la necessità di un maggior controllo di tali parametri per la salvaguardia della salute pubblica.

*Mar Piccolo, Sedimenti, Vibrionaceae*

**ID 531**

**INFESTAZIONI DA RODITORI IN AMBIENTI SCOLASTICI: ESPERIENZA ASL ROMA 1**

M. Raffo; F. Di Gregorio; A. Braccini; E. Di Rosa  
*UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL Roma 1*

**INTRODUZIONE**

Nella primavera 2016, a seguito delle note vicende amministrative e della criticità nella gestione dei rifiuti, l'attività di controllo dell'infestazione da roditori è diventata particolarmente urgente e sentita dalla popolazione romana. In merito, il Commissario Straordinario ha emesso l'Ordinanza 76/2016.

Gli esposti pervenuti al SISP inerenti la problematica sono stati nella prima metà 2016 il 60% rispetto all'intero 2015 e più del 38% riguardavano edifici scolastici. Tale ambito, per le peculiari caratteristiche della fascia di popolazione esposta, merita prioritaria attenzione. Con questa breve pubblicazione, gli autori hanno voluto riportare l'esperienza SISP all'interno di un asilo nido.

**METODI**

E' stata effettuata una ricerca su database nazionali ed internazionali, in particolare sulle corrette modalità di sanificazione di ambienti, mobilia e materiali contaminati.

**RISULTATI**

Sono state elaborate indicazioni operative pratiche e materiale divulgativo per il Portale Aziendale.

I roditori sono potenziali vettori di numerose malattie infettive e fra le cause di inquinamento indoor da allergeni. Il Ministero della Salute indica fra le linee operative per il contrasto di asma e allergie in bambini e ragazzi, la Definizione di raccomandazioni, protocolli operativi per la corretta pulizia e manutenzione degli ambienti scolastici, compresi gli spazi esterni. Inoltre, l'attività di sanificazione deve esser tesa ad evitare possibili inquinamenti ambientali.

**CONCLUSIONI**

L'OMS, in un recente rapporto tecnico sul tema, riconosce un "diritto dei bambini a studiare in una scuola che promuove la salute" e ritiene che ambienti puliti, sicuri e confortevoli consentano e facilitino uno sviluppo cognitivo efficace e divertente. In tale ambito, l'attività SISP di supporto nelle attività di gestione e prevenzione delle infestazioni da roditori dovrebbe essere implementata con interventi proattivi rivolti alle istituzioni scolastiche.

**ID 542**

**ANDAMENTO TEMPORALE DELLE CONCENTRAZIONI DI BENZENE IN ATMOSFERA E VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER INALAZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE**

M. Ferrante 1; C. Copat 1; G. Arena 2; A. Grasso 1; A. Dimartino 1; G. Oliveri Conti 1; S. Sciacca 2

1 Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate, Università di Catania, Via Santa Sofia 87, 95123 Catania

2 Consorzio Industriale Protezione Ambiente (CIPA), Viale Scala Greca 282, 96100 Siracusa

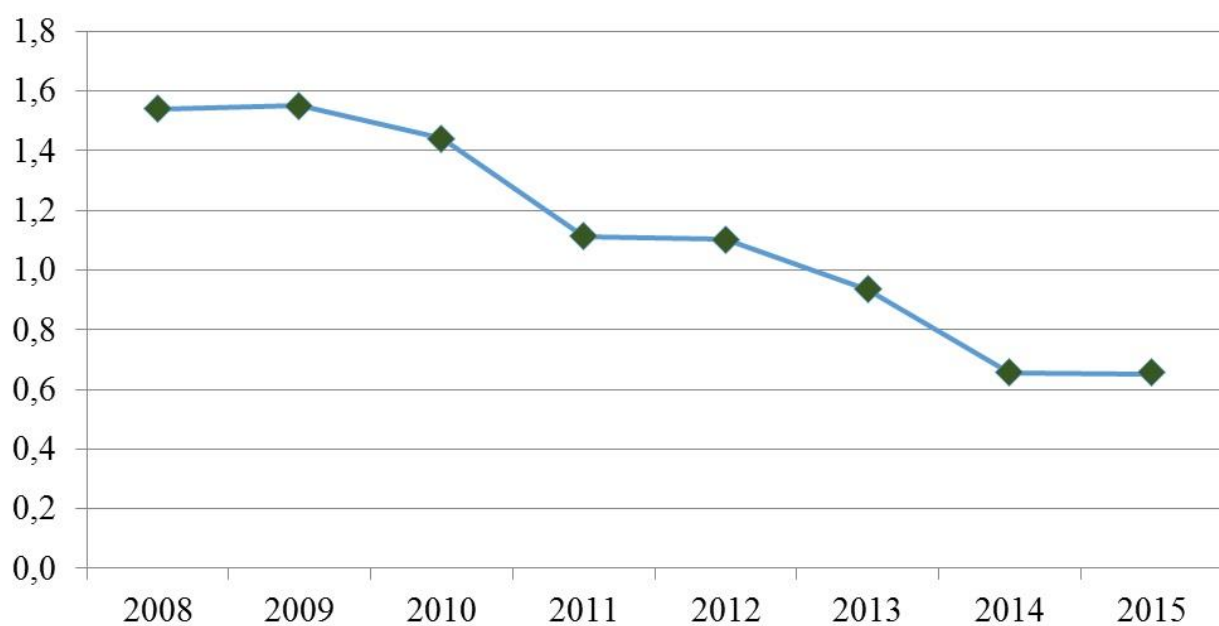
Il consorzio industriale protezione ambiente (CIPA) insieme al laboratorio di igiene ambientale e degli alimenti (LIAA) effettuano il monitoraggio atmosferico del benzene nell'area industriale di Augusta-Priolo-Melilli. Secondo il D.lgs. 155/2010, il valore limite del benzene espresso come media su anno civile è di 1 µg/mc. Dal 2008 ad oggi è stato registrato un trend negativo di emissione del benzene in atmosfera, progressivamente più basso fino a raggiungere concentrazioni di 0.7 µg/mc. Sebbene tali concentrazioni siano inferiori ai limiti consentiti dalla legge, è importante valutare il livello di rischio per la salute dell'uomo conseguentemente ad una esposizione per inalazione. Tale rischio infatti non dipende solo dalla concentrazione del composto di interesse nell'aria, ma anche dalla durata e dalla frequenza dell'esposizione giornaliera, dal tempo medio di esposizione, dal rischio unitario di inalazione specifico per il benzene (IUR µg/mc), applicabile solo per il calcolo dei rischi cancerogeni, e dalla concentrazione di riferimento del benzene (RfC mg/mc), applicabile solo per il calcolo dei rischi non cancerogeni.

Quando il livello di rischio di cancerogenicità (CR) risulta inferiore a  $1 \times 10^{-6}$ , o il rischio di contrarre effetti cronici sistemici (HQ) risulta inferiore a 1, i valori non sono tali da destare preoccupazione né risultano necessari interventi di ripristino. Dall'elaborazione dei dati riferiti alle medie annuali di benzene registrate nell'area industriale dal 2008 al 2015, e facendo riferimento ai dati di default suggeriti dall'EPA per una popolazione residente, è emerso un CR compreso tra  $4 \times 10^{-6}$  e  $2 \times 10^{-6}$ , e un HQ <1.

I rischi per la salute dell'uomo dati dall'esposizione al benzene si sono, progressivamente, ridotti nel tempo raggiungendo livelli di rischio molto prossimi al rischio accettabile, anche grazie al continuo monitoraggio dell'inquinamento atmosferico e ai continui interventi di ripristino conseguenti.

*Benzene, Aria, Zona Industriale, Rischio per la salute*

## Benzene $\mu\text{g}/\text{mc}$



**ID 546**

**MONITORAGGIO DELLA CONTAMINAZIONE DA LEGIONELLA SPP IN ACQUA FREDDA MEDIANTE METODI MOLECOLARI**

I. Marchesi 1; A. Mansi 2; A. Bargellini 1; S. Paduano 1; N. Saini 1; A. R. Proietto 2; I. Amori 2; A. M. Marcelloni 2; E. Vecchi 3; P. Borella 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

2 Dipartimento di Medicina, Epidemiologia e Igiene del Lavoro e Ambientale, Centro Ricerche INAIL, Monte

**INTRODUZIONE**

Per prevenire la comparsa di casi di legionellosi, le LG nazionali consigliano di effettuare il monitoraggio dell'impianto di distribuzione dell'acqua fredda, con prelievo di acqua se la temperatura è  $>20^{\circ}\text{C}$ . Attualmente, la valutazione del rischio di esposizione a Legionella è basata sulla coltura che non permette di rilevare la presenza di cellule vitali ma non coltivabili (VBNC), capaci di mantenere intatte le loro caratteristiche di patogenicità, pur presentando bassi livelli di attività metabolica. Obiettivo dello studio è stimare il rischio derivante dalla presenza di legionelle VBNC nell'acqua fredda in ingresso in strutture nosocomiali e comunitarie mediante METODI molecolari.

**METODI**

Campioni di acqua prelevati al punto di ingresso dell'acqua fredda municipale nell'impianto idrico di diversi edifici sono stati analizzati mediante coltura (ISO 11731:1998) e qPCR (New Legionella spp Quantitative Kit di Diatheva) con e senza pretrattamento con Etidio MonoAzide.

**RISULTATI**

La presenza di Legionella spp è stata rilevata in 3/13 campioni mediante le tre METODIche, mentre in altri due è stata riscontrata positività solo con qPCR ed EMA-qPCR. I campioni positivi anche alla coltura avevano una temperatura  $>20^{\circ}\text{C}$ , mentre i due positivi solo con METODI molecolari avevano basse temperature ( $12,7$  e  $13,8^{\circ}\text{C}$ ).

**CONCLUSIONI**

Questi RISULTATI preliminari confermano che quando la temperatura dell'acqua fredda è  $>20^{\circ}\text{C}$  si possono creare condizioni per la sopravvivenza di Legionella spp, nonostante i trattamenti di disinfezione messi in atto dal gestore del servizio idrico. Dal nostro studio emerge altresì che anche a temperature  $<20^{\circ}\text{C}$  possono permanere cellule VBNC, non rilevabili con metodo colturale classico. La metodologia proposta è pertanto utile per valutare il reale rischio di esposizione a Legionella spp perché all'interno della rete di distribuzione dell'acqua queste legionelle potenzialmente infettive possono trovare le condizioni ideali per rivitalizzarsi.

*Legionella, acqua fredda, EMA-qPCR, VBNC*

**ID 547**

**NORME IGIENICO-EDILIZIE SUL TERRITORIO ITALIANO: UN'INDAGINE SULL'ADOZIONE E AGGIORNAMENTO DEI REGOLAMENTI LOCALI DI IGIENE E REGOLAMENTI EDILIZI**

M. Gola 1; C. Signorelli 2;3; M. Buffoli 1; A. Rebecchi 1; S. Capolongo 1

1 Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente costruito (ABC), Politecnico di Milano

2 Unità di Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali (S.Bi.Bi.T.), Università degli Studi di Parma

3

**INTRODUZIONE**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato la necessità di migliorare sempre più il rapporto tra ambiente costruito e salute; in particolare, i fattori di rischio ambientali e le condizioni abitative inadeguate sono i più dannosi per le malattie non trasmissibili. I Regolamenti Locali di Igiene (RLI) e Regolamenti Edilizi (RE) sono strumenti utili per garantire la sicurezza e l'igiene dell'ambiente costruito. L'intervento riporta i **RISULTATI** di un'indagine condotta sull'adozione e l'aggiornamento dei RLI e RE nei comuni del territorio italiano.

**METODO**

L'indagine ha analizzato un campione di 553 comuni con caratteristiche demografiche e geografiche differenti tra loro, in cui sono stati presi in considerazione RLI, RE e Piani Regolatori Generali Comunali (PRGC).

**RISULTATI**

Dall'indagine emerge una grave carenza di RLI aggiornati, in particolare nei comuni di piccole e medie dimensioni. Differentemente, PRGC e RE risultano molto più attuali e aggiornati, ma solo il 30% di essi sono stati preventivamente validati dall'Azienda Sanitaria Locale competente.

**CONCLUSIONI**

Dall'indagine ne emerge l'esigenza di introdurre sempre meno linee guida con indicazioni di natura prescrittiva, invece che prestazionale. Attualmente il Governo Italiano sta sviluppando diverse considerazioni sull'implementazione e la realizzazione di un regolamento edilizio nazionale che potrebbe includere anche norme a valenza igienico-sanitaria.

*Regolamenti Locali di Igiene; Regolamenti Edilizi; Piano Regolatore Generale Comunale; Comuni italiani; Strumenti normativi; Igiene edilizia*

**ID 549**

**PRIMI RISULTATI SULLA CONTAMINAZIONE AEROBIOLOGICA ALL'INTERNO DI UN UFFICIO IN RELAZIONE ALLE ABITUDINI DEGLI OCCUPANTI E PARAMETRI FISICI E CHIMICI**

L. Boccacci; P. Capone; A. Gordiani; M.P. Gatto; S. Di Renzi; N. L'Episcopo; M. Gherardi; C. Gariazzo; A. Pelliccioni; M.C. D'Ovidio

*Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale (DiMEILA), Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Monte Porzio Catone, Roma, Italia*

**INTRODUZIONE**

I pollini e le spore fungine possono indurre effetti sulla salute umana causando asma e riniti. Presso il centro di ricerca INAIL di Monte Porzio Catone è stata svolta un'indagine preliminare per la misura di particelle biologiche aerodisperse, parametri microclimatici e particolato fine in concomitanza con la rilevazione dei comportamenti degli occupanti. Tale attività rientra tra quelle propedeutiche alla progettazione di campagne di misura finalizzate alla valutazione del fattore di infiltrazione negli ambienti lavorativi indoor.

**METODI**

Il monitoraggio aerobiologico è stato effettuato mediante un campionatore volumetrico tipo Hirst Lanzoni VPPS 2000. La misura dei parametri microclimatici è stata condotta mediante un data logger Delta Ohm modello 32.1 connesso a uno psicometro e un anemometro. Il PM2.5 è stato collezionato su filtro in PTFE con preselettore PEM e dosato gravimetricamente. Lo studio, su base giornaliera, è stato condotto da giugno ad agosto 2016. I comportamenti dei lavoratori (apertura/chiusura finestra, on/off condizionatore, etc.) sono stati registrati su apposite schede progettate per lo scopo.

**RISULTATI E CONCLUSIONI**

I primi RISULTATI indicano che le concentrazioni di alcuni pollini e spore dipendono dai parametri fisici e chimici. Inoltre, essi evidenziano l'esistenza di una relazione tra concentrazione pollinica e sporologica e comportamenti dei lavoratori.

*pollini, spore fungine, materiale particolato, parametri microclimatici*



**ID 558**

**STUDIO DELLE PATOLOGIE INFIAMMATORIE E DEGLI SQUILIBRI METABOLICI ED ORMONALI NEI SOGGETTI ESPOSTI ALLE POLVERI SOTTILI (PM<sub>2,5</sub>)**

A. Germano; E. Raiola; R. Alfano; U. Carbone; M. Triassi  
*Università degli studi di Napoli Federico II, Napoli*

**INTRODUZIONE**

Le nanoparticelle carboniose emesse dagli scarichi dei motori diesel sono tra i più abbondanti componenti del particolato aerodisperso con diametro inferiore a 2,5µm (PM<sub>2,5</sub>). Esse sono considerate cancerogene per l'uomo e diversi studi epidemiologici ne rilevano l'associazione con un aumentato rischio di insorgenza di patologie cardiovascolari e neurodegenerative, obesità e diabete.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II intende verificare ed indagare ulteriormente la correlazione tra l'esposizione a PM<sub>2,5</sub> e le alterazioni metaboliche alla base delle patologie sopracitate.

**METODI**

Per lo studio saranno arruolati 200 dipendenti maschi del Comune di Napoli: 100 vigili urbani, appartenenti alla categoria dei lavoratori esposti; 100 impiegati amministrativi, appartenenti alla categoria dei lavoratori non esposti. Per ciascuno sarà valutato il profilo metabolico attraverso la rilevazione di: colesterolemia totale, HDL ed LDL; trigliceridemia; glicemia ed insulinemia per il calcolo dell'HOMA index; livelli di adipochine, citochine proinfiammatorie e neuropeptidi gastrointestinali coinvolti nella patogenesi di diverse malattie cronico-degenerative. Inoltre, sarà somministrato un questionario sugli stili di vita e le abitudini alimentari, allo scopo di eliminare possibili fattori confondenti.

**RISULTATI**

L'analisi dei dati sarà corretta per i valori di esposizione registrati dalle centraline per la rilevazione degli inquinanti atmosferici dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Campania.

Allo stato attuale si è provveduto a selezionare il campione e ad elaborare un database per la raccolta dei dati. Si attende di completare il campionamento per procedere all'analisi statistica.

**CONCLUSIONI**

La ricerca del nesso di causalità tra l'esposizione alle nanoparticelle e le patologie cronico-degenerative consentirà di orientare meglio le strategie di tutela della salute non solo dei lavoratori, ma dell'intera collettività.

*inquinamento atmosferico, disregolazione metabolica, patologie cronico-degenerative*

**ID 559**

**RISULTATI DEI CONTROLLI MICROBIOLOGICI DELL' ACQUA MICROFILTRATA DISTRIBUITA AI DEGENTI DELL'AOU FEDERICO II**

C. Iervolino; V. Novelli; F. Pennino; T. Borriello; M. Amodio; A. Galdo

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli studi di Napoli "Federico II", via Sergio Pansini, 5 80131, Napoli, Italia*

**INTRODUZIONE**

La ditta che gestisce in appalto la mensa dei degenti dell'AOU Federico II, nel rispetto del capitolato elaborato sulla base di esigenze economiche e di impatto ambientale, durante la distribuzione del vitto serve acqua microfiltrata da un purificatore al posto delle bottigliette d'acqua sigillate.

L'acqua viene spillata da 4 diverse postazioni nei locali mensa e viene messa in una tanica apposta a ciascun carrello portavivande destinato ai diversi edifici dell'AOU. Terminata la distribuzione la stessa verrà sanificata e sarà riutilizzata per la distribuzione serale.

**METODI**

Dall'approvazione di questa nuova METODICA, con cadenza trimestrale, il DAI di Igiene segue il percorso della tanica in tutta la sua interezza prelevando campioni d'acqua ai seguenti punti: i rubinetti presenti nella cucina degenti, la tanica presente su un carrello random prima della distribuzione del vitto, la stessa tanica alla distribuzione del vitto a pranzo e a cena.

Il laboratorio di Microbiologia controlla con METODICHE standard i seguenti parametri microbiologici sui campioni sopracitati: conteggio delle colonie a 37°C, conteggio delle colonie a 22°C, E.Coli, Enterococchi e Pseudomonas aeruginosa, secondo la tabella nella Parte A dell'allegato 1 del D.Lgs. 2 febbraio 2001, n. 31 relativo ad acque in vendita in bottiglia o contenitori.

**RISULTATI**

I controlli sono stati eseguiti a partire dall'anno 2013. Ad oggi sono stati analizzati 96 punti senza riscontrare nessuna inidoneità.

**CONCLUSIONI**

Nonostante non vi siano state riscontrate inidoneità resta importante eseguire controlli seriatì a tutela della sicurezza dei degenti.

*controlli microbiologici, acqua microfiltrata.*

**ID 563**

**LA GESTIONE DEI RICORSI AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE. L'ESPERIENZA DELLO SPRESAL DELLA ASL RMB.**

F. Magrelli 1; A. Baiola 4; E. Cozzolino 2; A. Bandiera 2; A. Capanna 3; M. Iosue 2; B.G. Ponticiello 2; E. De Angelis 4; M.G. Bosco 2

1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ASL Roma 2 (ex RMB)

2 Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL Roma 2 (ex RMB)

3 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Roma Tor Vergata

4 Medico del Lavoro

**INTRODUZIONE**

La sorveglianza sanitaria permette al Medico Competente (MC) di esprimere un giudizio di idoneità (GI) alla mansione specifica dei lavoratori (L): idoneità, idoneità parziale con prescrizione/ limitazione, inidoneità temporanea (con indicazione dei limiti temporali), inidoneità permanente. Il ricorso avverso (RA) al giudizio del MC è richiesto dal L o dal datore di lavoro (DL) all'organo di vigilanza (OV) competente per territorio (art. 41 del D.lgs 81/2008), entro 30 giorni dalla ricezione del giudizio. Scopo dello studio è stato quello di valutare, dal 2011 al 2015, la gestione dei RA presso il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RMB.

**METODI**

È stato creato un database in cui venivano inserite: appellante del RA, generalità del L, patologie, mansione, GI, rischi lavorativi (RL) presenti, parere dell'OV.

**RISULTATI**

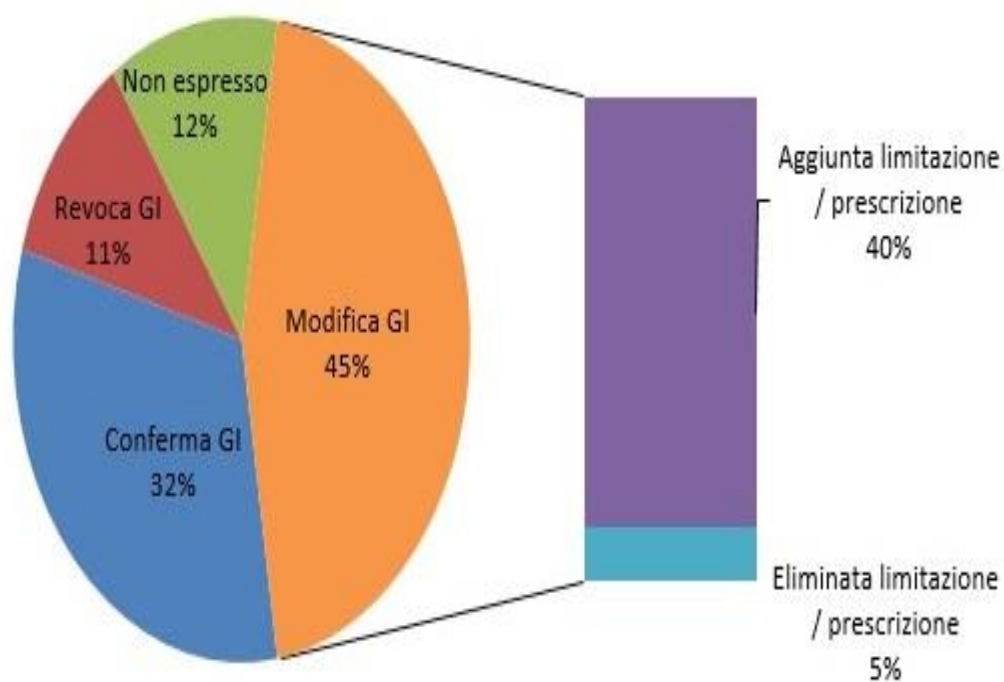
Nel periodo di riferimento sono stati gestiti 148 casi. I risultati sono esposti nella Tabella 1. Una differenza di genere è stata riscontrata nelle patologie: gli uomini riferivano più frequentemente malattie cardiovascolari, neurologiche e psichiatriche; le donne invece discopatie, malattie psichiatriche e gonartrosi. Il parere dell'OV è rappresentato in Figura 1. L'OV ha revocato 14 GI decretando nel 29% un'idoneità completa e nel 71% un'idoneità parziale, dichiarando inidonei alla mansione 2 casi.

**CONCLUSIONI**

È consigliabile raccomandare un intervento sul ciclo produttivo prima di formulare una limitazione o una inidoneità, al fine di consentire l'inserimento ottimale del lavoratore con disabilità. Inoltre per sopperire ai diversi criteri di giudizio tra MC e OV è necessaria l'adozione e la condivisione di linee guida.

*giudizio di idoneità, organo di vigilanza, disabilità.*

## Parere dell'OV vs MC



**ID 591**

**EPIDEMIOLOGIA, FATTORI DI RISCHIO E CARATTERISTICHE CLINICHE E SOCIO-ASSISTENZIALI DELLE EARLY-ONSET DEMENTIA (EOD): METODOLOGIA DI UNO STUDIO NELLA PROVINCIA DI MODENA**

C. Salvia 1, 2, 3; A. Chiari 4; M. Tondelli 5; M. Vinceti 1, 2

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

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

*3 Scuola di Specializzazi*

**INTRODUZIONE**

Le EOD sono demenze con esordio prima dei 65 anni. La patologia più frequente è la Malattia di Alzheimer, ma lo spettro di possibili diagnosi è più ampio. I dati epidemiologici sono limitati e disomogenei, con una prevalenza mondiale che varia da 15,1 a 153 per 100.000 abitanti sotto i 65 anni, mentre in Italia la prevalenza è di 55 per 100.000 abitanti tra i 45 e i 65 anni. Poiché la maggior parte dei soggetti è ancora nel pieno della propria attività lavorativa e ha spesso figli giovani, la famiglia si scontra con difficoltà strettamente connesse all'esordio precoce della malattia.

**OBIETTIVI**

Si intende realizzare nella provincia di Modena (circa 700.000 residenti), uno studio osservazionale retrospettivo e prospettico, per indagare la prevalenza e l'incidenza delle EOD, studiare i possibili fattori di rischio ambientali e professionali, approfondirne gli aspetti clinici come età di esordio, classificazione diagnostica, caratteristiche neuropsicologiche e allo stesso tempo analizzare gli aspetti socio-familiari, come eventuali modifiche dell'assetto familiare causate dalla presenza di un paziente con EOD.

**METODI**

Tramite i MMG ed i Centri per le Demenze e Disturbi Cognitivi (CDCD) della provincia di Modena, saranno individuati e reclutati i pazienti con EOD. I pazienti e i loro caregiver saranno valutati presso il CDCD della Neurologia del NOCSAE (Modena) e dell'Ospedale di Carpi e gli ambulatori di Neurologia di Sassuolo e Pavullo, dove saranno sottoposti a valutazioni cliniche e strumentali e a questionari specifici.

**CONCLUSIONI**

Lo studio permetterà di ottenere una prima panoramica sull'epidemiologia delle EOD, sui possibili fattori di rischio, sulle caratteristiche cliniche, sul contesto socio-familiare e sui bisogni percepiti dai pazienti e dai loro caregiver. Queste conoscenze contribuiranno all'attività di programmazione di una rete sanitaria e assistenziale adeguata basata sul numero effettivo di pazienti affetti e sulle loro reali necessità.

*epidemiologia; demenze a esordio precoce; fattori di rischio; studio osservazionale*

**ID 592**

**PRIMI DATI DI UNA CAMPAGNA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE ACQUE DEGLI INVASI ARTIFICIALI SICILIANI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO AMBIENTALE E DELLE POPOLAZIONI RESIDENTI.**

P. Zuccarello 1; Ferrante M. 1; A. Cristaldi 1; A. Grasso 1; M. Manganeli 2; M. Stefanelli 2; E. Testai 2; G. Oliveri Conti 1

1 Laboratorio di Igiene Ambientale e degli Alimenti (LIAA). Dip. "G.F. Ingrassia", Igiene e Sanità Pubblica, Università Di Catania.

2 Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

I bacini artificiali d'acqua dolce della Sicilia usati a scopo idropotabile non sono ben caratterizzati e classificati. Pertanto, a causa anche della crescente siccità, diviene fondamentale gestire efficacemente tutte le risorse idriche disponibili. Date le frequenti fioriture algali tossiche di cianobatteri dovute essenzialmente alla *Planktothrix rubescens*, produttrice della epatotossina Microcistina, è stato iniziato un progetto triennale volto alla qualificazione e gestione degli invasi artificiali della Sicilia grazie alla collaborazione del LIAA, con la Regione Sicilia, l'ISS, la Ghent University e gli stakeholders coinvolti che prevede un campionamento stagionale. Già sono state analizzate le acque di alcuni bacini artificiali delle provincie di TP (Trinità), PA (Leone e Fanaco), CL (Disueri), EN(Olivo), RG (S. Rosalia) secondo la Tabella 1/A All. 5 alla parte IV del D.Lgs. 152/06 con l'aggiunta di conta algale, caratterizzazione delle specie e valutazione della tossicità acuta con V. fischeri. I primi RISULTATI hanno evidenziato una contaminazione microbiologica diffusa, con carica batterica >300 UFC sia a 22° che a 37°C in tutti i campioni ad oggi saggiati. Nella diga S. Rosalia è stata rilevata una media di 5000 UFC di batteri coliformi a 37°C, 150 UFC di E. coli e 69 UFC di enterococchi intestinali, nella diga Trinità è stata evidenziata la presenza di batteri coliformi a 37°C in superficie e nel termoclino; in tutti i campioni sono assenti pesticidi, VOC e IPA, mentre la tossicità acuta è stata rilevata < 6% in tutti i campioni eccetto nel termoclino di Fanaco e nella superficie di Disueri (24% e 10% di inibizione). In Tabella 1 sono riportate le specie di cianobatteri trovate nei campioni sino ad oggi prelevati. Questi primi dati sono utili per una prima parziale valutazione del rischio per la salute umana e per individuare scenari di esposizione critici e supportare le decisioni a livello regionale.

*Fioriture, Acque superficiali, Rischio idrico, Microcistine.*

# INVASI ARTIFICIALI IN SICILIA



| Fanaco                                                                                              | Leone             | Trinità               | Disueri                                   | Santa Rosalia                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| Limnothrix redekei<br>Borzia sp.<br>Merismopedia sp.<br>Pseudanabaena sp.<br>Planktothrix rubescens | Pseudanabaena sp. | Planktothrix agardhii | Anabaenopsis sp.<br><br>Pseudanabaena sp. | Pseudanabaena sp.<br>Chroococcus sp. |

**ID 595**

**L'INDAGINE INAIL SULL'ERGONOMIA SCOLASTICA: VERSO LA PROMOZIONE DI UNA CULTURA DELLA SALUTE E SICUREZZA PER LE SCUOLE E LE FAMIGLIE**

M. Petyx; G. Fortuna; S. Manca; B. Rondinone; A. De Cristofaro; R. Di Leo; V. Rosa; S. Iavicoli  
*Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro – INAIL, Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale; Monte Porzio Catone (RM)*

**INTRODUZIONE**

Studi in materia ergonomica evidenziano che la prevenzione delle malattie muscolo-scheletriche è connessa al comportamento degli studenti e all'ambiente scolastico circostante: una corretta postura dei bambini migliora il funzionamento dei sistemi visivo e muscolo-scheletrico con conseguenti benefici anche sull'apprendimento. L'Ergonomia scolastica si pone come strumento preventivo d'eccellenza delle malattie muscolo-scheletriche, rappresentando l'insieme di strategie attuabili per permettere allo studente di eseguire le attività scolastiche mantenendo la giusta postura. L'INAIL ha realizzato il volume Ergonomia a scuola. A scuola di ergonomia e sperimentato un programma educativo rivolto alle scuole primarie per affrontare con linguaggio semplice ma efficace concetti base di ergonomia, movimentazione carichi e postura corretta.

**METODI**

La sperimentazione è stata articolata in fasi d'intervento: acquisizione on line da parte dei docenti di materiali utili alla sperimentazione, compilazione questionari pre-intervento per alunni e insegnanti, sperimentazione in aula condotta dai docenti, compilazione questionari post intervento.

**RISULTATI**

Sono state coinvolte 29 realtà scolastiche in 3 Regioni, per un totale di 1648 alunni: 18,3% dalla Sardegna, 29,6% dalla Campania e 52,1% dal Veneto. Dall'applicazione del test McNemar-Bowker per valutare l'esistenza di simmetria delle rilevazioni effettuate prima e dopo l'intervento, tutti gli item evidenziano un significativo incremento di conoscenze degli alunni dopo l'attività in aula. La fascia d'età 8-9 anni sembra beneficiare maggiormente dell'intervento.

Su 83 docenti, il 96% dichiara di aver incrementato le proprie competenze in materia di ergonomia; il 96,4% ritiene i moduli formativi proposti adeguati al target.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI della sperimentazione confermano l'efficacia dei programmi educativi su salute e sicurezza attuati fin dalla scuola primaria nonché un livello alto di gradimento complessivo del progetto.

*Scuola; salute; sicurezza; Ergonomia scolastica*



| Risposte dei docenti post sperimentazione in aula                                                                                   |                                                                   |                                       |                                              |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                                                                                                                                     | <u>D10A Modulo I</u><br>La colonna vertebrale e il mal di schiena | <u>D10 B Modulo II</u><br>Lo zainetto | <u>D10C Modulo III</u><br>Il banco di scuola | <u>D10D Modulo IV</u><br>La postazione al PC |
| <b>D10A.1, D10B.1, D10C.1, D10D.1</b>                                                                                               |                                                                   |                                       |                                              |                                              |
| <b>Ha effettuato la sperimentazione?</b>                                                                                            |                                                                   |                                       |                                              |                                              |
| Si                                                                                                                                  | 58 (96,7%)                                                        | 58 (98,3%)                            | 57 (98,3%)                                   | 37 (74,0%)                                   |
| No                                                                                                                                  | 2 (3,3%)                                                          | 1 (1,2%)                              | 1 (1,7%)                                     | 13 (26,0%)                                   |
| <b>Totale</b>                                                                                                                       | <b>60 (100,0%)</b>                                                | <b>59 (100,0%)</b>                    | <b>58 (100,0%)</b>                           | <b>50 (100,0%)</b>                           |
| Mancanti                                                                                                                            | 23                                                                | 24                                    | 25                                           | 33                                           |
| <b>D10A Se SI, D10B Se SI, D10C Se SI, D10D Se SI</b>                                                                               |                                                                   |                                       |                                              |                                              |
| <b>Se SI, tratta argomenti di immediato interesse per gli alunni coinvolti nella fase di sperimentazione?</b>                       |                                                                   |                                       |                                              |                                              |
| Si                                                                                                                                  | 57 (98,3%)                                                        | 56 (96,6%)                            | 45 (100,0%)                                  | 36 (97,3%)                                   |
| No                                                                                                                                  | 1 (1,7%)                                                          | 2 (3,4%)                              | --                                           | 1 (2,7%)                                     |
| <b>Totale</b>                                                                                                                       | <b>58(100,0%)</b>                                                 | <b>58 (100,0%)</b>                    | <b>45 (100,0%)</b>                           | <b>37 (100,0%)</b>                           |
| Mancanti                                                                                                                            | --                                                                | --                                    | 12                                           | --                                           |
| <b>D.10A.2, D10B.2, D10C.2, D10D.2</b>                                                                                              |                                                                   |                                       |                                              |                                              |
| <b>Ritiene che contenga informazioni che hanno contribuito a migliorare il livello di comprensione degli alunni sull'argomento?</b> |                                                                   |                                       |                                              |                                              |
| Per niente                                                                                                                          | --                                                                | --                                    | 5 (9,1%)                                     | 6 (13,0%)                                    |
| In modo limitato                                                                                                                    | 10 (17,5%)                                                        | 7 (12,5%)                             | 9 (16,4%)                                    | 9 (19,6%)                                    |
| Molto                                                                                                                               | 47 (82,5%)                                                        | 49 (87,5%)                            | 41 (74,5%)                                   | 31 (67,4%)                                   |
| <b>Totale</b>                                                                                                                       | <b>57 (100,0%)</b>                                                | <b>56 (100,0%)</b>                    | <b>55 (100,0%)</b>                           | <b>46 (100,0%)</b>                           |
| Mancanti                                                                                                                            | 26                                                                | 27                                    | 28                                           | 37                                           |

**ID 599**

**TERRA DEI FUOCHI: IL PIANO DI MONITORAGGIO.**

D. Fusaro 1; E. De Marino 1; A. Molisso 1; S. Abbate 2; S. Loria 2

1 Università degli studi di Napoli "Federico II", Scuola di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea Magistrale in "Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione", Napoli.

2 Asl Napoli 1 centro, U.O. Medicina del Lavoro.

**INTRODUZIONE**

Il problema della Terra dei Fuochi è un tema di grande rilevanza nell'ambito della Sanità Pubblica in Regione Campania. L'obiettivo di questo lavoro è il monitoraggio e il controllo degli alimenti prodotti e venduti nelle provincie di Benevento, Caserta e Napoli.

**METODI**

Sono stati individuati i siti interessati dagli sversamenti e smaltimenti abusivi su 120 comuni. Sono stati ricercati i contaminanti per i quali è previsto un limite di legge o un livello di azione, secondo le modalità di campionamento previste dal Piano di Monitoraggio Straordinario sulle Matrici Alimentari nell'area denominata "Terra dei Fuochi".

**RISULTATI**

Sono stati effettuati 181 campionamenti. Gli alimenti campionati provengono sia da distributori finali (mercati, mini-market..), sia da terreni di produzione:

in 78 campioni è stato ricercato come analita il Cadmio (Cd) e in 103 è stato ricercato il Piombo (Pb) . Si è rilevata un'unica positività al Pb, in un ortaggio coltivato in un comune del casertano (Limiti stabiliti dal Regolamento CE N.1881/2006). Le analisi sono state eseguite dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno (Portici) accreditato, con la tecnica di spettrofotometria di assorbimento atomico (MP/CH/143 2010 Rev. 0 e MP/CH/134 2010 Rev. 0).

**CONCLUSIONI**

Benchè i RISULTATI analitici siano apparentemente confortanti, rispetto al clamore mediatico e sociale avuto negli ultimi anni, è auspicabile un monitoraggio continuo. L'indagine rappresenta un iniziale passo verso la comprensione della problematica "Terra dei Fuochi" e l'entità del danno ecologico subito. Sarebbe auspicabile un raffronto ed un approfondimento sulla questione con altri studi, che prendano in considerazione il contesto idrogeologico, le falde acquifera e i contaminanti di aria e terra per avere un quadro più preciso dell'intera situazione ambientale della Campania, per prevenire i futuri disastri e proporre eventuali bonifiche.

*terra dei fuochi, monitoraggio, prevenzione, campionamento alimenti*

**ID 601**

**TRASPORTO ATTIVO E SALUTE: MISURAZIONE DELL'INCREMENTO PREVISIONALE DI CICLABILITÀ NELLA CITTÀ DI MILANO E VALUTAZIONE DELLE RICADUTE POSITIVE SULLA STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

S. Capolongo 1; L. Boati 1; M. Buffoli 1; V. di Gregori 2; A. Rebecchi 1

1 Dipartimento di Architettura, ingegneria delle costruzioni ed ambiente costruito – Politecnico di Milano

2 Scuola di Salute pubblica – Istituto di Igiene, Università di Bologna

**INTRODUZIONE**

È scientificamente noto come l'inattività fisica sia tra i principali fattori di rischio per l'incremento delle malattie cronico-degenerative. L'emergenza è particolarmente rilevante nei contesti urbani, dove, tuttavia, la maggior parte degli spostamenti copre una distanza inferiore ai 5km, facilmente percorribile a piedi o in bicicletta. Questi spostamenti garantirebbero una sufficiente attività fisica giornaliera. Risulta pertanto necessario indagare quali caratteristiche delle infrastrutture ciclopedonali incentivino o scoraggino l'adozione di corretti stili di vita.

**METODI**

Dopo un confronto con lo stato dell'arte relativo alle correlazione tra trasporto attivo, Physical Activity e salute, è stato redatto un questionario per raccogliere dati sul livello attuale della ciclabilità urbana e quantificare l'incremento previsionale in caso di miglioramento ed implementazione della rete ciclabile. Il questionario è stato somministrato digitalmente e in forma cartacea, per un periodo di 3 mesi nella città di Milano.

**RISULTATI**

I dati raccolti (1675 compilazioni) dimostrano che la scelta della bicicletta come mezzo di trasporto aumenterebbe: nella situazione previsionale il 76,5% del campione (oltre il 21% in più rispetto alla situazione attuale) raggiungerebbe i 150 minuti settimanali di attività fisica raccomandata dall'OMS. È stata condotta inoltre una valutazione dei benefici sulla salute, in termini di riduzione della mortalità causata da malattie cronico-degenerative tramite l'applicazione dello strumento HEAT dell'OMS ha individuato un incremento dei benefici protettivi pari al 5%.

**CONCLUSIONI**

L'indagine condotta ha perseguito lo scopo di individuare gli aspetti da migliorare dal punto di vista del progetto urbano. Scopo principale è quello di sensibilizzare i Policy Makers, evidenziando come gli interventi urbani, soprattutto quelli a piccola scala, potrebbero avere un ruolo chiave nella riduzione dell'inattività fisica e quindi di una maggior salute.

*Urban Health; Attività fisica; Trasporto attivo; Community-Based Urban Planning; Indagine*

**ID 606**

**CRISI D'ANSIA: ANALISI DEGLI ACCESSI NELLE U.U.O.O. DI PRONTO SOCCORSO DELL' AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA (AOUI) DI VERONA**

S. Ferrari; A. Sannino; L. Antolini; I. Aprili; S.Majori

Università degli studi di Verona- Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica- Sezione di Igiene e MPAO

**INTRODUZIONE**

Dalla letteratura emerge che i disturbi d'ansia sono in aumento (prevalenza del 5%) soprattutto tra le donne. Obiettivo del nostro studio è descrivere l'andamento delle crisi d'ansia negli ultimi anni, analizzando gli accessi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona.

**MATERIALI E METODI**

Sono stati analizzati gli accessi per crisi di ansia registrati, tramite il programma First Aid, da gennaio 2009 a dicembre 2013 (PS generale di Bgo. Trento e di Bgo. Roma; PS ginecologico; PS pediatrico). Il criterio di inclusione si è basato sulla presenza, nella diagnosi finale, della parola crisi o sindrome ansiosa.

**RISULTATI**

Gli accessi totali sono stati 3771 (62% femmine e 38% maschi), il 71% presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Borgo Trento e il 28% presso Borgo Roma, lo 0,93% in quello pediatrico e lo 0,07% in quello ginecologico. La fascia d'età prevalente è quella tra i 40 e 50 anni. Gli accessi sono stati registrati maggiormente nei giorni feriali (75% rispetto al 25% nei giorni festivi) ed in particolare il lunedì e il giovedì, nella fascia oraria pomeridiana, distribuendosi uniformemente nei vari mesi dell'anno. Il colore del codice triage e del codice esito più frequente è stato quello verde (84.4% e 78% dei casi). Nell'84% dei casi il paziente è stato rinvio al medico curante.

**CONCLUSIONI**

Si conferma quindi una prevalenza della patologia ansiosa, come urgenza differibile, nelle donne tra i 40-50 anni d'età, con crisi più frequenti nei giorni lavorativi, in cui probabilmente lo stress da lavoro si somma al lavoro domestico. Dato il trend in aumento nel bacino di utenza dell'AOUI di Verona, l'interesse a monitorare questo fenomeno e le sue concause potrebbe rendere opportuno un intervento di prevenzione.

*ansia, pronto soccorso*

**ID 612**

**IL VERDE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'ARIA OUTDOOR NEI CONTESTI URBANI**

M. Buffoli; A. Rebecchi; A. Favotto; G. Procopio; S. Capolongo

*Dipartimento di Architettura, l'ambiente costruito e ingegneria civile (ABC) - Politecnico di Milano*

**INTRODUZIONE**

I contesti urbani presentano elevati livelli di inquinamento atmosferico, responsabili di patologie acute e di malattie cronico-degenerative. La vegetazione è in grado di assorbire e trattenere alcune sostanze, tuttavia nelle aree densamente costruite è spesso difficile creare nuovi spazi verdi, se non ipotizzando di utilizzare le coperture. Scopo della ricerca è stato l'elaborazione di un modello di calcolo per la quantificazione delle possibili superfici trasformabili a verde e la relativa capacità di assorbimento degli inquinanti di uno specifico contesto urbano.

**METODOLOGIA**

Il confronto con la letteratura scientifica ha consentito la definizione di correlazioni tra patologie, inquinanti atmosferici e specie arboree in grado di abatterli. In seguito, è stato sviluppato un modello di calcolo in grado di quantificare gli inquinanti abbattuti in relazione ad uno specifico aumento di verde di un'area urbana. Nella terza parte, il modello di calcolo, è stato sperimentato e validato in un quartiere di Milano.

**RISULTATI**

L'applicazione dello strumento è avvenuta nel quartiere città studi, a Milano. Le ipotetiche trasformazioni di coperture piane in tetti verdi, porterebbero ad una riduzione degli inquinanti fino a  $3,9 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di PM10,  $2,92 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di PM2.5 e  $1,57 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di O<sub>3</sub> ogni giorno in tutto il quartiere. Se tale ipotesi fosse estesa a tutta la città di Milano si arriverebbe ad un abbattimento di circa  $18,09 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di PM10,  $13,56 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di PM2.5 e  $7,24 \mu\text{g}/\text{m}^3$  di O<sub>3</sub>. Lo strumento ipotizza anche una stima dei costi di realizzazione e i benefici sanitari in termini di riduzione del n. di ricoveri.

**CONCLUSIONI**

Considerando un progetto di riqualificazione urbana la possibilità di recuperare spazi verdi dalle coperture diviene una strategia fondamentale non solo per i benefici psicologici-percettivi, energetici e climatico-ambientali ma anche per la riduzione dell'inquinamento atmosferico urbano, con ricadute positive sulla salute della popolazione.

*Inquinanti atmosferici, Coperture verdi, Salute Pubblica, Sistema di valutazione, Green design*

**ID 641**

**EFFICIENZA DELLA DISINFEZIONE CON ACIDO PERACETICO (PAA): INATTIVAZIONE DI PATOGENI ED INDICATORI IN UN IMPIANTO DI DEPURAZIONE DI MEDIE DIMENSIONI**

S. Bonetta 1; C. Pignata 1; E. Lorenzi 2.; M. De Ceglia 2.; L. Meucci 2; S. Bonetta 1; G. Gilli 1; E. Carraro 1

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

2 Società Metropolitana Acque Torino S.p.A., Torino

**INTRODUZIONE**

Con il termine refluo si intende un'acqua che, dopo essere stata utilizzata ha perduto le caratteristiche originarie, divenendo inadatta ad un utilizzo diretto. Poiché i convenzionali trattamenti di depurazione non sono sempre in grado di garantire un adeguato abbattimento del carico microbico nel refluo, per ridurre il rischio igienico-sanitario risulta opportuna una fase di disinfezione prima della re immissione nel corpo recettore soprattutto se questo, a valle, viene utilizzato a scopo potabile. Un disinfettante adottato negli ultimi anni è l'acido peracetico (PAA). Lo scopo del presente lavoro è stato di valutare l'efficacia del PAA nella inattivazione di patogeni ed indicatori in un impianto di depurazione di medie dimensioni.

**METODI**

Campioni di refluo sono stati prelevati in entrata all'impianto di depurazione, in uscita prima e dopo il trattamento con PAA in 4 stagioni differenti. È stata effettuata la ricerca di *Salmonella* spp., *Campylobacter jejuni*, *C. coli* ed *Escherichia coli* patogeni con metodi molecolari e l'analisi di diversi microrganismi indicatori (*E. coli*, coliformi fecali, enterococchi, *C. perfringens*) e di *Salmonella* spp. con metodi colturali classici.

**RISULTATI**

*Salmonella* spp. è stata rilevata in tutti i campioni di refluo in ingresso all'impianto, nell'uscita pre-disinfezione e nel 50% dei campioni post-trattamento. *E. coli* O157:H7 non è mai stato rilevato, mentre amplificati corrispondenti alla Shiga-like toxin I sono stati osservati nel 75% dei campioni in ingresso, nel 50% degli effluenti pre-disinfezione e in uno dei reflui post-disinfezione. Il gene *stx2* non è stato mai rilevato. *C. coli* è stato monitorato in un solo campione di effluente pre-disinfezione. È stata inoltre osservata una minore carica degli indicatori nell'uscita post-disinfezione anche se non statisticamente significativa.

**CONCLUSIONI**

I risultati ottenuti rendono auspicabili ulteriori approfondimenti sull'impiego del PAA negli impianti di depurazione.

*Depuratore, Acido peracetico, microrganismi indicatori, patogeni*

**ID 656**

**L'EFFICACIA DELLA MESSA IN SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI VITA SULLA RIDUZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI NEI MALATI DI ALZHEIMER**

M. Orefice 1 ; L. Caranese 2; M. Cocchiarale 3; G. Gargiulo 4; T. Rea 5

1 Università degli Studi di Napoli "Federico II", Scuola di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Napoli

2 Università degli Studi di Napoli "Federico II", Scuola di Medicina e Chirurgia,

**INTRODUZIONE**

La crescente frequenza di infortuni nella popolazione di malati di Alzheimer, in particolare le cadute accidentali, rappresentano un problema rilevante in tutti i sistemi sanitari. La letteratura riporta un'associazione tra diversi interventi di messa in sicurezza negli ambienti di vita e riduzione degli eventi avversi nei pazienti. Pertanto è risultato interessante effettuare una revisione della letteratura esistente per evidenziare gli interventi di maggiore efficacia.

**METODI**

E' stata condotta una revisione della letteratura (studi qualitativi e quantitativi) sulle principali banche dati (Pubmed, Medline, Cochrane). Su 100 articoli (abstract e full-text) reperiti ne sono stati selezionati 5 ritenuti maggiormente pertinenti.

**RISULTATI**

In tutti gli studi è emerso che gli ambienti di vita sia domestici che pubblici devono essere messi in sicurezza al fine di ridurre il tasso degli infortuni, favorendo l'orientamento spaziale della persona malata. Gli interventi si basano sul principio che un malato di demenza non è più in grado di adattarsi e quindi è l'ambiente che deve essere adattato ai bisogni specifici del malato. È emerso dai RISULTATI che le modificazioni ambientali riducono i problemi di tipo comportamentali. Lo sforzo dedicato al miglioramento dell'ambiente di vita delle persone affette da demenza è associato ad una migliore qualità della vita degli stessi.

**CONCLUSIONI**

Gli interventi sugli ambienti di vita dipendono dalle caratteristiche del paziente, dalla gravità della malattia e della natura dei disturbi comportamentali. La progettazione degli ambienti deve rispettare i seguenti criteri: sicurezza e integrità dei pazienti; flessibilità nell'organizzazione degli spazi, rendendoli adattabili ai differenti gradi di disabilità; comfort e familiarità, attraverso arredi facilmente riconoscibili; chiarezza del messaggio d'uso dello spazio, evitando messaggi ambientali ambigui.

*pazienti affetti da Alzheimer, prevenzione degli infortuni, fattori di rischio, ambienti di vita*

**ID 658**

**REGISTRO NOMINATIVO DELLE CAUSE DI MORTE: MORTALITA' TRIENNIO 2011-2013 NELLA ASL BRINDISI**

S. Lorusso 1; S. Epifani 2; N. Dahbaoui 1; E. Mastrovito 1; M. Montano 1; D. Sofia 1; A. De Simone 1; C. Bandini 1; PD. Pedote 1; S. Termite 1; G. Spagnolo 2; A. Greco 3

1 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Brindisi

2 Unità di Epidemiologia e Statistica ASL BR, Brindisi

3 Direzione Sanitaria ASL BR, Brindisi

**INTRODUZIONE**

Dal 1998 è attivo in Puglia il "Registro Nominativo delle Cause di Morte" RENCAM, un sistema di registrazione di decessi parallelo a quello previsto dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale. La costituzione di tale registro risponde a esigenze di sanità pubblica, tra cui la disponibilità di dati più aggiornati e più completi rispetto alle elaborazioni fornite dall'ISTAT, a cui si fa riferimento per la verifica della completezza e la valutazione della qualità della codifica delle schede di morte. Il RENCAM Pugliese è alimentato da registri provinciali distribuiti in maniera uniforme su tutto il territorio regionale. Le informazioni contenute nelle schede di morte vengono informatizzate e quindi codificate secondo la International Classification Disease (ICD-X).

**METODI**

Sono stati utilizzati i dati del RENCAM ASL Brindisi estratti da EDOTTO, per il periodo considerato, e come popolazione è stata utilizzata quella residente al 1° gennaio dell'anno successivo a quello in studio (fonte ISTAT). I dati sono stati pubblicati nella "Relazione sui determinanti di salute della popolazione della provincia di Brindisi 2011/2014", consultabile sul sito della Asl BR.

**RISULTATI**

In linea con i dati di mortalità del triennio 2008-2010, il settore percentualmente più rappresentato, nei tre anni presi in considerazione, è quello delle malattie del "sistema circolatorio" con il 36,3% nel 2013, il 37,6% nel 2012 e il 37,1% nel 2011, di tutte le morti registrate. Seguono i tumori e le malattie dell'apparato respiratorio, con rispettivamente il 27,7% e il 7,15% nel 2013, il 26,2% e 7,6% nel 2012, il 27% e 7,1% nel 2011.

**CONCLUSIONI**

I dati di mortalità sono un importante indicatore di benessere e salute di una popolazione; di fondamentale importanza è la qualità del dato che deve essere garantita in ogni fase, dalla compilazione della scheda ISTAT, alla codifica, all'attribuzione della causa di morte.

*RENCAM, schede di morte, ICD-X*



|                 | 2011   |      |                    |                   | 2012   |      |                    |                   | 2013   |      |                    |                   | 2014   |      |                    |    |
|-----------------|--------|------|--------------------|-------------------|--------|------|--------------------|-------------------|--------|------|--------------------|-------------------|--------|------|--------------------|----|
|                 | RENCAM |      | SCHEDE<br>MANCANTI | ELENCHI<br>COMUNE | RENCAM |      | SCHEDE<br>MANCANTI | ELENCHI<br>COMUNE | RENCAM |      | SCHEDE<br>MANCANTI | ELENCHI<br>COMUNE | RENCAM |      | SCHEDE<br>MANCANTI |    |
|                 | N.     | %    |                    |                   | N.     | %    |                    |                   | N.     | %    |                    |                   | N.     | %    |                    |    |
| BRINDISI        | 722    | 704  | 97,5%              | 18                | 805    | 793  | 98,5%              | 12                | 725    | 717  | 98,9%              | 8                 | 799    | 763  | 95,5%              | 36 |
| CAROVIGNO       | 135    | 131  | 97,0%              | 4                 | 169    | 162  | 95,9%              | 7                 | 138    | 126  | 91,3%              | 12                | 144    | 141  | 97,9%              | 3  |
| CEGLIE M.CA     | 218    | 218  | 100,0%             | 0                 | 238    | 234  | 98,3%              | 4                 | 289    | 264  | 91,3%              | 25                | 237    | 225  | 94,9%              | 12 |
| CELLINO S. M.   | 74     | 72   | 97,3%              | 2                 | 81     | 78   | 96,3%              | 3                 | 79     | 78   | 98,7%              | 1                 | 84     | 41   | 48,8%              | 43 |
| CISTERNINO      | 143    | 138  | 96,5%              | 5                 | 157    | 157  | 100,0%             | 0                 | 129    | 125  | 96,9%              | 4                 |        | 131  |                    |    |
| ERCHIE          | 77     | 77   | 100,0%             | 0                 | 72     | 67   | 93,1%              | 5                 | 65     | 62   | 95,4%              | 3                 | 83     | 81   | 97,6%              | 2  |
| FASANO          | 355    | 350  | 98,6%              | 5                 | 335    | 327  | 97,6%              | 8                 | 334    | 328  | 98,2%              | 6                 | 353    | 321  | 90,9%              | 32 |
| FRANCAVILLA     | 312    | 310  | 99,4%              | 2                 | 317    | 317  | 100,0%             | 0                 | 326    | 308  | 94,5%              | 18                | 270    | 252  | 93,3%              | 18 |
| LATIANO         | 168    | 167  | 99,4%              | 1                 | 163    | 162  | 99,4%              | 1                 | 142    | 142  | 100,0%             | 0                 | 161    | 155  | 96,3%              | 6  |
| MESAGNE         | 273    | 273  | 100,0%             | 0                 | 303    | 295  | 97,4%              | 8                 | 276    | 267  | 96,7%              | 9                 | 298    | 225  | 75,5%              | 73 |
| ORIA            | 135    | 135  | 100,0%             | 0                 | 173    | 172  | 99,4%              | 1                 | 122    | 120  | 98,4%              | 2                 | 172    | 170  | 98,8%              | 2  |
| OSTUNI          | 324    | 319  | 98,5%              | 5                 | 379    | 371  | 97,9%              | 8                 | 376    | 338  | 89,9%              | 38                | 351    | 332  | 94,6%              | 19 |
| SANDONACI       | 90     | 84   | 93,3%              | 6                 | 82     | 79   | 96,3%              | 3                 | 89     | 84   | 94,4%              | 5                 | 91     | 80   | 87,9%              | 11 |
| S. MICHELE S    | 55     | 54   | 98,2%              | 1                 | 75     | 72   | 96,0%              | 3                 | 75     | 72   | 96,0%              | 3                 | 59     | 58   | 98,3%              | 1  |
| S. PANCRAZIO S. | 73     | 72   | 98,6%              | 1                 | 92     | 85   | 92,4%              | 7                 | 115    | 112  | 97,4%              | 3                 | 102    | 96   | 94,1%              | 6  |
| S.PIETRO V. CO  | 142    | 139  | 97,9%              | 3                 | 141    | 138  | 97,9%              | 3                 | 155    | 151  | 97,4%              | 4                 | 147    | 142  | 96,6%              | 5  |
| S.VITO DEI N.   | 207    | 203  | 98,1%              | 4                 | 192    | 182  | 94,8%              | 10                | 190    | 182  | 95,8%              | 8                 | 193    | 191  | 99,0%              | 2  |
| TORCHIAROLO     | 37     | 37   | 100,0%             | 0                 | 63     | 59   | 93,7%              | 4                 | 52     | 47   | 90,4%              | 5                 |        | 17   |                    |    |
| TORRE S. S.     | 80     | 80   | 100,0%             | 0                 | 93     | 89   | 95,7%              | 4                 | 91     | 88   | 96,7%              | 3                 |        | 85   |                    |    |
| VILLA CASTELLI  | 83     | 81   | 97,6%              | 2                 | 81     | 75   | 92,6%              | 6                 | 88     | 65   | 73,9%              | 23                | 77     | 74   | 96,1%              | 3  |
| TOTALE          | 3703   | 3644 | 98,4%              | 59                | 4011   | 3914 | 97,6%              | 97                | 3856   | 3676 | 95,3%              | 180               | 3621   | 3580 | 98,9%              | 41 |

Tab. 3.1.1a - REGISTRO DI CAUSE DI MORTE, NUMERO DI DECESSI DAL 2011 AL 2014, SUDDIVISI PER COMUNE

**ID 661**

**RISCHIO LEGIONELLOSI IN IMPIANTI TERMALI E CENTRI BENESSERE**

S. Paduano; I. Marchesi; N. Saini; R. Barbolini; A. Bargellini; P. Borella

*Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena*

**INTRODUZIONE**

Gli stabilimenti termali sono oggi frequentati sia a scopo terapeutico che ricreativo. Le acque sorgive naturali sono utilizzate per lo più a temperature tra 30 e 40°C, condizione favorente la crescita di *Legionella* spp, con un potenziale rischio per gli utenti, specialmente immunodepressi. La pratica delle cure inalatorie e l'uso di vasche idromassaggio e docce aumentano il rischio di contrarre infezioni opportunistiche, come la Malattia dei Legionari. Nelle linee di distribuzione la moltiplicazione di batteri è favorita da fenomeni di stagnazione e incrostazione, associati con l'elevato contenuto di minerali di queste acque. Obiettivo di questo studio è focalizzare l'attenzione sul rischio di esposizione a *Legionella* spp nelle strutture termali attraverso una revisione critica della letteratura.

**METODI**

Dalle principali banche dati biomediche, abbiamo raccolto i lavori relativi alle strutture termali pubblicati dagli anni ottanta ad oggi, suddividendoli tra quelli che riportano casi e quelli riguardanti la presenza di *Legionella* in rapporto ai parametri chimico-fisici dell'acqua.

**RISULTATI**

La maggior parte delle pubblicazioni riporta contaminazioni da *Legionella* spp sia alla sorgente sia lungo le linee di distribuzione dell'acqua termale fino al punto di utilizzo. Temperature >60°C ed elevati livelli di zolfo e carbonato sembrano sfavorire la contaminazione da *Legionella*.

Oltre 60 articoli riportano polmoniti sostenute prevalentemente da *L. pneumophila* associate alla frequentazione di zone benessere, ma solo in 15 l'acqua contaminata è termale.

**CONCLUSIONI**

Nonostante la diffusa presenza di *Legionella* spp nell'acqua termale, i casi ad essa associati risultano scarsi, mentre sono prevalenti quelli causati da acqua di rete nelle aree benessere. Si conferma quindi la necessità di adottare misure preventive e di controllo della contaminazione da *Legionella* sia negli stabilimenti termali che nei centri benessere, generalmente meno sensibilizzati al problema.

*Legionella spp, acqua termale, prevenzione del rischio, spa*

**ID 680**

**GIOCATTOLI CONTENENTI MEZZI ACQUOSI: RISULTATI DI DIECI ANNI DI ANALISI MICROBIOLOGICHE**

L. Bonadonna 1; R. Briancesco 1; A. Fonda 2; G. La Rosa 1; M. Semproni 1

1 Istituto Superiore di Sanità, Roma

2 Ministero della Salute, Roma

**INTRODUZIONE**

I giocattoli anche in condizioni di utilizzo improprio non devono rappresentare un rischio per la salute dei bambini. Nel caso di giocattoli contenenti mezzi acquosi, semiliquidi o gelatinosi, oltre ai rischi connessi all'esposizione a eventuali sostanze pericolose presenti (cancerogene, mutagene, allergeniche), e a quelli legati agli aspetti meccanici del loro utilizzo, possono sussistere anche rischi di natura microbiologica. Questi ultimi sono riconducibili alla presenza di microrganismi patogeni o opportunisti patogeni nella matrice acquosa. A fronte dell'assenza, nel panorama scientifico internazionale, di studi di controllo della qualità microbiologica di questo tipo di giocattoli, l'ISS, anche su richiesta del Ministero della Salute, tra il 2003 e il 2015, ha effettuato indagini sulla qualità microbiologica di giocattoli contenenti liquidi.

**METODI**

In mancanza di una specifica normativa, per i parametri da ricercare e i relativi valori di parametro, il riferimento è una linea guida europea. METODI colturali e biochimici sono stati utilizzati per determinare varie specie e gruppi microbici. In alcuni campioni sono stati anche ricercati, con METODI molecolari, alcuni gruppi di virus enterici.

**RISULTATI**

Il 24% dei campioni esaminati è risultato non conforme ai limiti raccomandati. Di questi, il 99% dei giocattoli superava il limite suggerito per i batteri mesofili, mentre nel 46% è stato isolato *Pseudomonas aeruginosa*. Gli altri parametri microbiologici rispondevano quasi del tutto ai requisiti. In alcuni campioni sono stati identificati genomi virali appartenenti ad adenovirus e a enterovirus. Tuttavia, in coltura su monostrati cellulari non sono state evidenziate particelle virali infettanti.

**CONCLUSIONI**

A tutela della salute dei bambini, il rilevamento di così alti numeri di giocattoli non rispondenti ai limiti raccomandati sottolinea la necessità di effettuare controlli adeguati, soprattutto per quei giocattoli importati da Paesi esteri.

*Microbiological analyses, microbial risk, toys*

**ID 688**

**STUDIO DI BIOMONITORAGGIO INFANTILE IN RELAZIONE ALL'ESPOSIZIONE A INQUINANTI AMBIENTALI NELL'AREA DI TARANTO: STRATEGIE DI ARRUOLAMENTO E MODELLI GESTIONALI**

M.T. VINCI 1; A. GIORGINO 1; S. INSOGNA 1; L. MONGELLI 1; M. MONTEMURRO 2; C. RUSSO 1; A. PESARE 1; M. CONVERSANO 1

1 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL, TARANTO; 2 DSMC-UNIVERSITÀ DEGLI STUDI, BRESCIA

**INTRODUZIONE**

Il Dipartimento di Prevenzione della Asl Taranto ha avviato, insieme all'ISS e l'Università degli Studi di Brescia, la realizzazione di uno progetto di biomonitoraggio che studia l'esposizione a metalli con proprietà neuro-tossiche (arsenico, cadmio, mercurio, manganese e piombo) in fluidi e tessuti di soggetti in età evolutiva residenti nelle aree di Taranto a distanza variabile dall'area industriale, al fine di individuare eventuali associazioni con deficienze della sfera neuro-comportamentale e cognitiva. L'obiettivo del lavoro è valutare gli esiti del processo di adesione/arruolamento.

**METODI**

In relazione al differente livello di ricaduta degli inquinanti sono state individuate tre zone (Figura 1) attorno l'area industriale. Per ogni zona sono state individuate 4 Scuole Primarie, complessivamente 12 scuole, dove è stata previsto l'arruolamento di 25 bambini bilanciati per genere ed età. Le attività si sono articolate in incontri tecnico-informativi con i Pediatri di Libera Scelta, con i Dirigenti Scolastici e i Referenti delle scuole individuate. Successivamente, sono stati programmati, all'interno delle scuole selezionate, incontri informativi con i genitori e la consegna di una scheda di adesione al progetto.

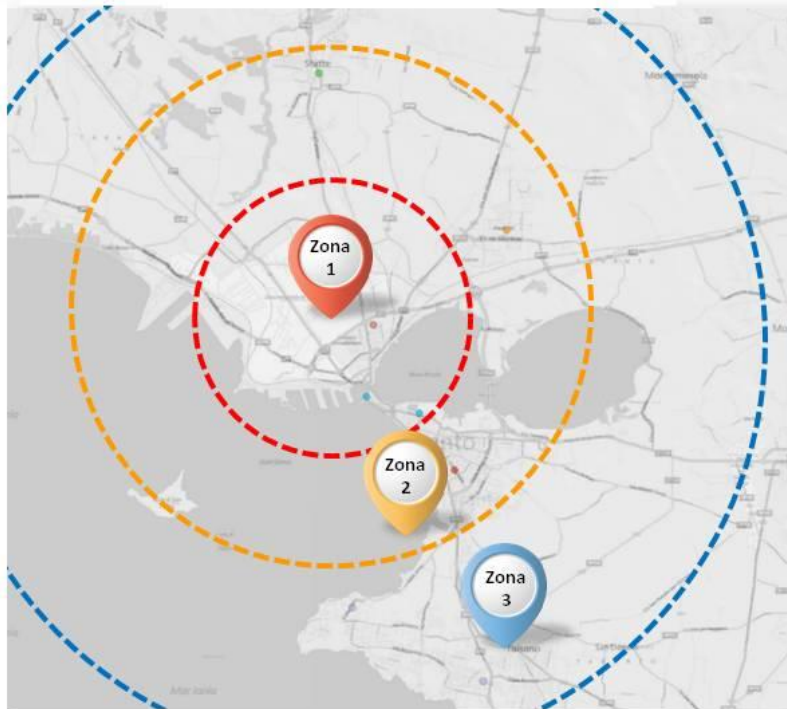
**RISULTATI**

Sono state consegnate 600 schede di adesione per l'arruolamento e restituite 434 (72%): la percentuale di adesione è stata del 69,1% (n=300), 5,3% i rifiuti (n=23), 4,8% gli esclusi per residenza (n=21), 2,8% gli esclusi per patologia (n=12), 18% gli esclusi per sovrannumero (n=78).

**CONCLUSIONI**

L'integrazione multidisciplinare ha registrato una buona adesione delle famiglie al progetto e successivo arruolamento dei bambini. L'utilizzo del setting scolastico ha sicuramente facilitato l'incontro con i genitori e il coinvolgimento attivo dei Pediatri di Libera scelta ha favorito la comprensione dello studio: l'approccio comunicativo è stata la carta vincente dal momento in cui il messaggio doveva raggiungere le famiglie.

# Zone Territoriali - Taranto



Individuate **3 zone** in funzione della distanza, in linea d'aria, dalla fonte:

- **ZONA 1**
- **ZONA 2**
- **ZONA 3**

Figura 1

**ID 690**

**CONTAMINAZIONE FECALE DA ESCHERICHIA COLI NELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: ANALISI RETROSPETTIVA SUI DATI DEL CONTROLLO UFFICIALE NELL'AMBITO TERRITORIALE DI LAMEZIA TERME**

G.Furgiuole;E.Caligiuri; P.Caputo; M.La Rocca; G.Perri; G.Renda; V. Rosato  
*Servizio Igiene Degli Alimenti e Della Nutrizione Ambito Territoriale di Lamezia Terme*

**INTRODUZIONE**

La contaminazione fecale da E.coli nelle acque destinate al consumo umano rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica. Il Servizio Igiene Degli Alimenti e Della Nutrizione di Lamezia Terme al fine di avere un quadro esaustivo sul numero dei casi di contaminazione da E.coli nelle acque distribuite nei Comuni ricadenti nella propria area territoriale di competenza, ha condotto una revisione e valutazione dei dati delle analisi microbiologiche e chimico fisiche eseguite sulle acque..

**METODI**

Lo studio di tipo descrittivo, condotto tramite analisi retrospettiva, ha preso in esame i casi di contaminazione da E.coli nelle acque destinate al consumo umano nel periodo compreso tra il 2005 e il 2015.. L'analisi dei dati è stata preceduta da una riorganizzazione e sistematizzazione degli stessi. È stato predisposto un file in formato elettronico Excel in cui sono state tabulate tutte le informazioni necessarie alla conduzione dell'indagine.

**RISULTATI**

La prima valutazione dei dati tabulati ha riguardato il numero dei casi di contaminazione fecale segnalati nel decennio preso in esame durante il quale, sono stati effettuati 3788 campionamenti di acqua nei vari punti di prelievo predisposti nei 21 comuni di competenza. La presenza di Escherichia Coli, si è riscontrata in 60 campioni pari al 2 % dei campioni totalmente esaminati.

**CONCLUSIONI**

Analizzando l'esito dell'indagine, appare evidente come, rispetto al numero totale dei campionamenti realizzati negli anni presi in esame, i casi di contaminazione fecale da E. coli riscontrati non sono stati rilevanti. Il progressivo sviluppo e miglioramento delle attività di controllo interno da parte degli Enti Gestori del sistema idrico associato al costante e attento rilievo e monitoraggio nel tempo dei casi riscontrati da parte degli operatori del SIAN ha permesso un'adeguata vigilanza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano.

**ID 715**

**REALIZZAZIONE DI UNO STUDIO CASO CONTROLLO DI BIOMONITORAGGIO: ARRUOLAMENTO DELLE DONNE E ANALISI DEL CAMPIONE**

S. Insogna 1; T. Battista 1; C. Russo 1; E. Stola 2; R. Lattarulo 1; A. Pesare 1; M. Conversano 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Ospedale S.S Annunziata, ASL Taranto

**INTRODUZIONE**

Alcuni studi evidenziano una possibile correlazione tra endometriosi ed esposizione ad inquinanti ambientali ad elevata persistenza. In questo contesto, l'ISS e ASL di Taranto hanno intrapreso la realizzazione di uno studio di biomonitoraggio al fine di approfondire tale relazione. Obiettivo: valutare la compliance tra le donne residenti nei comuni di Taranto e Statte con diagnosi laparoscopica di endometriosi (casi) e le donne sottoposte a laparoscopia per motivi diversi (controlli) nell'arco temporale di in un anno.

**METODI**

Le donne eleggibili per lo studio sono state selezionate dalle SDO relative ai ricoveri in strutture sanitarie pubbliche e private provinciali ed extra-provinciali (2010 -2014) e sulla base dei criteri di inclusione (età 20 - 40 anni, residenza a Taranto o Statte da almeno 10 anni, non aver mai allattato) verificati tramite chiamata attiva.

**RISULTATI**

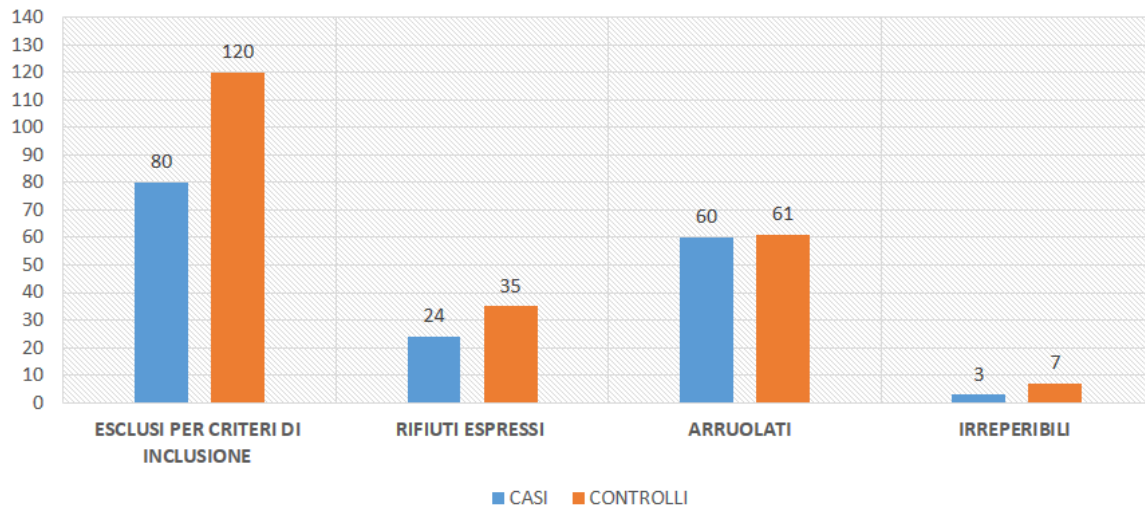
Sono stati individuati 163 possibili casi (età media 35,4 anni) e 223 possibili controlli (età media 32,6 anni). In tabella 1 sono rappresentati il n° dei casi e dei controlli arruolati per anno di ricovero riportato nella SDO. Nel grafico 1 si evidenzia l'esito del processo di arruolamento tra il campione dei casi e dei controlli. I casi arruolati sono stati 60 (età media 35,3 anni - adesione del 72%) mentre i controlli arruolati sono stati 61 (età media 32,2 anni - adesione del 62,5%). Si evince una distribuzione per età sovrapponibile a quella del campione iniziale individuato. La proporzione di donne escluse a causa dell'allattamento è doppia nel gruppo dei controlli rispetto a quella dei casi.

**CONCLUSIONI**

Considerando i criteri di inclusione molto selettivi, soprattutto per l'allattamento nel gruppo dei casi, si considera positiva l'adesione sul territorio. Ruolo decisivo è stato svolto in tal senso dalla cooperazione tra Ginecologo, deputato alla definizione clinica dei casi ed Epidemiologo, a dimostrazione dell'importanza della collaborazione tra Ospedale e Territorio.

*Biomonitoraggio, Endometriosi, Salute e Ambiente*

**Grafico 1: Esito del processo di arruolamento: confronto tra il campione dei potenziali Casi e Controlli (da SDO)**





**ID 720**

**LO STRESS OSSIDATIVO IN ETÀ ADOLESCENZIALE COME CONSEGUENZA DELLE ABITUDINI ALIMENTARI**

R. Bono; V. Bellisario; R. Tassinari; G. Trucco; P. Piccioni  
*Università degli Studi di Torino*

L'alimentazione può rappresentare un fattore di rischio nell'insorgenza di molteplici patologie. Ruolo che spesso è innescato da una condizione di stress ossidativo. Le sane abitudini sono in grado di inibire la cascata di eventi tossicologici che possono indurre ad una condizione di stress; diversamente un'alimentazione sbagliata potrebbe aumentare la suscettibilità individuale verso condizioni ambientali avverse, ad esempio allergeni aerodispersi, fumo di tabacco, agenti infettivi e inquinamento atmosferico. Obiettivo dello studio è stato quello di chiarire il contributo di alcune abitudini alimentari nell'insorgenza della condizione di stress ossidativo in una popolazione di adolescenti sani.

**Materiali/METODI**

E' stata misurata la concentrazione urinaria di 15-F2t-isoprostano, biomarker di stress ossidativo, in 148 adolescenti scolarizzati (6-19 anni) di Chivasso, città in provincia di Torino (27.000 abitanti, 520/Km<sup>2</sup>). Sono state analizzate anche variabili indipendenti allo scopo di spiegare, parzialmente, lo squilibrio redox nella popolazione scelta: a)età e sesso; b)BMI; c)consumo medio giornaliero di frutta, verdura, olio di oliva e consumo medio settimanale di pesce.

**RISULTATI/CONCLUSIONI**

Il campione è risultato omogeneo per sesso, BMI, dieta e concentrazione urinaria di 15-F2t-isoprostano. Le analisi hanno evidenziato una correlazione significativa ed inversamente proporzionale tra i livelli di 15-F2t-isoprostano e il consumo settimanale di pesce ( $p=0,006$ , coef.  $-0,586$ ) e con il consumo giornaliero di olio di oliva ( $p=0,018$ , coef.  $-0,344$ ). Questi RISULTATI evidenziano come i livelli di 15-F2t-isoprostano siano più alti nei soggetti che consumano basse quantità di olio d'oliva e pesce (< 1 volta al giorno/settimana). Una dieta ricca di cibi con proprietà antiossidanti induce livelli più bassi di infiammazione e quindi di stress ossidativo e, negli adolescenti, questi RISULTATI possono agevolare più incisive politiche di educazione alimentare.

**ID 732**

**FISH DOCTOR E CENTRI ESTETICI: UN CONNUBIO POSSIBILE NEL RISPETTO DELLA SALUTE PUBBLICA**

R. Pennazio 1,3; M. Prearo 2; M. Righetti 2; L. Serracca 2; A. Verzuri 1; N.Nante 1; P. Pastorino 1,2; M.P. Briata 3

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta

3 Dipartimento di Prevenzione, ASL 2 Savonese

**INTRODUZIONE**

L'uso dei pesciolini *Garra rufa* nelle pratiche estetiche è in aumento, sebbene non vi siano evidenze scientifiche che ne confermino da un lato l'efficacia, dall'altro la sicurezza dal punto di vista igienico sanitario. Il nostro progetto ha l'obiettivo di colmare almeno in parte questo gap e di abbozzare linee guida per il controllo di tali pratiche.

**METODI**

Abbiamo monitorato, nell'estate 2015, un centro estetico del Nord Italia con controlli periodici sui pesci, sull'acqua e sul biofilm. 36 *Garra rufa*, 18 campioni di acqua e 72 tamponi sul biofilm, sono stati esaminati per valutare la presenza di patogeni del pesce, per la conta batterica totale e della carica mesofila, e per rilevare la presenza di *E. coli*  $\beta$ -glucuronidasi, *L. monocytogenes*, *Salmonella* spp. (METODICA ELFA), *V. cholerae* e *V. parahaemolyticus* (METODICA PCR), Norovirus e dell'epatite virale A (METODI RT-PCR).

**RISULTATI**

I parametri chimico-fisici e batteriologici (incluso *Legionella* spp.) nell'acqua sono RISULTATI conformi così come gli esami condotti sui pesci. Le uniche positività, sono state riscontrate sul biofilm. La carica mesofila variava in un range compreso tra le 330 e 6.500 UFC/cm<sup>2</sup>, mentre la carica di *E. coli*  $\beta$ -glucuronidasi si attestava sempre su valori < 10 UFC/cm<sup>2</sup>. Anche le analisi biomolecolari sono risultate negative.

**CONCLUSIONE**

I parametri proposti rappresentano un approccio, sistematico e verificabile sia dai gestori dei centri estetici che dagli operatori sanitari. I risultati ottenuti con la loro applicazione sembrano incoraggianti rispetto alla sicurezza per la salute pubblica. Tuttavia solo ulteriori verifiche unitamente a nuovi dati scientifici, potranno meglio definire il rischio reale e valutare se tale approccio risulta corretto o necessita di controlli più o meno severi.

*linee guida per la fish pedicure, Garra rufa*



**ID 037**

**PREVENZIONE DELLA SALUTE ORALE NEGLI ADOLESCENTI**

L.C. Sala 1; M. Bacchi 1; A. Musso<sup>1</sup>, F. Fogliano 2, L. Trisoglio 2; C. Gariazzo 2; E.Crestani 2; G.C.Motta 2; P.Pichetto 2; P. Lesca 2; A. Dalmolin 3; M. Ferrari 3; D.Brioschi 4

*1 Health Prevention Dipartiment ASL Biella, Italy*

*2 Tooth Doctor ASL Biella, Italy*

*3 Università del Piemonte Orientale - sede di Biella*

*4 Comunication and training office, ASL Biella, Italy*

Nelle nazioni europee industrializzate, la percentuale di bambini con almeno un dente cariato è del 68% tra gli 8 e i 9 anni e dell'85% tra i 13 e i 14 anni.

L'incidenza di patologie odontoiatriche, ed in particolare della carie dentaria in età pediatrica, permane elevata anche a livello nazionale, regionale e nel territorio di competenza dell'ASL BI.

Per questo motivo il Servizio d'Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Biella ha deciso, già nel corso del 2014, in stretta collaborazione col Servizio di Odontoiatria ambulatoriale, e il Corso Universitario di Scienze Infermieristiche e biennio di specializzazione dell'Università di Novara, di avviare un progetto riguardante la promozione della salute orale in età evolutiva, rivolto a insegnanti, genitori e bambini delle scuole Primarie del territorio biellese. Il progetto, dal titolo "Salute orale per l'età evolutiva" è consistito in una prima fase "formativa" rivolta agli Insegnanti. La seconda fase, "operativa", si è concretizzata con controlli odontoiatrici gratuiti presso le scuole e le unità operative territoriali dell'ASL BI, nel corso dei quali sono stati distribuiti depliant informativi sull'igiene orale.

Il progetto è stato riproposto anche nel 2015 con alcune novità: la creazione di una pagina web di informazione e formazione permanente.

La pagina web realizzata è consultabile all'indirizzo [http:// i-denti-kit-prevenzione-biella.educationi](http://i-denti-kit-prevenzione-biella.educationi). Nel corso del 2016 nel proseguire l'attività ci si è orientati principalmente, al controllo odontostomatologico di bambini con condizioni socio-economiche familiari critiche.

**ID 166**

**IL TRAUMATISMO CRANICO NEGLI OPERATORI AGRICOLI: UNO STUDIO RETROSPETTIVO**

M. Riccò

*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, UOPSAL, Trento*

**INTRODUZIONE**

Scopo dello studio è valutare le caratteristiche dei traumatismi cranici occupazionali (TCO) negli operatori agricoli (OA) della Provincia Autonoma di Trento.

**METODI**

L'analisi ha riguardato tutti gli infortuni agricoli avvenuti fra 01/01/2000 e 31/12/2013 comportanti trauma cranico. Venivano richiamati i principali dati anagrafici, le caratteristiche del lavoratore e degli ambienti di lavoro, la descrizione dell'evento, e l'esito clinico.

**RISULTATO**

In totale, era identificati 328 TCO (26.7 casi/100,000 lavoratori/anno, 5.8/1,000,000 giornate lavorative), di cui 261 uomini (79.6%, 5.9/1,000,000 giornate lavorative), e 67 donne (20.4% 5.8/1,000,000 giornate lavorative), con un Incidence Rate Ratio = 1.12 (95%CI 0.85 - 1.49). L'età media era 43.7±15.3 anni, simile fra maschi (44.1±15.4 anni) e femmine (42.2±14.7 anni,  $p > 0.05$ ). In totale, 69 OA (20.7%) erano di età < 30 anni, 139 (37.8%) fra 30 e 50, 101 (30.8%) fra 51 e 65, e 20 (6.1%) >65 anni. La maggior parte dei casi era di origine italiana (85.1%) con incidenza simile fra italiani e stranieri (IRR 1.05 95%CI 0.77 - 1.46). Le cadute erano la causa più comune di TCO (39.1%), seguite dall'impatto con oggetti in caduta o in movimento (35.0%), e collisioni con autoveicoli e mezzi agricoli (6.25%).

La prognosi media era 24.7±36.9 giorni (mediana = 12). 295 (89.5%) TCO avevano piena restitutio ad integrum, mentre 33 OA (10.1%) non erano in grado di riprendere l'attività lavorativa, ed 1 di essi (0.3%) moriva a causa dell'evento, più frequentemente legato a caduta (12/33, 36.4%).

**CONCLUSIONI**

L'incidenza del TCO è risultata simile a precedenti report internazionali (Peeters et al, 2015) e, nonostante il numero di casi mortali sia risultato ridotto, l'elevata prevalenza di disabilità grave sottolinea l'importanza di prevedere politiche preventive appropriate al fine di limitare i rischi di caduta dall'alto e di impatto con corpi in movimento.

**ID 260**

**RICOSTRUZIONE FILOGENETICA DELL'ORIGINE E DISPERSIONE GEOGRAFICA DI ZIKA VIRUS**

E. Ebranati 1\*; E. Frati 2\*; V. Carta 1; L. Fiaschi 1; C. Veo 1\*; S. Bianchi 2\*; A. Amendola 2\*; M. Ciccozzi<sup>3</sup>; E. Tanzi 2\*; M. Galli 1\*; G. Zehender 1\*.

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco, Milano

2 Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Milano

3 Istituto Superiore di Sanità, Roma

\* Centro di Ricerca Coordinata dell'Università degli Studi di Milano "Episomi", Milano

**INTRODUZIONE**

Il virus Zika (ZIKV) è un virus a RNA classificato nella famiglia delle Flaviviridae, all'interno del genere Flavivirus. Isolato per la prima volta nel 1947 da un primate in Uganda e successivamente da zanzare del genere Aedes, negli ultimi anni il virus si è diffuso in molti continenti. L'infezione da virus Zika è asintomatica in circa l'80% dei casi ma si ipotizza un possibile ruolo della trasmissione verticale nell'insorgenza di microcefalia nei neonati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato il virus Zika una emergenza di Sanità Pubblica di interesse Internazionale.

**METODI**

Le tecniche di analisi filogenetica avanzate (filodinamica e filogeografia) applicate a sequenze/genomi virali, consentono la ricostruzione spazio-temporale dell'origine e della diffusione dei virus, dando un notevole contributo alla sorveglianza delle infezioni emergenti.

**RISULTATI E CONCLUSIONI**

Dalla analisi filogenetica e filogeografica è originato in Africa Centrale e si è poi diffuso in Africa Occidentale e nell'area del Sud Est Asiatico e da qui è stato introdotto nelle regioni dell' America Centrale e Meridionale negli ultimi anni. La stima dei tMRCA ha dato RISULTATI contrastanti. Infatti, considerando l'albero filogenetico costruito sulla base del dataset di sequenze NS5, l'origine della radice risalirebbe a circa 90 anni fa mentre utilizzando sequenze di genoma completo e della regione envelope, l'origine risulterebbe essere circa 160 anni fa.

L'analisi approfondita dell' evolutionary rate su sequenze parziali e genomi interi, suggerisce un'origine più antica rispetto al suo primo isolamento in Africa. Questo studio dimostra l'utilità delle applicazioni dei METODI di analisi filogenetica avanzata (filodinamica e filogeografia) alla sorveglianza epidemiologica di infezioni emergenti.

**ID 286**

**UN CASO DI EBOLA A SASSARI: DALLA TEORIA ALLA PRATICA**

F. Delogu<sup>1</sup>; D. Fracasso<sup>2</sup>; A. Miscali<sup>3</sup>; G. Papparelle<sup>4</sup>; D. Piras<sup>5</sup>; F. Montesu<sup>6</sup>; S. Contena<sup>7</sup>; G. Vargiu<sup>8</sup>; P.L. Ruzzu<sup>9</sup>; M. Mannazzu<sup>10</sup>; M.S. Mura<sup>11</sup>.

ASL Sassari Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (1,2,3,4,5,6,7,8,9);

AOU Sassari UOC Malattie Infettive (10,11).

**INTRODUZIONE**

Nel mese di maggio 2015 l'ASL e la AOU di Sassari sono state impegnate nella gestione dell'unico caso tutto italiano di Ebola. L'emergenza, affrontata fino a quel momento solo da un punto di vista teorico, ha evidenziato problematiche su cui le due aziende hanno dovuto confrontarsi e lavorare per trovare soluzioni in tempi estremamente ridotti.

**METODI**

Analisi delle procedure applicate con proposte per la risoluzione delle criticità riscontrate.

**RISULTATI**

Si sono evidenziate criticità riguardanti:

- preparazione dell'emergenza: ritardo nel recepire le direttive, velocità dell'apparato burocratico non compatibile con l'andamento dell'epidemia, adeguamento dei locali di degenza, addestramento del personale.
- gestione ospedaliera dell'emergenza: momento del ricovero del paziente da parte del 118, degenza, gestione del personale, trattamento di oggetti e superfici, condizionamento e trasporto dei rifiuti, trasferimento del paziente al Centro di riferimento nazionale.
- gestione territoriale dell'emergenza: sorveglianza sanitaria, gestione dei contatti in quarantena, rimozione dei rifiuti dall'abitazione in quarantena, attività di bonifica finale.

**CONCLUSIONI**

Dopo l'analisi si è proceduto a rivedere le procedure applicate ed è emersa la necessità di una programmazione condivisa tra gli Enti interessati che porti ad un adeguamento dei requisiti strutturali, strumentali ed impiantistici; ad acquisizione di organico tecnico - sanitario numericamente congruo e formato sui vari aspetti dell'emergenza; all'istituzione di equipe altamente qualificate di pronto intervento in grado di operare h 24; ad una pianificazione del coordinamento operativo in emergenza tra diverse UO: 118, Istituto Malattie Infettive, Laboratorio Analisi, Terapia Intensiva, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Direzioni Sanitarie con il coinvolgimento delle Unità di Crisi Locali e Regionali.

*emergenze in sanità pubblica*

**ID 576**

**FOCOLAIO DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE NELLE STRUTTURE ASSISTENZIALI PER ANZIANI: UN PROBLEMA EMERGENTE DI SANITÀ PUBBLICA?**

A. Beltrano 1; L. Testini 2; R. Paradisi 1; G.A.Porciello 4; E. Beltrano 5

1 Dipartimento della Prevenzione Usl Toscana Sudest – Arezzo

2 Attività Sanitarie di Comunità Usl Toscana Sudest – Arezzo

4 UOC Medicina Interna Ospedale Santa Margherita zona Valdichiana

5 P.S. Ospedale Pantalla USLUmbria 1

**INTRODUZIONE**

Clostridium difficile(CD)è l'agente microbico che più frequentemente causa diarrea nei pazienti ospedalizzati e negli utenti delle RSA.L'incidenza e la gravità delle infezioni sono in crescita continua e sono strettamente correlate alla fragilità dei pazienti e all'insorgenza di ceppi ipervirulenti.

**METODI**

Nel secondo semestre del 2015 e nei primi mesi dell'anno in corso sono stati notificati 9 casi di infezioni in pazienti provenienti prevalentemente da una RSA. Un incremento nel tempo e nello spazio che ha, in seguito all'indagine epidemiologica fatta dai medici del dipartimento di prevenzione,reso necessario il coinvolgimento di altre figure per ricostruire la catena del contagio attraverso l'individuazione dei percorsi effettuati dai pazienti e le modalità di trasmissione all'interno della struttura e al di fuori di essa.Tra essi i medici dell'ASC, gli ospedalieri,i medici di medicina generale.Dopo un'attenta analisi effettuata con i responsabili e gli operatori della struttura interessata,in considerazione dell'efficacia attribuita alla formazione degli operatori,è stato strutturato un incontro di formazione che ha coinvolto oltre al personale dell'Azienda sanitaria i medici di medicina generale, gli addetti all'assistenza e trasporto dei pazienti operanti nelle strutture e gli infermieri. Durante questo incontro sono stati condivisi e adottati protocolli per il contenimento dell'infezione e sono stati formalizzati canali di comunicazione tra i diversi settori interni all'azienda e con il territorio.

**RISULTATI**

Alle azioni svolte è seguita una interruzione nell'insorgenza di nuovi casi ,sia sporadici che in forma di focolaio,nella Valdichiana Aretina. A 6 mesi di distanza dall'ultima segnalazione non sono pervenute nuove notifiche.

**CONCLUSIONI**

L'esperienza ha ulteriormente confermato il ruolo essenziale e l'efficacia della formazione di tutte le figure professionali nella gestione e nel contenimento dei casi di infezione da CD

*clostridium difficile, residenze sanitarie assistenziali, infezioni ospedaliere.*

**ID 653**

**EMERGENZA MIGRANTI IN SANITÀ PUBBLICA: L'ESPERIENZA DELL'ASL3 GENOVESE**

N.L. Bragazzi 1; A. Robotti 2; L. Arenare 2; R. Sturlese 2; A. Opisso 2; F.A. Petrucci 2; C. Angeli 2; T.C. Saporita 2; V. Tofanelli 2; R. Rosselli 2; A. Cuccu 2; M.S. Gorbetta 2; G. Longo 2; M.T. Carlini 2; D. Zoli 2; S. Reggiani 2; L. Picori 2; M. Marti

1 Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università degli Studi di Genova, Genova

2 ASL3 Genovese, Genova

**INTRODUZIONE**

L'arrivo di un elevato numero di migranti, dovuto a una instabilità geopolitica del continente africano e alla riduzione del controllo alle frontiere, in tempi relativamente brevi, richiede alle Autorità Sanitarie Locali uno sforzo rilevante per identificare e gestire tempestivamente gli eventi relativi allo stato di salute della popolazione immigrata.

**METODI**

I migranti sono stati gestiti secondo il protocollo attivato in ASL3 Genovese (Figura 1). Quando è stato possibile, sono stati visitati in presenza di un mediatore culturale o del responsabile del centro di accoglienza. La visita medica ha compreso il rilievo anamnestico, la misurazione della temperatura corporea e l'esame obiettivo.

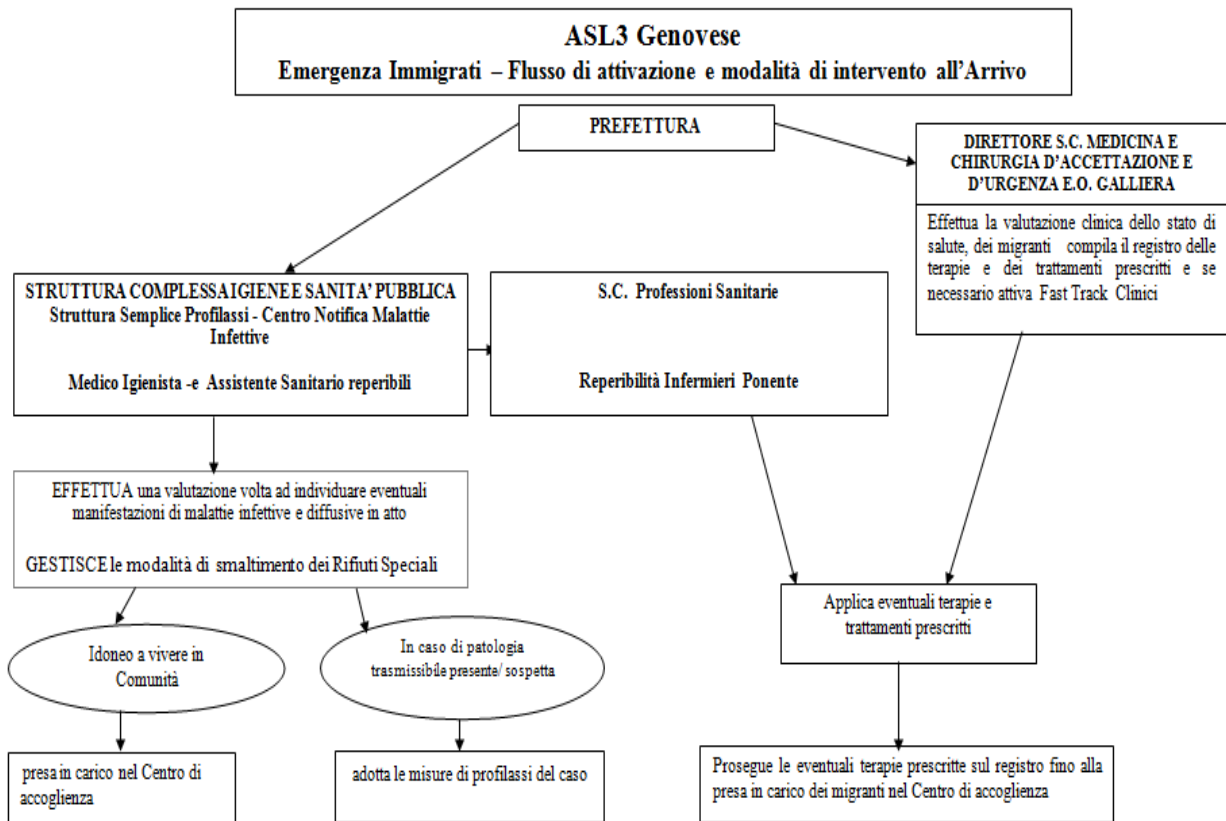
**RISULTATI**

Il numero totale di migranti arrivati nell'anno 2015 è stato di 1931; sono stati effettuati 73 interventi e 21 ricoveri. 237 migranti risultavano affetti da pediculosi, 151 da scabbia, 4 da miceti, 24 riportavano infezioni respiratorie, 16 patologie gastroenteriche, 10 ferite e/o traumi, 9 patologie articolari, 4 ustioni e 35 febbre di origine sconosciuta. Nell'anno 2016 (fino al 13 settembre 2016) sono stati effettuati 57 interventi e visitati 1493 migranti. Di questi 103 riportavano pediculosi, 120 scabbia, 28 micosi, 17 infezioni respiratorie, 3 patologie gastroenteriche, 18 ferite e/o traumi, 7 patologie articolari, 1 ustioni e 17 febbre di origine sconosciuta.

**CONCLUSIONI**

I nostri dati confermano l'importanza per la sanità pubblica di un adeguato protocollo per controllare l'eventuale insorgenza di malattie trasmissibili nella popolazione migrante.





**ID 733**

**TBC nella popolazione carceraria: un'esperienza**

G. Bagnasco; V. Silano

ASL VC, Vercelli

**INTRODUZIONE**

La TBC è ancora un importante problema di sanità pubblica ; casi in categorie fragili sono in aumento. Il nostro Servizio recentemente ha affrontato 2 casi a carico di detenuti.

**METODI**

A settembre 2015 la prima notifica: un cittadino spagnolo di 35 anni da 11 mesi presenta sintomatologia aspecifica, ma ad agosto manifesta emottisi, cui segue diagnosi di TBC polmonare bacillifera (es. diretto e colturale positivi per MT complex) e ricovero ospedaliero . Data la forma contagiosa si avvia indagine sui contatti(92 agenti, 56 detenuti, 1 cuoco, 1 educatore, 1 medico) con test Mantoux integrato ove necessario da test IGRA, RX torace, visita pneumologica. 2° controllo dopo 2 mesi ai negativi al primo test .

A maggio 2016 il 2° caso; un marocchino di 30 anni trasferito da altro carcere da 2 mesi viene sottoposto ad accertamenti dopo un periodo di febbre; l'RX torace e la coltura dell'escreato fanno diagnosi di TBC. Si avviano le indagini su soggetti non screenati precedentemente: 28 agenti, 24 detenuti, 2 medici.

**RISULTATI**

A seguito del 1° caso i controlli non individuano malati , ma 40 soggetti con infezione tubercolare : 9 agenti (5 viraggi tra 1° e 2° controllo); 30 detenuti; 1 cuoco. 13 di essi sono stati sottoposti a profilassi con isoniazide, gli altri a sorveglianza sanitaria.

Risultato della seconda indagine: 12 detenuti con infezione tubercolare latente.

**CONCLUSIONI**

Il carcere è luogo a rischio per patologie infettive; tra queste va considerata la Tuberculosis; motivi favorenti condizioni ambientali, promiscuità, origine da paesi ad alta endemia, altri fattori di rischio (HIV, uso di sostanze), ma anche carenza di controllo sia per detenuti che per operatori; le rigidità del sistema e la mobilità dei detenuti ostacolano una corretta presa in carico e un percorso diagnostico-terapeutico. La frequenza di TBC è più elevata di quanto emerge ed è una sfida per il SSN, al quale è affidata la responsabilità della sanità carceraria.

*TBC, carcere*

**ID 736**

**BAMBINI DECEDUTI PERCHÉ ABBANDONATI IN AUTO: ANALISI DEGLI EVENTI IN ITALIA E POTENZIALI STRATEGIE DI PREVENZIONE**

G. Scaioli; G. Scozzari; F. Bert; M.R. Gualano; R. Siliquini

*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino, Torino*

**INTRODUZIONE**

Sui principali quotidiani nazionali vengono riportate periodicamente notizie di bambini abbandonati in auto dai genitori o caregivers. In Italia non esistono ad oggi statistiche aggiornate su questo fenomeno, che rappresenta un problema di sanità pubblica, a causa dell'alta probabilità di fatalità, e delle drammatiche conseguenze per le famiglie. L'obiettivo di questo studio è quello di collezionare i dati disponibili sulle morti di bambini abbandonati in auto in Italia, e di discutere potenziali strategie per evitare il ripetersi di questo fenomeno.

**Materiali e METODI**

Nel Luglio 2016 è stata effettuata una ricerca, senza limiti temporali, sui siti web dei principali quotidiani nazionali (La Repubblica, Il Corriere della Sera, La Stampa, Il Sole 24 ore, Il Giornale) e sui motori di ricerca generalisti Google Italia e Yahoo Italia.

**RISULTATI**

Dalla ricerca è emerso come vi siano stati, dal 1998 al 2016, sette casi di bambini abbandonati in auto e deceduti. Tali morti sono sempre avvenute nel periodo tra maggio e luglio. Nella totalità dei casi ad abbandonare il bambino in auto è stato il genitore (in quattro casi il padre, in due la madre e in uno entrambi i genitori). In tutti i casi che hanno coinvolto un solo genitore, l'abbandono è avvenuto al mattino, mentre il genitore stava andando al lavoro, e il genitore ha dichiarato di aver dimenticato di portare il bambino a scuola o dalla baby-sitter. Tutti i bambini sono stati lasciati in auto per almeno tre ore.

**CONCLUSIONI**

L'analisi effettuata ha dimostrato come, anche in Italia, vi siano casi di bambini deceduti perché abbandonati in auto. Il Ministero della Salute ha promosso delle raccomandazioni per prevenire tali eventi (ad esempio, lasciare sempre qualcosa di importante – borsa, portafogli - nei sedili posteriori dell'auto). Tuttavia la soluzione più efficace per prevenire la quasi totalità dei casi sarebbe installare segnalatori che avvertano, a motore spento, se il bambino è ancora in auto.

*bambini; auto; abbandono*

**ID 057**

**COMPLESSA GESTIONE DI UN FOCOLAIO DI SCABBIA DI GRANDI DIMENSIONI NEL TERRITORIO RIMINESE**

M. Marotta; A. Pecci; G. Crociati; D. Giovanardi; P. Napoli; I. Guerra; F. Toni  
*Azienda Usl della Romagna - U.O. Igiene e Sanità Pubblica di Rimini*

**INTRODUZIONE**

La Scabbia è una dermatosi parassitaria causata da *Sarcoptes scabiei var-hominis*. Vengono indagati i problemi relativi ad un focolaio di grandi dimensioni che ha coinvolto 244 contatti.

**METODI**

Nell'ospedale di Rimini viene sottoposto a visita dermatologica un bimbo di anni 2 accompagnato da 5 familiari. Lo specialista fa diagnosi di Scabbia a tutti e 6. Il bimbo frequenta il nido mentre dei suoi 5 familiari: la madre è estetista in un centro di parrucchiere, 2 parenti lavorano in una pizzeria (pizzaiolo e cassiera); la nonna è Operatrice Socio Sanitaria in una casa di riposo al nucleo psichiatrico e inoltre fa attività di volontariato nella Croce Rossa Italiana; un altro parente frequenta la scuola media. A tutti lo specialista prescrive una terapia a base di permetrina al 5% con trattamento 3:7:3.

Si è provveduto ad allertare la Tutela della Salute della famiglia, donna ed età evolutiva per i 2 minori e l'Asur di Pesaro per un contatto stretto ivi residente.

Nella casa di riposo dove lavora la nonna del bimbo perviene una nuova notifica di caso accertato di scabbia in un ospite che si trova al nucleo rosa e non al nucleo psichiatrico.

In accordo con i medici della RSA tutti gli ospiti della casa di riposo vengono sottoposti a profilassi seguendo lo schema 1:7:1.

Quest'ultimo caso ha 2 fratelli che lavorano come parrucchieri nello stesso centro estetico dove lavora come estetista anche la madre del caso indice. Il medico competente sottopone a visita medica tutti i dipendenti del centro.

**RISULTATI**

Trascorso il periodo della sorveglianza sanitaria (60 giorni dall'ultimo contatto) non si rilevano ulteriori casi di scabbia.

**CONCLUSIONI**

La collaborazione con il personale della Tutela della Salute della famiglia, donna ed età evolutiva, con il personale della Casa di riposo e la corretta gestione del focolaio epidemico ha sicuramente favorito l'applicazione delle specifiche misure preventive e curative ed ha eliminato la diffusione della malattia.



**ID 063**

**CONOSCENZA, ATTITUDINE E PRATICA DEI PEDIATRI ITALIANI NEI CONFRONTI DELLE VACCINAZIONI**

A. Filia; A. Bella; F. D'Ancona; C. Giambi; C. Rizzo; M.Fabiani; M. Del Manso; MC.Rota  
1 Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma  
2 Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, Direzione Generale Cura della Persona, Sal

**INTRODUZIONE**

L'adesione della popolazione alle vaccinazioni appare molto influenzata dalla capacità degli operatori sanitari di comunicare con i genitori, di gestire il dissenso informato e di fronteggiare le false controindicazioni. Nell'ambito di un progetto CCM, finanziato dal Ministero della Salute, sullo sviluppo di strumenti formativi e informativi sulle vaccinazioni, è stata condotta un'indagine per valutare le conoscenze, le attitudini e la pratica dei pediatri italiani nei confronti delle vaccinazioni.

**METODI**

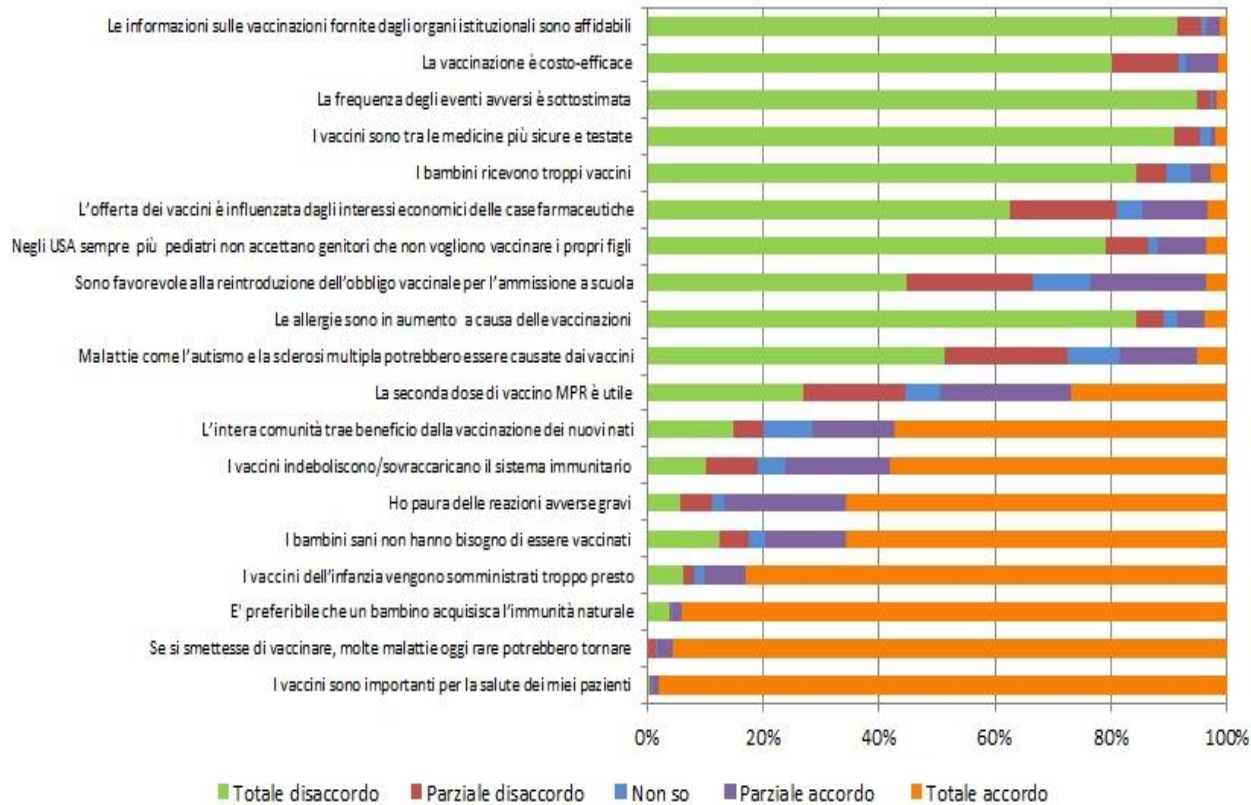
L'indagine è stata condotta attraverso un questionario on-line prevalentemente a risposte chiuse. Sono stati invitati a partecipare oltre 10.000 pediatri appartenenti alle società scientifiche pediatriche SIP, FIMP, ACP, SimPe e SIPS.

Risultati. Hanno risposto al questionario 903 dei 1.256 pediatri che avevano inizialmente aderito all'indagine, di cui il 72% era pediatra di libera scelta. L'età media dei pediatri partecipanti era 56 anni e l'84% aveva un'anzianità di laurea di oltre 20 anni. Il 95% si è dichiarato assolutamente a favore delle vaccinazioni ma il 34% non si sente sufficientemente informato, soprattutto sulla tematica dei rischi e della sicurezza delle vaccinazioni. Il 5% ha identificato correttamente tutte le 11 vere (n=3) e false (n=8) controindicazioni alla vaccinazione elencate. Il 66% verifica sistematicamente che i propri pazienti siano in regola con le vaccinazioni.

**CONCLUSIONI**

La maggior parte dei pediatri italiani è favorevole alle vaccinazioni. Tuttavia, una percentuale rilevante dichiara di non sentirsi sufficientemente preparato sull'argomento, soprattutto sui rischi e la sicurezza delle vaccinazioni. L'indagine evidenzia la necessità di migliorare la disponibilità di strumenti informativi adeguati e l'offerta formativa ai medici, affinché possano essere in grado di rispondere ai dubbi dei genitori, migliorare la loro adesione alle vaccinazioni, ed evitare occasioni perse dovute a false controindicazioni.

*vaccinazioni, survey, pediatri*



**ID 069**

**ATTUALITÀ IN TEMA DI DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HCMV NELL'IMMUNOCOMPROMESSO, CON IL TEST ANTIGENEMIA PPUL83 (PP65)**

G. Del Gaudio 1; C. Mazzone 1; V.M. Lerario 2

Laboratorio di Virologia; A.O.U. Policlinico Consorziale – Bari (1)

Statistico(2) - Indirizzi e-mail : g.delgaudio@libero.it – carmela.mazzone@yahoo.it

**INTRODUZIONE**

La terapia precoce antivirale, guidata da AGe e DNAe, ha ridotto l'incidenza di malattie da HCMV negli immunocompromessi.

**MATERIALI E METODI**

188 campioni di sangue (da 156 pazienti immunocompromessi: 52,5% SOT e 26,3% HCST) sottoposti ad AGe e art-PCR, triennio 2010-2012 (2180 i campioni testati con l'AGe in totale). Antigenemia HCMV ppUL83 (pp65): campione di sangue con EDTA (3-7 ml: n. PMNL  $\geq$  103/mmc); Kit CINA pool (Argene): tecnica I.F.I. con monoclonali 1C3 + AYM-1 anti-pp65. Strumenti: cappa cl.II, citocentrifuga, invertoscopio, microscopio a fluorescenza. Test pos.:  $\geq$ 1 PMNL /2x 105. Estrazione DNA: in automatico con "X-tractor Gene™" da 200 microl. di sangue con EDTA; kit "Helix DNA plus" (Nanogen). Real Time PCR: Kit CMV ELITE MGB (Nanogen); termociclatore: ABI PRISM 7300.

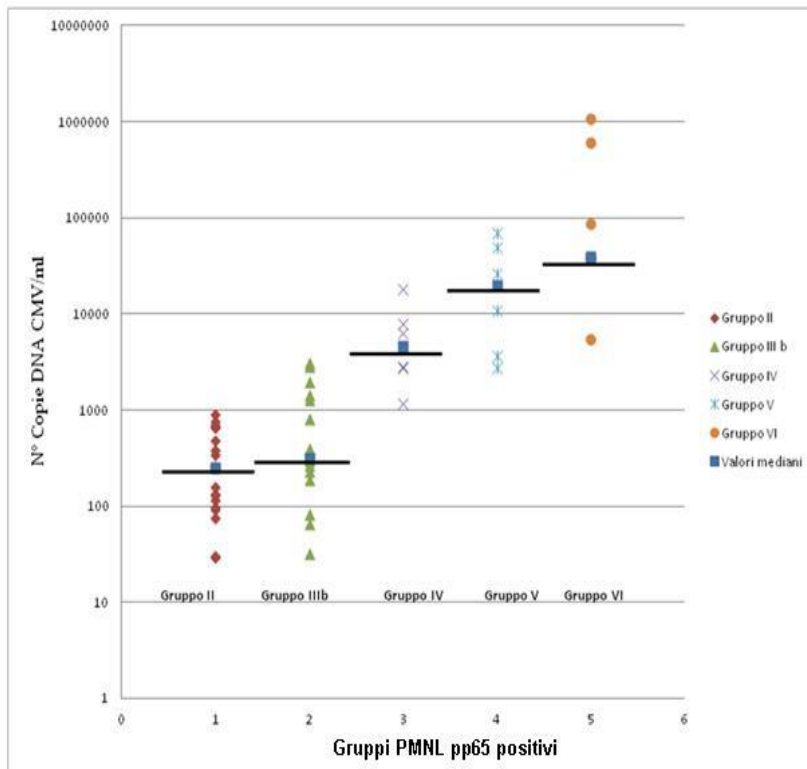
**RISULTATI**

188 campioni analizzati: AGe e DNAe negative in 118 e positive in 40. Positivi % dei 2 test :  $\chi^2$  (Yates corretto) = 0,63 < 3,84 , p < 0,05 (p = 0,42). I risultati appaiati, AGe e DNAe, di 183 campioni (esclusi 5, positivi anomali) suddivisi, in base a valori crescenti di AGe, in 6 gruppi (Valori Min.-Max.: AGe :0 -2200 PMNL pos.; DNAe: 0 -1.086.707 gv :Tab. Fig.). 35 campioni positivi: coeff. di Pearson r = 0,880 (t = 10,6593 > 2,75, p < 0.0005); coeff. di Spearman rs = 0,751 (t = 6,5496 > 2,75, p < 0.0005). AGe rispetto alla DNAe : Sensibilità : 68% (I.C.95% : 56-80), Specificità: 91% (I.C.95% : 87-96), VPP: 78% (IC95% : 67-90), VPN : 86% (I.C.95% : 80-92).

**CONCLUSIONE**

L'AGe CMV (1776 i test nel triennio 2013-2015) è utilizzata, in particolare, in situazione di urgenza, per la rapida impostazione della metodica e l'assenza di inibitori delle reazioni immunologiche del test; l'alta specificità e la sensibilità adeguata alla richiesta diagnostica, la rendono tuttora idonea per la diagnosi iniziale, il monitoraggio della terapia anti-HCMV e come test alternativo di conferma.

*HCMV; Antigenemia ppUL83-pp65 (AGe); DNAemia (DNAe); genomi virali(gv)*



**Fig.** Diagramma a dispersione dei livelli di copie genomiche/ml di CMV (in nero, la mediana) relativi ai gruppi di PMNL pp65 positivi in elenco.



**ID 126**

**ANDAMENTO EPIDEMIOLOGICO DEL MORBILLO NELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO - GENNAIO - AGOSTO 2016**

R. Ortolani 1; U. Vairo 2  
*ASL Napoli 1 Centro*

**INTRODUZIONE**

Tra il 1° gennaio al 31 agosto 2016 sono stati segnalati in Campania 157 casi di morbillo di cui il 40% in pazienti residenti nella ASL Napoli 1 Centro.

**METODI**

Le schede di sorveglianza, compilate per tutti i casi di morbillo, sono state informatizzate ed analizzate con metodo epidemiologico-statistico.

**RISULTATI**

Dall'analisi è emerso che il 61% dei pazienti ha un'età compresa tra 0 e 18 anni e l'età media è uguale a 15 anni; il 78% non è vaccinato; l'85% è stato ricoverato; su 44 casi che hanno presentato almeno una complicanza il 44% ha meno di 5 anni. L'alta percentuale di ricoveri indica che la segnalazione è stata effettuata quasi, esclusivamente, per i casi più gravi e che quindi il numero reale dei casi totali risulta sottostimato.

**CONCLUSIONI**

L'alta contagiosità dell'infezione di morbillo e la concomitante riduzione delle coperture vaccinali che in Campania e nella ASL Napoli 1 Centro risulta di gran lunga inferiore alla soglia minima del 95% (per due dosi di vaccino) necessaria per interrompere la trasmissione endemica del morbillo, sono da ritenersi le cause principali dell'aumentata incidenza dei casi di morbillo. Infatti dai dati relativi alle coperture vaccinali della 1° dose di MPR entro 24 mesi di età emerge che nella ASL Napoli 1 Centro solo il 72,93 % dei bambini risulta vaccinato. Da ciò ne deriva che il 27,07 % dei bambini non risulta essere protetto. Pertanto solo attraverso l'offerta della vaccinazione a tutti coloro che non hanno contratto il morbillo e/o che non hanno completato lo specifico programma vaccinale con la necessaria seconda dose di MPR si potrà scongiurare un'altra epidemia di morbillo simile a quella che si è verificata nel 2002.

**ID 132**

**IMPATTO DELLA VACCINAZIONE ANTI-HPV SULLE DIMISSIONI OSPEDALIERE PER CONDILOMATOSI NELLA REGIONE VENETO (2007-2015)**

S. Cocchio 1; T. Baldovin 1; C. Bertoncetto 1; A. Buja 1; P. Furlan 1; F. Russo 2; M. Saia 2; V. Baldo 1

1 Università degli studi di Padova, Padova

2 Regione Veneto, Venezia

**INTRODUZIONE**

Il papillomavirus umano (HPV) è coinvolto nella patogenesi di patologie ad elevato impatto socio sanitario tra cui i condilomi.

Lo scopo del presente studio è la valutazione dell'andamento dei ricoveri ospedalieri per i condilomi nella regione Veneto e la stima dell'impatto della vaccinazione anti-HPV.

**METODI**

L'analisi è stata condotta sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) nel periodo 2007-15. Sono state incluse tutte le SDO contenenti il codice ICD9-CM 078.11 sole se associate ad un intervento chirurgico ablativo in sede genitale. I tassi di ospedalizzazione sono stati correlati con i seguenti periodi di studio: 2007-09 basso tasso di copertura vaccinale (TCV) anti-HPV; 2010-12 TCV medio; 2013-15 TCV alto. L'analisi è stata condotta utilizzando l'SPSS e il Joint Point Regression Program.

**RISULTATI**

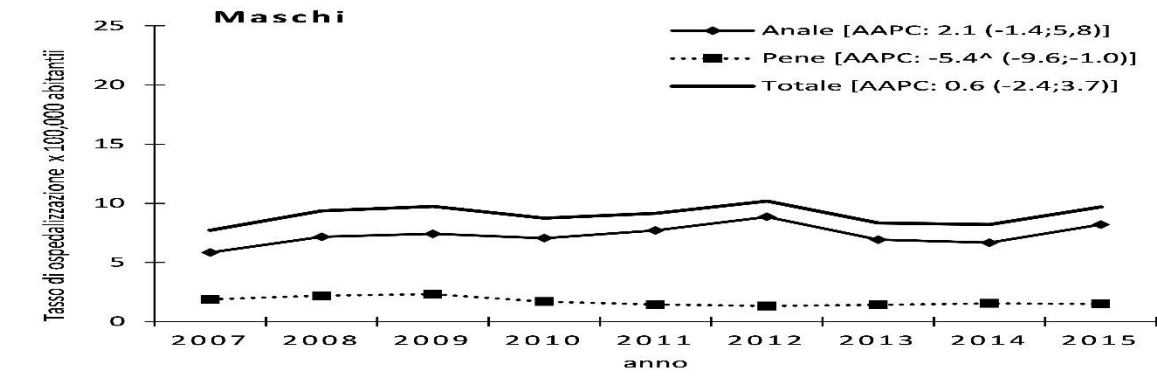
Nel periodo in studio si sono registrati 4.521 ricoveri per condiloma (tasso annuo 16,0 per 100.000 abitanti: 9,2 maschi e 22,5 donne). Il tasso si è ridotto significativamente nelle donne, da 16,3 del 2007 a 9,6 per 100.000 nel 2015, mentre nei maschi è risultato sostanzialmente stabile (6,8 nel 2007 e 8,6 per 100.000 nel 2015). Si è registrata una significativa diminuzione dei condilomi genitali (vulva/vaginale e pene), non presente invece per i condilomi anali (Figura 1). Nel gruppo di età <21 aa (potenzialmente vaccinabili) si è evidenziata una riduzione dal 2010-12 al 2013-15 per i condilomi della vulva/vagina e una lieve riduzione nei condilomi del pene. Stabili nel periodo i condilomi anali (Tabella 1).

**CONCLUSIONI**

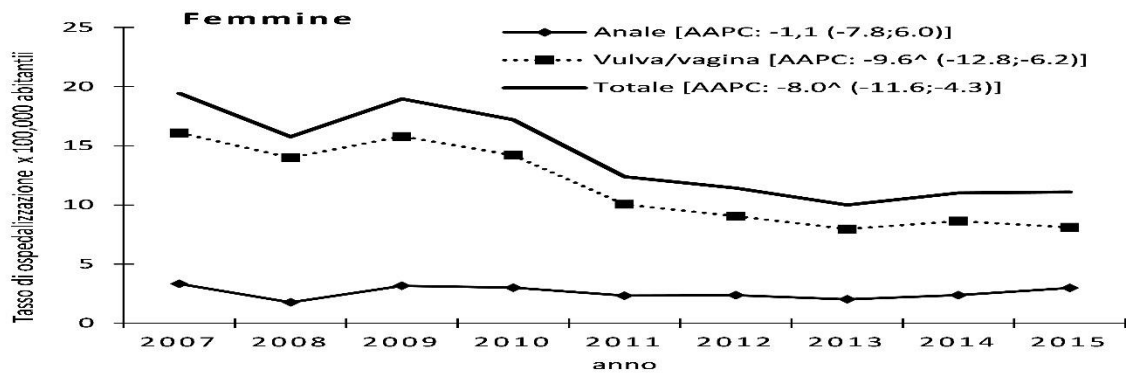
I RISULTATI dello studio evidenziano come i ricoveri per condiloma abbiano un impatto importante sui servizi sanitari. La riduzione delle ospedalizzazioni nel sesso femminile (soggetti <21 aa) sottolinea l'importanza della vaccinazione come misura preventiva. Ulteriori analisi dovranno essere condotte per valutare l'impatto della strategia vaccinale adottata nella nostra Regione soprattutto per quanto riguarda i condilomi anali.

*ospedalizzazione, vaccinazione antiHPV, condilomi genitali.*

**Figura 1 – Andamento del tasso di ospedalizzazione per condiloma nella regione Veneto, per sesso e sede anatomica (2007-2015)**



<sup>^</sup>p<0,05



<sup>^</sup>p<0,05

**Tabella 1** –Tasso di ospedalizzazione (per 100.000) nella regione Veneto, per sede anatomica, sesso, gruppo di età e periodo

| Sede anatomica         | Genere         | Gruppo di età | 2007-2009 | 2010-2012 | 2013-2015 |
|------------------------|----------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Anale</b>           | <b>Maschi</b>  | <21           | 5,9       | 4,0       | 4,7       |
|                        |                | 21-26         | 16,5      | 17,9      | 16,7      |
|                        |                | 27-46         | 9,9       | 13,0      | 12,7      |
|                        |                | >46           | 3,7       | 3,9       | 3,7       |
|                        | <b>Femmine</b> | <21           | 2,4       | 2,7       | 1,5       |
|                        |                | 21-26         | 11,2      | 8,0       | 5,5       |
|                        |                | 27-46         | 4,4       | 4,1       | 4,3       |
|                        |                | >46           | 0,6       | 0,9       | 1,1       |
| <b>Organi genitali</b> | <b>Maschi</b>  | <21           | 1,1       | 0,7       | 0,4       |
|                        |                | 21-26         | 5,0       | 3,9       | 6,0       |
|                        |                | 27-46         | 3,2       | 2,2       | 2,2       |
|                        |                | >46           | 1,2       | 0,9       | 0,7       |
|                        | <b>Femmine</b> | <21           | 40,7      | 30,9      | 11,5      |
|                        |                | 21-26         | 57,7      | 44,5      | 39,1      |
|                        |                | 27-46         | 23,9      | 15,9      | 12,5      |
|                        |                | >46           | 2,7       | 2,6       | 2,1       |

**ID 148**

**PREVALENZA DI CONDILOMI SELF-REPORTED IN UN CAMPIONE DI STUDENTI DELL'UNIVERSITA' DI PADOVA**

S. Cocchio 1; T. Baldovin 1; C. Bertoncetto 1; A. Buja 1; E. Bicciato 1; D. Gazzani 2; S. Majori 2; V. Baldo 1

1 Università degli studi di Padova, Padova

2 Università degli studi di Verona, Verona

**INTRODUZIONE**

I condilomi sono lesioni genitali sostenute dal papilloma virus umano (oltre il 90% dai tipi 6 e 11), nonostante rappresentino una delle malattie sessualmente trasmesse più frequenti, la loro epidemiologia non è ben definita soprattutto per il sesso maschile. L'obiettivo dello studio è stato di stimare la prevalenza dei condilomi e di valutare i fattori associati alla patologia.

**METODI**

Studio trasversale condotto nel 2015 presso l'Università di Padova utilizzando un questionario anonimo autocompilato al momento dell'iscrizione all'università. Sono state raccolte informazioni sui condilomi clinicamente diagnosticati (long-life e negli ultimi 24 mesi) e sulle caratteristiche socio-demografiche e di comportamento sessuale. I fattori associati alla patologia sono stati esaminati attraverso analisi multivariata.

**RISULTATI**

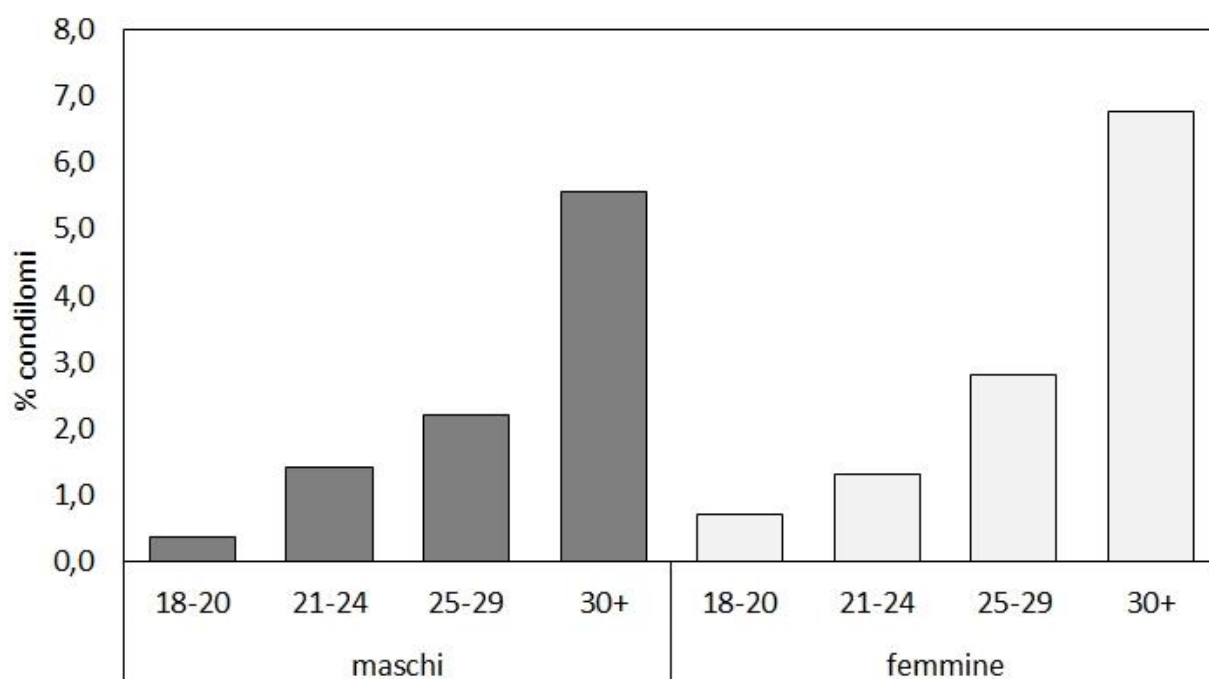
Sono stati analizzati 10.049 soggetti, l'età media è risultata pari a  $21,6 \pm 4,6$  anni e il 59,4% di sesso femminile. Complessivamente la prevalenza di condilomi è pari a 1,2% (95%CI:1,0-1,4), senza differenze significative tra genere, il 26,6% sono stati riportati nell'ultimo anno. La più alta frequenza è stata registrata nell'età  $\geq 30$  aa (5,6%, 95%CI:2.5-8.7 nei maschi e 6,7%, 95%CI:3,4-10,2 nelle femmina; p=n.s) (Figura 1). Le variabili di rischio associate ai condilomi per entrambi i sessi sono state la presenza di altre infezioni sessualmente trasmesse oltre ai condilomi, il numero di partner sessuali negli ultimi 24 mesi. L'uso routinario del preservativo è risultato un fattore protettivo. Nei maschi, ulteriori fattori di rischio sono RISULTATI la diversa attitudine sessuale rispetto all'eterosessualità e l'abitudine al fumo (Tabella 1).

**CONCLUSIONI**

Lo studio fornisce un contributo alla definizione del quadro epidemiologico della malattia da HPV anche per il sesso maschile, evidenziando i fattori comportamentali direttamente correlabili alle condilomatosi e sui quali effettuare strategie preventive mirate.

*HPV, prevalenza, condilomi.*

**Figura 1- Prevalenza percentuale di condilomi clinicamente diagnosticati, per genere e gruppo di età**



**Tabella 1 - Analisi multivariata dei fattori associati ai condilomi**

| Variabile                                       | Maschi            | Femmine          |
|-------------------------------------------------|-------------------|------------------|
|                                                 | Adj OR [95% CI]   | Adj OR [95% CI]  |
| Età (continua)                                  | 1,04 [0,99-1,08]  | 1,10 [1,06-1,13] |
| Età primo rapporto sessuale (continua)          | 1,00 [0,83-1,20]  | 0,89 [0,77-1,03] |
| N° partners ultimi 24 mesi (continua)           | 1,07 [1,02-1,12]  | 1,07 [1,01-1,13] |
| Rapporto di coppia                              |                   |                  |
| esclusivo                                       | -                 | -                |
| non esclusivo                                   | 1,09 [0,41-2,91]  | 2,34 [1,10-4,99] |
| single                                          | 0,73 [0,30-1,79]  | 1,74 [0,96-3,18] |
| Comportamento sessuale                          |                   |                  |
| eterosessuale                                   | -                 | -                |
| omosessuale                                     | 8,63 [3,20-23,25] | 0,71 [0,09-5,67] |
| transessuale/bisessuale                         | 3,59 [1,05-12,30] | 0,79 [0,27-2,28] |
| Infezioni sessualmente trasmissibili (si vs no) | 7,29 [3,09-17,19] | 5,29 [2,89-9,69] |
| Uso del preservativo                            |                   |                  |
| no                                              | -                 | -                |
| occasionale                                     | 0,70 [0,27-1,80]  | 0,87 [0,45-1,69] |
| routinario                                      | 0,36 [0,15-0,89]  | 0,43 [0,22-0,86] |
| Fumo                                            |                   |                  |
| non fumatore                                    | -                 | -                |
| ex fumatore                                     | 6,99 [2,61-18,74] | 0,93 [0,37-2,34] |
| fumatore                                        | 4,21 [1,68-10,56] | 1,04 [0,59-1,86] |

**ID 153**

**SCREENING DELLA TUBERCOLOSI NEGLI OPERATORI SANITARI: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA DI ROMA**

C. Napoli 1,2; F. Ferretti 1; F. Di Ninno 1; R. Orioli 1, A. Marani 1, M.G. Sarlo 1, A De Luca 2, L. Sommella 2, G.F. Tarsitani 1, G.B. Orsi 1,2

1 "Sapienza" Università di Roma, Roma

2 Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Roma

**INTRODUZIONE**

Gli operatori sanitari (OS) costituiscono una categoria professionale particolarmente esposta al rischio infettivo e, in questo ambito, un posto di riguardo è occupato dalla Tuberculosis (TB). Pertanto, lo screening per TB è considerato uno strumento di prevenzione strategico per gli OS sia in paesi con alta che bassa incidenza di malattia. Il test cutaneo di intradermoreazione secondo Mantoux (Mantoux) è largamente utilizzato con tale finalità, ma presenta problemi di bassa specificità; mentre al contrario, il test interferon-gamma release assay (IGRA) presenta maggior sensibilità e specificità ma è più costoso.

**METODI**

Il presente studio riporta i RISULTATI dello screening per TB tra OS dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma dotata di circa 450 posti letto e con circa 1800 dipendenti, durante un periodo di tre anni (2013-2015). Lo screening è stato effettuato, tramite Mantoux come test di primo livello ed IGRA (con METODICA QuantIFERON-TB) come test di secondo livello.

**RISULTATI**

Sono stati arruolati 2290 OS (913 uomini e 1377 donne; età media 44+13 anni), di questi 141 (6.1%) sono RISULTATI positivi al test Mantoux; tra loro, 99 (70.2%) sono stati sottoposti ad IGRA e, di questi, 16 sono RISULTATI positivi (16.1%).

Nessuna associazione tra la positività a Mantoux o IGRA ed ambito professionale (reparti di assegnazione del personale) è risultata statisticamente significativa; gli infermieri sono RISULTATI la categoria con maggior positività a test Mantoux (8.5%).

**CONCLUSIONI**

La frequenza di OS positivi per TB non sembra discostarsi da quelle riportate in altri paesi con bassa incidenza di TB. I RISULTATI, inoltre, confermano l'alta specificità del test IGRA; tuttavia, a causa degli alti costi del test IGRA, il test Mantoux può essere considerato un buon test di primo livello, i cui RISULTATI positivi devono, però, essere confermati tramite IGRA prima di sottoporre i pazienti ad ulteriori diagnosi strumentali o chemioterapia.

**ID 158**

**VISSUTO DI UN CAMPIONE DI FAMIGLIE ITALIANE DOPO IL RICOVERO DI UN LORO FIGLIO A CAUSA DELLA GASTROENTERITE DA ROTAVIRUS**

F. Marchetti 1; V. Vetter 2; G. Conforti 3; S. Esposito 4; P. Bonanni 5

1 GSK Vaccines, Senior Medical Advisor, Verona

2 GSK Vaccines, Global Medical Affairs Leader, Wavre, Belgio

3 Pediatra di famiglia, Genova

4 UO Pediatria ad Alta Intensità di Cura della Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

5

**INTRODUZIONE**

La gastroenterite da rotavirus (GARV) può evolvere clinicamente fino a richiedere l'ospedalizzazione. Si stima che in Italia la GARV causi circa 15.000 ricoveri/anno. Tali ricoveri impattano sulla salute pubblica, sui costi sanitari e sul vissuto dei genitori del bambino ricoverato. La GARV è una malattia prevenibile mediante vaccinazione. E' stata allestita una indagine al fine di documentare il disagio dei genitori dopo il ricovero dei loro figli a causa della GARV.

**METODI**

L'indagine è stata realizzata nell'ambito di una ricerca di mercato (sociale) e si è basata su un campione di convenienza (non randomizzato), estratto da un database preesistente, comprendente genitori con storia di ricovero per GARV di uno dei loro figli di età compresa tra 0-5 anni. Lo stress vissuto dai genitori durante il ricovero del loro bambino è stato stimato mediante una scala 0-10.

**RISULTATI**

Nel mese di dicembre 2015 sono stati intervistati telefonicamente 500 genitori equamente distribuiti tutto il Paese. La maggioranza (96,8%) dei bambini ricoverati era nata a termine (Figura 1). La diarrea acuta è stato il motivo principale (47,2%) per il ricovero in ospedale, seguito da condizioni generali critiche e disidratazione (29,1%). Il motivo predominante di preoccupazione per i genitori è risultato essere il malessere dei bambini (media 8.42; SD 0.999) seguito da vomito/diarrea (media 8.07; SD 0,968). In generale, lo stress per la famiglia è stata classificato come « elevato » dal 67,2% dei genitori. Il 91,8% dei ricoverati non erano vaccinati contro i rotavirus (Tabella 1) e il 74,5% dei genitori non erano a conoscenza dell'esistenza di tali vaccini.

**CONCLUSIONE**

Nonostante i limiti metodologici, l'indagine documenta un elevato livello di stress dei genitori durante il ricovero dei loro figli. Trattandosi di una malattia prevenibile da vaccino, è auspicabile la definizione di un programma di educazione delle famiglie sulla GARV in Italia.



**ID 163**

**IL SERVIZIO DI AUTOLAVAGGIO PUO' RAPPRESENTARE UN RISCHIO LEGIONELLOSI PER L'UTENTE?**

A. Pierobon 1; T. Baldovin 2; C. Bertoncetto 2; E. Destefani 3; M. Gennari 3; M. Zoppelletto 4; V. Baldo 2

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

2 Dipartimento di Medicina Molecolare, sede di Igiene Università degli Studi di Padova, Padova

3 Dipartimento di Prevenzione ULSS 3 – Bas

**INTRODUZIONE**

Le legionelle sono batteri Gram-negativi ubiquitari che, a seguito di moltiplicazione negli ambienti acquatici artificiali, possono costituire un potenziale rischio per la salute umana. La legionellosi si presenta come una polmonite acquisita in comunità con sintomi polmonari e radiografici non diversi da altre forme di polmonite infettiva.

**METODI**

Vengono presentati due casi di infezione da Legionella pneumophila associati all'utilizzo di autolavaggi in Veneto. La diagnosi si è basata sulla presenza di sintomi clinici e radiografici, sulla rilevazione dell'antigene urinario (Alere BinaxNOW® Legionella, USA) e del titolo anticorpale specifico (SERION ELISA classic, Germany). Sono state attivate l'indagine epidemiologica ed ambientale per individuare la sorgente di infezione.

**RISULTATI**

Nel giugno 2015 e maggio 2016, due soggetti di 56 e 59 anni hanno presentato sintomi clinici e radiografici compatibili con un quadro di polmonite. Entrambi sono RISULTATI positivi alla ricerca dell'antigene urinario e nel secondo soggetto il titolo anticorpale per Legionella pneumophila sg.1-7 era aumentato di almeno 4 volte. L'indagine ambientale ha identificato come verosimile fonte di esposizione due diversi autolavaggi, RISULTATI entrambi positivi per Legionella pneumophila sg.2-14. Gli autolavaggi sono stati sottoposti a bonifica risultando negativi al successivo controllo.

**CONCLUSIONI**

Qualsiasi sistema idrico in grado di produrre aerosol può essere considerato una potenziale fonte di trasmissione di Legionella, tra cui gli autolavaggi, dove affluiscono annualmente un gran numero di utenti. In tali impianti dovrebbero essere implementate adeguate misure di prevenzione e controllo della crescita di Legionella al fine di tutelare la salute di utenti e operatori di autolavaggio. Sarebbe auspicabile l'utilizzo contestuale di più METODI diagnostici attualmente disponibili per ottenere la corretta diagnosi eziologica e una sicura correlazione con la fonte di infezione.

**ID 167**

**I GIOVANI E LE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE: RISULTATI DI UN'INDAGINE CONDOTTA TRA I GIOVANI STUDENTI DELLA CITTA' DI MESSINA**

E. Barbagallo; B. Cosenza; F. Mazzù; I. Picerno; P. Spataro; G. Visalli  
AOU POLICLINICO G.MARTINO, VIA CONSOLARE VALERIA, MESSINA

**INTRODUZIONE**

La diffusa informazione sulle modalità di trasmissione delle IST e di esposizione al rischio, ancora oggi è un problema, specie in età giovanile, nonostante la presenza di un patrimonio consolidato di conoscenze. In base ai dati dell'OMS, dei 340 milioni di nuovi casi annuali, 11 milioni interessano giovani di età inferiore a 25 anni e più della metà delle nuove infezioni da HIV ogni anno colpiscono giovani tra 15-24 anni. Scopo dello studio è stato quello di osservare la conoscenza delle IST su un campione di studenti del primo anno dei corsi di laurea universitari e dell'ultimo anno di scuola secondaria di Messina e valutare la loro aderenza nel promuovere comportamenti idonei ad evitare il rischio di contagio.

**METODI**

L'indagine è stata svolta somministrando un questionario anonimo a risposta multipla, costituito da una parte anagrafica (sesso, età, orientamento sessuale, maturità), una inerente la conoscenza del rischio e una relativa agli aspetti socio-educativi.

**RISULTATI**

Hanno partecipato allo studio 2.256 studenti di cui 1.485 del 5 anno di scuola secondaria e 771 del 1 anno di università, di questi hanno rispettivamente risposto correttamente il 43% e 56%. Il 40% degli studenti delle scuole superiori e il 50% degli studenti delle università non conoscono le vie di trasmissione delle IST, dato allarmante considerando che molti degli studenti dichiarano di fare sesso con sconosciuti anche senza protezione. Circa la metà degli studenti crede che l' HIV sia guaribile.

**CONCLUSIONI**

Da questi primi dati si può dedurre che i ragazzi percepiscono come lontane le problematiche relative alle IST e l'informazione è spesso vissuta come predica. Essi ritengono di essere immuni dal subire conseguenze da comportamenti a rischio, pertanto ritengono che solo gli altri siano esposti al contagio. C'è bisogno quindi di migliorare l'informazione con modalità innovative per abbattere i pregiudizi e convincere i giovani che questo problema è interesse di tutti..

**ID 168**

**RIDUZIONE DELLA COPERTURA DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELLA POPOLAZIONE 18-64ENNE DEL LAZIO: CAMPAGNE 2007/08-2014/15**

V. Santoro 1; V. Pettinicchio 1; M.O. Trinito 2; A. Lancia 3; S. Iacovacci 4; V. Minardi 5

1 Università di Roma Tor Vergata – Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva;

2 Dipartimento di Prevenzione Asl Roma 2;

3 Distretto 9 Asl Roma 2;

4 Dipartimento di Prevenzione Asl Latina;

5 Istituto Superiore di Sanità, Roma

**INTRODUZIONE**

La Sorveglianza PASSI fornisce una stima della copertura della vaccinazione antinfluenzale nella popolazione generale fra 18 e 64 anni e in gruppi specifici di popolazione.

**OBIETTIVI**

Stimare la copertura della vaccinazione antinfluenzale tra i 18-64enni del Lazio dalla campagna 2007-08 a quella 2014-15;

Stimare la distribuzione di tale copertura fra i sessi, i gruppi socioeconomici e tra chi riferisce almeno una patologia cronica.

**METODI**

Sono state analizzate le 22.718 interviste telefoniche rappresentative della popolazione 18-64enne residente nel Lazio, raccolte in continuo negli anni 2008-2015. Sulla base della combinazione fra livello d'istruzione e condizione economica riferiti, ad ogni intervistato è stato attribuito un livello socioeconomico (alto, medio e basso). L'analisi è stata condotta distintamente per genere su dati pesati.

**RISULTATI**

Nel Lazio durante le otto campagne antinfluenzali analizzate, la percentuale di intervistati di età 18-64 anni che ha riferito di essersi vaccinata è stata mediamente del 9,9 (range: 6,6%-13,3%), simile nei due sessi. La copertura nello stesso periodo si è significativamente ridotta sia fra gli uomini ( $p=0,0008$ ) sia fra le donne ( $p=0,0001$ ).

Tale decremento risulta significativo nella popolazione cui è stato attribuito un livello socioeconomico medio ( $p=0,0009$  negli uomini;  $p=0,0371$  nelle donne). Significativamente ridotta anche la prevalenza di donne vaccinate con un alto livello socioeconomico ( $p=0,0020$ ).

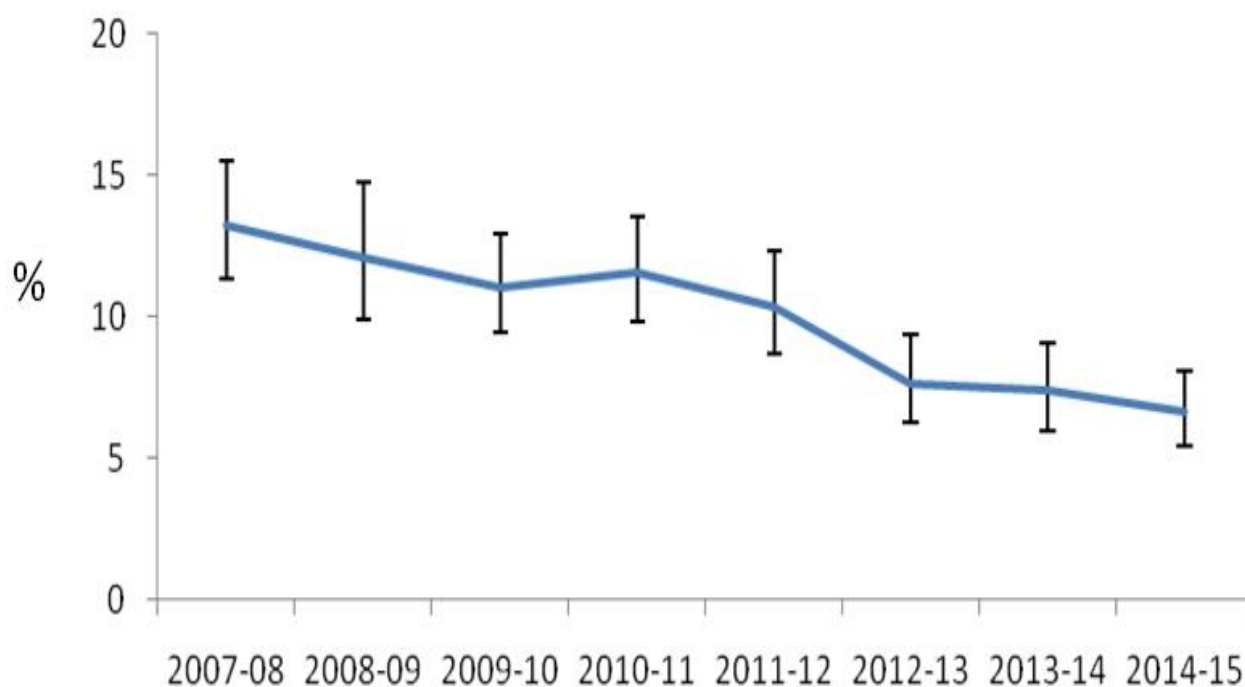
La vaccinazione antinfluenzale è più diffusa nelle persone con almeno una patologia cronica; tuttavia, anche in questo caso, la copertura è in decremento (dal 29,5% del 2007-08 al 18,6% del 2014-15).

**CONCLUSIONI**

I significativi decrementi della copertura della vaccinazione antinfluenzale nella popolazione 18-64enne, perfino in quella portatrice di almeno una patologia cronica, la cui copertura raccomandata è del 75%, indicano la necessità di elaborare strategie di comunicazione diverse e più efficaci.

*Influenza, Passi, disuguaglianze*

## Copertura vaccinazione antinfluenzale nella popolazione 18-64enne del Lazio: campagne 2007/08-2014/15 - Sorveglianza Passi 2008-15



**ID 185**

**Stima dell'attività virucida dello Xibornolo nei confronti di virus patogeni del cavo orale**

M. Verani<sup>1</sup>; C. Bigini<sup>2</sup>; F. Nannipieri<sup>2</sup>; S. Ceccanti<sup>2</sup>; S. Vecchiani<sup>2</sup>; A. Carducci<sup>1</sup>  
*1 Laboratorio di Igiene e Virologia Ambientale, Dipartimento di Biologia, Università di Pisa*  
*2 Abiogen Pharma S.p.A.*

**INTRODUZIONE**

L'attività virucida del 6-isobornil-3-4-xilenolo (xibornolo) sui patogeni del cavo orale è nota sin dagli anni '70 ed è stata documentata per circa un decennio, tuttavia la sua determinazione è basata prevalentemente su pochi dati clinici. La stima sperimentale in vitro quantitativa è limitata dal fatto che né la farmacopea europea né quella americana prevedono test appropriati, tuttavia alcune norme recenti, che riguardano gli antisettici, possono essere adattati a tale scopo.

**METODI**

Le prove in vitro sono state effettuate seguendo, per quanto possibile, le indicazioni della norma europea UNI EN 14476 che prevedono:

- Test di contatto tra virus e 3 concentrazioni diverse del principio attivo, opportunamente diluite per evitare effetti tossici;
- Condizioni sperimentali differenti (pulito e contaminato);
- Stima del titolo virale su colture cellulari con metodo di Karber (log DCP50/ml).

I virus testati sono stati scelti tra quelli più strettamente responsabili di infezioni delle alte vie respiratorie: Human Adenovirus, Human Rhinovirus e Human Coronavirus.

**RISULTATI**

Complessivamente, per la concentrazione commercializzata (3%), i RISULTATI ottenuti mostrano un andamento comune per tutti i virus con un titolo medio, pari a  $4,1 \pm 0,7$  log DCP50/ml, che si annulla dopo i test di contatto in ogni condizione. L'abbattimento medio è risultato maggiore nelle condizioni di pulito con valore medio di 4 log, rispetto ai test in condizioni di contaminazione (3 log).

**CONCLUSIONI**

I dati confermano l'azione virucida dello xibornolo ed evidenziano, per la prima volta, un dato quantitativo indicante una diversa efficienza in relazione alla presenza di contaminanti nella matrice. È ipotizzabile estendere lo studio anche in ottica di una eventuale sperimentazione clinica del prodotto per verificarne l'efficacia anche sulle mucose del cavo orale.

*Xibornolo, attività virucida, virus patogeni del cavo orale*

**ID 209**

**TUBERCOLOSI POLMONARE: ANALISI RETROSPETTIVA DELLE OSPEDALIZZAZIONI 2001-2015**

D. Berti 1; M. Nicolis 1; S. Tardivo 1; G. Callegaro 2; V. Baldo 3; M. Saia

1 Università degli Studi di Verona

2 Regione Veneto Azienda ULSS 13;

3 Università degli Studi di Padova;

4 Regione Veneto Area Sanità e Sociale

**INTRODUZIONE**

Pur essendo l'Italia classificata come un paese a bassa prevalenza di tubercolosi, in considerazione della trasmissibilità e dell'esponenziale incremento dei ceppi multiresistenti e degli importanti flussi migratori, tale patologia è tornata di estrema attualità.

**Materiali e METODI**

Per dimensionare l'impatto della TBC polmonare negli ospedali del Veneto è stato condotto uno studio retrospettivo (2001-2015), selezionando gli specifici codici ICD9-CM (011.xx), riportati sulla SDO sia come diagnosi principale che secondaria.

Oltre all'analisi delle caratteristiche anagrafiche dei soggetti, tra le quali cittadinanza e residenza, è stata condotta, limitatamente ai residenti veneti un'analisi delle ospedalizzazioni per 100.000 residenti.

**RISULTATI**

Si è assistito a 6.061 ricoveri più frequentemente a carico del sesso maschile (61%), senza significative differenze di genere, di età ( $47,2 \pm 18,5$  anni) che per durata della degenza (DM:  $22,8 \pm 8,7$  gg.).

I ricoveri dei non residenti in Italia, pari all'11% del campione, di età decisamente contenuta ( $33,7 \pm 6,5$ ), hanno evidenziato un trend in crescita statisticamente significativo (X2 trend: 22,199;  $p < 0,05$ ) quasi triplicato confrontando primo e ultimo anno nel quale si è assistito a 62 ricoveri, raggiungendo il 20% del totale. Escludendo i residenti in altre regioni (10%), si è assistito a 4.789 ospedalizzazioni a carico di residenti in Veneto (TO: 6,6), in costante calo (X2 trend: 213,471;  $p < 0,05$ ), dimezzando i valori iniziali e attestandosi nell'ultimo anno a 3,4 per le femmine e 6,6 per i maschi. Relativamente infine alla cittadinanza, il 54% dei casi si riferisce a cittadini UE, seguiti da cittadini africani (19%) e di paesi europei extra UE (18%), ciò tenendo conto dell'allargamento dell'UE verificatosi negli ultimi anni.

**CONCLUSIONI**

Quanto emerso, specie per le resistenze ai farmaci antitubercolari, conferma la necessità di intensificare le politiche preventive anche e soprattutto a livello extraospedaliero.

*Epidemiologia, Malattie infettive, Tubercolosi, Prevenzione, Ospedalizzazione*

**ID 211**

**L'INFEZIONE CONGENITA DA CITOMEGALOVIRUS: QUANTO E' CONOSCIUTA?**

L. Pellegrinelli<sup>1</sup>; V. Primache<sup>1</sup>; L. Bubba<sup>1</sup>; M. Terraneo<sup>2</sup>; A. Caserini<sup>3</sup>; M. Barbi<sup>1</sup>; S. Binda<sup>1</sup>

*1 Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute - Università degli Studi di Milano, Milano*

*2 Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale - Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano*

*3 Laboratorio di Indagini Demoscopiche, LID - Università degli*

**INTRODUZIONE**

L'infezione congenita da Citomegalovirus (cCMV) è un serio problema di sanità pubblica, poiché la maggior causa di sordità infantile nel mondo. Sebbene il cCMV registri un numero maggiore di casi rispetto a condizioni congenite più conosciute, come la Sindrome di Down-Toxoplasmosi-spina bifida, precedenti lavori esteri hanno mostrato che questo virus è poco conosciuto e sottovalutato. Le norme igieniche per prevenire cCMV spesso non sono note o attuate.

Scopo di questo studio è stato saggiare la bontà della conoscenza di cCMV in un'ampia popolazione italiana.

**METODI**

Lo studio è stato svolto tramite CAWI (computer-assisted web-interviewing); un questionario che indagava diversi aspetti legati alla conoscenza di cCMV è stato inoltrato via e-mail alle 70.975 persone afferenti all'Università degli Studi di Milano (studenti, personale accademico e non accademico).

**RISULTATI**

Dei 10.190 intervistati, solo la metà dichiarava di aver sentito parlare di CMV. Complessivamente i sintomi dell'infezione congenita nel bambino sono stati riconosciuti da una quota compresa tra il 15% e il 56% ed il 54% dei soggetti confidava che l'infezione si presentasse sintomatica alla nascita. Considerando le risposte relative alle norme igieniche attuabili per prevenire l'infezione nella donna gravida, 1/3 dei soggetti confondeva cCMV con la Toxoplasmosi e circa il 56% non riconosceva il bambino quale fonte di infezione. Circa il 34% degli intervistati riteneva che non fosse necessario seguire alcuna norma igienica per donne con anticorpi anti-CMV.

**CONCLUSIONI**

CMV è un serio problema medico e dovrebbe rappresentare una priorità e una sfida per la sanità pubblica, in termini di informazione, screening e management del paziente. Nel nostro studio la conoscenza su cCMV è risultata scarsa e confusa. E' prioritario dare alla popolazione gli adeguati strumenti per conoscere il virus e le norme igieniche necessarie per prevenire l'infezione.

**ID 235**

**IMPATTO DELLA PERTOSSE SULLA POPOLAZIONE ITALIANA NEL PERIODO 2001-2014**

F. Brosio; P. Kuhdari; A. Stefanati; L. Piccinni; S. Lupi 1; P. Perrone; S. Ferioli; G. Gabutti  
*Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara*

**INTRODUZIONE**

La pertosse, causata da *Bordetella pertussis*, rappresenta un'importante causa di morbosità e mortalità infantili, nonostante le elevate coperture vaccinali da tempo raggiunte. Scopo dello studio è valutare l'impatto della pertosse sulla popolazione italiana nel periodo 2001-2014 in termini di ricoveri.

**METODI**

Sono state richieste al Ministero della Salute le schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei ricoveri nazionali nel periodo 2001-2014, per pertosse da *B. pertussis*, da *B. parapertussis*, pertosse da altri organismi specificati, pertosse da organismi non specificati e polmonite in pertosse. I dati sono stati elaborati attraverso il Software Microsoft Excel. Per il calcolo dei tassi sono stati utilizzati i dati della popolazione residente (ISTAT).

**RISULTATI**

Sono stati analizzati 7.102 ricoveri per pertosse (diagnosi principale) nel 2001-2014 per tutte le fasce d'età; il 60,4% dei ricoveri è risultato per pertosse da organismi non specificati. I ricoveri sono stati prevalentemente in regime ordinario (90,9%), di tipo urgente (78,4%), di durata inferiore ad una settimana (73,8%); la modalità di dimissione di tipo ordinario al domicilio (90,2%). Il 53,3% dei pazienti ricoverati è risultato di sesso femminile. Il 63,6% dei ricoveri ha coinvolto pazienti <1 anno d'età (vedi fig.1), con un tasso di ospedalizzazione pari a 59/100.000 abitanti. Il trend di distribuzione dei ricoveri è sovrapponibile negli anni considerati con un picco nel 2002 (15,1% di tutti i ricoveri). Il numero di ricoveri è risultato maggiore in Sicilia (18%).

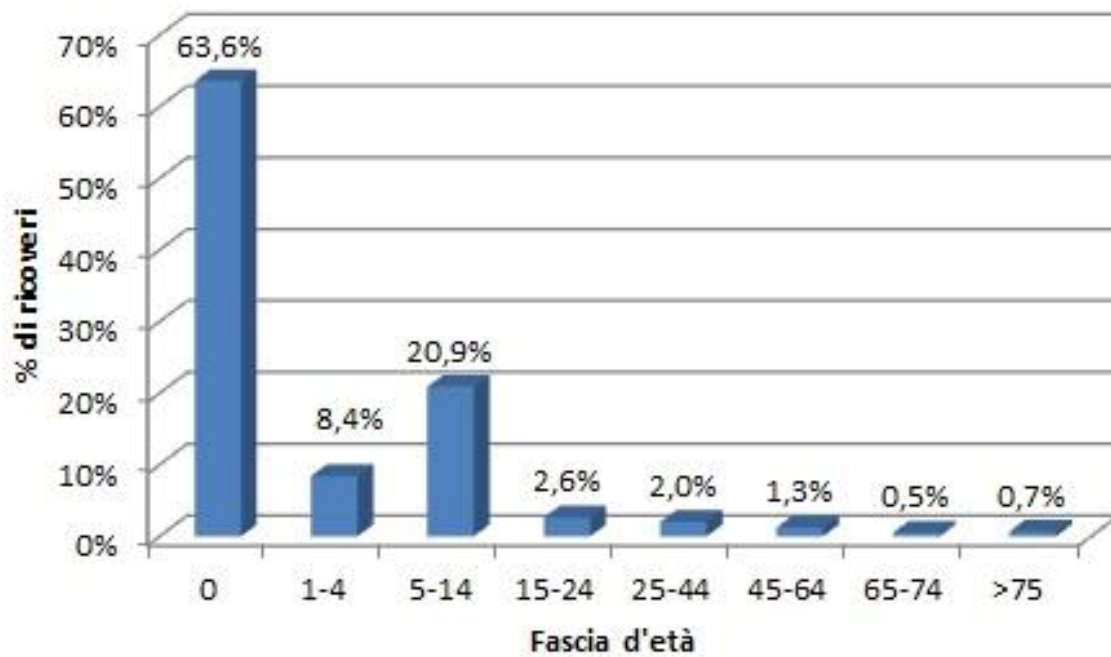
**CONCLUSIONI**

La pertosse è ancora un'importante causa di ricovero in età pediatrica (<1 anno) in Italia. La problematica della sottoutilizzazione e della sottodiagnosi comporta tuttavia una sottostima della patologia. E' necessario perciò incrementare il sistema di sorveglianza e il ricorso alla diagnostica di laboratorio a livello ospedaliero per i casi sospetti.

Figura 1. Trend dei ricoveri per pertosse per fascia d'età (2001-2014).

*pertosse, ricoveri, SDO, sottoutilizzazione*





**ID 237**

**STRATEGIE DI INTERVENTO IN REGIONE CAMPANIA DELL'INFEZIONE DA HIV E DELL'AIDS ALLA LUCE DEI DATI DEL CENTRO OPERATIVO AIDS (COA) E DELLA DELIBERA REGIONALE n° 147 del 12.04.2016**

A. Simonetti; R. Ortolani

A.U. Federico II, Napoli; Asl Napoli 1 Centro, Napoli

Tra il 2012 e il 2014 il COA riporta che in Campania sono state segnalate 619 nuove infezioni da HIV con un'incidenza totale di 10,5 nuovi casi di HIV positività per 100.000 residenti rispetto all'incidenza nazionale, che per lo stesso triennio, è stata di 19,4; l'incidenza registrata in Campania nel 2012 di 4,2 ha subito un lieve decremento nei due anni successivi con un valore di 3,4 sia per il 2013 che per il 2014. Negli anni si è osservato un aumento dell'età mediana alla diagnosi e un cambiamento per quanto riguarda la modalità di trasmissione della patologia infettiva con un aumento dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale. In Campania su un totale di 176 casi, con nuova diagnosi di HIV con CD4 riportati, 72 casi (40,9%) sono stati diagnosticati con un numero di linfociti <200cell/uL, ossia in fase avanzata di malattia e/o con patologie indicative di AIDS. Tali persone, inconsapevoli del loro stato di sieropositività, hanno una ridotta probabilità di recuperare le difese immunologiche una volta iniziato il trattamento antiretrovirale e più facilmente possono sviluppare patologie opportunistiche che incidono sensibilmente sulle probabilità di sopravvivenza. In Campania, come anche in altre regioni del Centro-Sud, si è registrata un'incidenza maggiore delle nuove infezioni da HIV nella popolazione straniera rispetto alla popolazione residente italiana. Ritenendo il monitoraggio delle nuove infezioni da HIV il metodo migliore per descrivere le modificazioni in atto nell'epidemia e per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria riducendo, indirettamente, la possibilità di contagio e la diffusione della malattia, la Regione Campania ha approvato la Delibera n° 147 del 12.04.2016 "Linee di indirizzo per l'offerta e le modalità di esecuzione del test HIV in Regione Campania" con allegati.

*prevenzione, HIV, epidemiologia.*

**ID 238**

**INCIDENZA DELLA SCLEROSI MULTIPLA IN TOSCANA: UNO STUDIO BASATO SU DATI AMMINISTRATIVI**

D. Bezzini 1,2; L. Policardo 3; F. Profili 3; G. Meucci 4; M. Ulivelli 5; S. Bartalini 5; P. Francesconi 3; M.A. Battaglia 1,2

1 Dipartimento di Scienze della Vita, Università di Siena, Siena

2 Fondazione Italiana Sclerosi Multipla, Genova

3 Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze

4 Unità di Neurologia, USL6, Livorno

5 Dipartimento di Neuroscienze, sezione di Neurologi

**INTRODUZIONE**

L'Italia è un'area ad elevato rischio di sclerosi multipla (SM) con una prevalenza stimata di 75.000 casi e un'incidenza di 2.000 casi annui. Gli ultimi dati pubblicati sull'incidenza sono 5,5 casi su 100000 a Padova (2000-09), 6,6 a Genova (1998-2007) e 9,7 in Sardegna (2003-07). In Toscana è presente un registro regionale della SM ma, ad oggi, non è rappresentativo dell'intera popolazione. Una possibile alternativa per studiare l'epidemiologia è attraverso i dati amministrativi. Questi, infatti, coprono l'intera popolazione residente e vengono raccolti di routine in un modo standardizzato ai fini della gestione del servizio sanitario.

Il nostro scopo è calcolare l'incidenza della SM in Toscana utilizzando dati amministrativi.

**METODI**

Per il calcolo dell'incidenza abbiamo creato il seguente algoritmo: ospedalizzazione in reparto per acuti e con diagnosi primaria di SM, esenzione attiva per SM, e prescrizione di farmaci specifici. I casi incidenti sono stati identificati come quei casi catturati dall'algoritmo non tracciati in precedenza nei flussi amministrativi, e la data della prima traccia è stata considerata quale data di diagnosi della SM. Da questa coorte di soggetti abbiamo selezionato i pazienti con un'età ≤ 55 anni, residenti in Toscana al momento della diagnosi e presenti in anagrafe da almeno 10 anni (o nati in Toscana se età < 10). Abbiamo calcolato i tassi grezzi e standardizzati e gli intervalli di confidenza (IC) al 95% per gli anni 2011-2015.

**RISULTATI**

Abbiamo identificato, negli anni analizzati, 1.056 nuovi casi con un'incidenza che varia da 5,04 nel 2011 a 6,02 casi su 100000 nel 2015. Nelle donne l'incidenza è circa 2 volte più alta rispetto agli uomini (range da 6,48 a 7,96 nelle donne, e da 3,49 a 3,93 su 100000 negli uomini) (tab 1).

**CONCLUSIONI**

L'incidenza calcolata risulta elevata, soprattutto nelle donne, ma comunque in linea ai dati pubblicati in altre Regioni, al di là dei bias metodologici legati all'uso di dati amministrativi.

*incidenza, dati amministrativi, sclerosi multipla, Toscana*

**ID 239**

**IMPATTO DELLE PATOLOGIE DA VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE SULLA POPOLAZIONE ITALIANA NEL PERIODO 2001-2014**

P. Kuhdari; A. Stefanati; V. Baccello; M. Giordani; D. Gamberoni; C. Malaventura; F. Brosio; G. Gabutti

*Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara*

**INTRODUZIONE**

Il virus respiratorio sinciziale (RSV), famiglia delle Paramyxoviridae, rappresenta nella prima infanzia il principale agente eziologico delle infezioni delle basse vie respiratorie (bronchiolite, polmonite, bronchite asmatiforme). Scopo dello studio è valutare l'impatto dell'RSV sulla popolazione italiana, in particolare pediatrica, in termini di ricoveri, nel periodo 2001-2014.

**METODI**

Sono state richieste al Ministero della Salute le schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei ricoveri a livello nazionale per le diagnosi: bronchiolite da RSV, polmonite da RSV e RSV nel 2001-2014. I dati sono stati elaborati attraverso il Software Microsoft Excel. Per il calcolo dei tassi sono stati utilizzati i dati della popolazione residente (ISTAT).

**RISULTATI**

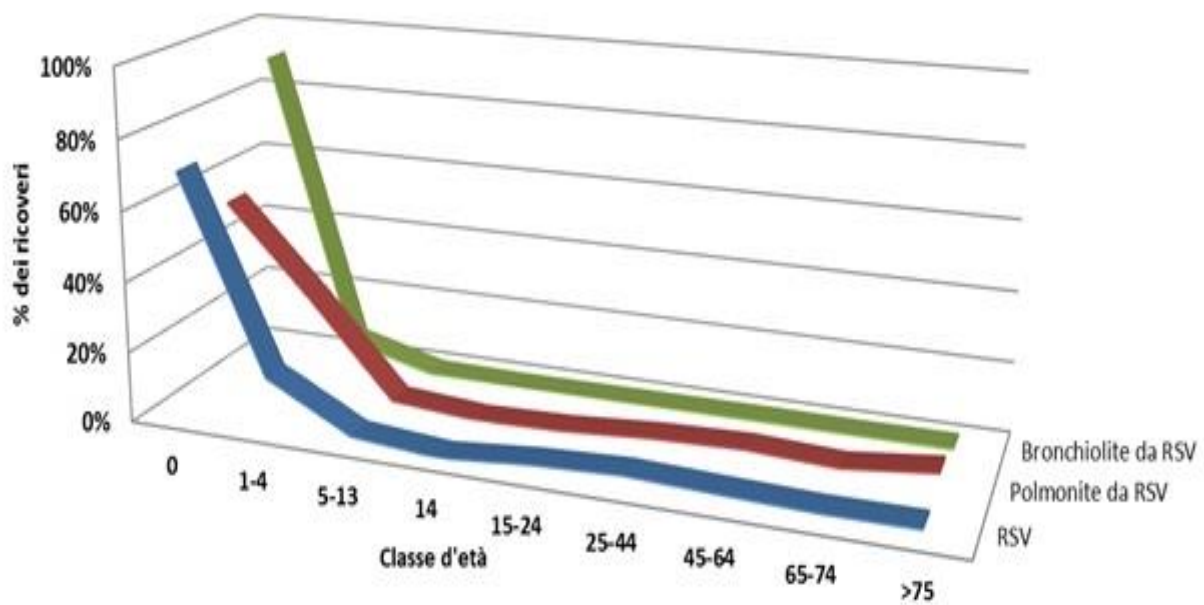
Sono stati analizzati 57.656 ricoveri per patologie da RSV (diagnosi principale) nel 2001-2014 per tutte le fasce d'età; il 93% dei ricoveri è stato per bronchiolite, il 5% per polmonite ed il 2% per infezione non specificata da RSV. I ricoveri sono stati principalmente in regime ordinario (98,2%), di tipo urgente (89,3%), di durata inferiore a una settimana (79,5%). La modalità di dimissione è stata prevalentemente di tipo ordinario al domicilio (96,4%). Il sesso maschile è risultato più rappresentato (55,1%). L'88,8% di tutti i ricoveri ha coinvolto la fascia d'età <1 anno con un tasso di ricovero pari a 674/100.000 abitanti. Il trend di distribuzione dei ricoveri è sovrapponibile negli anni in esame, con picco nel 2012 (8,6% di tutti i ricoveri). Il numero di ricoveri è risultato maggiore in Lombardia (25,3%). In figura 1 è descritta la distribuzione dei ricoveri per diagnosi e fascia d'età.

**CONCLUSIONI**

L'RSV rappresenta un'importante causa di ricovero nella popolazione pediatrica italiana, principalmente tra 0-2 anni. E' necessaria un'adeguata sorveglianza, anche in vista delle nuove prospettive di prevenzione primaria (vaccinazione).

Figura 1. Distribuzione dei ricoveri per diagnosi e per classe d'età

*RSV, ricoveri, SDO, popolazione pediatrica*



|                       | 0     | 1-4   | 5-13 | 14   | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65-74 | >75  |
|-----------------------|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|
| ■ RSV                 | 70,5% | 15,1% | 2,2% | 0,2% | 2,3%  | 3,5%  | 2,6%  | 1,8%  | 1,9% |
| ■ Polmonite da RSV    | 54,4% | 29,1% | 2,1% | 0,2% | 0,9%  | 2,6%  | 3,4%  | 2,2%  | 5,0% |
| ■ Bronchiolite da RSV | 91,2% | 6,9%  | 0,4% | 0,0% | 0,1%  | 0,3%  | 0,4%  | 0,3%  | 0,5% |

**ID 261**

**VALUTAZIONE DELLA PROTEZIONE IMMUNITARIA CONTRO I POLIOVIRUS NEGLI ADOLESCENTI ITALIANI (12-15 ANNI)**

T. Baldovin 1; S. Lupi 2; V. Baldo 1; A. Stefanati 2; R. Lazzari 1; M. De Bernardo 1; G. Gabutti 2

1 Dipartimento di Medicina Molecolare, Università di Padova

2 Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara

**INTRODUZIONE**

In Italia, dalla metà del 2002 viene utilizzato solo il vaccino inattivato IPV e da molti anni la relativa copertura vaccinale è >95%. Tuttavia, alcuni studi hanno riportato un calo significativo della sieroprevalenza tra gli adolescenti e giovani adulti per poliovirus (PV) 1 e 3.

**METODI**

Questo studio di sieroprevalenza ha previsto la raccolta di campioni ottenuti in ciascuna regione da prelievi di sangue eseguiti a scopo diagnostico o per accertamenti di routine stratificati per sesso ed età, previo parere del Comitato Etico. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti immunocompromessi, coloro che avevano ricevuto trasfusioni di sangue nei 6 mesi precedenti il prelievo ed i soggetti con una malattia infettiva acuta in atto. I campioni raccolti, conservati a -20°C fino al momento dell'uso, sono stati analizzati secondo il protocollo WHO. Titoli  $\geq 1:8$  sono considerati protettivi.

**RISULTATI**

Complessivamente sono stati analizzati 246 campioni di adolescenti (12-15 anni). La sieroprotezione è risultata pari a 96,4%, 96,8% e 84,2%, rispettivamente per PV1, PV2 e PV3. L'analisi statistica non ha evidenziato differenze significative tra i due generi per nessun tipo di PV né per la sieroprotezione né per le GMT. Il confronto tra le diverse età ha evidenziato differenze significative per la sieroprotezione per il PV 3 ( $p < 0,0001$ ). Il 92,3% dei dodicenni è protetto per PV3 ma la sieroprotezione è progressivamente scesa nelle classi d'età seguenti, con i valori più bassi a 14 e 15 anni (72,7% e 75,0% rispettivamente). Non è stata evidenziata alcuna differenza significativa nella sieroprotezione tra le diverse aree geografiche.

**CONCLUSIONI**

Gli adolescenti italiani possiedono una buona protezione contro i PV, mostrando un progressivo calo dei GMT con l'età, specie per PV3. Una dose booster in età adolescenziale, come raccomandato dal Calendario vaccinale per la vita, avrebbe effetti positivi nel mantenimento di titoli protettivi e dell'immunità di gregge.

*Immunità, poliomielite, adolescenti*

**ID 283**

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA IN STRUTTURE COMUNITARIE, RICETTIVE E TERMALI DELLA ASL SASSARI**

L. Contini<sup>1</sup>; P.P. Putzu<sup>2</sup>; V. Gai<sup>3</sup>; P. Ruda<sup>4</sup>; G. Olia<sup>5</sup>; G. Falconi<sup>6</sup>; S. Meloni<sup>7</sup>; G. Moro<sup>8</sup>; Q. Desole<sup>9</sup>; G. Leone<sup>10</sup>; F. Delogu<sup>11</sup>.

ASL Sassari Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

**INTRODUZIONE**

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL Sassari ha avviato nel 2014, in collaborazione con il Dipartimento ARPAS di Oristano, il monitoraggio e controllo di strutture ricettive (alberghi, case di riposo, stazioni termali, campeggi) con lo scopo di valutare la presenza di Legionella e delle relative concentrazioni nei sistemi di distribuzione dell'acqua. Il presente lavoro intende descrivere i RISULTATI di tale attività nel triennio 2014/2016.

**METODI**

Il lavoro, avviato mediante trasmissione di lettere informative ai responsabili delle diverse strutture, si è successivamente svolto con il prelievo di campioni di acqua calda sanitaria, esaminati in fase di screening con l'analisi biomolecolare. Ai responsabili sono state fornite adeguate informazioni sulle misure da attuare per il controllo e la prevenzione del rischio Legionellosi. In presenza di valori elevati di DNA di Legionella le verifiche sono state analizzate con il metodo colturale (ufc/l) e, nei casi confermati, sono state prescritte le operazioni di bonifica.

**RISULTATI**

Il lavoro ha confermato la presenza di Legionella in concentrazioni superiori a quelle ritenute accettabili dalle linee guida nazionali in numerose delle strutture esaminate e la sottostima del rischio per la salute degli ospiti da parte dei gestori. Nel contempo la presa di coscienza da parte degli stessi, tramite l'adozione dei piani di autocontrollo e gli interventi di bonifica, ha consentito di riportare le concentrazioni del batterio in un range di sicurezza.

**CONCLUSIONI**

Il lavoro è servito ad individuare le strutture maggiormente a rischio anche in relazione alle caratteristiche strutturali e alle difficoltà ad attuare gli interventi migliorativi. Ha permesso la creazione di uno spirito di reciproca collaborazione tra la parte privata e la parte pubblica ed il riconoscimento da parte dei gestori che il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica è il referente istituzionale per le problematiche del rischio da Legionella.

*Legionella; strutture ricettive; collaborazione istituzionale.*

**ID 288**

**IL RISCHIO BIOLOGICO NEI SETTORI AGRICOLTURA ED EDILIZIA: PERCEZIONE, CONOSCENZE GENERALI E SPECIFICHE E MISURE DI PREVENZIONE NEI LAVORATORI**

M. Tamburro 1; V. Anzelmo 2; P. Bianco 3; M.L. Sammarco 1; G. Ripabelli 1

1 *Cattedra di Igiene, Dipartimento di Medicina e Scienze per la Salute "Vincenzo Tiberio", Università degli Studi del Molise;*

2 *Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Medicina del Lavoro, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro*

**INTRODUZIONE**

Il rischio biologico rappresenta un problema rilevante in ambito occupazionale per le continue modificazioni di ambienti e condizioni di lavoro. In questo studio, sono stati valutati grado di percezione, conoscenze generali e specifiche sul rischio infettivo e sulle misure di prevenzione nei lavoratori in edilizia e agricoltura.

**METODI**

È stato somministrato un questionario per raccogliere dati sociodemografici, occupazionali, sulla percezione e conoscenza del rischio e sull'adozione di misure preventive, anche con riferimento alle vaccinazioni ed allo stato vaccinale in generale.

**RISULTATI**

Sono stati intervistati 113 lavoratori (73% maschi), età media  $43 \pm 11$  anni, dei quali il 65% era addetto in edilizia. L'80% ha affermato che le malattie infettive non sono frequenti né pericolose nello svolgimento dell'attività lavorativa. Gravi patologie come epatite, listeriosi e leptospirosi sono state associate a un basso rischio per la salute dalla gran parte dei lavoratori. Il 57% e 70% hanno affermato di non essere esposti a rischi biologici, né preoccupati. Il 96%, 77% e 40% erano a conoscenza di un vaccino disponibile rispettivamente contro tetano, epatite B e A. Nel corso della vita il 92% dei lavoratori si è sottoposto almeno ad una vaccinazione; tutti hanno effettuato l'antitetanica, il 43,2% l'anti-epatite B, il 28,8% l'antinfluenzale ed il 25% l'anti-tubercolosi.

**CONCLUSIONI**

Lo studio ha evidenziato una scarsa percezione del rischio biologico e della potenziale gravità di alcune patologie infettive, come anche importanti lacune conoscitive sulle misure di prevenzione disponibili. Risulta indispensabile promuovere la cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro nei confronti di tale rischio, potenziando formazione e informazione, aumentando gli studi epidemiologici e sollecitando tutte le figure professionali coinvolte nella tutela del lavoratore a perseguire l'obiettivo di ridurre il numero di casi "persi" di malattie infettive di origine professionale.

*pericoli biologici, percezione, conoscenze, prevenzione*



**ID 295**

**PAZIENTI ASPLENICI A RISCHIO O.P.S.I.: UN PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE NELL'A.S.L. LECCE**

V. Aprile<sup>1</sup>; A. Fedele<sup>1</sup>; A. Bollino<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Prevenzione A.S.L. Lecce

<sup>2</sup> Specialista in formazione Università degli Studi Bari

**INTRODUZIONE**

I soggetti asplenicici anatomo/funzionale sono 10-50 volte più a rischio della popolazione generale per forme settiche severe da *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus Influenzae* tipo B, *Neisseria Meningitidis* e virus influenzali. Alle linee guida per la profilassi degli asplenicici (anni '90), seguirono numerosi contributi in letteratura. La persistenza di casi gravi evidenzia criticità. Novità scientifiche e nuovi vaccini consentono un diverso approccio.

**METODI**

Scarsa collaborazione tra operatori sanitari coinvolti, frequente inadeguata informazione dei clinici sui vaccini impone: revisione letteratura scientifica nazionale/internazionale; adozione di protocollo operativo (PPDTA) per garantire la tempestiva vaccinazione degli asplenicici.

**RISULTATI**

L'esito del lavoro è stato formalmente deliberato "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione delle OPSI in pazienti splenectomizzati" dai seguenti contenuti:

Calendario vaccinale suggerito

Comprende vaccini fortemente raccomandati per immunizzazione degli asplenicici (Tab. 1)

Indicazioni operative

Splenectomia

- in elezione: completare vaccinazioni raccomandate almeno 2 settimane pre-intervento (meglio 4-6 sett. prima)

- in urgenza: non immuni, somministrare vaccini raccomandati 2 settimane dopo intervento o appena condizioni paziente lo permettono. Vaccinazione antipneumococcica immediato post-operatorio

- asplenia funzionale, anatomica, ecc.: somministrare vaccini raccomandati prima possibile dopo diagnosi.

Il documento individua compiti e responsabilità di ogni Operatore Sanitario coinvolto per una precoce e puntuale immunizzazione dei soggetti a rischio.

**CONCLUSIONI**

Per ridurre i rischi di OPSI in asplenicici necessita una reale e costante collaborazione tra Clinici, MMG/PLS e Vaccinatori. Gli Operatori dei S.V. devono monitorare ogni paziente per completare il programma di profilassi attiva. In quest'ottica il PPDTA è un utile strumento per la corretta gestione del "Risk management".

*O.P.S.I.: Overwhelming post-splenectomy infection*

*P.P.D.T.A.: Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale*

*S.V.: Servizi vaccinali*

**ID 313**

**STATO IMMUNITARIO, COPERTURA VACCINALE E SCREENING TUBERCOLARE DEI MIGRANTI A FERRARA**

G. Cosenza 1; S. Ferioli 2; V. Baccello 2; L. Bertoni 2; A. Formaglio 2; N. Valente 2; P. Kuhdari 2; A. Cucchi 1; M. Cova 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Ferrara

2 Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara

**INTRODUZIONE**

I programmi di emergenza umanitaria Mare Nostrum e Triton, istituiti in seguito all'aumento dei flussi migratori, prevedono un sistema di assistenza sanitaria, per la tutela del migrante e della comunità ospitante, che comprende la vaccinazione dei soggetti non immuni alle principali malattie infettive. Lo studio analizza i dati dei migranti della provincia di Ferrara.

**Materiale e METODI**

Sono stati analizzati i dati dell'ambulatorio migranti dell'AUSL Ferrara, relativi alle indagini sierologiche, allo screening tubercolare e alle vaccinazioni eseguite nel periodo aprile 2014-maggio 2016.

**RISULTATI**

I migranti registrati sono stati 561, età compresa tra 14 e 49 anni (media 24,7); il 63,6% proveniva dal Corno d'Africa. Lo stato immunitario dei soggetti è riportato in tabella 1.

Si è proceduto quindi alle seguenti vaccinazioni previste in base allo stato immunitario del soggetto:

Polio: 464 prime dosi, 199 seconde dosi, 33 cicli completati; Tetano: 478 prime dosi, 111 seconde dosi, 36 cicli completati; Varicella: 65 prime dosi, 14 seconde dosi; Epatite B: 192 prime dosi, 63 seconde dosi, 20 cicli completati; MPR: 13 dosi per immunità a rosolia, 15 prime dosi per morbillo, 2 cicli completati.

Screening tubercolare: 449 persone (80,0%) hanno eseguito il test mantoux; il 40,8% è risultato positivo e sottoposto a valutazione pneumotisiologica, con diagnosi di infezione tubercolare latente (ITL); sono stati individuati 4 casi di tubercolosi attiva.

**CONCLUSIONI**

L'elevata mobilità dei pazienti limita la compliance dei soggetti ai protocolli sanitari. Lo studio evidenzia una variabilità dello stato immunitario nei confronti delle diverse patologie indagate (vedi tabella), verosimilmente dovuta alla mancanza di un programma sistematico di vaccinazione nel paese di origine. Lo screening tubercolare mostra un'alta incidenza di ITL e tubercolosi attiva, rimarcando l'importanza di mantenere i programmi di sorveglianza, favorendo l'adesione ai protocolli in uso.

*migranti, tubercolosi, malattie infettive*

tabella 1: Stato immunitario dei migranti a Ferrara (2014-2016)

| <b>PATOLOGIA</b> | <b>IMMUNE (%)</b> | <b>NON IMMUNE (%)</b> | <b>ASSENTI (%)</b> |
|------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| Morbillo         | 81,82             | 3,39                  | 14,80              |
| Varicella        | 70,23             | 13,19                 | 16,58              |
| Epatite B        | 42,07             | 47,24                 | 10,70              |
| Tetano           | 24,06             | 60,78                 | 15,15              |

**ID 320**

**LEGIONELLA A FERRARA: ANALISI DEI DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA AMBIENTALE E AI CASI NOTIFICATI NELL'ANNO 2015 E VALUTAZIONE DEL TREND DELLA MALATTIA NEGLI ULTIMI 15 ANNI**

M. Cova 1; S. Ferioli 2; F. Brosio 2; L. Bertoni 2; A. Stefanati 2; V. Baccello 2; A. Cucchi 1; G. Cosenza 1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Ferrara

2 Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara

**INTRODUZIONE**

La legionella (L.), è responsabile del 5-12% delle polmoniti comunitarie, sostenute nel 95% dei casi dal sottogruppo L.pneumophila 1. Dal 1983 la malattia è sottoposta a sorveglianza clinico-ambientale, per identificare i casi e attivare protocolli di controllo per ridurne l'incidenza. Lo studio analizza i dati relativi ai casi di L. notificati e i RISULTATI della sorveglianza ambientale nella provincia di Ferrara.

**METODI**

Sono stati analizzati i dati relativi ai casi di L. notificati a Ferrara negli anni 2006-2015 e ai campionamenti del programma di sorveglianza ambientale, eseguiti nella provincia nell'anno 2015.

**RISULTATI**

Il grafico 1 riporta i casi di L. notificati negli ultimi 15 anni (trend in aumento).

Nel 2015 sono stati segnalati 17 casi di L., 13 maschi e 4 femmine (età media: 69 anni); 16 pazienti avevano fattori di rischio individuali; 5 erano ricoverati in strutture socio-sanitarie-assistenziali; 5 pazienti sono deceduti. In 6 casi si è individuata la fonte del contagio: 3 abitazioni private e 3 residenze sanitarie-assistenziali; 5 di esse erano positive alla L.pneumophila 1.

Per la sorveglianza ambientale, sono state valutate 44 strutture (31 socio-sanitarie-assistenziali, 7 poliambulatori, 6 strutture turistiche-recettive); 16 strutture (36,4%) sono risultate positive per L., 10 di esse per L.pneumophila 1 (22,7% del totale).

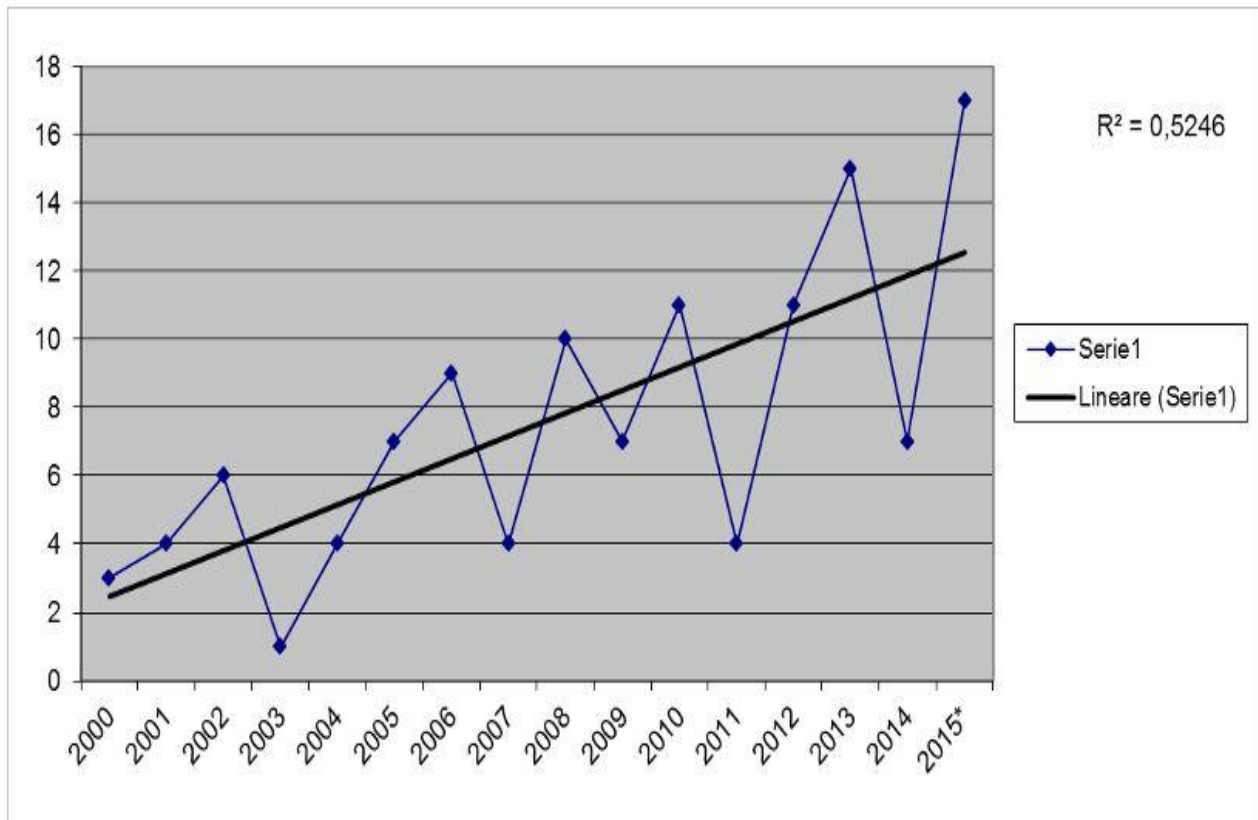
I campioni positivi per L.pneumophila 1 sono stati 26: 2 con positività 1000 e 10.000 UFC/l (6 in strutture socio-sanitarie-assistenziali e 1 in struttura recettiva).

**CONCLUSIONI**

Negli ultimi 15 anni si è osservato un incremento delle segnalazioni, trend in linea con i dati nazionali e legato verosimilmente al miglioramento delle tecniche di indagine. I protocolli di sorveglianza clinica e ambientale rappresentano uno strumento fondamentale per il monitoraggio e contenimento della malattia.

*Legionella, sorveglianza ambientale*

Grafico 1: Andamento dei casi di legionella notificati a Ferrara (anni 2000-2015)



**ID 321**

**PERTOSSE IN PUGLIA: TREND EPIDEMIOLOGICO ED EMERGENZA DI CEPPI CON VARIANTI ALLELICHE prn2 E ptxP3 ASSOCIATE ALLA VIRULENZA**

D. Loconsole 1; A. Metallo 2; A.L. De Robertis 1; A. Morea 1; M.G. Cappelli 3; D. Parisi 1; M. Chironna 1,4

1 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

3 Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Foggia, Foggia

4 S

**INTRODUZIONE**

La Pertosse rappresenta un'importante causa di ospedalizzazione e morte soprattutto in bambini di età inferiore a un anno. Adolescenti e adulti parzialmente/non immunizzati rappresentano una significativa fonte di infezione per lattanti e bambini che non hanno completato il ciclo vaccinale. In questo studio si descrive il trend della Pertosse in Puglia e si valuta l'emergenza di varianti mediante caratterizzazione molecolare di ceppi di Bordetella pertussis (BP).

**METODI**

Ai fini dello studio sono state analizzate le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e le notifiche di Pertosse pervenute al SIMI (Sistema Informativo delle Malattie Infettive) dal 2006 al 2015. Per gli anni 2014 e 2015 sono state considerate anche le diagnosi effettuate dal Laboratorio di Riferimento Regionale. La caratterizzazione molecolare è stata eseguita mediante sequenziamento e analisi delle varianti alleliche per i geni ptxA, ptxP e prn.

**RISULTATI**

Nella regione Puglia dal 2006 al 2015 si sono osservati complessivamente 679 casi di Pertosse. La distribuzione dei casi e l'incidenza per anno mostrano un trend in crescita (Figura 1). Nel 2014 sono stati registrati 109 casi con un picco di incidenza di 2,66/100.000 abitanti. Complessivamente, 231 casi (34%) avevano meno di 6 mesi e di questi il 91,7% risultava ospedalizzato. Non è stato registrato alcun decesso. L'analisi molecolare di 15 ceppi tra il 2010 e il 2015 ha mostrato la circolazione della variante ptxA1-ptxP3-prn2, riscontrata anche in bambini vaccinati con ciclo primario e richiami.

**CONCLUSIONI**

L'aumento di casi di Pertosse in Puglia, ed in particolare nei bambini con meno di un anno, può essere spiegato con la flessione delle coperture vaccinali, la mancata somministrazione dei booster e l'emergenza di varianti di BP. Per invertire questo trend risulta auspicabile, pertanto, associare la vaccinazione in gravidanza alla cocoon strategy. Infine, risulta indispensabile un monitoraggio continuo dei ceppi circolanti.

*Pertosse, ospedalizzazione, varianti, ptxA1-ptxP3-prn2*

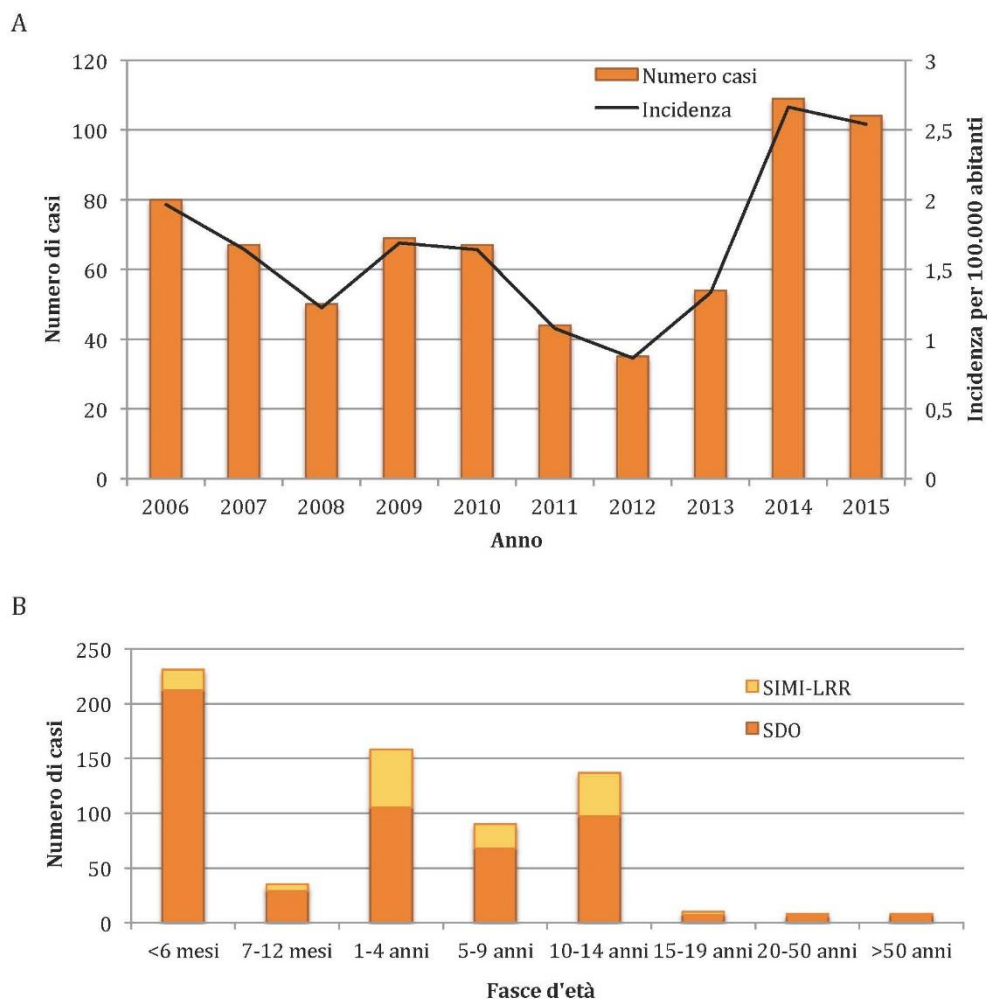


Figura 1. Pertosse in Puglia. Casi totali e incidenza, anni 2006-2015 (A). Andamento per fasce d'età dei casi ospedalizzati e segnalati al SIMI (anni 2006-2015) e diagnosticati presso il Laboratorio di Riferimento Regionale (LRR) (anni 2014-2015) (B).

**ID 323**

**LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'OSPEDALE "SAN PAOLO" DI BARI**

A. Guaccero 1; S. Mudoni 1; G. Morgese 2; E. Tritone 2; V.P. Preziosa A. 3; A. Leaci 4

1 Direzione Medica P.O. "S. Paolo" ASL BA, Bari

2 Corso di Laurea In Assistenza Sanitaria, Università degli Studi di Bari "A. Moro", Bari

3 Scuola di Specializzazione, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari, Bari

4 Direttore Medico, Direzione Medica P

**INTRODUZIONE**

Le coperture vaccinali fra gli Operatori Sanitari (OS) dell'Ospedale "S. Paolo" di Bari nelle stagioni 2013-14 e 2014-15 sono state rispettivamente del 7,7% e 4,4%. La scarsa adesione ha indotto la Direzione Medica del Presidio a programmare uno studio per indagare la percezione del rischio e individuare i determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale.

**METODI**

Lo studio è stato condotto nei mesi di novembre e dicembre 2015. È stato realizzato e distribuito a tutte le UU.OO. del Presidio un questionario ad hoc anonimo ed autosomministrato, composto da 20 domande a risposta chiusa. I dati sono stati inseriti in uno specifico database ed elaborati mediante il software STATA SE9.2tm.

**RISULTATI**

Hanno aderito allo studio 393 OS, tra medici (22,6%), infermieri (48,6%) e altro personale di comparto (28,8%). Il tasso di adesione è stato del 58,1%. Il 71,2% degli operatori ritiene che l'influenza non sia una malattia grave e il 69,5% che sia una malattia prevenibile. Il 77,4% degli OS dichiara di non essersi vaccinato per le seguenti motivazioni: "non sono un soggetto a rischio" (28,8%), "timore degli effetti collaterali del vaccino" (23,3%), "non gravità della malattia" (21,2%), "ho già contratto l'influenza" (9,4%), "scarsa efficacia del vaccino" (9,1%), "esistenza di trattamenti alternativi" (7,3%), "mancata disponibilità del vaccino" (0,9%). Il 22,6%, invece, dichiara di essersi vaccinato: "per proteggere la mia famiglia" (22,7%), "per proteggere i miei pazienti" (20,9%), "per proteggere me stesso" (20,9%), "per l'efficacia del vaccino" (12,3%), "per la sicurezza del vaccino" (10%), "perché raccomandato dal Ministero della Salute" (6,6%), "per la gravità della malattia" (3,3%), "per la gravità delle complicanze" (3,3%).

**CONCLUSIONI**

La promozione di corrette informazioni potrebbe aumentare i tassi di adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra gli OS e rappresentare un passo decisivo per migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale.

*Vaccinazione, Influenza, Ospedale*

**ID 326**

**Strumenti endoscopici: riscontri microbiologici e rischio infezioni. Dieci anni di controlli su campo**

G. Campanella; E. Avventuroso; B. Cosenza ; S. Delia ; P. Laganà

*Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e funzionali.  
Università degli Studi di Messina*

**INTRODUZIONE**

L'endoscopia rappresenta una tecnica diagnostica e terapeutica affermata nel campo medico. L'utilizzo di endoscopi flessibili consente di effettuare diagnosi e piccoli interventi; trattandosi di un esame invasivo non è esente da rischi. Tra questi non trascurabile è il rischio infettivo provocato da una non corretta procedura di pulizia e disinfezione degli strumenti. Considerati dispositivi "semicritici", gli endoscopi non richiedono necessariamente una procedura di sterilizzazione ma di una alta disinfezione, manuale o automatica.

L'obiettivo dello studio è stato principalmente quello di valutare l'efficacia delle procedure di disinfezione adottate dai reparti e monitorare nel tempo il successo dei nostri interventi di informazione/formazione del personale addetto sulla base dei riscontri microbiologici ottenuti.

**MATERIALI E METODI**

Dal 2007 al 2016 sono stati effettuati 3.276 campionamenti. Ogni strumento è stato controllato sia nel lume interno, inoculando 5 ml di soluzione fisiologica sterile che sulla parte distale, mediante struscio di tamponi sterili. Ulteriori controlli sono stati poi effettuati sulle valigette in cui erano custoditi gli strumenti.

**RISULTATI**

Sui 3.276 campionamenti effettuati, in 130 casi è stata riscontrata presenza di batteri sia Gram negativi (*P. aeruginosa*, *Pseudomonas* sp, *Klebsiella* sp, *B. cepacia*, *S. maltophilia*, *E. coli*, *A. baumannii*, *A. lwoffii*, *A. junii*, ecc) che Gram positivi (prevalentemente *S. aureus*). Nel 76% dei casi era il lume interno ad essere contaminato. Nel corso dei 10 anni considerati il trend di positività riscontrate è passato dal 17% del primo anno al 1,6% del 2016, con un valore minimo riferito al 2014 dello 0,25%.

**CONCLUSIONI**

Dall'analisi dei dati si può dedurre come una buona formazione, ancora più di una buona informazione, giochi un ruolo importante nel contenimento delle infezioni ospedaliere associate all'uso di strumenti contaminati veicolo di germi potenzialmente patogeni.



**ID 354**

**MONITORAGGIO DELLA PREVALENZA DEI TIPI HPV VACCINALI E NON VACCINALI NELL'ERA POST-VACCINAZIONE IN DONNE RESIDENTI NELLA REGIONE BASILICATA, ITALIA**

F. Carozzi 1; D. Puliti 1; C. Ocello 1; P. S. Anastasio 2; E. A. Moliterni 3; E. Perinetti 4; L. Serradell 5; E. Burrone 1; M. Confortini 1; P. Mantellini 1; M. Zappa 1; G. Checcucci Lisi 4; G. Dominiak-Felden 5

1 Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

2 Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, Matera

3 Dipartimento di prevenzione, Azienda sanitaria Locale di Matera, Matera

4 Medical and Scientific Department, Sanofi-Pasteur MSD, Roma

**INTRODUZIONE**

Un ampio programma di vaccinazione contro l'HPV, con l'utilizzo del vaccino quadrivalente (qHPV) e l'inclusione di 4 coorti, è stato attuato in Basilicata dal 2007. Lo studio ha valutato l'effetto di tale programma sulla prevalenza dei tipi HPV vaccinali e non.

**METODI**

Studio trasversale di popolazione condotto nei centri di screening della ASL di Matera. Sono stati raccolti due campioni cervicali per Pap test e test HPV (HC2, LiPA Extra® test) e le partecipanti hanno completato un questionario socio-demografico e comportamentale. Lo stato vaccinale HPV è stato rilevato da registri informatizzati. La prevalenza di HPV è stata descritta complessivamente, per tipo e per stato vaccinale. È stata analizzata l'associazione tra tipo di HPV individuato e fattori di rischio/protettivi. L'efficacia di campo del vaccino (VE), la protezione crociata ed il type-replacement sono stati valutati nelle coorti eleggibili al programma vaccinale.

**RISULTATI**

Nel 2012-2014 sono state incluse 2793 donne (18-50 anni), 1314 eleggibili per età (18-30 anni) al programma di vaccinazione. Tra quest'ultime, la copertura vaccinale con qHPV è stata del 59% (almeno 1 dose) e il 94% ha completato il ciclo vaccinale; la prevalenza standardizzata dei tipi HPV vaccinali è stata dello 0,6% nelle vaccinate e del 5,5% nelle non vaccinate ( $p < 0.001$ ); la VE è stata complessivamente del 90% [IC95%: 72-96%] e del 100% [95% IC non computabile] nelle vaccinate prima del debutto sessuale; non è stata osservata alcuna differenza statisticamente significativa tra vaccinate e non vaccinate sulla prevalenza globale dei tipi HPV ad alto rischio, dei tipi HPV ad alto rischio non vaccinali o di ogni singolo tipo HPV non vaccinale.

**CONCLUSIONI**

Questi RISULTATI indicano un'elevata VE del vaccino qHPV e nessuna evidenza di type-replacement. Suggestiscono che un programma vaccinale di catch-up ben organizzato è efficace nel ridurre le infezioni da HPV correlate ai tipi vaccinali in un contesto di vita reale.

*HPV, Vaccinazione, Efficacia di Campo, Type-replacement*

**ID 356**

**EPIDEMIOLOGIA DEL TETANO: NOTIFICHE E OSPEDALIZZAZIONI NELLA REGIONE VENETO (2000-2015)**

S. Tardivo 1; S. Majori 1; G. Callegaro 2; V. Baldo 3; M. Saia 4

1 Università degli Studi di Verona

2 Azienda ULSS13 Regione Veneto

3 Università degli Studi di Padova

4 Regione Veneto Area Sanità e Sociale

**INTRODUZIONE**

Nonostante l'obbligo vaccinale e l'ampia disponibilità del vaccino abbia portato ad una sensibile diminuzione dei casi di tetano segnalati in Italia l'incidenza risulta 10 volte maggiore rispetto agli altri paesi industrializzati.

**Materiali e METODI**

Per valutare l'impatto del tetano in Veneto è stato condotto uno studio retrospettivo su notifiche e ospedalizzazioni relative al periodo 2000-2015. Sono stati valutati il trend, le caratteristiche dei soggetti studiati e l'impatto assistenziale.

**RISULTATI**

Nel periodo analizzato sono stati notificati 119 casi di tetano, con un tasso annuale pari a 0,16/105 residenti. Si evidenzia una diminuzione del tasso di notifica (X2 trend: 6,530;  $p=0.01061$ ) nell'ultimo anno attestatosi a 0,10 e delle ospedalizzazioni (X2 trend: 1,561;  $p=0.21157$ ), quest'ultima però priva di significatività statistica.

Il 71% delle notifiche riguardava il sesso femminile (0,22 Vs. 0,9; OR: 2,45; IC95%: 1,62-3,71;  $p<0,05$ ). L'87% dei casi erano ultrasettantenni con età media di  $75,2\pm 12,7$ , più elevata nel sesso femminile ( $79,2\pm 9,2$  Vs.  $65,4\pm 14,9$ ;  $p<0,05$ ).

Sono stati registrati 152 ricoveri (TO: 0,2) con un rapporto ospedalizzazioni/notifiche pari a 1,28, più contenuto rispetto al dato nazionale (1,6). In totale le giornate di degenza sono state 4.945 (DM:  $32,5\pm 27,9$  gg.), con maggiore durata nel sesso maschile ( $37,4\pm 31,5$  Vs.  $30,6\pm 26,2$ gg.;  $p<0,05$ ), in considerazione della complessità dell'assistenza fornita. Il controllo della respirazione con ventilazione meccanica è stato necessario nel 40,5% dei maschi rispetto al 33,6% delle femmine.

**CONCLUSIONI**

I nostri RISULTATI sono in linea con il dato nazionale. Si conferma l'insufficiente copertura vaccinale delle donne anziane rispetto ai coetanei maschi (obbligo al servizio di leva o per motivi lavorativi). Si sottolinea pertanto l'opportunità di offrire attivamente la vaccinazione, verificare l'esecuzione dei richiami e favorire la profilassi post-esposizione con particolare attenzione alle donne.

*epidemiologia tetano; copertura vaccinale*

**ID 363**

**SPERIMENTAZIONE DI UNA PIATTAFORMA INFORMATICA WEB-BASED PER LA RACCOLTA, GESTIONE ED ANALISI DEI DATI PER LA SORVEGLIANZA, IL CONTROLLO ED IL FOLLOW-UP DELLA TUBERCOLOSI**

M. Barchitta 1; A. Quattrocchi 1; M. Palermo 2; C. Mammina 3; A. Agodi 1

1 Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie avanzate "GF Ingrassia", Università degli Studi di Catania

2 Servizio 1 Dipartimento regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana

**INTRODUZIONE**

Con l'obiettivo di descrivere lo scenario epidemiologico della Tuberculosis (TB) in Sicilia per contribuire alla gestione ed al controllo del rischio, è stata realizzata una piattaforma web-based per la raccolta, gestione ed analisi dei dati sulla TB.

**METODI**

La piattaforma consente: 1. la realizzazione di schede per la raccolta online dei dati; 2. di raccogliere i dati da unità operative periferiche via web; 3. di impostare automaticamente il database destinato a raccogliere e memorizzare i dati; 4. di realizzare analisi statistiche e generare report in itinere in real time. La piattaforma è supportata da sistemi di backup continuo dei dati e di controllo degli accessi mediante protocolli di sicurezza.

**RISULTATI**

Gli operatori delle unità periferiche accedono alla piattaforma collegandosi ad un indirizzo web, fornito dai responsabili del progetto. La piattaforma permette l'accesso alle schede per la raccolta dei dati relativi allo studio dal titolo "Polimorfismi genetici, vitamina D, profilo infiammatorio e risposta al trattamento in pazienti con tubercolosi polmonare in Sicilia" (Linea progettuale 18.14, PSN 2013, Regione Siciliana) che rappresenta un completamento ed un approfondimento del progetto "Valutazione dei determinanti di ritardo nell'accesso ai servizi sanitari, nella diagnosi e nel trattamento della tubercolosi polmonare (PTB) in popolazioni vulnerabili. Valutazione dell'impatto sull'epidemiologia locale e sulla prevalenza di resistenza/multiresistenza ai farmaci antitubercolari" (Programma CCM 2013, Ministero della Salute).

**CONCLUSIONI**

La realizzazione della piattaforma e il suo utilizzo consentirà di facilitare e di raggiungere una maggiore velocità e completezza del flusso di informazioni relative alla TB tra l'Assessorato della Salute e le strutture sanitarie della Regione Siciliana ed alcuni obiettivi del Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione.

Il Progetto è stato realizzato con il supporto del Ministero della Salute – CCM.

*sistemi informativi; controllo; fattori di rischio; sorveglianza*

**ID 369**

**VALUTAZIONE DEI "NON RESPONDERS" ALLA VACCINAZIONE ANTI-EPATITE B IN UN CAMPIONE DI STUDENTI E SPECIALIZZANDI DELLA SCUOLA DI MEDICINA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI**

G. Del Matto 1; D. Parisi 2; M.F. Gallone 2; F. Luvera 2; A.M.V. Larocca 3

1 UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI "ALDO MORO", BARI

2 OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONE PUGLIA, BARI

3 AOU POLICLINICO DI BARI, BARI

**INTRODUZIONE**

Obiettivo dello studio è stato quello di valutare la proporzione di soggetti non responders alla vaccinazione anti-Epatite B e definire la proporzione di sieroconversione a seguito di somministrazione di booster in un campione di studenti e specializzandi della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro".

**METODI**

Lo studio si è svolto nel periodo aprile 2014-luglio 2016 ed ha coinvolto studenti e specializzandi vaccinati con ciclo basale completo per Epatite B alla nascita ovvero al 12° anno. E' stato effettuato il dosaggio di anticorpi anti-HBs mediante chemiluminescenza, considerando positivi i soggetti con titolo anti-HBs  $\geq 10$  mIU/mL.

I negativi alla ricerca di antiHBs sono stati riconvocati per eseguire una dose di richiamo del vaccino anti-epatite B. Ad un mese dall'esecuzione del booster vaccinale si è provveduto ad eseguire nuovamente la titolazione degli anti-HBs. I soggetti RISULTATI nuovamente negativi sono stati avviati al completamento del ciclo vaccinale e successiva rititolazione.

**RISULTATI**

Sono stati arruolati 2594 soggetti, 1 668 (64,3%) sono RISULTATI positivi e 926 (35,7%) negativi. A 822 degli studenti RISULTATI negativi (88,8%) è stata somministrata una dose booster. La titolazione dopo dose booster risulta disponibile per 584 studenti: 524 (89,7%) sono RISULTATI positivi, 60 (10,3%) nuovamente negativi. Dei negativi, 31 soggetti hanno completato il ciclo vaccinale e 29 (93,5%) sono stati nuovamente titolati. Fra questi il 96,6% di soggetti ha presentato una concentrazione sierica di anticorpi anti-HBs  $\geq 10$  mIU/mL, risultando protetto nei confronti dell'epatite B.

**CONCLUSIONI**

Lo studio evidenzia come il 36% dei soggetti vaccinati sia risultato non immune per l'epatite B e che la somministrazione di dosi booster concorra alla sieroconversione nella quasi totalità dei soggetti vaccinati.

*epatite b, screening sierologico*

**ID 371**

**SLATENTIZZAZIONE IATROGENA DELLA TUBERCOLOSI NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A TERAPIA CON CORTISONICI: STUDIO RETROSPETTIVO OSSERVAZIONALE**

S. Mascipinto 1; C. Altini 1; M.S. Gallone 1; S. Tafuri 1; D. Parisi 2; M. Quarto 1

1. Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

2. Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

**INTRODUZIONE**

Obiettivo dello studio retrospettivo osservazionale è stato quello di valutare l'incidenza di slatentizzazione di Infezione Tuberculare Latente (ITL) in pazienti sottoposti a terapia immunosoppressiva corticosteroidica prolungata per patologie croniche.

**METODI**

La popolazione in studio risulta rappresentata dagli iscritti al Servizio Sanitario della Regione Puglia in terapia corticosteroidica cronica. Dall'archivio regionale delle prescrizioni farmaceutiche di fascia A sono stati estratti record relativi al periodo Gennaio 2012 – Dicembre 2013 riportanti il codice ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification system) H02AB, ossia glucocorticoidi (es: desametasone, prednisone). Sono stati inseriti nell'elenco i pazienti che presentavano un numero di prescrizioni suggestivo di terapia cronica (n=787.218). L'elenco ottenuto è stato incrociato con l'archivio regionale delle SDO 2012-14, selezionando i soggetti con almeno un ricovero con diagnosi di tubercolosi. Il database definitivo risulta rappresentato da 175 ricoveri relativi a 123 soggetti.

**RISULTATI**

L'incidenza di patologia tubercolare risulta pari a 1,56/10.000 soggetti sottoposti a terapia ed è maggiore nei soggetti di età compresa tra 60 e 89 anni. La sede più coinvolta è il polmone (66,9% dei casi) e dal punto di vista anatomopatologico tra le forme polmonari la cavitaria risulta la più rappresentata (42,9%), seguita dalla forma nodulare (23,2%).

Il corticosteroide più prescritto è il betametasone (41,5%), mentre è il prednisone (30,6% delle prescrizioni totali) quello maggiormente associato a slatentizzazione (Tabella).

**CONCLUSIONI**

I soggetti candidati a terapia corticosteroidica devono essere sottoposti a screening per ITL e, in caso di positività, occorre intraprendere trattamento anti-tubercolare per scongiurare il rischio di slatentizzazione.

*tubercolosi; slatentizzazione; iatrogena; cortisonici*

**ID 390**

**DISINFEZIONE DELLE LENTI A CONTATTO CON TECNOLOGIA UVC LED**

M. Fattorini 1; G. Cevenini 2; S. Burgassi 3; M. Tani 4; N. Nante 1,3; G. Messina 1,3

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena;

2 Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Università di Siena;

3 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena;

4 FeT Elettronica snc, Poggibonsi (Siena).

**INTRODUZIONE**

L'utilizzo di lenti a contatto (LaC) rappresenta il principale fattore di rischio nello sviluppo della Cheratite Microbica, causata da svariati agenti infettivi. Le soluzioni uniche per la disinfezione delle LaC hanno dimostrato incompleta efficacia nei confronti di diversi patogeni oculari. Scopo dello studio era quello di testare una innovativa METODICA di disinfezione delle LaC utilizzando raggi ultravioletti di tipo C (UVC) emessi da LED.

**METODI**

Uno studio pre-post è stato condotto nel periodo Novembre 2015-Aprile 2016. Utilizzando una stampante 3D è stato creato un setting sperimentale. Il LED (lunghezza d'onda 275 nm, picco 3.0 mW circa) è stato inserito sotto un portalenti trasparente ai raggi UV di tipo C (100-280 nm). Le lenti sono state disposte in 2 ml di soluzione salina contaminata con microrganismi ad una concentrazione variabile tra 0.3 e  $1.3 \times 10^5$ /ml. Sono stati effettuati test per verificare la riduzione della carica microbica di *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Serratia marcescens* e *Pseudomonas aeruginosa*. La durata dell'irraggiamento è stata stabilita in 60 minuti. Per determinare le Unità Formanti Colonia (UFC) presenti sulle lenti e nella salina dopo l'irraggiamento sono state utilizzate piastre di Petri, lette dopo 48 ore di incubazione. Il test di Wilcoxon è stato utilizzato per verificare una eventuale riduzione logaritmica statisticamente significativa delle UFC prima e dopo il trattamento di lenti e salina.

**RISULTATI**

Le lenti irradiate hanno presentato una riduzione logaritmica di 0.64 (IC 0.51-0.82). *S. aureus* e *P. aeruginosa* hanno mostrato la diminuzione maggiore, rispettivamente 0.86 log (IC 0.60-1.67) e 0.93 log (CI 0.67-1.69). La riduzione dei batteri nella salina è stata di 2.02 log (IC 1.64-6).

**CONCLUSIONI**

L'utilizzo di UVC emessi da LED per la disinfezione di LaC ha mostrato RISULTATI incoraggianti. Il rapido miglioramento della tecnologia promette livelli di efficacia ancora più soddisfacenti.

*Lenti a Contatto; Cheratite Microbica; Raggi Ultravioletti; LED.*

**ID 393**

**UN NUOVO METODO PER UNA RAPIDA RICERCA DI LEGIONELLA NEI CAMPIONI DI ACQUA**

D. Rosadini 1; S. Di Maio 2; S. Burgassi 2; A. Serafini 1; D. Lenzi 3; S. Biani 3; N. Nante 1,2; G. Messina 1,2

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena;

2 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena;

3 Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena.

**INTRODUZIONE**

La presenza di Legionella nei sistemi idrici delle strutture sanitarie è un problema diffuso, che assume particolare rilevanza nei reparti critici. Il gold standard per la ricerca di Legionella è il metodo colturale, che richiede 10-13 giorni per il risultato. Sistemi basati su sonde geniche marcate con fluorocromi (SGM) possono rilevare la presenza di Legionella spp. e *L. pneumophila* in circa 75 ore. L'Obiettivo dello studio è confrontare i RISULTATI ottenuti con il sistema standard e con quello SGM.

**METODI**

Lo studio è stato condotto presso l'Ospedale di Siena nell'aprile 2015. Sono stati raccolti 38 campioni di acqua, dopo aver rimosso i filtri assoluti terminali. Aliquote appropriate di acqua sono state analizzate secondo linee guida/standard. Campioni di acqua, con/senza trattamento al calore, sono stati usati come gold standard e confrontati con quelli analizzati con SGM, prodotte da VermiconTM, usando i METODI di preparazione con acido o calore. Piastre di Petri sono state inoculate e incubate a 36°C per 10 giorni (standard) e 72+/-4 ore (SGM). Curve ROC sono state usate per verificare l'accuratezza del metodo SGM confrontato con lo standard.

**RISULTATI**

Per la *L. pneumophila*, i METODI SGM (con acido; con calore) confrontati con il colturale tal quale hanno rispettivamente fatto registrare delle ROC di 0.91 e 0.94. Inoltre, il metodo SGM con acido confrontato con il colturale al calore ha dato una ROC di 0.97. Per la *L. spp.*, il metodo tal quale confrontato con SGM acido ha dato una ROC di 0.81.

**CONCLUSIONI**

Entrambi i METODI SGM sono accettabili e predittivi per la rilevazione di *L. pneumophila*, mentre per *L. spp.* è preferibile quello con acido. SGM ha il vantaggio, rispetto ad altri METODI come la PCR, di identificare solo Legionelle vive. Emerge che il metodo SGM sia capace di fornire un rapido screening, utile soprattutto se si ha urgenza dei RISULTATI; il metodo colturale ne conferma la lettura.

*Legionella, metodo colturale, sonde geniche marcate con fluorocromi*

**ID 424**

**KLEBSIELLA: SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) NELLE STRUTTURE ASSISTENZIALI DELLA ASL BARI (GENNAIO 2014- GIUGNO 2016)**

V. Vitale 2; L. Civita 1; D. Lagravinese 2; R. Squicciarini 2; D. Lagreca 2; G. Scalzo 2  
1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari  
2 Dipartimento di Prevenzione ASL BARI, Bari

**INTRODUZIONE**

Le infezioni da batteri Gram negativi enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) rappresentano una minaccia emergente in sanità pubblica. Negli Ultimi 10 anni si è verificato un incremento di casi o focolai di infezioni nelle strutture assistenziali di molti Paesi del mondo. L'Italia è al secondo posto per frequenza in Europa, subito dopo la Grecia (25-50%).

**OBIETTIVO DELLO STUDIO**

Uno dei compiti del Dipartimento di Prevenzione (DP) della ASL è la sorveglianza delle malattie infettive. Tale studio valuta il trend di Incidenza delle Infezioni da CPE negli ultimi 3 anni, nei più grandi presidi ospedalieri della Provincia di Bari (A.O.Policlinico, P.O. S.Paolo, P.O.Di Venere- P.O.Fallacara).

**MATERIALI E METODI:**

Gestione di un database di sorveglianza epidemiologica dei casi notificati al DP della Asl Bari. Analisi dei dati relativi al triennio 2014-2016 attraverso test di regressione lineare con software statistico Stata.

**RISULTATI**

Nel triennio esaminato si evidenzia un aumento annuo dei casi notificati con maggiore incidenza nelle U.O. di Terapia Intensiva (15 casi nel 2014, 19 nel 2015 e 22 nel 2016), in linea con il trend internazionale. Le principali sedi di origine della batteriemia sono legate alla polmonite associata a ventilazione (38,3% nel 2016) e il cvc/p (19,1% nel 2016).

**CONCLUSIONI**

Si evidenzia un trend in aumento dei casi di infezioni da CPE, attribuibile anche ad una maggiore attività di sorveglianza e notifica da parte dei PP.OO., alla luce degli interventi di sensibilizzazione del DP che di concerto con le Direzioni Sanitarie dei Presidi Aziendali, ha redatto un protocollo operativo per le infezioni da CPE relativo alle misure di prevenzione e di controllo delle stesse, i cui campi di applicazione sono PP.OO., IRCSS, case di cura private, RSA al fine di contrastare la comparsa e diffusione di ceppi di enterobatteri resistenti ai carbapenemi.

*Klebsiella, sorveglianza, protocollo operativo*



## Sorveglianza delle infezioni da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) nelle strutture assistenziali della Asl Bari 2014-2016

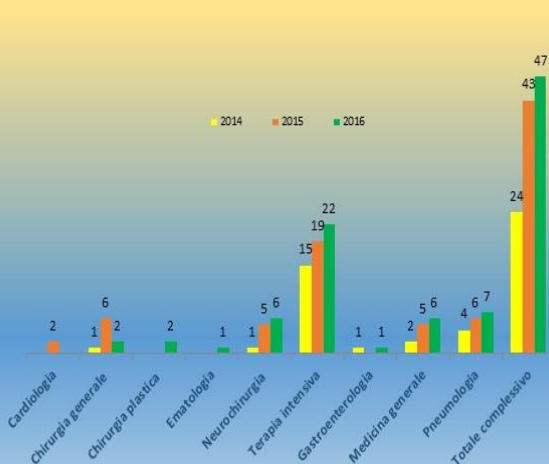


Grafico 1. N casi di infezioni da CPE per anno e U.O.

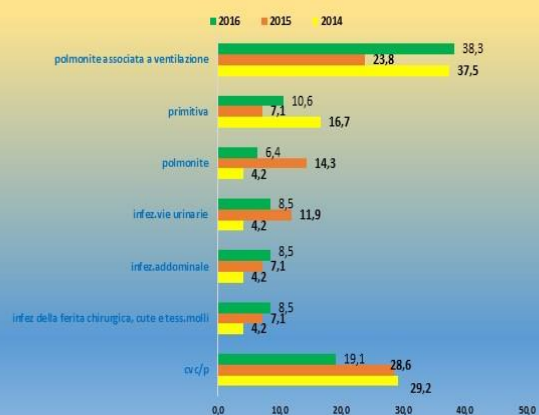


Grafico 2. Sede di origine della batteriemia per anno di notifica (%)



**ID 436**

**IL MORBILLO: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI IN REGIONE CAMPANIA**

C. Novi 1; A. Simonetti 1; R. Ortolani 2; U. Vairo 3; D. Castrianni 1; R. Alfano 1; M. Triassi 1.

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, A.O.U. "Federico II", Napoli

2 Servizio Epidemiologia e Prevenzione, ASL NA 1 Centro, Napoli

3 U.O. Materno Infantile, Distretto 29, Napoli

**INTRODUZIONE**

Il morbillo rappresenta, ancora oggi, una delle principali cause di morte tra i bambini causando circa 314 morti al giorno. Nonostante l'impegno all'eliminazione e le numerose misure intraprese, negli ultimi anni sono stati notificati numerosi casi a livello mondiale. In Regione Campania, da gennaio a giugno 2016, è stato registrato un focolaio epidemico importante. Scopo del presente lavoro è la descrizione del focolaio, evidenziando l'ASL maggiormente interessata e le possibili cause.

**METODI**

I dati relativi al numero dei casi di Morbillo che si sono verificati in Regione Campania sono stati estrapolati dal Sistema di Sorveglianza "PREMAL" in collaborazione con i Responsabili dell'U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione. Nell'ASL in cui è stato registrato il maggior numero di casi si è proceduto ad indagare lo stato della copertura vaccinale.

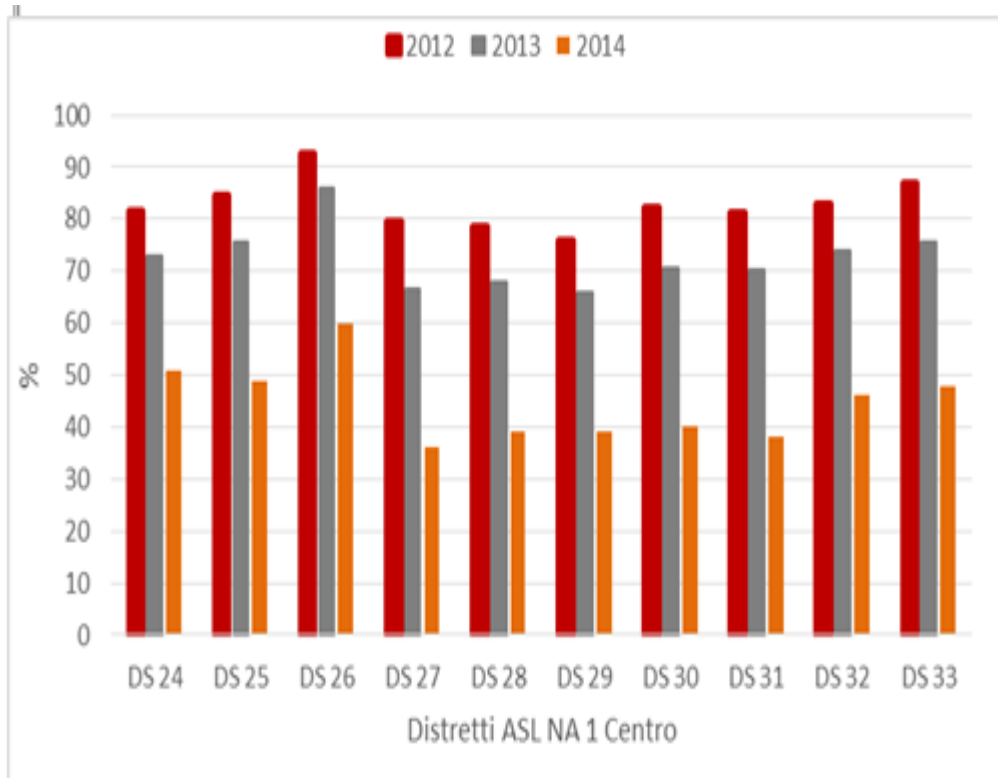
**RISULTATI**

In totale 108 casi di Morbillo sono stati notificati nei primi sei mesi del 2016 in Campania. L'elevata percentuale di casi ricoverati (55%) indica che vengono segnalati quasi esclusivamente i casi più gravi e che il numero di casi totali è sottostimato. Dei 108 casi, il 41,6% è stato notificato tra i residenti dell'ASL Napoli 1 Centro. Tra questi, l'età pediatrica risulta la più colpita (30 casi hanno età compresa tra 0 e 18 anni) e l'80% risulta non vaccinato. Dall'analisi dei dati si evince, infatti, una diminuzione notevole della copertura vaccinale a partire dal 2012 in tutti i Distretti dell'ASL Napoli 1 Centro (figura 1). Pur non avendo a disposizione i dati della copertura vaccinale relativi all'anno 2016, è possibile supporre che il calo vaccinale riscontrato nei diversi distretti dell'ASL Napoli 1 Centro sia correlato al focolaio descritto.

**CONCLUSIONI**

Per raggiungere gli obiettivi di eliminazione di morbillo, è necessario migliorare le coperture vaccinali per la prima e la seconda dose nel più breve tempo possibile ed associare una intensa attività di recupero dei suscettibili adolescenti.

*Morbillo, Copertura Vaccinale, Regione Campania*



**ID 443**

**L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA COME STRUMENTO PER "INVESTIGARE"**

R. Squicciarini 2; V. Vitale 2; L. Civita 1; D. Lagravinese 2; E. Caputo 2; D. Lagreca 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

2 Dipartimento di Prevenzione ASL BARI, Bari

**INTRODUZIONE**

Il Dipartimento di Prevenzione della Asl Bari (DP) è stato impegnato in un cluster epidemico di n. 6 soggetti intossicati da sostanza non ben identificata, appartenenti allo stesso nucleo familiare, composto da n. 20 persone. Tutti hanno partecipato ad un pranzo presso un'abitazione riscaldata con stufa a gas.

**OBIETTIVO DELLO STUDIO**

Riconoscere tempestivamente la causa e la modalità di diffusione dell'evento.

**MATERIALI E METODI**

Indagini epidemiologiche per definizione di "caso formale" con criterio di identificazione oggettiva dei malati secondo: tempo, luogo, persona, sintomi clinici e RISULTATI di indagini di laboratorio e tossicologici su acqua e alimenti. Formulazione di ipotesi. Creazione di database e analisi dati con software statistico Stata.

**RISULTATI**

Il 30% dei partecipanti al pranzo ha presentato sintomatologia, per i quali è stato necessario il ricovero in Ospedale (Grafico n. 1). I 6 "casi accertati" appartengono tutti alla fascia d'età compresa tra 0 e 30 anni . (Grafico n. 2)

I sintomi più comuni, verificatisi tutti a distanza di 3-4ore dalla conclusione del pranzo, sono stati: sonnolenza, crisi oculoversiva e dolori muscolari. Alterazione valori PO2 – Saturazione O2, Meta Hb all'emogas analisi.

**CONCLUSIONI**

Fondamentale è stato il ruolo dell'inchiesta epidemiologica che ha permesso di confutare la prima ipotesi di avvelenamento da monossido di carbonio basata solo sui dati clinici.

I casi sono stati vittime di contaminazione, da farmaco antipsicotico butirrofenone (aloperidolo), di acqua potabile contenuta in n. 2 bottiglie (su 6 utilizzate), acquistata presso un discount cittadino.

La contaminazione è verosimilmente di natura dolosa da farmaco compatibile con un medicinale presente nella stessa casa.

Le bottiglie contaminate sono state consumate dai soggetti intossicati che occupavano la stessa posizione al tavolo.

Il caso è stato segnalato alle autorità competenti che hanno avviato indagini mirate, tutt'ora in corso.

*Aloperidolo, intossicazione, inchiesta epidemiologica*

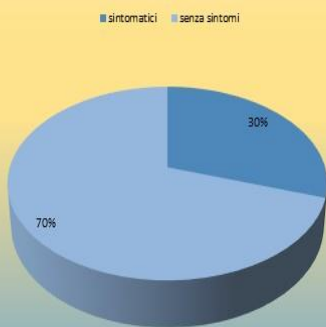


Grafico 1. Casi di soggetti con sintomatologia (%)



Grafico 3. Sintomatologia per n. di casi



Grafico 2. N. soggetti sintomatici/asintomatici per fase d'età

**ID 451**

**GESTIONE SORVEGLIANZA SANITARIA CORRELATA AI FLUSSI MIGRATORI. L'ESPERIENZA DELL'ATS DELLA MONTAGNA, EX ASL DI SONDRIO**

L.A. Martinelli 1; L. Cecconami 2; M. Ambrosino 2; G. Prezioso 2; J. Frizza 2; G. Di Maio 2; E. Giompapa 2

1 Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezione di Igiene

2 ATS della Montagna, Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

**INTRODUZIONE**

Da marzo 2014 ad oggi, il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria dell'ex ASL di Sondrio, ora ATS della Montagna, su mandato della Prefettura e nel rispetto delle indicazioni di Regione Lombardia come da nota del 27/06/2014 "Interventi sanitari in relazione ai flussi straordinari di migranti extracomunitari", si fa carico dell'assistenza medica degli immigrati.

**METODI**

Gli accertamenti sanitari sono finalizzati al controllo e alla diagnosi di malattie infettive e pertanto, in occasione della prima visita, si effettua il test secondo Mantoux per individuare precocemente i possibili casi di TBC; inoltre dalla fine del 2015 ad oggi, si esegue la profilassi vaccinale anti tetano-difterite-poliomielite.

**RISULTATI**

Complessivamente tra marzo 2014 ed agosto 2016 sono state visitate 825 persone, 95% di sesso maschile e 5% di sesso femminile, con un'età media di 24 anni. I minori sono il 5% del totale. Gli immigrati provengono per l'86% dall'Africa: Nigeria (31%), Senegal (9%), Gambia e Guinea (8%), Ghana e Mali (7%), Eritrea (5%), Costa d'Avorio (4%), Camerun (2%), Benin e Somalia (1%); il restante 14% dall'Asia: Bangladesh (7%), Pakistan (5%), Afghanistan (1%) e Siria (1%). Sono stati eseguiti 690 Mantoux, con esito positivo in 264 casi (38%), per i quali si sono rese necessarie altrettante RX, risultate dubbie in 255 casi con successiva visita pneumologica. Le diagnosi certe di TBC sono state 19 di cui 13 sottoposte a profilassi e 6 a ricovero. Sono state effettuate 22 visite dermatologiche, che hanno evidenziato 15 casi di scabbia, 2 di impetigine e 4 di varicella. Ad oggi sono stati vaccinati 133 soggetti per le malattie infettive sopra citate.

**CONCLUSIONI**

La tempestiva attivazione del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria da parte della Prefettura risulta quindi essere fondamentale per la gestione e la prevenzione delle malattie infettive a tutela sia della popolazione immigrata che della salute pubblica del territorio.

**ID 454**

**IMPLEMENTAZIONE DELLE BEST PRACTICES SULLA CORRETTA PROCEDURA DEL PRELIEVO PER L'EMOCOLTURA. PROGETTO DEL GRUPPO ISRI REGIONE CAMPANIA**

C. Cusano 1; L. Pagano 2; R. Dello Russo 3; M. Vitale 4; A. Di Caterino 5; M.R. Esposito 6; A. Guillari 7

1 AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta

2 AORN Ospedali dei Colli, Napoli

3 AORN S.G. Moscati, Avellino

4 AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta

5 PO S.G. Moscati, Aversa

6 Istituto Nazionale Tumori IRCCS "Fondazione G.Pascale", Napoli

7 Univer

**INTRODUZIONE**

L'emocoltura (EC) rappresenta uno strumento diagnostico fondamentale nei casi di sospette infezioni sistemiche e consente una diagnosi clinica tempestiva. La contaminazione delle EC determina incertezze diagnostiche, somministrazione di terapia antimicrobica inappropriata, aumento della spesa sanitaria e prolungamento della degenza. Il fattore che più frequentemente influenza il tasso di contaminazione è rappresentato dalla cute del paziente nel sito della venipuntura. Dai RISULTATI dei monitoraggi sono emerse contaminazioni che tuttavia non è possibile ricondurre ad errori nell'antisepsi o altri fattori correlati all'esecuzione della procedura. Scopo del progetto è quello di ridurre il tasso di contaminazione delle EC da errata procedura; valutare il tasso di contaminazione delle EC con l'introduzione dell'antisettico Chloraprep® e della relativa tecnica per l'antisepsi cutanea nella procedura da implementare.

**METODI**

fasi del progetto: a) revisione della letteratura per reperire evidenze scientifiche e best practice; strutturare un programma formativo; elaborare la procedura dell'EC; implementazione e applicazione a livello locale della procedura ed individuazione degli indicatori di struttura e di processo; b) valutazione di conoscenze e comportamenti degli infermieri in tema di corretta esecuzione dell'EC attraverso somministrazione di un questionario pre e post intervento formativo; presentazione del protocollo di ricerca e scheda di monitoraggio per ogni EC praticata; implementazione della procedura nelle UU.OO. incluse nel progetto; c) monitoraggio delle EC effettuate, analisi dei dati. Presentazione e discussione dei risultati del progetto ISRI Campania.

**RISULTATI**

acquisizione di competenze infermieristiche specifiche; implementazione della procedura predisposta; riduzione del tasso di contaminazione delle EC.

**CONCLUSIONI**

l'intervento multimodale proposto evidenzia il ruolo sostanziale delle attività che impegnano le ISRI nelle Aziende Sanitarie.

*Emocoltura, riduzione del tasso di contaminazione, antisepsi cutanea, clorexidina, best practice*

**ID 486**

**CARATTERISTICHE CLINICHE E OUTCOME DEI CASI GRAVI E COMPLICATI DI INFLUENZA NELLE ULTIME 3 STAGIONI INFLUENZALI TRATTATI IN UN GRANDE OSPEDALE UNIVERSITARIO IN LOMBARDIA.**

C. Del Curto 1,2; A. Biancardi 1; P. Nizzero 1; F. Pappalardo 3; T. Bove 3; F. Giusto 1,2; S. Colombo 4; L. Cabrini 4; D. Di Napoli 1; R. Mazzuconi 1; M. Moro 1

1 Direzione Sanitaria, Ospedale San Raffaele – Milano

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia

3 Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Ospedale San Raffaele–Milano

4 Terapia Intensiva Generale, Ospedale

**INTRODUZIONE**

L'IRCCS Ospedale San Raffaele riceve i casi gravi e complicati di influenza provenienti dal suo territorio oppure trasferiti da altri Ospedali in quanto centro di riferimento ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation).

**METODI**

Analisi di caratteristiche cliniche e outcome dei casi di influenza gravi e complicati, trattati in terapia intensiva, con ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) o con SARI (Serious Acute Respiratory Illness).

**RISULTATI**

Nelle ultime 3 stagioni influenzali sono stati trattati 24 casi di influenza grave e complicata (5 nella stagione 2013-14, 19 nella 2014-15, 0 nella 2015-16); in tutti è stato isolato il virus A (H1N1 nel 92%) e il 75% è stato sottoposto a ECMO veno-venoso per ARDS. Il 50% dei pazienti ha avuto un outcome sfavorevole (decesso o trasferimento presso ospedale di provenienza con esiti severi). La letalità è stata del 29% (43% nei soggetti  $\geq 65$  anni, 23% negli altri). Tutti i pazienti con esito sfavorevole avevano indicazione alla vaccinazione anti-influenzale, e nel 75% dei casi avevano almeno 2 patologie croniche. 3 soggetti su 24 non avevano indicazioni alla vaccinazione, e sono stati dimessi in buone condizioni generali. La terapia antivirale con oseltamivir è stata impostata tempestivamente (entro 48 ore dal primo ricovero) nel 75% dei casi con outcome favorevole (dimissione/trasferimento in discrete condizioni generali), e nel 25% dei pazienti con esito sfavorevole. Almeno una sovra-infezione microbiologicamente dimostrata si è verificata nel 75% dei decessi/trasferiti con esiti severi (75%), e nel 25% dei pazienti con outcome favorevole.

**CONCLUSIONI**

I dati sono in linea con la letteratura che individua le patologie croniche concomitanti e le sovra-infezioni tra i determinanti di un outcome peggiore e il virus H1N1 come principale responsabile delle forme di influenza gravi complicate; la nostra casistica suggerisce che la tempestiva impostazione di terapia con oseltamivir si associ ad esito favorevole.

*Influenza, casi gravi e complicati*



**ID 489**

**PREVALENZA DELL'INTOLLERANZA AL FRUMENTO PERCEPITA NELLA POPOLAZIONE GENERALE: PRINT, STUDIO EPIDEMIOLOGICO TRASVERSALE NEL COMUNE DI MONTICELLI BRUSATI (BS).**

B. Zanini 1; F. Cavalieri 2; M. Marullo 3; C. Ricci 1; V. Brivio 2; F. Donato 2

1 Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia, Brescia - Italy

2 Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Unità di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università deg

**INTRODUZIONE**

I prodotti a base di frumento forniscono circa il 30% delle calorie assunte in Occidente. Tali prodotti sono all'origine di reazioni immunomediate quali: celiachia (prevalenza 1-2%), allergia al grano (prevalenza 0,1%) e sensibilità al glutine (prevalenza non ancora caratterizzata), definita da alcuni autori intolleranza al frumento (Wheat Intolerance, WI), non essendo ancora chiarito se sia il glutine o altre componenti del grano a scatenare i sintomi. L'obiettivo principale dello studio osservazionale trasversale PRINT è stimare la prevalenza della percezione di WI nella popolazione generale.

**METODI**

L'indagine è stata condotta sulla popolazione adulta (18-70 anni) residente in Monticelli Brusati (BS), tramite invio per posta ed auto-compilazione di questionario ad hoc dati anagrafici, patologie gastro-intestinali note, dati di intensità di sintomi gastro-intestinali e/o sistemici cronici e loro eventuale associazione con assunzione di derivati del frumento. Sono identificati come CASI tutti i non celiaci, che alla domanda "ha notato se i sintomi elencati sono scatenati dal consumo di pane, pasta (...)?" hanno risposto "Sì". Tutte le volte". I controlli sono gli altri partecipanti. L'analisi è effettuata con STATA (12.1) a livello di significatività  $\alpha=0.05$ . Il protocollo è approvato dal Comitato Etico Provinciale della Provincia di Brescia.

**RISULTATI**

Dei 3220 questionari consegnati, ne sono stati restituiti 739 (23% del campione), di cui 511 (69.1%) riportavano almeno un sintomo di intensità moderata o maggiore. I casi, come definiti da protocollo, sono stati 32 (4.3%, IC 2.9-5.8%) e si è rilevata associazione con: sesso femminile (OR= 1.4), intolleranza al lattosio (OR=8,2), allergia alimentare (OR= 4,5) e ad alcuni sintomi, come riportato nelle Figg.1,2.

**CONCLUSIONI**

La percezione di intolleranza al frumento ha una prevalenza del 4,33% nella popolazione generale esaminata ed è un dato notevole, in considerazione di intensità e cronicità dei sintomi.

| CARATTERISTICHE anagrafiche o anamnestiche | Non intolleranti<br>Valore assoluto<br>(Prev.%) | Intolleranti frumento (WI)<br>Valore assoluto-<br>(Prev.%) | Totale Campione<br>Valore assoluto-<br>(Prev. complessiva) | ODDS RATIO<br>[95% IC] | Note     |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|----------|
| Numero Soggetti                            | 707                                             | 32 ( <b>4,33%</b> )                                        | <b>739 (100%)</b>                                          |                        |          |
| Femmine (F)                                | 371 (52,4%)                                     | 24 (75%)                                                   | 395 (53,2%)                                                | 1,4 [1,2-6,2]          | P=0,0122 |
| Maschi (M)                                 | 336 (47,6%)                                     | 8 (25%)                                                    | 344 (46,8%)                                                | 0,37 [0,16-0,83]       | n.s.     |
| Rapporto M/F                               | 1/ 1,1                                          | 1 / 3                                                      | 1/ 1,1                                                     |                        |          |
| Intolleranza Lattosio                      | 32 (4,5%)                                       | 9 (28,1%)                                                  | 41 (5,55%)                                                 | 8,3 [3,5-19,3]         | P<0,0001 |
| Allergia alimentare                        | 16 (2,3%)                                       | 3 (9,4%)                                                   | 19 (2,57%)                                                 | 4,5 [1,2-16,2]         | P=0,0441 |
| Ulcera/RGE                                 | 78 (11,0%)                                      | 7 (21,9%)                                                  | 85 (11,5%)                                                 |                        | n.s      |

**ID 511**

**Virus Zika: Dati da una Revisione Sistemica**

A. Bagnato 1; F. Rubba1 ; T. de Pascale1 ; A. Vozza 2; M. Triassi 1; I. Torre1

1 Dipartimento di Sanità Pubblica AOU Federico II

2 Farmacia Ospedaliera , AOU Federico II

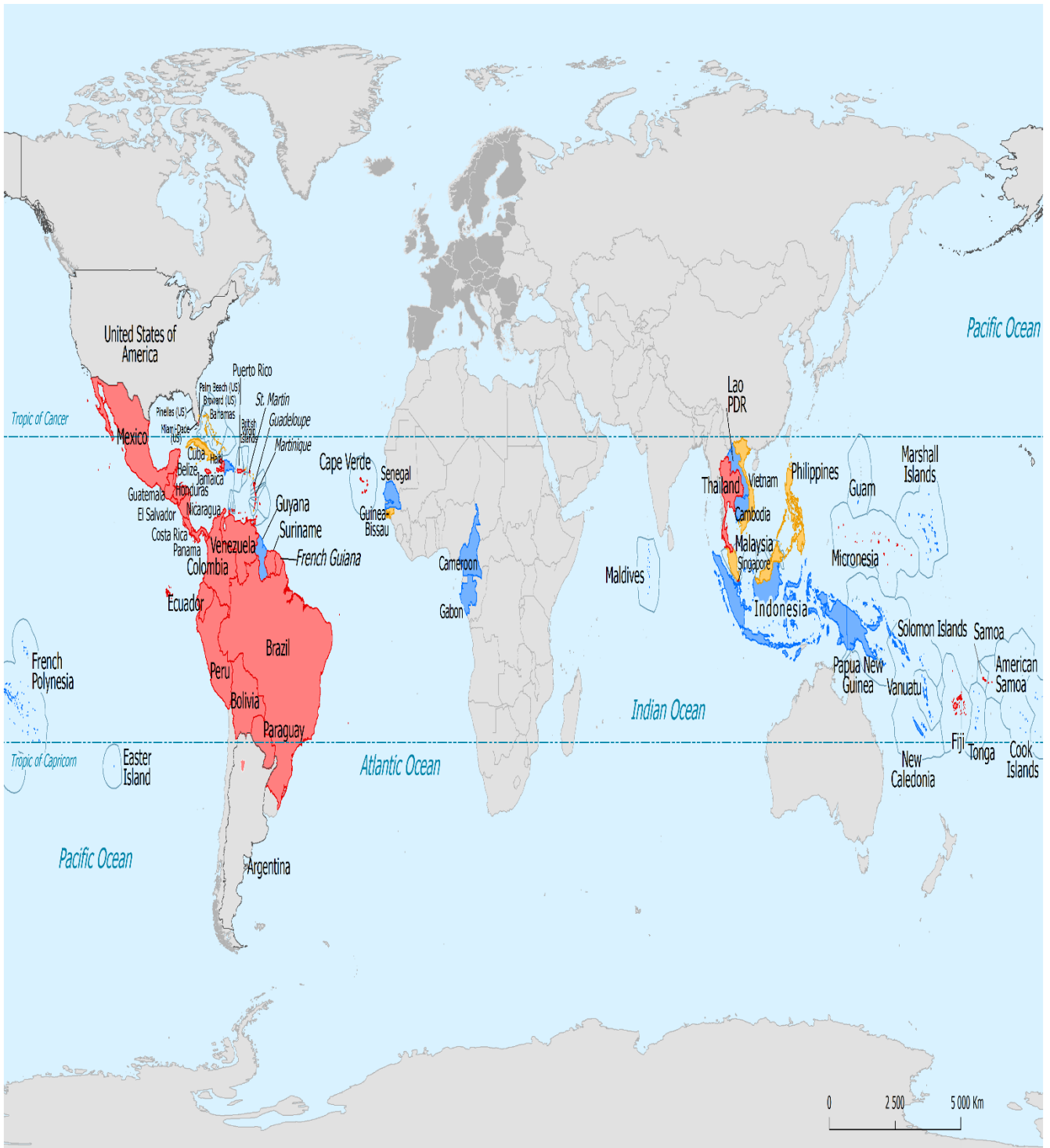
Il virus Zika (ZIKV) è un flavivirus scoperto nel sangue di una scimmia sentinella febbrile in una foresta dell'Uganda. Ha causato per circa 60 anni casi sporadici di malattia lieve nell'uomo in Africa e in Asia. Dal 2007 è iniziato un nuovo periodo caratterizzato da epidemie e dall'associazione con gravi patologie come la microcefalia e la sindrome di Guillain-Barrè. Questo periodo è iniziato con l'epidemia dell'isola di Yap in Micronesia. Dopo circa 6 anni di apparente scomparsa, il virus è riemerso causando epidemie come in Polinesia francese nel 2013. Successivamente ha causato un'epidemia nell'Isola di Pasqua e poco tempo dopo in Brasile nel 2015. Il virus si sta diffondendo anche in altri Paesi dell'America latina e negli Stati Uniti.

ZIKV è trasmesso principalmente attraverso la puntura di zanzare infette, *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* che sono in grado di diffondere anche altri agenti infettivi e possono pungere l'uomo e gli animali.

Il ciclo di sviluppo delle zanzare può essere di pochi giorni, mentre le uova possono sopravvivere anche per mesi. Le zanzare hanno bisogno di sangue per produrre le uova che si sviluppano in raccolte di acqua attraverso le fasi di larva e pupa. Dalla Revisione sistematica svolta una questione importante non ancora risolta : se ZIKV è trasmesso nelle zanzare in linea verticale.

Le gravi condizioni cliniche che si possono associare all'infezione da ZIKV hanno portato alla dichiarazione dell'OMS del 1/2/2016 di una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. In Europa in passato è stato affrontato con successo il problema della malaria. È stato proposto di apprendere da queste misure.

Una proposta di gestione di queste infezioni può essere la ricerca di virus in campioni di urina dai campioni dei Servizi di analisi anche di soggetti asintomatici, dato che il virus è stato dimostrato anche fino a 62 giorni nelle urine e per l'elevato numero di soggetti infettati asintomatici, anche oltre l'80 %.



- Widespread transmission in the past three months
- Sporadic transmission in the past three months
- Past transmission (2007 – three months ago)

- EU/EEA Member States, including outermost regions
- Other countries and territories
- Maritime Exclusive Economic Zones for non-visible areas



ECDC. Map produced on 9 Sep 2016  
 Map your data at: <https://emma.ecdc.europa.eu>

| Europa<br>Infezione da virus<br>Zika<br>n. di casi riportati<br>di malattia dal<br>2015 ad oggi<br>settembre 2016 | n. casi di malattia<br>da virus Zika<br>(totale: 1534) | n. di casi associati<br>a viaggi<br>(totale: 1513) | n. di casi<br>localmente<br>acquisiti (Totale: 5)<br>(di cui tramite<br>puntura di zanzara<br>Totale: 0) | n. di casi in donne<br>in gravidanza<br>(Totale: 75) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Austria                                                                                                           | 11                                                     | 11                                                 | 0                                                                                                        | 1                                                    |
| Belgio                                                                                                            | 68                                                     | 56                                                 | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Repubblica Ceca                                                                                                   | 10                                                     | 10                                                 | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Danimarca                                                                                                         | 3                                                      | 3                                                  | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Finlandia                                                                                                         | 5                                                      | 1                                                  | 0                                                                                                        | 1                                                    |
| Francia                                                                                                           | 880                                                    | 880                                                | 0                                                                                                        | 19                                                   |
| Irlanda                                                                                                           | 3                                                      | 3                                                  | 0                                                                                                        | 1                                                    |
| Italia                                                                                                            | 76                                                     | 74                                                 | 2                                                                                                        | 3                                                    |
| Lussemburgo                                                                                                       | 1                                                      | 1                                                  | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Malta                                                                                                             | 2                                                      | 2                                                  | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Norvegia                                                                                                          | 4                                                      | 4                                                  | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Olanda                                                                                                            | 78                                                     | 78                                                 | 0                                                                                                        | 15                                                   |
| Portogallo                                                                                                        | 18                                                     | 17                                                 | 1                                                                                                        | 0                                                    |
| Regno Unito                                                                                                       | 114                                                    | 114                                                | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Romania                                                                                                           | 3                                                      | 3                                                  | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Slovacchia                                                                                                        | 3                                                      | 3                                                  | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Slovenia                                                                                                          | 3                                                      | 3                                                  | 0                                                                                                        | 0                                                    |
| Spagna                                                                                                            | 236                                                    | 234                                                | 2                                                                                                        | 35                                                   |
| Svezia                                                                                                            | 16                                                     | 16                                                 | 0                                                                                                        | 0                                                    |

TAB 1: Dati del ECDC, anno 2015-2016

**ID 528**

**ANDAMENTO DELLE INFEZIONI DA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS NELLA ASL BARI DAL 2014 AL 2016**

D. Lagravinese 2; R. Crudele 2; V. Vitale 2; L. Civita 1; V. Giorgio 3; R. Squicciarini 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

2 Dipartimento di Prevenzione ASL BARI, Bari

3 Malattie dell'apparato respiratorio, Ospedale "Fallacara" di Triggiano Asl Bari, Bari

**INTRODUZIONE**

I dati OMS degli ultimi decenni descrivono una recrudescenza di Tubercolosi, con prevalenza e mortalità nel mondo tuttora elevate. Tale studio valuta il trend di incidenza della Tbc negli ultimi 3 anni, nella popolazione Asl Bari.

**METODI**

Estrapolazione dati di incidenza dal sistema di sorveglianza epidemiologica Edotto e analisi con software Stata.

**RISULTATI**

Nel 2014 sono stati notificati 32 casi, con maggiore frequenza tra i maschi (M/F= 19/13) e fasce di età più interessate 25-44 anni (31,3% dei casi) e over 65enni (31,3% dei casi). Il 59,4% delle notifiche registrate è di nazionalità italiana (età media 54), il 12,5% africana (età media 38), il 15,6 % est Europea (età media 43), il 9,4% asiatica (età media 30), e il 3,1% nord Europea. Nel 2015 sono stati notificati 52 casi, con maggiore frequenza tra i maschi (M/F= 41/11) e fascia di età più interessata 25-44 anni (36,5% dei casi). Il 46% delle notifiche è di nazionalità italiana (età media 59,3), il 13,4% africana (età media 27), il 21,1% est Europea (età media 43), e il 19,2% asiatica (età media 30). Nel 2016 sono stati notificati 50 casi (fino al 03/08/2016), con maggiore frequenza di malattia tra i maschi (M/F= 35/15) e tasso di notifica più elevato tra i 25-44 anni (42,9% dei casi). Delle notifiche pervenute il 49% è di nazionalità italiana (età media 54,4), il 22,4% africana (età media 29), il 20,4% est Europea (età media 35), e l'8,2% asiatica (età media 48).

**CONCLUSIONI**

Nel triennio esaminato si è verificato un trend in aumento di notifiche, con costante incremento di casi tra i cittadini stranieri (40,6% nel 2014, 53,8% nel 2015 e 54,2% nel 2016). E' necessario incrementare la sorveglianza attiva di questa patologia giudicata sino a pochi anni fa "dimenticata" nel territorio italiano, al fine di evitare una recrudescenza della stessa nelle fasce di popolazione maggiormente a rischio (immigrati da paesi ad alta endemia per TBC, soggetti immunodepressi, detenuti, etc.) e nella popolazione generale.

*Tubercolosi, sorveglianza, incidenza*

**ID 529**

**STIMA DELL'INCIDENZA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE NELLA POPOLAZIONE PRESENTE NEL TERRITORIO DELL'ASP DI RAGUSA NEGLI ANNI 2010-2015**

G. Migliorino 1; C. Pace 1; G. Ferrera 1,2; A. Florida 2; L. Blangiardi 2; F. Blangiardi 2

1 Servizio di Epidemiologia Asp Ragusa

2 Dipartimento Medico di Prevenzione Asp Ragusa

**INTRODUZIONE**

Nel 2014 l'incidenza di tubercolosi nel mondo ha osservato 133/100000 abitanti; la frequenza più elevata si è verificata in Asia (58%). In Europa 37/100000 abitanti nel 2014 e 12,8 /100000 abitanti nei 29 Stati membri dell'Unione europea e dello Spazio economico europeo. In Italia sono stati notificati 3689 casi (6,1/100000), di cui il 66,3% di nazionalità straniera.

**METODI**

Lo studio è stato realizzato utilizzando come fonti informative: le Schede di Dimissione Ospedaliera, selezionando i codici ICD-IX 011.x e 018.x delle diagnosi principali fino alla 3a e le notifiche del SIMI-WEB. Le fonti sono state comparate con il metodo di Record linkage manuale utilizzando il cognome, nome, data di nascita e codice fiscale. Nel caso un soggetto contribuisse con più di un episodio, è stato considerato solo il primo e la data d'insorgenza relativa alla prima segnalazione. Altri criteri di selezione: la popolazione residente, gli stranieri comunitari stanziali, gli extracomunitari domiciliati in Provincia di Ragusa o provenienti dagli sbarchi, utilizzando come proxy: cognome ignoto, la data di nascita 01/01/19xx, il ricovero o/e la notifica dopo lo sbarco.

**RISULTATI**

Nello studio sono stati inclusi 200 casi incidenti e i casi più frequenti riguardano la popolazione dell'Europa dell'Est (61 rumeni di cui il 43% domiciliati a Vittoria); nel 2015 si è osservato un aumento del tasso d'incidenza (14,4/100000) dovuta alla popolazione maschile extracomunitaria africana derivante dagli sbarchi. Analizzando le fonti informative emerge: la sotto-notifica dei casi e un elevato utilizzo (56%) nelle SDO del codice 011.90- Tubercolosi polmonare non specificata di cui il 43% in regime DH.

**CONCLUSIONE**

L'aumento della TB polmonare sia nella popolazione Europea dell'Est che in quella extracomunitaria di provenienza africana, la sotto-notifica dei casi e i percorsi assistenziali utilizzati fanno riflettere sulla necessità di una revisione della sorveglianza sanitaria e controllo della Tubercolosi

*tubercolosi polmonare ragusa incidenza 2015 asp prevenzione fonti informative sdo*

Gráfico n° 1 -Tasso di incidenza \* 100000 e n° casi di TB polmonare per anno nella popolazione presente nel territorio dell'Asp di Ragusa anno 2010-15

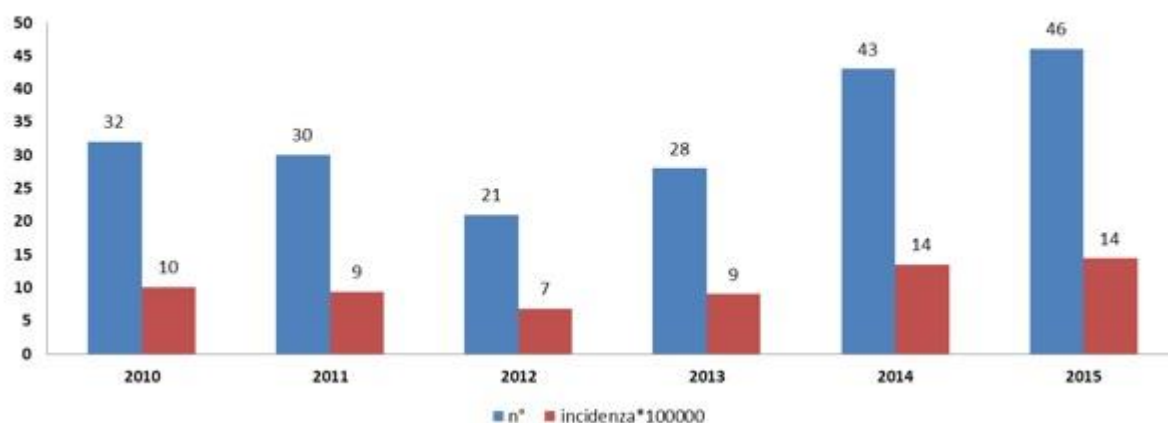


Tabella n° n° casi di TB Polmonare, anni 2010-2015, per Area geografica di provenienza

| AREA GEOGRAFICA        | n°         | %           |
|------------------------|------------|-------------|
| AFRICA                 | 60         | 30%         |
| ASIA                   | 5          | 3%          |
| EUROPA                 | 2          | 1%          |
| EUROPA EST             | 67         | 34%         |
| ITALIA                 | 66         | 33%         |
| <b>Totale</b>          | <b>200</b> | <b>100%</b> |
| <b>95% Conf Limits</b> |            |             |
| AFRICA                 | 24%        | 37%         |
| ASIA                   | 1%         | 6%          |
| EUROPA                 | 0%         | 4%          |
| EUROPA EST             | 27%        | 41%         |
| ITALIA                 | 27%        | 40%         |



**ID 532**

**FOCUS SULLA QUALITÀ DELLE APP MOBILI: SVILUPPO E VALIDAZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA DELLA MOBILE APPLICATION RATING SCALE (AKA MARSITA) E IL SUO USO NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE PRIMARIA**

D. Amicizia 1; L. Arata 1; A. Signori 1; B. Patrick 2; S. Stoyanov 3,4; L. Hides 3,4; R. Gasparini 1; D. Panatto 1; A. Domnich 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

2 Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche, Università degli Studi di Genova

3 Institute of Health & Biomedical Innovation, School of Psychology and Counselling, Queensland University

**INTRODUZIONE**

Le app mobili sono di particolare interesse per la Sanità Pubblica per progettare interventi capillari rivolti a popolazioni target e per la possibilità di personalizzare i loro contenuti. Attualmente esistono più di 100.000 app relative alla salute. Tuttavia, molte sono di bassa qualità e, in alcuni casi, possono addirittura riportare informazioni errate. L'obiettivo di questo progetto è stato validare la versione italiana della Mobile Application Rating Scale (MARS) e verificare la possibilità del suo utilizzo per le app relative alla prevenzione primaria.

**METODI**

La validazione della MARS ha compreso diverse fasi: l'analisi semantica, la traduzione, lo studio pilota e l'analisi psicometrica. Successivamente, sono state identificate e valutate 43 app relative alla prevenzione primaria.

**RISULTATI**

La versione italiana della MARS (MARSita) valuta la qualità delle app in quattro dimensioni oggettive (coinvolgimento, funzionalità, estetica, informazioni) e una soggettiva. La MARSita ha mostrato un eccellente livello di attendibilità inter-valutatori con un coefficiente di correlazione intraclassa di 0,96 e di coerenza interna con un'a di Cronbach di 0,90. Sono stati anche dimostrate altre tipologie di validità incluse quella convergente, divergente, discriminante e per gruppi noti. La Tabella 1 riporta i punteggi delle app italiane relative alla prevenzione primaria. Il 28% di queste non raggiungevano un punteggio medio di almeno 60% (livello minimo di qualità) e, pertanto non dovrebbero essere raccomandate. Successivamente, abbiamo sviluppato una versione semplificata della scala.

**CONCLUSIONI**

La MARSita è uno strumento attendibile per valutare la qualità delle app relative alla salute disponibili negli app stores italiani. Questa scala può essere usata nel campo della medicina preventiva dai ricercatori, dagli sviluppatori delle app, dagli enti regolatori e dagli utenti comuni al fine di usare/raccomandare app di alta qualità.

*app mobili; Mobile Application Rating Scale; qualità delle app*

**ID 533**

**EVIDENZA DEL CONTRIBUTO DEI SOGGETTI TRANSGENDER ALLA COMPLESSITÀ E ALLE DINAMICHE DI TRASMISSIONE DI HIV-1 IN ITALIA**

A. Lai<sup>1</sup>; G.Zehender<sup>1</sup>; F.R. Simonetti<sup>1</sup>; M. Franzetti<sup>1</sup>; A. Bergna<sup>1</sup>; P. Cattaneo<sup>1</sup>; V. Micheli<sup>2</sup>; F. Binda<sup>1</sup>; C. Aztori<sup>3</sup>; M. Galli<sup>1</sup>; C. Balotta<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche 'L. Sacco', Università di Milano, Milano

<sup>2</sup> Microbiologia e Virologia Clinica e Diagnosi di Bioemergenza, Ospedale 'L Sacco', Milano

<sup>3</sup> 1° Divisione di Malattie Infettive, Ospedale 'L. Sacco', Milano

**INTRODUZIONE**

Circa il 20% dei transgender vivono con l'infezione da HIV ma il loro ruolo nelle epidemie locali è stato poco studiato. Scopo di questo studio è stato condurre un'analisi di epidemiologia molecolare sui transessuali che esercitano la prostituzione (TSW) per valutarne il contributo alla diffusione di nuove varianti in Italia con METODI di filogenesi avanzata.

**METODI**

Abbiamo analizzato le sequenze di pol di HIV-1 di 150 soggetti TSW arruolati dal 1999 al 2015 su cui è stata condotta un'analisi filogenetica e dei flussi virali tra i diversi gruppi a rischio e paesi.

**RISULTATI e CONCLUSIONI**

Il 98% dei TSW provenivano dal Sud America. I ceppi B, F1 e C erano prevalenti nel 70%, 12.7% e 4.7%. Nell'albero filogenetico del sottotipo B era presente un unico cluster di 246 sequenze (74.3%) che coinvolgeva tutti i TSW e la maggior parte degli italiani e sudamericani. Flussi virali sono stati osservati dai TSW agli italiani (50%) di tutte le categorie di rischio (27% HE; 17.5% MSM; 12.7% IDU).

L'albero filogenetico del ceppo F1 ha mostrato un gruppo di 174 sequenze (92.5%) che coinvolgeva tutti i TSW e le sequenze italiane e sudamericane. Sono stati osservati i seguenti flussi virali: 3.4% TSW vs italiani; 17.2% italiani vs TSW; 7.7% TSW vs IDU.

L'albero filogenetico del ceppo C ha mostrato 6 piccoli gruppi che coinvolgevano TSW e italiani. Flussi reciproci sono stati osservati tra TSW e HE (25%). Per i soggetti con sottotipo B per i quali è stato possibile definire il paese di acquisizione di HIV, il 58% risulta infettato in Sud America e ben il 42% in Italia, come supportato dall'analisi dei flussi.

Il nostro studio suggerisce che la diffusione dell'infezione coinvolge principalmente soggetti TSW e italiani HE. Questi RISULTATI, supportati dai dati epidemiologici sull'acquisizione dell'infezione, evidenziano come i TSW contribuiscano alla diversità e diffusione di HIV-1 in Italia e indicano la necessità di piani di prevenzione verso i TSW ed i loro clienti.

*transgender, varianti di HIV-1, flussi virali, italiani HE*

**ID 568**

**CORRELAZIONE FRA OBESITÀ E CONSUMO DI PASTI FUORI CASA IN UN CAMPIONE DI ADOLESCENTI SICILIANI**

M. Mistretta; G. Giorgianni; C. Di Mari; G. Zappalà; M. Marranzano

*Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e tecnologie avanzate "G.F. Ingrassia", Catania*

**INTRODUZIONE**

Sovrappeso e obesità sono aumentati drammaticamente negli ultimi decenni diventando uno dei principali problemi di salute pubblica dell'era moderna. Il passaggio da un modello tradizionale di dieta ad un modello "occidentalizzato", con aumento dei consumi di fast food, cibo "spazzatura" e bevande zuccherate contribuisce allo sviluppo di sovrappeso e obesità. Scopo dello studio è stato quello di valutare la relazione tra il consumo di pasti fuori casa e i parametri antropometrici degli adolescenti che vivono in un'area della Sicilia orientale.

**METODI**

Con uno studio trasversale sono stati raccolti dati nel periodo 2013-14 coinvolgendo 1643 adolescenti di 13-16 anni che frequentavano 15 scuole secondarie di primo grado individuate nel comune di Catania. Sono stati raccolti dati anagrafici, attività fisica e abitudini alimentari mediante un questionario validato; è stato calcolato il punteggio KIDMED. Lo stato ponderale è stato valutato durante la visita medica.

**RISULTATI**

Il consumo di pasti fuori casa è stato associato con l' obesità (95% CI: 1,01-1,15), soprattutto quando si sostituiva un pasto principale, piuttosto che uno spuntino (OR 1.07, 95% CI: 1,02-1,22). Questi risultati non sono risultati significativi dopo l'aggiustamento per il punteggio KIDMED. Inoltre, avere una buona aderenza alla dieta mediterranea è stata associata con una diminuzione del 6% della probabilità di essere obesi (OR 0.94, 95% CI: 0,89-,99). Gli adolescenti che mangiavano fuori casa più di una volta alla settimana mangiavano significativamente meno frutta e verdura e più cibo da fast-food e bevande zuccherate.

**CONCLUSIONI**

Consumare cibo fuori casa è associato a scelte alimentari non salutari tra gli adolescenti intervistati. Interventi di promozione della salute dovrebbero promuovere il consumo di spuntini nutrienti salutari (come noci, frutta fresca e verdure).

*Obesità; Adolescenti; Kidmed*

**ID 586**

**QUANTITATIVE MICROBIAL RISK ASSESSMENT (QMRA): METODO INNOVATIVO PER STIMARE IL RISCHIO BIOLOGICO OCCUPAZIONALE**

A. Carducci 1; G. Donzelli 1; L. Cioni 2; M. Verani 1

1 Dipartimento di Biologia - Università di Pisa, Pisa

2 Scuola Normale Superiore, Pisa

**INTRODUZIONE**

La valutazione del rischio biologico occupazionale da esposizione a bioaerosol contaminato si basa usualmente sul monitoraggio di indicatori generici di contaminazione e fornisce una classificazione approssimativa in livelli di rischio, senza considerare patogeni eventualmente presenti e relazioni dose-risposta. Lo sviluppo delle conoscenze microbiologiche ed epidemiologiche consente oggi di applicare un metodo di stima del rischio, basato sul paradigma del rischio chimico, che prende il nome di QMRA. Questo lavoro ha applicato tale metodo in diversi contesti e condizioni.

**METODI**

E' stato scelto come patogeno indice l'Adenovirus umano (HAdV) per la sua grande diffusione. Per descrivere la probabilità di infezione è stato implementato un modello dinamico che usa una relazione dose-risposta di tipo esponenziale (ricavata dalla letteratura) per l'HAdV, ed ha come dati di ingresso i valori delle concentrazioni di HAdV nell'aria. L'applicazione del metodo Monte Carlo ha consentito di rappresentare la variabilità e l'incertezza delle distribuzioni di probabilità delle variabili coinvolte. Il modello è stato applicato ai dati ottenuti da vari studi che hanno monitorato la concentrazione di Human Adenovirus (HAdV) in diversi ambienti occupazionali: i) discariche RSU, ii) impianti di depurazione di acque reflue, iii) bagni ospedalieri e iv) bagni di uffici.

**RISULTATI**

L'applicazione del modello ha consentito di simulare la probabilità di infezione in diversi ambienti lavorativi e per diversi tempi di esposizione evidenziando ad esempio un maggior rischio in ambienti confinati rispetto a quelli esterni (Figura 1).

**CONCLUSIONI**

Applicando la QMRA con il metodo Monte Carlo è stato possibile stimare il rischio di infezione per i lavoratori esposti ad aerosol per determinati periodi di tempo. E' necessario tuttavia sottolineare che il modello attuale non tiene conto dell'immunità dei soggetti esposti. Questo parametro potrà essere inserito negli sviluppi futuri.

*QMRA, valutazione del rischio, metodo Monte Carlo*

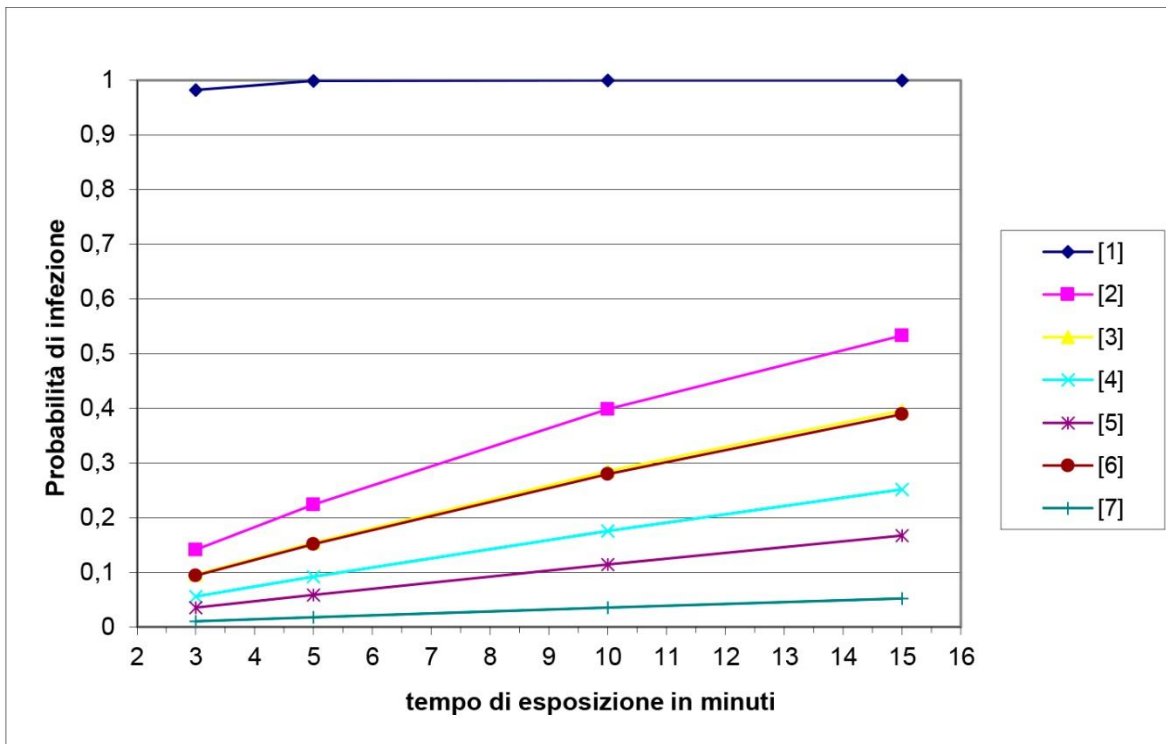


Figura 1. Probabilità di infezione in funzione del tempo di esposizione e della concentrazione media di HAdV in diversi ambienti occupazionali. Toilet: (1) uffici (4.81 GC/m<sup>3</sup>). Impianti di depurazione acque reflue: (2) ingresso liquami (3.39 GC/m<sup>3</sup>); (3) trattamento fanghi (2.97 GC/m<sup>3</sup>); (4) vasca ossidazione biologica (3.21 GC/m<sup>3</sup>); (5) tombini per manutenzione (2.77 GC/m<sup>3</sup>). Discarica di rifiuti solidi urbani: (6) riciclaggio della carta (3.20 GC/m<sup>3</sup>); (7) area esterna (2.24 GC/m<sup>3</sup>).

**ID 588**

**OSPEDALIZZAZIONI PER ZOSTER E NEUROPATIA POST-ERPETICA IN SICILIA: QUALI SONO LE COMORBOSITÀ PIÙ FREQUENTI?**

V. Restivo; C. Costantino; F. Tramuto; F. Vitale

*Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-infantile "G. D'Alessandro" – Università di Palermo, Palermo*

**INTRODUZIONE**

L'Herpes Zoster (HZ) e la Nevralgia Post-Erpetica (NPE) sono patologie frequenti nell'adulto, specialmente in chi è affetto da comorbidità, e possono essere causa di ospedalizzazione. Oltre il 95% degli adulti italiani, avendo contratto la varicella, ne sono a rischio e l'unica METODICA di prevenzione è la vaccinazione.

**MATERIALI**

È stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera dei soggetti residenti in Sicilia dal 2007 al 2015 per analizzare le variabili socio-demografiche e sanitarie tra cui la presenza di comorbidità dei ricoverati per HZ e PHN. I codici ICD9-CM utilizzati per identificare i casi HZ e NPE sono stati 053-053.9 presenti in almeno una delle 6 diagnosi.

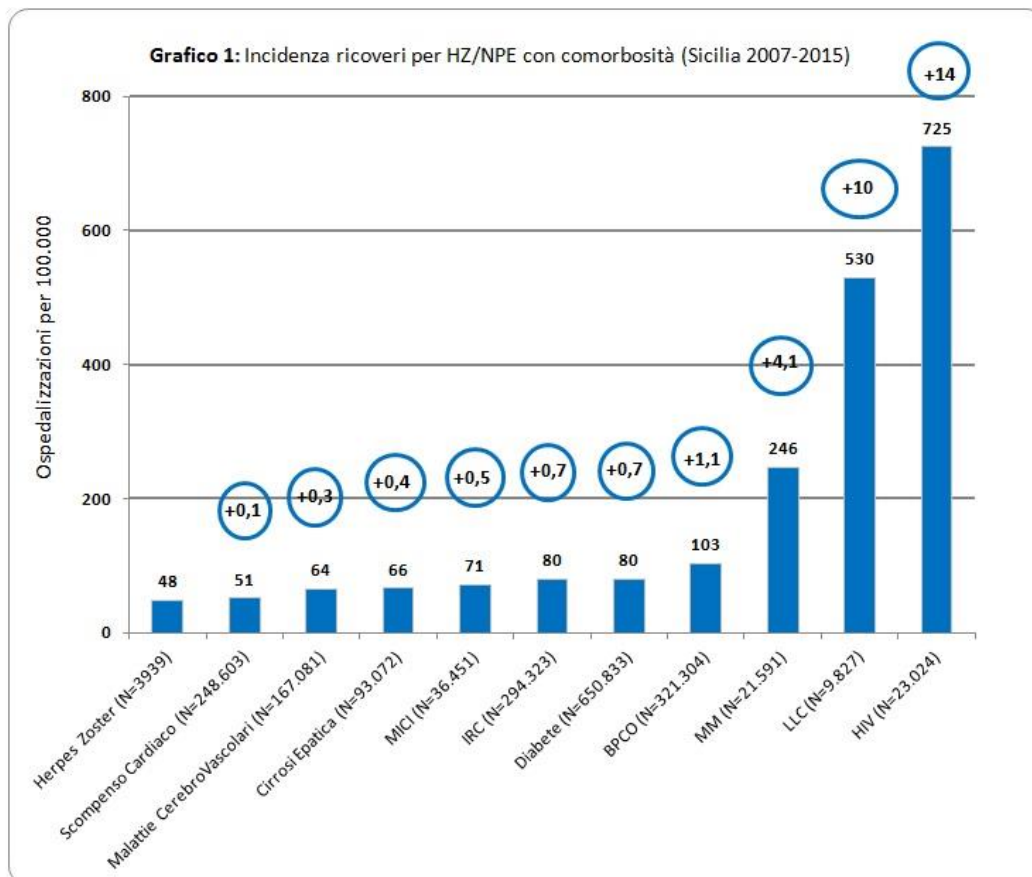
**RISULTATI**

In totale 3.939 ricoveri per HZ/PHN sono stati registrati in Sicilia dal 2007 al 2015 in tutte le età (3.199 nei soggetti >50 anni). L'andamento delle ospedalizzazioni per età dei ricoveri con un codice di HZ/NPE in una delle 6 diagnosi è stato di 8,7 per 100.000 (range 10,9-6,3). In tutto il periodo analizzato si è avuto un sostanziale incremento dei ricoveri a partire dai 55 anni, il sesso femminile è stato maggiormente ospedalizzato (M/F ratio=0,9) e la durata media del ricovero è stata di 7 giorni. I soggetti ricoverati con diagnosi di HZ/PHN, senza comorbidità, sono stati 689 (17,4%). Tra i soggetti con HZ e comorbidità i maggiori tassi di ospedalizzazione si sono osservati in quelli affetti da HIV (725 per 100.000), LLC (530 per 100.000), MM (246 per 100.000) e BPCO (103 per 100.000).

**CONCLUSIONI**

La maggiore età risulta essere uno dei principali fattori di rischio per HZ e NPH, presumibilmente per la riduzione dell'immunità cellulo-mediata virus specifica. Poiché le categorie a maggior rischio di contrarre una forma grave di HZ sono costituite dai soggetti ai quali è parzialmente controindicata la vaccinazione anti-zoster (HIV, MM e LLC) sarebbe opportuno valutare caso per caso l'eventuale vaccinazione di tali soggetti.

*Herpes zoster, neuropatia post-erpetica, comorbidità, Sicilia.*



**Tabella 1** Andamento tassi di ospedalizzazione HZ e NPE in Sicilia 2007-2015

| Anno          | HZ (tutte le età) | PHN (tutte le età) | Tasso di ospedalizzazione HZ/NPH (tutte le età) | Rapporto HZ/PHN |
|---------------|-------------------|--------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| 2007          | 445               | 95                 | 10,8                                            | 4,7             |
| 2008          | 442               | 104                | 10,9                                            | 4,3             |
| 2009          | 383               | 76                 | 9,1                                             | 5,0             |
| 2010          | 390               | 90                 | 9,5                                             | 4,3             |
| 2011          | 326               | 74                 | 7,9                                             | 4,4             |
| 2012          | 343               | 99                 | 8,8                                             | 3,5             |
| 2013          | 310               | 88                 | 8,0                                             | 3,5             |
| 2014          | 275               | 78                 | 6,9                                             | 3,5             |
| 2015          | 249               | 72                 | 6,3                                             | 3,5             |
| <b>Totale</b> | <b>3163</b>       | <b>776</b>         | <b>8,7</b>                                      | <b>4,1</b>      |

**ID 609**

**VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE NEGLI ANZIANI: COME L'UTILIZZO DEGLI INDICI DI DEPRIVAZIONE, DELLE PRINCIPALI CARATTERISTICHE SOCIO-ECONOMICHE E DEI BISOGNI INFORMATIVI/FORMATIVI POSSONO CONTRIBUIRE A MIGLIORARE LE COPERTURE VACCINALI**

R. Lillini 1; D. Panatto 1; D. Amicizia 1; M. Vercelli 1; L. Sasso 1; A. Bagnasco 1; C. de Waure 2; G. Gabutti 3; S. Lupi 3; A. Stefanati 3; B. Pellizzari 4; R.C. Coppola 5; L. Minerba 5; S. Boccalini 6; A. Bechini 6; S. Rossi 7; I. Manini 7; T. Pozzi 7;

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

2 Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

3 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Ferrara

4 CC

**INTRODUZIONE**

Il vaccino influenzale costituisce lo strumento più efficace per contrastare la malattia e le sue complicanze. Il calo delle coperture vaccinali negli anziani è iniziato dalla stagione pandemica 2009-2010 (dal 65,6% del 2009-10 al 49% del 2014-15). Tale decremento ha determinato, durante i picchi epidemici, un aumento degli accessi ai Pronto Soccorso e dei ricoveri, generando problemi organizzativi e aumento dei costi sanitari diretti. Per programmare adeguate azioni di promozione della vaccinazione rivolte ai medici di medicina generale (MMG) e alla popolazione, è utile individuare i sottogruppi di popolazione non aderenti alla vaccinazione, utilizzando anche gli indici di deprivazione socio-economica (ID).

**METODI**

Lo studio multicentrico di durata biennale coinvolge diverse aree distribuite sul territorio nazionale: Adria, Ferrara, Genova, Firenze, Siena, Roma, Foggia, Palermo, Cagliari e Sassari. Per ogni area saranno raccolti i dati di copertura vaccinale e costruiti gli ID utilizzando le variabili censuarie. I cluster di deprivazione saranno calcolati con analisi k-means e bilanciamento normalizzante delle popolazioni. Saranno organizzati interventi di promozione alla vaccinazione in base alle diverse condizioni socio-economiche e bisogni informativi.

**RISULTATI**

A 6 mesi dall'inizio dello studio è stata completata la raccolta dei dati socio-economici, mentre la raccolta dei dati di mortalità e di copertura vaccinale è in fase di completamento. E' stato costruito l'ID del comune di Foggia e il territorio è risultato divisibile in 5 gruppi di deprivazione socio-economica.

**CONCLUSIONI**

L'associazione delle coperture vaccinali con gli ID permetterà di identificare i gruppi meno aderenti alla vaccinazione e, sulla base delle loro caratteristiche, si progetteranno azioni mirate di sensibilizzazione concordate con i MMG. La descrizione socio-economica delle aree studiate, fornita dagli ID, potrà essere riutilizzata in altri progetti di Sanità Pubblica.

*indici di deprivazione, promozione della vaccinazione, vaccinazione influenzale negli anziani*



**ID 620**

**PNEUMO RISCHIO: UN PROGETTO eHEALTH ITALIANO ESPORTATO ALL'ESTERO**

D. Panatto 1; A. Domnich 1; R. Gasparini 1; P. Bonanni 2; G. Icardi 1; D. Amicizia 1; L. Arata 1; S. Carozzo 1; A. Signori 1; A. Bechini 2; S. Boccalini 2

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

2 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

**INTRODUZIONE**

Tra tutte le malattie batteriche prevenibili con la vaccinazione, la malattia invasiva da pneumococco (MIP) ha il più alto impatto sanitario ed economico. Nonostante la disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci, la copertura vaccinale nei soggetti a rischio in Italia è bassa soprattutto a causa di un'inadeguata percezione del rischio d'infezione da parte della popolazione e di una mancata raccomandazione da parte di alcuni medici. In questo contesto è nato Pneumo Rischio con l'obiettivo di sensibilizzare gli utenti sul rischio di contrarre la MIP e stimolarli ad approfondire l'argomento.

**METODI**

Pneumo Rischio è un progetto eHealth e consiste di: app, sito web e pagina Facebook. Sono stati valutati l'utilizzo, la qualità percepita dagli utenti (valutata tramite la scala validata MARS) e l'efficacia sul campo del progetto. Quest'ultima è stata valutata utilizzando due misure proxy: (i) intenzione degli utenti di richiedere ulteriori informazioni sulla MIP al proprio medico e (ii) numero di e-mail inviate al proprio medico con i **RISULTATI** del calcolo del rischio.

**RISULTATI**

Un anno dopo il lancio, la app è stata scaricata 9295 volte, il sito è stato visitato 143993 volte e la pagina Facebook ha avuto 1216 fans. Riguardo alla sua efficacia, 4729 utenti hanno dichiarato che avrebbero richiesto ulteriori informazioni al proprio medico e 2142 utenti hanno inviato una e-mail al proprio medico con il profilo di rischio. Gli utenti hanno definito Pneumo Rischio un progetto di qualità poiché tutti i punteggi delle singole dimensioni di qualità hanno superato la soglia prestabilita del 60% (Tab.1).

**CONCLUSIONI**

La valutazione critica di progetti eHealth deve essere multidisciplinare. In quest'ottica abbiamo dimostrato che Pneumo Rischio è uno strumento efficace e innovativo e l'unico interamente dedicato alle malattie da pneumococco. A fronte del suo successo, è diventato un progetto internazionale e nei prossimi mesi sarà disponibile in diversi Paesi.

*eHealth, malattie invasive da pneumococco, app mobili*

**ID 627**

**IDENTIFICAZIONE DEI CLUSTER DEGLI ISOLATI DI LISTERIA MONOCYTOGENES RILEVATI IN LOMBARDIA NEL PERIODO 2011-2016, PER LA RICOSTRUZIONE DEI FOCOLAI EPIDEMICI**

M. Gori; G. Ciceri; M. Pontello

*Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano*

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi decenni, nel mondo occidentale, il maggior consumo di prodotti ready-to-eat e la produzione di alimenti con lunga shelf-life hanno portato a un incremento dell'incidenza della listeriosi invasiva, patologia considerata atipica per le sue peculiari caratteristiche di invasività e severità clinica, gravata da una letalità pari al 20-30%.

**METODI**

Gli stipti di *Listeria monocytogenes* isolati da casi di listeriosi invasiva verificatisi in Lombardia nel periodo 2011-giugno 2016 e collezionati presso il Laboratorio enterobatteri universitario (N=232) sono stati caratterizzati mediante elettroforesi a campo pulsato (PFGE), in accordo con il protocollo standardizzato PulseNet, e a cluster-analysis mediante il software InfoQuest (BioRad).

**RISULTATI**

L'analisi molecolare ha evidenziato che l'81,5% degli stipti è raggruppabile in 23 cluster, di cui due (cluster 8 e 15) protratti nel tempo ed estesi su tutta l'area lombarda (Figura 1). Lo studio, in associazione all'indagine spazio-temporale, ha permesso di individuare 9 gruppi di isolati con profilo molecolare identico, insorti in un arco di tempo e in un'area geografica circoscritta, rappresentando di conseguenza potenziali focolai epidemici (Tabella 1).

**CONCLUSIONI**

L'individuazione di cluster di grandi dimensioni e con un'ampia estensione temporale confermano la tendenza di *Listeria monocytogenes* a contaminare in maniera persistente le filiere alimentari, portando all'insorgenza di casi di infezione in diverse aree geografiche e in lassi di tempo prolungati, complicando la ricostruzione dei focolai epidemici. La cluster-analysis, assieme all'individuazione tempestiva degli alimenti coinvolti nei focolai epidemici, rappresentano strumenti essenziali per inattivare la via di trasmissione del patogeno.

*Listeriosi, outbreak, cluster, sorveglianza molecolare*

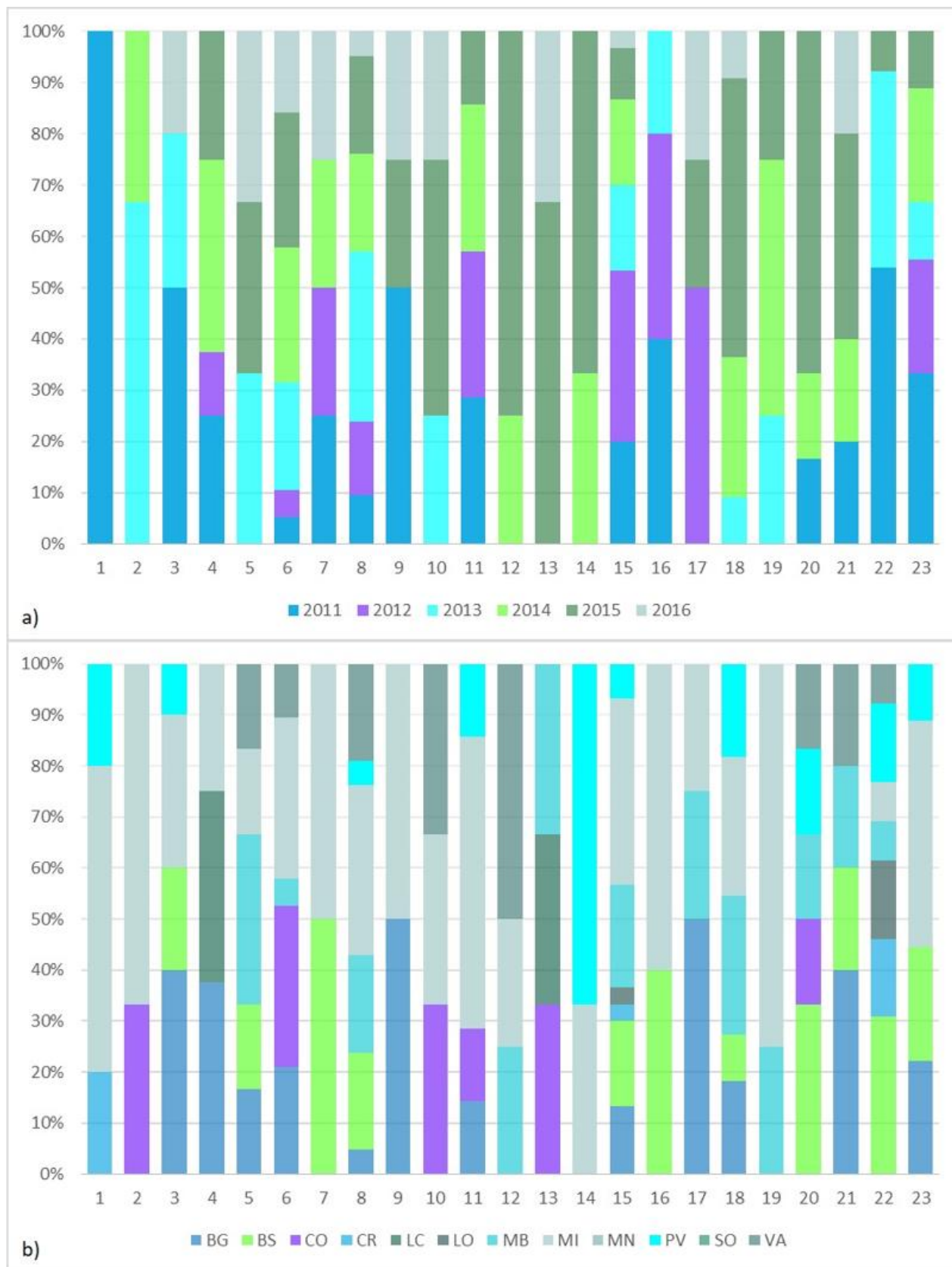


Figura 1 a) Distribuzione dei cluster degli isolati di *Listeria monocytogenes* in Lombardia (2011-giugno 2016); b) Distribuzione dei cluster degli isolati di *Listeria monocytogenes* nelle province lombarde (2011-giugno 2016)

| Cluster    | Data di ricovero | Provincia | PFGE |
|------------|------------------|-----------|------|
| 1          | 16/01/2011       | Milano    |      |
|            | 22/03/2011       | Milano    |      |
| 3          | 27/01/2011       | Milano    |      |
|            | 06/04/2011       | Bergamo   |      |
| 8          | 06/01/2013       | Milano    |      |
|            | 07/04/2013       | Brescia   |      |
| 17         | 10/01/2012       | Bergamo   |      |
|            | 04/02/2012       | Milano    |      |
| 18         | 11/03/2014       | Bergamo   |      |
|            | 02/05/2014       | Milano    |      |
| 22         | 15/07/2011       | Cremona   |      |
|            | 17/08/2011       | Pavia     |      |
|            | 01/09/2011       | Pavia     |      |
|            | 30/11/2011       | Cremona   |      |
|            | 01/12/2011       | Lodi      |      |
|            | 17/07/2013       | Brescia   |      |
| 04/08/2013 | Brescia          |           |      |
| 16/08/2013 | Milano           |           |      |
| 19/09/2013 | Brescia          |           |      |
| 23         | 15/02/2011       | Milano    |      |
|            | 05/05/2011       | Milano    |      |

Tabella 1. Potenziali focolai epidemici identificati in Lombardia nel periodo 2011-giugno 2016.

**ID 632**

**EFFETTI DELL'INTRODUZIONE DELLA VACCINAZIONE UNIVERSALE ANTI-VARICELLA SULL'OBIETTIVO DI ELIMINAZIONE DEL MORBILLO IN PUGLIA**

L. Moffa 1; M.G. Cappelli 2; D. Martinelli 2; P. Maggiolini 3; F. Fortunato 2; R. Prato 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

2 Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Foggia, Foggia

3 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

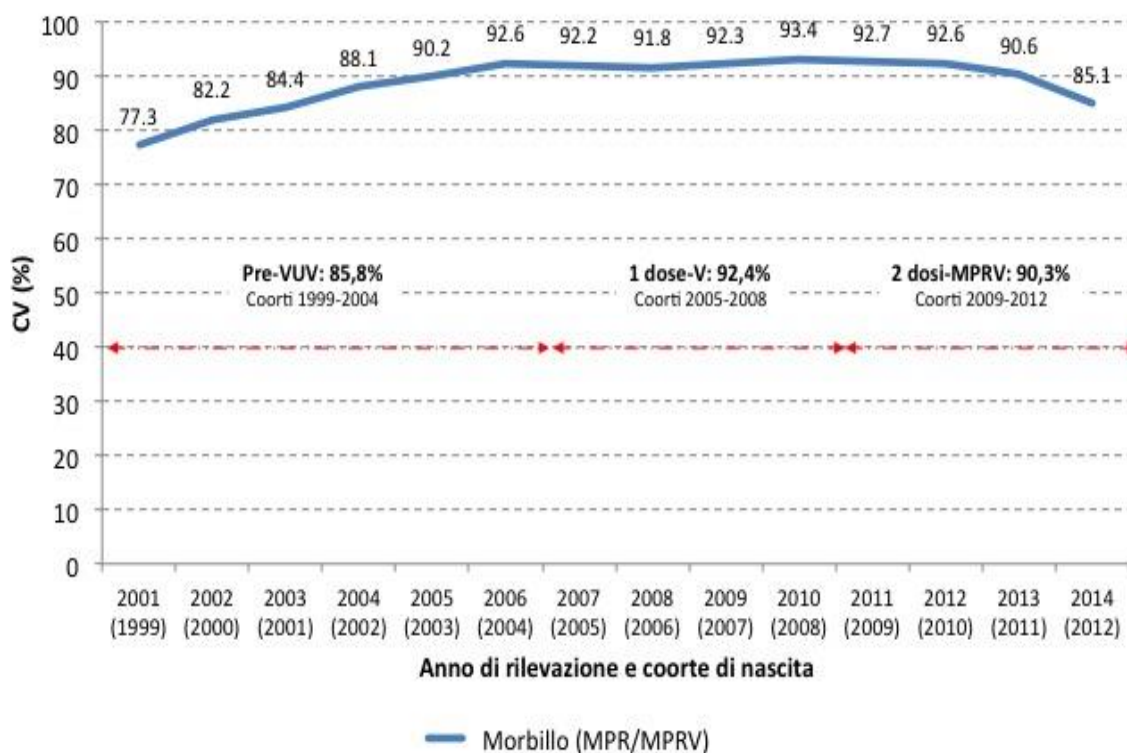
L'inserimento di nuove vaccinazioni nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2016-2018 ha suscitato in alcuni operatori di Sanità Pubblica perplessità sui possibili effetti negativi che l'ampliamento dell'offerta avrebbe sulle coperture vaccinali (CV) di programmi già consolidati. Questo studio contribuisce a dimostrare come l'INTRODUZIONE della vaccinazione universale anti-varicella (VUV) in Puglia dal 2006 ha, al contrario, avuto un impatto favorevole sulla CV e sul controllo del morbillo.

Le CV per morbillo (MPR/MPRV) <24 mesi di vita sono state calcolate dall'anagrafe vaccinale regionale. L'incidenza della malattia è stata stimata incrociando notifiche e ricoveri, identificati dal codice ICD9-CM 055.x - Morbillo. La CV e l'incidenza nel periodo pre-VUV 2001-2005 sono state confrontate con quelle del periodo 2006-2008 (INTRODUZIONE di 1 dose di monovalente V a 15 mesi di vita) e queste ultime con quelle del periodo 2009-2014 (inserimento del vaccino combinato MPRV con la prima dose al 13° mese di vita, una seconda dose a 5-6 anni e catch-up a 11-12 anni). Gli incidence rate ratios (IRRs) e gli intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) sono stati calcolati con la regressione di Poisson.

La CV per 1 dose di morbillo era pari all'85,8% nel periodo pre-VUV (coorti di nascita 1999-2004), al 92,4% nel periodo 1 dose-V (coorti 2005-2008) e al 90,3% nel periodo 2 dosi-MPRV (coorti 2009-2012 – Figura). L'incidenza di morbillo è passata da 34 x100.000 negli anni 2001-2005 a 2 x100.000 negli anni 2006-2008 (IRR=0,06, IC95% 0,05-0,07). La riduzione più sostanziale del numero di casi è stata registrata sotto i 35 anni, in particolare tra 5 e 9 anni. Non sono risultate differenze significative tra i periodi 1 dose-V e 2 dosi-MPRV (Tabella).

L'esperienza in Puglia dimostra chiaramente come l'INTRODUZIONE della VUV non abbia compromesso la CV e il controllo del morbillo, di contro, l'uso del vaccino combinato MPRV ha contribuito ad incrementare la copertura vaccinale.

**Figura**  
**Coperture vaccinali per morbillo (MPR/MPRV) nei periodi pre-vaccinazione universale anti-varicella, 1 dose di vaccino monovalente varicella e 2 dosi di vaccino combinato MPRV. Puglia, 2001-2014**



**ID 645**

**SEQUENZIAMENTO DI NUOVA GENERAZIONE (NGS) DI VIRUS INFLUENZALI (A/H3N2 E A/H1N1PDM09) ISOLATI IN PUGLIA DURANTE LA STAGIONE 2015-2016.**

A.L. De Robertis 1; D. Loconsole 1; A. Metallo 2; D. Casulli 1; A. Morea 1; D.A. Pepe1; M. Chironna 1,3

1 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

3 Sezione di Igiene - Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli

**INTRODUZIONE**

L'influenza rappresenta una delle malattie più diffuse al mondo. A causa del notevole impatto sulla salute pubblica è necessario monitorare costantemente la caratterizzazione del genoma dei virus influenzali al fine di individuare la circolazione di eventuali nuove varianti rispetto ai ceppi vaccinali. In questo studio sono stati analizzati 12 genomi di ceppi di influenza A (7 H1N1pdm09 e 5 H3N2) tipizzati durante la stagione influenzale 2015-2016.

**MATERIALI E METODI**

Il sequenziamento NGS dell'intero genoma dei virus influenzali (8 segmenti genici) è stato effettuato con la piattaforma IonTorrent PGM. L'analisi è stata effettuata mediante il software MEGA7.

**RISULTATI**

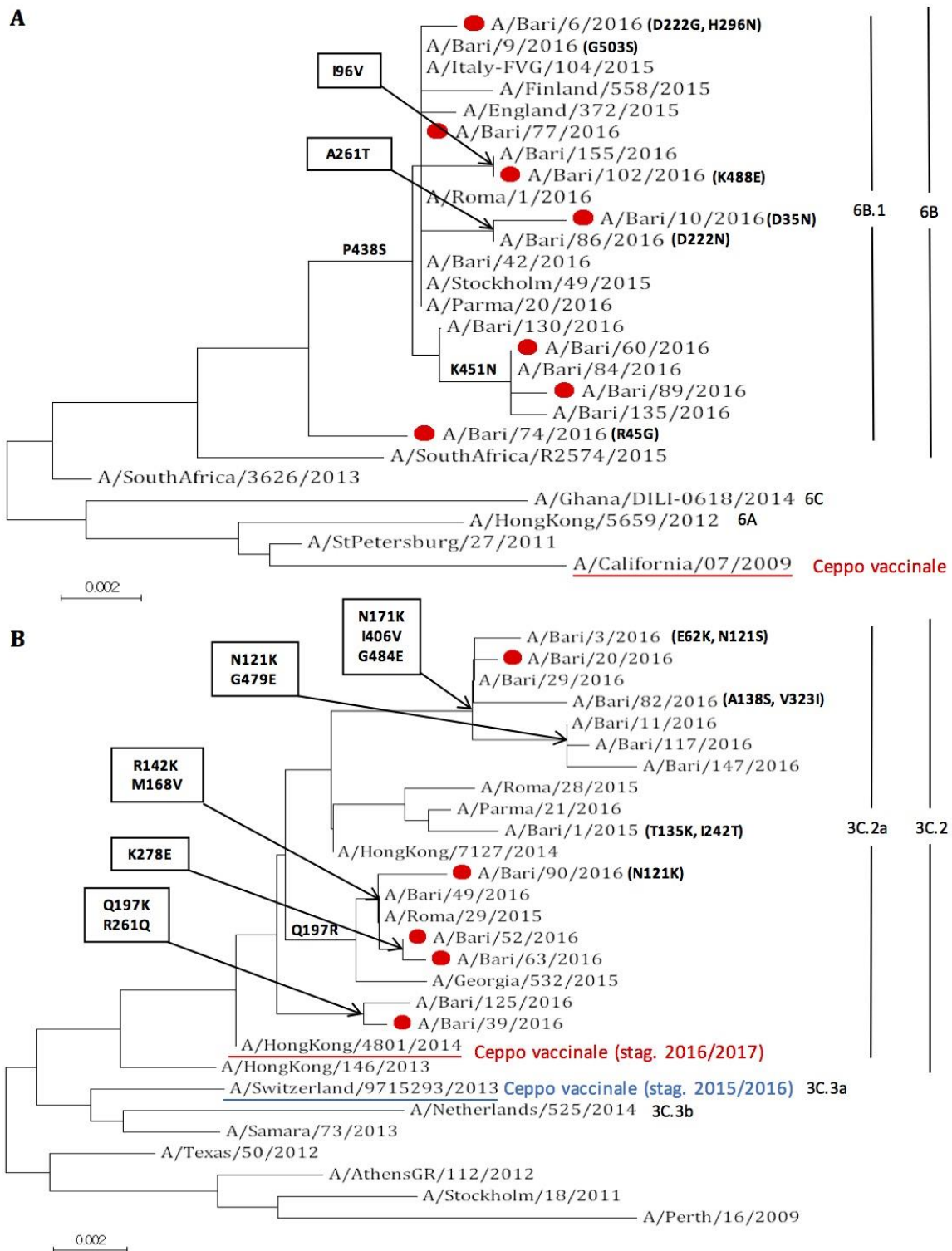
Dall'analisi del gene dell'emoagglutinina (HA) è emerso che tutti i ceppi A(H1N1)pdm09 appartenevano al sottogruppo genetico 6B.1. I ceppi pugliesi, inoltre, formavano altri sub-cluster con mutazioni aggiuntive (Fig.1A). In un caso grave di influenza è stata riscontrata la mutazione D222G probabilmente associata ad una maggiore severità del quadro clinico e in un altro caso la mutazione D222N. L'analisi molecolare delle sequenze di ceppi A(H3N2) in HA ha evidenziato che tutti i ceppi appartenevano al clade 3C.2a, anche se clusterizzavano in sottogruppi distinti (Fig.1B).

L'analisi in M2 (proteina della matrice) ha evidenziato che tutti i ceppi analizzati mostravano la mutazione S31N che conferisce resistenza agli adamantani. L'analisi del gene della neuroaminidasi (NA) ha evidenziato una completa sensibilità dei ceppi agli inibitori della NA.

**CONCLUSIONI**

Le nuove tecniche di NGS consentono la caratterizzazione dei ceppi influenzali in tempi più rapidi con la precoce individuazione di varianti. I ceppi identificati in Puglia hanno evidenziato una certa variabilità genomica, rimanendo comunque nell'ambito dei clade e sottogruppi predominanti cui appartengono i ceppi influenzali vaccinali della stagione 2016-2017. Appare necessario il monitoraggio epidemiologico-molecolare continuo sui ceppi.

NGS, Influenza, H1N1pdm09, H3N2



**Fig.1** Relazioni filogenetiche relative al gene HA di ceppi di sottotipo A(H1N1)pdm09 **(A)** e ceppi di sottotipo A(H3N2) **(B)** identificati a Bari nella stagione 2015-2016. Gli alberi sono stati costruiti utilizzando l’algoritmo Neighbor-Joining mediante software MEGA7.



**ID 652**

**IL "CASOTOSCANA": L'IMPATTO DELLA INNOVAZIONE DIAGNOSTICA NELL'INCIDENZA DELLA MALATTIA MENINGOCOCCICA**

F. Nieddu 1; M. Moriondo 1; S. Ricci 1; M. Resti 1; G. Indolfi 1; E. Paci 2; C. Azzari 1

1 Azienda Ospedaliero-Universitaria "Anna Meyer", Firenze

2 Comitato Etico Toscano Pediatrico, Firenze

**INTRODUZIONE**

È stato dimostrato che la real-time PCR (RT-PCR) è significativamente più sensibile (>3 volte) e veloce rispetto alla coltura nel diagnosticare le infezioni da meningococco.

**METODI**

In Toscana nel 2015 le autorità sanitarie regionali hanno deliberato che la malattia da meningococco sia diagnosticata con RT-PCR. Quindi, dal 2015, tutti i campioni sono stati convogliati presso il laboratorio di immunologia dell'AOU Meyer.

**RISULTATI**

Tra il 2015 e il 2016 i casi di meningococco negli adulti sono aumentati, rispetto al 2010-2014, di un fattore 4.3 mentre il numero di colture positive sono rimaste costanti. Nella fascia pediatrica, dove la RT-PCR viene eseguita dal 2005, non è stato registrato un aumento di incidenza. Si sono verificati 38 casi (7 fatali) nel 2015 e 26 casi (5 fatali) fino a luglio 2016 con 5 casi nella fascia pediatrica. Il sierogruppo C clonal complex ST11 è stato il più frequente.

**CONCLUSIONI**

L'aumento dei casi di meningococco in Toscana è probabilmente in buona parte dovuto alla maggior sensibilità della RT-PCR e dalla individuazione di un singolo centro di riferimento. Naturalmente il verificarsi di 64 casi con 12 morti in 2 anni ha richiesto l'appropriato intervento dell'autorità sanitaria regionale. Per limitare la diffusione del ceppo iper- invasivo ST11 è stata pianificata una adeguata e tempestiva campagna di vaccinazione, come sarebbe stato altrettanto necessario se si fosse verificato il medesimo numero di casi fatali per patologie come ad esempio morbillo o tetano. La decisione della regione Toscana di utilizzare la RT-PCR e centralizzare le diagnosi in un unico centro di riferimento ha aumentato sensibilmente il numero di diagnosi. Quando la stessa opportunità diagnostica sarà offerta a ogni paziente, indipendentemente dall'ospedale di ammissione, probabilmente osserveremo anche altrove simili "epidemie" da meningococco e l'incidenza italiana si approssimerà a quella di altri Paesi europei.

*meningococco C, malattia meningococcica invasiva, real-time PCR*

**ID 667**

**COLONIZZAZIONE PNEUMOCOCCICA IN BAMBINI IN ETÀ SCOLARE E POSSIBILE TRASMISSIONE INTRAFAMILIARE: L'ESPERIENZA DELLO STUDIO "BINOCOLO" IN SICILIA**

F. Tramuto; E. Amodio; C. Costantino; V. Restivo; G. Calamusa; C.M. Maida; F. Vitale per il gruppo BINOCOLO

*Università degli Studi di Palermo - Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro"*

**INTRODUZIONE**

La colonizzazione orofaringea da pneumococco interessa il 90% dei bambini nel primo anno di vita ed i contatti familiari possono giocare un ruolo cruciale nella stessa. Per analizzare i fattori associati alla colonizzazione da pneumococco e alla possibile trasmissione intra-familiare, è stato realizzato il progetto BINOCOLO: "Bambini Insieme ai NONni COntro LO Pneumococco" su una popolazione studentesca e relativi familiari co-residenti.

**METODI**

Per l'arruolamento dei partecipanti allo studio, sono state identificate due scuole primarie del Comune di Palermo. Per ogni soggetto reclutato, un questionario e un tampone orofaringeo sono stati raccolti attraverso un team opportunamente formato di operatori sanitari.

La ricerca e la sierotipizzazione di *Streptococcus pneumoniae* sono state condotte mediante analisi molecolari in real-time PCR.

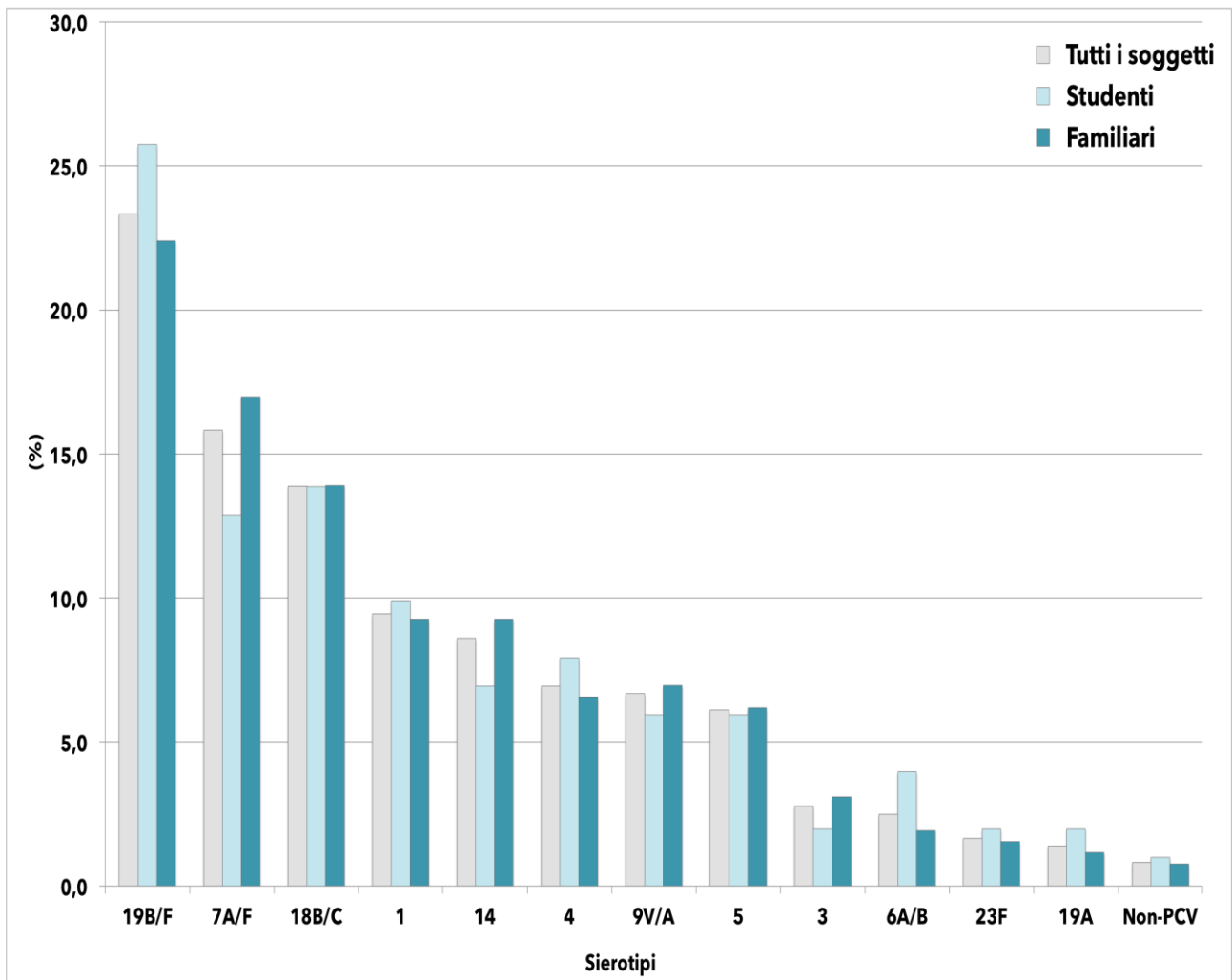
**RISULTATI**

Nello studio sono stati arruolati 36 nuclei familiari di studenti, per un totale di 110 individui co-residenti. L'86% degli studenti aveva ricevuto almeno una dose di vaccino anti-pneumococcico (contro il 2% dei familiari >12 anni di età). Tra i principali fattori associati alla colonizzazione da pneumococco sono stati individuati: la presenza di un meno di 4 stanze per abitazione ( $p=0.05$ ), il fumare più di 15 sigarette/die ( $p=0.078$ ), l'aver effettuato o meno la vaccinazione antipneumococcica ( $p=0.77$ ). La distribuzione dei sierotipi identificati è riportata in Figura 1.

**CONCLUSIONI**

Il presente lavoro identifica alcuni potenziali determinanti socio-demografici e comportamentali correlabili alla diffusione della colonizzazione da pneumococco in ambito familiare. I RISULTATI ottenuti, per quanto statisticamente non significativi per la limitata dimensione campionaria, confermano quanto emerso in altre esperienze condotte in contesti differenti. Lo studio ha permesso di standardizzare i METODI da applicare in futuro su una casistica più ampia in grado di consolidare i RISULTATI preliminari fin qui ottenuti.

*pneumococco, bambini in età scolare, colonizzazione, trasmissione intrafamiliare, vaccinazione antipneumococcica*



**Figura 1.** Distribuzione percentuale dei sierotipi di pneumococco identificati, tra quelli inclusi nel vaccino anti-pneumococcico 13 valente, ordinati per frequenza di riscontro nell'intera popolazione in studio, nel gruppo di studenti e tra i componenti familiari co-residenti.

**ID 670**

**IL RUOLO DELLA MALARIA SULLA CRESCITA DI UNA COORTE DI BAMBINI MALAWIANI HIV-ESPOSTI INCLUSI IN UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE VERTICALE**

M.C. Marazzi 1; P. Scarcella 2; L. Palombi 2; S. Mancinelli 2; S. Moramarco 2; D. Tembo 3; H. Jere 3; P. Germano 4; G. Guidotti 5; E. Buonomo 2

1 Università LUMSA, Roma

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

3 Programma DREAM - Comunità di Sant'Egidio, Malawi; 4. Programma DREAM - Comunità di Sant'Egidio, Roma

5 ASL Roma 1, Roma

**INTRODUZIONE**

La prevenzione della trasmissione madre-bambino dell'infezione da HIV è una problematica multidimensionale nell'Africa Sub-Sahariana, in particolare in Malawi. Il programma DREAM della Comunità di Sant'Egidio fornisce cART (Opzione B+) dal 2012.

**METODI**

Una coorte di 1586 bambini malawiani (0-18 mesi) HIV-esposti è stata seguita da gennaio 2012 a dicembre 2013. I bambini venivano monitorati per crescita, HIV/AIDS, malnutrizione, malaria e altri problemi di salute. Sono stati calcolati gli z-scores di peso-per-età, lunghezza-per-età, peso-per-lunghezza (WAZ, LAZ, WLZ) con il software ANTHRO-WHO. L'analisi statistica è stata effettuata con il software SPSS (v.20).

**RISULTATI**

Riguardo la crescita, i valori medi di WAZ (1 m:  $-0,68 \pm 1,2$ ; 3 m.:  $-0,65 \pm 1,21$ ; 6 m:  $-0,76 \pm 1,22$ ; 12 m:  $-0,94 \pm 1,12$ ; 18 m:  $-1,03 \pm 1,02$ ), LAZ (1 m:  $-1,30 \pm 1,33$ ; 3 m:  $-1,4 \pm 1,32$ ; 6 m:  $-1,34 \pm 1,18$ ; 12 m:  $-1,5 \pm 1,12$ ; 18 m:  $-1,7 \pm 1,08$ ), WLZ (1 m:  $0,59 \pm 1,32$ ; 3 m:  $0,75 \pm 1,36$ ; 6 m:  $0,21 \pm 1,26$ ; 12 m:  $-0,25 \pm 1,11$ ; 18 m:  $-0,3 \pm 1,02$ ), appaiono sovrapponibili a precedenti coorti. Si è notato un decremento dei valori antropometrici nel tempo con un picco al 18° mese, quando è interrotto l'allattamento materno. Al fine di indagarne meglio le cause è stato esaminato l'impatto degli episodi di malattia sullo stato nutrizionale. Si osserva che a 18 mesi gli indici antropometrici risultano significativamente inferiori nei bambini con episodi malarici (WAZ:  $p < 0,001$ ; LAZ:  $p = 0,02$ ; WLZ:  $p = 0,001$ ). Le regressioni logistiche binarie hanno identificato nella malaria il più importante predittore di ritardo nella crescita, misurato come LAZ < -2 (HR: 1,3  $p = 0,04$ ) e di malnutrizione acuta, misurata come WLZ < -2 (HR: 2,1  $p = 0,05$ ).

**CONCLUSIONI**

L'allattamento materno si conferma un fattore protettivo della crescita e della salute del bambino HIV-esposto. Tra le infezioni pediatriche, il ruolo della Malaria permane cruciale per lo sviluppo e lo stato nutrizionale dei bambini Africani HIV-esposti.

*malaria, crescita, bambini HIV-esposti, prevenzione madre-bambino*

**ID 697**

**II PROFILO DI SALUTE DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A SCREENING DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE E RESPIRATORIO NEL CENTRO SALUTE E AMBIENTE (CSA) PER TARANTO**

T. Battista 1; S. Insogna 1; C. Farilla 2; F. Desiante 3; N. Pignataro 1; L. Mongelli 1; R. Stifini 1; A.D. Menna 1; A. Pesare 1; M. Conversano 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Specialista ambulatoriale, ASL Taranto

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari

**INTRODUZIONE**

La popolazione della città di Taranto, a fronte della pregressa esposizione ad elevati livelli di inquinamento atmosferico, rappresenta un gruppo ad alto rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari e respiratorie. Nel 2014, il CSA ha avviato un programma di screening del rischio cardiovascolare e respiratorio, rivolto universalmente a uomini e donne, rispettivamente di 40 e 45 anni, residenti a Taranto e Statte. Da novembre 2015 gli inviti sono stati estesi ai cinquantenni. L'obiettivo di questo lavoro è valutare lo stato di salute delle persone che hanno aderito al programma, al fine di identificare i target prioritari di intervento.

**METODI**

Per ciascun soggetto sottoposto a visita sono stati valutati pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia totale, curva spirometrica, peso e altezza. La somministrazione di un questionario anamnestico ha permesso di rilevare abitudini e stile di vita dei soggetti. Il profilo di salute cardiovascolare è stato valutato attraverso il linkage di questi parametri alle carte del rischio cardiovascolare (RCV) del "Progetto Cuore".

**RISULTATI**

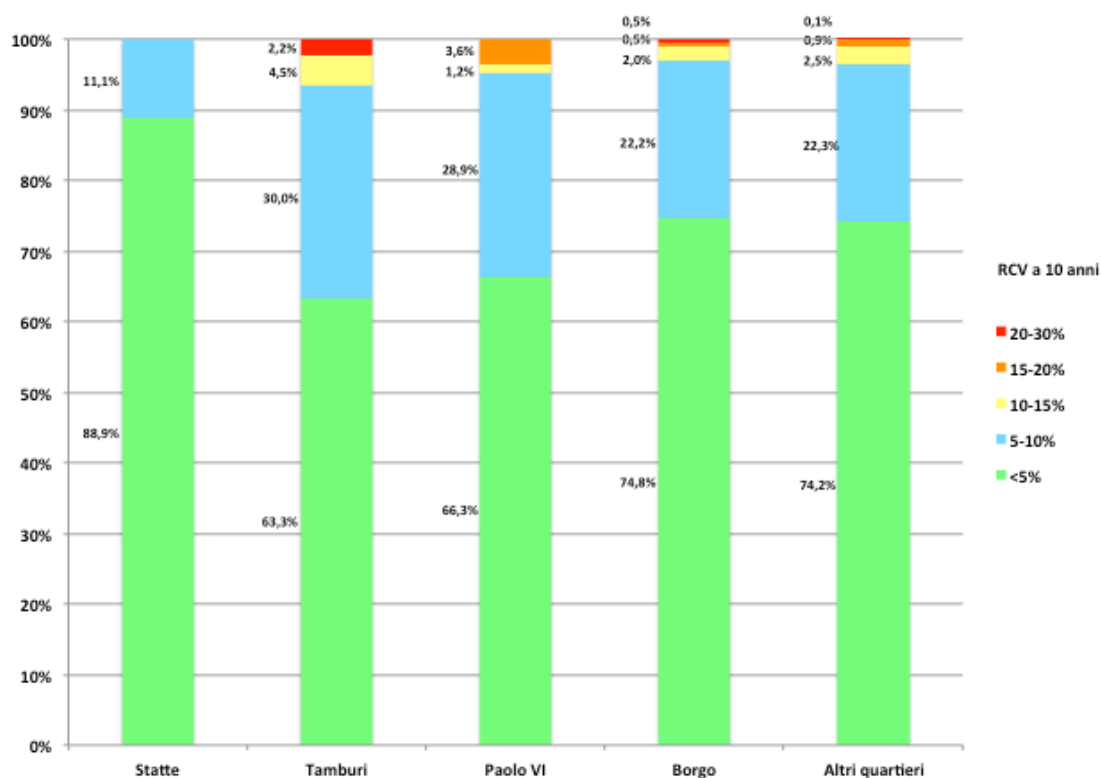
Sono stati visitati 3797 soggetti. Per tutti i parametri clinici rilevati, disaggregando per sesso ed età le medie e la proporzione delle valutazioni che rientrano nella norma (tabella 1), si evidenziano differenze statisticamente significative ( $p < 0,05$ ). Osservando la distribuzione dei cinquantenni per RCV e quartiere di residenza (grafico 1) si rileva una associazione considerevole fra le due variabili ( $p < 0,01$ ).

**CONCLUSIONI**

L'analisi del profilo di salute della popolazione in studio indica che le criticità più evidenti riguardano i residenti dei quartieri Tamburi e Paolo VI, il sesso maschile e i cinquantenni. Se le prime due categorie rappresenteranno con certezza le classi prioritarie di intervento futuro, va approfondita la definizione della coorte target ideale, che non può prescindere dalle finalità di azione preventiva sugli stili di vita del programma.

*Rischio cardiovascolare, Salute e Ambiente, Profilo di salute*

**Grafico 1. Proporzione (%) dei cinquantenni sottoposti a visita, per RCV a 10 anni e quartiere di residenza**



**ID 700**

**CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE. EFFICACIA DEI PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER IL CONTENIMENTO DI UN' EPIDEMIA DI SCARLATTINA**

M.L Trabucco 1 ; L. Leoncini 2 ; G. Di Cosmo 3

1 SEP - Dipartimento di Prevenzione ASL Caserta, Caserta

2 UOPC /Unità Operativa Prevenzione Collettiva DS 15 Dipartimento di Prevenzione ASL Caserta, Caserta; 3 Distretto Sanitario 15 ASL Caserta – Pediatra di Libera Scelta, Alife

**INTRODUZIONE**

Una delle maggiori problematiche, con il manifestarsi di un evento epidemico, consiste nella corretta ed efficace applicazione delle procedure previste dal DM 15/12/1990 e dalla Circolare n° 4 del 13 marzo 1998. L' applicazione rapida di tali procedure in occasione di eventi epidemici di scarlattina verificatisi nel 2016 tra gli Alunni delle scuole del Comune di Alife ha consentito il contenimento della diffusione della patologia

**METODI**

La notifica immediata dei "casi" da parte del Pediatra Dott.ssa G. Di Cosmo ha consentito alla Unità Operativa di Prevenzione Collettiva di Alife di attivare con prontezza le rilevazioni delle inchieste epidemiologiche, che hanno consentito di accertare l' esistenza di focolai epidemici in 2 Scuole Primarie e d' Infanzia del territorio , e la presenza di casi sporadici in altre 2 Scuole. E' stata organizzata una "rete collaborativa" coinvolgente l' UOPC, l' Ist. Compr. di Alife la cui Dirigente A.M. Pascale ha fornito ad horas informazioni esaustive e dati di contatto delle famiglie dei "casi", il Laboratorio del P.O. di Piedimonte Matese il cui Direttore Dott. Chiodi ha organizzato procedure interne atte a consentire l'immediata ricerca dello streptococco nei contatti dei casi epidemici, con flussi informativi rivolti verso tutti gli "attori".L'attuazione dei tamponi ha consentito la rapida individuazione e trattamento dei portatori sani compresi tra i contatti; la sorveglianza sanitaria ha fatto rilevare e trattare subito casi secondari (tutti nelle famiglie dei "casi")

**RISULTATI**

L'applicazione tempestiva delle misure contumaciali normate, grazie all' organizzazione adottata, ha consentito l' efficace contenimento degli eventi epidemici, evitando la diffusione della patologia

**CONCLUSIONI**

La realizzazione di una rete collaborativa tra professionisti, Servizi dell' ASL Caserta e Enti scolastici ha dimostrato di essere organizzativamente efficace per l' adozione di misure a tutela della Salute della Popolazione.

*Epidemia, rete collaborativa, applicazione procedure*

**ID 702**

**IL CARICO DI MALATTIA DA EPATITI B E C IN TOSCANA: RISULTATI DI UNO STUDIO RETROSPETTIVO BASATO SULL'ANALISI DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA IN REGIONE TOSCANA NEL PERIODO 2005-2015**

J. Bianchi 1; L. Capecchi 1; M. Donzellini 1; P. Bonanni 2; M. Levi 2

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

2 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze

**INTRODUZIONE**

L'epatite virale continua a essere un importante problema di salute pubblica. Allo scopo di valutare il carico di malattia derivante dalle infezioni da virus HBV e HCV e l'impatto delle misure di prevenzione in Toscana è stata effettuata l'analisi retrospettiva delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per mezzo del codice ICD9-CM070.

**METODI**

L'analisi delle SDO in cui comparivano, nei campi di diagnosi primaria o secondaria, i codici che identificano le infezioni da HBV e HCV, è stata riferita al periodo 2005-2015.

**RISULTATI**

Complessivamente sono stati registrati circa 40.000 ricoveri, di questi l'80% era associato a infezioni da HCV. Il tasso di ospedalizzazione (TO) si è gradualmente ridotto, passando da 124 a 70 per 100.000 abitanti dal 2005 al 2015; la riduzione ha interessato entrambi i sessi. Dal 2005 al 2015 il TO per epatite B è passato da 22 a 16 per 100.000 abitanti (-27%); la riduzione è stata del 44% nella fascia 0-37 anni, ma solo del 19% nei soggetti di età >37 anni. Il TO per epatite C è passato da 103 a 54 per 100.000 abitanti (-48%). La fascia di età più colpita è stata quella 45-64 anni: il 38% dei casi si è concentrato in questa fascia sia nel caso delle infezioni da HBV che in caso di infezioni da HCV. I ricoveri per HBV hanno interessato principalmente il sesso maschile (68%) mentre nel caso dell'epatite C le differenze nei valori percentuali sono state meno marcate. La durata media della degenza è stata di 8,2 giorni per i ricoveri per epatite B e di 8 giorni per i ricoveri per epatite C.

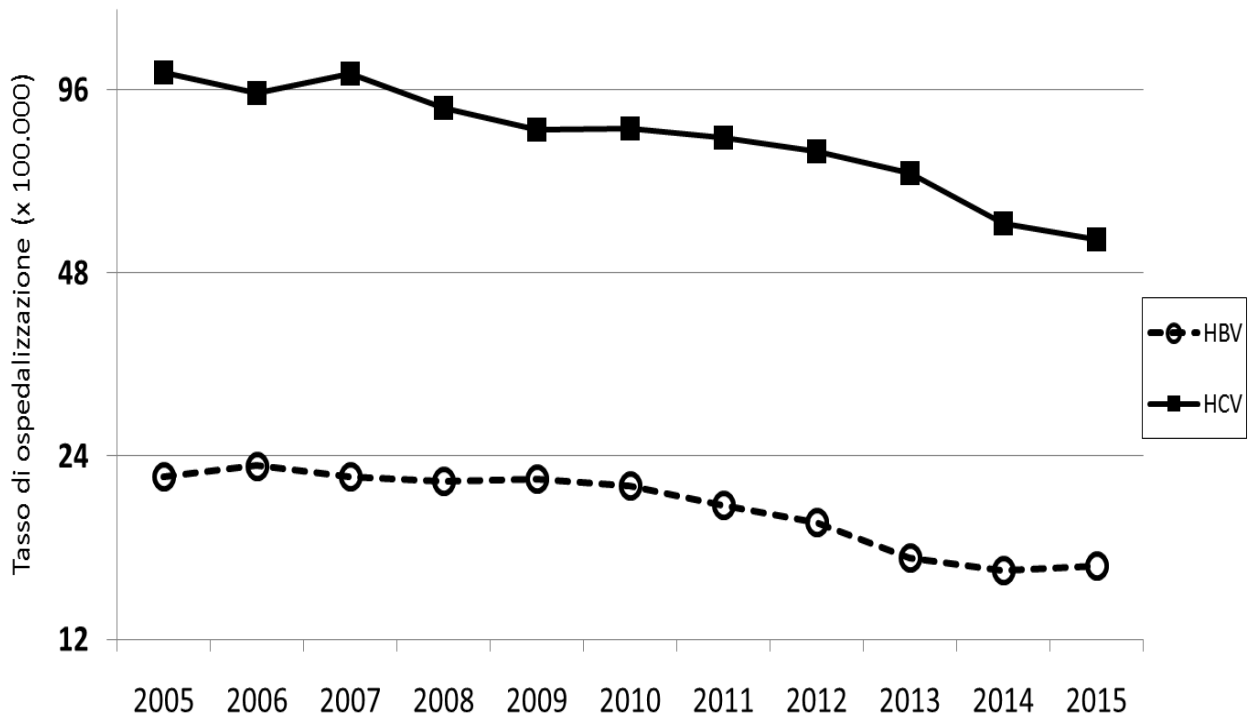
**CONCLUSIONI**

Il carico di malattia in termini di ospedalizzazioni è ancora alto, specialmente per quanto riguarda le infezioni da virus HCV, che hanno determinato la maggior parte delle ospedalizzazioni. La riduzione dei ricoveri per epatite B ha interessato prevalentemente le fasce più giovani della popolazione ed è pertanto da ricondursi principalmente all'alta copertura vaccinale raggiunta in queste fasce di età con il vaccino anti-HBV.

*Keywords: burden disease, epatite, Toscana, SDO.*



### Tasso di ospedalizzazione (x 100.000) per patologie correlate ad epatite virale in Toscana (2005-2015)



**ID 743**

**PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELL'ASL DI CASERTA**

M. Trabucco; D. Protano; A. Mangiola  
*U.O.C. Servizio Epidemiologia e Prevenzione ASL Caserta*

La Legionellosi costituisce, ancora oggi, un importante problema di sanità pubblica riguardante gli ambienti collettivi, sociali e di lavoro. Il tasso di mortalità può raggiungere il 15%, ma sono anche frequenti forme subcliniche. Le "Linee guida per la prevenzione e controllo della Legionellosi" rappresentano il documento che ha provveduto a riunire tutte le indicazioni riportate nelle precedenti linee guida nazionali e normative, sostituendole integralmente. La Legionellosi si presenta nella nostra ASL in forma per lo più sporadica con una incidenza di 10 casi nel 2014, di 5 casi nel 2015 e 7 casi nel 2016 (al 15/09) con una incidenza di 8,11 casi per 1.000.000 di abitanti. L'incidenza in Italia per il 2014 è di 25,1 casi, con una concentrazione di casi nel centro-nord del paese, mentre nelle regioni del sud essa si attesta su 6,7 casi. Per favorire la prevenzione ed il controllo della Legionellosi, alla luce delle citate linee guida, è stato costituito nell'ottobre 2015 un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare Aziendale coordinato dal direttore della UOC SEP. Esso ha provveduto con periodici incontri di lavoro a definire e realizzare i seguenti interventi: a) predisposizione di un programma di formazione aziendale; b) censimento delle richieste di intervento per la bonifica e sanificazione degli impianti aeraulici nei PP.OO. aziendali dal 2014 ad oggi; c) monitoraggio interventi del Servizio di Prevenzione e Protezione per il controllo della legionella, dall'anno 2013 ad oggi; d) estensione della ricerca dell'antigene urinario a tutti i laboratori dei PP.OO. aziendali; e) definizione di linee operative interne; f) sinergia con il laboratorio di riferimento regionale della Campania per la legionellosi per l'organizzazione della sorveglianza ambientale della diffusione della Legionellosi. E' d'auspicio che l'approccio inter e multidisciplinare alla problematica legionellosi favorisca la programmazione di efficaci interventi di prevenzione e controllo.

**ID 746**

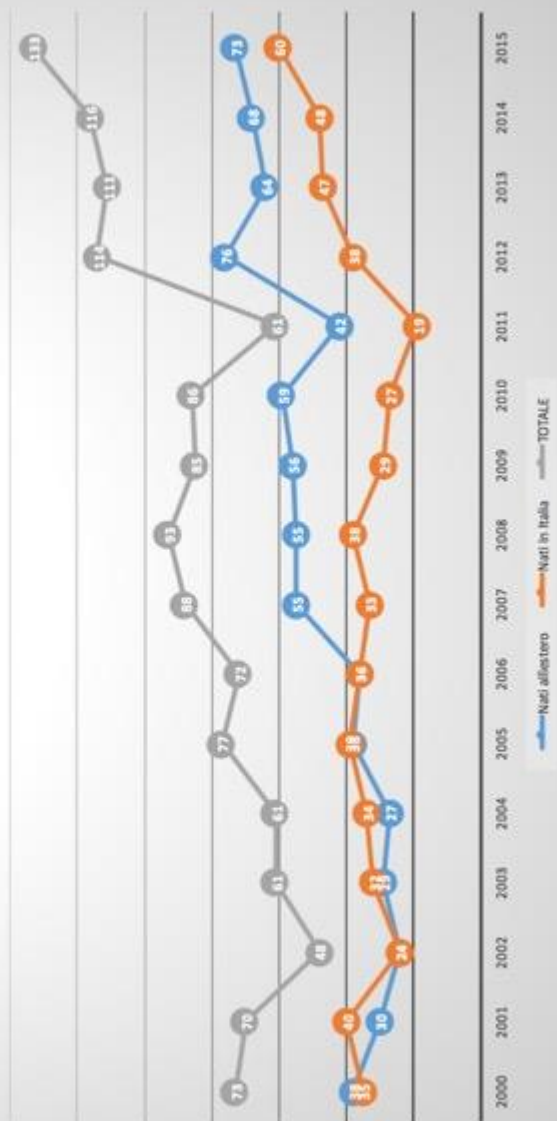
**EPIDEMIOLOGIA DELLA TBC NELLA EX ASL RM E: AUMENTO DI INCIDENZA DELLE NOTIFICHE TRA I NATI IN ITALIA**

A. Bisti; A. De Marchis A; M. Nappi; A. Pendenza; E. Di Rosa  
ASL ROMA 1 –Servizio Igiene e Sanità Pubblica Ex ASL RM E

Nella ex ASL RM E il quadro epidemiologico della TBC è stato caratterizzato alla coesistenza di due popolazioni: quella italiana con una incidenza bassa e quella immigrata con una incidenza molto più alta. Negli ultimi anni si è registrato un consistente aumento di notifiche anche tra i nati in Italia. La ex ASL Rm E, ora confluita a formare la ASL ROMA 1, era una delle 5 ASL del Comune di Roma e contava circa 540.000 abitanti. Per individuare le caratteristiche della popolazione colpita e descrivere l'andamento temporale dell'endemia tubercolare si è realizzato uno specifico database con i dati relativi alle notifiche di TBC pervenute dal 2000 al 2015, utilizzando il programma Microsoft Excel®. I RISULTATI, riportati nella tabella e nel grafico, evidenziano un tendenziale all'aumento delle notifiche. La tendenza all'aumento è più accentuata dal 2011, quando si evidenzia, altresì, un aumento di notifiche tra i nati in Italia, che fino a quella data mostrava invece una tendenza alla diminuzione (Tasso grezzo 2015 12,6 per centomila pari al doppio del tasso del 2009). I numeri relativamente piccoli non consentono di elaborare ipotesi sorrette da valide argomentazioni statistiche. Certamente bisogna tenere in considerazione che i ripetuti eventi epidemici verificatisi nel corso del 2011 presso strutture sanitarie di ricovero, e la vasta eco mediatica che tali episodi hanno avuto, hanno considerevolmente aumentato la sensibilità e l'attenzione delle direzioni sanitarie nei confronti dell'obbligo della notifica facendo così emergere una quota rilevante di sotto-notifica, e provocando un aumento del numero di notifiche di sospetti non sempre confermati, che in qualche misura potrebbe spigare il fenomeno. Comunque si tratta di un dato che merita la massima attenzione, che dovrà essere seguito nel tempo e confrontato con i dati regionali nazionali per trovare eventuali conferme.

| Nazionalità     | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nati all'estero | 38   | 30   | 24   | 29   | 27   | 38   | 36   | 55   | 55   | 56   | 59   | 42   | 76   | 64   | 68   | 73   |
| Nati in Italia  | 35   | 40   | 24   | 32   | 34   | 39   | 36   | 33   | 38   | 29   | 27   | 19   | 38   | 47   | 48   | 60   |
| TOTALE          | 73   | 70   | 48   | 61   | 61   | 77   | 72   | 88   | 93   | 85   | 86   | 61   | 114  | 111  | 116  | 133  |

### Notifiche TBC ASL RM E 2000-2015



**ID 003**

**SVILUPPARE IN EMILIA-ROMAGNA LA PREVENZIONE NELLE CASE DELLA SALUTE: UN SUPPORTO INFORMATIVO ED EDUCAZIONALE PER STIMOLARE SCELTE CONSAPEVOLI VERSO UNO STILE DI VITA "SALVACUORE"**

C. Curcetti; A. Brambilla; L. Parisini; P. Matacchione; M. Palazzi

*Direzione Generale Salute, cura della persona salute e welfare - Regione Emilia-Romagna, Bologna*

**INTRODUZIONE**

L'intervento efficace nella prevenzione cardiovascolare agisce sui fattori di rischio adottando corretti comportamenti individuali. In Emilia-Romagna il Progetto di chiamata attiva nelle Case della salute promuove la valutazione del rischio cardiovascolare negli individui sani: maschi 45 anni, femmine 55 anni. Gli operatori sanitari possono influenzare l'adesione a buone pratiche da parte dei soggetti a rischio, dando indicazioni con l'utilizzo di strumenti informativi, per avere cambiamenti che durino.

**METODI**

Alle persone che aderiscono viene somministrata dagli Infermieri un'intervista su eventi cardiovascolari pregressi, comportamenti, stili di vita, determinazione di parametri: BMI, pressione, circonferenza vita; sulla base di esami clinici si identificano profilo di salute e grado di rischio con l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Dopo la valutazione Medico-Infermiere, si organizza un secondo colloquio: alle persone senza fattori di rischio vengono dati consigli su sani stili di vita; in caso contrario sono proposti interventi per influenzare positivamente lo stato di salute, avvalendosi di un supporto formativo/educazionale "Uno stile di vita salutare che previene le malattie cardiovascolari e aiuta a vivere meglio". Segue rivalutazione a un anno.

**RISULTATI**

Nella prima fase sono state coinvolte 11 Case della salute e 4 NCP. I MMG coinvolti: 213. Le persone chiamate attivamente: 4.451. N° Profili di Salute definiti: 2.139; N° Carte del rischio applicate: 2.061.

N° 251 Consigli brevi N. 192 Interventi di educazione sanitaria individuale/di gruppo

**CONCLUSIONI**

L'esperienza ha creato i presupposti per sviluppare la prevenzione primaria nelle case della salute. Le persone hanno espresso soddisfazione nell'aderire alla chiamata attiva; MMG/Infermieri coinvolti hanno apprezzato il lavoro integrato. Occorre migliorare la capacità di rafforzare la motivazione delle persone ad effettuare scelte consapevoli rispetto alla propria salute.



**ID 014**

**EFFICACIA DI UN INTERVENTO EXTRACURRICOLARE INTEGRATO SULLE VACCINAZIONI PER GLI STUDENTI DEI CORSI DI LAUREA DI AMBITO SANITARIO DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO**

D.D. Raia 1; C. Marotta 1; G. Ventura 1; N. Casuccio 2; F. Dieli 3; C. D'Angelo 2; V. Restivo 1; C. Costantino 1; F. Vitale 1; A. Casuccio

*1 Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo, Palermo, Italia.*

*2 U.O.C. di Epidemiologia, Sanità Pubblica e Medicina Preventiva, Dipartimento di Prevenzione, ASP 6 Pal*

**INTRODUZIONE**

Le coperture vaccinali in Italia negli ultimi anni sono in lieve ma costante diminuzione. Gli operatori sanitari (OS) dovrebbero rappresentare un punto di riferimento per la popolazione generale nell'indirizzare a corrette informazioni sulle vaccinazioni sul web e sui mass media. Spesso tuttavia i messaggi provenienti dagli stessi sono discordanti creando confusione negli utenti. Pertanto, una corretta formazione degli OS del futuro è fondamentale per migliorare le conoscenze degli stessi cercando di creare una cultura vaccinale condivisa.

**METODI**

Un questionario a risposta multipla è stato somministrato a 118 studenti delle scuole di medicina (Medicina e Chirurgia, Assistenti Sanitari, Biologi della Salute), Biologia e Farmacia dell'Università di Palermo all'inizio ed alla fine di un intervento formativo integrato.

Il questionario, composto da 10 domande, riguardava argomenti di storia delle vaccinazioni, efficacia e sicurezza dei vaccini, composizione ed utilizzo, i calendari vaccinali, la vaccine hesitancy e la vaccinazione degli operatori sanitari.

**RISULTATI**

81 studenti su 118 (68.6%) hanno completato lo studio rispondendo al questionario in entrambe le fasi (pre e post test). Nel post test si è evidenziato un significativo miglioramento delle risposte per tutte le domande somministrate, eccetto che per la numero 3 (diminuzione non significativa). Complessivamente il numero di risposte corrette è incrementata dal 38.8% nel pre al 77.6% nel post test ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSIONI**

Il presente studio sottolinea l'importanza di formare in modo esauriente gli studenti di tutte le professioni di ambito sanitario integrando la formazione universitaria anche attraverso interventi extra-curricolari. In questo periodo storico appare necessario cercare di promuovere una forte cultura vaccinale negli OS del futuro al fine di implementarne le conoscenze e di renderli capaci di promuovere la fiducia nelle pratiche vaccinali nella popolazione generale.

**ID 024**

**CONOSCENZE, ATTITUDINI E COMPORTAMENTI SUI TRAUMI DENTARI TRA GENITORI DI BAMBINI DI SCUOLA PRIMARIA.**

A. Quaranta; O. De Giglio; P. Trerotoli; G. Diella; S. Rutigliano; G. Caggiano; M.T. Montagna  
*Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, Bari*

**INTRODUZIONE**

Il presente studio scaturisce dalla pubblicazione delle “Linee Guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva” promossa dal Ministero della Salute nel 2012.

**METODI**

Durante l'a.a 2013-2014, 2.775 genitori di bambini di scuola primaria, arruolati sulla base dell'intera popolazione scolastica regionale, hanno compilato in forma anonima un questionario riguardante conoscenze e attitudini relativi ai traumi dentali. I dati sono stati analizzati mediante CORRESP (per l'analisi delle corrispondenze multiple) e FASTCLUS (per l'analisi di cluster). La significatività statistica è stata fissata a  $p < 0.05$ .

**RISULTATI**

Il 15,5% del campione ha dichiarato che i loro figli avevano subito un trauma dentale. È stata rilevata un'associazione statisticamente significativa tra traumi dentali dei bambini e livello di istruzione dei genitori ( $\chi^2 = 11.964$ ,  $p = 0,0075$ ). Il 53,8% degli intervistati ha dichiarato di saper cosa fare in caso di trauma, il 56,8% interverrebbe "entro 30 minuti", il 56,5% conosce le modalità di conservazione di un dente avulso, il 62,9% dichiara che sarebbe opportuno l'utilizzo di protezioni dentali durante l'attività sportiva dei figli.

**CONCLUSIONI**

Questo studio mette in evidenza che, sebbene la maggior parte dei genitori intervistati non abbia avuto precedenti esperienze di traumi dentali con i loro figli, metà del campione indagato non sa cosa fare in caso di simili eventi traumatici e vorrebbe intervenire immediatamente. La promozione di adeguate campagne educative volte a stimolare i genitori verso un approccio preventivo nei confronti dei traumi dentali potrebbe favorire l'adozione, da parte della popolazione, di comportamenti utili per il benessere dei propri figli a lungo termine.



**ID 056**

**L'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE STRATEGICA IN AMBITO VACCINALE**

R. Arigliani 1; L.R. Biasio 2; E. Franco 3

1 *Italian Medical Research (IMR), Benevento*

2 *Docente a contratto in Vaccinologia, Roma*

3 *Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università "Tor Vergata", Roma*

**INTRODUZIONE**

Informare sulla base di evidenze è corretto ma insufficiente ad indurre un cambiamento nei comportamenti della popolazione sfavorevole alla vaccinazione o facilitare la scelta in chi è dubbioso. Le dinamiche del comportamento emozionale mostrano come sia poco efficiente trasmettere nozioni anche solide se l'interlocutore fatica a riceverle perché saturo di vissuti emozionali come accade spesso in ambito vaccinale dove molte informazioni, spesso contrastanti, e sfiducia verso i decisori, rendono difficile una comprensione corretta ed una scelta consapevole e serena. La formazione degli operatori sanitari in comunicazione e counselling è indispensabile, non essendo oggi più proponibile un modello "direttivo-paternalistico", né accettabile l'erogazione di messaggi dissonanti. L'utente non è più un ricevitore passivo di notizie, né un semplice fruitore di informazioni trasmesse da Istituzioni e dai media, ma diventa lui stesso fonte di "esperienze" che fa rimbalzare sui Social Network e che in molti casi diventano "notizie".

**METODI**

L'approccio Patient and Family Centered Care – PFCC - viene proposto per conciliare riduzione dei costi, crescita della qualità, applicazione delle strategie di prevenzione con miglioramento delle coperture vaccinali, e la comunicazione strategica viene proposta per la diffusione di messaggi credibili e condivisi.

**RISULTATI**

Le caratteristiche delle competenze nella comunicazione strategica (comunicazione di massa, mondo dei media, etc.) e le prime esperienze didattiche verranno illustrate.

**CONCLUSIONI**

I vaccini sono sicuri ed efficaci, ma oggetto di controversie tra il consenso degli esperti e la percezione negativa di gruppi di popolazione o singoli individui. In Sanità la capacità di gestire le relazioni fa la differenza sui **RISULTATI** e solo una comunicazione basata su contenuti coerenti può influire sulle convinzioni, diventando una componente essenziale della strategia per contrastare l'indecisione vaccinale.

**ID 075**

**PULIZIA DELLA STRUMENTAZIONE SANITARIA PERSONALE: CONOSCENZA ED APPLICAZIONE DELLE NORME IGIENICO-SANITARIE TRA I MEDICI DEL TERRITORIO DELLA CITTA' DI PAVIA**

M. Cargnelutti 1; L. Maccarini 2; A. Bizzarro 1; A. Carducci 1; G. Cordio1; F. Tassinari 1; G. Pelissero 2

1 *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia;*

2 *Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università di Pavia*

**INTRODUZIONE**

La pulizia della membrana del fonendoscopio è un importante mezzo per combattere la diffusione di batteri e altri patogeni tra i pazienti.

Mentre in letteratura sono presenti diversi studi effettuati in ambito ospedaliero, ad oggi poco si sa sulla condizione dei fonendoscopi utilizzati dai Medici del Territorio.

Si è deciso, quindi, di valutare la conoscenza e l'applicazione delle norme igienico-sanitarie di pulizia del fonendoscopio tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta della città di Pavia e di promuovere, tra gli stessi, la pulizia della strumentazione personale non sterilizzabile.

**METODI**

I MMG e i Pediatri sono stati invitati a partecipare al progetto tramite mail inviata dall'Ordine dei Medici di Pavia. La partecipazione consisteva nella compilazione di un questionario anonimo di 8 domande circa l'igiene delle mani e la pulizia della strumentazione personale non sterilizzabile. I Medici sono stati incontrati nei loro studi per ritirare i questionari compilati; contestualmente è stato consegnato loro un depliant informativo sulla corretta modalità di pulizia del fonendoscopio.

**RISULTATI**

Hanno aderito allo studio 48 MMG e 8 Pediatri (84% del campione selezionato).

Dall'analisi dei questionari emerge che circa un quarto degli intervistati dichiara di non aver mai effettuato la pulizia del proprio fonendoscopio ed oltre il 50% non è a conoscenza delle raccomandazioni circa la pulizia dello stesso.

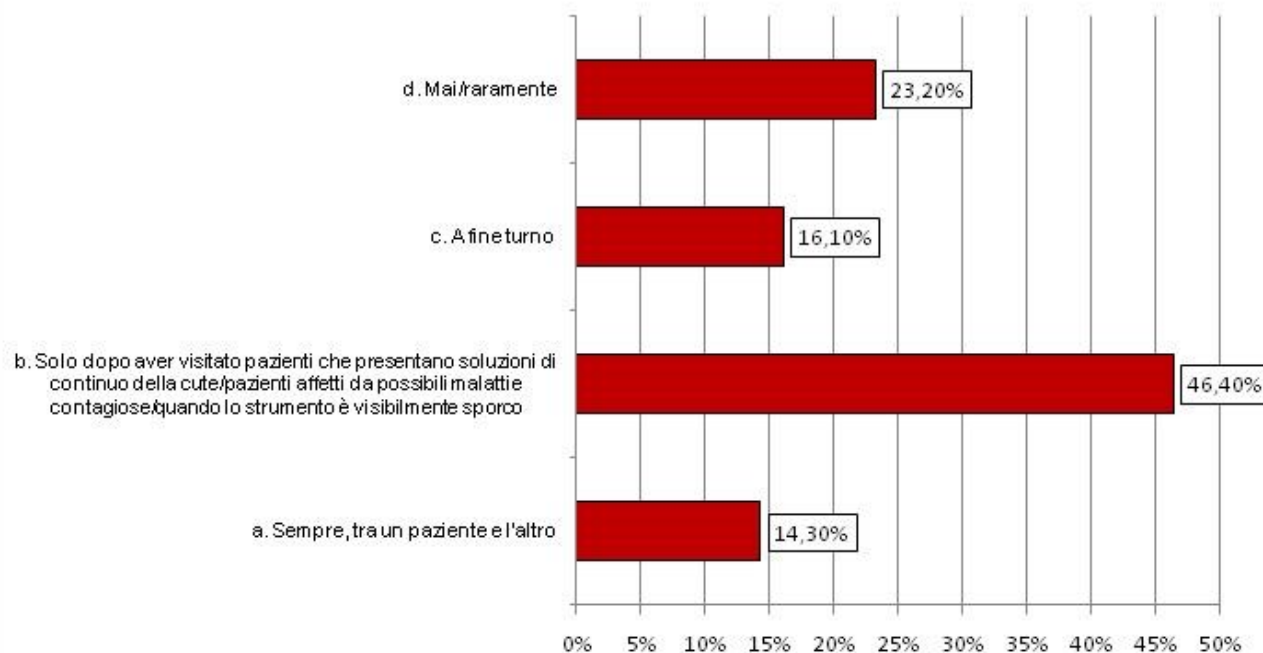
Inoltre, il 16% dei partecipanti non ritiene che la pulizia del fonendoscopio sia un mezzo per combattere la trasmissione di patogeni tra i pazienti.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI dello studio sottolineano la necessità di potenziare le conoscenze dei Medici del Territorio sull'importanza della pulizia della strumentazione sanitaria personale non sterilizzabile.

Potrebbe essere utile rivalutare nel tempo il grado di cambiamento comportamentale circa l'applicazione delle norme igieniche per verificare gli effetti del nostro intervento.

## Frequenza con cui viene effettuata la pulizia del fonendoscopio



**ID 078**

**COMUNICARE IL RISCHIO DEI VACCINI: STORIA, MITO, BUFAL E FRODI**

E. Zorzoli 1; E. Terracciano 1; G.L. D'Alò 1; M. Ciabattini 1; L. Zaratti 2, E. Franco 2

1 Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

2 Dipartimento di biomedicina e prevenzione Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

**INTRODUZIONE**

Le vaccinazioni vantano una storia plurisecolare. Anche le polemiche attorno alla pratica della vaccinazione non rappresentano certo una novità.

Nel corso degli anni la storia ha spesso lasciato il posto al mito, il mito ha prestato il fianco alle bufale e sul fertile substrato della disinformazione i meno fantasiosi e peggio intenzionati hanno allestito dannose frodi. Tutti questi elementi che si sono alternati nel corso degli anni e delle ondate dis-informative possono essere valutati come più o meno aderenti alla realtà o come veri e propri esercizi del fantasticare.

**Materiali e METODI**

La ricerca è stata condotta per quanto riguarda la parte storica del lavoro su Medline tramite PubMed. In merito alle ulteriori sezioni di cui il lavoro si compone la ricerca è stata condotta partendo dai temi più frequentemente cliccati su Google e trattati su siti, blog e forum relativi all'argomento.

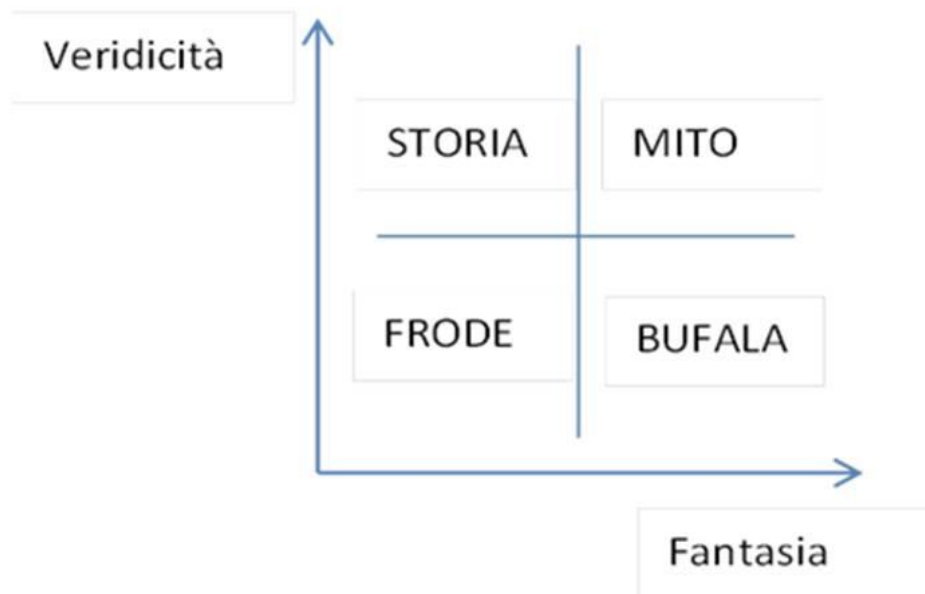
**RISULTATI**

La ricerca ha portato più RISULTATI delle attese. I miti e le bufale che negli anni si sono alternati sul web sono numerosi e fantasiosi. Alcuni perpetrati a scopo di lucro hanno innescato vere e proprie frodi. Questi quattro aspetti possono essere anche se in modo didattico e in parte forzato collocati su un piano cartesiano che ha per ascisse la fantasia e per ordinate la veridicità. (Fig.1)

**CONCLUSIONI**

Il confine tra gli aspetti analizzati nel nostro piano cartesiano non è così netto da consentire una suddivisione rigida e ben delimitata. Il ruolo della comunicazione nell'ambito delle vaccinazioni rappresenta un punto molto importante, particolarmente alla luce delle profonde trasformazioni che attraversano il mondo dell'informazione. Il quadro che emerge è dunque piuttosto critico e contribuisce a spiegare la persistenza di miti, bufale e frodi e la creazione e diffusione di gruppi anti-vaccinisti "impermeabili" ai messaggi provenienti da fonti istituzionali e da valutazioni delle evidenze scientifiche.

Figura 1: Relazione tra veridicità e fantasia



**ID 097**

**CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI (CAC) DEGLI OPERATORI AGRICOLI DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO NEI CONFRONTI DEI PRODOTTI FITOSANITARI: L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE**

M. Riccò 1; C Signorelli 2,3

1 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della PA di Trento - UOPSAL, Trento

2 Università Vita e Salute, San Raffaele, Milano

3 Università degli Studi di Parma, Parma

**INTRODUZIONE**

Scopo di questo studio è esaminare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti (CAC) degli operatori agricoli (OA) nei confronti dell'uso dei prodotti fitosanitari (PF) nella Provincia Autonoma di Trento.

**METODI**

366 OA erano invitati a compilare un questionario strutturato comprendente elementi relativi: (1) fonti informative, (2) abitudini individuali comprendenti l'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e le comuni pratiche igieniche (CPI), (3) conoscenza delle problematiche correlate all'uso dei PF; (4) sintomatologia riferita dal lavoratore e potenzialmente correlata all'uso degli stessi, con determinazione di corrispondenti indici sintetici (ie. indice di conoscenza, IdC; indice sintomatologico, IS)

**RISULTATI**

260 OA partecipavano allo studio (71.0% del campione iniziale; età media 48.8±13.2 anni; M:F = 8.3:1). L'uso dei DPI era diffuso, in particolare guanti (92.7%) e faciale (91.2%). Ugualmente diffuse CPI quali lavaggio delle (94.6%) e bagno/doccia dopo la diffusione dei PF (86.2%). L'IdC (range potenziale 0 - 33) era stimato in 23.4±5.7, migliore in OA facenti riferimento a professionisti sanitari (26.9±1.6) o corsi professionali quale fonte informativa (25.6±4.4). L'IS (range potenziale 11 - 55) aveva valore medio di 15.0±6.3. Tuttavia, il 43.5% dei partecipanti riferiva almeno un sintomo post-distribuzione (in particolare: bruciore degli occhi 27.7%, disturbi visivi 24.4%). La frequenza era maggiore in OA con 20 anni o più di esperienza (OR 3.556 95%CI 1.813-6.972), non utilizzanti faciale (OR 5.381 95%CI 1.932-14.987) o che omettevano le CPI post-distribuzione (OR 18.980 95%CI 2.444-147.4 per il mancato lavaggio delle mani). In generale, OA con un migliore IdC presentavano un più basso IS (B = -2.718 95%CI -1.667 -3.769).

**CONCLUSIONE**

I dati qui presentati rafforzano l'importanza dei corsi di formazione, quale strumento utile a ridurre l'impatto dell'uso inappropriato dei pesticidi e le relative conseguenze sanitarie negli OA.

**ID 137**

**OPERAZIONE DISINFETTO CORRETTO**

L. Prete; J. M. Kregel; L. Intriery; V. Laudani; F. Francia  
*Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna*

**INTRODUZIONE**

Negli ambienti "di vita" caratterizzati da un forte afflusso di cittadini, in particolare quelli destinati alla diagnosi e al trattamento di patologie trasmissibili (es. ambulatori), e/o maggiormente rilevanti nella diffusione di infezioni comunitarie a causa dei bassi livelli di immunizzazione degli utenti (es. scuole), le operazioni di pulizia e disinfezione, quando necessaria, devono essere condotte in maniera corretta come misura di prevenzione e tutela della salute. Per raggiungere tale obiettivo, è fondamentale che gli addetti del settore siano adeguatamente formati e informati.

**METODI**

Al fine di orientare gli utilizzatori professionali verso una scelta consapevole ed un uso efficace dei prodotti per la disinfezione ambientale, su incarico del Ministero della Salute, è stato quindi avviato il progetto di educazione sanitaria "Operazione Disinfecto Corretto", che prevede una serie di azioni diversificate in rapporto al grado di responsabilità degli operatori, coinvolgendo dunque tutti gli attori del processo.

**RISULTATI**

Ai Responsabili delle Aziende che si occupano di servizi di pulizia e igiene è stato offerto, tramite il sistema di e-learning per la PA della Regione Emilia-Romagna, un corso di formazione a distanza con approfondimenti tematici e verifica finale di apprendimento, il cui superamento comporta il diritto a ricevere alcuni strumenti appositamente predisposti: "Linee guida per un corretto utilizzo dei disinfettanti per la tutela della collettività", per orientare le scelte aziendali e promuovere la corretta formazione dei lavoratori  
Opuscoli e cartelli, in più lingue, su principi e procedure di disinfezione, per l'informazione degli addetti ai servizi di pulizia.

**CONCLUSIONI**

Il Progetto ha posto le basi per un più stretto rapporto di collaborazione tra le Aziende e le Istituzioni preposte alla vigilanza al fine di garantire una corretta igiene degli ambienti destinati alla collettività a tutela della salute pubblica.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## LINEE GUIDA PER UN CORRETTO UTILIZZO DEI PRODOTTI DISINFETTANTI PER LA TUTELA DELLA COLLETTIVITÀ





**ID 150**

**OBESITA' E PUBBLICITA' KEYWORDS: OBESITÀ, PUBBLICITÀ, EMOZIONE, CONDIZIONAMENTO.**

R. Labonia; R. Paese; F. Falcone; M. Cesario

*Dipartimento Prevenzione U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione D.S. Valle Crati ASP Cosenza*

**INTRODUZIONE**

L'aumento esponenziale dei casi di obesità è influenzato dalla pubblicità. L'effetto condizionante può determinare altri D.C.A. Il progetto è stato attivato nella scuola L.Della Valle di Cosenza, liceo con diversi indirizzi di studio (linguistico, economico sociale, musicale) per: stimolare la coscienza negli adolescenti sullo status alimentare e nutrizionale; migliorare la loro conoscenza sui disturbi alimentari correlati agli stili di vita; favorire rinforzi positivi psicologici.

**METODI**

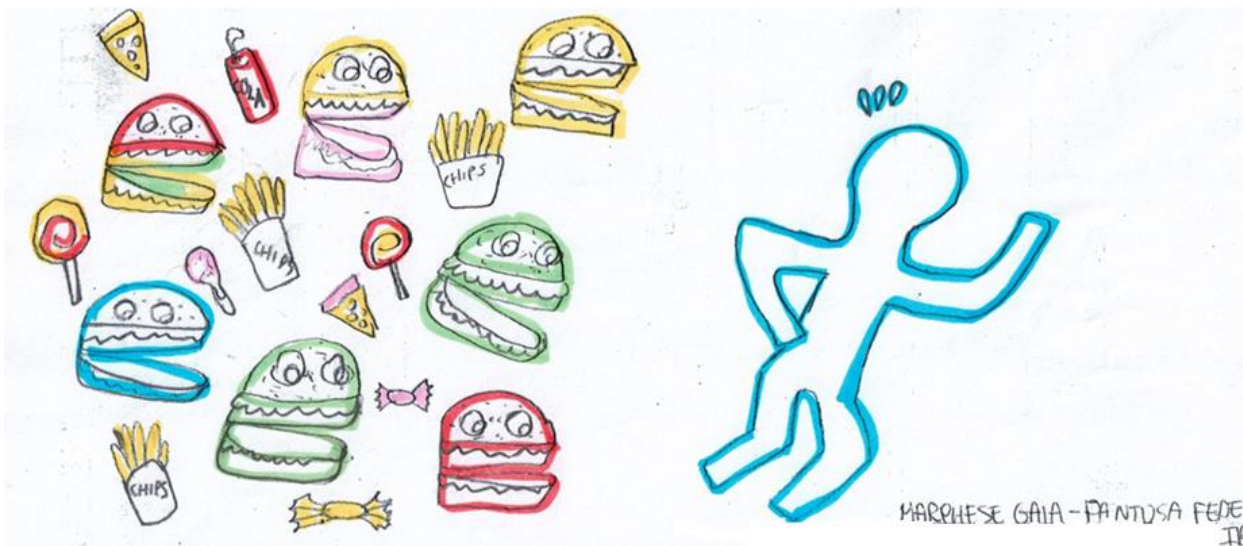
- 1) Realizzazione del S.I.A.N., di un questionario con domande a risposta multipla, per rilevare i comportamenti alimentari, finalizzato anche all'autonomo calcolo del BMI ed al sondaggio di fattori psicologici (autovalutazione corporea allo specchio, tempo dedicato ai mass media e allo sport, senso personale dei danni da alimentazione impropria, ecc.)
- 2) Gli studenti sono stati stimolati a creare uno spot alimentare informativo anti-obesità (disegno/video ecc.)
- 3) Coordinamento Scuola-SIAN: compilazione questionario e creazione spot alimentare
- 4) Analisi dei dati 5) Premio, a scuola, del migliore spot antiobesità

**RISULTATI**

Su un campione di n° 113 studenti (8 classi), di età compresa tra i 14/15 anni, del 1° anno di corso, sono stati analizzati e valutati i relativi dati (Tab.1).

**CONCLUSIONI**

Nelle scuole, incentivi premianti a studenti, creatori fantasiosi di spot alimentari, possono produrre rinforzi positivi, usando lo stesso canale emotivo della pubblicità e dei mezzi multimediali aggregatori ed aggreganti (es.social network). Il progetto, seppur iniziale, ma riproducibile in altre scuole, è stato apprezzato dai ragazzi, divenuti registi e protagonisti assoluti. Le reazioni a catena di immagini proprie e degli amici, portatrici di messaggi di salute, avranno influenza maggiore per l'attenzione più incisiva e per il realistico confronto, sfruttando ciò che diceva Fromm:" La maggior parte della pubblicità non fa tanto appello alla ragione, quanto all'emozione ".



MARCHESE GAIA - PANTUSA FEDERICA  
IB 51

PROGETTO: OBESITA' E PUBBLICITA'

1° PREMIO PER IL MIGLIORE SPOT ANTI-OBESITA' a Gaia Marchese e Federica Pantusa, frequentanti la I Classe, Sez. B, del Liceo L. Della Valle di Cosenza.

MOTIVAZIONI

E' immediato, incisivo e veicola in modo subitaneo il tema del concorso. Nel disegno delle due ragazze spiccano una figura umana rappresentata senza dettagli somatici, che contrasta con i cibi che assumono, invece, sembianze umane "divoratrici". Nell'abbondanza dei "cibi spazzatura" i panini diventano voraci, rincorrono l'uomo, tentano di raggiungerlo e di morderlo con i loro denti aguzzi. L'atto di fuga, la dinamicità, i denti affilati, invitano a riflettere ed a fuggire, così come la figura umana, ai richiami allettanti dei cibi poco salutari. Un disegno molto efficace con il paradosso del mangiatore che rischia di essere mangiato da cibi cattivi. L'ironia, nella creazione del disegno-spot, è di indubbia originalità, e porta dietro di sé un notevole carico istintivo-emozionale, informativo e persuadente.

| TAB. 1 PROGETTO "OBESITA' E PUBBLICITA'" - CAMPIONE ESAMINATO N.113 STUDENTI                        |                                    |                                      |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------|--------|
| BMI                                                                                                 |                                    |                                      |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| CALCOLA                                                                                             | CALCOLA DOPO IMPUT DA QUESTIONARIO | NON RISPONDE                         |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
|                                                                                                     | 46,90%                             | 9,73%                                | 43,36%                                                           |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| N. PASTI CONSUMATI %                                                                                |                                    |                                      |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| 1ª COLAZIONE                                                                                        | MERENDA (MATTINO)                  |                                      | PRANZO                                                           | MERENDA (POMERIGGIO) | CENA              |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
|                                                                                                     | %                                  | TIPOLOGIA E %                        |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| 61,95%                                                                                              | 84,07%                             | 59,292% PANINO FARCITO               | 99,12%                                                           | 59,29%               | 97,35%            |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
|                                                                                                     |                                    | FARCITO ED ALTRO                     |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| CIBI SPAZZATURA                                                                                     |                                    |                                      |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| LI CONOSCE                                                                                          | NON RISPONDE                       | NON CONSIDERA BIBITE CIBI SPAZZATURA | ALTRA RISPOSTA                                                   |                      |                   |              |                                                                                                                  |               | NON DICE QUALI SONO | FRITTI/PATATINE/CARNE HAMBURGER/ | ZUCCHERO/CIOCCOLATO/CARAMELLE | LI CONSUMA                                         | NON LI CONSUMA/ NON RISPONDE/ |        |
|                                                                                                     | 92,92%                             | 5,31%                                | 77,88%                                                           | MALSANI              | GRASSI            | CALORICI     | ZUCCHERI                                                                                                         | LIPIDI        | NON RISPONDE        | 47,79%                           | 44,25%                        | 7,96%                                              | 78,76%                        | 20,35% |
|                                                                                                     |                                    |                                      | 18,58%                                                           | 10,62%               | 9,73%             | 2,65%        | 0,88%                                                                                                            | 51,33%        |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| ALIMENTI CONSUMATI % DURANTE I PASTI                                                                |                                    |                                      |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| PROTEINE VEGET.LI                                                                                   | PROTEINE ANIM.LI                   | LIPIDI                               | FRUTTA E VERDURA                                                 | ACQUA                | BIBITE ZUCCHERINE | BIRRA        | VINO                                                                                                             | SUPERALCOLICI | NO DAVANTI ALLA TV  | IN COMPAGNIA                     | NON DA SOLO                   | DA SOLO                                            |                               |        |
| 48,67%                                                                                              | 81,42%                             | 24,78%                               | 66,37%                                                           | 90,27%               | 61,06%            | 27,43%       | 15,93%                                                                                                           | 14,16%        | 79,65%              | 63,72%                           | 68,14%                        | 12,389                                             |                               |        |
| Durante la giornata, quante ore complessive trascorri utilizzando: TV, PC, tablet, cellulare, ecc.? |                                    |                                      |                                                                  |                      |                   |              |                                                                                                                  |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| 3 ORE                                                                                               | 4 ORE                              | 10 ORE                               | 6 ORE                                                            | 2 ORE                | 5 ORE             | 12 ORE       | 1 ORA                                                                                                            | 8 ORE         | 9 ORE               | 14 ORE                           | 24 ORE                        | NON RISPONDE                                       |                               |        |
| 19,469                                                                                              | 15,044                             | 12,389                               | 11,504                                                           | 10,619               | 7,964             | 7,079        | 5,309                                                                                                            | 4,424         | 0,884               | 0,884                            | 0,884                         | 3,539                                              |                               |        |
| Credi che la pubblicità possa influenzarti nelle scelte alimentari e quindi favorire l'obesità?     |                                    |                                      | Secondo te la pubblicità può influenzare il modo di alimentarsi? |                      |                   |              | Come ti vedi allo specchio?                                                                                      |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| SI                                                                                                  | NO                                 | NON RISPONDE                         | SI                                                               | NO                   | NON RISPONDE      | TROPPO MAGRO | MAGRO                                                                                                            | UN PO' MAGRO  | NORMOPESO           | LEGG. SOVRAPPESO                 | SOVRAPPESO                    | GRASSO                                             | NON RISPONDE                  |        |
| 57,522                                                                                              | 41,592                             | 0,884                                | 76,106                                                           | 21,238               | 2,654             | 3,539        | 2,654                                                                                                            | 3,539         | 39,823              | 33,628                           | 8,849                         | 4,424                                              | 3,539                         |        |
| Pensi che il sovrappeso o l'obesità possa far male alla tua salute?                                 |                                    |                                      | Svolgi attività fisica?                                          |                      |                   |              | Attività fisica svolta (in minuti /die o saltuarria in min./settimanali)                                         |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| SI                                                                                                  | NO                                 | NON RISPONDE                         | SI                                                               | NO                   | NON RISPONDE      | 120 min.     | 60 min.                                                                                                          | 180 min.      | 90 min.             | da 30 a 45 min.                  | da 240 a 480 min.             | Non giornaliera (da 90 a max 240 min./settimanali) |                               |        |
| 97,345                                                                                              | 1,769                              | 0,884                                | 58,407                                                           | 39,823               | 1,769             | 13,274       | 11,504                                                                                                           | 6,194         | 5,309               | 3,539                            | 2,654                         | 12,389                                             |                               |        |
| Pensi che una magrezza esagerata possa far male alla tua salute?                                    |                                    |                                      | Ritieni sia giusto mantenere il peso forma?                      |                      |                   |              | Sai se è ancora possibile alla tua età, intervenire per correggere eventuali disturbi dovuti a problemi di peso? |               |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| SI                                                                                                  | NO                                 | NON RISPONDE                         | SI                                                               | NO                   | NON RISPONDE      | SI           | NO                                                                                                               | NON RISPONDE  |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |
| 92,035                                                                                              | 6,194                              | 1,769                                | 93,805                                                           | 3,539                | 2,654             | 84,955       | 10,619                                                                                                           | 4,424         |                     |                                  |                               |                                                    |                               |        |

**ID 267**

**INDAGINE SULLE ESPERIENZE DI FORMAZIONE ALL'ESTERO DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA**

M. Marceca 1; L. Paglione 1; V. Baccolini 1; F. Soncini 2; P. Villari 1; G.P. Privitera 3

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Sapienza di Roma

2 Coordinatore Consulta degli Specializzandi della SItI; 3 Coordinatore dei Direttori delle Scuole di Specializzazione della SItI

**INTRODUZIONE**

In un'epoca di globalizzazione dei processi, anche i professionisti in Sanità Pubblica devono potersi confrontare con contesti diversi, situazioni epidemiologiche, culturali e sociali differenti e disponibilità di risorse variabili. Ciò richiede una formazione adeguata.

**METODI**

E' stato predisposto un questionario online su piattaforma Google, articolato in 8 quesiti (di cui 3 obbligatori), organizzati in 3 sezioni, che si apre con la richiesta di indicazione della sede della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (ScSpleMP) compilante. E' stata effettuata una simulazione da cui è risultato un tempo di compilazione variabile di ca. 3 minuti. E' stata redatta una lettera di invito alla collaborazione rivolta ai Direttori delle ScSpleMP italiane. Il Coordinatore dei Direttori, dopo averne preso visione e aver aderito all'iniziativa, ha trasmesso la proposta ed il link per la compilazione del questionario a tutti i Direttori. Il questionario è stato predisposto per l'autocompilazione da parte di ogni Direttore o di persona di sua fiducia. Le risposte sono archiviate in automatico, generando un report complessivo.

**RISULTATI**

I RISULTATI definitivi saranno presentati in sede congressuale. I RISULTATI preliminari al 15/09/2016 (tenuto conto che l'indagine ha avuto avvio solo pochi giorni prima), vedono una rispondenza pari al 37,5%, con la seguente distribuzione territoriale: 25% al sud e isole, 42% al centro, 0% nel nord-ovest, 33% nel nord-est. Ad oggi il 75% delle Scuole rispondenti vede attualmente impegnati in attività di formazione all'estero almeno uno specializzando, prevalentemente in EU, attraverso accordi bilaterali con altri Atenei. L'83% dei Direttori ha risposto di ritenere tale possibilità del tutto valida.

**CONCLUSIONI**

Si ritiene che tale indagine possa rappresentare, unitamente ad altre similari già condotte, un contributo verso l'internazionalizzazione progressiva delle Scuole di Specializzazione in Igiene italiane.

*formazione, specializzazione, Igiene, Sanità Pubblica, internazionalizzazione*

**ID 280**

**L'EFFICACIA COMUNICATIVA NELL'INFORMAZIONE VACCINALE**

G. Tolle 1; F. Delogu 2

ASL Sassari, Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, via Rizzeddu, 21/b

**INTRODUZIONE**

Misurare l'efficacia comunicativa, verificando se l'informazione diretta in campo vaccinale incide sullo stato emotivo del genitore, rimuovendo dubbi, paure e facilitando l'assunzione consapevole di decisioni favorevoli alla pratica vaccinale dei propri figli.

**METODI**

Formulazione di un questionario costituito da 15 domande a risposta multipla (con utilizzo di scale additive) e con risposte a variabili dicotomiche (si/no) con allegato terminale di dati anagrafici relativi al figlio e ai genitori. Le domande sono studiate per verificare l'eventuale emotività dei genitori legata alla pratica vaccinale, quindi se il colloquio con l'operatore è in grado di modificare positivamente tale stato iniziale. Il questionario è somministrato sempre dallo stesso operatore a genitori (quando possibile ad entrambi separatamente) che si presentino nei nostri ambulatori per la somministrazione del primo vaccino al proprio figlio, inserendo anche genitori che in passato abbiano sottoposto alle vaccinazioni altri figli.

**RISULTATI**

In fase di elaborazione. Si attende di poter misurare l'emotività dei genitori durante la somministrazione del primo vaccino al proprio bimbo, verificando se il colloquio con gli operatori e la modalità comunicativa adottata dagli stessi, durante tale pratica, è in grado di modificare positivamente l'eventuale disagio emotivo spesso legato a una conoscenza non adeguata delle vaccinazioni.

**CONCLUSIONI**

Analizzati i RISULTATI e valutate le tendenze del campione in esame, si intende modificare o migliorare le abilità di comunicazione empatica, attraverso un setting facilitante la riduzione della tensione emotiva dei genitori, interpretando i loro bisogni e favorendo quel processo intenzionale di cambiamento (educazione sanitaria), per una maggiore compliance alla vaccinazione.

*Vaccinazioni; comunicazione empatica; rimozione del disagio dei genitori.*



ORGANIZING SECRETARIAT:



Via Ambrogio Binda, 34 | 20143 Milano - Italy  
Ph. +39 02 34934404 | Fax +39 02 34934397  
[www.mcascientificevents.eu](http://www.mcascientificevents.eu) | [www.mca-group.eu](http://www.mca-group.eu)  
[info@mcascientificevents.eu](mailto:info@mcascientificevents.eu)

**ID 302**

**PROFILAZIONE DEGLI UTENTI DI UN PORTALE ON LINE D'INFORMAZIONE SULLE STRUTTURE SANITARIE ITALIANE E SULLE CURE PER OGNI ESIGENZA DI SALUTE**

E. Azzolini 1; S. Capizzi 2; C. Favaretti 3; A. Solipaca 4; C. Montanari 5; M. Mucchietto 5; C. Bruschi 5

1 Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 Presidio Ospedaliero Villa dei Fiori, Acerra (Na)

3 Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

4 Osservatorio Nazionale sul

**INTRODUZIONE**

I portali della salute sono strumenti operativi di concretizzazione del public reporting.

Obiettivo dello studio è una profilazione degli utenti di un portale italiano (Doveecomemicro.it) per delinearne le caratteristiche e il bisogno informativo.

Il portale censisce 1372 strutture ospedaliere italiane accreditate, informando sui servizi relativi alla logistica e ospitalità delle strutture e permettendo la valutazione della qualità assistenziale attraverso la selezione di 65 indicatori di qualità tratti da fonti istituzionali (PNE e Sportello Cancro).

**METODI**

Dal database del portale sono stati estratti i dati di affluenza, coinvolgimento e segmentazione dell'utenza nel periodo settembre 2015-agosto 2016. I dati sono stati analizzati con Microsoft Excel.

**RISULTATI**

Nel periodo in esame sono state effettuate oltre 200.000 sessioni (167.840 utenti unici) con oltre 1 milione di pagine visualizzate (in media 4,85 pagine a sessione).

La durata media di una sessione è stata di 3,04 minuti. Il 19,3% dei visitatori torna sul sito dopo una prima volta e il tempo medio di visita sale a 4,24 minuti, le pagine medie visitate a 5,22.

La modalità di ricerca più usata è stata per organo/apparato, seguita da quella per indicatore di qualità e per nome della struttura.

Principali caratteristiche degli utenti: distribuzione uniforme per fasce d'età; maggiore prevalenza femminile (57% vs 43%); uso prevalente di PC (49,6%) vs smartphone (33,5%); prevalente provenienza dalle aree metropolitane.

Il più visitato è stato l'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, seguito da IEO, San Raffaele, Niguarda di Milano e Policlinico Gemelli di Roma.

**CONCLUSIONI**

I portali della salute interessano una sempre più ampia e variegata fascia di utenti e, laddove informati dai principi di rigore scientifico, sono in grado di migliorare i processi di scelta dei cittadini, rafforzare trasparenza e accountability delle strutture ospedaliere e migliorare l'efficienza dei servizi da queste offerti.

*Portale della salute; profilazione utenti; indicatori di qualità; assistenza ospedaliera*

**ID 308**

**IL PROGETTO O.P.S. CONTINUA.... INDAGINE SULLE CONOSCENZE DELL'IGIENE NELLA SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO**

M. Lopuzzo; S. Vaccaro; A. Quaranta; O. De Giglio; F. Divenuto; G. Lovero; S. Rutigliano; G. Caggiano

*Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Sezione di Igiene, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"*

**INTRODUZIONE**

Il progetto O.P.S. - Operiamo Prevenzione a Scuola - è stato avviato tra i banchi della scuola primaria con l'obiettivo di indagare sulla conoscenza dell'Igiene, della Salute e della Prevenzione. Nell'anno scolastico 2014-2015 l'indagine è stata riproposta in 3 scuole secondarie di I grado di Bari.

**METODI**

Lo studio ha coinvolto 180 adolescenti di II classe, ai quali è stato somministrato un questionario conoscitivo per valutare il loro grado di informazione sul tema delle malattie infettive. Gli argomenti affrontati (mediante lezioni frontali, esercitazioni pratiche, relazioni multimediali interattive) hanno riguardato la prevenzione delle malattie infettive, il ruolo dei microrganismi nell'uomo, nell'ambiente e negli alimenti, i risvolti socio-culturali di tali conoscenze nella vita quotidiana.

**RISULTATI**

Il 95% degli adolescenti intervistati conosceva l'importanza dei vaccini e l'esistenza di microrganismi responsabili di malattie infettive, pur ignorando le modalità di trasmissione nel 70% dei casi. Il 54% era al corrente di altri mezzi di prevenzione, con particolare riferimento agli screening.

**CONCLUSIONI**

I temi dell'Igiene e della prevenzione delle malattie infettive hanno stimolato l'attenzione degli adolescenti, maturando in loro una coscienza critica nei confronti di ciò che condiziona lo stato di benessere e la consapevolezza di dover adottare un corretto stile di vita. Da nostri dati emerge, quindi, la necessità di approfondire tali argomenti nei programmi ministeriali scolastici. Infatti, l'INTRODUZIONE nella scuola di lezioni riguardanti l'Educazione alla Salute, soprattutto se condivise all'interno del nucleo familiare e supportate da figure specialistiche, integra e implementa l'efficacia delle informazioni divulgate dai media.

*Prevenzione, Igiene, scuola*

**ID 314**

**STUDIO CAP (CONOSCENZE, ATTITUDINI, PRATICHE) SU HIV/AIDS IN UN CAMPIONE DI STUDENTI UNIVERSITARI**

A. Metallo 1; D. Loconsole 2; A.L. De Robertis 2, A. Morea 2; M. Quarto 1; M. Chironna 2,3  
1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari  
2 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari  
3 Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli

**INTRODUZIONE**

In Italia, nel 2014, l'incidenza più elevata di infezione da HIV si è osservata nella fascia di età 25-29 anni. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare conoscenze, attitudini e pratiche sull'HIV/AIDS in una popolazione di studenti universitari della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari.

**METODI**

Agli studenti afferiti all'Ambulatorio dell'U.O.C. Igiene dell'A.O.U. Policlinico di Bari per eseguire screening sierologico per alcune malattie infettive prevenibili (morbillo, rosolia, parotite etc...) ed eventuali vaccinazioni, è stato somministrato un questionario anonimo.

**RISULTATI**

Fra ottobre 2015 e febbraio 2016, 299 studenti hanno risposto al questionario. L'età mediana è risultata di 22 anni. La maggior parte dei soggetti frequentava il corso di laurea di Medicina e Chirurgia (34,8%). Il 74,6% degli intervistati ha ricevuto informazioni su HIV/AIDS durante il corso di studi mentre il 63,5% da internet. I soggetti intervistati ritengono che le modalità di trasmissione più comuni in Italia siano, in egual misura, l'utilizzo di droghe per via iniettiva e i rapporti eterosessuali (31% delle risposte per entrambe le domande). La totalità del campione è a conoscenza della trasmissione per via sessuale dell'HIV. Per quanto riguarda le attitudini, il 22,4% dichiara di non voler lavorare con sieropositivi e il 18,7% li ritiene responsabili della loro condizione. Inoltre, il 70,9% del campione utilizza il profilattico durante i rapporti sessuali e il 28,1% ha eseguito il test HIV almeno una volta.

**CONCLUSIONI**

Lo studio ha evidenziato come anche internet sia una fonte informativa rilevante su HIV e AIDS e, pertanto, è necessario tenerne conto nella pianificazione di strategie mirate di comunicazione e prevenzione. È auspicabile, infine, implementare campagne informative su HIV, attuali terapie e qualità di vita dei soggetti infetti anche al fine di ridurre lo stigma sociale nei confronti dei sieropositivi, purtroppo, ancora persistente.

*Studio CAP, HIV/AIDS, studenti.*



**ID 395**

**HEALTH LITERATE HEALTHCARE ORGANIZATIONS E PERCORSI FISICI INTERNI ALLE STRUTTURE SANITARIE: VALUTAZIONE DI EFFICACIA DELLA SEGNALETICA AI FINI DELL'ALFABETIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CURA**

P. Zanobini 1; A. Baldasseroni 2; C. Dellisanti 3; B. Porchia 1; F. Santomauro 4; C. Lorini 4; G. Bonaccorsi 5

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

2 CeRIMP-Centro Regionale Infortuni e Malattie Professionali, Regione Toscana, Firenze

3 Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze

4 Diparti

**INTRODUZIONE**

Nel 2012, il documento dell'Institute of Medicine, "Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations" (HLHO), descrive le caratteristiche necessarie alle organizzazioni sanitarie per gestire i bisogni di una popolazione con livelli difformi di health literacy. In particolare, il settimo attributo descritto riguarda anche la "navigazione" all'interno della struttura. Scopo del nostro studio è stata la ricerca sistematica delle prove di efficacia inerenti alle azioni volte a migliorare la segnaletica all'interno delle strutture sanitarie.

**METODI**

E' stato analizzato il problema tramite un logical framework relativo alle HLHO diviso in determinanti, fasi, interventi, output ed outcome. Conseguentemente, sono stati formulati un PICO e stringhe di ricerca specifiche per il singolo quesito individuato, nonché combinazioni di parole chiave per la ricerca nei diversi database (Pubmed, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsycINFO, Health Evidence, Google). Non sono stati applicati limiti temporali né filtri linguistici.

**RISULTATI**

Sono stati individuati 167 lavori e tra questi 3 - 2 revisioni di letteratura e 1 studio primario - inclusi nella sintesi qualitativa, sottoposti a valutazione di qualità.

Un sistema di segnaletica completo, in particolare all'entrata e nei punti critici della struttura, delle You-are-here maps e di una numerazione e denominazione logica e facilmente comprensibile delle stanze e dei dipartimenti, è emerso come strumento efficace ai fini del miglioramento della navigazione all'interno delle strutture sanitarie.

**CONCLUSIONI**

Nonostante vi siano sempre maggiori studi ed evidenze sui meccanismi dell'orientamento spaziale umano, ad oggi la ricerca sulla segnaletica all'interno delle strutture sanitarie è ancora molto limitata. Sono necessari ulteriori studi che valutino le performance degli interventi volti a migliorare il sistema di segnaletica e l'impatto sugli outcome riferibili ai pazienti e alla gestione della struttura

**ID 437**

**GLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO: LA PEER EDUCATION NELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI**

E. Maio; I. Loperto; R. Alfano; R. Caputi; A. Cappuccio; C. Montana; OC. Imperato; R. Martello; MS. Scamardo; A. Guillari; A. Amato; D. Landolfo; O. Caporale; M. Triassi  
*Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli*

**INTRODUZIONE**

La peer education (PE) è una strategia educativa che mira a favorire la comunicazione tra pari, attivando un passaggio di conoscenze e di esperienze da parte di alcuni membri di un gruppo ad altri di pari status. Nell'ambito dell'implementazione di un modello operativo di Risk Management (RM), in cui si punta ad un cambio di mentalità volta a considerare l'errore come fonte di apprendimento, sembra fondamentale rivolgersi ai giovani medici utilizzando strategie formative dinamiche e propositive.

**METODI**

Il progetto ha l'obiettivo di realizzare un modello formativo in materia di RM attraverso la PE e la creazione di reti sociali. È indirizzato agli Specializzandi di tutte le Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II".

**RISULTATI**

Sono state formulate le seguenti fasi operative:

- Formazione in materia di RM e PE di 5 peer tutors (PT), Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva;
- Creazione di una rete di Specializzandi-Facilitatori (SF) (almeno 1 per Scuola), tramite Gruppi Facebook e WhatsApp, con la mediazione dei Rappresentanti di Scuola;
- Attuazione di incontri formativi tra pari, distinti per tipologia di Scuola su RM, Incident Reporting, near miss, eventi avversi, root cause analysis, con simulazioni operative;
- Creazione di reti sociali gestite dai PT con obiettivo di supporto e consulenza in materia di RM;
- Condivisione delle nozioni apprese dai SF con tutti gli altri Specializzandi.

**CONCLUSIONI**

Il progetto consente ai Medici in Formazione Specialistica di acquisire strumenti e conoscenze in maniera dinamica e adeguata alle proprie necessità formative. Essi diventano soggetti attivi della loro formazione, attraverso il confronto tra punti di vista diversi, lo scambio di idee, l'analisi dei problemi e la ricerca delle possibili soluzioni, in una dinamica tra pari che tuttavia non esclude la possibilità di chiedere supporto agli esperti, fungendo da sprone alla segnalazione proattiva e alla cultura della qualità.

*risk management, incident reporting, formazione, peer education*

**ID 444**

**L'INFERMIERE E L'ASSISTENZA DOMICILIARE: QUALI COMPETENZE, QUALE FORMAZIONE. UN'INDAGINE CONOSCITIVA ORIENTATA AL MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA**

CBNA. Bianchi; MC. Galizi; D. Palumbo; F. Giuffrida; M. Sanna; E. Fanelli; L. Fontana; GM. Milanese

*Cooperativa OSA; Roma*

**INTRODUZIONE**

La Cooperativa OSA svolge da 30 anni servizi di assistenza domiciliare per conto di diverse ASL sul territorio nazionale e nel corso del 2015 ha assistito più di 38.000 pazienti. La selezione del personale infermieristico da parte del Servizio Risorse Umane aziendale è diventata sempre più attenta a valutare le competenze specifiche dei professionisti. Nell'ultimo anno è emersa l'esigenza di approfondire tali aspetti attraverso una ricerca-intervento multidimensionale volta a valutare quali competenze caratterizzino la figura in continua evoluzione dell'infermiere domiciliare.

**METODI**

Gli elementi oggetto dello studio fanno riferimento ai diversi piani semantici del sistema salute in cui è inserita OSA, dagli aspetti formativi del percorso universitario e aziendale dei professionisti coinvolti, alle peculiarità del setting domiciliare, quali le modalità organizzative e il target assistenziale, caratterizzato da un costante incremento della complessità, agli istituti organizzativo-gestionali interni, quali ad esempio la natura contrattuale libero professionale proposta ai professionisti.

L'indagine verrà quindi sviluppata a diversi livelli: nel processo di Ricerca e Selezione del personale, nel contesto operativo della Divisione Domiciliare, nell'ambito della Formazione universitaria e aziendale.

Le informazioni saranno raccolte attraverso differenti tecniche di ricerca sia quantitative (questionari strutturati somministrati telefonicamente o autocompilati) che qualitative (interviste a testimoni privilegiati) rivolte alla categoria infermieristica e trattate con software statistici e per l'elaborazione dei dati testuali.

**RISULTATI e CONCLUSIONI**

La raccolta di evidenze sulle caratteristiche dell'infermiere domiciliare permetterà di orientare azioni finalizzate al miglioramento della qualità, sia organizzativo-gestionale sia tecnico-professionale della Cooperativa e di proporre un contributo per arricchire il percorso formativo dell'infermiere.

**ID 556**

**L'AMBULATORIO DI MEDICINA DEL LAVORO E PREVENZIONE DEL DISAGIO DA LAVORO E DEL MOBBIING DELLA ASL ROMA2 (EX RMB): L'IDENTIKIT DEL LAVORATORE CHE HA EFFETTUATO IL PERCORSO DIAGNOSTICO**

M.G. Bosco 1; E. Cozzolino 1; A.M. Alonzi 1; B.G. Ponticiello 1; R. Nardella 1; A. Capanna 2  
1 Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL Roma 2 (ex RMB)  
2 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Roma Tor Vergata

**INTRODUZIONE**

Nel 2012 il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha attivato un percorso diagnostico specifico per il disagio lavorativo. Tale percorso, che prevede colloqui specialistici di consulenza con lo psichiatra, il medico del lavoro e lo psicologo del lavoro, si conclude con la redazione di una relazione di sintesi. Scopo dello studio è stato valutare le caratteristiche dell'utenza che ha effettuato il percorso diagnostico.

**METODI**

Sono state esaminate le relazioni di sintesi degli utenti che hanno terminato il percorso nel biennio 2015-2016 analizzando per ciascuno dati inerenti genere, età, mansione, anno di inizio e tipo di disagio lavorativo vissuto, presenza di sintomi e/o segni di stato ansioso-depressivo e di disturbi somatoformi, con relativa terapia specifica,.

**RISULTATI**

Sono state analizzate 175 relazioni. L'utente che ha terminato il percorso è donna (59%), di età media 47 anni, impiegata (32%). I disturbi predominanti, per i quali è anche assunta terapia farmacologica specifica (76%), sono rappresentati dalle alterazioni del ritmo sonno-veglia (90%) e dallo stato ansioso-depressivo (98%). Solo 5 lavoratori hanno riferito di aver effettuato un percorso simile precedentemente. Il disagio da lavoro consegue principalmente ad atteggiamenti vessatori e/o demansionamento e/o trasferimenti ingiustificati. La diagnosi predominante è il Disturbo dell'Adattamento con ansia e umore depresso misti (Tab.1).

**CONCLUSIONI**

Nella nostra esperienza il disagio lavorativo, conseguente a situazioni di alterato contesto relazionale è presente soprattutto nelle funzioni amministrative del settore terziario, dove pertanto sono necessarie adeguate azioni di prevenzione. Tali azioni dovrebbero essere centrate all'interno di ogni azienda sull'emanazione ed il rispetto di codici etici, sull'organizzazione di attività formative e di audit interno volte a favorire l'emersione e la soluzione delle criticità.

*disagio da lavoro, diagnosi, prevenzione*

**ID 562**

**BIG, FAST AND FURIOUS: NUOVI OPPORTUNITÀ IN SANITÀ PUBBLICA**

R. Rosselli 1; M. Martini 2; N.L. Bragazzi 2

1 ASL3 Genovese, Genova

2 Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università degli Studi di Genova, Genova

**INTRODUZIONE**

Il passaggio dal Web 1.0 statico al Web 2.0 dinamico e interattivo ha contribuito a rendere disponibile un'enorme messe di dati (big data), rapidamente accessibili e consultabili (fast data), dati di una portata prima inconcepibile. Gli utenti possono condividere i propri contenuti e diventare consumatori e produttori allo stesso tempo (prosumer), rendendo sfocate le differenze e la distanza tra i webmaster (sviluppatori e amministratori di siti web) e i navigatori/internauti.

In campo medico, sta emergendo un nuovo modello di assistenza sanitaria detto e-health o salute elettronica o salute 2.0, in cui i pazienti ricercano sul web informazioni relative alla salute, o postano materiale relativo al loro stato di salute. Questo offre nuove possibilità per chi lavora in ambito di sanità pubblica.

**METODI**

E' stata effettuata una ricerca sistematica della letteratura scientifica e sulla base di un consensus group è stato proposto il seguente modello (Figura 1).

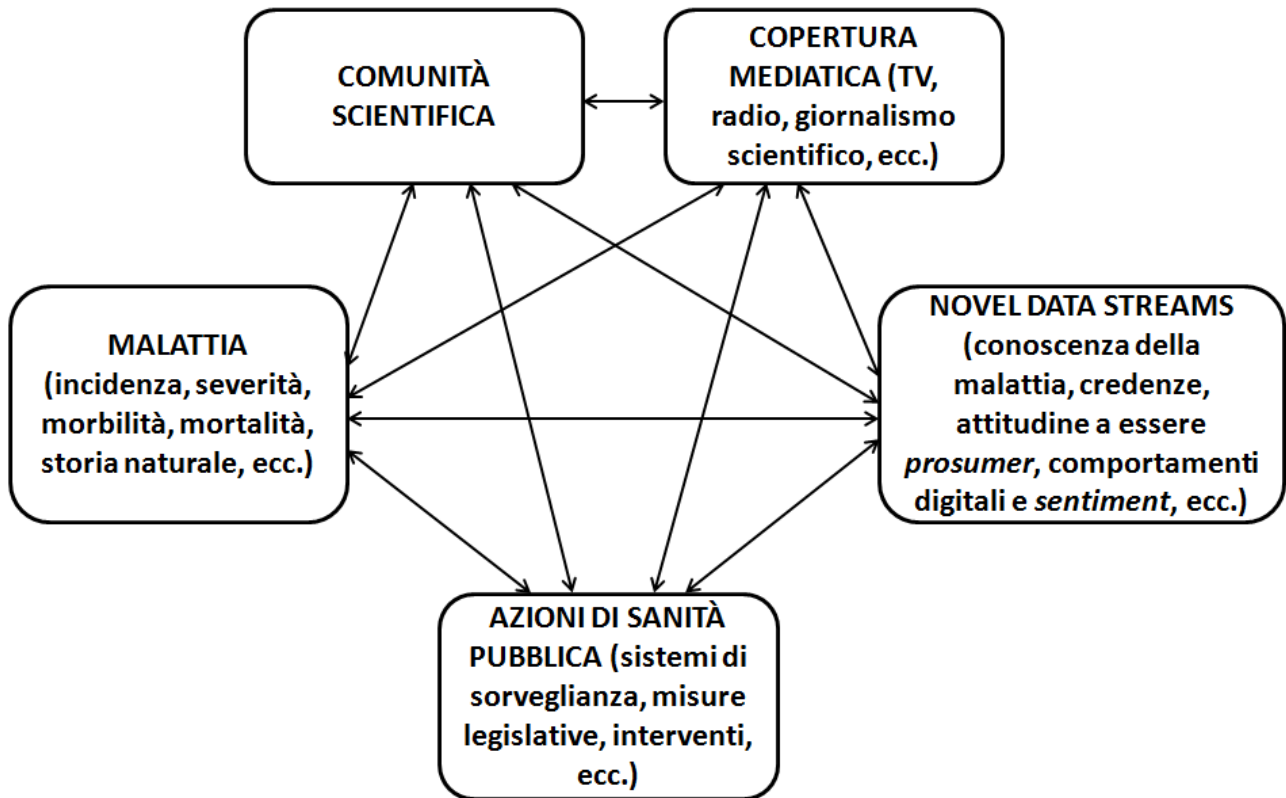
**RISULTATI**

Una data malattia per via delle sue caratteristiche cliniche è soggetta a un certo interesse da parte della comunità scientifica e a una certa copertura mediatica. L'opinione pubblica utilizza sempre di più i nuovi media (portali, blog, social network, ecc.) per informarsi sulla malattia o postare propri commenti. I decisori politici attuano particolari strategie per contenere il carico di malattia (implementazione di sistemi di sorveglianza, campagne screening e vaccinazioni, interventi di promozione della salute, misure legislative, ecc.), e questo si ripercuote in modo non sempre lineare sugli altri elementi che fanno parte del network mostrato in Figura 1.

**CONCLUSIONI**

I nuovi media possono offrire prospettive interessanti in ambito di sanità pubblica. Attraverso analisi infodemiologiche, i decisori delle strategie di Sanità Pubblica, potranno disporre di informazioni cruciali per raggiungere gli obiettivi stabiliti, adattando le azioni al contesto e al tempo in cui operano.

*Big Data; infodemiologia; sanità pubblica*



**ID 564**

**LA SIMULAZIONE IN AMBITO DI GESTIONE DELLE MAXIEMERGENZE. L'ESPERIENZA DEL CENTRO "PRACTICE" DI VERONA**

G.Romano 1; M. Barbetta 1; E. Finardi 1; G. Di Piazza 1; L. Meneghelli 1; N. Pelacchi 1; F. Spazzini 1; M. Zannoni 2; G. Motton 2

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

2 Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona - Centro di Simulazione "Practice" - S.F.A.R.V.

**INTRODUZIONE**

Per maxiemergenza si intende un evento catastrofico in grado di creare potenzialmente uno squilibrio tra i bisogni legati all'evento e le risorse immediatamente disponibili. La preparazione alla gestione di tali eventi è possibile non solo tramite esperienza sul campo ma anche attraverso sistemi in realtà virtuale. La Regione Veneto tramite "SiFARV" (Centro di Simulazione e Formazione Avanzata della Regione Veneto), in collaborazione con l'AOU di Verona, ha sviluppato un programma di formazione con software dedicati alla simulazione di maxiemergenze con rappresentazione grafica della provincia di Verona con i propri ospedali e le risorse presenti, vari scenari di incidenti e software di simulazione in realtà tridimensionale.

**METODI**

Il sistema, per mezzo di istruttori qualificati, consente formazione continua in comando, controllo, comunicazione e coordinamento, gestione strategica dell'evento, sviluppo e valutazione di piani operativi di emergenza. Il sistema simula l'evento senza interferire sulla operatività delle strutture sanitarie di emergenza urgenza, con possibilità di introdurre imprevisti. Debriefing finali dedicati permettono una valutazione dell'operato.

Nel 2016 sono stati formati 10 tutor (medici in formazione specialistica) per i corsi di formazione in ambito di gestione in simulazione delle maxiemergenze. Ad oggi sono stati effettuati 3 corsi base per 51 allievi. Ai partecipanti è stata somministrata una scheda di autovalutazione di apprendimento del corso.

**RISULTATI**

La valutazione ha rilevato un grado di soddisfazione del 97%, facilità di apprendimento del 90%, ed un grado di aderenza alla realtà del 87%.

**CONCLUSIONI**

La simulazione avanzata consente di utilizzare ambienti virtuali realistici per la formazione degli elementi di comando per la gestione di incidenti maggiori o eventi calamitosi. I discenti possono quindi acquisire, conoscenze e capacità decisionali necessari per risolvere con successo gli incidenti della vita reale.

*Simulazione, maxiemergenze, formazione*

**ID 567**

**PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE SCUOLE: EVOLUZIONE DELLA RICHIESTA FORMATIVA NEL TERRITORIO TARANTINO DEGLI ULTIMI 7 ANNI E OSSERVAZIONI PER IL FUTURO**

D. De Bellis 1; M.T. Vinci1; M. Di Noi 1; R. Coniglio 1; L. Mongelli 1; C. Licomati 1; C. Russo 1; T. Battista 1; P. Beatini 2; A. Pesare 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia

**INTRODUZIONE**

La scuola riveste un ruolo educativo fondamentale nell'orientare i ragazzi rispetto agli stili di vita perché rappresenta il luogo in cui avviene gran parte della formazione delle nuove generazioni. In tal senso la collaborazione tra la sanità e l'educazione rappresenta un elemento fondamentale per lo sviluppo di azioni che permettano di governare processi altrimenti travolti da pressioni esterne scorrette. Obiettivo: Valutare il trend delle richieste di educazione sanitaria delle scuole al fine di comprenderne l'evoluzione nel corso degli anni, strumento utile per meglio programmare la promozione della salute nelle scuole.

**METODI**

Analisi delle schede di adesione delle scuole primarie e secondarie di Taranto e Provincia ai progetti formativi promossi dalla ASL di Taranto dal 2009 al 2016.

**RISULTATI**

In tabella 1 sono riportati il numero di richieste di interventi formativi da parte delle scuole, divisi per macro aree, con il corrispondente numero di classi interessate. L'alimentazione resta sempre uno degli argomenti maggiormente richiesti. La lotta contro il fumo ha subito negli ultimi 3 anni un drastico calo delle richieste a favore di un maggiore interesse verso problemi legati alle dipendenze ed ai rischi, non solo da sostanze, ma soprattutto a quelle legate alle nuove tecnologie di comunicazione. Costante la richiesta di progetti sull'educazione sessuale anche se essi si sono concentrati, durante gli anni, maggiormente alle scuole secondarie di 1° grado. Si parla poco di sport e sempre meno di problemi legati alla colonna vertebrale e all'ambiente. Poco richiesti progetti sul disagio giovanile.

**CONCLUSIONI**

E' interessante notare come parallelamente al cambiamento di vita e di abitudini della società vi sia stata una modifica delle richieste di programmi educativi da parte delle scuole. Ne consegue che il mondo della sanità dovrebbe riorientare i suoi interventi privilegiando maggiormente quelle tematiche che la Scuola avverte come emergenti.

*Promozione salute, scuola, educazione sanitaria*



**ID 571**

**LAUREA IN TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL' AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II: ANALISI DELLE TESI DI LAUREA DEI PRIMI DIECI ANNI E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO**

G. Improta 1; F. Santillo 2; A. Rea 2; D. Fusaro 2; T. Rea 3

*1 Assegnista di ricerca, Dipartimento Di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli "Federico II" ; 2 Università degli Studi di Napoli "Federico II", Scuola di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie*

**INTRODUZIONE**

A distanza di 10 anni dall'attivazione del percorso formativo universitario, è stata condotta un'analisi delle tesi prodotte, con lo scopo di individuare e valutare i cambiamenti avuti in seguito all'emanazione di normative, accordi e regolamenti a livello nazionale (D.M. n°509/99; L. n°251/2000; D.l. 2/04/2001; D.M. n°270/2004; D.Lgs.n°81/2008;L. n°240/2010) ed europeo (Comunicati di Praga 19/05/2001; comunicati di Berlino 19/09/2003; Comunicati di Bergen 20/05/2005) finalizzate all'armonizzazione dei sistemi di Istruzione Superiore dei Paesi dell'UE. Obiettivo secondario è l'analisi del calcolo del tasso di occupazione degli stessi laureati.

**MATERIALI E METODI**

I fase: analisi degli argomenti degli argomenti trattati.

II fase: rilevazione del tasso occupazionale dei laureati, attraverso interviste telefoniche e contatti via mail.

**RISULTATI**

Sono state esaminate 155 tesi:

-il 54% hanno come tema principale la Medicina del Lavoro mentre una percentuale quasi dimezzata l'Igiene Ambientale e degli Alimenti;

-il 33,9 % rappresenta tesi sperimentali (Grafico 4).

Le interviste effettuate (145) hanno consentito di rilevare un tasso di occupazione del 90%.

**CONCLUSIONI**

La percentuale di tesi inerenti alla Medicina del Lavoro può essere ricondotta al cospicuo numero di CFU attribuiti a questa disciplina. Le altre due macro aree rispecchiano, invece, l'andamento delle tesi svolte. Tra i punti di forza vi è il numero di tesi sperimentali e l'elevato utilizzo di METODI quantitativi per analizzare specifiche realtà. L'integrazione del CdS con le più importanti realtà produttive italiane potrebbe giustificare questo dato.

Le competenze dei professionisti formati risultano adeguate per l'INTRODUZIONE nel mondo del lavoro. Sarà necessario sviluppare una forma organizzativa tesa a garantire:

- equilibrio delle aree disciplinari;
- incremento di discipline giuridiche;
- accompagnamento nel mondo del lavoro, monitorando sia i settori che le diverse tipologie di impiego.

*Tecnici della prevenzione, Tesi di laurea, curriculum formativi, Corso di laurea, Laurea in Tecniche della Prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro*

**ID 579**

**L'ADDESTRAMENTO E LA FORMAZIONE IN SIMULAZIONE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE. LE ATTIVITÀ DEL CENTRO "PRACTICE" DI VERONA**

G. Romano 1; L. Meneghelli 1; N. Pelacchi 1; G. Di Piazza 1; F. Spazzini 1; E. Finardi 1; M. Barbetta 1; R. Leardini 2; A. Poli 1; G. Dalle Pezze 2; G. Motton 2

1 Università degli Studi di Verona Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva;

2 Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Centro di Simulazione "Practice" - Si.F.A.R.V.

**INTRODUZIONE**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ha riconosciuto l'importanza della simulazione nella formazione e nello sviluppo delle abilità tecniche dei professionisti sanitari e specializzandi, istituendo nel 2012 il Centro "Practice" che, in partnership con il Centro di Simulazione per la Formazione Avanzata Regione Veneto (Si.F.A.R.V.), realizza percorsi formativi con metodi che utilizzano tecnologie di realtà virtuale e robotiche.

**METODI**

Con la metodologia dell'autoapprendimento organizzativo, nel 2012 il Servizio per lo sviluppo della professionalità e l'innovazione ha censito i bisogni formativi e i relativi strumenti disponibili entro l'AOU. In base alle evidenze raccolte ha organizzato corsi di formazione in diversi ambiti tra cui chirurgia urologica, ostetrico-ginecologica, radiologia interventistica cardiovascolare e neurochirurgica. Alla fine del triennio 2013-2015 sono stati analizzati i dati di miglioramento delle technical skill, in particolare, nel "Corso di Prostatectomia radicale robotica" (6 edizioni), attraverso una scheda di valutazione dei partecipanti e la misurazione dei tempi di esecuzione di esercizi chirurgici condotta dai tutors.

**RISULTATI**

dall'analisi dei dati raccolti si evidenzia una significativa riduzione dei tempi di esecuzione degli esercizi proposti al simulatore virtuale e su modello animale con Robot daVinci. Nello specifico per l'esecuzione di anastomosi vescico-uretrali in robotica su modelli animali i tempi di esecuzione si sono ridotti del 60% rispetto alla performance all'inizio del corso.

Inoltre si è registrato un globale miglioramento nelle abilità chirurgiche di gestione della strumentazione e della consolle daVinci (vedi figura).

**CONCLUSIONI**

l'addestramento attraverso la simulazione permette l'acquisizione di abilità tecniche, che consentono di migliorare i tempi e la precisione di esecuzione di interventi chirurgici con evidenti vantaggi per la sicurezza dei pazienti.

*simulazione, formazione, robotica*

Fig. 2

Time to complete

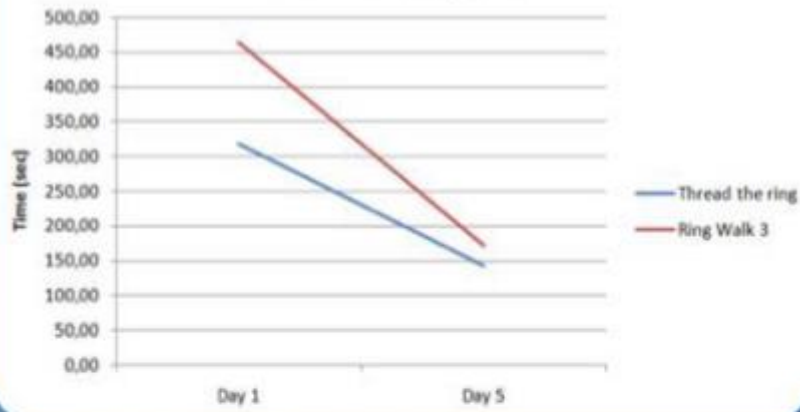
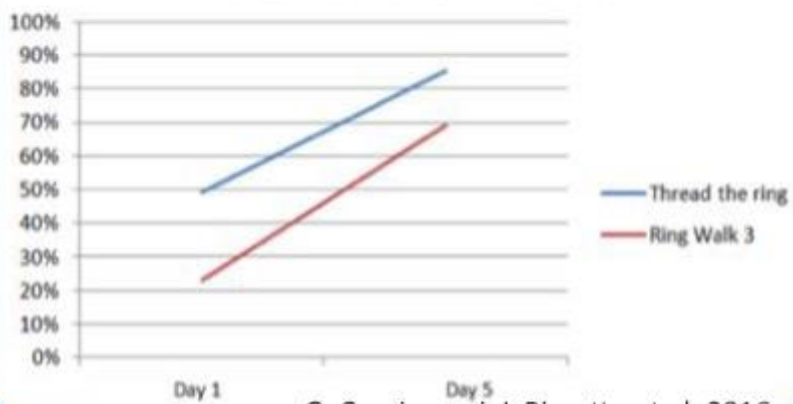


Fig. 3

Overall score improvement



G. Cacciamani, L. Bizzotto et al. 2016

**ID 589**

**VALUTAZIONE DELLE CONOSCENZE E ATTITUDINI VERSO LE MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI DA VACCINO DEGLI STUDENTI DELLE SCUOLE SUPERIORI IN TOSCANA**

P. Fiaschi; S. Boccalini; P. Bonanni; A. Bechini e Working Group Esculapio (D. Amicizia; A. Casuccio; R.C. Coppola; C. Costantino; F. Fortunato; R. Gasparini; M. Levi; D. Martinelli; D. Panatto; B. Pellizzari; R. Prato; G. Tabacchi; E. Tiscione; F. Vitale  
*Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze, Firenze*

**INTRODUZIONE**

La conoscenza delle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione (MIPV) e la promozione delle vaccinazioni rappresentano oggi una sfida importante per la Sanità Pubblica al fine di ostacolare il calo delle coperture vaccinali in Italia. Scopo del presente lavoro, nell'ambito del Progetto CCM 2013 ESCULAPIO (Ministero della Salute), è stato quello di realizzare interventi di formazione sulle vaccinazioni e di valutare le conoscenze e le attitudini degli studenti nei confronti dei vaccini e delle MIPV.

**METODI**

Prima e dopo una lezione interattiva su alcune malattie infettive (causate da HPV, meningococco, morbillo, rosolia e varicella) e sulle relative vaccinazioni, è stato somministrato agli studenti delle scuole superiori della Regione Toscana un questionario anonimo (pre- e post-test) per valutare l'apprendimento e l'attitudine degli studenti.

**RISULTATI**

Nell'anno scolastico 2015-16, sono state realizzate 4 lezioni e raccolti 223 pre-test e 217 post-test. Il 72% degli studenti era di sesso maschile e l'11% di cittadinanza straniera; il 68% frequentava il biennio e il 74% un istituto tecnico. Si è riscontrato un aumento delle risposte corrette nel post-test rispetto al pre-test, in particolare per le conoscenze relative alla trasmissione dell'HPV, rosolia e meningite. L'87% degli studenti ha dichiarato di aver effettuato le vaccinazioni, tuttavia il 10% risultava contrario ed esse. Il 77% degli intervistati ha valutato positivamente le vaccinazioni. Tuttavia l'87% riteneva di non possedere sufficienti conoscenze sull'argomento. Se cercasse informazioni sulle vaccinazioni, la maggior parte (>70%) degli studenti utilizzerebbe come principale fonte il proprio Medico/Pediatra di Famiglia o il medico del servizio vaccinale (46%), ma anche internet (49%).

**CONCLUSIONI**

Un'offerta formativa adeguata risulta necessaria per soddisfare il bisogno di conoscenza dei giovani sulle MIPV e per raggiungere gli obiettivi di prevenzione a livello nazionale.

*prevenzione, malattie infettive, formazione, adolescenti.*

**ID 602**

**DEFINIZIONE DI CONTROLLO DEL DIABETE DI TIPO 2: MEDICI VS PAZIENTI. IMPLICAZIONI PER UNA CORRETTA STRATEGIA DI COMUNICAZIONE SANITARIA**

A.M. Ferriero 1; A. Poscia 1; K. Vaccaro 2; S. Frontoni 3; M.C. Rossi 4; A. Nicolucci 4

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

2 Dipartimento Welfare, Fondazione CENSIS, Roma

3 Dipartimento Medicina dei Sistemi, Università di Roma Tor Vergata

4 Center for Outcomes Research and Clinical

**INTRODUZIONE**

Nel tempo, la conoscenza del diabete di tipo 2 è stata sempre più approfondita; oggi sono ben noti i fattori per valutare il controllo della malattia. Tuttavia, sebbene le definizioni cliniche di controllo siano ben stabilite, non è del tutto chiara la percezione di controllo dei pazienti; si sa, però, che è diversa dai medici. Obiettivo del presente lavoro è stato quello di analizzare le differenze tra la percezione di malattia e di controllo tra medici e pazienti e come questo influisca sulla terapia.

**METODI**

È stata condotta una revisione della letteratura scientifica nel periodo Gennaio-Luglio 2016 per valutare esperienze mirate ad analizzare gli aspetti più rilevanti del controllo della malattia diabetica, distinguendo e confrontando le percezioni di medici e pazienti.

**RISULTATI**

I principali fattori che i medici utilizzano per valutare il controllo sono: livelli di HbA1c (85,0%), complicanze (89,3%), ipoglicemia (93,3%). Per i pazienti, invece, i fattori più importanti per decidere se il diabete è ben controllato sono: dieta (80,7%), livelli di HbA1c (78,9%), frequenza delle iniezioni di insulina (78,8%) (Tabella). Altro aspetto rilevante sono i motivi principali per cui i pazienti sono restii a intensificare la terapia insulinica: timore di aumento del peso (45,4%), sensazione di essere più malati (44,2%), paura dell'ipoglicemia (41,0%). Il motivo principale, invece, che spinge i medici a non intensificare la terapia è la riluttanza dei pazienti a intensificare il trattamento (62%) (Figura).

**CONCLUSIONI**

Come emerso, nella valutazione di controllo i pazienti non considerano solo fattori clinici, ma hanno una definizione più ampia, legata ad aspetti della vita quotidiana che il diabete non controllato va a minare. Questo influenza anche la scelta della terapia. Sarebbe auspicabile, pertanto, una maggiore consapevolezza da parte dei medici del punto di vista dei pazienti, per mettere in atto efficaci strategie di comunicazione e informazione.

*diabete mellito, terapia insulinica, controllo di malattia, comunicazione medico-paziente*

PAZIENTI CON  
DIABETE DI TIPO 2  
NON CONTROLLATO



**45%**  
Timore  
di aumento  
del peso



**44%**  
Sensazione  
di essere  
più malati



**41%**  
Paura  
dell'ipoglicemia

MEDICI



**62%**  
Riluttanza  
dei pazienti  
a intensificare  
la terapia



**54%**  
Timore  
di episodi  
di ipoglicemia  
in contesti  
lavorativi



**48%**  
Stato  
mentale  
dei pazienti

**ID 608**

**VECCHIE DIPENDENZE TRA I GIOVANI ADOLESCENTI DELLA CITTA' DI BARI: IL FUMO DI TABACCO**

S. Vaccaro 1; F. Rifino 2; G. Stama 2; E.A. Sabella 2; G. Caggiano 1; B. Moretti 3; G. Da Molin 2

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

2 Centro Interuniversitario "Popolazione, Ambiente e Salute", Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

3 Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuro

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni è aumentato l'interesse per il comportamento ad alto rischio dei giovani che mettono in pericolo la propria sicurezza e quella altrui. Scopo del presente studio è monitorare il comportamento degli adolescenti sull'abitudine al fumo.

**METODI**

L'indagine ha coinvolto 655 studenti baresi, frequentanti la IV e V classe degli istituti tecnici-professionali (ITP) e licei (LI), di età compresa tra 17-22 anni, ai quali è stato somministrato un questionario sulle dipendenze da fumo di tabacco.

**RISULTATI**

Complessivamente 227 studenti (34,7%) sono RISULTATI fumatori senza rilevanti differenze tra i sessi. Una maggiore quota di fumatori è emersa tra i frequentanti ITP (37%) rispetto ai LI (31,3%). Il 37,9% degli studenti afferma di aver acceso la prima sigaretta tra 13 e 14 anni, il 34,8% tra 15 e 16 anni e il 21,5% prima dei 13 anni. Il 22% dichiara di fumare più di 10 sigarette al giorno, i maggiori consumatori sono studenti degli ITP (29% vs 9,6%). Il 48,3% dichiara di fumare per sentirsi più grande, il 40,7% per conformarsi al gruppo di amici e il 34% per rilassarsi. Complessivamente, i giovani hanno una buona conoscenza dei danni da fumo, l'88,6% del campione correla il fumo di tabacco al rischio di cancro, quasi l'intero campione è consapevole che il fumo causa invecchiamento precoce, bronchiti, dipendenza; il 24,2% è consapevole che il fumo può causare impotenza maschile e il 16% caduta dei capelli.

**CONCLUSIONI**

Sebbene consapevoli dei rischi correlati al fumo di tabacco, il desiderio di essere accettato dal gruppo dei pari sempre più spesso spinge gli adolescenti ad esporsi a comportamenti potenzialmente dannosi. Gli attori sociali, le famiglie, le istituzioni scolastiche e le figure specializzate nella prevenzione del rischio sono chiamate a monitorare senza sosta il comportamento dei giovani, per una prevenzione efficace volta a sostituire la cultura del rischio con la cultura della prevenzione.

*Prevenzione, fumo, adolescenza*

**ID 659**

**FORMARE E FORMARSI: UNA NECESSITÀ PER UNA VACCINAZIONE CONSAPEVOLE.  
L'ESPERIENZA DELLA ASL ROMA 4**

M.T. Sinopoli 1; C. Fusillo 1; L. Di Marzio 1; M. Benigni 1; S. Rossi 1; C. Marchetti 1; F. Trani 1; E. Galliano 2; A. Cramarossa 1; S. Sgricia 1

1 ASL Roma 4, Civitavecchia

2 Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**INTRODUZIONE**

Le vaccinazioni sono spesso, uniche in campo medico, un "atto di fede", nonostante il loro indubbio rigore scientifico. Tale atteggiamento, unito alla bassa percezione del rischio di malattie infettive e al crescere di movimenti antivaccinali, sta comportando la diminuzione generalizzata delle coperture vaccinali.

**METODI**

Per contrastare il fenomeno il Servizio Vaccinazioni della ASL RM4 ha intrapreso un intenso programma di formazione per i sanitari e di informazione alla popolazione. Si è partiti dal migliorare la qualità delle prestazioni mediante attività di audit interno, counseling e BLSD e P-BLSD e si è proseguito con una serie di ECM sugli aspetti tecnici dei vari vaccini, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte, in primis PLS e MMG. Poichè le vaccinazioni degli operatori sanitari costituiscono un obiettivo primario, si è cercato di favorirne la compliance con l'invio di una nota informativa per mail accompagnata da due eventi ECM sul diritto-dovere di vaccinare e vaccinarsi, a tutela della propria salute e di quella dei propri assistiti. Sul versante dell'attività rivolte alla popolazione, il coinvolgimento delle Scuole, delle Associazioni, dei Comuni, delle riviste e delle TV locali ha costituito una serie di momenti informativi volti alla diffusione di una cultura vaccinale positiva che veicoli la consapevolezza scientifica sulle malattie infettive e sulla loro prevenzione.

**RISULTATI**

Sebbene anche nella nostra ASL le coperture vaccinali, soprattutto per l'MPR, sono diminuite, l'attività formativa ha, da un lato, consolidato, negli operatori, la consapevolezza dell'importanza della propria attività e dall'altra contribuito al coinvolgimento di tutti gli attori che operano sul territorio. Ciò ha permesso altresì il contenimento dei cali delle coperture.

**CONCLUSIONI**

Una vaccinazione consapevole richiede una adeguata conoscenza. Solo attraverso la formazione si può sostituire il "lo credo" con il "lo so" e quindi "lo (mi) vaccino".

*Vaccinazioni Formazione*



**ID 699**

**PARTECIPAZIONE DELL' ASL CASERTA AL PROGETTO t4HIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI SULLA SALUTE DELLE PIANIFICAZIONI ED INSEDIAMENTI INDUSTRIALI. ATTUAZIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO**

L. Leoncini 1 ; F. Campanile Castaldo 2; M.Natali 3; A. Ballarini 4; C. Sperandeo 5; C. Petruolo 6; G. Chiriano 7; A. Orlando 8

1 Dipartimento di Prevenzione ASL Caserta, Caserta

2 Dipartimento di Prevenzione ASL Caserta, Caserta

3 U.O. Programmi di prevenzione in ambiente di vita - Servizio Sanità pubblica -Assessorato politiche per la salute della Regione della Regione Emilia-Ro

**INTRODUZIONE**

L' installazione di industrie che possono causare rischi per la Salute, e l' evoluzione norme delle europee e nazionali per l'implementazione della VIS (Valutazione Impatto Salute / HIA: Health Impact Assessment), generano l' esigenza di un metodo valutativo corretto e che consenta l'identificazione di tutti i possibili impatti degli insediamenti sotto esame sulla Salute delle popolazioni esposte, per emanare prescrizioni e raccomandazioni per la "mitigazione".

**METODI**

Il Dipartimento di Prevenzione dell' ASL Caserta ha stipulato "Accordo di Collaborazione" con il Ministero della Salute per la partecipazione al Progetto Nazionale CCM-ISS/ Min. della Salute/CNR/ISPRA "t4HIA - VIS: Linee guida e strumenti per valutatori e proponenti" (2014-2016). La Dott.ssa M. Natali, della Regione Emilia-Romagna e Coordinatore scientifico del progetto, ha dato disponibilità per le attività formative, e due Dirigenti Medici del Dipart. di Prevenzione dell' ASL Caserta (Dott.ssa F. Campanile Castaldo e Dott.ssa L.Leoncini) sono state formate sulla procedura, partecipando alla riunione finale per valutare linee Guida derivanti dal Progetto, ed alla presentazione delle stesse Linee Guida presso il Ministero della Salute. E' stata prevista la realizzazione di un programma formativo per tutti i Medici del Dipart. di Prevenzione dell' ASL Caserta che esprimono nelle Conferenze dei Servizi (che esigono valutazioni sanitarie oltre che ambientali) i Pareri sugli insediamenti industriali.

**RISULTATI**

I formatori dell' Emilia Romagna per la METODICA di VIS "t4HIA" hanno svolto il lavoro di training con l'uso di strumenti informatici presso la sede dell' ASL Caserta, accessibile a Medici Igienisti di AASSLL Campane ed all' ARPAC. Il 15 Settembre 2016 l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

**CONCLUSIONI**

La formazione consente l'avvio dell'applicazione "reale" della metodologia per la procedura di VIS- HIA, con rilevanti effetti di tutela della Salute

*Formazione , Valutazione Impatto sulla Salute, t4HIA, mitigazione impatti*



**ID 701**

**VACCINAZIONI PRIMA DI DIVENTARE MAMME: COUNSELLING PRE-NATALE PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE**

C. Bandini 1; D. Sofia 1; R. Rescio 1; B. Santoro 1; P. Zuppetta 1; F. Manfreda 1; M. Montano 1; E. Mastrovito 1; N. Dahbaoui 1; S. Lorusso 1; A. De Simone 1; PD. Pedote 1; S. Termite 1; AR. Greco 2

1 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Servizio di Igiene Sanità Pubblica, Brindisi

2 Direzione Sanitaria ASL BR, Brindisi

**INTRODUZIONE**

La vaccinazione è una delle più grandi scoperte mediche mai fatte dall'uomo, la cui importanza è paragonabile, per impatto sulla salute, alla possibilità di fornire acqua potabile alla popolazione.

Nonostante l'importanza della vaccinazione nella prevenzione primaria di gravi malattie infettive, cresce sempre più lo scetticismo e l'esitazione. I dati del Ministero della Salute, riferiti alle coperture vaccinali calcolate a 24 mesi d'età, nel 2013 erano di poco superiori al 95%, valore minimo previsto dal vigente PNPV, mentre già nel 2014 scendevano sotto detta soglia. Tali dati sono preoccupanti, rendendo indispensabili mirati interventi di Sanità Pubblica.

**METODI**

A partire dal 2015 gli operatori sanitari dell'ambulatorio vaccinale della ASL BR, specificatamente formati, hanno realizzato in via sperimentale, interventi di counselling vaccinale durante i Corsi di Accompagnamento alla Nascita. L'intervento si è basato su un dialogo attivo, volto a far emergere l'importanza delle vaccinazioni in età pediatrica, grazie ad una conversazione aperta basata sull'ascolto e la condivisione di informazioni. Sono stati distribuiti ai genitori opuscoli informativi, come promemoria sulle vaccinazioni.

**RISULTATI**

Nel comune di Brindisi i partecipanti al corso (98) rispetto ai nati (652) sono stati una piccola parte. Nonostante l'esiguo numero, si è rilevato un cambiamento nell'atteggiamento dei genitori nei confronti delle vaccinazioni e un miglioramento della compliance.

**CONCLUSIONI**

Al fine di arrestare il trend in riduzione delle coperture vaccinali e ridurre l'esitazione dei genitori, si conferma l'importanza della corretta comunicazione ed informazione che deve avere "voce unica" tra tutti gli attori coinvolti. A tal proposito, è importante che gli operatori sanitari mantengano sempre alta la fiducia nelle vaccinazioni, rendendosi disponibili nel chiarire i dubbi dei genitori e assicurandosi che effettuino sempre scelte consapevoli per la salute dei propri figli.

*vaccinazioni, genitori, consultori, counselling*

**ID 120**

**LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SLA NEL SETTING DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE: PROPOSTA DI UN NUOVO MODELLO DI CARTELLA SANITARIA INTEGRATA QUALE STRUMENTO MULTIDISCIPLINARE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DEL PROCESSO VALUTATIVO-TERAPEUTICO**

S. Bettella 1; M.V. Diana 2; M. Triassi 3

1 *Stabilimento Ospedaliero dei Pellegrini, ASL Napoli 1 Centro*

2 *Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli*

3 *Dipartimento di Sanità Pubblica, AOU Federico II, Napoli*

**INTRODUZIONE**

L'attuale organizzazione dell'assistenza integrata ospedale-territorio e l'esigenza di garantire ai pazienti con SLA in fase avanzata un valido percorso di cure domiciliari, fondato su una valutazione globale e continua dei bisogni sanitari e psico-sociali della persona, rendono essenziale l'utilizzo di una cartella sanitaria integrata (CSI) che renda disponibili a tutti gli operatori dell'equipe assistenziale le informazioni necessarie per una corretta pianificazione multidisciplinare delle attività sanitarie. Per tale ragione, nel gennaio 2014, presso l'Asl Na1 Centro è stato avviato un progetto di definizione di un modello di CSI da adottare nell'ambito del servizio di cure domiciliari dell'Ospedale Pellegrini.

**METODI**

Il progetto prevede sei fasi operative: costituzione del gruppo di lavoro; analisi della letteratura scientifica e definizione dei requisiti minimi del modello; progettazione del modello di CSI; validazione e sperimentazione del prototipo; analisi delle criticità e revisione del modello.

**RISULTATI**

Il modello proposto ha una struttura modulare e una veste grafica (intesa come sequenza di sezioni, schede e moduli) tale da consentire un rapido reperimento dei dati clinico-assistenziali. Tale modello è stato applicato sperimentalmente dall'ottobre 2014 per verificarne la rispondenza ai requisiti già validati dal gruppo di lavoro e, nel giugno 2015, sarà sottoposto a revisione alla luce delle eventuali criticità emerse in fase di sperimentazione.

**CONCLUSIONI**

La CSI risulta di semplice gestione e fornisce agli operatori una documentazione clinica completa, tracciabile, accurata, pertinente e veritiera. Pertanto, il suo utilizzo migliora la trasparenza degli atti sanitari, riducendo il rischio di errori e ottimizzando il tempo/lavoro necessario allo svolgimento delle attività assistenziali. Il modello introdotto rappresenta, inoltre, il primo step per la futura informatizzazione della cartella clinica nel contesto operativo di interesse.

**ID 165**

**RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE: QUALI LE FIGURE SPECIALISTICHE NECESSARIE? UN'ANALISI DEI BISOGNI DEL CENTRO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (CAD) DEL DISTRETTO 9 DELL'EX ASL RMC**

V. Sarcià 1; G. Nedi 2; V. M. Magro 3; G. Scala 4

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi "Tor Vergata". Roma;

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi "Tor Vergata". Roma;

3 Scuola di Specializzazione in Geriatria

**INTRODUZIONE**

L'attuale periodo storico è caratterizzato da una riduzione di risorse economiche a disposizione per la Sanità Pubblica. Questo obbliga le Aziende Sanitarie Locali ad una razionalizzazione intelligente della spesa sanitaria. È indispensabile dunque conoscere i reali bisogni della popolazione afferente ad un Servizio Territoriale, per garantire elevati standard assistenziali e contestualmente limitare gli sprechi.

**METODI**

Sono stati analizzati i dati SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare) riguardanti le prese in carico nel 2014 dei pazienti maggiori di 65 anni nel Centro di Assistenza Domiciliare (CAD) Distretto 9, ex Asl RMC. Tutti i pazienti sono stati divisi in gruppi secondo il genere e la diagnosi principale (ICD-9-CM). In ogni gruppo è stata inoltre valutata la presenza di disturbi cognitivi e comportamentali.

**RISULTATI**

Le prese in carico nel 2014 sono state 543. Il gruppo più numeroso è quello dei pazienti con patologie cardiovascolari (n.175) seguito dal gruppo dei traumatismi (n.98), patologie del sistema nervoso (n.67), patologie tumorali (n.57), patologie del tessuto osteomuscolare e connettivo (n.30), patologie endocrine (n.29), patologie respiratorie (n.26), disturbi mentali (n.25), patologie genito-urinario (n.13), gastro-intestinali (n.4), infettive (n.3). Il gruppo "altro", con una miscellanea di patologie, segni e sintomi, ha 16 pazienti. Su 543 pazienti, 186 (34%) hanno disturbi comportamentali e cognitivi moderati/gravi.

**CONCLUSIONI**

Alla luce dei dati analizzati, per una reale risposta ai bisogni della popolazione in esame, devono far parte dell'organico del CAD in esame almeno il Cardiologo, l'Ortopedico/Fisiatra, l'Oncologo e il Neurologo/Psichiatra. Quest'ultima figura specialistica è attualmente assente. Sarebbe auspicabile dunque presso tale Servizio una rivalutazione delle risorse professionali ed una implementazione nell'organico medico di tale Specialista.

**ID 466**

**GUADAGNO DI SALUTE OTTENUTO CON RIABILITAZIONE RESPIRATORIA IN AMBIENTE MARINO**

N.Nante 1; A.Verzuri 1; C.Averame 3; R.Damonte 3; F.Nisticò 2

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 U.O.C Sistema Demografico ed Epidemiologico, Azienda USL Toscana Sud-Est

3 Servizio di Riabilitazione, Casa di Cura San Michele, Albenga-SV

**INTRODUZIONE**

Scopo del presente lavoro è la quantificazione dell'efficacia a breve e medio termine di attività di riabilitazione respiratoria residenziale effettuate presso una Casa di Cura dotata di parco e spiaggia marina attrezzati.

**MATERIALI E METODI**

Dal 2010 al 2013 sono stati seguiti 190 pazienti (alcuni dei quali ricoverati annualmente) per un totale di 331 ricoveri il cui protocollo riabilitativo, in 14 giorni, prevede:

- aerosolterapia
- lavaggi nasali o inalazioni
- tecniche di disostruzione bronchiale
- ginnastica respiratoria
- ricondizionamento muscolare
- incentivatore volumetrico (COACH2 e PEP mask)

Ad ogni paziente, il giorno di arrivo e quello della partenza è stato effettuato il Six Minuts Walking Test (6MWT), valutato il livello dispnoico con la scala Medical Research Council (MRC), indagato la salute percepita mediante il questionario Short Form 36, calcolato il Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).

**RISULTATI**

I pazienti, in prevalenza femmine (59,47%), avevano età media di 74,1 anni ( $\pm 9,27$ ).

L'outcome riabilitativo è stato così quantificato:

- possibilità di percorrere mediamente 34,7 metri in più in 6 minuti;
- diminuzione della dispnea del 30%;
- guadagno in health related quality of life sia in generale, sia in diversi specifici domini indagati.

I suddetti RISULTATI/guadagni di salute tendono a mantenersi nel tempo; un successivo ricovero ha abitualmente mostrato un effetto "booster"

**CONCLUSIONI**

Ci proponiamo di verificare quanto questi benefici si traducano in termini di riduzione del carico assistenziale (risparmio su visite specialistiche, ricoveri, spesa farmaceutica, ecc.) e di salute a lungo termine (aumento della speranza di vita?)

La valorizzazione economica di tali benefici non è facile, come la quantificazione dei costi per ottenerli. Gli algoritmi che consentono una tale valorizzazione costituiscono l' "anello mancante" tra ricerca epidemiologica ed economica che rende indispensabile la decisione politica. Cosa includere od escludere dai LEA?

*Misurazione outcome, riabilitazione respiratoria*

**ID 479**

**LA PERCEZIONE DEL PAZIENTE DELLA CONTINUITÀ DELLE CURE IN ONCOLOGIA: VALIDAZIONE DEL QUESTIONARIO OPTION**

R. D'Avenia 1; P. Rucci 1; S. Foglino 2; F. Bravi 2; M. Altini 3; T. Carradori 2; A. Angelastro 4; M. P. Fantini 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna

2 Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna, Ferrara

3 IRST Meldola, Forlì

4 Area Qualità e Accreditamento, agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

**INTRODUZIONE**

Migliorare il coordinamento delle cure in oncologia è una priorità per i servizi sanitari: i pazienti spesso ricevono prestazioni diagnostico-terapeutiche in maniera frammentata e questo incide sulla compliance ai trattamenti e in generale sulla qualità delle cure. E' quindi importante prendere in considerazione la prospettiva del paziente e la sua esperienza della continuità delle cura per poter progettare servizi mirati sui suoi bisogni e sulle preferenze.

**Obiettivi**

Esaminare la validità di costrutto del questionario "OPTION", progettato per misurare in oncologia la percezione della continuità di cure ricevute e la rilevanza di un coordinatore del percorso di cura.

**METODI**

Il questionario, composto da 19 domande, è stato somministrato a 214 pazienti affetti da cancro del colon-retto o della mammella visitati in follow-up nel maggio-luglio 2015. Al fine di analizzarne la validità di costrutto è stata eseguita un'analisi delle componenti principali (PCA) con rotazione Promax. Inoltre, utilizzando il t-test per campioni indipendenti, i punteggi dei fattori risultanti sono stati messi a confronto tra i pazienti che indicavano o meno la presenza di una figura di coordinamento.

**RISULTATI**

I fattori identificati sono 5 (relazione di fiducia con il personale sanitario, informazione sul percorso di cura, informazione sui cambiamenti fisici legati alla malattia, sentimenti di abbandono, collaborazione tra professionisti sanitari). La presenza di una figura di coordinamento si associa alla percezione di un miglior rapporto di fiducia con il personale sanitario (fattore 1) e a maggiori informazioni ottenute riguardo ai cambiamenti fisici attesi legati alla malattia e a come affrontarli (fattore 3).

**CONCLUSIONI**

Questi RISULTATI dimostrano la validità di costrutto del questionario OPTION per monitorare l'esperienza di continuità di cura dei pazienti oncologici e possono essere di ausilio nella pianificazione di percorsi assistenziali centrati sul paziente.

*Continuità delle cure; oncologia; coordinamento delle cure; percezione dei pazienti*

**ID 481**

**ESPERIENZA DELL'HOSPICE DI MARZANA: EFFICACIA DELLA PREVENZIONE E CURA DELLE PIAGHE DA DECUBITO**

A. Sannino 1; S. Ferrari 1; V. Mecchi 1; M. Valsecchi 2; S. Tardivo 1

1 Università degli studi di Verona- Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità- sezione di Igiene e MPAO

2 Ex Direttore Dipartimento di Prevenzione Ulss 20 Verona

**INTRODUZIONE**

L'Hospice "San Giuseppe" di Marzana è situato all'interno della rete territoriale dell'Azienda ULSS 20 ed è dotato di 14 posti letto. Completa la rete di assistenza al malato oncologico in fase avanzata con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita residua del paziente, controllando dolore e sintomi.

**MATERIALI E METODI**

E' stato allestito un database contenente i dati dei pazienti accolti dal 2008 al 2011 (dati anagrafici, provenienza, sintomatologia all'ingresso e alla dimissione, trattamenti erogati). Particolare attenzione è stata rivolta alla prevenzione e cura delle piaghe da decubito attraverso l'utilizzo del materasso antidecubito presente in ogni stanza e l'elaborazione di un protocollo nel 2010 grazie al quale per ogni assistito, viene valutato all'ingresso e alla dimissione lo stato delle lesioni e lo stato di predisposizione alle piaghe secondo la scala multidimensionale di Braden. Ogni paziente viene poi rivalutato, dopo un tempo prefissato, per verificare l'esito della prevenzione o della terapia.

**RISULTATI**

Analizzando i dati raccolti su un totale di 694 pazienti ricoverati tra il 2008 e il 2011, il 27.5% (191/694) presentava piaghe da decubito all'ingresso. Di questi, il 5.2% risultava guarito completamente alla dimissione e parimenti il 5.2% presentava le lesioni peggiorate, mentre il 4.7% mostrava un miglioramento a fronte di un 84.8% che rimaneva stabile (tab 1).

**CONCLUSIONI**

Nell'Hospice di Marzana la validità dell'utilizzo dell'indicatore di valutazione della qualità tecnico-professionale delle cure prestate è dimostrata dai RISULTATI raggiunti nella cura e nella prevenzione delle piaghe. Nonostante la complessità del quadro clinico dei pazienti oncologici, la corretta applicazione delle misure di prevenzione e l'adozione di METODI validati di cura delle piaghe ha permesso di ottenere una buona stabilizzazione delle lesioni durante il ricovero, riducendone la progressione verso stadi più avanzati.

*prevenzione, hospice*



**ID 666**

**DEFINIZIONE DI UN PERCORSO PER LA RILEVAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE DEI PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI). STUDIO PRELIMINARE**

P. Bertolaia; O. Casati; S. Casazza; M. Bosio  
*ATS della Città Metropolitana di Milano*

**INTRODUZIONE**

Per migliorare l'assessment degli utenti in ADI si è fatto riferimento agli Standard di Joint Commission-Home Care, dai quali è emersa l'indicazione ad approfondire la valutazione dello stato nutrizionale di tali pazienti. Il lavoro è stato condotto con la collaborazione di tre degli Enti Gestori (EG) erogatori di ADI per conto dell'ATS.

**METODI**

Strumenti utilizzati: Mini Nutritional Assessment (MNA), diario alimentare, Atlante alimentare. Quest'ultimo specificatamente elaborato fornisce un supporto fotografico alla scelta delle porzioni. Articolazione del lavoro in 3 fasi: 1a) identificazione dell'utenza (700 pz. età >18), individuazione periodo di rilevazione, somministrazione MNA, rilevazione dati anamnestici specifici, analisi **RISULTATI**. 2a) avvio compilazione diario alimentare e sperimentazione utilizzo Atlante (Campione: 50 pz. a rischio nutrizionale con Lesioni cutanee). Rilevazione effettuata per 15 giorni consecutivi con supervisione degli operatori domiciliari. 3a) inserimento di alimenti e porzioni, in apposito software, identificazione aree di carenza nutrizionale.

**RISULTATI**

L'MNA ha evidenziato la seguente distribuzione dei casi: 188 (27%) malnutriti, 283 (40%) a rischio malnutrizione, 229 (33%) normo nutriti. In Tabella 1 sono riportati alcuni dati significativi. L'Atlante ha consentito univocità nella identificazione delle porzioni. Nel 3% dei pz. si è rilevato normale apporto nutrizionale a fronte di un MNA "a rischio malnutrizione", dato meritevole di approfondimento.

**CONCLUSIONI**

Il lavoro mira a validare un percorso standardizzato idoneo agli assistiti in ADI. L'Atlante alimentare si è dimostrato supporto indispensabile per uniformare la rilevazione del diario alimentare in una popolazione fragile dove spesso il care giver è anziano o straniero. L'analisi dei dati consente di studiare appropriate modalità di intervento della dietista e di altri supporti domiciliari in base alle aree di carenza nutrizionale identificate.

**ID 676**

**PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE NEI SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE IN ITALIA**

F. Carfagnini 1; M. Di Vincenzo 1; G. Ciancia 1; A. Brighenti 1; C. Recanatini 1; A. D'alleva 1; C. Andreoni 1; E. Ponzio 2; P. Barbadoro 2; M.M .D'errico 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche; Ancona

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

**INTRODUZIONE**

La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore della reale condizione di salute fisica e mentale della popolazione. I malati cronici in Italia (circa il 25% della popolazione) hanno una diversa percezione della loro salute, in relazione a fattori socio-demografici che influenzano il loro benessere psico-fisico. Scopo dello studio è analizzare i fattori che influenzano la percezione dello stato di salute del soggetto con patologia cronica.

**METODO**

Sono stati analizzati i dati relativi all'Indagine Multiscopo Istat " Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari 2012-2013". Sono stati inseriti nell'analisi i soggetti con almeno una patologia cronica. Sulla base della percezione del loro stato di salute, è stata creata una variabile dicotomica (benessere/malessere) e ne sono state studiate le associazioni con le caratteristiche socio-demografiche della popolazione in studio. I dati sono stati elaborati statisticamente con il software STATA 11.0, con approccio di analisi bivariata e multivariata ( $p < 0.05$ ).

**RISULTATI**

La prevalenza dei malati cronici in Italia nel 2012-2013 è di circa il 25% (N=30540), di cui il 26.87% (N=8205) dichiara di stare bene/molto bene e il 25.28% (N=7722) dichiara di stare male/molto male. Tra i fattori socio-demografici analizzati, vi è un'associazione tra una migliore percezione di salute e il sesso maschile, il livello d'istruzione più alto, la residenza in Nord Italia, l'astinenza dal fumo e la regolare attività fisica.

**CONCLUSIONE**

La percezione dello stato di salute è multifattoriale. Sono state analizzate differenze statisticamente significative tra i malati di diverse classi di età, di livello di istruzione differente e di diversa regione di residenza. Significativa è anche la differenza della percezione tra i malati con diverse patologie croniche (cardiovascolare, respiratoria, tumorale, ipertensiva, insufficienza renale cronica IRC )

*Sanità Pubblica, Malattie Croniche, Misure Epidemiologiche, Cross-Sectional Survey*

**ID 015**

**TRANSITIONAL CARE: PROMUOVERE E GESTIRE LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE FRAGILE A SECONDA DELLE FASI DEL PROCESSO DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE**

M.R. Molinari; P.Vassallo

*ASL Roma 6, Albano Laziale, Roma*

La necessità di sviluppare la presa in carico strutturata e permanente del cittadino-paziente impone di riflettere e lavorare sul raccordo tra questi comparti delle cure territoriali. Questo richiama l'adozione di logiche di transitional care, ovvero capacità di promuovere e gestire la fluidità di spostamento dei pazienti a seconda delle patologie, delle loro stadiazioni e delle fasi del processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

**ID 045**

**LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI SACCHI DI CAFFÈ IN AMBITO PORTUALE: UN RISCHIO PREVENIBILE**

V. Patussi; L. Santarpia; P. Toffanin

*Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITs) – S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SCPSAL), Trieste*

**INTRODUZIONE**

La movimentazione dei sacchi di caffè in ambito portuale comporta un elevato rischio per i lavoratori. I sacchi, del peso di 60-70 Kg vengono movimentati, in condizioni microclimatiche spesso critiche, sostanzialmente in modo manuale, soprattutto nelle fasi di scarico, pallettizzazione e carico, fatto che comporta un elevato rischio di stress calorico e di comparsa di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico.

**METODI**

Adottando la METODICA richiamata dalle norme ISO (11228-1 e TR 12295) sono state valutate le fasi di scarico dei container con la successiva pallettizzazione, e di carico dei camion con sacchi alla rinfusa. Sono state inoltre valutate le condizioni ambientali operative relative al microclima sfavorevole che si crea all'interno del container metallico nel periodo estivo (UNI EN 27243).

**RISULTATI**

Gli indici di sollevamento rilevati superano ampiamente i limiti indicati dalla norma tecnica citata (ricompresi tra i valori di 5,00 e 7,68), benché il fattore che condiziona in modo prevalente gli indici sia l'entità del carico sollevato da ogni operatore (30 Kg – 35 Kg). Anche la massa cumulata nelle 8 ore supera il limite di 10.000 kg.

I container esposti al sole, inoltre, accumulano un elevato calore a causa del forte irraggiamento delle superfici metalliche, superando i limiti di accettabilità nei periodi di maggior esposizione (valori di WBGT e HSI pari a 31,62 e 187).

**CONCLUSIONI**

Il rischio legato alla movimentazione dei sacchi di caffè può essere solo parzialmente ridotto con misure organizzative (riduzione dell'orario, aumento e maggior rotazione degli addetti, stivaggi ad altezze limitate, protezione dall'irradiazione diretto del Sole, ventilazione, ecc.), mentre soluzioni tecniche di ausiliazione, quali nastri trasportatori telescopici che asservono un robot per la successiva pallettizzazione automatica, si sono rivelate estremamente efficaci.



ORGANIZING SECRETARIAT:



Via Ambrogio Binda, 34 | 20143 Milano - Italy  
Ph. +39 02 34934404 | Fax +39 02 34934397  
[www.mcascientificevents.eu](http://www.mcascientificevents.eu) | [www.mca-group.eu](http://www.mca-group.eu)  
[info@mcascientificevents.eu](mailto:info@mcascientificevents.eu)

**ID 081**

**COSTI, SOSTENIBILITÀ E SEMPLIFICAZIONE DELLA PREVENZIONE**

A. Messineo 1; L.T. Marsella 2; C. Prestigiacomo 1

1 Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale Università Sapienza Roma -  
C Laurea Tecnici Prevenzione,

2 Dipartimento Biomedicina -Sez Medicina Legale Università di Roma Tor Vergata

Il lavoro subordinato full-time del passato si è trasformato con comparsa di nuove tipologie contrattuali flessibilità, minori certezze occupazionali, sotto-occupazione con ricerca si lavori "comunque svolti" a scapito spesso della sicurezza. Nonostante diverse soluzioni e adattamenti legislativi ,esistono quindi carenze di prevenzione per di più in un Paese - a differenza di altri- con rigide norme penali. Le norme, calibrate su grandi-medie imprese comportano pero' difficoltà per artigianato e PMI. Pericoli ,oltre a quelli psicosociali, in precedenza sottovalutati impongono maggiore attenzione al profilo della percezione dei rischi e della comprensione dei precetti Il costo del sistema (<35 miliardi di \$ nel 2002) comparato con quello annuo della "mancata prevenzione" (47 - 65 miliardi di \$).imporrebbe migliori interventi anche per formazione atteso che le politiche di prevenzione, se attuate, sono efficaci e in USA farebbero realizzare un risparmio da 5,7 fino a 31,5 miliardi di \$ per infezioni "associate all'assistenza" (HAI). Aspetti psicosociali assumono ruolo assai rilevante con diversi Interventi organizzativi migliorabili pur constatandosi che in condizioni di deficit di risorse, vengono sacrificate le spese ritenute meno necessarie Lo Stato, in una politica di valori , dovrebbe promuovere una graduale translazione dalle sovvenzioni sporadiche ad una più generale defiscalizzazione della sicurezza, valutando l'abbandono graduale della rigida applicazione della norma penale. La CEE sembra poi talvolta ondivaga, nel tenere conto, da una parte delle necessità di attenta tutela dei lavoratori e dall'altra della pressione contraria della crisi economica .Un orientamento conforme ad altri Paesi Europei, più semplificato che non diminuisca le tutele potrebbe essere compatibile con il tessuto produttivo e, se unito ad incentivi economico-fiscali , anche meno costoso, realizzando maggiore effectiveness delle misure attuate.

**ID 119**

**GENOMICA IN SANITÀ PUBBLICA E COMPETENZE ESSENZIALI PER I PROFESSIONISTI SANITARI: RISULTATI DA UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E METODOLOGIA DELPHI**

A. Tognetto<sup>1</sup>; M.B. Michelazzo<sup>1</sup>; S. Boccia<sup>2</sup>

*1 Sezione di Igiene, Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, L.go F. Vito, 1 – 00168 Rome, Italy*

*2 Sezione di Igiene, Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario "Agost*

**INTRODUZIONE**

I progressi della medicina in ambito genetico e genomico, e il sempre maggior uso, e abuso, dei test genetici, richiedono ai professionisti sanitari di gestire al meglio questa complessità. Pertanto, emerge la necessità di identificare le competenze che medici (non genetisti), e professionisti non medici devono possedere per implementarle al meglio nel loro percorso formativo post-laurea.

**METODI**

Nell'ambito di un progetto CCM-Azione Centrale sulla genomica e sanità pubblica, è stata condotta una revisione sistematica della letteratura inerente competenze e fabbisogni formativi dei professionisti sanitari in ambito genetico, utilizzando i database MEDLINE, Scopus, Isi Web of Science. Sono stati inclusi gli articoli relativi a documenti di società scientifiche internazionali che 1) descrivessero la metodologia utilizzata nell'elaborazione del documento; 2) declinassero le competenze nei tre domini di conoscenze-attitudinabilità. Successivamente, è stato chiesto ai membri del Network Italiano per la Genomica in Sanità Pubblica (GENISAP) di esprimersi sull'importanza formativa delle competenze selezionate, attraverso questionario proposto con metodologia Delphi.

**RISULTATI**

Dei 402 articoli identificati, sono RISULTATI eleggibili sei articoli che fanno riferimento a sette documenti. Attraverso l'analisi di questi, e in seguito alla revisione effettuata dai membri del GENISAP, è stato redatto un curriculum finale contenente le competenze in genetica e genomica ritenute essenziali per ciascuna delle due categorie professionali (medici e non medici).

**CONCLUSIONI**

Il lavoro ha permesso di individuare, grazie anche alla collaborazione degli esperti del gruppo GENISAP, le competenze essenziali per la formazione in genetica e genomica di professionisti sanitari non specialisti in genetica. I curricula elaborati, basati sull'evidenza scientifica, potranno costituire un solido punto di partenza per la stesura di programmi di formazione post-laurea in genetica.

**ID 143**

**VIRUS ZIKA: CONOSCENZE DEGLI OPERATORI SANITARI SU UNA MINACCIA EMERGENTE**

M. Ciabattini 1; G. L. D'Alò 1; E. Terracciano 1; L. Zaratti 2; E. Franco 2

1 *Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva Università degli studi di Roma "Tor Vergata"*

2 *Dipartimento di biomedicina e prevenzione Università degli studi di Roma "Tor Vergata"*

**INTRODUZIONE**

Il virus Zika (ZIKV), un arbovirus trasmesso da zanzare, ha causato negli ultimi 10 anni epidemie nel Pacifico e in Sud America. L'attenzione della sanità pubblica, dei media e della politica è stata attirata dalla correlazione fra infezione, anomalie fetali e sindrome di Guillan-Barré, dalla possibilità di trasmissione sessuale e dalla rapida diffusione del virus.

Lo scopo del lavoro è stato quello di verificare le conoscenze degli operatori sanitari sull'infezione da ZIKV.

**Materiali e METODI**

È stato redatto un questionario a risposte chiuse su clinica ed epidemiologia dell'infezione da ZIKV che è stato somministrato ad operatori sanitari tra Aprile e Maggio 2016 in occasione di convegni sulle vaccinazioni. I dati sono stati inseriti in Excel e analizzati con indici statistici di centralità e dispersione e con test di significatività.

**RISULTATI**

Un totale di 118 operatori sanitari hanno compilato il questionario: 58 medici, 50 non medici, 10 non specificati. Le conoscenze sono risultate buone sugli aspetti enfatizzati dai media: il 97% sapeva dell'epidemia in Brasile, il 76% conosceva la trasmissione materno-fetale, l'88% il rischio di microcefalia, il 92% riconosceva la necessità di misure preventive contro le punture di zanzare. Al contrario la possibilità di trasmissione sessuale e la correlazione con la sindrome di Guillain-Barré erano note a meno della metà del campione. I medici hanno mostrato una conoscenza migliore dei non medici (figura 1) e hanno risposto in maniera significativamente più corretta ad alcune domande (tabella 1).

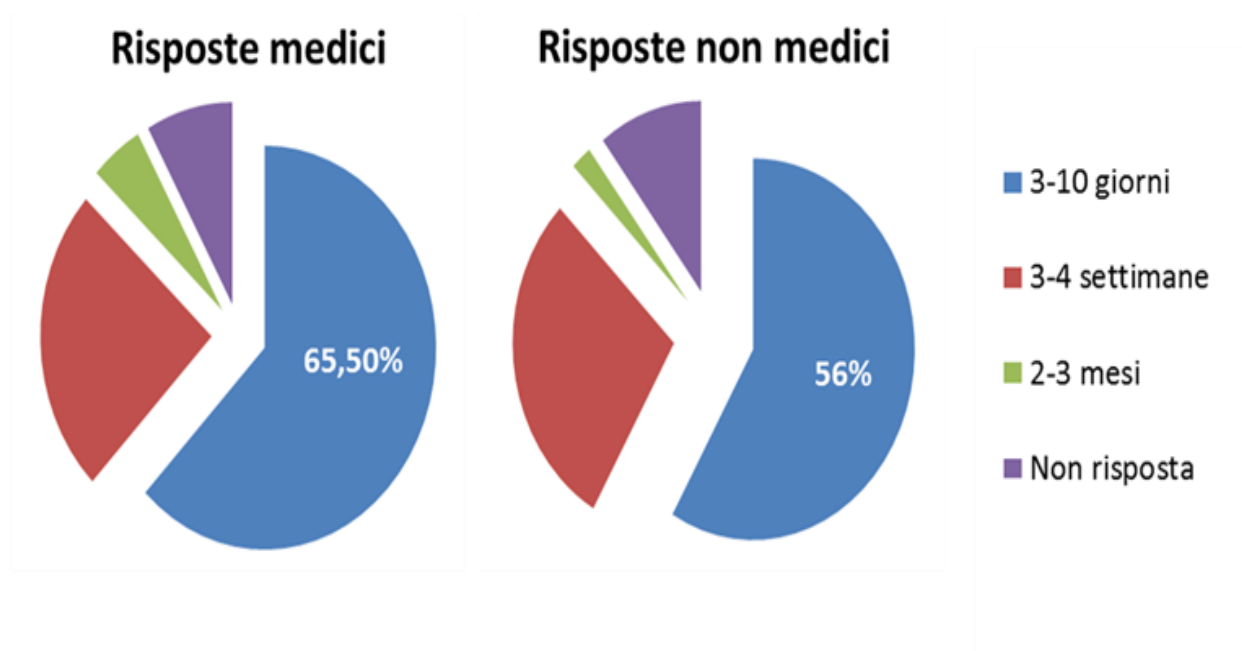
**CONCLUSIONI**

Il campione ha mostrato una conoscenza discreta ma superficiale, solo occasionalmente superiore per quanto riguarda i medici, sull'infezione da ZIKV e la sua prevenzione; è dunque importante che le conoscenze degli operatori sanitari su questa problematica vengano approfondite su fonti scientifiche così da permetterne un'appropriata gestione.

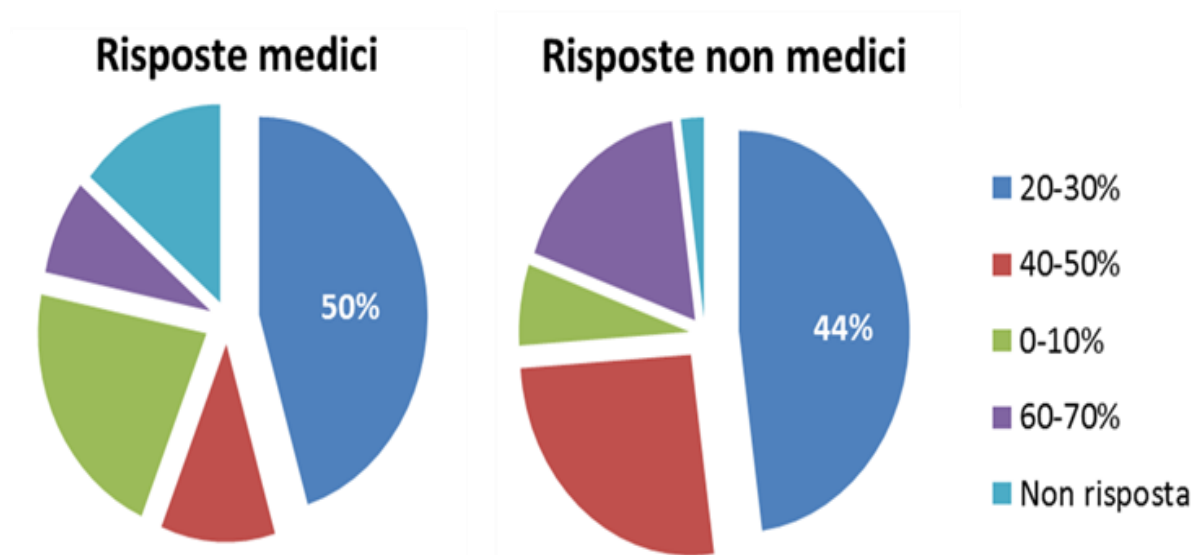


# Figura 1: Conoscenze del campione su aspetti clinici dell'infezione da virus Zika

## Tempo di incubazione



## Casi sintomatici (%)



**ID 242**

**HOSPITAL BASED-HTA: VALUTAZIONE DI UN DISPOSITIVO PER IL MONITORAGGIO EMODINAMICO NON INVASIVO**

C. Recanatini 1; R. Papa 2; C. Martini 2; G. Serafini 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche; Ancona

2 Direzione Medica Ospedaliera, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona"; Ancona

**INTRODUZIONE**

Il sistema ClearSight (Edwards LifeSciences) fornisce informazioni emodinamiche per una popolazione di pazienti in cui un catetere arterioso in genere non viene inserito, stimando l'output cardiaco(OC) dalla misurazione in continuo della pressione arteriosa tramite una fascetta gonfiabile posta intorno al dito. La Commissione Dispositivi Medici dell'AOU "Ospedali Riuniti di Ancona", responsabile della valutazione dell'efficacia dei presidi fuori gara, ha effettuato una valutazione delle evidenze disponibili sull'impiego del ClearSight.

**METODI**

E' stata condotta una revisione sistematica seguendo un rigoroso protocollo di ricerca in accordo con il PRISMA statement. E' stato applicato il PICO: Population-pazienti in sala operatoria o in terapia intensiva; Intervention-misurazione dell'OC con ClearSight; Comparator-misurazione dell'OC con tecnologia di riferimento; Outcome-accuratezza della misurazione rispetto alla METODICA di riferimento (utilizzando il metodo statistico Bland-Altman (BA) per valutare la concordanza tra le tecniche di misurazione).

**RISULTATI**

Dalla revisione della letteratura non sono stati reperiti né documenti di editoria secondaria né RCT; dei 265 studi osservazionali individuati, a seguito della lettura di titoli, abstract e full-text, 14 sono stati selezionati per la metanalisi. I parametri relativi all'analisi BA sono stati estratti da ciascun articolo e riassunti in un valore medio pesato per il n. di misurazioni: OC=5.7l/min, bias=0.007l/min, deviazione standard (DS)=1.24l/min, limiti di agreement=-2.47/+2.49l/min, Errore%=42.5.

**CONCLUSIONI**

Considerando che una nuova tecnologia per la misurazione dell'OC è intercambiabile con quella di riferimento se il bias e la DS (precisione) sono clinicamente accettabili e se l'Errore% è <30%, ClearSight non sembra essere in grado di sostituire le tecniche invasive al momento in uso. Dato che le applicazioni della tecnologia sembrano promettenti, è raccomandabile l'effettuazione di studi ulteriori.

*HTA; dispositivi medici; review; metanalisi*

**ID 248**

**ANALISI DI COSTO EFFICACIA DELLE FORMULAZIONI ORALI A BASE DI FENTANYL, NEL TRATTAMENTO DEL "BREAKTHROUGH CANCER PAIN" (BTcP)**

L.S. D'Angiolella 1; P. A. Cortesi 1; F. Kheiraoui 2; M. Allegri 3; G. Casale 4; R. Vellucci 5; L.G. Mantovani 1

1 Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CESP), Università degli studi di Milano-Bicocca; Monza, Italia

2 Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore; Roma, Italia

3 Dipartimento di Scienze Chirurgiche: Anestesia, Terapia

Il BtcP si configura tra i sintomi che più frequentemente affliggono il malato oncologico e rappresenta il più importante per prevalenza ed effetti invalidanti. Negli ultimi anni si sono resi disponibili per il BTcP numerosi composti a base di fentanyl. L'analisi eseguita vuole valutare il rapporto costo-efficacia delle diverse formulazioni orali, disponibili in Italia.

E' stato sviluppato un modello di analisi decisionale per stimare i costi ed i benefici attesi. L'efficacia è stata valutata come riduzione dell'intensità del dolore (PI), misurata attraverso una scala con punteggi da 0 a 1. I dati sono stati estrapolati da una Network Meta Analysis e da studi clinici controllati e randomizzati. Il modello ha considerato anche le utilità. L'utilizzo delle risorse e i dati relativi ai costi unitari sono stati ottenuti dalla letteratura e validati da esperti clinici. Al basecase sono stati assunti 3 episodi di BTCP al giorno, un PI di 2 ed un orizzonte temporale di 45 giorni. I RISULTATI sono stati espressi come Rapporto Incrementale di Costo Efficacia (ICER). Per testare la robustezza dell'analisi sono state eseguite analisi di sensibilità probabilistiche e deterministiche.

Al basecase FCSL, rispetto a FST, FBSF, FBT e OTFC ha riportato un costo minore (€ 1,960.76 per paziente) ed una maggiore efficacia (18,7% BTcP evitati e 0.0507 QALY). Dopo 30 minuti dalla somministrazione, FCSL genera un beneficio massimo incrementale sia in termini di BTcP evitati (11,3%) che di QALY guadagnati (0,0039). La solidità dei RISULTATI è stata confermata nell'analisi di sensibilità.

La maggiore efficacia di FCSL è legata ad un effetto più rapido nel ridurre il dolore, rispetto a tutte le altre formulazioni. FCSL rappresenta per il Servizio Sanitario Nazionale una strategia di trattamento costo-efficace. Altre valutazioni saranno necessarie per comprendere al meglio l'impatto sui costi e sulla qualità di vita delle formulazioni a base di fentanyl.

*BTcP, fentanyl citrato compressa sublinguale, analisi di costo efficacia*

**ID 250**

**ANALISI DI COSTO-EFFICACIA DI SACUBITRIL/VALSARTAN NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA CON FRAZIONE D'IEIEZIONE RIDOTTA**

A. Cortesi 1; P.A. Cortesi 1; M. Senni 2; C. Pitotti 3; C. Deschaseaux 4; R. Haroun 4; L.G. Mantovani 1

1 Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica (CESP), Università degli Studi di Milano-Bicocca; Monza, Italia

2 Unità di Cardiologia - Scopenso e Trapianti di Cuore, Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII; Bergamo, Italia

3 Novartis Farma Italia Sp

**INTRODUZIONE**

Alla luce dei promettenti **RISULTATI** ottenuti negli studi clinici, l'obiettivo dell'analisi di costo efficacia qui proposta è determinare nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica con ridotta frazione d'ieiezione, il prezzo massimo giornaliero di sacubitril/valsartan assumendo tre soglie di disponibilità a pagare.

**METODI**

E' stato sviluppato un modello decisionale di Markov per predire gli effetti di due opzioni di trattamento a confronto (sacubitril/valsartan ed enalapril) in termini di mortalità (cardiovascolare e per tutte le cause), ospedalizzazioni e qualità di vita. Il modello ha simulato una coorte di pazienti e ha utilizzato modelli di regressione basati sul trial PARADIGM-HF. Il modello ha stimato dalla prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale i costi, gli anni di vita (LYs), e gli anni di vita aggiustati per la qualità (QALYs) usando un orizzonte temporale di 10 anni. I costi e gli effetti sono stati scontati del 3.5%. La solidità dei **RISULTATI** è stata testata con l'analisi di sensibilità deterministica.

**RISULTATI**

L'analisi ha mostrato una migliore sopravvivenza nei soggetti trattati con sacubitril/valsartan rispetto a quelli trattati con enalapril ed una riduzione delle ospedalizzazioni, stimando un guadagno incrementale di 0.15 LY e 0.17 QALY. I **RISULTATI** si sono mostrati solidi anche nell'analisi di sensibilità. Assumendo un valore dell'ICER tra 40.000-60.000 € per QALY guadagnato, il prezzo massimo giornaliero attribuibile a sacubitril/valsartan variava nel range di 4,76-6,57 €.

**CONCLUSIONI**

Nel trial PARADIGM-HF, sacubitril/valsartan si è dimostrato più efficace rispetto a enalapril nel ridurre la mortalità cardiovascolare e le ospedalizzazioni nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica con ridotta frazione d'ieiezione. La presente analisi è la prima valutazione economica specifica per il contesto italiano e i **RISULTATI** ottenuti non sono direttamente comparabili con altri studi condotti in Italia.

*analisi di costo-efficacia, insufficienza cardiaca, sacubitril/valsartan*

**ID 328**

**BIG DATA PER LA SANITA' PUBBLICA: OPPORTUNITÀ E CRITICITÀ**

A Platania 1; M Barchitta 2; A Quattrocchi 2; A Maugeri 2; M Marranzano 1,2; A Agodi 1,2  
1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Catania  
2 Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate "GF Ingrassia", Università degli Studi di Catania

**INTRODUZIONE**

I Big Data costituiscono oggi una notevole opportunità per i clinici, gli epidemiologi e gli esperti di Sanità Pubblica per la ricerca ed il miglioramento dei livelli di salute e di assistenza.

**METODI**

E' stata condotta una revisione della letteratura più recente con l'obiettivo di valutare le opportunità e le criticità dell'applicazione dei Big Data in Sanità Pubblica.

**RISULTATI**

Alcuni esempi delle potenzialità dei Big Data per la Sanità Pubblica sono descritti dalla letteratura scientifica. In particolare, nel 2009 attraverso l'analisi dei dati delle ricerche online sui sintomi dell'influenza è stato possibile stimare in modo coerente l'andamento epidemico influenzale prima della pubblicazione ufficiale dei report dei sistemi di sorveglianza tradizionali; tuttavia nel 2013 l'epidemia è stata sovrastimata per la difficoltà dell'analisi su larga scala. Nelle scienze "omiche" la creazione di risorse centralizzate di geni clinicamente caratterizzati è utile per migliorare l'interpretazione delle variazioni genomiche. Nella ricerca sui tumori i Big Data, mediante la raccolta di diverse caratteristiche molecolari di DNA, RNA e proteine, consentono l'identificazione di biomarcatori, rilevando i cambiamenti dinamici e longitudinali del cancer landscape. I Big Data, che includono anche i dati ambientali, sociali, finanziari e geografici, possono essere d'aiuto per studiare i meccanismi che conducono a differenze nel rischio di malattia tramite pattern epigenetici, biosensori dell'esposizione cumulativa ad agenti fisici e chimici, a fattori sociali e a stili di vita specifici.

**CONCLUSIONI**

Il potenziale espresso da questi grandi dataset è innegabile, ma è tuttora una sfida gestire al meglio tali strumenti in ciascuna delle loro fasi: raccolta dei dati, archiviazione, cleaning, analisi, presentazione e condivisione. In particolare, è necessario integrarne la gestione con la rigorosa metodologia epidemiologica per evitare che i Big Data si tramutino in Big Error.

*dataset, prevenzione, analisi dei dati, metodologia epidemiologica*

**ID 372**

**EFFETTO DEI POLIMORFISMI ALCOL DEIDROGENASI-1B E -7 SULLA CONCENTRAZIONE DI ETANOLO E DI ACETALDEIDE NEL SANGUE IN SOGGETTI SANI CON UNA STORIA DI CONSUMO MODERATO DI ALCOL**

A. Vecchioni 1; L. Iuliano 2; R. Pastorino 1; D. Arzani<sup>1</sup>; M. Milic 3;4; F. Annunziata 5; C. Zerbinati 2; E. Capoluongo 5; S. Bonassi 3; J. D. McKay 6; S. Boccia 1

1 Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, L.go F. Vito, 1, Roma 00168, Italia

2 Dipartimento di Scienze e Biotechnologie medico-chirurgiche, Laboratorio di Biologia Vascolare e Spettrometria di massa, Sapienza

**INTRODUZIONE**

Il consumo di etanolo è considerato un fattore di rischio per l'insorgenza di tumori nell'uomo, principalmente a causa della produzione del suo metabolita primario, l'acetaldeide. I polimorfismi genetici di alcol deidrogenasi-1B (ADH1B) (rs1229984) e alcol deidrogenasi-7 (ADH7) (rs1573496), influenzano il rapporto tra consumo di etanolo e rischio di cancro. Lo scopo di questo studio è di valutare gli effetti dei genotipi ADH1B e ADH7 sui livelli di acetaldeide e di etanolo nel sangue dopo il consumo di alcol, e di misurare gli effetti genotossici di fumo ed etanolo sulle cellule buccali, controllando per le varianti ADH.

**METODI**

Sono stati reclutati soggetti sani con una storia di consumo moderato di alcol. Ad ogni soggetto è stato effettuato un prelievo di sangue per la genotipizzazione e un campione di esfoliato buccale per il test dei micronuclei. A tutti i soggetti è stata somministrata una bevanda alcolica contenente 0.4 g di etanolo/ kg di massa corporea. Ai tempi 0, 30, 60, 90 e 120 minuti dopo l'ingestione della bevanda, sono stati prelevati dei campioni di sangue venoso.

**RISULTATI**

In questo studio sono stati arruolati 60 soggetti. Individui con genotipo ADH1B GG avevano un livello mediano di etanolo pari a 5.0 mM [3.4-7.2], individui con genotipo ADH1B GG/GT un livello di 4.7 mM [4.2-4.8] (p=0.2). I corrispondenti livelli di acetaldeide erano 1.5 µM [0.7-2.6] e 1.6 µM [1.5-1.7] rispettivamente. Gli individui con genotipo ADH7 CC avevano un livello mediano di etanolo pari a 5.0 mM [3.3-7.2], mentre di 5.0 mM [4.7-5.6] in quelli con genotipo ADH7 CG/GG (p=0.7). I livelli corrispondenti di acetaldeide erano 1.5 µM [0.7-2.6] e 1.5 µM [1.4-1.6] rispettivamente. Non è stato trovato un aumento significativo della frequenza di cellule cariolitiche e picnotiche.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI del nostro studio non supportano l'ipotesi che i genotipi ADH1B e ADH7 influenzino la concentrazione di etanolo e di acetaldeide nel sangue.

*Concentrazione di Etanolo; Concentrazione di Acetaldeide; ADH1B; ADH7.*

**ID 398**

**VALUTAZIONE DEI PARTECIPANTI: PROMOZIONE DEI CORRETTI STILI DI VITA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE CORRELATE ALLA SEDENTARIETÀ NELLA ASL BARI – “MOVIMENTO IN SALUTE”**

A. Azzollini 1; A. Spica 1; G. Labbate 2; A. Tommasi 1; M.G. Lopuzzo 2; E. Sannicandro 3; M. Surico 1; L. Spinelli 1; D. Lagravinese 1

1 Dipartimento di Prevenzione – ASL Bari

2 Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità – Regione Puglia

3 CONI Regione Puglia

**INTRODUZIONE**

Dell'importanza del movimento ci si è accorti in questi ultimi decenni, durante i quali il trend delle "cattive abitudini alimentari e sociali" ha portato progressivamente ad una vera e propria pandemia. Il 72% dei cittadini pugliesi ha una percezione positiva della propria salute. Un pugliese su due è in sovrappeso mentre il 38,4% non fa attività fisica (Studio Passi 2011-2014).

**METODI**

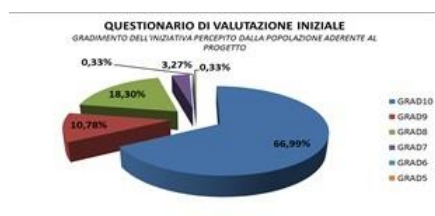
Il progetto, rivolto al 2% (Studio Passi 2007-2010) della popolazione sedentaria della ASL BARI di età compresa fra i 50 ed i 70 anni, prevedeva la somministrazione, ai pazienti arruolati, di un questionario di valutazione, all'inizio e alla fine del progetto. I dati estrapolati dai questionari sono stati analizzati col software Epi Info 7.2.

**RISULTATI**

La popolazione aderente al progetto ha un'età media di 62,18 anni, mediana 63, moda 68, deviazione standard  $\pm 6,11$ . Il 76,47% degli aderenti sono stati informati dell'iniziativa dai MMG, il 16,34% da amici, solo 1,63% dalla stampa. L'iniziativa è stata gradita (graf.1) da più del 90,00% dei partecipanti. Tutti i partecipanti pensano che l'attività fisica abbia dei benefici, l'85,29% pensa che i benefici sono non solo fisici ma anche psichici. Più del 90% vuole che l'iniziativa continui. Il 97,27% ritiene di essere stato adeguatamente informato. Il 23,64% non ha partecipato al progetto per motivi organizzativi. Il 73,64% della popolazione aderente ha percepito un miglioramento dello stato di salute (graf.2): il 53,18% del tono dell'umore, il 44,55% del tono muscolare; il 60,54% dell'agilità; il 21,36% dei valori pressori, il 29,09% del peso corporeo, il 7,27% dei valori glicemici, il 6,82% una riduzione dell'uso di farmaci.

**CONCLUSIONI**

La percezione dello stato di salute della popolazione aderente al progetto mostra che il progetto ha generato benessere psicofisico in tutti i partecipanti e quindi che l'attività fisica contribuisce al miglioramento della qualità della vita in tutti i suoi aspetti.



Graf.1 Gradimento dell'iniziativa percepito dalla popolazione aderente al progetto



Graf.2 Variazioni dello stato di salute percepite dalla popolazione aderente

**ID 404**

**STEP TEST: PROMOZIONE DEI CORRETTI STILI DI VITA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE CORRELATE ALLA SEDENTARIETÀ NELLA ASL BARI – “MOVIMENTO IN SALUTE”**

P. Drago 1; A. Spica 1; G. Labbate 2; A. Tommasi 1; M.G. Lopuzzo 2; L. Ramunni 4; A. Azzollini 1; D. Lagravinese 1; M. Surico 1; L. Spinelli 1; D. Accettura 3

1 Dipartimento di Prevenzione – ASL Bari

2 Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità – Regione Puglia

3 Federazione Medici dello Sport Italiana

4 Laureato in Scienze Motorie

**INTRODUZIONE**

L'inattività fisica è il quarto più importante fattore di rischio di mortalità nel mondo. Circa 3,2 milioni di persone muoiono ogni anno a causa dell'inattività fisica. Un pugliese su due è in sovrappeso mentre il 38,4% non fa attività fisica (Studio Passi\_2011-2014).

**METODI**

Il progetto, rivolto al 2% (Studio Passi 2007-2010) della popolazione sedentaria della ASL BARI di età compresa fra i 50 ed i 70 anni, prevedeva, tra l'altro, la valutazione da parte del medico dello sport dei pazienti arruolati all'inizio e alla fine del progetto. Nel corso delle valutazioni i pazienti sono stati sottoposti a step test che consiste nel far salire e scendere il soggetto su un gradino di altezza predefinita con tempo e ritmo precisi o per un numero prestabilito di volte. I dati estrapolati sono stati analizzati col software Epi Info 7.2.

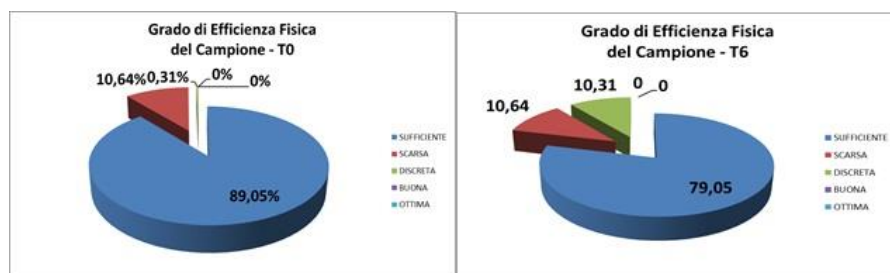
**RISULTATI**

La popolazione aderente al progetto ha un'età media di 62,18 anni (61,78 per le femmine, 63,15 per i maschi), mediana 63, moda 68, deviazione standard  $\pm 6,11$ , deviazione media assoluta (MAD) 5,22, scarto interquartile 11. Alla I valutazione (T0) al 47,38% della popolazione aderente è stata prescritta attività fisica lieve, al 23,69% attività lieve-moderata, al 28,92% attività moderata. Il grado di efficienza fisica è sufficiente nell'89,05%, nel 10,64% è scarso

Alla II valutazione (T6) il grado di efficienza fisica è sufficiente 79,05%, scarso nel 10,64%, discreto nel 10,31% della popolazione aderente, mostrando quindi un miglioramento significativo rispetto ai dati rilevati alla I valutazione (T0).

**CONCLUSIONI**

La pratica regolare dell'esercizio fisico organizzato, come del resto l'attività fisica spontanea legata alla vita di relazione e alle abitudini, rappresenta l'elemento fondamentale di uno stile di vita sano, in grado di produrre effetti positivi sulla salute sia fisica che psicologica dei soggetti, senza distinzione di sesso e di età.



Graf.1 Grado di Efficienza Fisica del Campione a T0

Graf.2 Grado di Efficienza Fisica del Campione a T6



**ID 427**

**OSPEDALIZZAZIONE ATTRIBUIBILE ALLO PNEUMOCOCCO IN SOGGETTI ADULTI (OVER 50 ANNI) RESIDENTI IN SICILIA E COSTI DI OSPEDALIZZAZIONE STIMATI DAL 2007 AL 2015.**

O. E. Santangelo 1; S. Provenzano 1; V. Bonanno 1; E. Amodio 2; A. Firenze 1

1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" - Università degli Studi di Palermo, Palermo

2 U.O. Servizio Epidemiologia e Programmazione, Diparti

**INTRODUZIONE**

Le patologie pneumococciche invasive hanno una distribuzione bimodale con picchi in età infantile e geriatrica. Fra queste, sepsi e meningite, hanno il più alto tasso di letalità con 1,6 milioni di decessi nel mondo. L'obiettivo dello studio è stato quello di stimare l'incidenza e quantificare i costi di ospedalizzazione attribuibile allo pneumococco nella popolazione siciliana di età  $\geq$  a 50 anni, dal 2007 al 2015.

**METODI**

Per ogni paziente sono stati raccolti dati demografici, dati di ammissione/dimissione ospedaliera e codici di diagnosi di ricovero in accordo con l' ICD-9 CM utilizzando il database e le schede di dimissione ospedaliera (SDO) fornite dall'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia.

**RISULTATI**

Nei nove anni di studio su un totale di 1814 pazienti con diagnosi di malattia pneumococcica nota, 1738 (95,81%) sono stati ospedalizzati per polmonite, 63 (3,47%) per meningite e 13 (0,72%) per setticemia. Differenze sostanziali sono emerse dai calcoli effettuati con modelli matematici in quanto i casi stimati per malattia pneumococcica risultano essere 15708, di cui: 15523 (98,82%) polmoniti, 143 (0,91%) meningiti e 42 (0,27%) setticemie. I costi di ospedalizzazione diretti sono maggiori di 54 milioni di Euro.

**CONCLUSIONI**

Il carico della malattia pneumococcica risulta difficilmente quantificabile in quanto non è prevista notifica obbligatoria. I database di dimissione ospedaliera costituiscono un modo semplice ed economico per comprendere l'epidemiologia del fenomeno. Nonostante questi vantaggi, essi hanno alcune limitazioni quali diagnosi inaccurate o sottonotifica. In tale contesto, i modelli presentati forniscono dati fruibili per la costruzione di strategie preventive e potrebbero essere utilizzati dai responsabili delle strutture sanitarie per valutare l'impatto della malattia sul bilancio ed ipotizzare l'offerta della vaccinazione antipneumococcica per alcune coorti di soggetti di età  $\geq$  a 50 anni.

*Streptococcus pneumoniae, ospedalizzazione, modello di stima, Regione Sicilia*

**ID 435**

**INFEZIONI DA VIRUS DELL'EPATITE C NEI PAZIENTI 65+: PROBABILITA' DI PROGRESSIONE E COSTI SANITARI DIRETTI TRAMITE DATI AMMINISTRATIVI**

R. Ciampichini 1; P.A. Cortesi 1; P. Cozzolino 1; L. D'Angiolella 1; L. Scalone 1; A. Zucchi 2; G. Sampietro 2; L.G. Mantovani 1; G. Cesana 1

1 Università degli Studi Milano-Bicocca, Monza-Brianza

2 Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Provincia di Bergamo

**INTRODUZIONE**

La prevalenza di infezioni da virus dell'epatite C (HCV) nei pazienti anziani è in crescita: il virus si è diffuso negli allora giovani-adulti attraverso trasfusioni infette, strumenti non adeguatamente sterilizzati e tossicodipendenza.

**METODI**

Dai dati amministrativi 2000-2014 della ATS della Provincia di Bergamo sono stati estratti i soggetti titolari di esenzione per epatite cronica da HCV. Per ciascuno stato di salute (progressione di malattia successiva all'esenzione) i soggetti con età 65+ sono stati descritti in termini di probabilità di progressione e costi sanitari diretti.

**RISULTATI**

Circa 9.000 soggetti risultano titolari di esenzione per epatite cronica da HCV e l'11% è 65+ all'esenzione. Per questi ultimi il tempo mediano di osservazione è 7 anni ed il tasso di incidenza annuale (%) di cirrosi è 0,27, di cirrosi scompensata 0,1, di HCC 1,2, di trapianto di fegato 0,0, di decesso 0,2. Dallo stato di salute di cirrosi il tempo mediano di osservazione è di 2,5 anni ed il tasso di incidenza annuale di scompenso è 10,2, di HCC 7,5 e di decesso 5,7. Dallo stato di salute cirrosi scompensata il tempo mediano è di 1,1 anni ed il tasso di incidenza annuale di HCC 6,6 e di decesso 33,1. Dallo stato di salute HCC il tempo mediano è di 2,5 anni ed il tasso di incidenza annuale di decesso è 12,5. Il costo medio per paziente per anno è il seguente: 2.754 in stato di salute HCV cronica, 4.304 in cirrosi, 8.177 in cirrosi scompensata, 8.605 in HCC.

**CONCLUSIONI**

L'utilizzo dei dati amministrativi permette di stimare probabilità di progressione dell'epatite cronica da HCV e relativi costi sanitari diretti su un segmento di popolazione specifico come quello degli over 65 affetti da virus dell'epatite C. Tali stime possono essere impiegate nella valutazione di interventi sanitari specifici come le nuove terapie orali prive di interferone.

*HCV, costi sanitari diretti, probabilità di progressione, dati amministrativi*

**ID 490**

**I MICRORNA NELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL POLMONE NON A PICCOLE CELLULE: PRESENTE E FUTURO**

F. Moretti 1; E. Gini 2; E. Finardi 5; P. D'Antona 2; F. Spazzini 5; M. Barbetta 5; E. Daffré 3; L. Dominioni 2; P. Campomenosi 2;4 ; A. Poli 1

1 Dipartimento di diagnostica e sanità pubblica, Università degli studi di Verona, Italia

2 Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita (DBSV), Università dell'Insubria, Varese, Italia

3 Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Morfologiche (DSCM), U

**INTRODUZIONE**

L'obiettivo del presente studio è di effettuare una revisione sistematica della letteratura al fine di selezionare alcuni miRNA come biomarker sierici per la diagnosi precoce di tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC).

**METODI**

È stata condotta una revisione sistematica sul ruolo dei miRNA nella diagnosi precoce del NSCLC. E' stata inserita la stringa di ricerca [(NSCLC or Non Small Cell Lung Cancer) AND lung cancer] AND [miRNA or microRNA] AND [diagnosis] nei database Pubmed, Medline, Scopus, Embase e WOS. Criteri di inclusione degli studi: a) miRNA usati per diagnosi di NSCLC in stadio I e II; b) miRNA circolanti; c) presenza di dati quantitativi di sensibilità e specificità; d) articoli in lingua inglese o italiana.

Lo studio ha riguardato sia miRNA considerati singolarmente che pannelli miRNA ed è stato svolto in modo indipendente da sei ricercatori; eventuali discordanze sono state discusse e risolte. La qualità degli studi è stata valutata secondo la checklist Strobe.

**RISULTATI**

Dai 1094 articoli risultanti dalla revisione sistematica, sono stati identificati 23 miRNA in 14 lavori (vedi tabella) che riportavano dati di sensibilità, specificità e AUC del test; di essi miR-223, miR-486 e miR-155 sono stati esclusi in quanto influenzati dall'emolisi. Tra tutti, miR-20a e miR-448 presentano elevata sensibilità e specificità con AUC di 0,89 e potrebbero essere impiegati come test di primo livello, mentre miR-628-3p, miR-210 e miR-29c hanno elevata specificità e potrebbero integrare l'ipotesi diagnostica come test di secondo livello. Tra le combinazioni proposte, quella composta da miR-532, miR-628-3p, miR-425-3p ha una AUC di 0,974, non significativamente superiore ai singoli miRNA sopra considerati.

**CONCLUSIONI**

La revisione evidenzia elevata eterogeneità di RISULTATI sia in termini di accuratezza diagnostica (AUC) che in termini di sensibilità e specificità. Si auspicano ulteriori studi per confermare o smentire la bontà dei miRNA selezionati.

*MiRNA, NSCLC, Diagnosis, Lung cancer*

| miRNA             | Reference             | Patients | Controls | AUC   |
|-------------------|-----------------------|----------|----------|-------|
| <b>miR-223</b>    | Geng et al., 2014     | 126      | 60       | 0,94  |
| <b>miR-486</b>    | Li et al., 2015       | 11       | 11       | 0,926 |
| <b>miR-155</b>    | Geng et al., 2014     | 126      | 60       | 0,92  |
| <b>miR-20a</b>    | Geng et al., 2014     | 126      | 60       | 0,89  |
| <b>miR-448</b>    | Powrozek et al.,2015b | 29       | 85       | 0,89  |
| <b>miR-21</b>     | Sun et al., 2016      | 22       | 60       | 0,882 |
| <b>miR-141</b>    | Nadal et al.,2015     | 84       | 60       | 0,875 |
| <b>miR-193b</b>   | Nadal et al.,2015     | 84       | 60       | 0,855 |
| <b>miR-200b</b>   | Nadal et al.,2015     | 84       | 60       | 0,849 |
| <b>miR-126</b>    | Zhu et al., 2016      | 87       | 40       | 0,845 |
| <b>miR-301</b>    | Nadal et al.,2015     | 84       | 60       | 0,841 |
| <b>miR-328</b>    | Ulivi et al., 2013    | 86       | 24       | 0,82  |
| <b>miR-4478</b>   | Powrozek et al.,2015b | 29       | 85       | 0,816 |
| <b>miR-182</b>    | Zhu et al., 2016      | 87       | 40       | 0,781 |
| <b>miR-21</b>     | Geng et al., 2014     | 126      | 60       | 0,77  |
| <b>miR-145</b>    | Geng et al., 2014     | 126      | 60       | 0,77  |
| <b>miR-425-3p</b> | Wang et al., 2016     | 201      | 178      | 0,734 |
| <b>miR-628-3p</b> | Wang et al., 2016     | 201      | 178      | 0,73  |
| <b>miR-29c</b>    | Zhu et al., 2014      | 36       | 48       | 0,727 |
| <b>miR-429</b>    | Zhu et al., 2014      | 36       | 48       | 0,723 |
| <b>miR-532</b>    | Wang et al., 2016     | 201      | 178      | 0,662 |
| <b>miR-125b</b>   | Yuxia et al., 2012    | 76       | 110      | 0,66  |
| <b>miR-210</b>    | Zhu et al., 2016      | 87       | 40       | 0,65  |
| <b>miR-183</b>    | Zhu et al., 2016      | 87       | 40       | 0,638 |

**ID 498**

**VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ MICROBIOLOGICA DELL'ACQUA DI UN IMPIANTO PER L'EMODIALISI DI UN OSPEDALE LIGURE**

A.M. Spagnolo; M. Sartini; E. Schinca; G. Ottria; F. Perdelli; M.L. Cristina

*DISSAL: Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova*

**INTRODUZIONE**

Un paziente in dialisi entra in contatto settimanalmente, tramite il bagno di dialisi, con un'ingente quantità d'acqua, in media 350 litri, che deve possedere un'elevata qualità in termini di corretta composizione elettrolitica, bassa concentrazione o assenza di inquinanti chimici, batteri, miceti ed endotossine. Scopo del presente lavoro è la valutazione della qualità microbiologica dell'acqua di un impianto per l'emodialisi in un ospedale ligure.

**METODI**

Sono state valutate le caratteristiche microbiologiche (Carica batterica a 22°C, *Pseudomonas aeruginosa*, Gram negativi opportunisti, LAL Test per la ricerca delle endotossine batteriche) di un impianto di dialisi a livello dell'anello di distribuzione principale (inizio e fine anello), delle linee di distribuzione ai singoli monitors e del dialisato in uscita dai monitors. Inoltre sono state raccolte informazioni sulla gestione dell'impianto ed è stata altresì verificata la compliance al protocollo di disinfezione del circuito dialitico da parte del personale addetto.

**RISULTATI**

I RISULTATI hanno evidenziato che, nonostante la procedura di disinfezione dell'impianto sia effettuata in aderenza ai protocolli e linee guida, sono tuttavia presenti delle criticità nel tratto di distribuzione dell'acqua dall'anello ai monitors di dialisi, con vari livelli di contaminazione microbica.

**CONCLUSIONI**

Questa criticità è risultata collegata principalmente alle caratteristiche impiantistiche dei tratti anello-monitors che favoriscono la contaminazione batterica e la formazione di biofilm. I RISULTATI ottenuti evidenziano la necessità di intervenire attraverso opportune modifiche dell'impianto al fine di ridurre il rischio di contaminazione microbica dell'acqua che arriva ai monitors e quindi il rischio sanitario per i pazienti dializzati.

*Impianto dialisi, biofilm.*

**ID 572**

**IL "TUTOR" UNIVERSITARIO NEI CORSI DI LAUREA PROFESSIONALIZZANTI: ANALISI DI UN'ESPERIENZA**

I. Abate 1; L. T. Perone 1 ; F. Santillo; C. Costa 2; T.L. Maione 2. T. Rea 3

1 *Università degli Studi di Napoli "Federico II", Scuola di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Napoli,*

2 *Ufficio Prevenzione e Protezione – Servizio di Prevenzione e Protezione. Unive*

**INTRODUZIONE**

Gli obiettivi del presente lavoro sono:

- Analizzare l'attuale organizzazione del tutoraggio previsto per il CdL in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei Luoghi di Lavoro;
- Definire i requisiti e gli eventuali bisogni formativi delle guide di tirocinio;
- Pianificare un efficace percorso formativo che permetta un'adeguata gestione del tirocinio professionalizzante;
- Individuare eventuali cause che determinano le difficoltà operative;
- Sugerire proposte migliorative in termini di obiettivi, contenuti, strategie e modalità.

**MATERIALI E METODI**

E' stato utilizzato un questionario per condurre l'analisi dei bisogni formativi dei tutor. Il questionario, suddiviso in 6 aree omogenee di indagine, è stato somministrato a 20 professionisti con funzioni di tutor .

**RISULTATI**

Sono state esaminate sia variabili anagrafiche che di esperienza nel settore formativo universitario e della prevenzione. Il 33% del campione, con un'età compresa tra i 56 e 60 anni, presenta anzianità di servizio, possiede titoli di studio specifici, competenze professionali di categoria ma mancata esperienza nella formazione.

**DISCUSSIONE**

I dati raccolti hanno permesso di evidenziare punti di forza e criticità connesse all'organizzazione tutoriale del CdL (Tab.I). Tra i punti di forza si evidenzia il soddisfacimento di alcuni requisiti indispensabili per garantire un percorso di tutorato professionalizzante per lo studente. (Tab. II). Le aree sulle quali è necessario intervenire sono illustrate in Tab.I e II.

**CONCLUSIONI**

Prospettive future di miglioramento potranno riguardare lo sviluppo di una forma organizzativa orientata a:

- Formazione dei tutors;
- Coordinamento tra figure apicali e tutors;
- Monitoraggio dello studente.

Attraverso una specifica formazione dei tutors ed un continuo coordinamento tra le diverse figure coinvolte, sarà possibile garantire l'applicazione di azioni migliorative dell'attuale sistema tutoriale.

*Tutor didattico – Tutor di tirocinio – Tecnici della prevenzione*

**ID 617**

**LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI IN LOMBARDIA. INCIDENZA E IMPATTO ECONOMICO**

F. Madotto; C. Fornari; L.G. Mantovani; S. Conti; G. Cesana

*Centro di studio e ricerca sulla sanità pubblica. Università degli studi di Milano-Bicocca*

**INTRODUZIONE**

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) includono principalmente la rettocolite ulcerosa (CU) e la malattia di Crohn (MC). Nei paesi industrializzati, l'aumento di prevalenza e incidenza di tali patologie ha reso necessaria un'attenta analisi economico-sanitaria per una corretta allocazione delle risorse. Lo studio valuta l'incidenza e l'impatto economico sanitario della MC e della CU nella popolazione generale, dato che le ultime stime italiane risalgono agli anni '90.

**METODI**

Le persone assistite in Lombardia con esenzione per CU o MC erogata per la prima volta tra il 2003 e il 2009 costituiscono le due coorti in studio. Sono stati calcolati i tassi di incidenza standardizzati per età, utilizzando l'inizio esenzione come proxy di insorgenza della malattia. Le due coorti sono state seguite dall'inizio esenzione sino al 31/12/2009 per valutare il consumo di risorse ed i relativi costi sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

**RISULTATI**

Nel periodo in studio, sono stati identificati 9035 casi incidenti di MICI: 5637 di CU e 3398 di MC. Ogni anno in Lombardia sono state rilasciate mediamente 5,2 (IC95% 5,1-5,4) nuove esenzioni per MC e 8,6 (IC95% 8,4-8,9) per CU ogni 100.000 persone, senza evidenza di trend temporali. Ogni anno, il SSN spende mediamente 2379€ (IC95% 2261-2520) per il trattamento di un paziente affetto da CU e 2676€ (IC95% 2528-2851) per un soggetto con MC. La composizione della spesa è simile nelle due coorti: il 37% è attribuibile alla terapia farmacologica, il 47% ai ricoveri ed il 16% alle prestazioni ambulatoriali.

**CONCLUSIONI**

Sebbene l'incidenza delle MICI in Italia sia inferiore rispetto a quella riscontrata nei paesi del nord Europa e l'impatto nella popolazione generale sia minore se confrontato con quello delle malattie cardiovascolari, il loro trattamento implica una spesa sanitaria non trascurabile ed anche notevoli costi indiretti, legati alla compromissione delle normali attività di vita quotidiana.

*malattie infiammatorie croniche intestinali; incidenza; costi diretti*

**ID 622**

**L'ORTO SPERIMENTALE: UNO STUDIO PER LA VALUTAZIONE DEL TRASFERIMENTO DI ALCUNI CONTAMINANTI DAL SUOLO IN PRODOTTI ORTICOLI COLTIVATI SU TERRENI A DIVERSO LIVELLO DI INQUINAMENTO**

L. Leonardi 1; G. Orizio 1; F. Speziani 1; E. Beccaloni 2; L. Musmeci 2; F. Scaini 2; G. Bresciani 3; C. Scarcella 1

1 Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia, Brescia

2 Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

3 Istituto Tecnico Agrario Statale (ITAS) Pastori, Brescia

**INTRODUZIONE**

Il Sito di Interesse Nazionale (SIN) "Brescia Caffaro" è un'area ad elevata contaminazione ambientale da composti organici persistenti (POPs) e metalli pesanti, in conseguenza alla presenza di una ditta produttrice di PCB, attiva dagli anni '30 agli anni '80. Per interrompere la esposizione per via alimentare della popolazione, il Comune di Brescia ha emanato ordinanze che tra l'altro limitano la coltivazione di vegetali destinati al consumo umano .

ATS di Brescia con ISS, ha condotto uno studio negli spazi dell'ITAS Pastori di Brescia, al fine di valutare il trasferimento dal suolo inquinato ai prodotti orticoli, scegliendo le essenze più frequentemente coltivate negli orti bresciani,

**METODI**

Dieci specie di vegetali sono state coltivate in serra su quattro terreni a diverso livello di contaminazione: prezzemolo, verza, lattuga, radicchio rosso, fagiolino, pomodoro, spinacio, carota, peperone e zucchina.

Le sostanze ricercate sulle matrici alimentari coltivate nell'orto sperimentale sono state: Composti Organici Persistenti, nello specifico diossine, furani e policlorobifenili PCB, Idrocarburi Policiclici Aromatici e metalli pesanti (As, Cd, Pb e Hg).

Di tutte le citate sostanze tranne che gli IPA è stato possibile valutare il trasferimento da suolo a vegetale partendo dalle concentrazioni misurate da ARPA in campioni prelevati al momento della raccolta dei 4 terreni,

Le misurazioni dei POPs sono state eseguita da ISS e quelle dei metalli pesanti dal Laboratorio di Sanità Pubblica di ATS Brescia.

**RISULTATI**

I vegetali sono stati coltivati a due riprese, tra il 2013 e il 2015. Tutte le determinazioni analitiche sono state completate e la relazione finale è stata ultimata da parte di ISS.

**CONCLUSIONI**

Dalla coltivazione in condizioni controllate, proprie di una sperimentazione, sono emersi **RISULTATI** preliminari che dovranno essere confermati su campo, in condizioni sovrapponibili a quelle consuete nella conduzione di un orto.

*Medicina Ambientale, Sito di Interesse Nazionale, Sicurezza Alimentare, Composti Organici Persistenti (POPs)*



**ID 631**

**MONITORAGGIO AMBIENTALE DI FORMALDEIDE IN ANATOMIA PATOLOGICA IN ALCUNE STRUTTURE SANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA**

P. Mainardi 1; A. Caracciolo 1; S. Ungheri 1; P. Montuori 1; M. Triassi 1.  
*Dipartimento Di Sanita' Pubblica Universita' Degli Studi Di Napoli Federico II*

**INTRODUZIONE**

La formaldeide già classificata come potenzialmente cancerogena è stata recentemente classificata come cancerogena per l'uomo e dal 01 Gennaio 2016 rientra tra le sostanze oggetto della riclassificazione ai sensi del Regolamento (CE) 1272/2008 da "H351: Sospettato di provocare il cancro" a "H350: Può provocare il cancro". Restando stabilito che è obbligatorio applicare le procedure preventive a tutela della salute dei soggetti esposti, ad oggi non è ancora disponibile una valida sostanza alternativa alla formaldeide come fissativo dei tessuti nei servizi di Anatomia Patologica per la diagnosi anatomopatologica, poiché mantiene inalterata la morfologia cellulare e l'architettura del tessuto. Inoltre, l'utilizzo di fissativi diversi dalla formalina tamponata presenta severi limiti nel garantire la totalità delle indagini speciali da applicare su tessuti.

**METODO**

Nel presente lavoro si riportano i risultati del monitoraggio periodico effettuato per la determinazione dell'esposizione alla formaldeide nelle Anatomie Patologiche in alcune strutture sanitarie della Campania in ambienti dove il personale addetto effettua le operazioni di apertura dei contenitori con reperti anatomici in formaldeide e la successiva manipolazione per le opportune analisi da effettuare.

Le rilevazioni sono state effettuate con apparecchi di misura in continuo della concentrazione della formaldeide nell'aria ambiente. La tecnica di campionamento adottata ha consentito di rilevare anche le esposizioni di picco oltre che le concentrazioni medie.

**RISULTATI**

Dall'analisi dei dati si evince che i valori medi ottenuti durante l'utilizzo della formaldeide sono inferiori a 0,3 ppm.

**CONCLUSIONI**

Inoltre i dati sono stati sottoposti ad analisi statistica per calcolare la possibilità di superamento dei limiti durante l'utilizzo della formaldeide per gli scopi indicati.

*formaldeide, anatomia patologica, monitoraggio ambientale*

**ID 692**

**LE POSSIBILI CONSEGUENZE DELL'AUSTERITÀ PER L'ACCESSO AI TRATTAMENTI INNOVATIVI. RISULTATI DA UNA VALUTAZIONE HTA SUL TRATTAMENTO AMBULATORIALE ENDOVENOSO DELL'ANEMIA SIDEROPENICA NEI PAZIENTI IBD**

A. Poscia 1; J. Stojanovic 1; S. Milovanovic 1; F. Kheiraoui 1; M.E. Proli 2; L. Fabrizio 3; F. Scaldaferrì 4; A. Gasbarrini 4; M. Volpe 5; S. Canarecci 6; S. Boccia 1; C. Favaretti 1

1 Istituto di Sanità Pubblica. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

2 Direttore Farmacia Ospedaliera – Policlinico Umberto I, Roma

3 Direttore Farmacia Ospedaliera – Fondazione Policlinico "A.Gemelli"

4 Area Gastroenterologia, Medicina Interna Gas

La recente crisi economica ha portato diversi governi ad introdurre misure di austerità per contenere la spesa sanitaria. Quando il razionamento prevale sulla razionalizzazione, il rischio è l'aumento dei tempi di attesa, trascurare la prevenzione e ritardare l'accesso ai farmaci innovativi. Come parte di un più ampio HTA, questo studio vuole mettere in evidenza l'impatto sui costi legati alla terapia con ferro endovenoso ad alte dosi (FC) dalla prospettiva dei pazienti affetti da malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI).

L'analisi ha preso in considerazione tre opzioni attualmente disponibili per il trattamento di un paziente anemico con MICI "standard" (paziente con un fabbisogno di 1000 mg di ferro): gluconato ferrico (FG) (1 flacone - 16 sedute; FG (2 fiale - 8 sedute); FC (2 fiale - 1 seduta). La valutazione economica dell'impatto dell'INTRODUZIONE del FC in regime ambulatoriale ospedaliero è stata effettuata attraverso un modello di minimizzazione dei costi che ha considerato i costi sostenuti dal paziente (visite mediche, infusioni, ticket) secondo il nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale in vigore nella Regione Lazio (analisi di sensitività sulla base delle variazioni tariffarie regionali).

FC rappresenta l'alternativa più economica in quanto ai pazienti senza esenzioni è richiesta una compartecipazione di 38 € rispetto ai 122 € o 85 € rispettivamente per 16 o 8 sedute di FG. Questa differenza è dovuta principalmente alla significativa riduzione del numero di infusioni e ticket regionali.

A causa delle politiche di austerità, gli ospedali potrebbero decidere di rinviare o limitare la disponibilità di nuovi e apparentemente più costosi trattamenti, come nell'esempio della terapia con FC. In questo caso, i pazienti con MICI e anemia da carenza di ferro non solo rischiano di non poter accedere alla nuova tecnologia, ma sarebbero anche tenuti a pagare due o tre volte di più per il trattamento già in uso anche se meno confortevole.

*HTA, austerità, minimizzazione dei costi, innovazione*

**ID 709**

**VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA CLINICA DELLE PROTESI D'ANCA A STELO CORTO VERSUS GLI IMPIANTI TRADIZIONALI**

G. Nasi 1; M. Saracco 2; F. Donati 2; V. Campana 2; G. Logroscino 2.

1 Ospedale Cristo Re - Virginia Bracelli S.p.A, Roma;

2 Ortopedia e Traumatologia, Fondazione Policlinico A. Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

**INTRODUZIONE**

L'attenzione alla scelta corretta delle protesi di anca è un tema rilevante in termini di risorse in Sanità considerando sia l'invecchiamento della popolazione che l'avvento di nuove avanzate tecnologie. In quest'ambito si inserisce il presente studio retrospettivo caso-controllo che, sulla base di RISULTATI di "effectiveness", pone a confronto le protesi d'anca a stelo corto con quelle convenzionali a stelo lungo.

**METODI**

Il campione, selezionato in 2 coorti per un totale di 96 pz, ha compreso operati con protesi d'anca unilaterale impiantate dallo stesso chirurgo utilizzando l'accesso postero-laterale, già affetti da artrosi primaria e post-traumatica con necrosi vascolare. Ogni pz è stato valutato sia clinicamente (HHS, WOMAC, VAS, SF-12) che radiologicamente (offset, angolo CCD, lunghezza degli arti, inclinazione acetabolare, ossificazione eterotopica, osteointegrazione).

**RISULTATI**

Dopo un follow-up in media di 39,5 mesi (> di 3 anni) si è riscontrato un corretto posizionamento delle protesi e buona osteointegrazione. In entrambi i gruppi c'è stato un miglioramento del dolore con un vantaggio statisticamente significativo per le protesi a stelo corto per WOMAC e SF gruppo-12. La valutazione radiografica, eseguita da 3 diversi chirurghi in cieco, ha mostrato nel gruppo con protesi a stelo corto un miglior recupero della geometria articolare, l'angolo CCD più compatibile al controlaterale, con una riduzione di ipertrofia corticale e di stress periprotetico. Nessuna complicanza maggiore è stata rilevata in entrambe le coorti.

**CONCLUSIONI**

Le protesi d'anca a stelo corto rappresentano una scelta ottimale nel trattamento dell'artrosi d'anca primaria e secondaria in termini di efficacia clinica con un risparmio maggiore di restante osso sano, distribuzione del carico eccellente con minor stress peri-protetico, minor dolore; da sottolineare la mininvasività dell'approccio chirurgico e la successiva maggiore facilità di intervento per un'eventuale revisione.

*Protesi d'anca, Efficacia clinica, Artrosi anca*

**ID 712**

**ESPERIENZA DI GESTIONE INTEGRATA DEL PDTA PER LA SCLEROSI MULTIPLA TRA DISTRETTO SANITARIO 54 ASL NAPOLI 3 SUD E CSM UNIVERSITARI**

G. Corbisiero  
ASL Napoli 3 Sud

La SM è una delle malattie socialmente più costose. In Campania i centri di SM hanno operato secondo un modello organizzativo ospedalocentrico. La numerosità dei pazienti ha indotto la necessità di un PDTA che consenta di adottare un uniforme iter diagnostico-terapeutico, di razionalizzare i costi e definire precisi obiettivi per i differenti professionisti ed i relativi setting. La sperimentazione del PDTA ha coinvolto il DSb 54 e due centri di SM della Campania (CSM AOU Federico II e CSM SUN) e si è sviluppata col fine di ottenere un inquadramento epidemiologico distrettuale dei pazienti e un team territoriale di presa in carico dei pazienti. Fondamentale è stato l'approccio sistematico tra CSM e DSb, per una maggiore competenza sulla malattia e per il miglioramento della risposta del territorio. Nel corso dei primi sei mesi del 2016 questa modalità ha prodotto i seguenti risultati:

- costruzione di un database;
- acquisizione del livello di disabilità dei pazienti
- realizzazione di una porta unica di accesso e di un team distrettuale
- implementazione dei sistemi informatizzati di comunicazione.

La sperimentazione ha dimostrato che una corretta presa in carico della persona con SM, non può essere affidata al singolo CSM, ma ad un team distrettuale; per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e migliorare l'efficacia, favorendo la continuità tra ospedale e territorio

Il modello ha evidenziato punti di forza e criticità, stimolando l'adozione di interventi migliorativi prima della completa diffusione su scala regionale. Uno degli elementi caratterizzanti della fase sperimentale è stata la formazione dei professionisti del distretto. Non sono stati ancora definiti precisi indicatori di processo e di risultato per la misurazione delle performance, fondamentale per la valutazione dell'efficacia/efficienza del percorso diagnostico terapeutico, per la definizione dei costi e per la verifica del miglioramento d

*Pdta; sclerosi multipla; integrazione ospedale territorio*

**ID 745**

**REVISIONE DELLA DOTAZIONE DI APPARECCHIATURE ECOGRAFICHE AZIENDALI E RAZIONALIZZAZIONE D'USO**

M. Passaro 1; L. Sorrentino 1; M.C. Bussone 2; R. Conenna 3; A. Minicucci 4

1 Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon

2 Economista A.O.U. Federico II di Napoli

3 DS Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon

4 DG Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon

**INTRODUZIONE**

La Regione Campania, ha richiamato l'attenzione al tema "HTA" attraverso la "DGR n. 64 del 07/03/201 e con il PRO 2007-2009. L'Azienda Santobono-Pausilipon, è impegnata da tempo nell'implementazione di un Sistema di HTA Aziendale; ha istituito una commissione ed effettuato un Rapid HTA per l'aggiornamento riallocazione dei dispositivi "ecotomografi".

**METODI**

L'AORN, a fini organizzativo-gestionali ha ritenuto necessaria la valutazione della tecnologia "apparecchiature ecografiche" e la metodologia di lavoro ha previsto tre linee di attività: 1) analisi delle evidenze scientifiche rispetto ad alcune dimensioni, es. appropriatezza clinica; 2) censimento e revisione degli ecografi installati e utilizzati nell'A.O.R.N.; 3) analisi della possibile riorganizzazione ed ottimizzazione d'uso degli stessi.

**RISULTATI**

L'AORN è organizzata in tre Presidi. Per ogni Presidio è stato effettuato un aggiornamento della dotazione numerica di apparecchiature ecografiche, revisionando la tipologia, la destinazione d'uso, il grado obsolescenza, l'allocazione in unità/reparti, la possibile condivisione degli stessi da parte di più aree e la peculiarità d'uso in Dipartimenti ad alta intensità di cura.

**CONCLUSIONI**

Per l'appropriatezza e l'efficienza allocativa, non sono stati reperiti in letteratura documenti basati su prove di efficacia. Dal nostro lavoro emergono alcune osservazioni: è prioritario verificare, previa acquisizione di un ecografo di una data tipologia, la rispondenza per fascia e caratteristiche alle attività alle quali esso vuole essere destinato. In caso di acquisizione di un nuovo dispositivo di tipologia già presente, bisogna verificare se l'ecografo già in uso può assorbire le nuove necessità in termini di volumi attività e tempi di utilizzo. Di fronte al verificarsi di problematiche organizzativo-logistiche, bisognerebbe organizzare una rotazione dei professionisti sullo stesso dispositivo

*HTA, ECOTOMOGRIFI*

**ID 749**

**VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE: UN ESEMPIO DEL RUOLO DELLA DIREZIONE MEDICA PER UNA EFFICACE PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI**

R. Ragusa 1,2; S. Rametta 3; A. Lombardo 1,4; R. Quattrocchi 1,2; G. Sarpietro 5

1 Commissione HTA A.O.U. Policlinico "G. Rodolico" - Catania

2 Direzione Medica di Presidio P.O. G. Rodolico A.O.U. Policlinico- V. Emanuele Catania

3 Specialista in Igiene e Medicina Preventiva Università di Catania

4 Infermiere addetto controllo de

**OBJECTIVE**

The HTA Committee of University Hospital "G. Rodolico" of Catania received the form with the purchase request of 4 hysteroscopes.

HTA report has been developed to answer the following questions:

Policy question: what is the optimal use for mini hysteroscope for gynecological problems in terms of effectiveness, safety and economic costs compared to the alternatives?

Research question: Are the mini hysteroscope for all gynecological problems safe, painless, effective and cost-effective?

**METHODS**

We have identified and described some different types of hysteroscopes available on the Italian market and performed a context analysis to show their impact in terms of spending and consumption. We performed a systematic review of literature in order to synthesize the evidence on comparative efficacy, safety, and pain relating to the use of technology in object.

The evaluation was conducted using a multidisciplinary approach and has provided an analysis of the 7 following domains:

- Health problem and current use of the technology
- Description and technical characteristic of technology
- Clinical effectiveness
- Safety
- Costs, economic evaluation
- Organizational aspects
- Ethical aspects

**RESULTS**

We did a context overview and we have reported a summary for each domain analyzed. Research questions domains were ranked using a 5-point scale. There are no big differences in the organizational aspects: all these tools are used on an outpatient basis. Having analyzed all the examinations performed at our operating units of Gynecology is appropriate to provide for the purchase of n. 3 hysteroscopes 5 mm and 1 mini hysteroscope 4 mm.

**CONCLUSIONS**

This evaluation is intended to provide an example of a guide for an evidence-based use of this technology and could help improve the allocation of public funds. We recommend decision makers to consider carefully the effectiveness and safety aspect related to the use of the technology in each contest.

*HTA, valutazione prestazioni, epidemiologia*

**ID 020**

**QUALITÀ DELLA VITA DEGLI STUDENTI DELLE LAUREE SANITARIE DELL'UNIVERSITÀ DI CHIETI-PESCARA**

I. Zecca 1; G. Di Martino 1; T. Garzarella 1; M. Nocciolini 1; A. Pamio 1; I. Porfilio 1; V. Videlei 1; P. Di Giovanni 2; T. Staniscia 1; F.S. Schioppa 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

2 Dipartimento di Farmacia, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

**INTRODUZIONE**

Diversi studi hanno dimostrato che la qualità della vita (QdV) degli studenti universitari delle lauree sanitarie è influenzata da elevati livelli di stress, dal rapporto con la malattia dei pazienti e dal carico di lavoro. L'obiettivo dello studio è stato quello di descrivere la QdV percepita dagli studenti universitari iscritti presso l'Università di Chieti-Pescara e di valutarne i fattori correlati

**METODI**

L'indagine, condotta nell'anno accademico 2015/16, ha interessato gli studenti iscritti ai corsi dell'Area Sanitaria dell'Università di Chieti-Pescara. Ad un campione di 519 studenti è stato somministrato un questionario anonimo composto da una sezione anagrafica, una scala analogica visuale (VAS) per valutare la percezione dello stato di benessere e dalla versione italiana del Psychological General Well-Being Index (PGWBI) per misurare la QdV. La validità del questionario PGWBI è stata valutata mediante il coefficiente di Cronbach. L'analisi dei dati è stata eseguita mediante l'utilizzo del test U di Mann-Whitney e del coefficiente Rho di Spearman

**RISULTATI**

La validità del PGWBI è risultata essere 0,882. È stata evidenziata una correlazione positiva tra VAS e PGWBI ( $p < 0,001$ ). Non risultano differenze significative di QdV tra gli iscritti ai diversi corsi di studio e tra i vari anni di corso. Coloro che affermano di essere soddisfatti del proprio corso di studi riferiscono una QdV migliore ( $p = 0,050$ ) così come gli studenti maschi ( $p = 0,048$ ) soprattutto nei domini relativi all'ansia ( $p = 0,025$ ) e alla salute ( $p = 0,001$ ). Risulta inoltre migliore la QdV tra gli studenti residenti in Abruzzo ( $p = 0,014$ ), in particolare per i domini relativi all'ansia ( $p = 0,037$ ) e al benessere ( $p = 0,010$ )

**CONCLUSIONI**

La QdV degli studenti non risulta influenzata dalla tipologia del corso di studi e dall'anno di frequenza. Inoltre, i maschi e i residenti in Abruzzo riferiscono una QdV migliore confermando che il sesso e la lontananza dalla residenza rappresentano fattori di stress

**ID 046**

**REVISIONE TUTELA LAVORO FEMMINILE ULTIMI TRE ANNI 2014-2016**

A. Maffeo; L. Pezone; S. D'Alberto; A. Di Meo

ASL CASERTA, Aversa

Lo scenario geo politico sociale in cui operiamo è cambiato negli ultimi 100 anni in modo velocissimo e spesso poco comprensibile. Il mondo del lavoro è cambiato anch'esso con tutto quello che ne deriva in termini di modalità lavorative, aspetti normativi, previdenziali, assistenziali e di qualità di vita. Nuovi obiettivi e nuove obbligate scelte nella gestione sociale e degli affetti competono oggi alla generazione che sarà la forza lavoro del futuro prossimo e remoto. La CGIL ha proposto in Italia un referendum che permetta la modifica della Legge 300, lo statuto dei lavoratori. La convivenza stabile e l'avvento continuo e instabile di nuove popolazioni e nuove culture determina una trasformazione completa del mondo del lavoro in continua evoluzione. Una costante però rimane fissa rispetto a tutti i cambiamenti che si sono verificati e si susseguono: la delicatezza e la precarietà assoluta del lavoro femminile nelle sue più diverse sfaccettature. La percentuale più alta di disoccupazione in Italia riguarda l'universo femminile e quello che preoccupa in misura più imponente è la passiva accettazione di una mancanza cronica di possibilità lavorative da parte delle donne. Ciò influisce negativamente anche sul grado di istruzione della popolazione femminile del nostro paese dove le giovani generazioni, a fronte di una carenza di sbocchi lavorativi e di servizi dedicati alla famiglia ed alle donne, preferiscono non proseguire negli studi più impegnativi. Questo lavoro intende effettuare, attingendo ai motori di ricerca del settore, una revisione, certo difficilmente esaustiva, delle ultime acquisizioni, anni 2014-2016, in letteratura di lavoro al femminile, su una lavoratrice europea ed italiana tipo, nei suoi aspetti di promozione della salute e salvaguardia della salute riproduttiva, affermazione del diritto al lavoro ed alla legalità e di verifica dell'applicazione del Testo Unico vigente in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro.



**ID 066**

**L' ALLATTAMENTO AL SENO IN SICILIA: EFFETTI DELLO SVANTAGGIO SOCIOECONOMICO DEL CONTESTO TERRITORIALE E DI ALTRI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO**

P. Immordino 1; A. Cernigliaro 2; S. Palmeri 1; P. Miceli 2; R. Pomo 3; G. Bosco 4; M.C. Cammarata 4; G. Canzoneri 4; N. Casuccio 4; M. Cuccia 4; E. Di Pietro 4; F. Giurdanella 4; A. Strazzanti 4; F. Zagami 4; A. Casuccio 1; S. Scondotto 2

1 Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo

2 Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana

3 Ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefr

**INTRODUZIONE**

I benefici dell'allattamento materno fino a sei mesi di vita sono globalmente riconosciuti. Bassa adesione e cessazione precoce provocano conseguenze per la salute di madre e figlio, incrementi dei costi sanitari ed aumento delle disuguaglianze. L'obiettivo dello studio è descrivere la prevalenza dell'allattamento al seno in Sicilia e analizzare gli effetti dello svantaggio socioeconomico e di altri fattori di rischio.

**METODI**

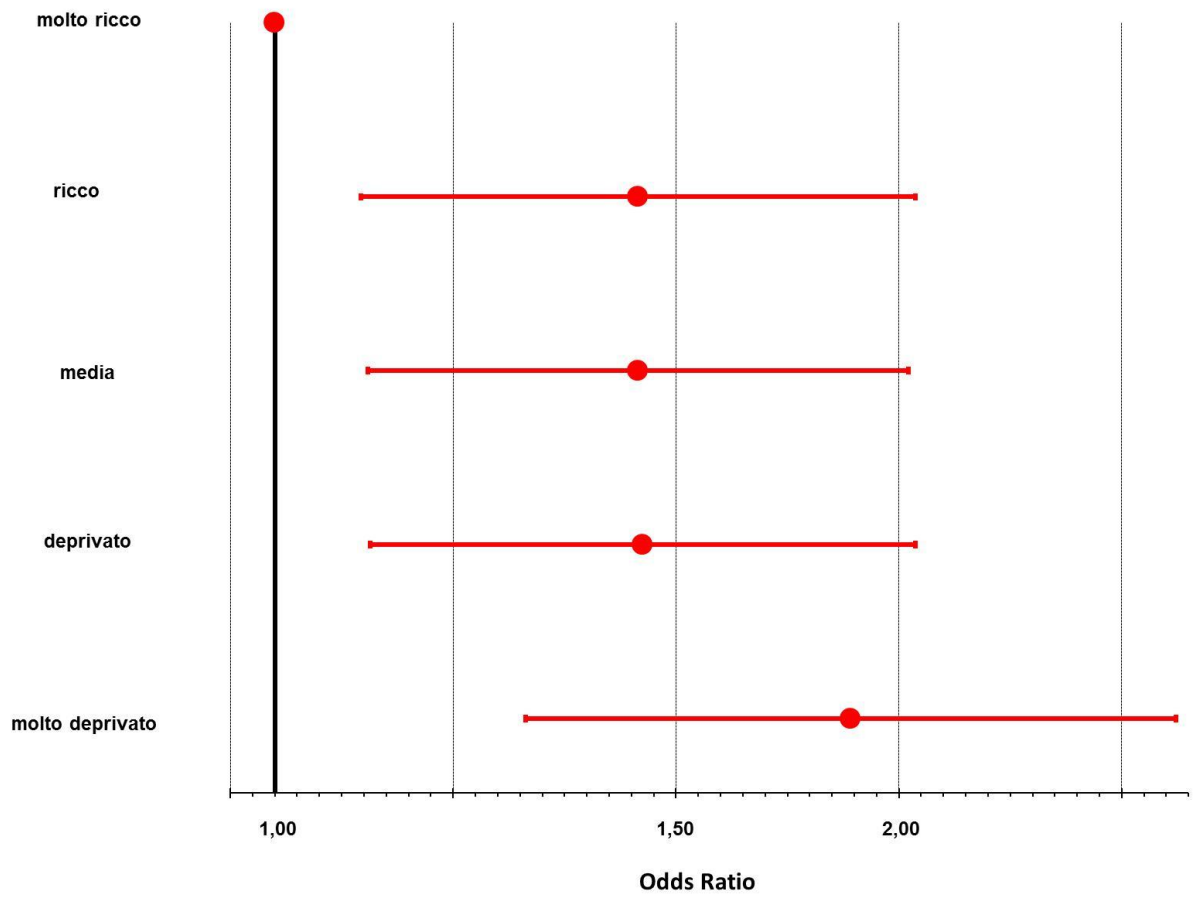
Nell'ambito di un'indagine sulla SIDS, sono state rilevate alcune informazioni sull'allattamento al seno in Sicilia. Nel mese di Maggio 2015, nei centri di vaccinazione della Sicilia, è stato somministrato un questionario a tutte le mamme che accedevano al primo ciclo vaccinale dei loro figli. Utilizzando i dati dell'ultimo censimento Istat è stato costruito un indice di posizione socioeconomica per rappresentare lo svantaggio di contesto. Per ciascuno dei cinque livelli di posizione socio-economica individuati, sono stati descritti la prevalenza e il rischio del mancato allattamento con alcuni fattori di rischio rilevati nell'ambito dell'indagine.

**RISULTATI**

La prevalenza di allattamento esclusivo è del 30,6%. La mancata pratica dell'allattamento si associa con lo svantaggio di contesto ( $\chi^2=14,9$ ), ed è maggiormente diffusa nelle aree a maggiore deprivazione socioeconomica (OR 1,81). La prematurità rappresenta fattore di rischio per la mancata adesione alla pratica dell'allattamento (OR 1,59).

**CONCLUSIONI**

Il presente studio conferma una bassa prevalenza di allattamento al seno in Sicilia, associata alla posizione socioeconomica di contesto, e quindi più bassa tra le donne che risiedono in aree a maggiore svantaggio. Confermata anche l'associazione con gli altri fattori di rischio, la pratica alla condivisione del letto tra madre e bambino e la prematurità. L'opportunità di analizzare anche l'aspetto del contesto suggerisce l'avvio di opportuni programmi di intervento orientati su specifici gruppi di popolazione a rischio.



**ID 086**

**“SALUTE IN CAMMINO, 10.000 MILA PASSI PER STAR BENE” DECLINAZIONE NELLA REALTÀ BIELLESE DI PERCORSI DI CAMMINO URBANO ED EXTRAURBANO LIBERAMENTE FRUIBILI DAI CITTADINI**

M.G. Comuniello 1; M. Bacchi 2; G. Graziola 3; S. D'agostino 4; G. Scrivano 5; N. Agostino 6; L. Sala 7

1 SISP Biella

2 Re.PES ASL Biella

3 Medicina dello Sport ASL Biella

4 Arpa Piemonte/Asl Biella

5 Medicina dello Sport ASL Biella

6 Direttore S.C. SISP ASL Biella

7 Direttore Dipartimento Prevenzione ASL Biella

**INTRODUZIONE e METODI**

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASLBI, si è reso promotore di un progetto per contrastare la sedentarietà attraverso un'alleanza tra Enti (ASLBI, Arpa Piemonte), Associazioni (CAI Piemonte) e Amministrazioni locali (Città di Biella, Candelo, Cossato e Comuni di Lessona e Vigliano Biellese), che hanno ridisegnato parte del loro territorio per aderire al progetto che ha portato alla realizzazione di percorsi di camminata segnalati e sicuri, urbani ed extraurbani, senza particolari difficoltà tecniche, liberamente fruibili dai cittadini, anche diversamente abili e sedentari, per fare attraverso il cammino all'aria aperta attività fisica. L'attività fisica giornaliera è riassunta dall'immagine del Bruco Millepiedi, logo del progetto, che percorre, per star bene, diecimila passi al giorno con una andatura che gli permette di "parlare con l'amico che gli cammina accanto, ma non di cantare".

**RISULTATI**

I Comuni partecipanti hanno individuato e attrezzato con cartellonistica più percorsi adatti al cammino ad intensità moderata. In ogni Comune un percorso è stato individuato come "la Scuola del Cammino". Su questo tratto lungo circa un chilometro, in giorni che saranno calendarizzati e resi noti alla popolazione, con la guida di esperti, si avrà la possibilità di apprendere la tecnica di camminata, la postura corretta, l'equilibrio, la corretta respirazione, la coordinazione e il ritmo.

**CONCLUSIONI**

Il seminario di presentazione del progetto "Salute in cammino, 10000 passi per star bene" ha evidenziato il valore individuale e sociale del progetto stimolando l'interesse di altre Amministrazioni ad aderire per contrastare, in modo semplice ed economico la sedentarietà e promuovere l'esercizio fisico, modulandolo sulle capacità individuali, ma anche per migliorare la cultura della sicurezza stradale e favorire la creazione di percorsi urbani ed extraurbani da dedicare all'utenza debole.

**ID 111**

**NORDIC WALKING, CAMMINO, MI DIVERTO, STO MEGLIO. ATTIVAZIONE COLLABORAZIONE CON ASSOCIAZIONI DI NORDIC WALKING**

T. Menegon 1; E. Ciot 2; S. Cinquetti 3

*Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo (TV)*

**INTRODUZIONE**

Promuovere l'attività fisica rappresenta un'azione di sanità pubblica prioritaria. Il Piano Regionale della Prevenzione Veneto 2014-18 ha fissato tra gli standard da raggiungere entro il 2018 l'aumento del 10% del numero di persone che svolgono la quantità di attività fisica raccomandata dall'OMS. Attualmente solo un terzo della popolazione 18-64 anni è fisicamente attivo. La maggiore accessibilità all'attività fisica può essere garantita solo attraverso un lavoro di rete tra diversi partner che si alleano con il fine comune di promuovere l'attività fisica per la salute.

**METODI**

Attivazione di una collaborazione con associazioni di Nordic Walking (NW), per la programmazione di attività indirizzate alla popolazione adulta. Dopo un censimento delle realtà locali, si sono contattate le associazioni per un primo incontro di illustrazione degli intenti e l'ideazione di un'azione condivisa. Condizioni per far parte del percorso era l'adesione a "Lasciamo il Segno – la Rete trevigiana per l'attività fisica" e la firma di un patto d'intesa. Sono stati svolti 5 incontri finalizzati alla co-progettazione delle azioni.

**RISULTATI**

Le associazioni aderenti sono state 4 su 7 inizialmente contattate. È stato prodotto, con logo dell'Azienda ULSS, un dépliant informativo sulla disciplina del NW con i riferimenti delle associazioni cui rivolgersi nel territorio per iniziare a praticare tale attività. Il depliant è scaricabile dal sito web dell'ULSS e distribuito sia dalle associazioni sia dall'ULSS nell'ambito del programma di screening cardiovascolare. Sono stati organizzati in diversi punti del territorio 3 eventi gratuiti per la promozione del NW, di cui uno già realizzato con la partecipazione di circa 40 persone.

**CONCLUSIONI**

Quella descritta è una delle azioni messe in atto dall'ULSS7 per diffondere la pratica dell'attività fisica nelle persone adulte ancora lavorativamente attive, in parallelo ai gruppi cammino indirizzati principalmente a fasce di età più anziane.

**ID 115**

**CALCIO E SALUTE. PROMUOVERE LA SALUTE NEL SETTING "SPORT"**

S. Cinquetti; T. Menegon; E. Ciot

*Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)*

**INTRODUZIONE**

Il setting "sport" è ancora poco esplorato nei programmi di promozione della salute. L'azienda ULSS7 ha sperimentato una collaborazione con un'associazione sportiva dilettantistica (ASD) calcistica del territorio che aveva richiesto un supporto principalmente orientato alla presa in carico degli atleti e ai percorsi diagnostici legati all'attività sportiva, cogliendo l'occasione per proporre una visione più integrata di promozione della salute dei giovani atleti, di rilancio del calcio come palestra di vita e di buona educazione e di un modello di società calcistica nuovo.

**METODI**

Sono state coinvolte tutte le squadre della ASD Vittorio Falmecc S. Martino Colle. Durante gli allenamenti sono state poste e video registrate 6 domande stimolo sull'idea di salute e di prevenzione dei ragazzi. Successivamente, in collaborazione con dirigenti della ASD e un esperto di comunicazione che ha curato le riprese e il montaggio, sono state scelte le risposte più significative da restituire all'interno di un convegno. È stata videoregistrata e proposta al convegno anche un'intervista a un ragazzo che a 16 anni ha avuto un'esperienza nelle giovanili dell'Inter per poi affrontare il rientro nella propria città e la fatica di rimettersi a giocare.

**RISULTATI**

Realizzazione di 4 video interviste di ragazzi e di un video testimonianza. Realizzazione del convegno "Calcio e salute" in cui sono intervenuti l'ex calciatore e attuale CT della nazionale albanese Gianni De Biasi e Matteo Guardalben, ex portiere di diverse società di Serie A e B, oltre a 2 professionisti ULSS che hanno focalizzato i temi stili di vita e dipendenze. Al convegno hanno partecipato oltre 300 persone tra giocatori e familiari.

**CONCLUSIONI**

L'esperienza proposta ha permesso di allargare l'attenzione su vari aspetti della salute di un giovane atleta, come l'aspetto educativo dello sport rispetto agli stili di vita e al vivere il gioco come condivisione e crescita e non solo come competizione e agonismo.

**ID 129**

**DIETA MEDITERRANEA E IL RISCHIO DI CANCRO GASTRICO: RISULTATI DI UNO STUDIO CASO-CONTROLLO CONDOTTO IN ITALIA**

R. Amore 1; E. Leoncini 1,3; J. Stojanović 1; L. Giraldi 1; D. Arzani 1; R. Pastorino 1; S. Boccia 1,2,3

1 *Universita` Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

2 *Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma*

3 *IRCCS San Raffaele Pisana - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Roma*

**INTRODUZIONE**

Il cancro gastrico (CG) rappresenta la quinta neoplasia più comune nel mondo. Più del 70% dei casi si verifica nei paesi in via di sviluppo. Nel secolo scorso è stato osservato un calo dell'incidenza dovuto principalmente ad una dieta più varia, una migliore conservazione dei cibi e al controllo dell'infezione da *Helicobacter pylori*.

La dieta mediterranea (DM) ha un ruolo importante nella prevenzione e nel controllo della morbilità e mortalità precoce causate da malattie non trasmissibili. Le evidenze sul suo ruolo in relazione al CG sono però limitate. Lo scopo di questo studio è di valutare l'associazione tra l'aderenza alla DM e delle sue singoli componenti e l'insorgenza del CG.

**METODI**

Dal 2003 al 2015, presso la Fondazione Policlinico "A. Gemelli" di Roma, è stato condotto uno studio caso-controllo. Sono stati intervistati 223 pazienti con CG e 223 individui sani. Mediante un questionario validato sono state valutate le abitudini alimentari dei soggetti coinvolti nello studio, con domande relative alla frequenza di assunzione di più di 25 alimenti. Per valutare l'associazione tra l'aderenza alla DM e le sue singoli componenti e l'insorgenza del CG è stato utilizzato un modello di regressione logistica.

**RISULTATI**

Quello che emerge dallo studio è che seguire la tradizionale dieta mediterranea riduce il rischio di CG (OR: 0,70; 95% CI: 0,61-0,81). Sono inoltre associati ad un minor rischio di CG: un elevato consumo di verdure (OR: 0,34; IC 95%: 0,14-0,85), legumi (OR: 0,13; IC 95%: 0,06-0,29) e pesce (OR: 0,33; 95% CI: 0,15-,68) così come un basso consumo di carne (OR: 0,29; 95% CI: 0,10-0,85) e alcol (OR: 0,46; 95% CI: 0,24-0,90).

**CONCLUSIONI**

Il nostro studio indica un ruolo protettivo del modello alimentare "dieta mediterranea" dovuto principalmente ad un consumo elevato di verdura, legumi e pesce, e ad un'assunzione moderata di alcol e carne rossa. Un consumo elevato di frutta non sembra avere un ruolo protettivo sul rischio di CG.

**ID 131**

**INSOMNIA: SLEEP DISORDER & MEDITERRANEAN DIET IN ADVANCEMENT, STUDIO CROSS-SECTIONAL TRA STUDENTI DI SCIENZE INFERMIERISTICHE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

V. Gianfredi 1; D. Nucci 2,3; A. Tonzani 4; M. Villarini 4; M. Moretti 4

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento Medicina Sperimentale, Università degli studi di Perugia, Perugia;

2 Dipartimento di Medicina Sperimentale, Centro Sperimentale per la Promozione della Salute, Università degli Studi

**INTRODUZIONE**

L'insonnia è definita da International Classification of Sleep disorders, International Classification of Diseases e nel Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, come esperienza di sonno insufficiente o di scarsa qualità composto da almeno uno dei seguenti: difficoltà a iniziare o mantenere il sonno, risveglio precoce, sonno poco ristoratore. In Italia, lo studio Morfeo 1, rileva una prevalenza pari al 20% con il 44% dei soggetti che presenta anche sintomi diurni. La deprivazione cronica di sonno causa disturbi cognitivi con ripercussioni sulla vita sociale. È noto come anche gli stili di vita incidano, a loro volta, sul sonno. Alcune delle "norme igieniche del sonno" riguardano il fumo, il consumo di caffè e la dieta. La Dieta Mediterranea (DM), con il suo elevato contenuto di triptofano, può influenzare positivamente il sonno e proteggere da stress e ansia.

**METODO**

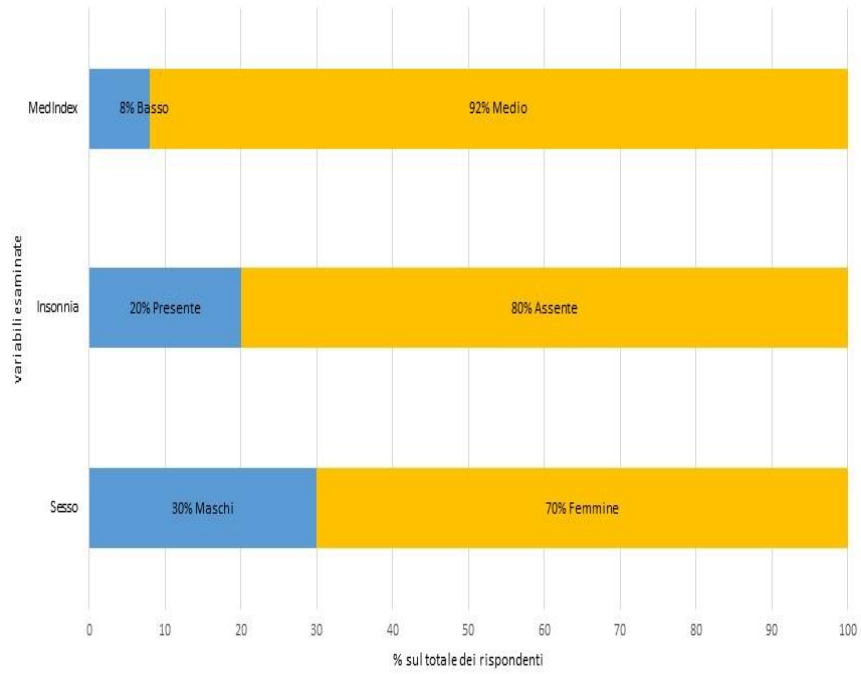
Studio cross-sectional a studenti di Scienze infermieristiche dell'Università di Perugia al fine di valutare la prevalenza di disturbi del sonno e l'aderenza alla DM (calcolo del MedIndex) **RISULTATI** Hanno completato il questionario 117 studenti su 185 (82 donne e 35 uomini; età media di 24 anni; MedIndex basso 8% e 92% medio; presenza di insonnia nel 20% dei casi) (Figura1). Il basso rendimento accademico ( $p=0.031$ ) e il sonno non ristoratore ( $p=0.005$ ) risultano maggiormente frequenti in soggetti con ridotta aderenza alla DM. L'insonnia con sintomi diurni, il dormire <7 ore a notte e un sonno povero risultano significativamente più frequenti in soggetti con assunzione di più di 3 caffè/die e con una scarsa qualità di vita ( $p<0.05$ ). I due tipi di insonnia si presentano maggiormente in soggetti con BMI $\geq$ 25 e infine l'insonnia notturna e il dormire <7 ore a notte sono significativamente più frequenti tra i fumatori (Tabella1)

**CONCLUSIONI**

Il rispetto delle norme comportamentali e l'adesione alla DM sembrano migliorare la qualità del sonno e, conseguentemente, il rendimento accademico.

*Key words: Dieta Mediterranea, Insonnia, Stili di vita, Studenti Scienze Infermieristiche  
Nessun conflitto di interessi*

Figura 1 Distribuzione del campione





**ID 138**

**LA MORTALITÀ RICONDUCEBILE AI SERVIZI SANITARI IN EUROPA NEL DECENNIO 2004-2013**

J. Lenzi 1; M.M. Gianino 2; M.P. Fantini 1; G. Damiani 3

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna; 2 Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino; 3 Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del

**INTRODUZIONE**

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari (amenable mortality) tra le misure più importanti per la valutazione della performance dei sistemi sanitari dei Paesi aderenti. Nolte e McKee hanno evidenziato un netto declino dei tassi di amenable mortality nel decennio 1997-2007, anche se con livelli di variazione diversi da Paese a Paese. Il nostro studio ha come obiettivo l'aggiornamento delle stime dei tassi di ventitré paesi europei e la descrizione del trend del fenomeno nel periodo compreso tra il 2004 e il 2013.

**METODI**

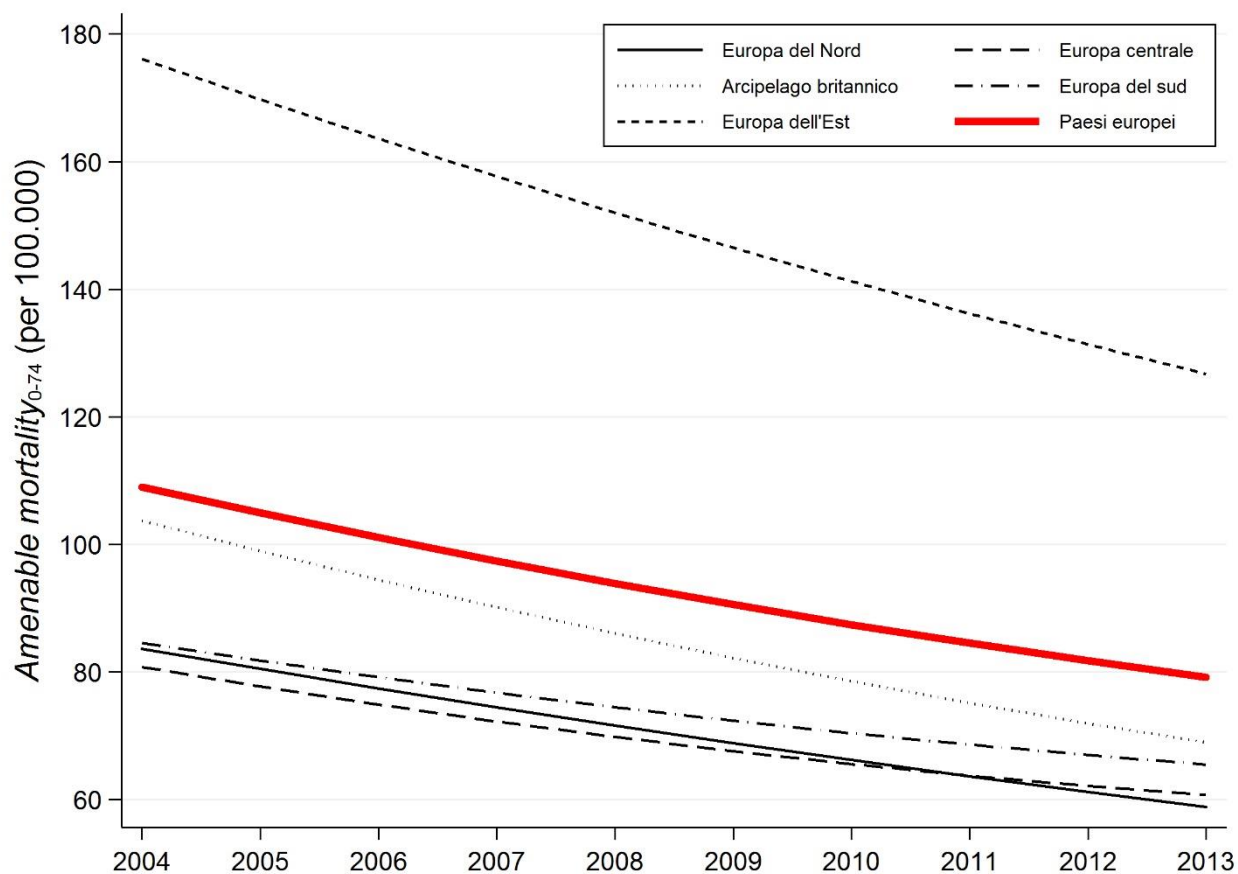
È stato condotto uno studio descrittivo con l'ausilio di dati secondari provenienti dalla banca dati di mortalità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Usando la lista di cause di morte proposta da Nolte e McKee, i tassi di amenable mortality sono stati standardizzati per età prendendo a riferimento la popolazione OCSE del 2010. È stata condotta un'analisi di regressione polinomiale a effetti misti per determinare se specifiche aree geografiche sono associate a diverse traiettorie dei tassi nell'intervallo di tempo considerato.

**RISULTATI**

Il decremento medio annuo dell'amenable mortality nei Paesi in studio è stato pari a -3,7/100.000 ( $p < 0,001$ ) e ha mostrato un rallentamento nel corso degli ultimi anni (coefficiente del termine quadratico = 0,09,  $p < 0,001$ ). Come illustrato in Figura 1, Europa dell'Est e isole britanniche hanno assistito alla diminuzione più marcata del fenomeno (-6,0 e -4,4, rispettivamente). Il decremento medio annuo è stato pari a -0,5 ( $p < 0,001$ ) per i decessi per tumori e a -2,6 ( $p < 0,001$ ) per i decessi per cause cardiovascolari, con differenze significative tra i Paesi.

**CONCLUSIONI**

Il declino della mortalità riconducibile ai servizi sanitari in Europa è confermato anche negli ultimi anni, anche se in maniera meno marcata rispetto al periodo precedente il 2007 e con livelli di variazione diversi a seconda dell'area geografica.



**ID 141**

**ATTIVITÀ FISICA E QUALITÀ DELLA VITA DEI DETENUTI IN ITALIA. RISULTATI PARZIALI PER LA CITTÀ DI PALERMO ALL'INTERNO DI UNO STUDIO MULTICENTRICO.**

S. Provenzano; O.E. Santangelo; G. Napoli; V. Bonanno; A. Firenze

*Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile 'G. D'Alessandro' - Università degli Studi di Palermo.*

**INTRODUZIONE**

Uno studio trasversale multicentrico è stato avviato nel 2015 dalle Università "Sapienza" di Roma e di Cassino, in collaborazione con quella di Palermo, al fine di misurare i livelli di attività fisica e la qualità della vita (QoL) dei detenuti. Lo studio fornisce i RISULTATI della città di Palermo.

**METODI**

La survey condotta su un campione di detenuti del carcere Pagliarelli, ha rilevato il livello di attività fisica attraverso l'International Physical Activity Questionnaire, espresso in equivalenti metabolici totali per settimana (MET). Il questionario SF-12 è stato utilizzato per valutare l'esito della QoL nella dimensione fisica (PCS) e psichica (MCS). Ulteriori variabili socio-anagrafiche e comportamentali sono state considerate per descrivere il campione.

**RISULTATI**

Il campione ha incluso 168 detenuti (83,3% di sesso maschile) con età media di  $41,0 \pm 13,3$  anni. I livelli medi complessivi di MET totali sono  $7935,4 \pm 11653,1$ ; PCS:  $44,9 \pm 10,9$ ; MCS:  $40,2 \pm 12,7$ . Le analisi bivariate mostrano il PCS associato direttamente con MET totali ( $r= 0,16$ ;  $P=0,036$ ) e lo stato civile coniugato ( $P=0,046$ ), inversamente con età ( $r=-0,40$ ;  $P=0,000$ ), BMI all'inizio della detenzione ( $r=-0,22$ ;  $P=0,012$ ), BMI attuale ( $r=-0,19$ ;  $P=0,016$ ) e i mesi di detenzione scontati ( $r=-0,16$ ;  $P=0,048$ ). L'MCS si è rivelato direttamente associato con BMI attuale ( $r=0,17$ ;  $P= 0,037$ ) e MET totali ( $r= 0,23$ ;  $P=0,003$ ). Nelle analisi di regressione multipla, il PCS è associato in maniera inversa con l'età ( $b=-0,27$ ;  $P=0,000$ ); l'MCS migliora con l'aumentare dei MET totali ( $b=0,24$ ;  $P=0,0044$ ) e con il BMI attuale dei detenuti ( $b=0,48$ ;  $P=0,030$ ).

**CONCLUSIONI**

I livelli di attività fisica e di QoL a Palermo sono inferiori rispetto a quelli rilevati nel Lazio in uno studio pilota. È confermata l'associazione tra il livello di attività fisica dei detenuti e QoL. Tale relazione si mantiene, dopo la correzione per i potenziali confondenti, solo per MCS.

**ID 172**

**La Scuola che promuove benessere fisico ed opportunità di lavoro: il Liceo Scientifico per le professioni del turismo di montagna**

A. Prestini 1; M. Peterlongo 2

1 *Dirigente Medico. Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica Centro SUD. Dipartimento di Prevenzione. APSS Trento. Guida Alpina, collabora nell'attività tecnico-pratica prevista dal Liceo della Montagna*

2 *Presidente delle Guide Alpine della Provincia*

**PREMESSE**

Sport ed attività fisica sono parte importante di una vita in benessere. L'ambiente di montagna del Trentino rappresenta una risorsa per la promozione dell'attività fisica nel rispetto della natura e la sostenibilità ambientale. La Provincia Autonoma, attraverso i Collegi dei Maestri di Sci e delle Guide Alpine con apposite leggi sostiene la formazione dei professionisti della montagna abilitati.

Dall'anno scolastico 2005/06 nasce a Tione il Liceo Scientifico per le Professioni del Turismo di Montagna voluto dal Servizio Turismo e dal Servizio Istruzione della PAT in concerto con i Presidenti del Collegio delle Guide Alpine e dei Maestri di Sci e il Dirigente dell'Istituto Guetti.

**METODI**

Gli obiettivi di questo percorso scolastico, unico nel suo genere in Italia, sono la formazione di giovani professionisti della montagna, che abbinano le competenze tipiche dei Maestri di sci e delle Guide alle discipline del Liceo Scientifico. La formazione degli studenti viene affidata ai Collegi dei Maestri di Sci e delle Guide, coordinati dal docente referente del Liceo.

**RISULTATI**

88% ha conseguito l'abilitazione di Maestro di sci

2,5% ha conseguito l'abilitazione di Aspirante Guida Alpina

68% ha conseguito l'abilitazione di Accompagnatore di Territorio o Media Montagna

Dati forniti dall'Istituto di Istruzione Guetti

**CONCLUSIONI**

Il benessere dell'individuo e di una comunità dipende anche dai corretti stili di vita, fra cui una sana attività fisica, una legittima aspettativa di lavoro e di una stabilità economica ad esso correlata.

Il Liceo Scientifico della Montagna nato Tione nel 2005 costituisce un esempio concreto di sostenibilità per ragazzi e ragazze che abbiano la voglia e la fortuna di poter intraprendere questo percorso scolastico che li porta a sviluppare nei 5 anni curriculari abilità tecnico-pratiche spendibili già da subito nelle professioni della montagna.

**ID 173**

**STUDIO SUGLI STILI DI VITA DI ASSISTITI CON DIABETE PRESSO L'AMBULATORIO DEL POLICLINICO DI MONSERRATO, CAGLIARI**

L. Lai 1; B. Soggiu 1; A. Mereu 1; S. Poerio 1; R. Melis 1; M. Tuveri 2; M. Campagna 1; R.C. Coppola 1

1 Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare  
2 CENTRO DIABETOLOGICO AOU CAGLIARI - AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI CAGLIARI

**INTRODUZIONE**

La prevalenza mondiale di adulti con diabete è aumentata nelle ultime decadi. Una persona con diabete dovrebbe essere fautrice, insieme a chi la ha in cura, della costruzione del proprio percorso terapeutico, così da poter gestire autonomamente la propria cura e accettare meglio i cambiamenti da apportare nella propria quotidianità. Cambiare il proprio stile di vita risulta la parte della terapia più difficile da seguire, soprattutto per alimentazione e attività fisica. In un progetto finanziato dal Ministero, un gruppo di lavoro dell'Università di Cagliari ha indagato sugli stili di vita e la difficoltà ad applicare le indicazioni del personale sanitario nella vita di tutti i giorni tra gli utenti afferenti all'ambulatorio di diabetologia del Policlinico Universitario di Monserrato (CA).

**METODI**

Tra settembre 2014 e marzo 2015 sono state effettuate 404 interviste sugli stili di vita e 286 questionari sul grado di soddisfazione del servizio ambulatoriale.

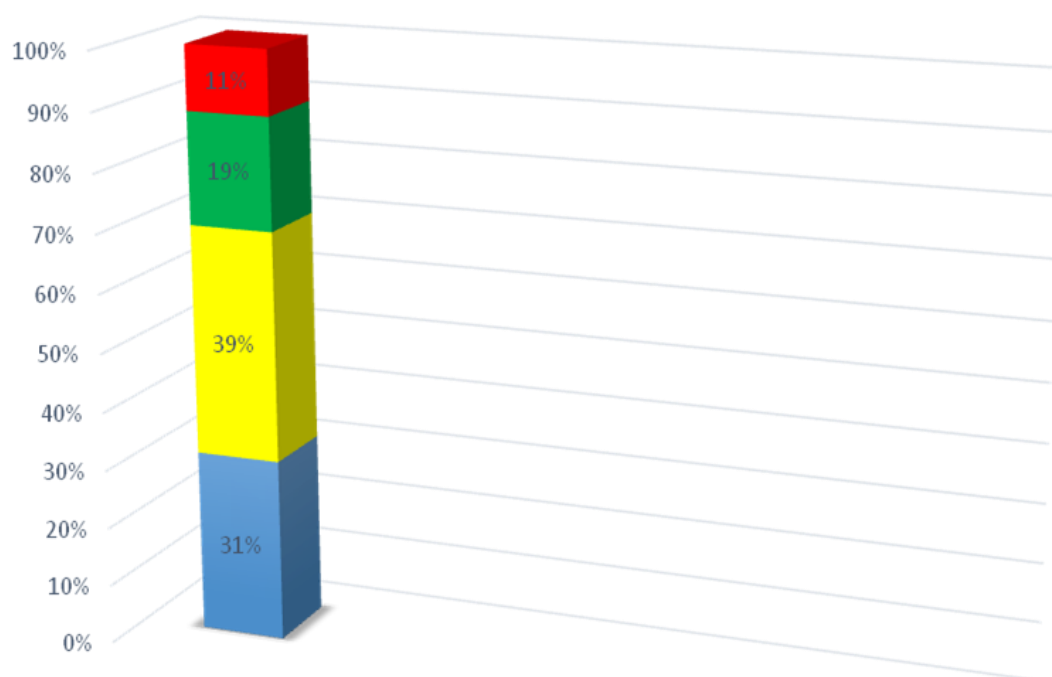
**RISULTATI**

Il 58% degli utenti consuma meno di 2 porzioni di verdura al giorno e il 65% più di 3 porzioni di carne alla settimana. Il 59% ha dichiarato di aver avuto una importante variazione rispetto alla dieta precedente alla diagnosi e il 63% di avere difficoltà a seguire i consigli alimentari proposti. Vi è una generale consapevolezza del significato di attività fisica e l'80% dichiara di praticarne. Più del 90% delle persone è abbastanza o molto soddisfatta del servizio offerto. Le criticità più importanti sono risultate i tempi di attesa per le visite e le difficoltà nel contattare il servizio al di fuori degli appuntamenti. I RISULTATI sono stati comunicati agli operatori sanitari dell'ambulatorio.

**CONCLUSIONI**

L'efficacia del trattamento dipende in larga misura dal coinvolgimento attivo della persona: il supporto nel cambiamento della quotidianità e la partecipazione nelle scelte terapeutiche sono basilari per una gestione efficace del diabete.

## Intensità attività fisica



■ lieve ■ moderata ■ vigorosa ■ inattivi

# Abitudini alimentari

2 o 3 porzioni di frutta al giorno → 65%

≥2 porzioni di verdura al giorno → 42%

>3 porzioni di carne alla settimana → 65%

>3 porzioni di pesce al mese → 91%



- ▶ Basso consumo di verdura (sovrapposizione dati nazionali)
- ▶ Consumo di frutta condizionato dalla patologia → moderazione
- ▶ Eccessivo consumo di carne



**ID 187**

**MalProf: STRUMENTO DI PREVENZIONE**

C. Scarnera; A. Mirabelli; F. Rezza; A. Bisignano; G. Bruno  
S.Pe.S.A.L ASL TA; TARANTO

**INTRODUZIONE**

La finalità e l'aggiornamento del datawarehouse MalProf è lo studio delle patologie lavoro-correlate permettono di utilizzare i dati statistici per programmare specifiche attività preventive. Basato sulla registrazione delle segnalazioni ex art. 139 del DPR 1124/65 pervenute al Dipartimento di Prevenzione delle ASL, assegna dei 'nessi' tra Malattia Professionale segnalata ed attività lavorativa svolta.

**METODI**

Dalla banca dati MalProf sono state enucleate tutte le malattie professionali inserite nel periodo 2013-2015 per il territorio della ASL Taranto. Si è quindi concentrata l'attenzione sulle patologie con nesso causale complessivo "molto probabile" e "probabile" e tra queste si sono analizzate le patologie tumorali. Sono quindi state catalogate le stesse nei diversi comparti lavorativi: Cantieristica navale, Edilizia, Fabbricazione laterizi, Industria cementi, Metalmeccanica, Petrolchimico, Sanità, Servizi, Siderurgico e Trasporti.

**RISULTATI**

Sono stati evidenziati in totale 223 tumori nel triennio di riferimento. Il settore Siderurgico è quello in cui si evidenzia la percentuale maggiore (66%), seguito dal settore metalmeccanico (16%) e dalla cantieristica navale (8%). La neoplasia più rappresentata è senz'altro quella polmonare (38%), quindi il mesotelioma maligno (18%) e il tumore vescicale (12%).

**CONCLUSIONI**

L'elevato numero di casi di neoplasia osservati nel comparto siderurgico, settore preponderante nel tessuto produttivo tarantino, riflette l'influenza dell'esposizione alle numerose sostanze cancerogene cui i lavoratori sono stati, negli scorsi decenni, esposti nelle diverse attività lavorative: asbesto, idrocarburi policiclici aromatici, solventi, ecc. elaborando mappe di rischio ovvero correlando le neoplasie più frequenti con i reparti a più alto rischio, è possibile poter programmare una specifica attività di vigilanza e controllo al fine di verificare l'effettiva eliminazione delle relative noxe professionali.



**ID 192**

**DISUGUAGLIANZE NELL'ASPETTATIVA DI VITA IN BASE AL TITOLO DI STUDIO NELLE ZONE URBANISTICHE DI ROMA**

L. Paglione; G. Migliara; C. De Vito; M. Marceca

*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Sapienza – Università di Roma;*

**INTRODUZIONE**

Il crescente interesse per le cosiddette disuguaglianze sociali di salute non ha portato, tranne che per alcune eccezioni, ad uno studio approfondito su base locale del tema. L'Ufficio di Statistica di Roma, nel 2009, ha aggregato le Zone Urbanistiche (ZU), unità amministrative in cui è divisa la capitale, in macroaree socioeconomicamente omogenee, dimostrando tra queste l'esistenza di un differenziale nell'aspettativa di vita.

**METODI**

Attraverso l'analisi dei dati del censimento 2011 su Roma, sono state ricavate per la popolazione residente maschile e femminile di ognuna delle 155 ZU, le percentuali di popolazione con: "Laurea o titolo superiore"; "Diploma Scuola Media Superiore"; "Diploma Scuola Media Inferiore"; "Licenza Elementare"; "Alfabeti"; "Analfabeti". E' stata ricavata la distribuzione dell'età per maschi e femmine. E' stata effettuata una regressione lineare tra la presenza di titoli di studio e l'aspettativa di vita nelle diverse macroaree, stratificata per età e genere.

**RISULTATI**

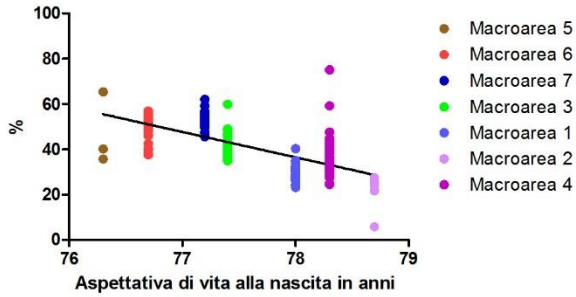
E' stata trovata una correlazione inversa tra aspettativa di vita e percentuale di residenti nelle ZU con titolo di studio pari a "Diploma Scuola Media Inferiore" o titolo inferiore sia per gli uomini ( $p < 0.001$ ) che per le donne ( $p < 0.001$ ). Analogo andamento mostra anche la sola percentuale di "analfabeti" ( $p < 0.001$ ). La stratificazione per età della popolazione residente ha mostrato come l'incremento della percentuale di popolazione con "Laurea o titolo superiore" è maggiore nelle ZU con una quota maggiore di ultra-cinquantacinquenni.

**CONCLUSIONI**

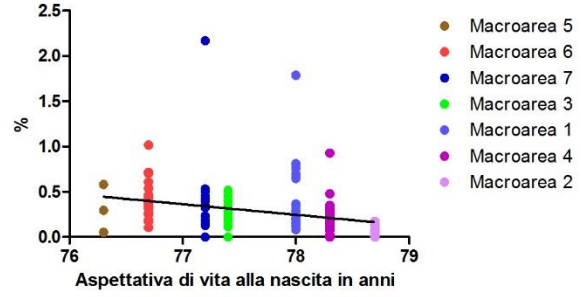
Incrociando dati provenienti da diverse fonti è possibile dimostrare, come da letteratura esistente, la presenza di disuguaglianze nell'aspettativa di vita correlate al titolo di studio: al decrescere del livello di istruzione diminuisce infatti l'aspettativa di vita della popolazione. Come segnalato dalla stratificazione per età, ulteriori valutazioni devono essere effettuate per misurare l'effetto di probabili confondenti.

*Disuguaglianze sociali, determinanti di salute, aspettativa di vita, Roma.*

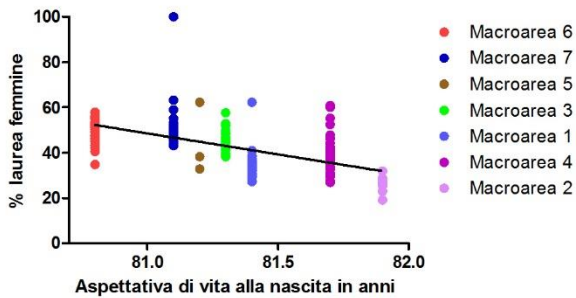
Percentuale di residenti uomini con titolo "Diploma di scuola media inferiore" o inferiore



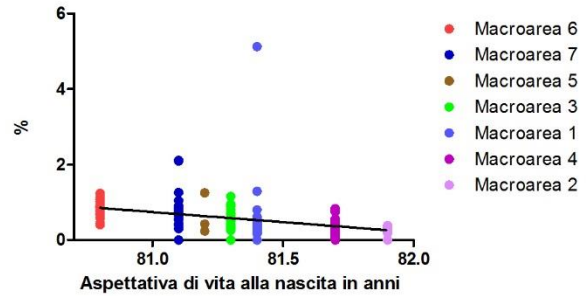
Percentuale di residenti uomini "Analfabeti"



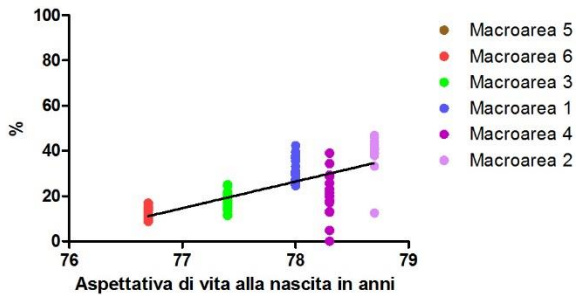
Percentuale di residenti donne con titolo "Diploma di scuola media inferiore" o inferiore



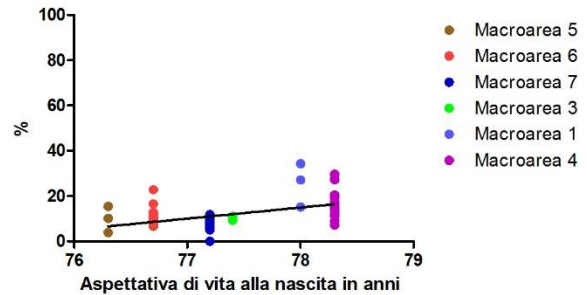
Percentuale di residenti donne "Analfabeti"



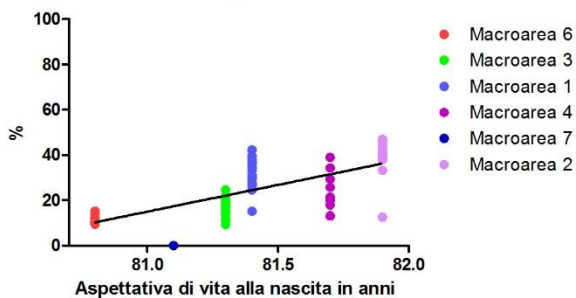
Percentuale di residenti uomini con titolo "Laurea o titolo superiore" in ZU con più del 30% di ultracinquantenni maschi



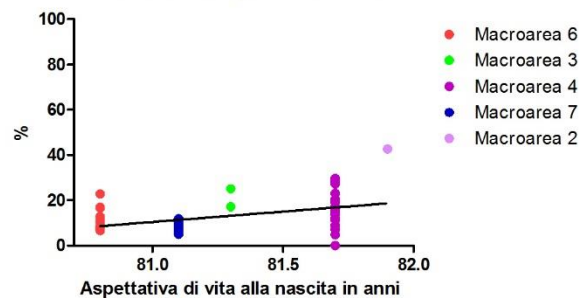
Percentuale di residenti uomini con titolo "Laurea o titolo superiore" in ZU con meno del 30% di ultracinquantenni maschi



Percentuale di residenti donne con titolo "Laurea o titolo superiore" in ZU con più del 37% di ultracinquantenni donne



Percentuale di residenti donne con titolo "Laurea o titolo superiore" in ZU con meno del 37% di ultracinquantenni donne



**ID 208**

**VULNERABILITÀ SOCIALE E SANITARIA: DISUGUAGLIANZE NELLE CURE ODONTOIATRICHE**

S. Galmozzi 1; A. D'Alleva 1; G. Zocco 1; P. Barbadoro 1,2; E. Prospero 1,2

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

2 SOD Igiene Ospedaliera, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

**INTRODUZIONE**

I livelli essenziali di assistenza garantiscono le cure odontoiatriche a carico del Servizio Sanitario Nazionale solo per soggetti ad alta vulnerabilità, sia essa sanitaria (gravi patologie che rendono necessarie le cure odontoiatriche) o sociale (condizioni di svantaggio sociale ed economico correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale). Scopo dello studio è quello di valutare l'associazione tra caratteristiche socioeconomiche e la rinuncia alle cure odontoiatriche nelle categorie più vulnerabili.

**METODI**

Sono stati utilizzati i dati dell'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013". Sono stati esclusi i soggetti con età inferiore ai 14 anni. Sono state confrontate, tramite test  $\chi^2$  e analisi multilivello, le caratteristiche di coloro che hanno rinunciato alle visite odontoiatriche nei 12 mesi antecedenti l'indagine. Il livello di significatività è stato posto a 0,05.

**RISULTATI**

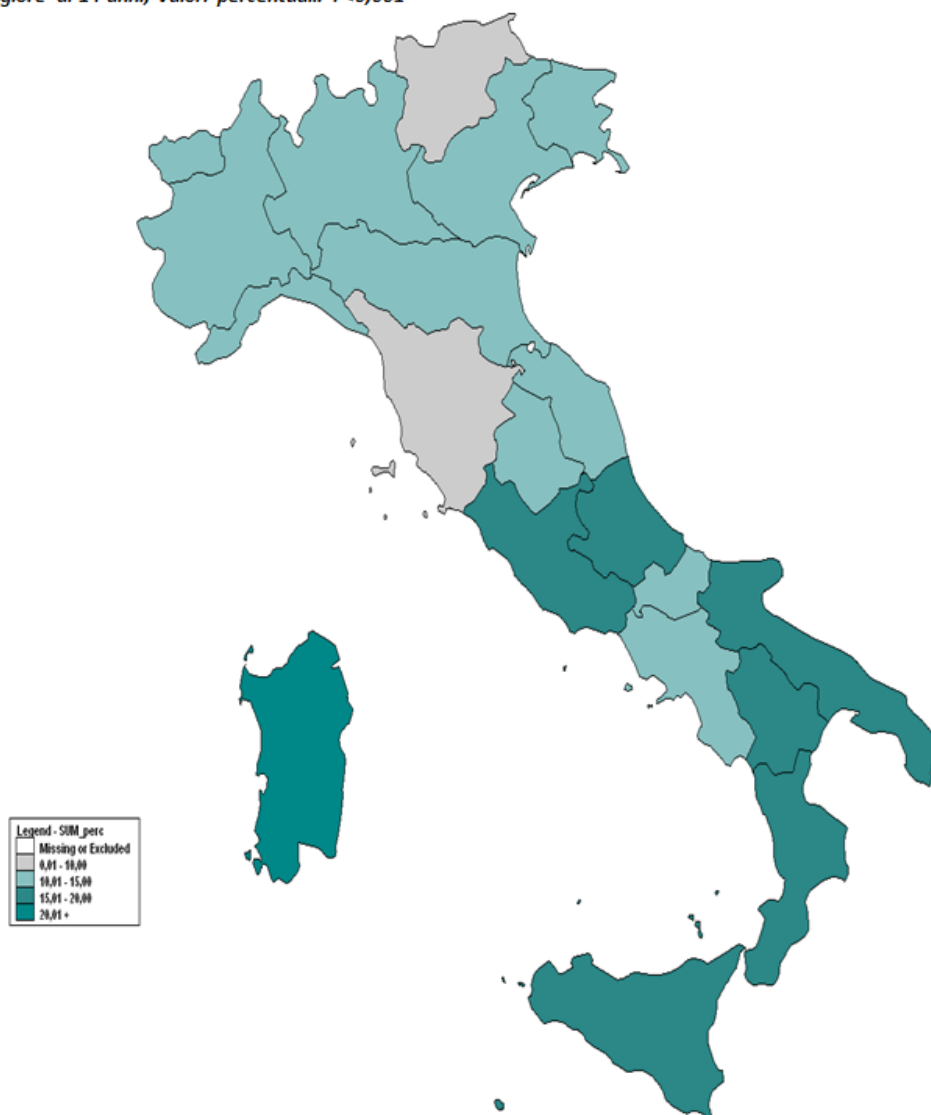
I soggetti che hanno rinunciato alle cure odontoiatriche sono stati il 13,8% (n=14432). Il 78,8% di questi rinuncia a causa dei costi eccessivi delle cure. La rinuncia viene influenzata dall'età adulta, dal sesso femminile e dalla cittadinanza straniera. Anche essere disoccupato, avere una malattia cronica, un basso livello di istruzione, risorse economiche scarse e basso livello di salute correlano con la rinuncia alle cure. Condizioni di invalidità, disabilità e bisogno di assistenza domiciliare non influenzano la rinuncia alle prestazioni, come invece accade per la regione di residenza (Figura 1).

**CONCLUSIONI**

La rinuncia alle cure odontoiatriche è molto presente nel Paese. Mentre soggetti anziani e con gravi patologie non rinunciano alle cure, lo stesso non avviene per adulti con patologie croniche, stranieri, di sesso femminile e con condizioni socio-economiche precarie. Risulta quindi che la vulnerabilità sanitaria venga tutelata maggiormente rispetto a quella sociale.

*disuguaglianze, cure odontoiatriche, vulnerabilità sociale*

Figura 1 - Associazione tra regione di residenza e rinuncia alle cure odontoiatriche, su un campione totale di 104086 soggetti con età maggiore ai 14 anni; valori percentuali.  $P < 0,001$



**ID 217**

**EMP-H-PROJECT: UN METODO PER PROMUOVERE STILI DI VITA SALUTARI NEL SETTING SANITARIO; L'ESEMPIO DELL'OSPEDALE DI BIELLA**

M.Bacchi 1; F.Faggiano 2; A.Coppo 3; P.Tempia 4; Y.Sacco 5

1 Coordinatore scientifico del Progetto SISP ASL di Biella

2 Università del Piemonte Orientale

3 Università del Piemonte Orientale

4 Psicologia Clinica ASL di Biella

5 Project Manager ASL di Biella

Il progetto(<http://www.emp-h-project.eu/>)sperimenta in diverse realtà europee un modello di intervento per promuovere stili di vita salutari(no fumo,meno alcool,alimentazione corretta,attività fisica) -nei pazienti che giungono all'Ospedale per fasi acute di malattie cronico-degenerative;-nei loro familiari; -negli operatori sanitari.Prevede le seguenti azioni:profilazione dei soggetti in base alla presenza di fattore di rischio comportamentale;offerta di colloqui motivazionali e workshop per modificare e monitorare i fattori di rischio;azioni sull'ambiente ospedaliero;creazione di rete con il territorio per fornire opportunità di mantenere stili di vita salutari.Obiettivi:-Una overview di revisioni degli interventi efficaci realizzati nel setting ospedaliero per promuovere stili di vita salutari;-Il disegno di valutazione di efficacia del progetto.La overview ha analizzato revisioni sistematiche di alta qualità pubblicate tra il 2006 e il 2015.I partecipanti degli studi presi in esame sono pazienti sani,pazienti con patologie croniche,familiari di pazienti.Gli interventi esaminati sono di tipo comportamentale.A partire da giugno 2016 è stato avviato un RCT realizzato in 2 ospedali: Biella (I) e Valencia (E) allo scopo di studiare 2 modelli organizzativi; ospedale e domicilio.All'Ospedale di Biella è stata creata una struttura chiamata Centro di Rigenerazione ove i soggetti reclutati usufruiscono di colloqui motivazionali tenuti da psicologhe e iniziative rivolte a stili di vita salutari.Sono state incluse 239 revisioni.L'overview conferma l'efficacia degli interventi per promuovere stili di vita salutari nel setting sanitario soprattutto per quanto riguarda l'attività fisica associata alla dieta,il fumo e l'alcool.Sono illustrati i dati preliminari riguardanti il reclutamento e le modalità organizzative adottate dai due ospedali.A fine progetto sarà possibile dare informazioni utili per introdurre pratiche di prevenzione sostenibili in Ospedale.

*Empowering,stili di vita,patologie croniche*

**ID 223**

**CAMBIARE ARIA : SCUOLE PROMOTRICI DI SALUTE - PROGETTO PER LA PREVENZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALE NELLE SCUOLE**

I.M. Guida 1; M.G. Panico 1; C. Ronga 1; A. D'Anna 1; A. Saggese Tozzi 1; F. Morrone 2

1 Dipartimento di Prevenzione – ASL Salerno

2 Referente per l'Educazione alla Salute – ASL Salerno

**INTRODUZIONE**

Prevenzione, gestione e controllo di patologie correlate ad ambienti indoor frequentati dai bambini costituiscono obiettivi prioritari della Strategia per l'ambiente e la salute dell'U.E.: è necessario diffondere informazioni per la corretta gestione degli ambienti.

**METODI**

Progetto per Scuola primaria e secondaria di I grado: azioni di orientamento e co-progettazione secondo i principi HIAP per una Scuola Promotrice di Salute.

Gli operatori ASL garantiscono sostegno alla configurazione del Profilo di Salute e del Piano di Miglioramento della scuola. Coesiste un percorso formativo per personale docente e non docente per aree tematiche:

Ambiente indoor scolastico e rischi per la salute.

Inquinanti e allergeni: agenti biologici, fisici e chimici.

Vulnerabilità dei bambini e inquinamento.

Liste di azioni facili per contribuire a ridurre i rischi.

Prevenzione ambientale e sanitaria per la tutela dei bambini allergici e asmatici.

Cosa fare a scuola e durante l'attività sportiva.

Prevenzione e gestione dell'ambiente indoor scolastico.

**RISULTATI**

Realizzato un percorso di integrazione culturale ASL/Scuola e configurati interventi a modello Scuola Promotrice di Salute con miglioramento delle competenze del personale scolastico e della salubrità ambientale scolastica.

**CONCLUSIONI**

Integrazione Scuola/ASL, sostegno dell'empowerment di tutti gli attori, riconoscimento della funzione centrale degli insegnanti e valorizzazione della loro esperienza per l'attivazione dell'analisi del bisogno formativo di tutto il personale, hanno consentito lo sviluppo di specifiche competenze per il benessere globale di tutti i frequentatori dell'ambiente scolastico.

**ID 233**

**USO PROBLEMATICO DEI SOCIAL NETWORK E SPERIMENTAZIONE DI SOSTANZE DA ABUSO NELL'INFANZIA E NELLA PRIMA ADOLESCENZA**

C. Bertoncello 1; A. Buja 1; D. Pezzato 1; A. Zancan 1; L. Gallimberti 2; S. Chindamo 2; A. Rabensteiner 1; A. Terraneo 2; E. Marini 3; L. J. Pérez 1; C. Lion1; T. Baldovin 1; V. Baldo 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Padova

2 IRCCS san Camillo di Venezia

3 Fondazione Novella Fronda

**INTRODUZIONE**

L'abuso di sostanze nella prima adolescenza è uno dei principali problemi di sanità pubblica. Alcuni determinanti che agiscono nell'infanzia e nella prima adolescenza condizionando queste abitudini sono noti: la pressione del gruppo, l'ambiente scolastico e familiare. Altri rimangono da esplorare, fra cui l'uso di tecnologie di comunicazione e in particolare i social network, molto popolari fra gli adolescenti. Nella tarda adolescenza è nota l'associazione tra l'uso problematico dei social network (PSNSU: Problematic Social Network Site Usage) e l'abitudine al fumo e al consumo di alcol. Lo studio si propone di indagare l'associazione tra PSNSU e l'uso di fumo e/o alcol e/o energy drink, nell'infanzia e nella prima adolescenza.

**METODI**

È stata condotta un'indagine tramite questionario negli anni 2013-2014. L'indagine denominata "Pinocchio" è stata rivolta alle scuole primarie e secondarie di Padova, e ha coinvolto 1325 ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 13 anni. È stata studiata l'associazione tra PSNSU e l'attitudine al consumo di sostanze attraverso un'analisi multivariata.

**RISULTATI**

Tra i rispondenti metà erano maschi (51,4%), per lo più Italiani (76,5%), con età media di 12,4 anni (SD=0,97 anni). Le percentuali di adolescenti classificati come utilizzatori problematici di SNS aumentano con l'età, con un incremento più pronunciato nelle ragazze (13,2% in 1°media, 24,9% in 2°, 43,3% in 3°) che nei ragazzi (16,0% in 1° media, 23,7% in 2° e 31,0% in 3°). In un modello aggiustato ( $p < 0,05$ ), PSNSU è associato all'essere utilizzatore di sostanze d'abuso (almeno una volta al mese).

**CONCLUSIONI**

Lo studio rileva un'associazione tra PSNSU e l'assunzione di sostanze da abuso (alcol, energy drink e tabacco). L'attenzione generale di famiglia, scuola e società e di chi pianifica interventi di prevenzione deve rimanere elevata rispetto al PSNSU nell'infanzia e nella prima adolescenza per il potenziale rischio per la salute ad esso connesso.

*abuso di sostanze, adolescenti, social networks*

**ID 252**

**USO PROBLEMATICO DEI VIDEO GAMES E ASSUNZIONE DI SOSTANZE DA ABUSO NELLA TARDA INFANZIA E NELLA PRIMA ADOLESCENZA**

A. Buja 1; C. Bertoncetto 1; D. Pezzato 1; L. Gallimberti 2; S. Chindamo 2; A. Rabensteiner 1; A. Terraneo 2; E. Marini 3; L.J. Pérez 1; C. Lion 1; T. Baldovin 1; V. Baldo 1  
1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Padova  
2 IRCCS san Camillo di Venezia  
3 Fondazione Novella Fronda

**INTRODUZIONE**

L'abuso di sostanze nella prima adolescenza è uno dei principali problemi di sanità pubblica. Alcuni determinanti che agiscono nell'infanzia e nella prima adolescenza condizionando queste abitudini sono noti: la pressione del gruppo, l'ambiente scolastico e familiare. Altri rimangono da esplorare, fra cui l'uso eccessivo dei videogiochi, molto popolari fra gli adolescenti. Nella tarda adolescenza è nota l'associazione tra l'uso problematico dei videogiochi (PUVG: Problematic Use of Video Games) e l'abitudine al fumo e al consumo di alcol. Lo studio si propone di indagare l'associazione tra PUVG e l'abuso di sostanze, nell'infanzia e nella prima adolescenza.

**METODI**

È stata condotta un'indagine tramite questionario negli anni 2014-2015. L'indagine denominata "Pinocchio" è stata rivolta alle scuole secondarie di Padova, e ha coinvolto 1156 ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 13 anni. È stata studiata l'associazione tra PUVG e l'attitudine al consumo di sostanze attraverso un'analisi multivariata.

**RISULTATI**

Tra i rispondenti metà erano maschi (53,4%), perlopiù Italiani (85,5%), con un'età media di 12,03 anni (SD=1.03 anni). In ogni anno scolastico, le percentuali di ragazzi con almeno un comportamento suggestivo di PUVG sono nettamente più elevate di quelle delle ragazze ed aumentano con l'età, dal 19,0 % in 1° media al 26,0 % in 3° media. In un modello di regressione logistica, essersi ubriacati almeno una volta nella vita (OR 5.46, 95% CI=1.76-16.92) ed il consumo combinato di energy-drink ed alcol (OR 4.78, 95% CI=1.44-15.85) sono associati a PUVG.

**CONCLUSIONI**

Lo studio rileva che PUVG è indipendentemente associato all'assunzione di sostanze (alcol, energy-drink) ed è più frequente nei maschi. L'attenzione generale di famiglia, scuola e società e di chi pianifica interventi di prevenzione deve rimanere elevata rispetto a PUVG nell'infanzia e nella prima adolescenza per il potenziale rischio per la salute ad esso connesso.

*abuso di sostanze, adolescenti, videogiochi*



**ID 272**

**STRATEGIE PER FAVORIRE LA CESSAZIONE DEL FUMO DI TABACCO: LA RISK ACCEPTANCE LADDER E GLI STUDENTI DI MEDICINA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

MS. Cattaruzza 1; A. Marani 1; F. Giordano 1; M. Amendola 1; J.F. Osborn 1; R. West 2

1 Sapienza Università, Roma

2 University College London, Londra

**INTRODUZIONE**

In Italia, i medici e gli operatori sanitari (ma anche gli studenti di questi corsi) fumano più della popolazione generale e ciò è un controsenso perché, non solo costituiscono un modello negativo, ma sono anche meno motivati a promuovere la cessazione tra i pazienti. Per favorire la cessazione dell'abitudine al fumo è necessario indurre modifiche al comportamento. Il modello COM-B identifica tre fattori che lo influenzano e sui quali si può agire: la capacità, la motivazione, l'opportunità. La Risk Acceptance Ladder (RAL) è stata sviluppata per studiare come i primi due fattori, interni all'individuo, possano essere utilizzati per identificare le persone potenzialmente suscettibili a cambiare il proprio comportamento e smettere di fumare.

**METODI**

La RAL, sviluppata come scala composta da 10 asserzioni (items) connesse con l'abitudine al fumo e la volontà di smettere, articolate secondo le seguenti categorie: ignoranza (item 1), negazione (items 2 e 3), accettazione (items 4 e 5), fatalismo (items 6 e 7), ricerca del rischio (item 8), differimento (item 9), coinvolgimento (item 10), è stata testata intervistando gli studenti di medicina e delle professioni sanitarie di alcuni ospedali romani a cui è stato chiesto di scegliere l'asserzione che più li rappresentava e di compilare un questionario sulle caratteristiche demografiche e l'abitudine al fumo.

**RISULTATI**

Oltre il 50% degli studenti intervistati (n=855) si è classificato nella categoria della RAL "differimento", cioè considera la possibilità di smettere di fumare, ma non la ritiene un'azione prioritaria. Il "test-retest" è stato alto ( $\kappa$  0.71  $p < 0.001$  e 82% di concordanza tra le risposte ai tempi 1 e 2).

**CONCLUSIONE**

La RAL potrebbe essere utilizzata come strumento per identificare le categorie alle quali appartengono le persone per le quali si vuole promuovere il cambiamento di comportamento permettendo così di organizzare interventi per la cessazione più mirati e conseguentemente più efficaci.

*Tabacco, cessazione, studenti, cambiamento, comportamento*

**ID 287**

**MORTALITÀ PER TUMORI NEGLI ANNI 2003 E 2006-2013 NELL'AREA DEL BASSO MOLISE**

F. Carrozza 1; M. Tamburro 2; M.L. Sammarco 2; F. Santomiero 3; G. Fabrizio 1; G. Ripabelli 2  
1 *Registri Tumori del Molise;*  
2 *Cattedra di Igiene, Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", Università degli Studi del Molise;*  
3 *Registro Unico di Mortalità del Molise*

**INTRODUZIONE**

Dal 2014 la Regione Molise dispone di un Registro Unico di Mortalità, prima ripartito in quattro strutture territoriali.

**METODI**

L'analisi della mortalità, secondo ICD10, per tutte le cause e per tumori ha riguardato i decessi verificatisi nel 2003 e nel periodo 2006-2013 nella popolazione dell'area del basso Molise. I dati di mortalità sono stati estrapolati dal Registro, mentre quelli della popolazione residente su base ISTAT, che non riporta dati del 2004 e 2005. È stato calcolato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) con intervallo di confidenza (IC) al 95%, stratificato per età e genere.

**RISULTATI**

In totale, si sono verificati 10.058 decessi, dei quali 2.485 (24,7%) per tumori (89,3% maligni), preceduti solo da malattie del sistema circolatorio (39,9%). Il maggior numero di decessi è stato osservato in maschi (57,1%) e soggetti  $\geq 75$  anni (55,5%). I tumori dell'apparato digerente sono RISULTATI la prima causa di morte (39,3% nei maschi, 40,7% nelle femmine). Inoltre, nei maschi sono stati più frequenti tumori dell'apparato respiratorio (18,9%), di comportamento incerto/sconosciuto (10%) e degli organi genitali maschili (8,7%); nelle femmine il tumore della mammella ha rappresentato la seconda causa di morte (13,3%), seguito da tumori di comportamento incerto/sconosciuto e del tessuto linfatico/ematopoietico (10% ognuno). L'analisi degli SMR ha evidenziato una più bassa mortalità per tumori nell'area in esame rispetto alla popolazione italiana, ma è stata significativa solo per il 2007 (nei maschi SMR=0,80, IC95% 0,67-0,93; nelle femmine SMR=0,79; IC95% 0,64-0,94) e nel 2010 nei maschi (SMR=0,84; IC95% 0,71-0,97).

**CONCLUSIONI**

Le malattie del sistema circolatorio e i tumori si confermano tra i più importanti problemi di salute pubblica anche nell'area in esame, essendo le prime due cause di morte in tutto il mondo. Si rende necessario approfondire la mortalità riscontrata per tumori nell'area in studio estendendo l'analisi all'intera Regione.

*mortalità, tumori, SMR, Molise*

**ID 298**

**GIOCO D'AZZARDO E SALUTE PUBBLICA: EVIDENZE DI LETTERATURA SUGLI INTERVENTI CHE CONTRASTANO IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP) E POLITICHE PREVENTIVE IN ITALIA.**

S. C. Colosimo 1; I. Re 2; D. Marinoni 2; M. Giacosa 3; S. Caristia 4

1 Dipartimento della Prevenzione, Unità Funzionale di Igiene Sanità Pubblica e Nutrizione, Azienda USL Sud-Est Toscana - Grosseto

2 Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano- Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria UOC Prev

In Italia il gioco d'azzardo ha assunto dimensioni tali col rischio di sfociare in dipendenza comportamentale: 800 mila dipendenti da gioco d'azzardo; quasi 2 milioni giocatori a rischio con una spesa pro-capite di oltre 1700€. Lo studio si propone di ricercare in letteratura interventi efficaci di contrasto al GAP.

Sono stati consultati banche dati biomediche, database specialistici in linee guida (NICE-HS, US-AHRQ), OECD e OMS, motori di ricerca generici con utilizzo di parole chiave combinate con operatori booleani AND/OR e fissati criteri di inclusione/esclusione. Ulteriori articoli reperiti attraverso snowball searching. Basandosi sulla linea guida della Nova Scotia ci si è concentrati su interventi orientati a ridurre le conseguenze negative del GAP suddivisi in quelli di riduzione di domanda di gioco, offerta e danno.

Sono stati individuati 20 studi e 1 linea guida. Tra gli interventi rivolti a ridurre la domanda sono efficaci avvertenze/informazioni, campagne mediatiche, interventi scolastici e brevi. Efficaci, ma con evidenza limitata, le politiche fiscali sul gioco e l'INTRODUZIONE di un tetto massimo di spesa per ogni giocatore. Tra gli interventi di riduzione dell'offerta sono efficaci età minima di accesso a 18 anni, restrizioni di orari/offerta di gioco, restrizioni sulla densità territoriale, censura di EGMs, mentre non risultano efficaci il divieto di accesso ai luoghi di gioco per residenti o per classi sociali basse. Tra gli interventi rivolti a ridurre il danno sono efficaci riorganizzazione degli ambienti di gioco, regolamentazione parametri di EGMs, divieto di alcol e fumo durante il gioco, divieto di incentivi e restrizioni sui modelli di vincita. Lo studio ha individuato interventi efficaci nel modificare conoscenze/credenze connesse al gioco e comportamenti di gioco. In Italia, nonostante alcune norme di contrasto al GAP, mancano linee guida evidence-based, una strategia d'azione integrata nazionale e un sistema di monitoraggio standardizzato.

*pathological gambling, universal prevention, sustainable public health, evidence-based practices*

**ID 312**

**ATTIVITÀ MOTORIA NELLA PREVENZIONE TERZIARIA DELLE NEOPLASIE**

Izzotti A 1,2; Pulliero A1; Marensi L 3

1 Università di Genova

2 IRCCS AOU San Martino IST Genova

3 ASL3 Genova

**INTRODUZIONE**

Il miglioramento delle terapie anticancro permette oggi un ottimo grado di sopravvivenza alla malattia soprattutto per alcuni tumori molto diffusi quali mammella e colon. Oggi in Italia vi siano piu' di 2 milioni di soggetti sopravvissuti al cancro. Questi soggetti non sono sottoposti a programmi di prevenzione attiva specifica ma solamente a screening di diagnostica precoce. I sopravvissuti al cancro sono portatori di un significativo incremento di rischio rispetto alla popolazione generale per l'instaurarsi di nuovi tumori. Infatti la cancerogenesi non colpisce un solo clone ma molte cellule realizzando una 'cancerizzazione di campo'. E' pertanto necessario e prioritario effettuare interventi di prevenzione terziaria mirati a diminuire la probabilità di recidiva nei sopravvissuti al cancro.

**METODI**

L'attività fisica strutturata si è dimostrata in grado di diminuire significativamente la probabilità di recidive nei sopravvissuti a tumore della mammella e del colon. Questo è stato dimostrato sia in modello sperimentali che in follow eseguiti direttamente sull'uomo. I programmi di attività fisica strutturata sono riusciti a diminuire del 35% la frequenza di insorgenze di recidiva. E' questo un risultato rilevante finora mai raggiunto da altri tipi di interventi di prevenzione. La medicina molecolare ha oggi definito nei dettagli tramite quali meccanismi tale intervento preventivo e' efficace.

**RISULTATI E CONCLUSIONI**

Programmi specifici di interventi mediante attività fisica sono stati avviati in tutti il mondo. In Italia sono state avviate alcune iniziative ma ancora parcellari. Presso l'IRCCS AOU San Martino IST Genova è tato attivato un programma di attività fisica adatta mediante danzoterapia in donne sopravvissute a carcinoma mammario. Il coinvolgimento dei laureati magistrali in scienze motorie è risultato essere uno dei punti piu' importanti perché questo tipo id intervento preventivo sia realizzabile ed efficace.

*prevenzione terziaria del cancro, carcinoma della mammella, attività fisica strutturata, recidive del cancro.*

**ID 332**

**MORTALITA' EVITABILE A NAPOLI E DISTRETTI ANNI 2008 - 2009 - 2010**

M. Di Gennaro; L. De Coppi; G. D'Andria; V. Cozza; V. Cisonni; A. Penna  
*ASL Napoli 1 Centro Dipartimento di Prevenzione UOC Epidemiologia e Prevenzione*

**INTRODUZIONE**

Le cause di morte sono considerate evitabili quando il rischio di morte ad esse associato può essere ridotto, o addirittura annullato. Individuando i fattori che incidono sullo stato di salute della popolazione, la sanità pubblica può agire su di essi. La mortalità evitabile rappresenta un importante indicatore dell'efficacia degli interventi sociali, ambientali e sanitari sul territorio e può di conseguenza fornire indicazioni su quali siano le adeguate strategie da adottare volte al recupero del potenziale di salute.

**METODI**

La codifica delle cause responsabili di decessi evitabili è stata effettuata in base alla classificazione proposta nell'ambito del progetto MEV(i). In base a questa classificazione le malattie che causano decessi evitabili sono collocate in uno dei tre livelli di intervento, che sono:

prevenzione primaria, adozione di normative, stili di vita, comportamenti individuali e collettivi inquadrabili nell'ambito della prevenzione primaria;  
diagnosi e trattamento precoce, interventi di prevenzione secondaria, cioè METODICHE diagnostiche ed interventi terapeutici precoci;  
assistenza sanitaria ed igiene, prestazioni sanitarie di tipo terapeutico ed assistenziale.

**RISULTATI**

I RISULTATI mostrano, nella maggior parte dei casi, che i tassi sono statisticamente significativi più elevati di Napoli nei distretti con un alto indice di deprivazione e tassi statisticamente significativi più bassi nei distretti con un basso indice di deprivazione.

**CONCLUSIONI**

Lo studio fa riflettere sulla necessità di un profondo mutamento nel senso di un miglioramento delle politiche di promozione e tutela della salute, migliorandone miratamente l'efficacia in quelle sacche di popolazione più bisognose. L'indicatore mortalità evitabile conferma, quindi, il suo valore di strumento atto a stabilire priorità in tema di politiche di promozione e tutela della salute dei cittadini, identificando i target verso cui indirizzare sforzi maggiori.

**ID 350**

**LA METODICA WASTEWATER BASED EPIDEMIOLOGY COME PROXY DI QUANTIFICAZIONE DEL CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI NELLA POPOLAZIONE: L'ESPERIENZA DELLA CITTÀ DI PALERMO**

C.M. Maida 1; F. Di Gaudio 2; W. Mazzucco 1; F. Tramuto 1; D. Piscionieri 2; A. Cosenza 3; G. Viviani 3

1 Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile, Scuola di Medicina, Università di Palermo

2 Laboratorio di Spettrometria di Massa per il Controllo di Qualità e Rischio Chimico, A.O.U.P. "P. Giaccone", Palermo

3 Dipartimento d

**INTRODUZIONE**

Le istituzioni europee e la comunità scientifica hanno, recentemente, definito un nuovo modello di sorveglianza attiva della potenziale diffusione delle droghe nella collettività, la Wastewater Based Epidemiology (WBE), attraverso la ricerca analitica delle molecole e dei loro metaboliti nelle acque reflue cittadine. Lo scopo di questo lavoro è stato la valutazione di una preliminare applicazione di METODIca WBE nella città di Palermo, poco studiata in precedenti analisi a livello nazionale e internazionale.

**METODI**

Sono stati prelevati 28 campioni (2 litri cad) di refluio medio delle 24 ore in ingresso ai due depuratori di Palermo (WP1=45.000 ab. eq.; WP2=330.000 ab. eq.) in un periodo compreso tra giugno e novembre 2015. I campioni sono stati prefiltrati, concentrati ed infine analizzati (200 mml) mediante tecnica di spettrometria di massa LC-MS/MS. Gli analiti ricercati sono stati Cocaina, Benzoilecgonina (BEG), THC-COOH e Amfetamine (MDA, MDE, MDMA, Metamfetamine). È stato effettuato, inoltre, il calcolo della quantità di sostanza stupefacente consumata nella popolazione (gr/die/1.000 abitanti e dosi/die/1.000 abitanti).

**RISULTATI**

I RISULTATI ottenuti sono illustrati nella tabella 1. I consumi di sostanze stupefacenti registrati nella città di Palermo (gr/die/1000 ab) sono RISULTATI i seguenti = Cocaina=0,145 (1,45 dosi/1000 ab); THC=4,37 (35,00 dosi/1000 ab), Amfetamine=Non quantificabili.

**CONCLUSIONI**

L'applicazione della metodologia WBE può essere considerata uno strumento aggiuntivo ai classici indicatori indiretti del consumo di droghe nella collettività a disposizione delle istituzioni per comprendere meglio il fenomeno delle tossicodipendenze e per attuare azioni di contrasto e politiche di educazione sanitaria più efficaci finalizzate alla prevenzione.

*wastewater based epidemiology, acque reflue, sostanze stupefacenti*

**ID 357**

**ELABORAZIONE PARTECIPATA DI UN SET DI INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFECTIVENESS E DELL'IMPATTO DEI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE REALIZZATI NELLE SCUOLE MEDIE PUGLIESI**

PD. Pedote 1; MT. Balducci 2; L. Brandonisio 3; A. De Luca 4; G. Stingi 4; R. Colamaria 5; L. Rainò 1; A. Pesare 6; T. Battista 6; M. Libetta 7; A. Persano 7; A. Tommasi 8; F. Zampano 8; A. Cammalleri 9; M. Veronico 9

1 ASL BR

2 OER Puglia

3 ASL FG

4 ASL BT

5 ASL BA

6 ASL TA

7 ASL LE

8 Regione Puglia

9 USR Puglia

**INTRODUZIONE**

L'indagine "Miglioriamoci" effettuata per conto dell'Assessorato alla Salute e dell'USR Puglia, si propone di mettere a punto alcuni indicatori qualitativi e quantitativi per aumentare la compliance del Piano Strategico, approvato con DGR n.1702/2011. L'obiettivo dell'indagine mira alla costruzione di uno strumento per la rilevazione delle informazioni necessarie alla valutazione dei progetti realizzati nelle scuole secondarie di ogni grado della Regione, in funzione della "qualità erogata" e del "gradimento percepito".

**METODI**

Per l'individuazione dei parametri da valutare e l'elaborazione di un questionario significativo e sensibile, è stata elaborata una ricerca bibliografica on-line su data-base elettronici quali PubMed. Una volta elaborato, il questionario è stato sottoposto ad un pretest su campione di cinque elementi, solo dopo è stato validato e approvato dal Gruppo Tecnico Interaziendale. I questionari sono stati somministrati in modalità on-line, su base volontaria, a tutti gli studenti pugliesi di scuola secondaria di I° e II° che avevano partecipato almeno ad un progetto di educazione presente nel catalogo AS 2015/16. L'indagine si è svolta nei mesi maggio-giugno 2016.

**RISULTATI**

Hanno risposto 2.137 studenti (70% frequentante la scuola secondaria di I°, 11% il liceo, 10%, ist. tecnico e 9% l'ist. professionale 8,7%).

I Programmi che hanno riscontrato più consenso riguardavano l'aria dei "comportamenti a rischio". Il 96% dei ragazzi è stato soddisfatto della scelta progettuale effettuata dai propri professori ma a conclusione delle lezioni il 6% non ha trovato interessante i contenuti ascoltati ed il 14% ha trovato non adeguato il linguaggio utilizzato dagli esperti (troppo tecnico, incomprensibile, elementare). Il 78% dei ragazzi ha riportato le nozioni dei Progetti in famiglia.

**CONCLUSIONI**

Il ruolo dell'educazione sanitaria, come strumento di prevenzione primaria, non è ancora stato valorizzato ma trova grande consenso tra gli alunni.

*Promozione Salute, valutazione, studenti, Puglia, effectiveness, scuola*

**ID 365**

**Conoscenze, attitudini e pratica sull'esercizio fisico adattato (EFA): RISULTATI di un audit in un campione di medici cardiologi**

V. Balena 1; S. De Nitto 1; A. Loporcaro 2; M. S. Gallone 2; M. Quarto 1

1 Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

2 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

**INTRODUZIONE**

In letteratura vi sono molte evidenze scientifiche sull'efficacia dell'esercizio fisico adattato nelle diverse condizioni patologiche e sono documentate varie esperienze sull'uso di questo strumento nella pratica clinica. In particolare, i pazienti con cardiopatia sono spesso candidati ad un intervento di questa tipologia, sia in prevenzione secondaria che terziaria.

**METODI**

Per valutare la fattibilità di diffusione di questo strumento, è stata pianificata un'indagine CAP (Conoscenze, Attitudini e Pratica) con questionario ad hoc somministrato a mezzo e-mail a 54 medici cardiologi della Regione Puglia iscritti alle principali associazioni scientifiche di riferimento.

**RISULTATI**

L'età media dei partecipanti è risultata di  $45 \pm 10,4$  anni. L'80% del campione intervistato conosce l'EFA; la mediana del giudizio sulla sua utilità in una scala da 1 a 7 è pari a 6. Il 49% ha prescritto EFA ai propri pazienti. La mediana del giudizio sul beneficio derivato ai pazienti è pari a 5,5. Il 16% considera i propri colleghi non informati e non competenti in merito.

Il grafico 1 descrive le patologie per le quali, secondo gli intervistati, l'EFA rappresenta un beneficio.

Il 65% considera opportuno coinvolgere il Medico dello Sport nella pianificazione dell'EFA e il 95% dichiara che l'approccio multidisciplinare possa aumentarne l'efficacia.

Il 74% dei medici ritiene che i laureati in Scienze Motorie possano svolgere compiti di programmazione terapeutica e somministrazione dell'EFA (77%) mentre rispettivamente il 17% e il 64% indica erroneamente che figurì, tra i compiti, la prescrizione dell'EFA e l'individuazione del paziente eligibile.

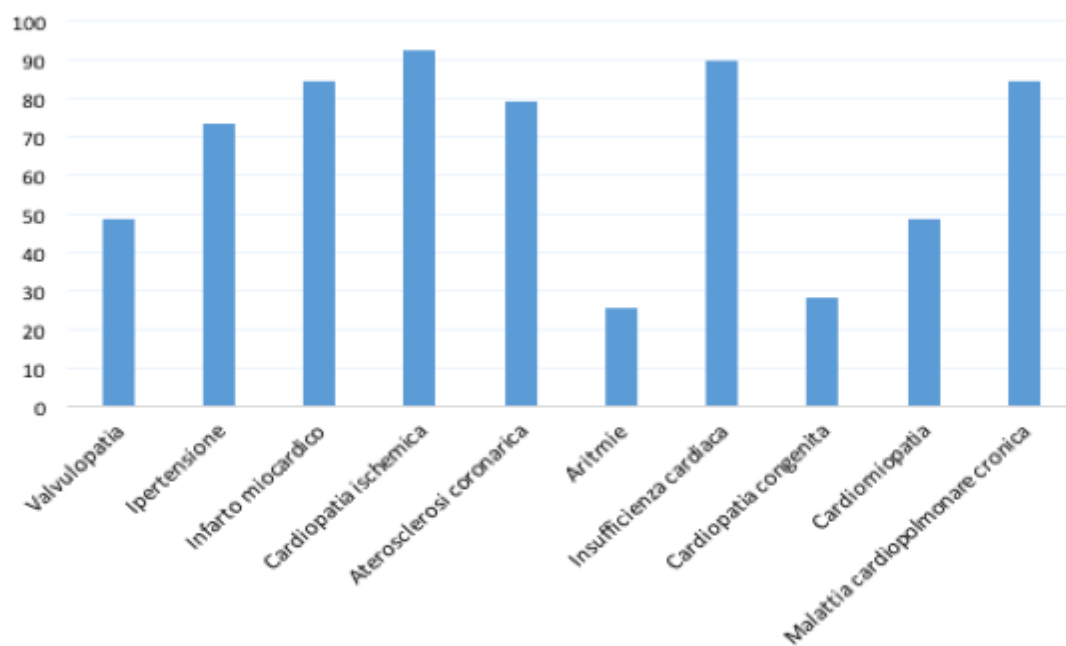
**CONCLUSIONI**

Dall'indagine si evidenzia che la fattibilità del programma EFA su scala regionale è subordinata alla formazione degli specialisti in cardiologia. È necessario informare sull'EFA e formare i cardiologi all'integrazione con il Medico dello Sport e alla condivisione dei programmi con i laureati in Scienze Motorie.

*esercizio fisico adattato*



**Grafico 1. Proporzione di medici che hanno indicato le patologie per le quali l'EFA è indicato, per patologia.**



**ID 377**

**LA WALKABILITY QUALE DETERMINANTE AMBIENTALE NEGLI INTERVENTI DI COMUNITÀ PER LA PROMOZIONE DELLO STILE DI VITA ATTIVO: RISULTATI DI UNO STUDIO DI VALIDAZIONE CONDOTTO NEL TERRITORIO DELLA ASL DI TERAMO (REGIONE ABRUZZO).**

P. Mormile 1; R. Contrisciani 1; M. Scatigna 1; M.M Marconi 2; L. Fabiani 1

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

2 Asl Teramo, Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Teramo

**INTRODUZIONE**

Il WHO-Europe Action Plan 2012–2016 per la prevenzione delle MCNT delinea tra le strategie di lotta all'inattività e alla sedentarietà gli interventi di comunità, come i gruppi di cammino, ossia gruppi di persone che si ritrovano nel proprio ambiente di vita (quartiere o paese) per svolgere attività fisica di tipo ricreativo. Studi a disegno sperimentale e metanalisi ne hanno dimostrato l'efficacia e analizzato le determinanti, tra cui la pedonabilità o 'walkability' dell'ambiente fisico circostante. Scopo della ricerca è stata la validazione di una versione in italiano della NEWS-A Scale, un questionario utilizzato in studi multicentrici internazionali.

**METODI**

È stato condotto uno studio a disegno test-retest per verificare la riproducibilità del questionario tradotto. Tra i mesi di maggio e giugno 2016 nel territorio della ASL di Teramo (Regione Abruzzo), 148 adulti (età media 45 anni), arruolati su base volontaria, hanno compilato il questionario in due momenti, a distanza di una settimana. L'analisi statistica ha valutato la coerenza interna delle scale Likert (Alpha di Cronbach) e la riproducibilità test-retest (Rho di Spearman).

**RISULTATI**

Su un totale di 7 subscales, le 3 relative a connettività stradale, infrastrutture e sicurezza presentano un livello di coerenza interna insufficiente ( $\alpha < 0.60$ ). Riguardo alla stabilità test-retest, solo un item risulta problematico (strade senza uscita) e quindi andrebbe modificato o eliminato. I restanti presentano un livello 'accettabile di stabilità' (13 su 53, il 24.5%) o 'elevato' (39 su 53, il 73.6%). Non sono rilevabili differenze sostanziali nella stabilità rispetto alle variabili socio-demografiche.

**CONCLUSIONI**

La buona riproducibilità dimostra che la versione validata della NEWS-A scale può essere utilizzata nella popolazione italiana. La bassa coerenza interna di alcune subscales potrebbe dipendere dalla variabilità oggettiva dell'ambiente costruito nell'esperienza dei diversi osservatori.

*Attività Fisica, Gruppi di cammino, Determinanti ambientali, Validazione questionario.*

**ID 382**

**STRESS OCCUPAZIONALE NEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA: SURVEY TRA GLI SPECIALIZZANDI DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA**

L. Gentile 1; F. Campanella 2; M. Gaeta 2; G.M. Schifino 1

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

2 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense – Sezione di Igiene. Università degli Studi di Pavia, Pavia

**INTRODUZIONE**

Lo stress occupazionale è definibile come un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità e risorse del lavoratore. Una prolungata esposizione può ridurre l'efficienza lavorativa e determinare un maggiore rischio per la salute.

In particolare, negli operatori sanitari lo stress lavoro-correlato rappresenta uno dei principali rischi occupazionali. I medici in formazione specialistica dovendo garantire un impegno pari a quello del personale medico a tempo pieno del Sistema Sanitario Nazionale, risultano comparabili ai dirigenti medici in termini di rischio di insorgenza di sindromi da stress occupazionale.

Obiettivo del presente studio è valutare lo stress lavoro-correlato percepito dagli specializzandi attraverso uno strumento validato individuando i possibili fattori associati.

**MATERIALI E METODI**

Il progetto si configura come uno studio di tipo trasversale realizzato per mezzo di un questionario anonimo, autosomministrato su piattaforma online, composto da 31 domande indaganti una serie di variabili socio-demografiche e occupazionali e il livello di stress percepito attraverso il test standardizzato Effort-Reward Imbalance. Tutti i medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Pavia verranno invitati a partecipare attraverso una e-mail di presentazione del progetto contenente il link al questionario online.

**RISULTATI**

Alla fase attuale è stata messa a punto la piattaforma per la compilazione dei questionari e la raccolta dei dati. Si sta procedendo all'invio delle e-mail di presentazione del progetto e invito alla partecipazione.

**CONCLUSIONI**

Le informazioni raccolte attraverso l'indagine forniranno indicazioni sulle condizioni lavorative e sulla necessità di impostare specifici programmi finalizzati alla gestione del rischio connesso allo stress occupazionale per i medici in formazione specialistica.

*Stress Occupazionale, Medici in Formazione, Effort-Reward Imbalance*

**ID 396**

**ANALISI DEL CAMPIONE: PROMOZIONE DEI CORRETTI STILI DI VITA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE CORRELATE ALLA SEDENTARIETÀ NELLA ASL BARI – “MOVIMENTO IN SALUTE”**

D. Lagravinese 1; A. Spica 1; R. Squicciarini 1; R. Colamaria 1; G. Labbate 2; A. Tommasi 1; M.G. Lopuzzo 2; D. Accettura 3; L. Ramunni 4; M. Surico 1; L. Spinelli 1; A. Azzollini 1

1 Dipartimento di Prevenzione – ASL Bari

2 Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità – Regione Puglia

3 Federazione Medici dello Sport Italiana

4 Laureato in Scienze Motorie

**INTRODUZIONE**

La Puglia è la Regione più sedentaria d'Italia e quella con la maggiore percentuale di persone in sovrappeso. Infatti si registra una percentuale di individui in sovrappeso pari al 40,4% a fronte di un valore medio nazionale del 35,8%.

**METODI**

Il progetto, rivolto al 2% (Studio Passi 2007-2010) della popolazione sedentaria della ASL BARI di età compresa fra i 50 ed i 70 anni, prevedeva l'arruolamento dei pazienti tramite i MMG e a seguito di "prescrizione" dei Medici dello Sport erano avviati, attraverso il CONI, a gruppi di cammino o gruppi in palestra.

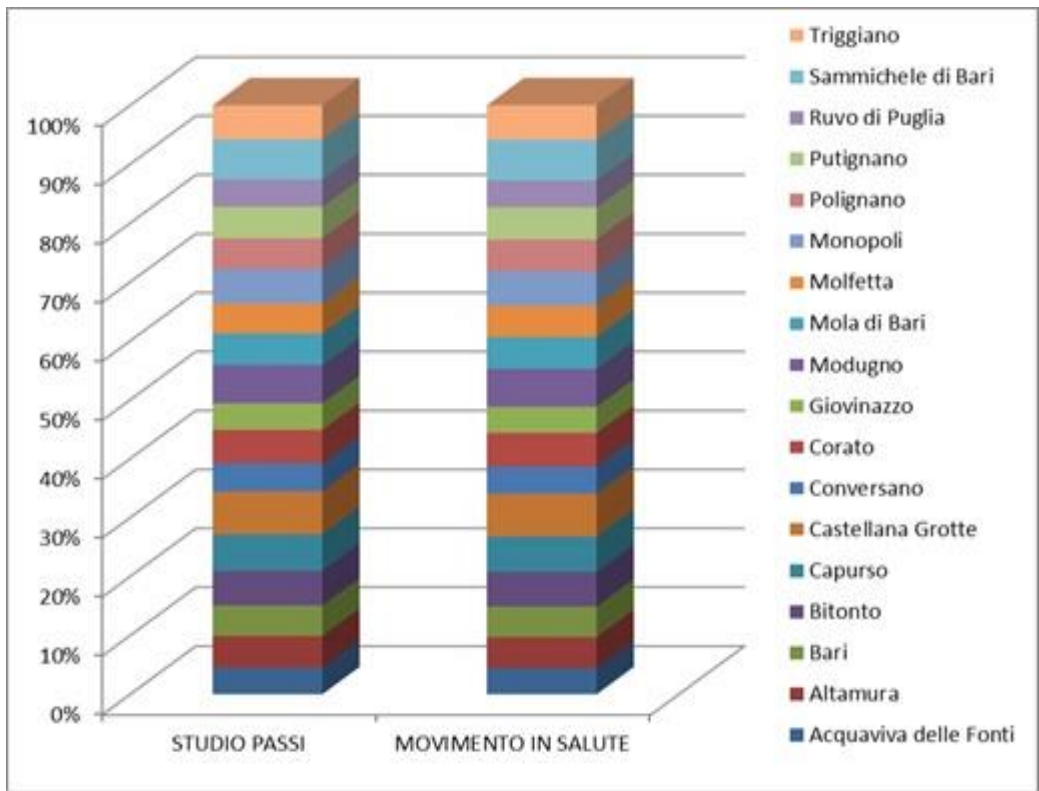
**RISULTATI**

L'adesione dei MMG al progetto per comune è stata alquanto eterogenea. Sono stati arruolati 1333/2240 dei pazienti previsti dal progetto; di questi 264 si sono ritirati dal progetto, dei 1146 valutati dal medico dello sport, 67 sono stati esclusi e 61 rinviati per ulteriori accertamenti. La popolazione aderente al progetto ha un'età media di 62,18 anni, mediana 63, moda 68, deviazione standard  $\pm 6,11$ , deviazione.

Il 52,93% è costituito da casalinghe, il 24,31% sono pensionati, il 22,76% impiegati. Il 9,30% sono fumatori, il 52% sono donne; il 7,9% fa uso di alcol, il 59% sono maschi. I Sedentari rappresentano il 38,50%, il 68,53% sono femmine. L'età media dei sedentari è 62,3. Il 76,62% del campione fa uso di farmaci, il 6% di integratori, il 10% di vitamine. La prevalenza dei sedentari per comune è sovrapponibile a quella dello Studio Passi (graf.1). I soggetti sovrappeso ed obesi rappresentano il 79,53%, il 69,40% sono femmine. Il 76,62% è in trattamento Farmacologico di questi il 53,72% sono Ipertesi, il 13,02% Diabetici; il 65,24% segue una terapia polifarmaco.

**CONCLUSIONI**

L'approccio intersettoriale e multi-stakeholder rappresenta dunque il quadro di riferimento entro il quale le istituzioni centrali e locali sono chiamate ad agire e nel quale hanno già realizzato numerose azioni.



Graf.1 Prevalenza Sedentari per Comune

**ID 397**

**ANALISI DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: PROMOZIONE DEI CORRETTI STILI DI VITA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE CORRELATE ALLA SEDENTARIETÀ NELLA ASL BARI – “MOVIMENTO IN SALUTE”**

A. Spica 1; A. Azzollini 1; G. Labbate 2; A. Tommasi 1; M.G. Lopuzzo 2; D. Accettura 3; M. Surico 1 L. Spinelli 1; D. Lagravinese 1

1 Dipartimento di Prevenzione – ASL Bari

2 Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità – Regione Puglia

3 Federazione Medici dello Sport Italiana

**INTRODUZIONE**

L'attività fisica consente di ridurre la mortalità per tutte le cause almeno del 30%, e altrettanto vale per la mortalità cardiovascolare globale; per quanto riguarda la malattia coronarica il rischio diminuisce in modo significativo e cioè del 20-40%; normalizza gli squilibri metabolici a carico di grassi e zuccheri circolanti.

**METODI**

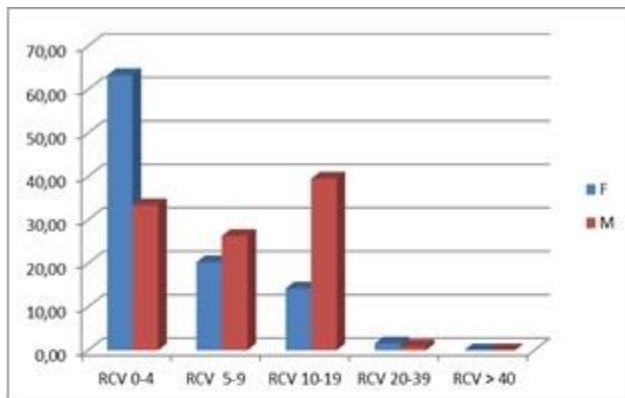
Il progetto, rivolto al 2% (Studio Passi 2007-2010) della popolazione sedentaria della ASL BARI di età compresa fra i 50 ed i 70 anni, prevedeva l'arruolamento dei pazienti tramite i MMG e a seguito di "prescrizione" dei Medici dello Sport erano avviati, attraverso il CONI, a gruppi di cammino o gruppi in palestra.

**RISULTATI**

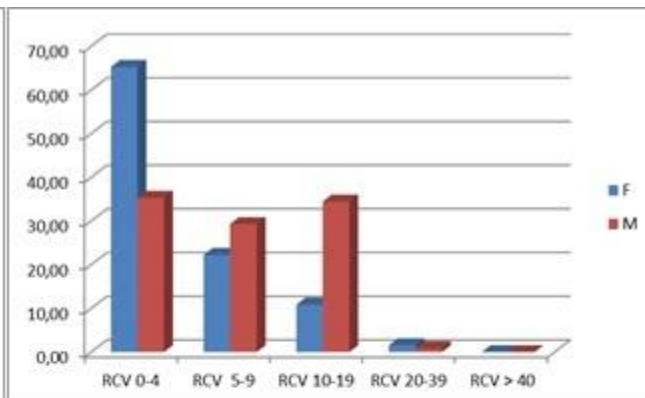
Sono stati arruolati 1333/2240 dei pazienti previsti dal progetto; di questi 264 si sono ritirati dal progetto, dei 1146 valutati dal medico dello sport, 67 sono stati esclusi e 61 rinviati per ulteriori accertamenti. La popolazione aderente al progetto ha un'età media di 62,18 anni (61,78 per le femmine, 63,15 per i maschi), mediana 63, moda 68, deviazione standard  $\pm 6,11$ . Confrontando i dati raccolti con quelli del "Progetto Cuore" e del "Progetto per la Prevenzione del Rischio Cardiovascolare in Puglia", emerge che la popolazione della ASL Bari ha un valore medio di rischio assoluto (5,7) sovrapponibile a quello della popolazione pugliese (5,2) e italiana (5,7); come nella survey nazionale, il rischio assoluto aumenta all'aumentare dell'età nei due generi, con valori più alti nel sesso maschile. Il punteggio di cardio rischio mostra una lieve riduzione nei pazienti che hanno partecipato attivamente al progetto; L'indice di correlazione è positivo.

**CONCLUSIONI**

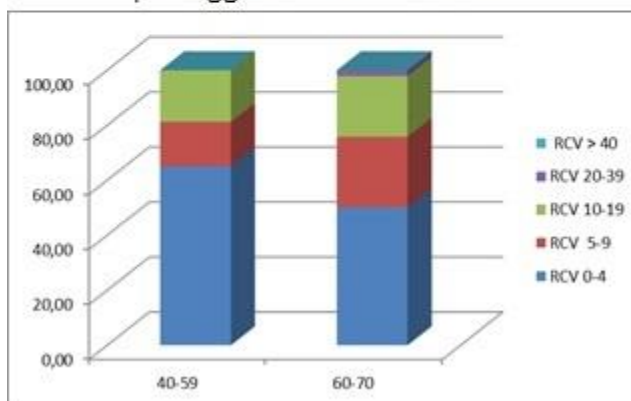
La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto è un importante strumento di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e costituisce un sistema di sorveglianza della salute cardio-cerebrovascolare della popolazione adulta generale.



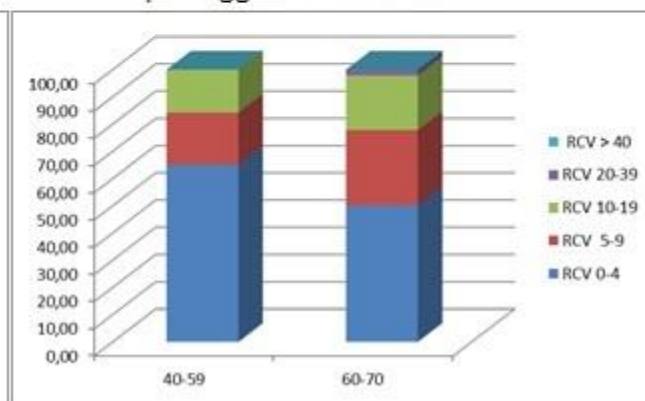
Graf.1 Proportione Campione per sesso e punteggio di cardiorischio T0



Graf. 2 Proportione Campione per sesso e punteggio di cardiorischio T6



Graf 15 Punteggio RCV per fasce d'età T0



Graf 16 Punteggio RCV per fasce d'età T6

**ID 402**

**IMPATTO DELLA DIETA MATERNA SULLE MISURE ANTROPOMETRICHE NEONATALI E SUL RISCHIO DI PARTO PRETERMINE**

A. Maugeri 1; M. Barchitta 1; A. Quattrocchi 1; MC. La Rosa 1; M. Caruso 2; M. Panella 2; A. Cianci 2; A. Agodi 1, 2

1 Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate "GF Ingrassia", Università degli Studi di Catania, Catania;

2 Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele", Catania

**INTRODUZIONE**

L'inadeguata assunzione materna di calorie e nutrienti determina outcome avversi della gravidanza, che a loro volta rappresentano fattori di rischio per la mortalità infantile e per alcune patologie che si manifestano durante l'infanzia e nel corso della vita adulta. La ricerca ha come obiettivo lo studio delle associazioni tra profili nutrizionali materni e misure antropometriche neonatali in una coorte di coppie madre-bambino.

**METODI**

Nello studio sono state incluse prospetticamente al momento della consulenza genetica prenatale 87 coppie madre-bambino. L'aderenza alla Dieta Mediterranea (DM) è stata valutata tramite la somministrazione di un Food Frequency Questionnaire ed il calcolo del Mediterranean Diet Score (MDS). È stato definito pretermine il bambino nato prima della 37a settimana di gestazione e sottopeso il bambino con un peso alla nascita inferiore a 2,5 kg. La ridotta lunghezza alla nascita è definita da un valore inferiore al 10° percentile della distribuzione nella popolazione in studio.

**RISULTATI**

Le donne con un ridotto consumo di cereali (< 130g/die) hanno un maggior rischio di partorire bambini pretermine (OR=10,4; IC95%=1,2-88,7) e con una ridotta lunghezza (OR=2,6; IC95%=1,0-6,4). Le donne che consumano meno verdura (<100g/die) hanno un maggior rischio di partorire bambini sottopeso (OR=10,0; IC95%=1,0-34,7). Complessivamente, il 62,6% delle donne è mediamente aderente alla DM, il 20,1% ha riportato una scarsa aderenza mentre il 17,3% un'aderenza elevata. Le madri che hanno partorito bambini sottopeso sono meno aderenti alla DM rispetto alle madri di bambini con un adeguato peso alla nascita (MDS 5,0 vs. 6,9; p=0,035).

**CONCLUSIONE**

I risultati di questo studio, tuttora in corso, confermano le indicazioni che una inadeguata alimentazione materna incida negativamente sugli outcome della gravidanza e sulla salute dei neonati sin dal loro sviluppo in utero.

Il progetto è realizzato con il supporto di Bench srl.

*Dieta mediterranea, outcome della gravidanza, profili nutrizionali, sviluppo fetale*



**ID 406**

**STILI DI VITA, SPORT E SALUTE IN UN CAMPIONE DI MILITARI PROFESSIONISTI: STUDIO CROSS-SECTIONAL**

G. Mazzotta 1; R. Guglielmi 2; F. Brucoli 2; S. Tafuri 2

1 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari; 2 Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

**INTRODUZIONE**

Lo studio indaga gli aspetti più innovativi del rapporto fra attività fisica e salute in un campione di militari professionisti, sottogruppo di lavoratori difficile da studiare e concepito "a priori" come in buona salute ed esente da fattori di rischio comportamentali.

**METODI**

Lo studio è stato condotto su un gruppo di ufficiali dei Carabinieri partecipanti a seminari di formazione sulla salute e prevenzione, somministrando un questionario anonimo tesi a studiare stili di vita, abitudine al fumo, al consumo di alcool e uso dei prodotti salutistici.

**RISULTATI**

Sono stati reclutati 103 ufficiali, tutti di sesso maschile, con età media di  $43,8 \pm 8,4$  anni; il BMI medio di  $26,9 \pm 3,1$ , 63 soggetti (60,6%) erano in sovrappeso e 14 soggetti (13,5%) obesi. Di questi, il 65,4% (n=68) dichiarava di praticare almeno uno sport, allenandosi mediamente  $2,7 \pm 1,1$  giorni ogni settimana per  $1,4 \pm 0,7$  ore. Il 29,8% (n=31) aveva fumato almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni; il 72,1% (n=75) aveva bevuto almeno una unità alcolica e l'11,5% (n=12) riportava di aver consumato, in una occasione, 5 o più unità alcoliche negli ultimi 30 giorni. 14 soggetti (13,5%) riportavano l'utilizzo di prodotti salutistici. Aver fumato una sigaretta negli ultimi 30 giorni riduce la probabilità di ritenere il sovrappeso un rischio per la salute (coef=0.22; t=-2.3; p=0.022) mentre praticare uno sport aumenta la percezione del rischio (coef=0.2; t=2.2; p=0.03).

**CONCLUSIONI**

Il riscontro positivo deriva dalla forte considerazione dello svolgimento della pratica sportiva, con la consapevolezza del ruolo dell'attività fisica come fattore di prevenzione dei rischi derivanti dall'età. L'idea di benessere, viene limitata alla sola attività sportiva piuttosto che all'assenza di altri fattori comportamentali quali l'uso di alcool o di fumo, pratiche da mettere in relazione sia ad una errata percezione del rischio sia a un condizionamento ambientale che porta a ripetere pratiche dannose senza la cognizione dei rischi.

*stili di vita, percezione salute, corpi militari, sport.*

**ID 407**

**VALUTAZIONE DELLA PREDITTIVITÀ DEL NUMERO DI CARDIORISCHIO IN UN CAMPIONE DI ATLETI ADULTI**

M.S. Gallone 1; M. Ciccone 2; A.P. Zito 2; G.Mazzotta 3; A. Notarnicola 2; S. Tafuri 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

2 Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

3 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

**INTRODUZIONE**

Il punteggio individuale del rischio cardiovascolare (RCV) valuta la probabilità di ammalare di un evento cardiovascolare maggiore e i singoli fattori di rischio vengono analizzati globalmente; questo parametro, ampiamente utilizzato nella popolazione generale, non è mai stato validato negli atleti adulti. Il WHTR (circonferenza vita/altezza) misura la distribuzione del grasso corporeo. Obiettivo del lavoro è di validare l'utilizzo del punteggio individuale RCV e del WHTR in un campione di atleti adulti, utilizzando come gold standard la dilatazione flusso-mediata (FMD) e lo spessore dell'intima (IMT) rilevate all'ecodoppler delle carotidi.

**METODI**

Lo studio è stato effettuato su atleti master (età  $\geq 40$ ) non affetti da patologie cardiache o metaboliche. È stato calcolato il WHTR, punteggio RCV e la FMD attraverso l'ecodoppler delle arterie carotidi. I dati raccolti sono stati analizzati con STATAMP11 utilizzando modelli di regressione lineare univariata, considerando significativo un valore di  $p < 0.05$ .

**RISULTATI** Sono stati arruolati 42 atleti master, 8 (19%) di sesso femminile. Il valore medio del punteggio cardiovascolare è di  $2,7 \pm 2,2$  (range 0,3-8); 15 soggetti (35.7%) presentano un punteggio superiore a 3. Il WHTR medio è  $0,52 \pm 0,1$  (range 0,4-0,9) La tabella 1 descrive i valori medi rilevati all'ecodoppler. I valori di FMD e punteggio del rischio cardiovascolare non sembrano correlare ( $p=0,37$ ) e non vi è associazione tra  $FMD < 10\%$  e punteggio del rischio cardiovascolare superiore a 3 ( $p=0,54$ ). I valori di IMT destro ( $p=0,76$ ) e IMT sinistro ( $p=0,27$ ) non sembrano correlare con il punteggio di rischio cardiovascolare. Il WHTR, al contrario, correla con i valori di FMD ( $r^2=0,17; F=8,49; p=0,005$ ).

**CONCLUSIONI**

I risultati della nostra analisi suggeriscono che il punteggio di cardiorischio non sia predittivo del rischio cardiovascolare negli atleti master, mentre evidenziano l'efficace utilizzo del WHTR come strumento di screening del rischio in queste categorie.

*Rischio cardiovascolare, atleti master.*

<https://www.eiseverywhere.com/eselectv2/backendfileapi/download/159652?id=IBIKN%2FXDke8%3D>

**ID 408**

**CONSUMO DI ALCOL E RISCHIO DI ESOFAGO DI BARRETT**

D. Nucci 1; V. Gianfredi 2; D. Arcidiacono 1; S. Realdon 1

1 USD di Endoscopia Digestiva, Istituto Oncologico Veneto (I.R.C.C.S.), Padova

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

**INTRODUZIONE**

L'adenocarcinoma esofageo (EAC) rappresenta il principale tumore maligno dell'esofago in molti Paesi occidentali con un'incidenza quintuplicata dal 1970 ad oggi. Tra i fattori di rischio per EAC, l'Esofago di Barrett (BE) è ritenuto il più importante e la sua incidenza è infatti sovrapponibile all'aumento dei casi di EAC.

Tra i determinanti di salute, il consumo di alcol è un fattore di rischio indipendente per ESCC mentre, per EAC e BE tale associazione non è ancora chiara.

**METODI**

Revisione della letteratura in merito all'associazione tra consumo di alcol e rischio di BE. La ricerca è stata condotta nella banca dati PubMed, utilizzando le parole chiave: Barrett's Esophagus/Oesophagus, Alcohol, alcohol consumption, risk factor, wine, beer, liquor, spirits, ethanol, alcoholic beverages e selezionando gli studi pubblicati nel periodo 2009-2015.

**RISULTATI**

Nella revisione sono stati inclusi 8 dei 47 articoli restituiti dalla ricerca in banca dati. Gli studi inclusi rispondevano ai seguenti criteri: articoli originali o meta-analisi, studi sull'uomo, lingua inglese.

Per il consumo totale di alcol non è emerso un aumento del rischio per BE, al contrario, alcuni studi ne hanno evidenziato un ruolo protettivo. Il consumo di birra non è associato ad un aumento del rischio di BE mentre il consumo di vino mostra un'associazione inversa, statisticamente significativa. I super alcolici sembrano portare ad un aumento del rischio di BE all'aumentare del consumo.

**CONCLUSIONI**

Dagli studi esaminati non emerge un'associazione tra consumo di alcol e aumentato rischio di BE. Il risvolto di salute pubblica di tali RISULTATI rimane però limitato, considerando il dimostrato nesso causale tra consumo moderato/elevato di alcol e aumento del rischio di alcuni tumori.

Rimane comunque importante, data la crescente incidenza di BE e EAC, comprendere quanto alcuni determinanti di salute (dieta e stile di vita), possano influenzare lo sviluppo di queste condizioni.

*Esofago di Barrett; Consumo di alcol; Adenocarcinoma esofageo; Stili di vita; Dieta*

**ID 416**

**DIETE VEGETARIANE E PREVENZIONE DEI TUMORI: META-ANALISI DEGLI STUDI PROSPETTICI**

G. Grosso; J. Godos; F. Bella; S. Sciacca

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Registro Tumori Integrato di Catania-Messina-Siracusa-Enna

**INTRODUZIONE**

Le diete vegetariane possono essere associate ad alcuni benefici verso la salute umana, ma l'evidenza attuale è ancora scarsa e contrastante. Lo scopo di questo studio è stato quello di effettuare una meta-analisi degli studi di coorte prospettici sull'associazione tra le diete vegetariane e il rischio di cancro della mammella, del colon-retto, e della prostata.

**METODI**

E' stata effettuata una ricerca sistematica nei database elettronici degli studi eleggibili secondo i seguenti criteri (i) avevano un disegno prospettico e (ii) confrontavano vari tipi di diete vegetariane e rischio di tumore. Sono state applicati modelli a effetti casuali per calcolare il rischio relativo (RR) di cancro tra le diete. Sono stati investigati eterogeneità statistica e bias di pubblicazione.

**RISULTATI**

Sono stati inclusi nella meta-analisi un totale di 9 studi. Gli studi sono stati condotti su 6 coorti che includevano un totale di 686.629 individui, e 3.441, 4.062 e 1.935 casi di mammella, colon-retto, e il cancro alla prostata, rispettivamente. Nessuna delle analisi ha mostrato una significativa associazione tra dieta vegetariana e minor rischio di una mammella, del colon-retto, e del cancro alla prostata rispetto ad una dieta non vegetariana. Comunque, un minor rischio di cancro del colon-retto è stato associato ad una dieta semi-vegetariana (RR = 0,86, 95% CI: 0,79-0,94; I<sup>2</sup> = 0%, Pheterogeneity = 0,82) ed una dieta pesco-vegetariana (RR = 0,67, 95% CI: 0,53-0,83; I<sup>2</sup> = 0%, Pheterogeneity = 0,46), rispetto ad una dieta non-vegetariana. L'analisi dei sottogruppi per la localizzazione del cancro non ha mostrato differenze nelle stime di rischio tra colon e del retto.

**CONCLUSIONI**

L'evidenza esistente su diete vegetariane ha mostrato che una completa esclusione di qualsiasi fonte di proteine animali dalla dieta non è associato ad ulteriori benefici per la salute umana, in particolare in relazione al rischio di cancro.

*Dieta vegetariana, cancro, proteine animali, rischio, pesce*

**ID 452**

**COMPORAMENTO ALCOLICO DEI FAMIGLIARI CONVIVENTI E AUTOSTIMA FAMIGLIARE (BA BRAKEN) ESPRESSA DAGLI ADOLESCENTI**

L. Leon; F. Costantinides; G.B. Modonutti

COMPORAMENTO ALCOLICO DEI FAMIGLIARI CONVIVENTI E AUTOSTIMA FAMIGLIARE (BA Braken)  
ESPRESSA DAGLI ADOLESCENTI

Lo stile di vita dei conviventi può condizionare l'autostima degli adolescenti e la loro percezione del benessere

La ricerca -2011/13- condotta su 1079 studenti (età 13-19aa, in media 16.1aa) della Scuola Secondaria di 2° grado (SS2) di Trieste (M:52,5%;F:47,5%), intende verificare, utilizzando una scheda questionario, se c'è relazione fra i livelli di autostima famigliare (AF) - TMA di BA Bracken - espressi dagli SS2 e le abitudini alcoliche dei conviventi

Al momento, il 77,4% degli SS2 (M:76,7%; F:78,2%), la maggioranza (FBE vs FNB=>M:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005), convive con dei bevitori (FBE) e il 16,2% (M:15,2%;F:17,3%) con dei non bevitori (FNB)

Livelli di AF "nella norma" (NN) sono propri del 55,1% degli SS2 (M:50,7%;F:60,0%;pM:p<0,0005;F:p<0,0005; MF:p<0,0005) sono il 26,2% (M:30,4%;F:21,6%;pM:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) il 7,5% (M:4,6%;F:10,7%;p<0,0005) con AF "positivo" (PO)

Nelle FBE gli SS2 con AF NN sono il 54,7% (M:51,2%;F:58,8%;pM:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) sul 27,1% che hanno AF NE (M:30,9%;F:22,9%;pM:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) del 7,3% dei coetanei con AF PO (M:3,7%; F:11,2%;p<0,0005)

Presentano AF NN il 62,5% degli SS2 censiti nelle FNB (M:51,5%;F:71,4%;pM:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:pMF: pF:p<0,05;MT:pp<0,025) sui coetanei presenti nelle FBE

*Bevande alcoliche; Autostima; Comportamenti famigliari*

**ID 455**

**GUADAGNARE SALUTE: IL SISTEMA DI RILEVAZIONE PASSI 2007-2010 E 2012-2015 NELLA AZIENDA ULSS 16 DI PADOVA**

A. Basile; I. Simoncello; L. Gottardello; E. Cipolla; Gruppo Intervistatori  
UOC Igiene e Sanità Pubblica Azienda ULSS 16 Padova

**INTRODUZIONE**

L'AULSS 16 ha aderito al sistema di sorveglianza PASSI che ha lo scopo di valutare lo stato di salute della popolazione e di alcuni determinanti di salute: attività fisica, abitudini alimentari, consumo di alcol, abitudine al fumo.

**METODI**

I dati sono stati ottenuti con il sistema di sorveglianza PASSI negli anni 2007-2010 (n=1.103) e 2012-2015 (n=1.144) riferiti ad un campione casuale della popolazione residente nell'AULSS 16 tra 18 e 69 anni mediante somministrazione per via telefonica di un questionario standard.

**RISULTATI**

Per l'attività fisica si è evidenziato una diminuzione dei sedentari (da 28% al 23%), aumentati invece i sedentari che riferiscono sufficiente il loro grado di attività fisica (da 11% al 14%), resta costante la promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari. Per le abitudini alimentari vi è una diminuzione delle persone in sovrappeso (dal 30% al 25%), e aumento di quelle obese (dal 10% al 11%). Il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura/die, come da raccomandazioni internazionali, è diminuito dal 15% al 9%, abitudine scarsamente diffusa tra i 18-34 anni (8%), più alta ma in diminuzione tra i 35-49 anni (da 15% ad 8%) e i 50-69 anni (da 20% a 11%). Vi è inoltre una lieve diminuzione della % dei bevitori che hanno consumato almeno 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese (dal 71% al 69%) e della % dei fumatori (dal 26% al 24%). La % di uomini fumatori è diminuita del 4%, quella delle donne del 3%.

**CONCLUSIONI**

Sarebbe opportuno aumentare l'informazione e la consapevolezza dell'importanza di stili di vita sani nei cittadini e negli operatori sanitari e sensibilizzare questi ultimi con programmi di formazione adeguati e mirati ad incentivare il counselling. Visto il trend in diminuzione dei fumatori, bisognerebbe continuare a sensibilizzarli nello smettere ricorrendo all'aiuto di personale qualificato, sottolineando che il fumo è correlato ad un aumento di rischio CV oltre che neoplastico.

**ID 458**

**STRESS LAVORO CORRELATO: APPLICAZIONE DELL'OBBLIGO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO (2016)**

M. Riccò; B. Razio

1 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, UOPSAL, Trento

2 Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione dell'Ambiente dei Luoghi di Lavoro, Università di Verona, Verona

**INTRODUZIONE**

Circa un 1/3 dei lavoratori europei risente delle conseguenze sanitarie dello stress legato al lavoro (SLC). Dal 31/12/2010 è compito di ogni Datore di Lavoro sottoporre a specifica valutazione del rischio (VdR) i fattori stressogeni e le loro possibili interazioni con il lavoratore. Scopo di questa indagine è valutare lo stato di applicazione degli obblighi normativi nella Provincia Autonoma di Trento (PAT).

**METODI**

Fra 01.10.2015 e 01.09.2016, 45 aziende ubicate nella PAT sono state oggetto di campionamento casuale basato sulle dichiarazioni annuali ex art.40 D.Lgs 81/2008 al fine di garantire la rappresentatività del tessuto produttivo provinciale. I corrispondenti documenti di VdR sono stati acquisiti e verificati dal punto di vista formale (i.e. rispondenza gli obblighi normativi) e da quello contenutistico, confrontando gli esiti della VdR con indicatori obiettivi (in particolare: malattie professionali denunciate, infortuni, assenze per malattia, turn-over aziendale).

**RISULTATI**

Le caratteristiche delle aziende sono esposte in Tabella 1. Tutte le imprese campionate disponevano di una VdR SLC, ma in 5 casi (11.1%) essa non era oggetto di periodico aggiornamento. In 15 casi (33.3%), il rischio veniva definito come "rilevante", e 13/15 predisponevano misure di moderazione, che tuttavia in 8 casi (17.8%) non erano oggetto di monitoraggio, e solo 4/15 proseguivano ad una c.d. valutazione approfondita con intervista dei lavoratori per gruppi omogenei, che in 2 casi confermava gli esiti preliminari. In 43 casi (95.6%) gli indicatori disponibili ed analizzati erano congruenti, mentre nei due casi residui gli eventi sentinella erano analizzati solo in termini parziali (in entrambi i casi non era considerato il turn-over aziendale).

**CONCLUSIONI**

Se gli aspetti formali imposti dalla valutazione SLC appaiono adeguatamente rispettati, l'indagine da noi eseguita suggerisce la carenza di un appropriato ritorno operativo delle sue risultanze.

*Stress Lavoro Correlato, Valutazione del Rischio, Malattie Croniche-Degenerative*

**ID 460**

**PASSI PER GUADAGNARE SALUTE: COSA DICONO I DATI 2011-2014 IN CAMPANIA**

A.D'Argenzio 1,2; S. De Gennaro 1; R. Pizzuti1; E. Bianco 3; A. L. Caiazzo 4; G. D'Orsi 5; L. Esposito 6; M.A. Ferrara 3; E. Fossi, 7; M. Isernia 8 ; M.G. Panico 4; A. Sessa 2; M. L. Trabucco A. M. Trani 4

1 OER Campania, Napoli

2 ASL Caserta

3 ASL Avellino

4 ASL Salerno

5 ASL Napoli 2 Nord, Pozzuoli

6 ASL Napoli 1 Centro, Napoli

7 ASL Benevento

8 ASL Napoli 3 Sud, Torre del Greco

**INTRODUZIONE**

Il programma Guadagnare Salute ha come principale obiettivo la rimozione dei 4 più importanti fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica). La sorveglianza sulla diffusione di questi determinanti rappresenta un punto cruciale per attuare idonee strategie di prevenzione e valutarne l'impatto.

**METODI**

Vengono riportati i dati della sorveglianza Passi su un campione rappresentativo della popolazione campana di 18-69 anni (n=7350) nel quadriennio 2011-2014, relativi all'abitudine al fumo e all'alcool, alle abitudini alimentari ed allo svolgimento di attività fisica.

**RISULTATI**

In Campania il 30% del campione esaminato è costituito da fumatori. Il trend dell'abitudine al fumo mostra una diminuzione dal 32,5% del 2011 al 28,6% del 2014. Il 10,4% degli intervistati è un bevitore a rischio, con un trend in aumento dal 2011 (10,3%) al 2014 (11%). Nel corso del quadriennio il consumo di frutta e verdura, secondo le raccomandazioni del five-a-day, è cresciuto dal 6,6% al 7,7%. Solo il 30% del campione esaminato svolge regolarmente attività fisica, mentre quasi il 43% è sedentario con un trend in aumento dal 2011 (40,5%) al 2014 (46,4%).

**CONCLUSIONI**

I dati Passi 2011-14 mostrano ancora un'ampia diffusione di comportamenti poco virtuosi in Campania. L'abitudine al fumo, sebbene in calo, è ancora più diffusa che nel resto d'Italia (27,4%), mentre preoccupa che la percentuale di "bevitori a maggior rischio", per quanto ancora inferiore a quella dell'Italia, sia comunque in crescita. Il consumo di frutta e verdura, pur se in aumento, è ancora al di sotto del dato nazionale (6,6% vs 9,5%). La percentuale dei sedentari è nettamente più alta in Campania rispetto all'Italia (31%). Nel complesso i dati suggeriscono la necessità di continuare a promuovere stili di vita sani e, al contempo, dimostrano l'utilità della sorveglianza continua per implementare razionalmente gli interventi di educazione e prevenzione nella popolazione.

*PASSI, Guadagnare Salute, fumo, alcol, sedentarietà, Campania*



**ID 461**

**SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA SULL'ALIMENTAZIONE INFANTILE, DA REALIZZARSI PRESSO I CENTRI VACCINALI. L'ESPERIENZA PUGLIESE.**

M.T. Balducci 1; G. Caputi 2; P.D. Pedote 3; R. Morea 1; C. Nanula 2 ; P. Convertini 3; M.S. Gallone 1; S. Termite 3; A. Pesare 2; C. Germinario 1

1 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

2 Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto

3 Dipartimento di Prevenzione- Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL Brindisi

**INTRODUZIONE**

Manca attualmente in Italia un sistema di monitoraggio validato e periodico sull'alimentazione infantile, che consenta di avere dati accreditabili sulla diffusione e sulla durata dell'allattamento al seno. Il presente studio ha come obiettivo quello di valutare la fattibilità e la sostenibilità di un sistema di sorveglianza, da realizzarsi presso i Centri Vaccinali (CV), relativo all'alimentazione infantile.

**METODI**

La rilevazione si è caratterizzata come un'indagine campionaria finalizzata a produrre stime rappresentative a livello di DistrettoSocioSanitario. Le informazioni sono state rilevate all'interno dei CV mediante un questionario somministrato alle madri in occasione delle sedute vaccinali. Tale sperimentazione rientrava nel progetto CCM "Sistema di sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel programma GenitoriPiù". Per la Puglia hanno partecipato il Distretto 2 ASL Brindisi e il Distretto 4 ASL Taranto, aventi una copertura vaccinale media del 94% per la 1 dose vaccinale del DTP. La sperimentazione, avvenuta nel 2015, ha coinvolto 2.046 madri di bambini pugliesi da 0 a 2 anni. E' stata poi somministrato un questionario valutativo rivolto agli operatori sanitari.

**RISULTATI**

I RISULTATI, relativi ai bambini fino ai 6 mesi, mostrano come le madri pugliesi che allattano al seno in modo esclusivo siano una quota bassa: il 23,6% per il DSS 4 ASL TA e il 24,8% delle mamme per il DSS 2 ASL BR. Tra le mamme che allattano al seno il 16,5% ha dichiarato di fumare ed il 35,2% di bere alcol. Il 55,6% degli operatori pugliesi ha ritenuto che la sorveglianza abbia avuto un impatto positivo sullo svolgimento delle attività routinarie del CV.

**CONCLUSIONI**

Sarebbero opportuni inserire direttamente nel sistema dell'anagrafe vaccinale informatizzata della regione (software gestionale in uso presso i CV regionali) le domande d'interesse, in modo da favorire le attività di sorveglianza in continuo.

*allattamento al seno, determinanti di salute, sorveglianza*

**ID 513**

**FELICITA' E'... PROGETTO DI PROMOZIONE DEL BENESSERE**

R.Anfosso 1; R.Accoti 1; L.R.Iozzo 1; R.Pujia 2; C.Ranieri 1

1 ASP-CZ

2 UMG Facoltà Medicina ChirurgiaCZ

**INTRODUZIONE**

L'adolescenza è connotata da cambiamenti fisici e psicologici che condizionano il "disagio adolescenziale".

Famiglia, scuola e gruppo dei pari sono gli ambiti nei quali l'adolescente costruisce la propria identità personale.

Genitori ed insegnanti hanno il compito di codificare le richieste spesso indecifrabili degli adolescenti e di costruire le premesse che consentano loro di raggiungere un maggiore benessere.

**METODI**

Dialoghi interattivi in classe con slides e filmati, finalizzati all'esternazione ed all'ascolto empatico di riflessioni individuali e di vissuti emozionali:

L'adolescenza

Il corpo

L'immagine di sé

L'autostima

Il perdono

Il dare

Le relazioni

L'attimo

Gli scopi

L'umorismo

La comunicazione

Role playing e circle time favorevoli la condivisione di esperienze e

l'accoglienza delle problematiche

Simulate con analisi critica degli stati di insoddisfazione

Lettura ed analisi individuale di brani, versi e citazioni

Attivazioni

Situazioni stimolo

Lavori individuali e di gruppo sulla felicità

Giochi psicologici atti a superare le tensioni ed a costruire relazioni positive nel gruppo classe

**OBIETTIVI**

Favorire il confronto sugli atteggiamenti di insoddisfazione incoraggiando sentimenti di ottimismo attraverso la capacità di cogliere il benessere

Migliorare l'autostima

Incoraggiare l'adozione di un atteggiamento aperto al dialogo con i pari

Ridurre le conflittualità e gli atteggiamenti prevaricatori

**TARGET**

Alunni di scuola media

**RISULTATI**

Maggiore disponibilità alla condivisione, al dialogo con i compagni e nel gruppo dei pari

Risoluzione di situazioni conflittuali e riduzione dei fenomeni di bullismo/prevaricazione

Realizzazione del libro "Felicità è": raccolta di pensieri e disegni degli studenti presentato dallo Psichiatra Morelli  
Miglioramento delle dinamiche relazionali nel gruppo classe ed in famiglia  
CONCLUSIONI  
Il progetto sarà esteso, su espressa richiesta, anche ai docenti

**ID 538**

**“AFFETTIVITÀ E SESSUALITÀ NELL'ERA DI INTERNET” LA VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA SPERIMENTALE DELLA ASL TARANTO**

M. Montemurro 1; T. Battista 2; M.T. Vinci 2; R. Coniglio 2; S. Capraro 2; C. Licomati 2; D. De Bellis 2; A. Menna 2; V. Calò 3; G. De Quarto 3; R. Liuzzi 3; R. Perazzo 4; S. Ponzano 3; A. Siliberti 3; A. Pesare 2

1 DSMC, Università degli Studi di Brescia

2 Dipartimento di Prevenzione, ASL di Taranto

3 UU.OO Assistenza Consultoriale, ASL Taranto

4 Psicologa

**INTRODUZIONE**

L'ASL di Taranto ha realizzato un programma sperimentale rivolto agli studenti delle scuole secondarie di I grado, al fine di migliorare le conoscenze e competenze in ambito relazionale, affettivo e sessuale. Il programma è stato gestito per la prima volta in modo integrato da insegnanti ed operatori sanitari, con il coinvolgimento dei genitori. L'obiettivo del lavoro è valutare le necessità informative dei preadolescenti e il ruolo del docente nella veste di facilitatore dell'apprendimento.

**METODI**

Il programma è strutturato in diverse fasi: formazione dei docenti, coinvolgimento attivo dei genitori e confronto diretto degli operatori sanitari con gli studenti. La sperimentazione è stata articolata in 4 moduli: i primi tre sono stati svolti dagli insegnanti, mentre l'ultimo dagli operatori sanitari. È stata prevista la somministrazione di differenti questionari di indagine personalizzati a genitori, studenti e docenti.

**RISULTATI**

Dai questionari somministrati a 506 studenti (43% donne e 57% uomini) è emerso che il progetto è stato valutato positivo dal 92% e che per il 45% il confronto in classe è servito ad aumentare le proprie conoscenze sulla contraccezione e prevenzione MST. Il 36% (n=509) dei genitori non ritiene di essere all'altezza nell'affrontare tale argomento con i figli e che sia indispensabile l'intervento della scuola. Tutti i docenti (n=56) hanno valutato positivamente il progetto, ma il 63% segnala la necessità di un affiancamento da parte di una figura esperta.

**CONCLUSIONI**

Il programma ha reso possibile l'integrazione sostenibile fra istituzioni scolastiche e sanitarie, anche se risulta imprescindibile il sostegno di un operatore sanitario al fianco degli insegnanti nell'educare i ragazzi verso una sessualità responsabile. Il processo di empowerment di tutti i soggetti coinvolti nell'educazione relazionale rappresenta una strategia da promuovere per aumentare l'efficacia degli interventi proposti.

*Affettività, sessualità*

**ID 545**

**GAMBLING E ADOLESCENTI: INDAGINE SU CONOSCENZE, PERCEZIONI, COMPORTAMENTI E PROFILI DI RISCHIO**

A. Lanzuise 1; R. Tartaglione 2; M.R. Esposito 3; S. Simeone 4; A. Guillari 5

1 P.O. "S. Maria della Pietà" Camilliani, Casoria (NA)

2 Libero Professionista

3 Istituto Nazionale Tumori, "Fondazione G. Pascale" IRCCS, Napoli

4 Università degli studi di Napoli Federico II Dipartimento di Sanità Pubblica, Napoli

5 Università degli stu

**INTRODUZIONE**

Il gioco d'azzardo o gambling, in particolare quello patologico (GP), rappresenta un problema emergente in Sanità pubblica. È stata dimostrata la relazione tra età di iniziazione al gioco d'azzardo e GP. In Italia, si stima che gli studenti con maggiore possibilità di sviluppare una dipendenza da gioco d'azzardo siano il 7,9%. Pertanto è sembrato interessante indagare conoscenze, credenze e comportamenti sul GP negli adolescenti, nonché rilevarne i profili di rischio.

**METODO**

Studio osservazionale condotto da novembre 2015 a gennaio 2016 in due scuole pubbliche secondarie di secondo grado nel casertano. Il campione è rappresentato da due gruppi di adolescenti di età compresa tra i 13 ed i 19 anni ed un gruppo di genitori. Per la valutazione del profilo di rischio è stato somministrato il test di screening diagnostico SOGS-RA.

**RISULTATI**

Hanno partecipato 381 adolescenti e 99 genitori. Sul campione di 190 adolescenti emerge che il 19% dei partecipanti è "a rischio" di sviluppare GP (SOGS 1-4), mentre il 10% risulta essere un "probabile giocatore d'azzardo" (SOGS $\geq$ 5). Inoltre, sul un campione di 192 studenti, il 97,3% sa che il gioco d'azzardo può determinare dipendenza; solo il 37,7% è d'accordo sul rischio di associazione con una dipendenza da alcool e/o droghe. È presente il rischio di isolamento sociale per l'81,7% e di suicidio per il 45,3%. Il livello del potere decisionale del genitore sulle somme di denaro che il proprio figlio può giocare, è risultato presente nel 58,3%. Sono emersi livelli appropriati di conoscenze su rischi e conseguenze associati al gioco d'azzardo nei genitori.

**CONCLUSIONI**

Non emergono sufficienti conoscenze su rischi e conseguenze del gambling. È necessario attuare interventi educativi che considerino il vissuto esperienziale e giudizio valoriale degli adolescenti al fine di limitare il decorso verso la dipendenza ed il diffondersi di modelli di comportamento multi-rischio e delle conseguenze sociosanitarie associate.

*Gambling patologico, adolescenti, dipendenza, conoscenze, attitudini, comportamenti, rischi associati, formazione*

**ID 548**

**ALCOL MISCELATO CON ENERGY DRINK (AMED). UNA NUOVA PRATICA DIFFUSA TRA I GIOVANI: INDAGINE SU UN CAMPIONE DI ADOLESCENTI ITALIANI**

V. Cofini; R. Bernardi; M. R. Cecilia

*Università dell'Aquila, L'Aquila*

Numerose evidenze mostrano che il consumo di alcol miscelato con gli energy drinks (AmED) è in aumento tra i giovani. Gli Energy Drinks consentendo la persistenza del piacere dell'assunzione dell'alcol senza il down dell'ubriacatura, possono far aumentare il desiderio di consumo o mascherare l'effetto depressivo dell'alcol.

Obiettivo dello studio è conoscere la prevalenza del consumo di AmED in età evolutiva. Questo lavoro è parte di uno studio più ampio, condotto per caratterizzare i consumatori di energy drinks ed i fattori ad esso associati, tra gli studenti di 10-13 anni.

Tutti i partecipanti, previo consenso informato dei genitori, hanno completato il questionario "Gathering consumption data on specific consumer groups of Energy drink", dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) ed il test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza (TAD).

Con un campionamento a cluster, attraverso il metodo "Probably Proportional to Size" ed un "design Effect" pari a 2, è stato selezionato un campione di 520 studenti. Per l'analisi delle associazioni tra il consumo AmED ed i vari fattori considerati, sono stati calcolati gli OR e relativi intervalli di confidenza attraverso il modello logistico.

Le analisi riguardano 450 studenti indicando un tasso di partecipazione dell'87%. La prevalenza di consumatori di AmED è risultata del 27% (IC 95%: 23% -32%), con età media di 13 anni ( $\pm 1.01$ ). I maschi hanno maggiore probabilità di consumare AmED (OR = 2,7; 95% CI: 1.7-4.2). L' AmED è associato a fumo (OR = 10.3 95% CI: 4,0 -26,3), residenza (urbana/rurale): OR= 0,6; 95% CI: 0.3-0.9) ed età (OR = 1,8; 95% CI: 1.4-2.2), ma non è associato con i fattori psicologici considerati nello studio.

Lo studio evidenzia che 1 adolescente su 4 assume AmED. Strategie di promozione della salute dovrebbero focalizzare l'attenzione su tale pratica che, soprattutto in età evolutiva, può influenzare la comparsa di un comportamento d'abuso.

*AmED, alcol, Energy drink, adolescenti*

**ID 555**

**ECCESSO PONDERALE, QUALITÀ DELLA VITA E CONTESTO DI VITA: STUDIO OSSERVAZIONALE IN UN CAMPIONE DI ADOLESCENTI DEI COMUNI DI L'AQUILA E RIETI NELLA FASE POST-SISMA 2009.**

F. D'Aloisio; M. Scatigna; R. Rossi; M.A. Manganaro; A.M. Angelone; L. Fabiani

*Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila*

**INTRODUZIONE**

La prevalenza dell'obesità in età evolutiva ha raggiunto livelli di allarme ed emergono evidenze consistenti sulla relazione tra eccesso ponderale e qualità di vita (QoL) percepita. A tale associazione contribuiscono determinanti ambientali e individuali relative ai contesti di vita (famiglia, scuola, comunità) a loro volta suscettibili di modifiche in conseguenza di eventi disastrosi. Scopo dello studio è osservare i livelli di eccesso ponderale e QoL negli adolescenti e verificarne l'associazione ed eventuali differenze legate al territorio, in particolare al comune dell'Aquila nella fase post-sisma 2009.

**METODI**

Nell'AS 2014-15 è stato condotto uno studio osservazionale trasversale su 722 studenti (50.0% maschi, età media 13.6 anni) dei comuni di L'Aquila e Rieti. Sono state rilevate misure antropometriche ed è stato somministrato un questionario su variabili psicometriche, tra cui la QoL misurata con la versione italiana del EQ-5D-Y.

**RISULTATI**

È risultato obeso il 9.1% delle ragazze e il 7.8% dei ragazzi (valori significativamente maggiori dello studio HBSC 2014), con differenze di genere opposte tra L'Aquila e Rieti: rispettivamente 6.8% vs 12.2% (n.s.) nelle femmine e 10.8% vs 4.9% ( $p < 0.05$ ) nei maschi. La QoL è risultata inferiore all'Aquila (il 32.3% vs 41.7% del campione si colloca nel quartile migliore,  $p < 0.01$ ). Solo nel campione reatino emerge un'associazione inversa significativa tra livelli di obesità e QoL, confermata da un modello di regressione aggiustato per genere e livello socio-economico (Fig.1 e Tab.1).

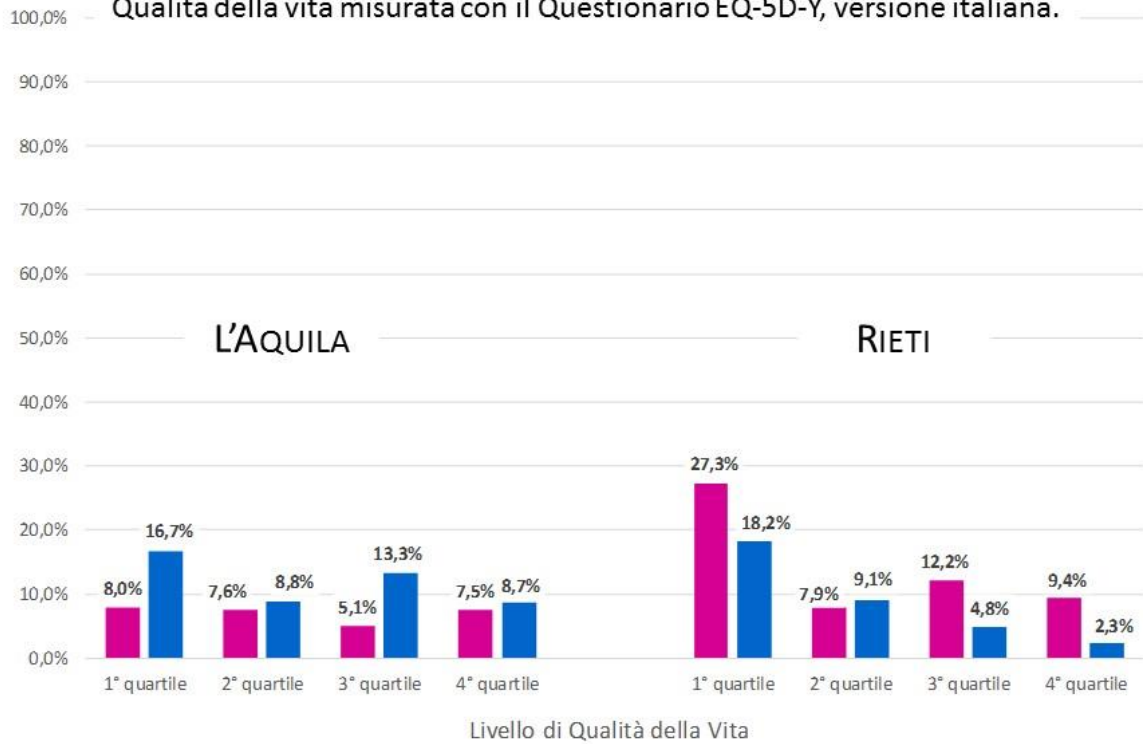
**CONCLUSIONI**

La mancata osservazione dell'influenza sulla QoL dell'obesità negli adolescenti aquilani, contrariamente al campione reatino e alle evidenze in letteratura, potrebbe ricondursi agli effetti post-sisma. Lo studio suggerisce l'approfondimento di altre determinanti (benessere scolastico; risorse e luoghi per attività ricreative e socializzanti nel contesto di vita; comportamenti influenzabili da stress post-evento).

*Obesità, qualità della vita, adolescenti, disastri naturali.*

**Figura1.**

Prevalenza di obesità stratificata per comune di residenza e livello di Qualità della vita misurata con il Questionario EQ-5D-Y, versione italiana.





**Tabella 1.**

Modello logistico ordinale relativo all'associazione tra Qualità della Vita e obesità negli adolescenti residenti nei comuni di Rieti e dell'Aquila.  
(Variabile esplicativa: quartili dei punteggi al questionario EQ-5D-Y; analisi aggiustata per strato socio-economico e sesso)

|                        | L'AQUILA                                 |         | RIETI            |        |
|------------------------|------------------------------------------|---------|------------------|--------|
| Variabili esplicative  | O.R. (I.C. 95%)                          | Sign.   | O.R. (I.C. 95%)  | Sign.  |
| Obesità <sup>(a)</sup> | 0.88 (0.46-1.69)                         | n.s.    | 0.39 (0.18-0.71) | P<0.05 |
| SES <sup>(b)</sup>     | 1.15 (0.99-1.35)                         | n.s.    | 1.34 (1.13-1.60) | P<0.01 |
| Sesso (M vs F)         | 2.00 (1.37-2.91)                         | P<0.001 | 1.98 (1.32-2.99) | P<0.01 |
|                        | Goodness of fit (pseudo R <sup>2</sup> ) |         |                  |        |
|                        | 0.0173                                   |         | 0.0373           |        |

<sup>(a)</sup> Classificazione sulla base dei cut off definiti da Cole et al, 2014

<sup>(b)</sup> SES = Strato Socio Economico rilevato con la *Family Affluence Scale* (quartili)

**ID 573**

**DESCRIZIONE DEI PIANI REGIONALI E PROVINCIALI DELLA PREVENZIONE (PRP E PPP) 2014-2018**

F. Marzotto 1; A. Buja 2; S. Campostrini 3; S. Porchia 4; E. Bicciato 5; A. Vigato 6; M. Tonon 7; V. Baldo 8; P. Contu 9

1 *Università degli Studi di Padova, Padova*

2 *Università Ca' Foscari, Venezia*

3 *Università degli Studi di Cagliari, Cagliari*

**INTRODUZIONE**

Il Piano Nazionale delle Prevenzione (PNP) 2014-2018 si connota per la scelta di fissare 10 macro-obiettivi (MO), individuati in considerazione della loro priorità e del valore strategico. Il PNP rimanda poi alla pianificazione regionale per l'individuazione dei progetti finalizzati al raggiungimento di tali MO, la definizione della popolazione target e dei setting su cui intervenire. Lo scopo del presente lavoro è di analizzare la pianificazione delle singole Regioni, per poterne descrivere le diverse attività.

**METODI**

Sono stati analizzati 21 Piani Regionali e Provinciali della Prevenzione (PRP e PPP) 2014-2018 ed è stato costruito un database delle attività sanitarie di promozione o prevenzione. Di ogni attività sanitaria individuata (unità statistica, definita come l'insieme delle azioni destinato allo stesso target e con il medesimo obiettivo) sono state descritte diverse caratteristiche tra cui i MO e gli OC (obiettivi centrali), il setting e la popolazione target.

**RISULTATI**

Dai dati preliminari sono state individuate complessivamente 887 attività sanitarie di promozione o prevenzione. Il MO su cui si sono concentrate il maggior numero di attività sanitarie è stato il MO1 "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT"; rispetto invece agli OC, il più perseguito è stato l'OC 1.3 "Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile e adulta".

La maggior parte delle attività vedono come setting la comunità e a seguire gli ambienti sanitari, la scuola ed infine gli ambienti di lavoro. Le fasce di popolazione maggiormente coinvolte sono state i giovani e a seguire l'età adulta.

**CONCLUSIONI**

Le pianificazioni regionali hanno risposto all'invito di pianificare attività volte a coprire i tutti i MO, tuttavia puntando maggiormente sulle azioni volte al contrasto delle malattie croniche, fonti del maggiore carico di malattia ancora prevenibile.

**ID 593**

**WEB 2.0: NUOVE OPPORTUNITA' NEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE (EAS) IN AMBITO SCOLASTICO**

R. Coniglio 1; A. Giorgino 1; M.T. Vinci 1; C. Licomati 1; A. Testino 1; M. Innone 1; A. Menna 1; R. Stifini 1; M. Golino 1; P. Beatini 2; A. Pesare 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia

**INTRODUZIONE**

Le nuove tecnologie offrono la possibilità di progettare in ambito scolastico interventi di EaS più efficaci e coinvolgenti. L'Asl di Taranto ha ottimizzato la gestione dei programmi tradizionali di promozione della salute attraverso una piattaforma di apprendimento o Learning Management System (LMS).

**METODI**

Il software è stato utilizzato per la produzione di contenuti didattici e l'organizzazione di percorsi formativi, personalizzati in funzione degli obiettivi dei singoli interventi programmati. Sulla piattaforma sono stati predisposti molteplici canali di comunicazione (audio, video, testuale, iconica), in modo da rendere interattivo il processo di apprendimento degli alunni e immediato quello di valutazione degli interventi proposti.

**RISULTATI**

In linea con le strategie educative che pongono al centro delle attività la persona, l'approccio educativo proposto dalle LMS ha permesso di sviluppare una comunità virtuale di apprendimento (classe virtuale), che agisce sullo sviluppo delle Life Skills dei ragazzi, favorendo il lavoro cooperativo e la discussione di gruppo. Coerentemente con questo nuovo approccio, il docente ha assunto il ruolo di protagonista e facilitatore in un modello integrato, modificando il paradigma della relazione unidirezionale in cui l'insegnante trasferisce competenze agli allievi. Gli strumenti digitali infatti, hanno consentito l'applicazione di un approccio costruttivista, basato su domande condivise, gradualità approfondimenti tematici e realizzazioni pratiche di quanto appreso.

**CONCLUSIONI**

Questo nuovo paradigma di apprendimento individuale e collettivo abilitato dalla tecnologia rappresenta un'opportunità ma anche una sfida per i professionisti che a vario titolo operano nell'ambito dell'educazione alla salute, i quali sono chiamati a raccordare esigenza formativa e nuove modalità comunicative della "generazione digitale" da realizzarsi attraverso strumenti user friendly.

*Web, promozione salute*

**ID 596**

**SOVRAPPESO E OBESITÀ NELLE CATEGORIE PROFESSIONALI DEDITE ALLE ATTIVITÀ SUBACQUEE:  
CONFRONTO CON I DATI PASSI 2011-2014**

M. Congiu 1; G. Solinas 2; A. Salzano 1

1 USMAF-SASN Campania e Sardegna, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione Igiene - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Università degli Studi di Sassari

**INTRODUZIONE**

L'USMAF-SASN Campania e Sardegna (US CS) sta conducendo uno studio su sovrappeso e obesità nelle categorie professionali dedite all'attività subacquea. I BMI dei subacquei afferenti agli ambulatori regionali USMAF, confrontati con quelli ISTAT 2012, rilevano un incremento di sovrappeso e obesità. Scopo della ricerca è confrontare i BMI dei sub con quelli della Sorveglianza PASSI 2011-2014, nazionali e regionali distinti per genere.

**METODI**

Raccolte le informazioni sul BMI di 404 sub dell'US CS, distinti per le classi di età PASSI, i dati sono stati analizzati con STATA14.

**RISULTATI**

L'incremento nel sovrappeso dei sub in Sardegna (+8,1%) e Campania (+15,5%), rispetto al dato nazionale PASSI(39,99%), è significativo ( $p<0,01$ ). La proporzione di obesi campani (18,5%) supera il dato PASSI nazionale (+7,5%) e sardo (+8,7%) in maniera significativa ( $p<0,01$ ). E' significativa ( $p<0,01$ ) la più alta proporzione dei subacquei sardi in sovrappeso (+12,2%) nella classe di età 35-49 anni; in Campania, invece, il sovrappeso colpisce sia la classe 18-34 anni (+26,4%) che la fascia di età 35-49 (+13,6%). Anche l'obesità in Campania è significativamente più alta ( $p<0,01$ ) nelle classi di età 18-34 anni (+11,9%) e 35-49 (+10,4%). Il confronto dei dati regionali PASSI conferma un significativo aumento del sovrappeso nei sub sardi (+14,2%,  $p<0,001$ ) e nelle classi di età 18-34 (+15,5%,  $p<0,01$ ) e 35-49 (+18,8%, $p<0,001$ ); in Campania, l'incremento nell'obesità interessa la classe di età 18-34 anni (+6,0%,  $p<0,01$ ).

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI sembrano confermare, nel complesso ed in specifiche classi di età, una più alta frequenza di subacquei in sovrappeso ed obesi nelle due regioni in studio. Tale aspetto sembrerebbe attribuibile alla specifica attività professionale, non alla regionalità. Ulteriori studi sono utili al fine di sviluppare modelli multivariati per identificare i fattori associati con sovrappeso e obesità nei subacquei e promuovere azioni preventive e di formazione.

*BMI, lavoratori subacquei, PASSI*

**ID 644**

**ANALISI DELLE DISEGUAGLIANZE DI SALUTE NEL TERRITORIO PARTENOPEO**

A. Simonetti 1; E. Raiola 1; M. Di Gennaro 2; M. Triassi 1

1 Policlinico Federico II, Napoli

2 ASL Napoli 1 Centro

Si discute molto sul ruolo dei servizi sanitari nel determinare la salute della popolazione e la mortalità evitabile (MEV) appare l'indicatore d'esito più rapidamente fruibile per studiare l'impatto della prevenzione e dell'assistenza sanitaria. Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha effettuato uno studio ecologico a finalità programmatica, volto all'individuazione dei bisogni e di eventuali diseguaglianze di salute correlabili allo stato socio-economico della popolazione partenopea.

Per i 10 Distretti dell'ASL Napoli 1 Centro sono stati calcolati i tassi di MEV per il triennio 2008-2010, mediante standardizzazione diretta, e gli indici di deprivazione, secondo il metodo di Caranci. La correlazione tra deprivazione e mortalità è stata valutata con il coefficiente di Pearson (r).

L'impatto della MEV si conferma caratteristicamente maggiore per il genere maschile e risulta significativamente preponderante nelle municipalità periferiche (da Secondigliano a Ponticelli), maggiormente deprivate, rispetto a Vomero e Posillipo. Emerge una forte correlazione tra deprivazione e MEV ( $r:0,97$ ), soprattutto per cause evitabili mediante prevenzione primaria e igiene e assistenza sanitaria. L'intensità del legame è maggiore tra deprivazione e malattia epatica cronica e cirrosi ( $r:0,94$ ); a seguire, con le malattie ischemiche del cuore ( $r:0,91$ ) e cerebrovascolari ( $r:0,89$ ), i tumori di laringe, trachea, bronchi e polmoni ( $r: 0,75$ ) e il tumore del colon-retto ( $r: 0,56$ ). Per il tumore al seno la correlazione non è significativa ( $r:0,04$ ).

È necessario programmare adeguati interventi di: prevenzione primaria nei Distretti 28, 30 e 32, dove si riscontrano elevati tassi di MEV per tumore bronco-polmonare, malattie ischemiche del cuore ed epatiche croniche; diagnosi e terapia precoce nei Distretti 26, 30, 31, 32 e 33, con alti tassi di MEV per cancro a seno e colon-retto; igiene ed assistenza sanitaria nei Distretti 25, 26, 28, 30, 32 e 33, con alti tassi di MEV per malattie cerebrovascolari.

*mortalità evitabile, deprivazione, diseguaglianze*

**ID 647**

**LE DISEGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE E IL RISCHIO DI INFEZIONE DA HBV E HCV**

R. Alfano; I. Loperto; D. Castrianni; C. Montana; A. Cappuccio; OC. Imperato; R. Martello; E. Maio; MS. Scamardo; A. Guillari; D. Landolfo; O. Caporale 1; M. Triassi  
*Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli*

**INTRODUZIONE**

La posizione socioeconomica (PSE) è considerata un importante determinante delle patologie croniche, mentre poche sono le evidenze scientifiche che la associano alle malattie infettive. Scopo dello studio è indagare l'associazione tra PSE e sieropositività ai virus epatitici.

**METODI**

Nel 2015 è stata arruolata una coorte di 529 soggetti afferiti al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Napoli "Federico II" per le visite di Sorveglianza Sanitaria. La PSE è stata codificata secondo la classificazione SOC2010, basata sull'attività occupazionale, assegnando ai soggetti un punteggio da 1 a 9 e suddividendoli in tre categorie (PSE alta, media e bassa). Lo screening dei marker epatitici ha valutato i parametri anti-HCV, HBsAg, HBsAb, HBcAb (EIA kit-ELISA; Wiesbaden, Germany).

Obiettivo del presente studio è stato indagare la positività dei markers epatitici a seconda della PSE mediante un modello logistico.

**RISULTATI**

Su 529 soggetti il 3,4% è risultato anti-HCV positivo, il 65,8% vaccinato per HBV, il 3% HBsAg positivo, il 3% HBcAb positivo isolato e l'1,5% guarito dall'infezione di HBV.

La positività HBcAb, ma non quella per anti-HCV, è risultata più frequente con l'avanzare dell'età. Non sono state riscontrate preferenze di sesso.

Un aumento del 5% del rischio di positività di HBcAb è emerso nei soggetti che occupano la PSE più bassa. Anche la positività anti-HCV è risultata più alta nei soggetti con bassa PSE, sebbene in modo non significativo.

**CONCLUSIONI**

Oltre ai classici fattori di rischio d'infezione, le diseguaglianze socioeconomiche rappresentano un fattore di rischio importante per le infezioni epatiche. Il meccanismo patogenetico che sottende il link infezioni-PSE è poco conosciuto. Una delle teorie più accreditate ritiene che la PSE induca una deregolazione del sistema immunitario causando una maggiore suscettibilità alle infezioni. Una seconda fase di studio, in progress, saggerà questa ipotesi.

*Posizione socioeconomica, HBV, HCV*

**ID 648**

**MORTALITÀ EVITABILE E DEPRIVAZIONE: ANALISI DEI BISOGNI DI SALUTE IN CAMPANIA**

E. Raiola 1; M. Di Gennaro 2; A. Simonetti 1; A. Galdo 1; V. Novelli 1; F. Pennino 1; I. Torre 1

1 Policlinico Federico II, Napoli

2 ASL Napoli 1 Centro

La mortalità evitabile (MEV) è rappresentata da decessi che avvengono a determinate età per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene ed assistenza sanitaria. Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli adotta la MEV come indicatore indiretto di bisogni e diseguaglianze di salute correlabili allo stato socio-economico della popolazione campana per identificare aree prioritarie d'intervento.

Per rendere confrontabili i tassi di MEV si applica la standardizzazione diretta, considerando la popolazione europea, troncando a 75 anni (per l'allungamento della speranza di vita) e includendo la classe 0-4 anni, caratteristicamente fragile. Per valutare le condizioni socio-economiche si calcola l'indice di deprivazione secondo la metodologia di Caranci.

In Campania il 23% di tutti i decessi registrati dal 2008 al 2010 è prevenibile. La MEV riguarda prevalentemente gli uomini e le fasce di età più anziane (70-74 anni), ma è rilevante anche nella classe 0-4 anni. Il trend femminile è stazionario; quello maschile in lieve riduzione. Le principali cause di MEV sono: il tumore al seno nelle donne e i tumori di laringe, trachea, bronchi e polmoni negli uomini. I tassi di MEV risultano significativamente superiori nelle ASL Napoli 1 Centro e 2 Nord, rispetto alle ASL di Avellino e Benevento. Essi aumentano, infatti, al crescere dell'indice di deprivazione, con una correlazione diretta per tutte le cause indagate, particolarmente intensa con le malattie ischemiche del cuore, il tumore femminile della mammella e quello di laringe, trachea, bronchi e polmoni.

La MEV si conferma uno strumento atto ad identificare i target verso cui indirizzare sforzi maggiori: gli interventi di prevenzione primaria e igiene ed assistenza sanitaria per gli uomini e di diagnosi precoce e terapia delle neoplasie per le donne; le sacche deprivate di popolazione e le fasce d'età più avanzate.

*mortalità evitabile, deprivazione, diseguaglianze*

**ID 649**

**SISTEMA DI SORVEGLIANZA SUGLI OTTO DETERMINANTI DI SALUTE DEL BAMBINO DA PRIMA DEL CONCEPIMENTO AI 2 ANNI DI VITA NELLA ASL BRINDISI**

A. De Simone 1; P. Pedote 1; G. Saltarelli 1; M. Convertini 1; L. Cagnazzi 1; R. Cardone 1; C. Flore 1; E. Greco 1; M. Montano 1; E. Mastrovito 1; N. Dahbaoui 1; D. Sofia 1; C. Bandini 1; MT. Balducci 2; AR. Greco 3; S. Termite 1

1 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Brindisi

2 Osservatorio Epidemiologico Regionale, Puglia

3 Direzione Sanitaria ASL BR, Brindisi

**INTRODUZIONE**

Nel periodo perinatale e nei primi anni di vita, la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e la promozione di fattori protettivi sono azioni efficaci per prevenire alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e della sua futura vita d'adulto.

La ASL BR ha sperimentato un sistema di sorveglianza dei principali determinanti di salute del bambino, da prima del concepimento ai 2 anni di vita.

**METODI**

La sorveglianza è stata attuata nel DSS n° 2 comprendente i comuni di Fasano, Cisternino ed Ostuni per una popolazione media di 0-2 anni pari a 1153.

L'indagine della durata di 1 anno si è svolta presso il Centri Vaccinali mediante la somministrazione di un questionario autocompilato dalle madri. Ha coinvolto 4 medici, 4 inf. professionali, 1 ass. sanitaria.

**RISULTATI**

I dati sono ancora in fase di analisi. Alcuni dati preliminari del DSS 2 di Brindisi: allattano al seno in modo esclusivo il 24,9% e il 9% in modo predominante; il 14% dichiara di aver assunto alcol durante la gravidanza, il 4,5% di aver fumato in gravidanza e il 6,4 durante l'allattamento; non è mai stato letto un libro nell'ultima settimana al 50,4 % dei bambini con età > 6 mesi; l'assunzione di ac. Folico risulta essere nella fase preconcezionale del 28,4%, sale al 32,6% nelle gravidanze programmate; il 73,3% delle mamme si dichiarano disponibili ad effettuare tutte le vaccinazioni previste; con riferimento alla SIDS il 64,8% dichiara di aver posizionato correttamente il bambino in culla nei primi 8 mesi.

**CONCLUSIONI**

Si ribadisce l'importanza della sorveglianza per monitorare alcuni determinanti di salute nella prima infanzia. Si evidenzia una grande variabilità dei comportamenti adottati dalle madri nei confronti dei propri figli rispetto ai determinanti indagati, indicando la presenza di un bisogno informativo da parte delle madri. Si conferma l'opportunità di coinvolgere i Centri Vaccinali in quanto ambiente idoneo a fornire utili informazioni sui determinati di salute alle mamme.

*sorveglianza, determinati, salute, allattamento*



**ID 664**

**ADESIONE ALLA DIETA MEDITERRANEA IN UN GRUPPO DI STUDENTI IN MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II**

N. Voza 1; O. Caporale 2; A. Cappuccio 3; A. Guillari 4; C. Vallone 5; G. Muto 6

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

2 Università degli Studi di Napoli Federico II-Dipartimento di Sanità Pubblica, Napoli

3 Università degli Studi di Napoli Federico II-Dipartimento di Sanità Pubblica, N

**INTRODUZIONE**

La Dieta Mediterranea (DM) è associata ad un ridotto rischio di diverse patologie croniche. Alti livelli di conoscenza circa la nutrizione sono associati con una maggiore aderenza alla DM indipendentemente dall'istruzione e fattori socio-economici. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di valutare il livello di adesione alla DM in un gruppo di studenti in Medicina e Chirurgia dell'AOU Federico II in relazione agli stili di vita e contesti sociali e familiari, e di confrontare le abitudini alimentari del campione.

**METODI**

Studio trasversale iniziato a giugno 2016 (in corso) e stato promosso dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli. È stato somministrato il questionario 14-item MEDAS ad un campione di convenienza di 77 studenti.

**RISULTATI**

Il campione è rappresentato da 77 studenti (48% F- 52% M) con età media di  $22.1 \pm 2.5$  (20-38). La media del BMI è risultata essere di 22.2, prevalentemente della provincia di Napoli (67.5%); il campione appartenete a famiglie con un livello culturale medio-alto (il titolo di studio della madre per il 52.8% risulta Laurea di primo livello/Laurea) e nel 41.3% del campione la professione svolta dal padre è quella di Impiegato. L'aderenza alla DM è risultata buona nel 15.6%, media nel 66.2%, e povera nel 18.2% del campione. Si evidenzia un tempo inattività fisica >3h/die. Nel 55% il mezzo di trasporto più frequentemente utilizzato per gli spostamenti è la metropolitana.

**CONCLUSIONI**

Lo studio, i cui RISULTATI presentati sono parziali, ha valutato l'aderenza alla DM negli studenti universitari. I RISULTATI sembrano confermare quanto riportato dalla letteratura. È certamente necessario attuare politiche di Sanità Pubblica destinate a promuovere scelte di vita sane e i modelli nutrizionali della DM dovrebbero essere incluse tra queste scelte. Nei giovani vi è la necessità di pianificare ed attuare interventi educativi che siano in grado di motivare e sostenere tale cambiamento.

*dieta mediterranea, adesione, studenti universitari, 14-item MEDAS*

**ID 671**

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI DELLA PROVINCIA DI BRINDISI: RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SUL SOVRAPPESO E OBESITÀ NEI BAMBINI DELLE SCUOLE PRIMARIE "OKkio ALLA SALUTE"**

N. Dahbaoui 1; E. Mastrovito 1; M. Montano 1; A. De Simone 1; D. Sofia 1; C. Bandini 1; S. Lorusso 1; M.T. Balducci 2; S. Termite 1; P.D. Pedote 1; MA. Tommaselli 3; C. Vecchio 3; P. Fina 3; L. Rainò 3; A. Rotunno 4; A.R. Greco 5

1 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Brindisi

2 Osservatorio Epidemiologico Regionale, Puglia

3 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Brindisi

4 Dipartimento di Preven

**INTRODUZIONE**

L'obesità, fenomeno in forte crescita, desta preoccupazione per gli effetti negativi sulla salute delle persone e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. OKkio alla Salute è un sistema di sorveglianza varato in Italia nel 2007 per valutare la dimensione dell'obesità infantile, aderendo al progetto europeo "Childhood Obesity Surveillance Initiative" (COSI). Lo studio descrive la situazione nutrizionale e abitudini alimentari dei bambini delle scuole primarie della Provincia di Brindisi, allo scopo di suggerire azioni correttive.

**METODI**

La raccolta dati è stata effettuata nella primavera del 2014, su campione formato da bambini della terza primaria, selezionati mediante campionamento a grappolo con rappresentatività mista. Ai bambini è stato somministrato un questionario cartaceo per raccogliere informazioni su stili alimentari e stato ponderale. Per calcolare l'IMC, i bambini sono stati pesati e misurati da personale ASL. Sono stati utilizzati i valori soglia dell'International Obesity Task Force, per definire lo stato di sovrappeso e obesità, le definizioni dell'INRAN sulla congruità dei comportamenti alimentari. L'analisi è stata effettuata con software Stata 11, avvalendosi dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato).

**RISULTATI**

Nel complesso il 36.9% dei bambini della ASL BR presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità, superando la media nazionale (30,7%). Analizzando le abitudini alimentari, emerge che solo il 57,5% dei bambini fa una colazione quantitativamente adeguata ed il 13% non fa colazione.

**CONCLUSIONI**

La persistenza di un alto livello di sovrappeso/obesità e cattive abitudini alimentari tra i bambini della ASL BR desta preoccupazione sul futuro stato di salute della popolazione. È essenziale programmare azioni di sanità pubblica in modo coordinato per promuovere un'alimentazione corretta.

*obesità infantile, abitudini alimentari, sistemi di sorveglianza*

**ID 673**

**VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA IN PAZIENTI CON DIABETE DI TIPO 2**

L. Barbante 1; P.M. Angeletti 1; C. Marziliano 1; E. Lattanzi 2; C. Piersanti 2; V. Montani 2; L. Rapacchietta 3; VF. Profeta 3; E. Altobelli 1-3;

1 Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienza della Vita e dell' Ambiente, Università degli studi dell'Aquila, L'Aquila

2 Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale, AUSL Teramo, Teramo

3 Unità Operativa di Epidemiologia e Statistica ,

**INTRODUZIONE**

Il Diabete è una malattia cronica ad alta prevalenza la cui gestione comporta costi elevati relativi a farmaci, presidi sanitari e controlli diagnostici, per garantire una buona qualità della vita dei pazienti. L'obiettivo dello studio è confrontare la qualità della vita del paziente con diabete residente nel territorio della ASL di Teramo con una popolazione di controllo nazionale ed una abruzzese.

**METODI**

La popolazione oggetto di studio ha incluso donne e uomini con diabete, stratificati in tre classi di età (35-65,66-75, >75 anni) residenti nella provincia di Teramo e reclutati con campionamento casuale dal registro dell'osservatorio della ASL di Teramo sul diabete. Ai pazienti è stato somministrato un questionario sulla qualità della vita (SF-12). I dati sull' SF-12 sono stati elaborati secondo le direttive del testo "SF-12 How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scale" calcolando la media degli indici mentale (MCS-12) e fisico (PCS-12) per le classi di età considerate.

**RISULTATI**

Il campione estratto ha compreso 635 casi prevalenti. Il PCS-12 ha evidenziato una differenza statisticamente significativa per la classe di età 35-65 anni confrontato con entrambi i gruppi di controllo, nazionale e regionale (entrambi con P75 anni non ha mostrato differenze statisticamente significative. L'MCS-12 ha evidenziato una differenza statisticamente significativa solo per la classe di età 35-65 anni confrontato con i gruppi di controllo nazionale e regionale, rispettivamente con  $P=0,0007$  e  $P=0,0008$ .

**CONCLUSIONI**

Lo Studio evidenzia come le differenze sulla Qualità della vita tra pazienti con diabete e senza diabete incidano di più nell'età <75 anni per l'indice fisico. L'indice mentale mostra lievi differenze solamente nella classe di età 65 anni.

| <b>TABELLA 1a</b>                | <b>Numero</b> | <b>PCS-12</b> | <b>P VALUE</b> | <b>MCS-12</b> | <b>P VALUE</b> |
|----------------------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| <b>Gruppo di età 33-65 anni</b>  |               |               |                |               |                |
| Controlli Italiani               | 53797         | 52,4          | <0,0001        | 49,2          | 0,0008         |
| Casi con diabete                 | 143           | 44,3          |                | 46,0          |                |
| <b>Gruppo di età 66-75 anni</b>  |               |               |                |               |                |
| Controlli Italiani               | 11198         | 46,8          | <0,0001        | 48,42         | 0,3222         |
| Casi con diabete                 | 268           | 42,6          |                | 49,1          |                |
| <b>Gruppo di età &gt;75 anni</b> |               |               |                |               |                |
| Controlli italiani               | 9643          | 39,0          | 0,4779         | 45,9          | 0,2481         |
| Casi con diabete                 | 224           | 39,5          |                | 46,8          |                |
| <b>TABELLA 1b</b>                | <b>Numero</b> | <b>PCS-12</b> | <b>P VALUE</b> | <b>MCS-12</b> | <b>P VALUE</b> |
| <b>Gruppo di età 33-65 anni</b>  |               |               |                |               |                |
| Controlli Abruzzesi              | 1788          | 52,3          | <0,0001        | 49,4          | 0,0007         |
| Casi con diabete                 | 143           | 44,3          |                | 46,0          |                |
| <b>Gruppo di età 66-75 anni</b>  |               |               |                |               |                |
| Controlli Abruzzesi              | 352           | 47,2          | <0,0001        | 48,5          | 0,4532         |
| Casi con diabete                 | 268           | 42,6          |                | 49,1          |                |
| <b>Gruppo di età &gt;75 anni</b> |               |               |                |               |                |
| Controlli Abruzzesi              | 336           | 39,3          | 0,8057         | 45,3          | 0,1524         |
| Casi con diabete                 | 224           | 39,5          |                | 46,8          |                |

**ID 674**

**SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PASSI D'ARGENTO": MODELLO DI ATTUAZIONE DI UNA SORVEGLIANZA NELLA ASL BR**

D. Sofia 1; PD. Pedote 1; C. Bandini 1; S. Lorusso 1; A. De Simone 1; P. Convertini 1; E. Mastrovito 1; N. Dahbaoui 1, M. Montano; S. Termite 1; AR. Greco 2

1 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Brindisi

2 Direzione Sanitaria ASL Brindisi

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni in Italia la proporzione di anziani è andata progressivamente aumentando: nel 1990 gli ultrasessantacinquenni erano il 15%. Nel 2012 la popolazione italiana > 65 anni era pari al 22,96% e quella pugliese del 20,27%; nel 2016 il dato nazionale è del 23,20 mentre quello regionale è salito al 22,08%.

**METODI**

La ASL BR ha aderito alla sorveglianza predisponendo un gruppo di lavoro costituito da un coordinatore aziendale e 4 intervistatori. La sorveglianza di durata biennale prevede un carico di lavoro di 400 interviste telefoniche e il successivo inserimento dei dati su di una piattaforma internet.

La stratificazione per fasce d'età e per sesso della Provincia di Brindisi degli ultrasessantacinquenni è la seguente: Uomini 65-74 anni 24%, Donne 65-74 anni 27%, Uomini 75 anni e più 19%, Donne 75 anni e più 30%.

**RISULTATI**

AL fine di aumentare la compliance degli intervistati e ridurre il numero dei rifiuti, si è provveduto ad inviare lettere di presentazione dell'indagine ai soggetti campionati dopo aver effettuato un coinvolgimento di tutte le professionalità potenzialmente interessate. Si è proceduto al coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, Distretti Socio Sanitari, Ordine dei Medici.

Le interviste sono iniziate nei mesi di aprile/maggio ed allo stato si registra una adesione elevata con un tassi di sostituzione minimi e tassi di rifiuto inesistenti.

**CONCLUSIONI**

La sede naturale dove attuare i sistemi di sorveglianze nelle ASL è il Dipartimento di Prevenzione. Tale attività spesso contrasta con alcune difficoltà di ordine pratico relativamente alla composizione del personale in servizio, sia per numerosità che per profilo. L'organizzazione attuale permette l'esecuzione di tali attività solamente in orario extra istituzionale, spesso pomeridiano, al fine di venire incontro con le esigenze degli intervistati ed assolvere ai compiti d'ufficio già prefissati.

*ultrasessantacinquenni, sorveglianza, prevenzione*

**ID 678**

**ANALISI SOCIO-ECONOMICA DELLE VARIABILI ASSOCIATE A DIVERSO STATO DI SALUTE PSICHICA NELLA POPOLAZIONE LAVORATRICE ITALIANA**

M. Di Vincenzo 1; F. Carfagnini 1; G. Ciancia 1; A. Brighenti 1; C. Andreoni 1; C. Recanatini 1; V.M. Scandali 1; P. Barbadoro 2

1 *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona.*

2 *Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche*

**INTRODUZIONE**

Numerosi studi hanno dimostrato l'associazione tra stress lavorativo ed insorgenza di disturbi psichici; meno numerosi sono quelli che hanno analizzato gli effetti della salute psichica sull'attività lavorativa.

Scopo del presente studio è quindi individuare la dimensione del problema nella popolazione italiana, in termini di riduzione del rendimento e calo della concentrazione nei soggetti affetti da disturbi psichici.

**METODI**

Sono stati analizzati dati provenienti dall'indagine ISTAT 2013 "Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari", selezionando un campione composto da 42.306 lavoratori di età compresa tra i 17 e i 75 anni. La popolazione è stata caratterizzata in funzione dei principali disturbi dell'umore (depressione, ansietà cronica) e di ulteriori indicatori di benessere psichico, individuando le fasce maggiormente colpite mediante modelli di analisi bivariata e multivariata.

**RISULTATI**

Rispettivamente il 9.3% e il 10.1% della popolazione ha dichiarato una riduzione del rendimento e un calo della concentrazione a causa del proprio stato emotivo, con una prevalenza statisticamente maggiore nel sesso femminile (11,8%), in soggetti di età >55anni (12,4%), lavoratori part-time (11,7%), con livello di istruzione basso (9.2%), divorziati (12%) e residenti nel nord-est Italia (10,1%).

Il riscontro di disturbi dell'umore è significativamente associato alla riduzione del rendimento e al calo della concentrazione sul posto di lavoro (rispettivamente nel 43.7% e 46.4% dei depressi); un indice di stato psicologico (Mcs) inferiore a 20 è risultato associato a riduzione del rendimento sul lavoro nel 98,1% dei casi.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI ottenuti confermano la necessità di promuovere la salute psichica, al fine non solo di migliorare la qualità della vita, ma anche di tutelare l'inalienabile diritto al lavoro e di conseguenza alla dignità.

*Salute mentale, soddisfazione sul lavoro, depressione, salute pubblica*

**ID 684**

**VARIABILI ASSOCIATE ALLE CONDIZIONI DI SOVRAPPESO E OBESITÀ IN UN CAMPIONE DI BAMBINI MARCHIGIANI**

V.M. Scandali 1; V. Contegiacomo 1; S. Vallorani 1; P. Marcolini 2; E. Ponzio 1; P. Barbadoro 1,3;

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

2 UO Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione, Asur Marche Area Vasta 2, Ancona

3 SOD Igiene Ospedali

**INTRODUZIONE**

I dati più recenti mostrano che in Italia circa il 30% dei bambini in età scolare risultano sovrappesi o obesi. La conoscenza dei fattori associati è fondamentale per pianificare interventi di prevenzione mirati. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare la prevalenza di sovrappeso e obesità ed i fattori associati in un campione di bambini a rischio.

**MATERIALI E METODI**

E' stato condotto uno studio trasversale su un campione di bambini di età compresa fra i 5 e i 7 anni afferenti al SISP dell'Area Vasta 2, sede di Ancona, nei mesi di marzo e aprile 2016. È stato costruito e somministrato alle mamme un questionario ad hoc, sulla base di quello validato per l'indagine nazionale "OKkio alla salute 2014", integrato con variabili socio-economiche, stili di vita e completato con la raccolta di misure antropometriche. L'associazione tra le caratteristiche considerate e sovrappeso/obesità è stata studiata tramite un modello di regressione logistica multipla.

**RISULTATI**

Hanno partecipato allo studio 67 bambini (52% di sesso maschile e il 18% di origine straniera); la prevalenza di obesità e sovrappeso è stata rispettivamente del 7.46% e del 20.9%, con un rischio più elevato nella popolazione italiana. Per quanto riguarda le abitudini alimentari, il 92.5% dichiarava di fare la prima colazione e il 97% di fare i due spuntini raccomandati; inoltre il 33.33% dei bambini era solito consumare cibi al di fuori dei pasti principali.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI ottenuti mostrano come le condizioni di sovrappeso e obesità siano inequivocabilmente a livelli elevati e preoccupanti già durante la frequentazione della scuola materna, suggerendo la necessità di interventi precoci di prevenzione e promozione della salute.

*Obesità, prevenzione*

**ID 689**

**FATTORI DELLA SINDROME METABOLICA ED ENZIMI EPATICI IN UNA POPOLAZIONE AFFERENTE AL SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA**

S. Leonardi 1, A. Capodacqua 2, A.M. Angelone 2, R.F. Zagà 2, M.P. De Felice 2, G. Baccari 2, L. Innocenzi 2, P. Mormile 2, L. Fabiani 2

1 Dottorato di Ricerca Medicina clinica e Sanità pubblica, Dipartimento MeSVA, Università degli Studi dell'Aquila.

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento MeSVA, Università degli Studi dell'Aquila

**INTRODUZIONE**

La sindrome metabolica (SM) è una combinazione di fattori di rischio individuali associati a diverse condizioni patologiche quali: diabete, malattie cardiovascolari o ictus. Nel 2001 l'United States National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (ATPIII) propose per definire la SM la presenza di almeno 3 dei seguenti 5 fattori: aumentata circonferenza vita ( $\geq 102$  cm negli uomini e  $\geq 88$  cm nelle donne), ipertrigliceridemia ( $\geq 150$  mg/dL), basso colesterolo HDL ( $< 40$  mg/dL negli uomini e  $< 50$  mg/dL nelle donne), ipertensione ( $\geq 130/85$  mmHg o trattamento per ipertensione), e glicemia a digiuno  $\geq 110$  mg/dL.

**METODI**

Lo studio esamina 291 lavoratori afferenti presso l'ambulatorio universitario di Medicina del Lavoro per la sorveglianza sanitaria, sottoposti ad analisi chimico cliniche in relazione ai rischi lavorativi, durante il periodo compreso tra il 1 Gennaio 2014 e il 31 Dicembre 2015. Per ciascun soggetto sono stati analizzati: pressione arteriosa, BMI, valori ematici di colesterolo totale, HDL, trigliceridi, glicemia ed enzimi epatici. La circonferenza vita non è stata registrata di routine nel periodo considerato. Medie, deviazioni standard e percentuali sono state elaborate mediante il software statistico STATA 12.

**RISULTATI**

I 291 soggetti (55,0% F e 45,0% M) di età compresa tra 31 e 71 anni sono stati suddivisi in due gruppi: affetti da SM e non affetti. La prevalenza della SM è risultata di 5,8% (47,0% F e 53,0% M). I due gruppi sono stati confrontati per le variabili riportate in tabella 1. Le variabili indagate trigliceridi, glicemia, Alt, età e BMI (frequenza percentuale di valori  $> 25$ ) sono risultate essere maggiori negli affetti da SM. (Tab. 1).

**CONCLUSIONI**

Dal nostro studio emerge una bassa prevalenza di SM (5,8%), sottostimata dalla mancata considerazione del parametro circonferenza vita. Il BMI  $>25$  non influenza la prevalenza di SM.

*metabolic syndrome; liver enzymes; alanine aminotransferase.*



**ID 691**

**“NO DOPING”. PROGETTO INFORMATIVO SUI RISCHI CONNESSI ALL'USO DI SOSTANZE PER MIGLIORARE L'IMMAGINE DEL PROPRIO CORPO: CONOSCENZE E ATTITUDINI DEGLI ADOLESCENTI NELLA ASL TARANTO**

A. Giorgino 1; C. Russo 1; F. Desiante 2; C. Nanula 1; W. Liuzzi 1; A. Testino 1; A. Menna 1; A. Pesare 1; M. Conversano 1

1 Dipartimento di prevenzione asl, Taranto

2 Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva. Università degli Studi Aldo Moro, Bari

**INTRODUZIONE**

Il fenomeno del doping e dell'assunzione incontrollata d'integratori non è un fenomeno circoscritto allo sport professionistico. Lo sport amatoriale e la ricerca di un miglioramento del proprio aspetto fisico sono i contesti più ampi e meno controllabili in cui l'assunzione di sostanze potenzialmente dannose si sta diffondendo tra gli adolescenti. Il Dipartimento di Prevenzione della Asl Taranto ha sviluppato il progetto “NO DOPING”, volto ad informare gli studenti sui rischi connessi all'utilizzo di queste sostanze. Il presente studio nasce con l'obiettivo di valutare le conoscenze riguardanti il doping e gli integratori.

**METODI**

Come strumento di rilevazione è stato utilizzato un questionario somministrato in forma anonima agli studenti delle Scuole Secondarie di 2° grado che hanno aderito al progetto. Alle risposte fornite ad alcuni quesiti selezionati è stato assegnato un punteggio standard, la cui somma ha permesso il calcolo di uno score (range 0–20) utile a valutare le conoscenze degli intervistati.

**RISULTATI**

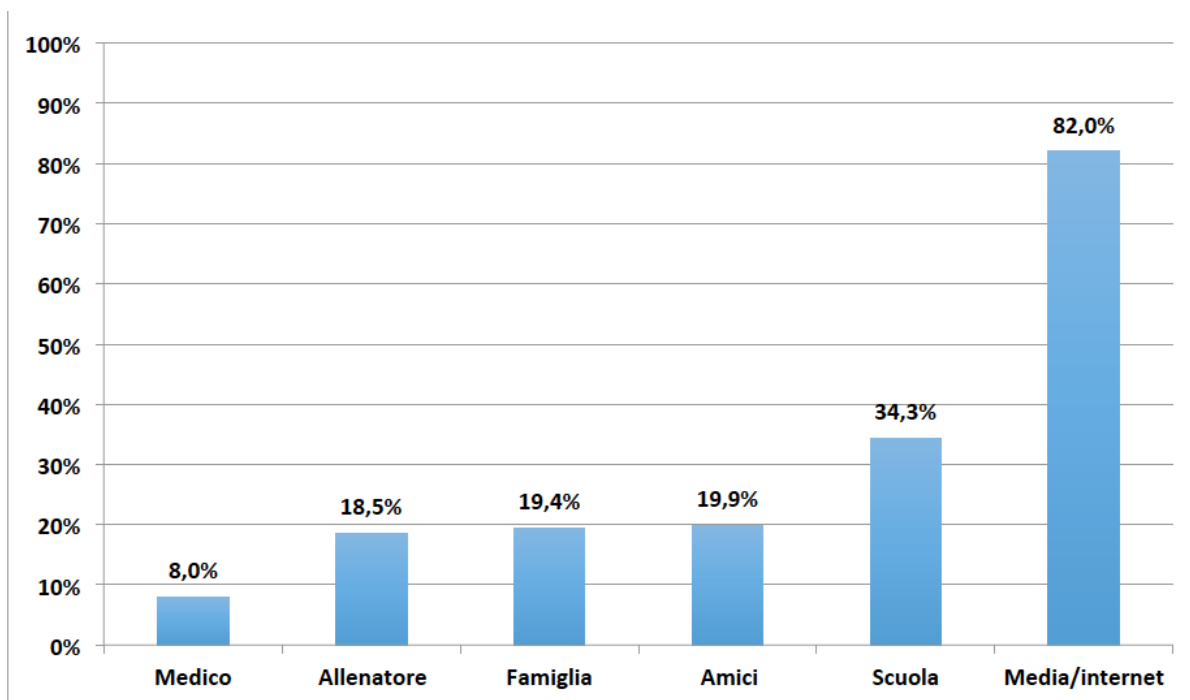
Sono stati raccolti 712 questionari. Rispettivamente il 30,9% (n=220) degli intervistati ha ammesso di aver assunto integratori e il 12,9% (n=92) non esclude l'utilizzo di sostanze dopanti, soprattutto fra i maschi. Lo score medio sulle conoscenze in quest'ambito è  $10 \pm 2,2$  punti, ma risulta significativamente inferiore nei ragazzi che non praticano attività sportiva e che provengono da famiglie con basso indice di scolarità ( $p < 0,01$ ). Il Medico ricopre l'ultima posizione in termini di frequenza fra le fonti informative utilizzate dagli adolescenti (Grafico 1).

**CONCLUSIONI**

Lo studio evidenzia un quadro preoccupante in merito alla diffusione del fenomeno e alle conoscenze. Si pone la necessità di colmare il debito informativo su doping e integratori, progettando soluzioni condivise che coinvolgano famiglie, enti sanitari, sportivi e scolastici al fine di arginare il problema attraverso un cambiamento del contesto socio- culturale.

*DOPING, SCUOLA, EDUCAZIONE ALLA SALUTE*

**Grafico 1** Proporzioe di adolescenti che utilizza il medico, l'allenatore, la famiglia, gli amici, la scuola e i media/internet come fonti informative in merito a doping e integratori.



**ID 703**

**INDAGINE SUL LIVELLO DI CONOSCENZE SULL'HIV IN UNA POPOLAZIONE DI STUDENTI DEGLI ULTIMI ANNI DELLA SCUOLA SECONDARIA**

T. Petitti 1; A. Sagramola 2; M. Piredda 3; A. Ianni 1; M.G. De Marinis 3

1 Università Campus Bio-Medico – Unità di Ricerca in Igiene, Statistica e Sanità Pubblica, Roma

2 Corso di Laurea in Infermieristica, Università Campus Bio-Medico, Roma

3 Università Campus Bio-Medico – Unità di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Roma

**INTRODUZIONE**

La prevenzione dell'infezione da HIV riconosce come prioritario il coinvolgimento in maniera adeguata della popolazione di età giovanile: la diffusione di nuovi casi di infezione nelle fasce giovanili costituisce un rilevante problema di sanità pubblica, connesso a fattori di tipo comportamentale e sociale, oltre che biologico.

Obiettivo del presente lavoro è quello di indagare il livello di conoscenze sul tema in un campione ampio della popolazione di scuola secondaria superiore.

**METODI**

L'indagine è stata svolta sulla intera popolazione scolastica degli ultimi due anni di scuola secondaria superiore della città di Fabriano, coinvolgendo tutti gli istituti, con indirizzi di istruzione superiore differenti.

Come strumento per l'indagine è stato applicato il solo questionario validato disponibile su scala nazionale, per questa specifica fascia di età (questionario Associazione LiLa).

**RISULTATI**

Hanno aderito allo studio gli studenti degli ultimi due anni di scuola secondaria superiore dei diversi istituti e plessi scolastici (per un totale di n°. 471 adesioni).

È stato possibile in primo luogo analizzare il livello di conoscenze in tema di HIV individuando, tra i singoli aspetti indagati, tre principali macro-categorie: epidemiologia dell'infezione da HIV; comportamenti a rischio; profilassi e terapia. Successivamente, è stata indagata la differenza in termini di conoscenze degli studenti, in funzione di: età, sesso (m/f); profilo di studio (tipo di istituto di appartenenza, tipologia di indirizzo scolastico).

**CONCLUSIONI**

L'indagine ha confermato l'interesse della popolazione scolastica di età giovanile per l'infezione da HIV. Sono emerse differenze connesse al profilo di studi (tipologia di indirizzo scolastico) nel grado di conoscenze, per i diversi aspetti studiati. Il presente studio conferma la necessità di un intervento multi-disciplinare di prevenzione ed educazione alla salute basata su prove di efficacia, per la popolazione di età giovanile.

*trasmissione HIV; prevenzione infezione da HIV; scuola secondaria; informazione sui rischi*

**ID 710**

**INDAGINE DI PREVALENZA DELLA PRATICA DI TATOO E PIERCING TRA GIOVANI ADOLESCENTI TARANTINI**

L. Mongelli 1; A. Giorgino 1; C. Russo 1; C. Nanula 1; C. Licomati 1; W. Liuzzi 1; N. Pignataro 1; R. Stifini 1; F. Picaro 2; A. Pesare 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Distretto Socio Sanitario Unico Taranto, ASL Taranto

**INTRODUZIONE**

Tattoo e piercing (T/P) sono la forma più comune di body modification, ovvero quel desiderio di decorazione del proprio corpo, che ormai rappresenta un fenomeno dilagante tra gli adolescenti. La Asl di Taranto da diversi anni conduce presso le scuole secondarie di 2° grado del territorio, il progetto informativo "Oltre il segno" con lo scopo di prevenire i rischi derivanti dalla scorretta pratica di T/P. Obiettivo: valutare la prevalenza di T/P in giovani adolescenti negli ultimi 3 anni e verificare il loro grado di conoscenza sui rischi legati, al fine di progettare interventi di educazione sanitaria maggiormente specifici e valutare l'età in cui è più indicato l'intervento.

**METODI**

Analisi dei questionari degli ultimi 3 anni scolastici condotti in scuole aderenti al progetto. I dati sono stati inseriti in un database gestito con software FileMakerPro12. L'analisi statistica è stata condotta mediante software STATAMP13.

**RISULTATI**

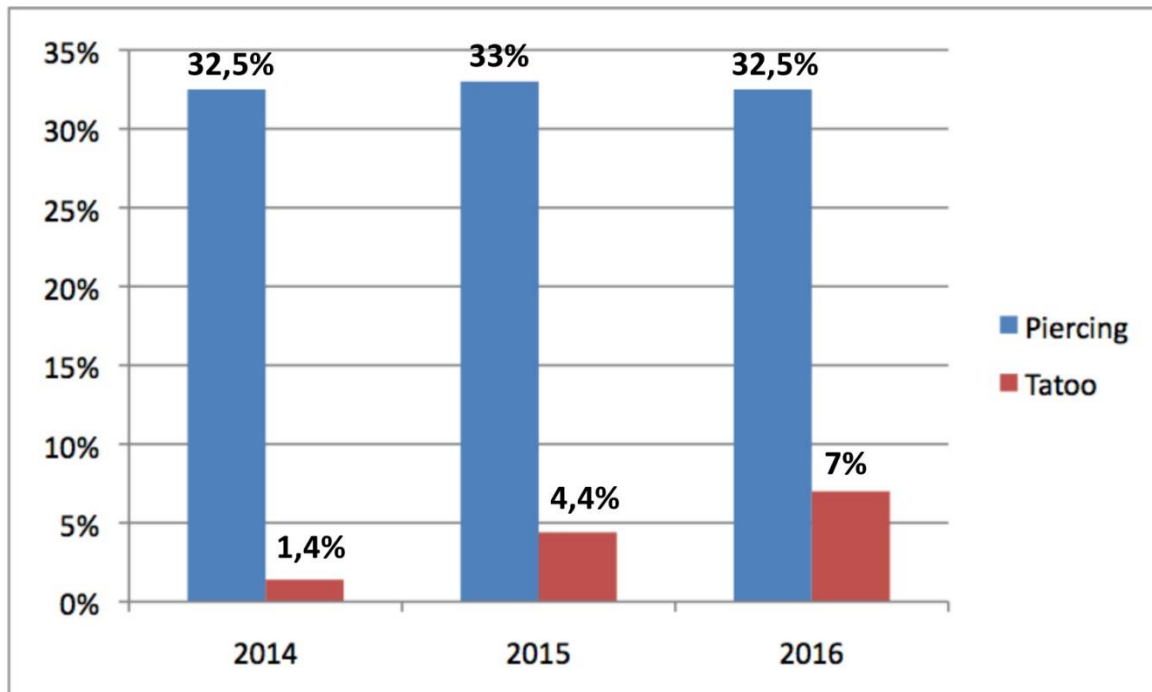
Sono stati raccolti 1275 questionari. L'età media è di anni 15,5. In tabella1 e in grafico1 sono riportate le prevalenze di T/P con relative significatività statistiche. Il 70,1% dichiara di conoscere i rischi legati alla pratica scorretta di T/P e il 69,5% afferma di essere consapevole che potrebbe andare incontro a malattie infettive anche se in realtà solo il 20,8% è cosciente del rischio di infezione da HIV. Il 22,4% sostiene di avere un T/P "perché è di moda", il 21% non ha una motivazione specifica. Il 13,6% ha fatto un T/P all'insaputa dei genitori. La maggior parte si reca in centri autorizzati ma il 17,9% non è stato attento se sono stati utilizzati mezzi sterili. Il 15,8% è andato incontro a complicanze.

**CONCLUSIONI**

L'analisi impone di insistere su questa particolare tematica attraverso programmi maggiormente dettagliati, coinvolgendo anche i genitori, e mirati a studenti delle scuole secondarie di 1° grado, affinché i giovani siano avvisati e formati tempestivamente sui rischi a cui potrebbero andare incontro.

*Tattoo, piercing, educazione sanitaria*

**Grafico 1:** Prevalenza T/P per anno



Prevalenza T:  $\chi^2 42,8$   $p=0$

**ID 714**

**EPIDEMIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO DELLA SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE TRA GLI STUDENTI DELL'UNIVERSITÀ DI CATANIA**

M. Ferrante 1; P. D'Agati 2; A. Platania 2; D. Castiglione 2; A. Mannocci; M. Fiore 1

1 Dipartimento "G.F. Ingrassia" Università degli Studi di Catania, Catania.

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Catania, Catania.

3 Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie infettive, "Sapienza" Univer

**INTRODUZIONE**

La sindrome dell'intestino irritabile (SII) è uno dei disturbi funzionali gastrointestinali più comuni, con una forte predominanza femminile. Essa è caratterizzata da dolore o disagio addominale con abitudini intestinali alterate, ma senza danni organici. Obiettivo dello studio era valutare la prevalenza e l'associazione tra SII e possibili fattori di rischio legati a stili di vita ed abitudini tra gli studenti dell'Università di Catania.

**METODI**

Abbiamo condotto uno studio epidemiologico osservazionale di tipo trasversale. I partecipanti sono stati reclutati durante il periodo maggio-giugno 2016. Ai partecipanti è stato chiesto di compilare un questionario anonimo volto alla raccolta di dati socio-demografici, su stili di vita quali l'attività fisica (IPAQ) e fumo, qualità della vita (EuroQol), qualità del sonno e stress. La diagnosi di SII, per i soggetti che riferivano di non avere avuto tale diagnosi dal medico, è stata effettuata secondo i criteri diagnostici Roma III tramite appositi quesiti previsti nel suddetto questionario. Entrambe le categorie di soggetti sono state inserite nel gruppo dei soggetti affetti da SII. La gestione dei dati e l'analisi statistica è stata effettuata con l'ausilio del package statistico SPSS 21.

**RISULTATI**

In totale sono stati reclutati, 255 partecipanti. La prevalenza di SII risultava essere pari a 11,9% (9,5% casi con diagnosi effettuata dal medico e 2,7% prevalenza casi identificati tramite il questionario). Il genere e il livello di stress percepito sembrerebbero essere associati con un maggior rischio di SII (Tabella 1). Un limite dello studio è rappresentato dalla ridotta numerosità dei casi rispetto ai soggetti sani.

**CONCLUSIONI**

La prevalenza di SII negli studenti di questo studio risulta sovrapponibile con quella della popolazione generale italiana. I RISULTATI dello studio possono essere utili nello sviluppo di programmi di promozione della salute delle donne impegnate nel corso di laurea indagato.

**ID 717**

**"IL GIOCO DELLA RETE... CHE PROMUOVE SALUTE", LA PREVENZIONE DELLE NEW ADDICTION NEL CONTESTO SCOLASTICO**

C. Licomati; M.T. Vinci; R. Coniglio; M.R. Di Noi; L. Mongelli; N. Pignataro; G. Furio; T. Battista; A. Pesare

*Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto*

**INTRODUZIONE**

Le tecno dipendenze possono avere un impatto rilevante sulla salute degli adolescenti. La ASL di Taranto promuove un progetto di promozione della salute nella scuola "IL GIOCO DELLA RETE...CHE PROMUOVE SALUTE". L'obiettivo è di ridurre i comportamenti a rischio nell'uso d'internet, videogiochi e gioco d'azzardo.

**METODI**

Il Progetto è svolto nelle classi dagli insegnanti, formati in precedenza dagli operatori sanitari, e prevede il coinvolgimento dei genitori. E' strutturato in 5 attivazioni. La prima "PARLIAMONE" mette in comune opinioni ed esperienze dei ragazzi sulle dipendenze multimediali. Nella seconda "ELABORIAMO", i ragazzi valutano le proprie risposte e riflettono sui RISULTATI. La terza attivazione "COMPREDIAMO" approfondisce il fenomeno delle nuove dipendenze, mentre la quarta "A CHE GIOCO GIOCHIAMO" valuta le reali percentuali di vincita al gioco. L'ultima "GLI ATTORI SIAMO NOI", prevede attraverso i role-playng la messa in scena di situazioni problematiche.

**RISULTATI**

il progetto ha coinvolto 708 ragazzi, di cui il 71% guarda la tv e il 52% naviga su internet tutti i giorni. Gli iscritti su Facebook sono il 47%, di questi il 30% da circa due anni, il 67% durante il tempo libero preferisce stare con gli amici e che il 51% pratica sport. Emerge, inoltre, che il 17% dei ragazzi ha già avuto esperienze sgradevoli attraverso l'uso dei social network e che il 20% ritiene necessario avere un sostegno per il corretto utilizzo di internet.

**CONCLUSIONI**

Le 5 unità sono strutturate per stimolare i ragazzi, sotto la guida dell'insegnante, si basano sull'elemento chiave della creatività. Emerge un notevole coinvolgimento dei ragazzi nell'utilizzo di tutte le tecnologie e la necessità di implementare interventi di educazione in quest'ambito che rafforzino le life-skills, al fine di aumentare la consapevolezza dei rischi presenti in rete e promuovere un impiego cosciente dei media.

*rete, life skills, scuola*

**ID 739**

**LIVELLI DI SEDENTARIETA' E RISCHIO METABOLICO: STUDIO TRASVERSALE SU UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFERENTI A UN AMBULATORIO NUTRIZIONALE NELLA ASL DI FROSINONE**

A. Appetiti 1; P. D'Adamo 2; F. D'Aloisio 1; M. De Felice 1; M. Scatigna 1; L. Fabiani 1

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

2 Corso di Laurea Magistrale in Biologia della Salute e della Nutrizione – Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila

**INTRODUZIONE**

La relazione tra eventi cardiovascolari e stile di vita, come il livello di sedentarietà, è ampiamente dimostrata da evidenze scientifiche. La misurazione di comportamenti inappropriati può essere decisiva per classificare categorie ad alto rischio e prevenire complicanze cardiometaboliche. L'obiettivo dello studio è descrivere il profilo comportamentale e stimare il rischio cardiovascolare in soggetti afferenti all'ambulatorio di Nutrizione Clinica di un Ospedale della ASL di Frosinone.

**METODI**

I dati sono stati registrati tra Aprile e Settembre 2015 su un campione costituito da 79 soggetti. Sono state raccolte informazioni anamnestiche su patologie concomitanti, abitudini di vita e markers di rischio cardiovascolare come BMI, circonferenza della vita e rapporto vita/fianchi. E' stato somministrato un questionario sui livelli di attività fisica utilizzando la versione italiana del Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) validato dalla WHO.

**RISULTATI**

Il 21.5% e il 57.0% del campione (età media 45.3 anni) risulta rispettivamente in sovrappeso ed obeso. Il livello di attività fisica è basso nel 45.6% dei soggetti con differenze significative di genere. Il sesso maschile presenta un rischio metabolico maggiore delle femmine sia secondo i cut-off della circonferenza vita che del rapporto vita-fianchi (Tab. 1). Anche l'analisi di regressione logistica evidenzia un'associazione positiva (Fig. 1) con OR per il rischio aumentato di complicanze metaboliche rispetto al sitting time valutato sulla base della circonferenza vita e del rapporto vita-fianchi.

**CONCLUSIONI**

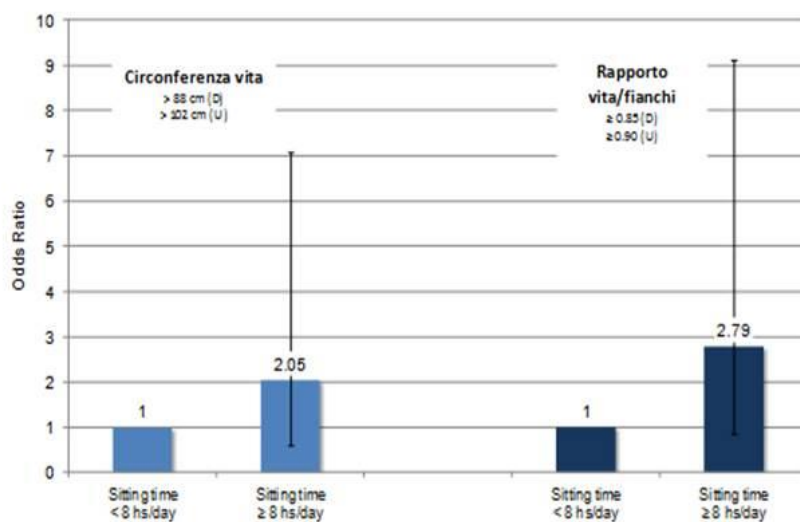
I dati testimoniano l'importanza della rilevazione dello stato di sedentarietà anche in ambito clinico e l'utilizzo di strumenti semplici come il questionario GPAQ (invece di holter metabolici o cardiofrequenzimetri) che hanno limiti di accuratezza su piccoli campioni, ma che sono uno strumento di educazione per i pazienti e un possibile metodo di sorveglianza epidemiologica.

*Sedentarietà; Indicatori di rischio cardiometabolico; Global Physical Activity Questionnaire.*



Figura 1

Rappresentazione grafica dell'OR per il '*substantially increased risk*' di complicanze metaboliche valutato sulla base della circonferenza vita e del rapporto vita-fianchi in relazione al *sitting time*.



Nota: Gli OR sono stati calcolati aggiustando per livello di attività fisica, genere ed età

**ID 006**

**ANALISI DELL'IMPATTO ECONOMICO DELL'APPLICAZIONE DI UN MODELLO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE CORRELATA ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI NELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA.**

L. Lai; L. Pisanu; B. Soggiu; A. Lai; .G. Ledda; M. Campagna; R.C. Coppola  
*Università degli studi di Cagliari Dipartimento di Sanità pubblica Medicina Clinica e Molecolare*

**INTRODUZIONE**

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono tra le principali cause di morte e aumento della morbilità tra pazienti ospedalizzati. Nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) il rischio di contrarre un' ICA aumenta da 5 a 10 volte rispetto alla media degli altri reparti. Si è valutato l'impatto economico di un programma di valutazione e gestione del rischio di ICA e la sostenibilità economica dell'INTRODUZIONE dei sistemi di sorveglianza ospedalieri.

**METODI**

È stato attuato un intervento di formazione sul personale di 5 UTI riguardo le adesioni alle buone pratiche sulla riduzione del rischio infettivo ed è stato poi valutato l'andamento delle ICA pre e post-intervento. Per la valutazione del risparmio attribuibile alle ICA evitate sono state considerate le stime dei costi diretti ospedalieri annuali associati alle ICA secondo il report pubblicato dal CDC nel 2009. Sono state considerate: infezioni delle vie urinarie (Catheter Associated Urinary Tract Infection, CAUTI), polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAP), infezioni sistemiche associate alla presenza di linee centrali (Central Lines Associated BloodStream Infection, CLABSI).

**RISULTATI**

L'adesione alle buone pratiche è aumentata in media del 32% nel post-intervento, con 14/1000 giorni degenza ICA evitate, per un risparmio economico complessivo stimato tra min. 65000 € e max.187000 €.

**CONCLUSIONI**

Il progetto ha dimostrato come le adesioni alle buone pratiche siano migliorate significativamente nel post-intervento e i tassi di infezione siano diminuiti. Le popolazioni di pazienti confrontate nel pre e nel post-intervento sono risultate omogenee, quindi il decremento generale delle infezioni è attribuibile all'efficacia delle pratiche osservate per il controllo del rischio di infezione. Le ICA prevenibili sono un problema di ordine clinico ed etico ed un costo evitabile per le aziende sanitarie.

**KEY WORDS: ICA SORVEGLIANZA COSTI**

| TIPO DI INFEZIONE | NUMERO INFEZIONI/<br>1000 GIORNI DEGENZA |                 | INFEZIONI EVITATE | RISPARMIO (€)                            |
|-------------------|------------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------------------------------|
|                   | Pre-intervento                           | Post-intervento |                   |                                          |
| CLABSI            | 19,3                                     | 12,7            | 6,6               | Min: 27929,2 €<br>Max: 110641,21 €       |
| CAUTI             | 12                                       | 8,9             | 3,1               | Anderson, 1717,2 €<br>Tambyah, 1334,4 €  |
| VAP               | 24,7                                     | 20,6            | 4,1               | Warren, 35646,7 €<br>Anderson, 75122,7 € |

**ID 011**

**PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI: L'ESPERIENZA DELL'ASST GAETANO PINI-CTO**

M. Nobile; C. Conti; A. Bastianelli; A. Piscitelli; G. Calori; P. Navone  
*ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO*

**INTRODUZIONE**

L'igiene delle mani è la principale misura di prevenzione in termini di costo-efficacia delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). WHO ha proposto nel 2005 la campagna "Global Patient Safety Challenge", con l'obiettivo di ridurre l'incidenza delle ICA, attraverso strategie multimodali. Sulla base del progetto Rimani, promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna, il Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO ha implementato un progetto con l'obiettivo di aumentare la compliance all'igiene delle mani.

**MATERIALI E METODI**

Un gruppo di lavoro multidisciplinare ha predisposto i documenti progettuali. A partire dal 5 Aprile 2015, venti unità operative sono state invitate a realizzare materiale informativo e formativo. Il 5 Maggio, nel corso di un convegno, sono stati premiati i tre lavori migliori. Il materiale è stato diffuso con cadenza mensile nei diversi reparti. Accanto alla formazione, gli operatori della Direzione Medica di Presidio formati ad hoc hanno svolto verifiche dirette del lavaggio delle mani compilando apposite checklist.

**RISULTATI**

Nel 2014 sono state effettuate in totale tre verifiche. Sono stati monitorati 99 casi e segnalate 5 non conformità legate all'esecuzione dei passaggi della procedura, al tempo di esecuzione ed alla chiusura del rubinetto con le mani a fine lavaggio.

Nel 2015 sono state svolte due verifiche, su un totale di 60 osservazioni non sono emerse non conformità relative alla tecnica. L'analisi statistica mediante il test T di Student per dati appaiati ha dimostrato una riduzione significativa tra le non conformità del 2014 e quelle del 2015 (P=0.000).

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI ottenuti concordano con le principali evidenze della letteratura. Dal confronto tra le verifiche del 2014 e del 2015 emerge un miglioramento del trend nella tecnica di lavaggio. Si conferma l'efficacia di un approccio multidisciplinare e viene valorizzato il coinvolgimento attivo proposto da WHO.

**ID 071**

**MICRORGANISMI COLONIZZANTI IL FONENDOSCOPIO: ESPERIENZA PRESSO I MEDICI DEL TERRITORIO DELLA CITTA' DI PAVIA**

A. Carducci 1; L. Maccarini 2; A. Bizzarro 1; M. Cargnelutti 1; G. Cordio 1; F. Tassinari 1; G. Pelissero 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia

2 Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università di Pavia

**INTRODUZIONE**

Diversi studi in letteratura evidenziano la possibilità di diffusione di microrganismi tra pazienti attraverso la strumentazione sanitaria non adeguatamente igienizzata. Per quanto riguarda il fonendoscopio, il personale sanitario afferma spesso di non pulire la membrana dello strumento tra la visita di un paziente e l'altro. Negli studi condotti in ambiente ospedaliero si riscontra nel 47%-100% degli strumenti una elevata carica microbica colonizzante, espressa in CFU (Unità Formanti Colonia)/cmq. Poco si conosce circa la strumentazione dei medici non ospedalieri, pertanto si è svolta un'analisi microbiologica sui fonendoscopi dei Medici che operano nel Territorio.

**METODI**

La popolazione in oggetto è costituita da Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta della città di Pavia. Lo studio è stato realizzato presso gli ambulatori dei partecipanti che hanno espresso il consenso per imprimere direttamente la membrana del proprio fonendoscopio su una piastra di Agar Sangue 5%. Dopo 48 ore di incubazione a 37°C in aerobiosi è stata eseguita la conta delle CFU e l'identificazione microbica mediante strumentazione MALDI-TOF MS (Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation Time of Flight Mass Spectrometry). Il grado di colonizzazione dei campioni è stato stabilito con cut-off di >5 CFU/cmq.

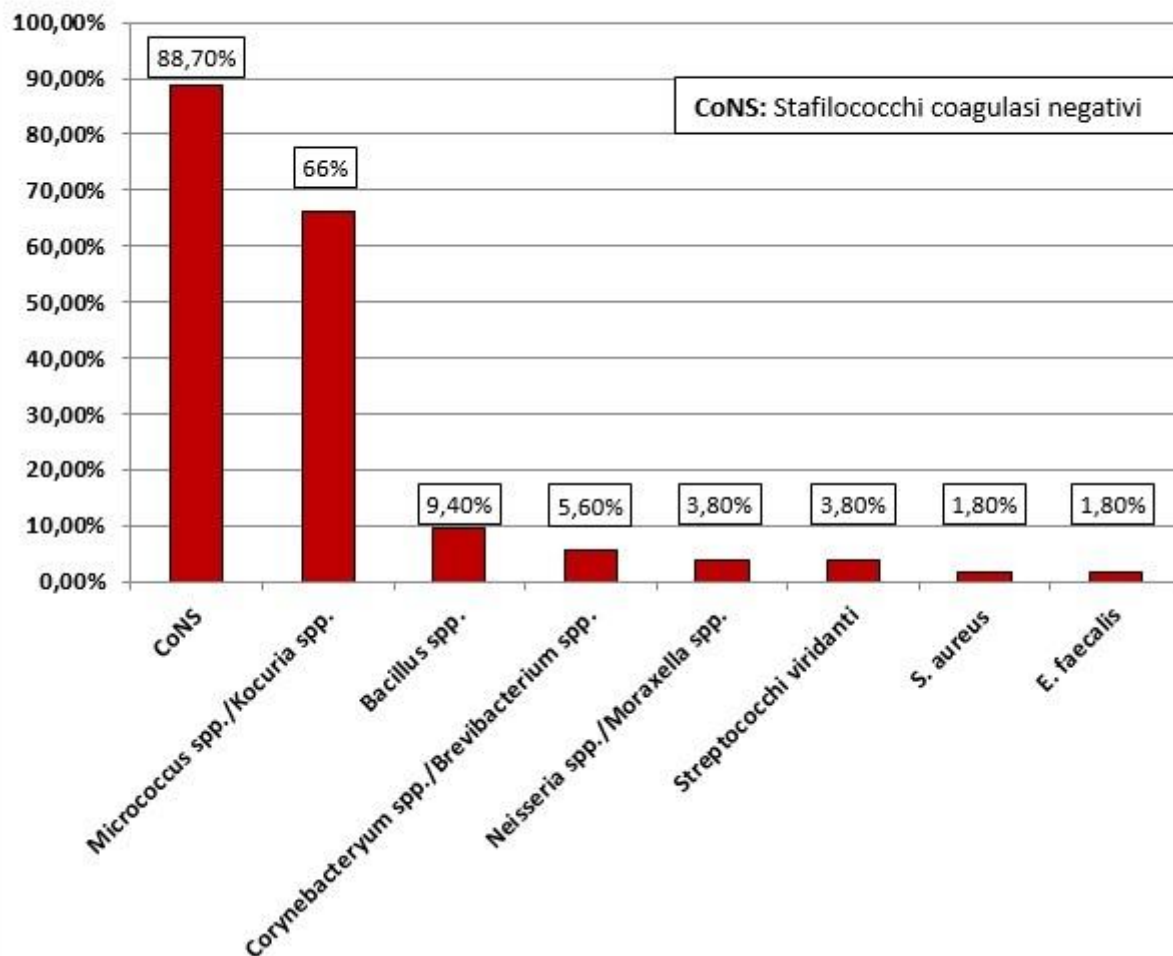
**RISULTATI**

Hanno aderito all'indagine 46 MMG e 7 Pediatri (79% del campione selezionato). Il 69 % degli strumenti è risultato essere colonizzato. La maggior parte degli isolati mostrava germi appartenenti alla flora cutanea e colonizzanti ambientali. In 2 campioni sono stati isolati *Staphylococcus aureus* ed *Enterococcus faecalis*.

**CONCLUSIONI**

Data l'alta carica batterica riscontrata nella maggioranza dei campioni, il fonendoscopio del Medico della Medicina del Territorio potrebbe rappresentare un veicolo di trasmissione microbica. E' necessario pertanto potenziare l'applicazione delle norme igieniche riguardanti la strumentazione sanitaria non sterilizzabile

## Flora batterica colonizzante i fonendoscopi



**ID 091**

**GESTIONE DI UN'EPIDEMIA DA STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILLINO-RESISTENTE (MRSA) PRESSO LA UNITÀ OPERATIVA (UO) NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA (AO) SAN CAMILLO-FORLANINI DI ROMA**

V. Mondillo 1; C. Serafini 1; S. Polidori 1; C. Fioriello 1; P. Cirulli 1; G. Parisi 1; J. Ceradini 2; D. Orazi 1

1 Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

2 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

**INTRODUZIONE**

Da gennaio a giugno 2016 presso la UO Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (Nido 35 PL; Patologia Neonatale 12 PL e Terapia Intensiva- Neonatale 12 PL) dell'AO San Camillo Forlanini di Roma viene rilevata una epidemia da MRSA.

Obiettivo: Descrivere e valutare l'efficacia degli interventi di controllo adottati per il contenimento dell'epidemia.

**METODI**

Esecuzione di esame colturale con antibiogramma su tutti i neonati sintomatici.

Per la ricerca dei portatori sono stati eseguiti i tamponi nasali per la ricerca di MRSA su tutti i nuovi nati e su tutti i neonati ricoverati da febbraio a maggio 2016 (n. 550 neonati) e su 223 madri nel mese di aprile 2016.

È stato eseguito monitoraggio ambientale con esecuzione di esami colturali su superfici varie (piano di lavoro, culla, fasciatoio, bilancia, lavabo etc.) e su detergenti per l'igiene del neonato e degli operatori sanitari.

I pazienti infetti/colonizzati sono stati cohortati.

Sono stati modificati i percorsi del nido con identificazione di nuovi spazi per la gestione dei casi sospetti con personale infermieristico dedicato.

Previsti percorsi formativi ad hoc per stressare gli aspetti relativi alle procedure di isolamento, igiene delle mani e sanificazione.

**RISULTATI**

MRSA è stato isolato da vari campioni biologici provenienti da 23 neonati (quali campioni) (8 ricoverati presso il Nido, 5 in Patologia Neonatale, 1 in Terapia Intensiva Neonatale, 9 in post-dimissione) e da 68 tamponi nasali. Sono state rilevate le seguenti infezioni: 16 lesioni cutanee, 6 congiuntiviti, 1 otite, 1 mastite, tutte risoltesi dopo terapia antibiotica, ottenendo la completa guarigione.

**CONCLUSIONI**

L'insieme delle misure adottate e la verifica dell'adesione ad esse da parte del personale ha consentito il contenimento del cluster epidemico, evidenziando l'importanza dell'adozione tempestiva di misure di controllo e della verifica periodica della corretta applicazione. E' in corso la tipizzazione molecolare dei ceppi isolati.

**ID 101**

**L'UTILIZZO APPROPRIATO DEGLI ANTIMICROBICI IN CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA CON LA TELEMEDICINA**

J. Ceradini; A. Tozzi; P. D'Argenio; L. Manuri; C. Brusco; M. Raponi  
*IRCCS Ospedale Pediatrico bambino Gesù, Roma*

**INTRODUZIONE**

Per promuovere l'utilizzo appropriato degli antimicrobici, presso il centro cardiologico pediatrico del mediterraneo di Taormina (CCPM) è stato predisposto il teleconsulto multispecialistico con gli esperti dell' IRCCS Bambino Gesù di Roma (OPBG).

Il ccpm, hub della rete siciliana di cardiologia e cardiochirurgia pediatrica, eroga prestazioni di alta specialità e complessità assistenziale in base ad un accordo tra Regione Sicilia e OPBG.

**Obiettivo**

Valutare l'impatto dell'intervento relativamente a incidenza di infezioni nosocomiali, durata della degenza, costi.

**METODI**

Il teleconsulto, eseguito settimanalmente dal marzo 2015, con l'utilizzo software commerciali prevede la presenza in collegamento telematico di medici del ccpm in Sicilia che, con gli specialisti infettivologi e microbiologi opbg discutono i casi condividendo protocolli e strategie operative.

Per valutare l'efficacia sono stati confrontati il periodo pre intervento (1/1/2014-1/3/2015) e il periodo post intervento (1/3/2015-1/3/2016).

**RISULTATI**

Durante i meetings sono stati adottati i protocolli di gestione enterobatteriacee mdr e di antibiotico profilassi in pediatria, sono stati modificate le modalità di prelievo dei campioni biologici.

**CONCLUSIONI**

Considerando il case-mix sostanzialmente analogo, la degenza media in terapia intensiva è passata da 6,2 a 6.1 giorni, l'incidenza delle infezioni nosocomiali in TI da 9,5 a 6,05 per 1000 gg, l'incidenza dell'isolamento di mdr si è ridotta del 25%.

La spesa per antimicrobici (atcj01) è passata da 25000 euro nel 2014 a 15000 nel 2015. (Standardizzando il dato per numero di ricoveri 43 eu vs 27 eu) il consumo di antibiotici è diminuito del 30%.

**Discussione**

L'intervento ha promosso l'uso appropriato degli antimicrobici, ha comportato una minore selezione di batteri resistenti e un risparmio di antimicrobici, garantendo a livello clinico e organizzativo, con approccio sostenibile, la sicurezza delle cure in un centro hub



**ID 102**

**PREVALENZA E FATTORI DI RISCHIO PER LA COLONIZZAZIONE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI DEI PAZIENTI ALL'ACCETTAZIONE IN NEURORIABILITAZIONE: RISULTATI DI DUE ANNI DI SORVEGLIANZA.**

A. Rossini; S.G. Di Santo; M.F. Libori; V. Tiracchia; M.P. Balice; A. Salvia  
*Fondazione Santa Lucia Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Roma*

**INTRODUZIONE**

L'obiettivo di questo studio è determinare la prevalenza e i fattori di rischio per la colonizzazione da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE+) tra i pazienti (P) ricoverati per la prima volta nella Fondazione Santa Lucia IRCCS (FSL) di Roma, per un trattamento neuroriabilitativo intensivo.

**METODI**

Sono stati studiati tutti i P accettati da ospedale tra gennaio 2014 e dicembre 2015. Lo screening con tampone rettale è stato eseguito nelle prime 48 ore di degenza. La metodica di identificazione ha previsto l'antibiogramma e test di conferma fenotipico. Le variabili demografiche, anamnestiche e del percorso assistenziale precedente il ricovero alla FSL sono stati calcolati come odds ratio rispetto a CPE+ e valutati con regressione logistica.

**RISULTATI**

Sono 2099 i P studiati con età media (EM) pari a 64,1 aa, 1147 maschi (M) (54,5%). Sono 272 (13%) pazienti CPE+ con EM 56,5 aa, 168 maschi (61,8%). La prevalenza di CPE+ all'accettazione nel 2014, pari al 12,4%, sale al 13,6% nel 2015. La regressione logistica multivariata ha evidenziato un maggior rischio di CPE+ per i P con le seguenti caratteristiche: M (OR 1,410 CI 1,029-1,933), diminuita capacità di collaborazione (DCC) (OR 1,744 CI 1,184-2,571), Sondino Naso Gastrico (OR 1,742 CI 1,065-2,848), PEG (OR 2,159 CI 1,108-3,208), Catetere Venoso Centrale (OR 2,520 CI 1,731-3,669), Progresso Trattamento (PT) chirurgico (OR 1,613 CI 1,102-2,361), PT in Terapia Intensiva (TI) (OR 5,761 CI 3,795-8,747), PT in Post Acuzie (PA) (OR 6,022 CI 3,874-9,361) o provenienza da Ospedale del Lazio o del sud d'Italia (OLSI) (OR 12,105 CI 2,594-56,494).

**CONCLUSIONI**

I CPE+ rappresentano un problema rilevante per gli ospedali di PA. Lo studio evidenzia che il 13% dei P ricoverati alla FSL è CPE+. La provenienza da un OLSI è il fattore di rischio (FR) più significativo per essere CPE+ seguito da un PT in PA e in TI. Una DCC è un FR per la CPE+ correlandosi alle aumentate necessità assistenziali del P.

**ID 125**

**FATTORI DI RISCHIO PER L'INSORGENZA DI SEPSI DA *Candida parapsilosis* NEI NEONATI DELLA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE DELL'AOU FEDERICO II DI NAPOLI: UNO STUDIO CASO CONTROLLO**

M. Bagattini 1; L. Bogdanović 1; A. Di Popolo 1; C. Garzillo 1; V.D. Iula 2; M.R. Catania 2; F. Raimondi 3; R. Zarrilli 1; M. Triassi 1

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

*2 Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche, Università di Napoli "Federico II", Napoli*

*3 Divisione di Neonatologia, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazione*

**INTRODUZIONE**

*C. parapsilosis* è un microrganismo responsabile di candidosi invasive neonatali. Scopo dello studio è stato quello di: i) caratterizzare sotto il profilo fenotipico e molecolare gli isolati clinici di *C. parapsilosis* da emocolture di pazienti ricoverati nella TIN dell'AOU "Federico II di Napoli; ii) analizzare i fattori di rischio clinici per l'insorgenza di sepsi da *C. parapsilosis*.

**MATERIALI E METODI**

L'identificazione dei ceppi di *C. parapsilosis* è stata effettuata mediante Vitek e Maldi Tof e confermata dall'analisi delle sequenze ITS del DNA ribosomiale. La genotipizzazione è stata effettuata mediante analisi del profilo di PCR fingerprinting mentre la suscettibilità agli antimicotici è stata valutata mediante micro diluizione.

Per l'identificazione dei fattori di rischio è stato allestito uno studio caso-controllo.

**RISULTATI**

Tra Aprile 2009 e Aprile 2012, *C. parapsilosis* aveva causato sepsi in 17 neonati, 6 associate a cateterismo ombelicale e 11 a cateterismo centrale. La percentuale di mortalità è stata del 58%. L'analisi molecolare degli isolati mediante PCR fingerprinting, ha dimostrato l'appartenenza dei microrganismi responsabili delle infezioni ad un unico clone. 15 dei 17 isolati erano suscettibili a tutti gli antifungini, due isolati erano resistenti al fluconazolo e intermedi all'itraconazolo. All'analisi univariata il basso peso, l'età gestazionale e la durata dell'esposizione a tutti i dispositivi invasivi erano risultati fattori di rischio significativamente associati alle sepsi da *C. parapsilosis*. Basso peso alla nascita, età gestazionale e durata della ventilazione assistita sono stati identificati quali principali fattori di rischio indipendenti per l'insorgenza di sepsi da *C. parapsilosis*

**CONCLUSIONI**

Un singolo clone epidemico di *C. parapsilosis* ha causato le sepsi in 17 neonati della TIN. Basso peso alla nascita, età gestazionale e durata della ventilazione assistita, hanno contribuito alla diffusione della *C. parapsilosis*.

**ID 127**

**ANTIBIOTICORESISTENZA: RISULTATI DI UN QUESTIONARIO SULLA CONSAPEVOLEZZA DEL PROBLEMA**

A. Prigitano<sup>1</sup>; L.Romanò<sup>1</sup>; F.Auxilia<sup>1,2</sup>; S.Castaldi<sup>1,2</sup>; A. M. Tortorano<sup>1</sup>

*1 Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute - Università degli Studi di Milano*

*2 IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico*

**INTRODUZIONE**

La resistenza agli antibiotici rappresenta un problema emergente e l'OMS, nell'ambito di un piano per migliorarne la consapevolezza nella popolazione generale e tra gli operatori sanitari e agricoli, ha svolto un'indagine in 12 nazioni mediante un questionario riguardante l'uso personale degli antibiotici, la conoscenza dell'uso appropriato e la consapevolezza del problema della resistenza.

**METODI**

Un questionario, simile a quello distribuito dall'OMS, è stato somministrato a 666 studenti universitari e a 131 anziani frequentanti l'università della terza età di Milano.

**RISULTATI**

Il consumo di antibiotici sembra essere moderato e con modalità appropriate: il 30% dei soggetti aveva assunto antibiotici nei 6 mesi precedenti e il 94% su prescrizione medica, alla dose e per la durata corretta. Si è rilevata invece una notevole confusione relativa alle condizioni trattabili con antibiotici: 30-40% dei partecipanti riteneva che febbre, mal di gola e raffreddore fossero trattabili con antibiotici. Il 94% dei partecipanti mostrava consapevolezza del problema antibiotico-resistenza e delle sue serie conseguenze, tuttavia solo il 33% riteneva che un uso personale corretto degli antibiotici non proteggesse dal rischio della diffusione dei batteri resistenti. Un'elevata quota di partecipanti identificarono i comportamenti che possono ridurre il problema, quali il lavaggio delle mani e un uso consapevole di questi farmaci.

**CONCLUSIONI**

I risultati di questa indagine, che ha coinvolto soggetti ad alto livello di istruzione e che vivevano in zone urbane del nord Italia, non possono essere estesi a tutta la popolazione italiana, tuttavia forniscono elementi utili per promuovere iniziative volte ad un uso più consapevole degli antibiotici.

**ID 139**

**L'ANTIBIOTICO PROFILASSI PRE-OPERATORIA IN PEDIATRIA**

A. Sala 1; F. Puggelli 1; D. Paolini 2; S. De Masi 1; K. Biermann 1; A. Savelli 1; F. Bellini 1  
1 Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero Universitaria “A. Meyer”  
2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Firenze

**INTRODUZIONE**

L'antibiotico profilassi preoperatoria è essenziale per il controllo delle infezioni acquisite in ospedale. Nell'AOU Meyer a seguito di un primo audit clinico un team multidisciplinare ha effettuato la revisione del protocollo interno redatto nel 2005. Il protocollo contiene l'indicazione all'antibiotico profilassi per ciascuno dei più frequenti interventi effettuati presso l'AOU Meyer, il dosaggio, le molecole appropriate, il timing di somministrazione e la somministrazione di una seconda dose. A distanza di 6 mesi dalla revisione del documento aziendale è stato condotto un reaudit con l'obiettivo di verificare l'adozione delle raccomandazioni sulla profilassi antibiotica.

**METODI**

Il ciclo di audit è stato preparato confrontando la pratica clinica con criteri definiti sulla base delle linee guida nazionali ed internazionali e del protocollo dell' AOU Meyer. E' stato selezionato un campione di 161 interventi chirurgici dai 2554 eseguiti presso la nostra struttura nel periodo marzo-luglio 2012. Ciascun intervento è stato classificato come pulito, pulito-contaminato, contaminato e sporco e sono stati valutati l'aderenza all'indicazione per la profilassi preoperatoria, il timing, la molecola utilizzata e il ricorso alla seconda dose.

**RISULTATI**

Il ciclo di audit ha evidenziato che, rispetto alle molecole utilizzate, l'uso di cefalosporine di III generazione si è ridotto nettamente in favore di molecole più appropriate. L'appropriatezza complessiva, considerando le singole indicazioni per ciascun intervento, è aumentata di circa 4 volte (dal 15% nel 2011 al 62,2% nel 2012).

**CONCLUSIONI**

La carenza di evidenze scientifiche in ambito pediatrico rende difficile la definizione di criteri standardizzati. Il reaudit è uno strumento di particolare utilità per comprendere priorità e criticità relative alla profilassi antibiotica in chirurgia pediatrica.

**ID 152**

**FARE LE COSE GIUSTE PER RIDURRE IL RISCHIO INFETTIVO NELLE STRUTTURE SANITARIE: IL PROGETTO ANMDO-SITI**

L. Sodano<sup>1</sup>; A. Agodi<sup>2</sup>; B. Arru<sup>3</sup>; M. Barchitta<sup>2</sup>; F. Bert<sup>4</sup>; S. Brusaferrò<sup>5</sup>; V. Ciorba<sup>6</sup>; R. Cunsolo<sup>7</sup>; G. Finzi<sup>8</sup>; G. Mazzi<sup>9</sup>; I. Mura<sup>3</sup>; O.A. Nicastro<sup>10</sup>; C. Pasquarella<sup>6</sup>; G. Pieroni<sup>11</sup>; C. Signorelli<sup>12</sup>; R. Siliquini<sup>4</sup>

*1 Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma*

*2 Università degli Studi di Catania*

*3 Università degli Studi di Sassari*

*4 Università degli Studi di Torino*

*5 Università degli Studi di Udine*

*6 Università degli Studi di Parma*

*7 Azienda Sanitaria Provincia*

**INTRODUZIONE**

Pratiche assistenziali inappropriate sono ancora diffuse nelle strutture sanitarie italiane, sostenute da "false credenze" e/o "cattive abitudini", con sprechi di risorse e rischi per i pazienti. Nell'ambito del movimento Choosing wisely, l'ANMDO e la SITI hanno individuato cinque pratiche da dismettere in tema di igiene ospedaliera: l'utilizzo dei guanti monouso in sostituzione dell'igiene delle mani, la somministrazione anticipata della profilassi antibiotica perioperatoria (PAP), e la sua eccessiva durata, l'ingiustificata apertura delle porte delle sale operatorie, la mancata comunicazione tra diverse strutture della positività per microrganismi alert dei pazienti (pz).

**METODI**

Per ogni pratica è stato predisposto un protocollo con l'identificazione di indicatori validati per il monitoraggio della sua dismissione.

**RISULTATI**

Gli indicatori selezionati sono stati: mancata adesione all'igiene delle mani e concomitante utilizzo di guanti monouso (il denominatore è il totale di opportunità osservate per l'igiene delle mani), numero (n.) di interventi chirurgici con somministrazione della PAP entro 60 minuti prima dell'incisione e n. di interventi con interruzione della PAP entro 24 ore dal loro inizio (il denominatore è il n. di interventi sorvegliati), n. di aperture delle porte della sala operatoria/ora nella fase post-incisione e le relative motivazioni, n. di pz con positività per microrganismo alert riportata in lettera di dimissione o documento di trasferimento in altra struttura (il denominatore è il n. di pz sorvegliati con almeno un campione positivo per uno degli alert selezionati).

**CONCLUSIONI**

Gli indicatori scelti, per la loro applicabilità, dovrebbero favorire la partecipazione delle strutture sanitarie su base volontaria. E' infatti importante il più ampio coinvolgimento nell'ottica del movimento Choosing wisely, mirato ad aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi di riduzione del rischio infettivo.

*igiene ospedaliera, inappropriatezza, indicatori, rischio infettivo*

**ID 188**

**SORVEGLIANZA DELLE COLONIZZAZIONI DA CANDIDA SPP. IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE**

D. M. Geraci; L. Saporito; G. Graziano; D. Vecchio; V. Insinga; C.M. Maida; C. Mammina; M.Giuffrè

*Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G.D'Alessandro", Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Palermo*

**INTRODUZIONE**

Candida spp. è il terzo agente eziologico responsabile delle sepsi tardive nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN). L'incidenza delle candidiasi invasive cresce al diminuire del peso alla nascita fino a raggiungere valori del 12-15% e letalità del 30% (1). C. albicans è responsabile di circa il 50% delle candidiasi invasive, seguita da C. parapsilosis (21%) e C. tropicalis (10%); occasionalmente, C. parapsilosis è stata descritta come la specie dominante (2).

**METODI**

Da febbraio 2014 è stato avviato uno studio di sorveglianza presso le 5 UTIN presenti sul territorio di Palermo mirato a valutare la colonizzazione da Candida spp. Tamponi nasali e rettali di tutti i pazienti ricoverati in ciascuna UTIN sono stati raccolti ad intervalli di 4 settimane e seminati in piastre di Sabouraud dextrose agar. Le colonie con aspetto colturale e microscopico caratteristico sono state trasferite in Candida Chromogenic agar per l'identificazione di C. albicans e in caso di specie differente è stata utilizzata la galleria API 20C AUX. La significatività statistica dei dati raccolti è stata valutata mediante il test di Fisher ( $p < 0.05$ ).

**RISULTATI**

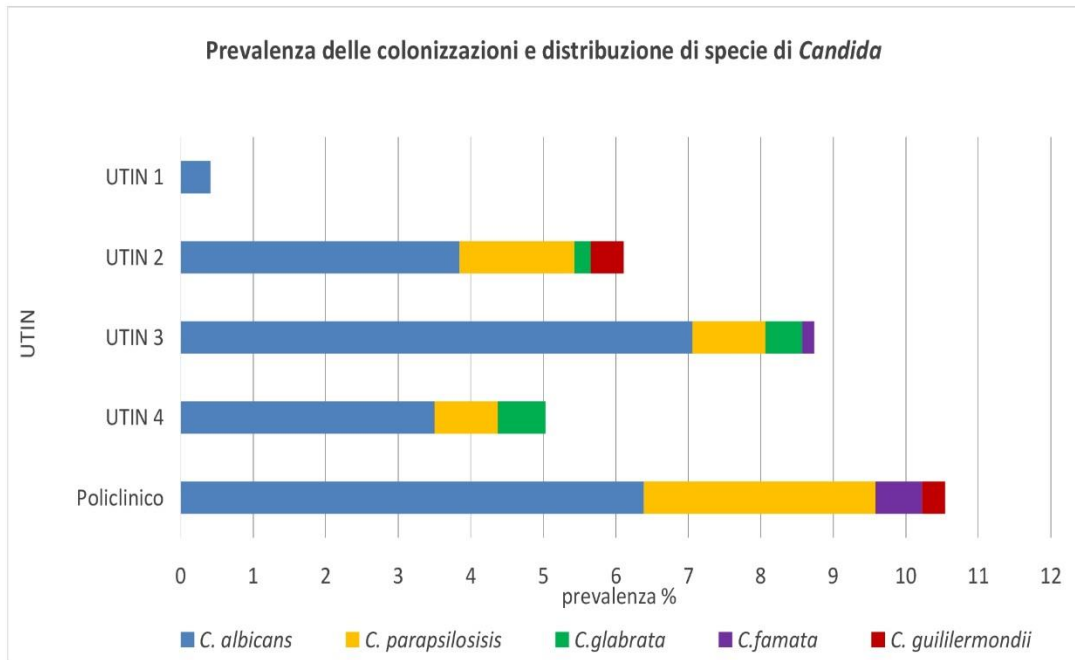
Nel periodo di studio (febbraio 2014-luglio 2016) sono stati esaminati 2051 tamponi nasali e 2051 tamponi rettali, provenienti da 1689 pazienti ricoverati presso le 5 UTIN di Palermo. La prevalenza delle colonizzazioni da Candida spp. e la distribuzione delle diverse specie nelle diverse UTIN sono riportate nel grafico 1. La prevalenza in UTIN 1 è risultata significativamente inferiore rispetto a tutte le altre ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONI**

La circolazione di Candida spp. è risultata differire sensibilmente tra le UTIN in studio e ciascuna UTIN ha presentato una distribuzione caratteristica di specie. I nostri dati suggeriscono che la sorveglianza attiva può contribuire alla conoscenza dell'epidemiologia locale e specifica di ciascun reparto e di seguito alla realizzazione di interventi di prevenzione e controllo mirati.

*Candida spp, UTIN, colonizzazioni*

Grafico1: Prevalenza percentuale delle colonizzazioni e distribuzione delle specie di *Candida* nelle diverse UTIN



**ID 205**

**ATTIVAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) IN UNA STRUTTURA SANITARIA DELLA PROVINCIA DI NAPOLI, ATTRAVERSO LA SORVEGLIANZA DI LABORATORIO DEI PATOGENI SENTINELLA**

E. Ottaviano<sup>1</sup>; G. Ricco<sup>2</sup>; P. Di Domenico<sup>3</sup>; F. Cillo<sup>4</sup>; O. Pennelli<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Casa di Cura Trusso S.p.A., Ottaviano;

<sup>2</sup> Villa del Sole S.p.A., Salerno;

<sup>3</sup> Istituto Clinico Mediterraneo S.p.A., Agropoli;

<sup>4</sup> Casa di Cura Malzoni S.p.A., Avellino

**INTRODUZIONE**

In Regione Campania il tema delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA) negli ultimi anni si è imposto sempre più all'attenzione degli Organi preposti al governo della Sanità, imponendo alle Strutture Sanitarie, pubbliche e private, la necessità di dotarsi di strumenti atti a garantire un'adeguata prevenzione del rischio infettivo. Obiettivo del lavoro è descrivere il protocollo di monitoraggio delle ICA della Casa di Cura Trusso, struttura privata accreditata della provincia di Napoli, alla luce del programma regionale rivolto alla prevenzione del rischio infettivo.

**MATERIALI E METODI**

La DGRC N. 1715 del 28/09/2007 e la DGRC N. 2311 del 29/12/07 disciplinano il piano di sorveglianza delle ICA adottato dalla Casa di Cura Trusso.

Il sistema si basa sul monitoraggio microbiologico dei germi sentinella del laboratorio di analisi che ne segnala l'isolamento sotto forma di "alert" sia alla U.O. per l'attivazione delle procedure aziendali dedicate alla prevenzione delle ICA, sia alla Direzione Sanitaria che ne verifica l'applicazione. Per ogni "alert" attivato, l'intero percorso è documentato all'interno di una sistema di check-list appositamente predisposto dal CIO ed archiviato a fine ricovero presso la Direzione Sanitaria.

**RISULTATI**

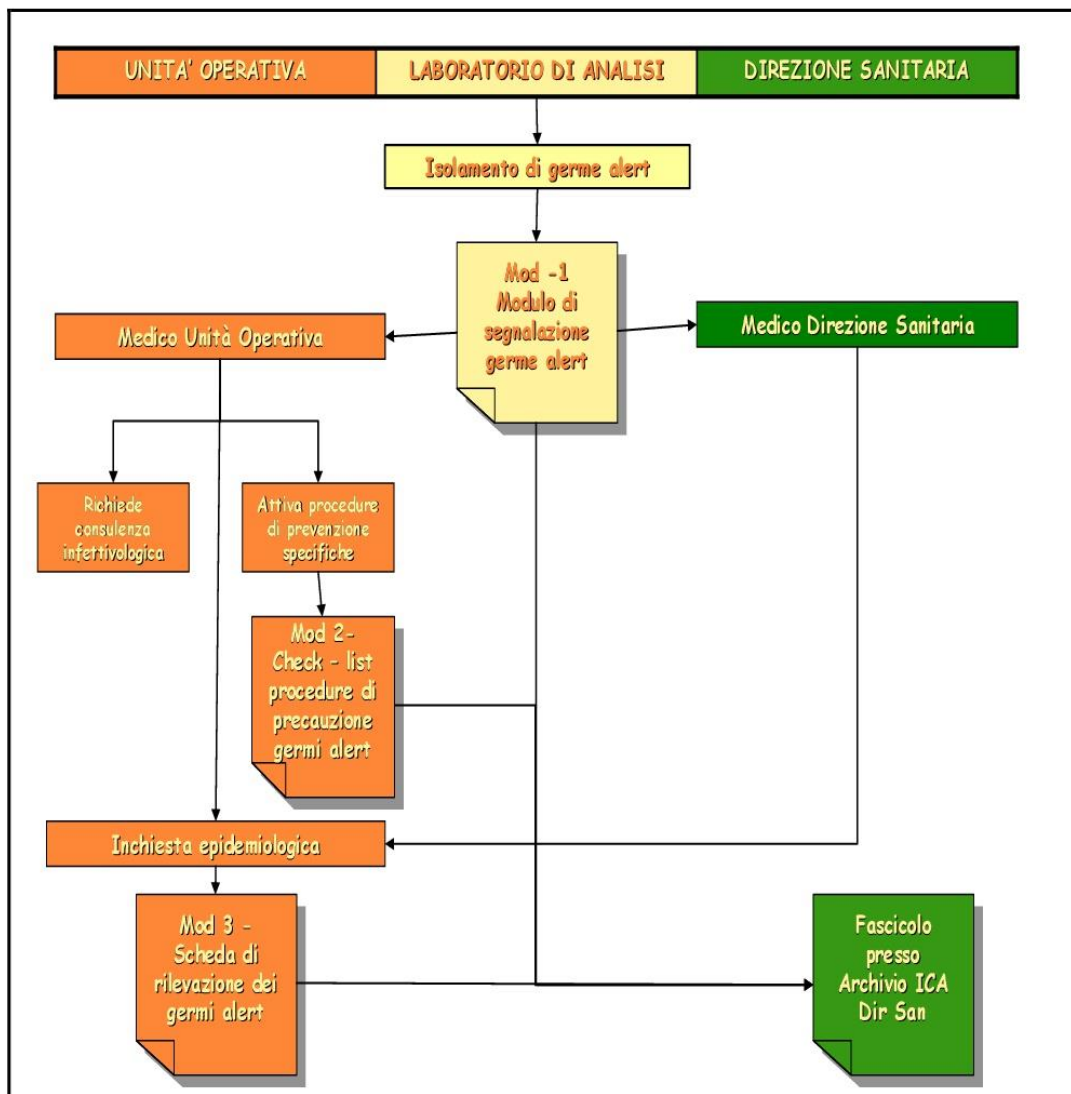
A circa 6 mesi dall'implementazione della procedura, l'analisi retrospettiva degli isolati microbiologici di germi alert contenuti nei report trimestralmente inviati al CIO rivela che su tre germi sentinella segnalati, di cui due infezioni di CVC da Staphilococcus Aureus MRSA, ed una positività di un tampone rettale per Klebsiella Pneumoniae ESBL+, l'intero protocollo di sorveglianza delle ICA è stato correttamente eseguito e tracciabile all'interno dell'archivio ICA della Direzione Sanitaria.

**CONCLUSIONI**

Il presente lavoro intende illustrare un metodologia operativa, volta ad assicurare una corretta gestione della problematica delle ICA sia sotto gli aspetti del rischio clinico che medico-legale.

*germi sentinella, alert, sorveglianza microbiologica*





**ID 230**

**MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO, PARTICELLARE E MICROCLIMATICO DURANTE INTERVENTI SIMULATI DI ARTROPROTESI DI ANCA EFFETTUATI IN SALA OPERATORIA A FLUSSO TURBOLENTO**

C. Pasquarella 1; C. Balocco 2; E. Saccani 1; G. Petrone 2; S. Paroni 1; M.E. Colucci 1; L. Albertini 3; G. Sirocchi 4; P. Vitali 4; R. Albertini 5

1 Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotechnologiche e Traslazionali, Università degli Studi di Parma

2 Dipartimento di Ingegneria Industriale, Università degli Studi di Firenze

3 Dottore in Architettura

4 UOC Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera e Si

**INTRODUZIONE**

L'adeguatezza dei comportamenti degli operatori in sala operatoria è uno dei fattori associati alla qualità dell'aria e al rischio di infezioni del sito chirurgico. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare le condizioni microbiologiche, particellari e microclimatiche dell'aria in una sala operatoria a flusso d'aria turbolento durante due interventi chirurgici simulati; nel primo l'équipe chirurgica si comportava correttamente, nel secondo non venivano rispettate le raccomandazioni comportamentali, in particolare, relativamente alle aperture delle porte, al numero di persone, agli spostamenti in sala e al parlare.

**METODI**

I monitoraggi microbiologici e microclimatici sono stati effettuati in condizioni at rest e durante l'attività chirurgica, al letto operatorio, in prossimità del tavolo strumenti chirurgici, a fondo campo (ripresa dell'aria) e in prossimità dell'ingresso della sala. Sono stati effettuati il campionamento microbiologico attivo (unità formanti colonia per metro cubo, UFC/m<sup>3</sup>), passivo (Indice Microbico Aria, IMA) e i rilievi termo-igrometrici, di velocità dell'aria e di pressione. Le concentrazioni di particelle e di CO<sub>2</sub> ambientale sono state rilevate al letto operatorio.

**RISULTATI**

La Tabella riporta i risultati microbiologici, particellari e microclimatici ottenuti.

**CONCLUSIONI**

I valori ottenuti in condizioni "at rest" hanno dimostrato l'efficacia del sistema di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC). I valori più elevati di contaminazione microbica e particellare si sono registrati durante l'intervento in cui l'équipe chirurgica si comportava in modo scorretto e la valutazione dei parametri microclimatici, in particolare il regime di moto dell'aria, ha confermato l'alterazione della dinamica del flusso. Pertanto, è fondamentale l'adesione alle raccomandazioni comportamentali in sala operatoria per non vanificare l'efficacia dell'impianto VCCC e le risorse impiegate.

*Sala operatoria, Monitoraggio microbiologico, Monitoraggio particellare, Monitoraggio microclimatico*

**ID 274**

**PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO NELL'ACQUA DI LAVORO DEL RIUNITO ODONTOIATRICO**

Barbato M. 1 ; Imperatore A. 1 ; Messineo A. 2

1 ASL RM 6 Dipartimento di Prevenzione - PRESAL

2 Università Sapienza - S.Andrea CL Tecnici della Prevenzione

**INTRODUZIONE**

La maggior parte delle procedure odontoiatriche vengono eseguite con strumenti meccanici quali, trapani, scaler ad ultrasuoni, apparecchi per air polishing ed air abrasion che richiedono un flussaggio di raffreddamento effettuato spesso con acqua di rete priva di controllo batteriologico. Queste particelle aero-disperse se contaminate possono trasmettere patogeni sia nel sito d'utilizzo, che nell'ambiente circostante, nonché direttamente sulla mucosa del paziente aumentando il rischio di infezioni crociate

Scopo dello studio: Valutare la capacità sterilizzante verso *Pseudomonas aeruginosa* di un particolare filtro Antilegionella Koala® a struttura nano-reticolare di ultrafiltrazione 0,05µ e carbone attivo vegetale dedicato alla purificazione dell'acqua in ingresso al riunito odontoiatrico.

**MATERIALI E METODI**

Sono stati utilizzati due filtri: uno nuovo come confezionato dal produttore ed uno rimosso da una poltrona odontoiatrica dopo un anno di esercizio, con i quali si è proceduto alla filtrazione di campioni di soluzione fisiologica sterile (2 litri) contaminati con sospensioni batteriche a titolo noto di *Pseudomonas aeruginosa* (a livelli di contaminazione 10<sup>3</sup> e 10<sup>5</sup> CFU/mL). Successivamente dalla crescita batterica, ottenuta dall'inoculo del filtrato su PCA (terreno generico), sono state isolate 5 colonie per tesi (per ogni tipo di colonia osservata), piastrate su terreno selettivo per *Pseudomonas aeruginosa* Agar Cetrimide e incubate a 42°C per 24 ore.

**RISULTATI**

I risultati ottenuti dimostrano l'azzeramento delle cariche batteriche sia nel dispositivo filtro nuovo che in quello dopo 1 anno di utilizzo.

**CONCLUSIONI**

La tecnologia presente nel filtro utilizzato ha dimostrato efficacia con una capacità filtrante assoluta verso il microrganismo *Pseudomonas aeruginosa*, anche dopo un anno di esercizio nel riunito odontoiatrico.

**ID 289**

**CARATTERIZZAZIONE BIOMOLECOLARE DI CEPPI DI KLEBSIELLA PNEUMONIAE ISOLATI IN AMBITO OSPEDALIERO**

G. Ripabelli 1; G. Guerrizio 1; I. Fanelli 1; M. Scutellà 2; M. Tamburro 1

1 *Cattedra di Igiene, Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio", Università degli Studi del Molise;*

2 *Unità Operativa Complessa di Medicina di Laboratorio, Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli", Azienda Sanitaria Regionale del Molise*

**INTRODUZIONE**

La resistenza ai Carbapenemi in *Klebsiella pneumoniae* rappresenta una crescente minaccia per la salute pubblica.

**METODI**

È stata effettuata la caratterizzazione biomolecolare di 29 ceppi di *K.pneumoniae* isolati da pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Terapia Intensiva del Presidio Ospedaliero "A.Cardarelli" di Campobasso. I campioni sono stati isolati nel 2010 (n=19) quando veniva effettuata la raccolta sia di ceppi wild-type (senza meccanismi di resistenza) sia non-wild-type e nel 2014-16 (n=10) quando erano segnalati solo ceppi non-wild-type. È stata valutata la suscettibilità a Imipenem e Meropenem e altri dodici antibiotici. Gli isolati sono stati caratterizzati mediante Pulsed-Field Gel Electrophoresis (PFGE) e PCR per la ricerca di carbapenemasi A, B, D e  $\beta$ -lattamasi AmpC.

**RISULTATI**

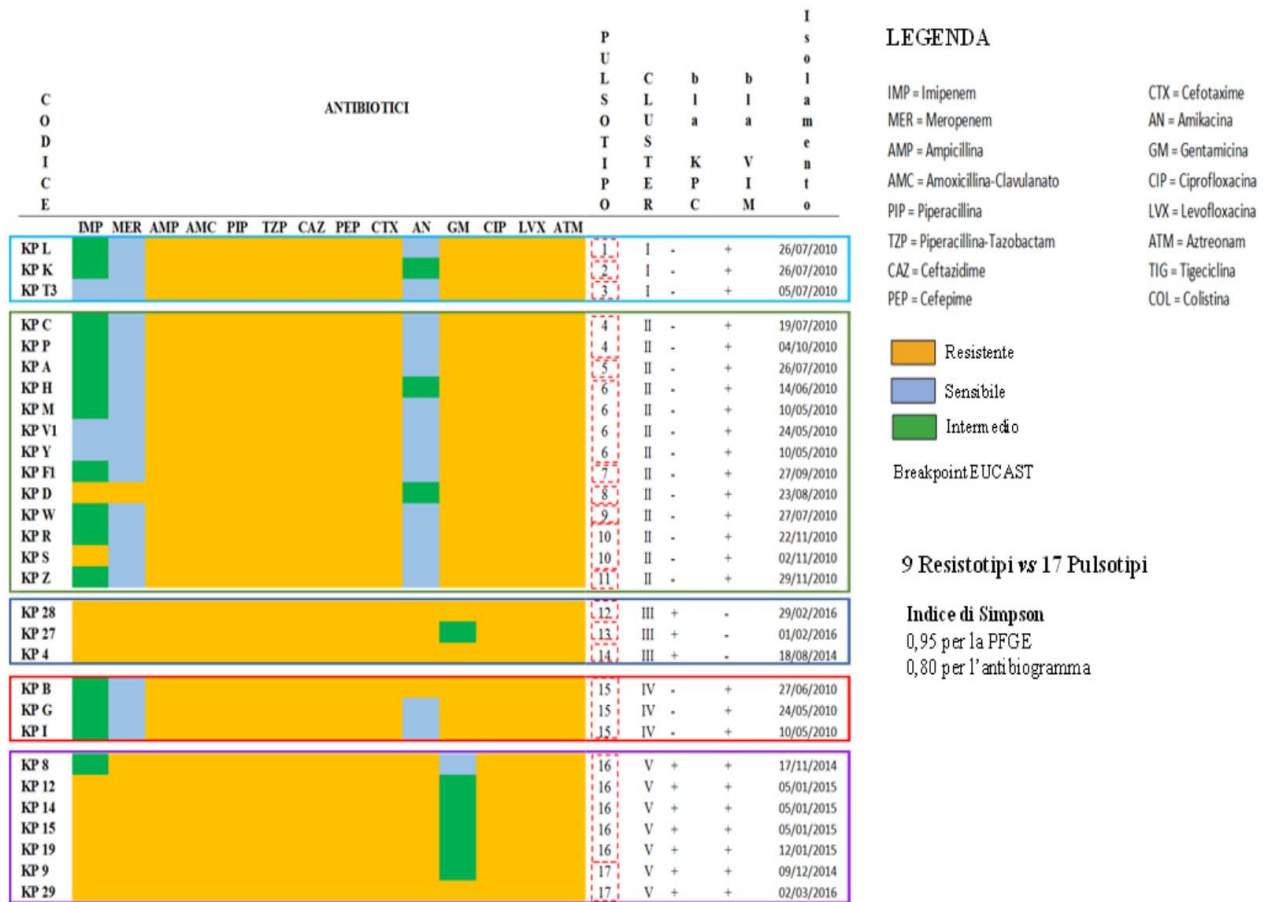
La resistenza a Meropenem è stata osservata rispettivamente nel 100% e 5,3% degli isolati del 2014-16 e del 2010, mentre il 90% e il 10,5% dei ceppi erano resistenti a Imipenem. La PFGE ha raggruppato i ceppi in base al periodo di isolamento e quelli del 2014-16 hanno mostrato un elevato livello di clonalità. La PCR ha evidenziato la presenza di blaVIM in tutti gli isolati del 2010. Il gene blaKPC è stato riscontrato in tutti i ceppi del 2014-16 che per il 70% sono RISULTATI anche blaVIM positivi. Tutti i ceppi non presentavano geni codificanti per altre carbapenemasi e  $\beta$ -lattamasi AmpC.

**CONCLUSIONI**

Lo studio ha evidenziato, come atteso, la presenza di ceppi multiresistenti di *K.pneumoniae* nella UOC di Terapia Intensiva. La marcata suscettibilità ai Carbapenemi nei ceppi del 2010 è stata in parte confermata dall'assenza di blaKPC, sebbene tutti siano RISULTATI blaVIM positivi. La presenza di blaKPC negli isolati del 2014-16 sottolinea la circolazione di ceppi che hanno acquisito differenti meccanismi di resistenza in linea con il contesto epidemiologico nazionale, anche caratterizzato da segnalazioni sporadiche di altre carbapenemasi e di  $\beta$ -lattamasi AmpC.

*Klebsiella pneumoniae, resistenza ai carbapenemi, carbapenemasi, epidemiologia molecolare*

Figura 1. Caratterizzazione biomolecolare di 29 ceppi di *K. pneumoniae*



**ID 305**

**STUDIO DI APPROPRIATEZZA DELL'ANTIBIOTICOPROFILASSI PERIOPERATORIA PRESSO IL POLICLINICO CASILINO DI ROMA**

A. Giannotta; E. Graziani; E. Cesqui; A D'Agostini; L. Orlandi; C. Giliberti  
*Policlinico Casilino, Roma*

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni molteplici studi hanno evidenziato l'importanza di una corretta antibiotico profilassi perioperatoria per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Al fine di valutare tale aspetto presso la nostra Struttura, è stata condotta un'indagine conoscitiva presso le Unità Operative di Chirurgia del Presidio.

**METODI**

È stato elaborato un apposito questionario al fine di rilevare informazioni relative sia alla scelta delle molecole sia alle modalità e tempi di somministrazione. Il questionario è stato somministrato in 6 Unità Operative chirurgiche e valutato in relazione all'aderenza alla SNLG 17 "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto".

**RISULTATI**

L'antibiotico profilassi viene effettuata, tranne un caso, in Sala Operatoria. In 2 Unità Operative la somministrazione del farmaco non avviene all'induzione dell'anestesia, ma in una fase precedente, in un caso la sera precedente e nell'altro al mattino prima dell'invio in sala operatoria. In 5 Unità Operative la scelta della molecola da utilizzare segue le indicazioni della SNLG 17 (Cefazolina come prima scelta).

In 4 Unità Operative su 6 la terapia antibiotica viene protratta successivamente all'intervento chirurgico (fino a 5 giorni dopo) utilizzando le stesse molecole impiegate per la profilassi.

**CONCLUSIONI**

L'indagine eseguita ha rilevato fenomeni di inappropriatezza, principalmente in relazione alla tempistica di somministrazione del farmaco e la durata del trattamento. Le criticità evidenziate saranno oggetto di interventi correttivi (formazione ad hoc) e monitoraggio nel tempo.

*Antibiotico profilassi perioperatoria*

**ID 315**

**SORVEGLIANZA DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) NEL PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO" DI BARI**

S. Mudoni 1; A. Guaccero 1; A. Di Benedetto 1; A. Lollino 1; V.P. Preziosa A. 2; A. Leaci 3

1 Direzione Medica P.O. "S. Paolo" ASL BA, Bari

2 Scuola di Specializzazione, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari, Bari

3 Direttore Medico, Direzione Medica P.O. "S. Paolo" ASL BA, Bari

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento di infezioni da CPE in tutto il mondo. L'importanza del fenomeno e la sua diffusione globale hanno dato luogo all'attivazione di numerosi sistemi di sorveglianza basati sulla raccolta di dati di laboratorio a livello nazionale, regionale e locale. Nel 2014 il P.O. "San Paolo" di Bari ha attivato un Protocollo per la Sorveglianza delle CPE. Obiettivi dello studio sono stati: analizzare la frequenza e la distribuzione dei casi di CPE e verificare l'efficacia del Protocollo.

**METODI**

Il periodo dello studio è stato 1 gennaio 2014 - 30 giugno 2016. I dati, ottenuti mediante i sistemi di sorveglianza microbiologica del Presidio, sono stati inseriti in uno specifico database ed elaborati mediante il software STATA SE9.2tm.

**RISULTATI**

Nel periodo di studio lo screening è stato eseguito su 689 pazienti; di questi, il 58% (n.398) ha avuto esito negativo, il 32% (n.220) è risultato colonizzato e il restante 10% (n.71) infetto (batteriemia). L'incidenza complessiva dei pazienti con colonizzazione/infezione da CPE è stata del 42%. Nel 65% dei casi l'infezione/colonizzazione ha avuto origine nel Presidio Ospedaliero "San Paolo", nel 18% in altri presidi, nel 10% presso il domicilio e nel 7% in strutture residenziali territoriali. Nello specifico, le infezioni/colonizzazioni determinatesi nel P.O. "San Paolo" si sono verificate nelle quasi totalità (98%) nell'Unità di Terapia Intensiva.

**CONCLUSIONI**

Per cercare di contenere questo importante fenomeno, a marzo 2016 è stato costituito un Gruppo di Lavoro CPE interno al Presidio. Tuttavia, affinché le azioni di contenimento siano efficacemente implementate è necessario che la Direzione Aziendale sostenga queste attività con risorse adeguate, che tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari siano adeguatamente formati e che l'applicazione delle raccomandazioni venga monitorata e costituisca un elemento di valutazione degli operatori.

ICA, CPE, Ospedale

**ID 341**

**RUOLO DEGLI AMBIENTI COMUNITARI IN OSPEDALE COME RESERVOIR DI PATOGENI NOSOCOMIALI**

R. Ragusa 1; G. Faro 2; M. Marranzano 3

1 Direzione Medica Presidio P.O. G. Rodolico A.O.U. Policlinico- V. Emanuele Catania

2 Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e tecnologie avanzate Università Catania

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università Catania

**INTRODUZIONE**

L'ambiente ospedaliero riveste un ruolo importante nella trasmissione delle infezioni acquisite in ospedale (ICA). Gli oggetti presenti negli ambienti possono facilitare la trasmissione di patogeni ma non è definita una correlazione certa tra contaminazione delle superfici, procedure di decontaminazione ed infezioni acquisite in ospedale. Scopo dello studio è stato quello di verificare se esista una relazione tra contaminazione ambientale di superfici esterne ai reparti di degenza ed ICA.

**METODI**

Nel periodo marzo-giugno 2016 presso il Policlinico di Catania sono state effettuate misurazioni settimanali della carica microbica presente su superfici in zone ad alta densità di frequentazione da parte del personale esterno all'ospedale, zone non dedicate alla degenza, né alla specifica attività sanitaria. E' stata ricercata la presenza di E. coli, A. baumannii, St. aureus, Ps. Aeruginosa, enterococchi. La determinazione della carica microbica è stata eseguita mediante piastre (Rodac Weight) e tamponi con terreni selettivi per superfici irregolari. Sono stati esaminati interruttori elettrici e telecomandi, maniglie (porte, bagni, finestre, spogliatoi), dispositivi di sostegno (corrimano, maniglie di sedie a rotelle), scaffalature di biancheria e materiale da deposito.

**RISULTATI**

Sono stati eseguiti 137 prelievi in prossimità di 13 reparti di degenza nei 4 plessi differenti della struttura. E' stata riscontrata presenza di stafilococchi coagulasi positivi (MRSA) in 7 campioni prelevati nell'area della Medicina Interna. E' stata riscontrata crescita di micrococchi e stafilococchi coagulasi negativi in 130 campioni (95%).

**CONCLUSIONI**

Le superfici a contatto con le mani dei visitatori giocano quindi un ruolo marginale nella trasmissione di patogeni, se viene applicato un corretto protocollo di pulizia e detersione dell'ambiente. I visitatori non rappresentano un vettore con cui i microrganismi responsabili delle ICA determinano patologie nei degenti.

*ambienti comunitari, ICA*



**ID 344**

**INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE (CDI) NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELL'AUSL DI BOLOGNA: RISULTATI DI 6 ANNI DI SORVEGLIANZA BASATA SUL LABORATORY INFORMATION SYSTEM**

E. Leoni 1; G. Roncarati 2; P. Farruggia 2; L. Dallolio 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna

2 UOC Igiene, Staff Direzione Azienda USL di Bologna

**INTRODUZIONE**

*Clostridium difficile* è tra le principali cause di infezioni correlate all'assistenza in Nord America ed Europa. L'AUSL di Bologna ha applicato un sistema di sorveglianza delle CDI nei 9 ospedali del suo territorio, basato sui dati di laboratorio microbiologico.

**METODI**

I casi di CDI sono stati identificati mediante il Laboratory Information System (LIS), secondo le definizioni di caso proposte da SIMPIOS e positivi alle tossine A e B nelle feci (TOX-A/B-QUIK-CHEK test). I tassi di incidenza sono stati riferiti al numero totale di giorni di degenza. Per lo studio dei fattori di rischio, sono stati ricavati dalle cartelle cliniche: età, genere, comorbidità, chirurgia gastrointestinale, ricovero nei 30 giorni precedenti, pregressa terapia (antimicrobici, inibitori pompa protonica, H2-bloccanti), tempi di degenza, sintomi (diarrea e sua durata, livelli di sieroalbumina, creatinina, leucociti).

**RISULTATI**

Da gennaio 2010 a dicembre 2015 sono stati identificati 942 casi di CDI (incidenza totale: 3,7/10,000 giorni di degenza), senza trends significativi nelle incidenze annuali (tab.1) e con notevoli differenze tra ospedali (1,8 -17,8/10,000), L'86,1% dei casi è associato all'assistenza, il 10,9% acquisito in comunità. Stratificando per tipologia di reparto, l'area di Medicina presenta un'incidenza di 5/10,000; terapia intensiva 2,3/10,000; chirurgia 0,7/10,000; pediatria 0,1/10,000. Il 91,1% ha comorbidità, il 76,2% esposizione pregressa ad antibiotici, il 77,2% a inibitori della pompa protonica. Il 9,1% dei pazienti risponde ai criteri di caso ricorrente, il 23,8% di caso severo. L'analisi multivariata dei fattori di rischio per casi ricorrenti e severi ha identificato un'associazione statisticamente significativa con insufficienza renale cronica e livello di creatinina >2 mg/dl.

**CONCLUSIONI**

Il LIS si è dimostrato una fonte utile per studiare l'andamento nel tempo e tra ospedali delle CDI, ma anche del numero di test eseguiti e percentuali di positività.

*Clostridium difficile*, sorveglianza ICA, AUSL Bologna

**ID 345**

**EFFICACIA DI UNA MOLECOLA AD AZIONE ANTISETTICA SU STIPITI DI CANDIDA SPP.**

S. Rutigliano; O. De Giglio; G. Diella; F. Divenuto; M. Lopuzzo; G. Lovero; A. Palermo; M.T. Montagna; G. Caggiano

*Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana – Sezione di Igiene – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”, Bari*

**INTRODUZIONE**

Il genere *Candida* comprende lieviti commensali dell'uomo, tuttavia alcune specie possono essere responsabili di complicanze infettive anche mortali. Scopo dello studio è valutare l'attività in vitro di un disinfettante per uso topico, contenente acido bórico, nei confronti di lieviti comunemente isolati da campioni clinici e noti per la loro difficile gestione terapeutica.

**METODI**

L'attività antimicotica della molecola è stata studiata nei confronti di 4 ceppi di *Candida* provenienti da emocolture di pazienti immunocompromessi (*C.albicans*, *C.parapsilosis*, *C.glabrata*, *C.tropicalis*). Diluizioni scalari da 10<sup>4</sup> a 10<sup>1</sup> cellule/ml sono state testate con due diverse concentrazioni della molecola (CoA 3% e CoB 4%), esponendo i ceppi a contatto con la molecola per 1, 5, 10, 15 e 30 minuti (T1, T5, T10, T15, T30), e successivamente insemenate per inclusione in Sabouraud dextrosio agar e incubate a 36±1°C per 5 giorni.

**RISULTATI**

Il disinfettante CoA è risultato efficace su *C.parapsilosis* a T5 (96%) e con un abbattimento del 100% a T15, mentre per *C.albicans* e *C.tropicalis* è stato registrato una riduzione della carica micotica a T30 (100% e 98%, rispettivamente). Il disinfettante CoB ha mostrato una efficacia del 100% a T1 su *C.parapsilosis*, a T15 su *C.albicans* del 99% a T30 su *C.tropicalis*. La molecola è risultata del tutto inefficace su *C.glabrata*, anche dopo 30 min di contatto con CoA e CoB.

**CONCLUSIONI**

I risultati di questo studio mettono in evidenza che l'efficacia di un disinfettante dipende non solo dalla molecola impiegata e dal tempo di contatto, ma anche dal microrganismo da trattare. In particolare, i nostri dati sottolineano ancora una volta la necessità di identificare i lieviti a livello di genere e specie, non solo per impostare una terapia mirata, ma anche per ottenere idonei risultati dal trattamento disinfettante.

*Candida spp, lieviti, disinfettanti, antimicotici*

**ID 346**

**SORVEGLIANZA DEI PATOGENI SENTINELLA NELL' AOU "G. MARTINO" DI MESSINA**

M.A.R. Palamara; C. Genovese; V. La Fauci ; R. Squeri; G. Costa

AOU G. Martino, Policlinico Messina

**INTRODUZIONE**

La sorveglianza delle Infezioni Correlate all' Assistenza è considerata un requisito essenziale di un programma di controllo,finalizzato alla prevenzione delle complicanze infettive in ambiente ospedaliero e alla riduzione degli ingenti costi sia diretti che indiretti che queste comportano.

L'obiettivo di base è riuscire ad identificare tempestivamente le epidemie e il verificarsi di singoli casi di infezione sostenuti da microrganismi alert,a causa della loro patogenicità ed elevata diffusibilità.

**METODI**

Sono state considerate le segnalazioni provenienti dall'UOC di Microbiologia, inviate all'UOC di Igiene Ospedaliera, tramite Direzione Medica di Presidio.Queste sono state poi confrontate con gli esiti di laboratorio dei controlli microbiologici negli ambienti di degenza interessati, effettuati dal laboratorio di I.O., ricercando l'eventuale corrispondenza.

**RISULTATI**

Nel 2014 sono state registrate 155 segnalazioni,nel 2015, invece,115.Sia nel 2014 che nel 2015,la maggior parte delle segnalazioni sono pervenute dall' UOC di Anestesia e Rianimazione (22,6% e 21,7%).Nel 2014 il germe alert più volte segnalato è stato l'Acinetobacter baumannii (42,6%);è stata registrata una corrispondenza con i prelievi ambientali nel 23,9% dei casi e tali patogeni sono stati isolati soprattutto nelle barre dei letti dei pz interessati e sui rispettivi comodini.L'anno successivo, i germi più spesso segnalati sono stati P.aeruginosa (27%)e Klebsiella spp(21,7%).La corrispondenza con i controlli ambientali è stata registrata nel 31,3% dei casi e le superfici più frequentemente positive sono state le stesse del 2014.

**CONCLUSIONI**

Questo tipo di sorveglianza consente la precoce individuazione dei patogeni sentinella nella propria realtà ospedaliera;stimola una maggiore attenzione al problema del rischio infettivo da parte degli operatori sanitari; promuove l'adozione di corrette precauzioni igienico-sanitarie,concorrendo così a ridurre l'incidenza di ICPA.

*ICA, sorveglianza, microrganismi alert.*

**ID 359**

**CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTTORE B-LATTAMASI E CARBAPENEMASI E IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA — UNO STUDIO PROSPETTICO PRELIMINARE**

M. Sorrentino 1; A. Di Caterino ; C. Romani 3; G. Biancardi 3; M. Palmer 3; V. Corrado 2; C. Cusano 4; S. Moretta 1; M. Mungiguerra 5; J. Sansoni 6

1 ASL Caserta UOC Qualita' e Risk Management, Caserta

2 ASL Caserta P.O. S.G. Moscati Direzione Sanitaria, Aversa

3 ASL Caserta P.O. S.G. Moscati U.O.C. Terapia Intensiva –Rianimazione, Aversa

4 Azienda Ospedaliera Caserta – Direzione Sanitaria, Caserta

**INTRODUZIONE**

La *Klebsiella Pneumoniae* (KP) rappresenta uno dei principali patogeni nosocomiali responsabile di sepsi e infezioni respiratorie e la colonizzazione dei degenti ospedalizzati un fattore di rischio per lo sviluppo dell'infezione. Il presente studio riporta le misure di sorveglianza e controllo adottate per il contenimento di un outbreak di infezioni/colonizzazioni da KP produttore  $\beta$ -lattamasi e Carbapenemasi (KP-ESBL; KP CPE) verificatosi negli anni 2014-2015 in un reparto di Terapia Intensiva di un ospedale campano.

**METODI**

Lo studio prospettico ha coinvolto la popolazione degente in terapia intensiva dal 2014 al 2015. Il protocollo di studio ha previsto una serie di interventi multimodali tra cui: 1) sorveglianza attiva 2) screening dei pazienti, 3) cohorting dei colonizzati/infetti, 4) formazione ed informazione del personale, 5) remind 6) prescrizione antibiotica mirata 7) circoli di qualità. Esami di laboratorio sono stati effettuati su campioni provenienti da tampone rettale, emocoltura e urinocoltura.

**RISULTATI**

Di n. 193 ricoverati nel 2014 n. 37 sono stati i casi di isolamento da KP-ESBL/CPE di cui n. 20 colonizzati/infetti durante la degenza; di n. 203 ricoverati nel 2015 n. 28 sono stati i casi di isolamento da KP-ESBL/CPE di cui n. 9 colonizzati/infetti durante la degenza.

n.12 interventi formativi e n.65 interventi informativi hanno coinvolto tutti gli operatori sanitari deputati all'assistenza con una valutazione trimestrale della performance. Circoli di qualità hanno permesso la condivisione degli obiettivi. Nel periodo oggetto di studio si è osservata una riduzione del 6% dei degenti colonizzati/infetti.

**CONCLUSIONI**

Sorveglianza attiva, stratificazione dei pazienti in ingresso e interventi multimodali hanno permesso: a) una progressiva riduzione del numero dei degenti colonizzati/infetti; b) aumento costante dell'adesione alle pratiche di controllo dell'infezione. Lo studio è tutt'ora in corso.

*Klebsiella Pneumoniae, infezioni correlate all'assistenza, controllo delle infezioni,*

**ID 370**

**VALUTAZIONE DELLA PREVALENZA DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA (ICA) IN PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE**

N. Favuzzi 1; V. Infantino 1; M.S. Gallone 1; S.Tafuri 1; M.F. Gallone 2; C. Germinario 1

1 Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

2 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

Le ICA rappresentano un problema prioritario di Sanità Pubblica, determinando un significativo impatto in termini sanitari per gli assistiti, nonché un'importante causa di costi prevenibili per il Servizio Sanitario Nazionale, sia nell'ambito dell'assistenza ospedaliera che nei setting extra-ospedalieri (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale). Tuttavia, sono ad oggi disponibili pochi dati relativi alla prevalenza di ICA in setting extraospedalieri.

Lo studio descrive una indagine di prevalenza, effettuata utilizzando la tecnica del "One day study" (Centers for Disease Control di Atlanta), in un campione di soggetti in assistenza domiciliare integrata. Per ogni paziente reclutato è stata compilata una scheda raccogliendo le informazioni disponibili sulla scheda S.V.A.M.A (Schede per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte ed Anziane).

Sono stati reclutati 150 pazienti, con età media di  $81 \pm 8$  anni. La prevalenza ICA è risultata del 10%, dato superiore a quello degli ospedali per acuti (Studio HAI 2011, prevalenza: 6,3%).

La localizzazione più frequente è risultata la cutanea e muscoloscheletrica (Tabella 1).

Tra i fattori di rischio, il 69% dei pazienti presentava ferita chirurgica, il 39% catetere intravasale, il 31% catetere urinario e il 31% piaghe.

Il 25,3% dei soggetti campionati effettuava profilassi o terapia antibiotica. Gli antibiotici più utilizzati erano i beta-lattamici; tra i soggetti che assumevano antibiotici, il 53,8% ne assumeva più di uno.

Lo studio evidenzia come le ICA in setting extraospedalieri siano un tema da affrontare con priorità, nell'ottica del processo di deospedalizzazione delle cure.

*infezioni correlate all'assistenza ; assistenza domiciliare*

**ID 387**

**COMPLIANCE ALL'ANTIBIOTICOPROFILASSI PERI-OPERATORIA IN UN'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA: RISULTATI DI UN MONITORAGGIO TRIENNALE**

A. Madia 1; L. Lesa 1; L. Brunelli 1; F. Romanese 1; L. Arnoldo 2; R. Cocconi 2; S. Brusaferrò 1;2  
1 Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Udine; Università degli Studi di Udine, Udine;  
2 Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, Udine

**INTRODUZIONE**

L'antibiotico profilassi peri-operatoria è una pratica di fondamentale importanza per prevenire l'infezione del sito chirurgico. L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine ne ha definito le caratteristiche in una procedura specifica, diffusa a tutte le strutture e disponibile nell'Intranet aziendale. È stata monitorata su base semestrale la compliance alla procedura a partire dall'ultimo aggiornamento occorso (30 giugno 2013).

**METODI**

Tra luglio 2013 e giugno 2016 sono state analizzate 1440 cartelle cliniche (15 per semestre per i 16 reparti chirurgici) estratte casualmente includendo ricoveri ordinari con intervento chirurgico pulito o pulito/contaminato. La procedura è stata valutata conforme al protocollo se aderiva alle linee guida per tutti gli item considerati: tipo di molecola, dosaggio, timing di somministrazione, redosing e durata della profilassi. Il confronto tra proporzioni è stato effettuato tramite il test Chi-Quadrato. L'analisi del trend è stata condotta attraverso il Cochran-Armitage Trend Test.

**RISULTATI**

La tabella 1 riassume i dati della compliance complessiva e specifica per singolo item. Si evidenzia un aumento significativo della compliance complessiva tra 2° semestre 2013 e 1° semestre 2016 (+9%,  $p=0,048$ ); il trend di tale aumento si è rivelato lineare ( $p=0,007$ ). Si registra, nello stesso intervallo di tempo, un aumento significativo della compliance relativa al tipo di molecola utilizzato (+7%,  $p=0,044$ ) e alla durata della profilassi (+10%,  $p=0,003$ ).

**CONCLUSIONI**

La compliance alla procedura aziendale è migliorata nel tempo. Il monitoraggio semestrale è stato essenziale per valutare lo stato dell'arte, individuare tempestivamente le situazioni su cui intervenire e orientare azioni di miglioramento in caso di riduzione dei valori di compliance (i.e. incontri con le singole strutture, ulteriori strategie di diffusione della procedura).

*ANTIBIOTICOPROFILASSI, COMPLIANCE, MONITORAGGIO*

Tabella 1: Compliance alla procedura aziendale sulla antibiotico profilassi peri-operatoria

| semestre   | Item             |                  |                  |                  |                  | COMPLIANCE<br>COMPLESSIVA |
|------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------|
|            | MOLECOLA         | DOSAGGIO         | TIMING           | REDOSING         | DURATA           |                           |
| 2° sem '13 | 188/240<br>(78%) | 226/240<br>(94%) | 217/240<br>(90%) | 220/240<br>(92%) | 193/240<br>(80%) | 139/240<br>(58%)          |
| 1° sem '14 | 190/240<br>(79%) | 217/240<br>(90%) | 211/240<br>(88%) | 222/240<br>(93%) | 207/240<br>(86%) | 140/240<br>(58%)          |
| 2° sem '14 | 204/240<br>(85%) | 229/240<br>(95%) | 226/240<br>(94%) | 219/240<br>(91%) | 209/240<br>(87%) | 158/240<br>(66%)          |
| 1° sem '15 | 200/240<br>(83%) | 229/240<br>(95%) | 220/240<br>(92%) | 210/240<br>(88%) | 208/240<br>(87%) | 143/240<br>(60%)          |
| 2° sem '15 | 202/240<br>(84%) | 236/240<br>(98%) | 224/240<br>(93%) | 225/240<br>(94%) | 223/240<br>(93%) | 166/240<br>(69%)          |
| 1° sem '16 | 205/240<br>(85%) | 234/240<br>(98%) | 227/240<br>(95%) | 223/240<br>(93%) | 216/240<br>(90%) | 160/240<br>(67%)          |

**ID 412**

**L'UTILIZZO DEL BIOLUMINOMETRO NELLA VERIFICA DELLE PROCEDURE DI SANIFICAZIONE: ESPERENZA DELL'AUSL DI BOLOGNA.**

L. Dallolio 1; T. Sanna 1; A. Raggi 1; M. Billi 2; E. Leoni 1; P. Farruggia 2.  
1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna  
2 UOC Igiene, Staff Direzione Azienda USL di Bologna

**INTRODUZIONE**

In ambito ospedaliero le superfici contaminate rappresentano un importante reservoir di microrganismi in grado di aumentare il rischio di infezioni correlate all'assistenza. Le procedure di sanificazione e la verifica della loro corretta esecuzione rappresentano un mezzo fondamentale di prevenzione. Tra i metodi di verifica è stato proposto l'utilizzo del bioluminometro, sistema in grado di misurare, mediante tamponi ambientali, l'ATP presente sulle superfici. Benchè tale metodo sia rapido ed oggettivo, non esistono attualmente standard di riferimento, né forti evidenze che ne raccomandino l'uso. Obiettivo dello studio è analizzare l'applicazione del bioluminometro per la verifica delle procedure di sanificazione dei blocchi operatori, delle rianimazioni e terapie intensive dell'AUSL di Bologna.

**METODI**

Personale adeguatamente formato ha rilevato i dati trimestralmente dal 2013 al 2015 col bioluminometro 3M Clean Trace. I dati raccolti sono stati esaminati e confrontati con le ispezioni visive effettuate contestualmente tramite checklist.

**RISULTATI**

Su 3844 verifiche effettuate si osserva nel tempo una riduzione statisticamente significativa dei valori di ATP, espressi come Unità di Luce Relativa ( $p < 0,01$ ) (tabella 1). Tali valori risultano significativamente più alti quando l'ispezione visiva evidenzia un'inadeguata procedura di sanificazione ( $p < 0,01$ ). I punti più contaminati sono risultati la scialitica esterna e la tastiera del PC immagini nelle sale operatorie.

**CONCLUSIONI**

Nonostante la mancanza di standard, il bioluminometro consente una valutazione quantitativa delle procedure di sanificazione e l'individuazione dei punti più sporchi e trascurati. La riduzione osservata nel tempo suggerisce un ruolo formativo dello strumento per il personale addetto alla sanificazione e un incentivo al miglioramento. Sono necessari ulteriori studi che confrontino tale sistema con le analisi microbiologiche per individuarne sensibilità e valori di riferimento.

*sanificazione; bioluminometro; blocchi operatori; rianimazioni; terapie intensive*



**ID 414**

**INCIDENZA DI INFEZIONI IN PAZIENTI ORTOPROTESIZZATI**

L. Kundisova; A. Verzuri; L. Palumbo; N. Nante  
Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

**INTRODUZIONE**

Le infezioni ospedaliere sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria in tutto il mondo, determinando un aumento della mortalità e gravi perdite finanziarie.

**MATERIALI E METODI**

Abbiamo studiato le cartelle cliniche di pazienti operati di protesi d'anca e di ginocchio in diverse Chirurgie Ortopediche ASL, ricoverati per riabilitazione intensiva (con protocollo standard di 8 giorni) in una Casa di Cura privata convenzionata, nel periodo aprile-novembre 2015. L'elaborazione statistica è stata effettuata con Stata®.

**RISULTATI**

La ricerca ha riguardato 826 pazienti (62% femmine) con età media di 69,4 anni ( $\pm 8,4$ ), trasferiti in Casa di Cura in 3°-4° giornata dall'intervento. La durata media della degenza è risultata essere di 8,4 gg ( $\pm 2$ ). Lo 0,48% dei pazienti aveva Catetere Venoso Centrale (CVC), il 2,54% Catetere Venoso Periferico (CVP) ed il 4,48% Catetere Urinario (CU).

In totale sono state rilevate 22 infezioni: 77,3 % urinarie, 13,6% della ferita chirurgica e 9,1% respiratorie. Il 63,6% delle infezioni sono risultate contratte nel corso del ricovero chirurgico (incidenza 1,7%), il 36,4% durante il ricovero riabilitativo (0,96%). L'analisi univariata ha individuato come fattori di rischio statisticamente significativi: l'età (OR 1,05;  $p=0,01$ ; IC 1,01-1,01), la presenza di CU (OR 9,35;  $p=0,001$ ; IC 3,36-25,99), la presenza di CVC (OR 12,71;  $p=0,0054$ ; IC 1,25-128,93). L'analisi multivariata ha poi rilevato come unico fattore di rischio statisticamente significativo la presenza di CU (OR 4,75;  $p<0,05$ ; IC 1,03-21,7).

**CONCLUSIONI**

L'incidenza complessiva di infezioni nosocomiali della nostra casistica (2,66%) è in linea con i valori riportati per questa tipologia di pazienti dall'International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) (2,6%). Relativamente al ricovero chirurgico l'incidenza da noi rilevata (1,7%) è appena leggermente superiore rispetto ai valori riportati dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC-NHSN) (1,3%).

*infezioni ospedaliere, monitoraggio e reporting, fattori di rischio*

**ID 421**

**ADESIONE ALLE LINEE GUIDA PER LA PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA IN DUE STRUTTURE OSPEDALIERE**

A. Quattrocchi 1; M. Barchitta 1; R. Canino 2; L. Faccini 2; A. Grandi 2; A.R. Mattaliano 3; C. Pasquarella 4; A. Agodi 1 et GISIO-SItI

1 Dipartimento GF Ingrassia, Università degli Studi di Catania, Catania;

2 Presidio Ospedaliero "Oglio Po", ASST Cremona;

3 ARNAS Garibaldi, Catania;

4 Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali, Unità di Sanità Pubblica, Università

**INTRODUZIONE**

Le Linee Guida (LG) internazionali raccomandano di effettuare la Profilassi Antibiotica Perioperatoria (PAP) solo quando indicato e somministrare l'antibiotico entro 60 minuti dall'inizio dell'incisione chirurgica. Tuttavia, il livello di adesione a tali pratiche è spesso inadeguato. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare il livello di adesione alle LG nazionali (SNLG17, 2011) in diversi tipi di interventi chirurgici effettuati in due Strutture Ospedaliere italiane.

**METODI**

Per ogni intervento incluso, effettuato tra gennaio e maggio 2016, l'adesione alle LG è stata valutata considerando l'indicazione, cioè l'appropriata decisione di effettuare o non effettuare la PAP, e il momento della somministrazione dell'antibiotico prima dell'incisione chirurgica.

**RISULTATI**

Nelle due Strutture Ospedaliere (A e B) sono stati inclusi rispettivamente 5 e 12 reparti chirurgici e 107 e 467 interventi. Considerando complessivamente tutti i tipi di interventi chirurgici, in riferimento all'indicazione, la PAP è stata effettuata appropriatamente nel 71,6% (A) e nel 78,0% dei casi (B), rispettivamente. Inoltre, l'antibiotico è stato somministrato appropriatamente entro il periodo di tempo raccomandato nell'87,5% (A) e nel 77,3% (B) dei casi. Stratificando per tipo di intervento chirurgico e per Struttura Ospedaliera sono state evidenziate delle differenze nei livelli di adesione alle pratiche considerate.

**CONCLUSIONI**

I risultati di questo studio, tuttora in corso, sottolineano la necessità di identificare e approfondire le criticità nell'adesione alle LG sulla PAP per poter attuare una strategia multimodale di antimicrobial stewardship che comprenda interventi di formazione degli operatori e di promozione dell'adozione di LG basate sulle evidenze, per l'uso appropriato di antibiotici come ribadito dal recente draft delle LG europee per l'uso prudente degli agenti antimicrobici in medicina umana, proposto dall'ECDC (ECDC, 2016).

*compliance, antimicrobial stewardship, formazione, sorveglianza, valutazione*

**ID 428**

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLA NEGLI IMPIANTI IDRICI DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)**

M. Totaro 1; B. Casini 1; P. Valentini 1; C. Trullo 1; S. Giorgi 1; A. Gallo 2; E. De Franco 2; G. Privitera 1; A. Baggiani 1

1 Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa;

2 Dipartimento di Prevenzione Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa

**INTRODUZIONE**

Il controllo del rischio Legionella nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) è volto a garantire la sicurezza di soggetti anziani a rischio, non autosufficienti e con patologie non curabili a domicilio. Nelle Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi si definiscono le modalità di gestione del rischio chiarendo le misure preventive da attuare in rapporto ai diversi livelli di contaminazione delle reti idriche. Lo scopo di questo lavoro è valutare il rischio Legionella ed elaborare un piano di gestione dei rischi specifico per le RSA.

**METODI**

A partire da Marzo 2015 sono stati programmati piani di campionamenti dell'acqua in 7 RSA dell'area pisana (40-76 posti letto per struttura). Sono stati presi in considerazione 6 punti di campionamento, localizzati in diversi piani, per effettuare prelievi di acqua per la ricerca dei parametri di potabilità e di Legionella. In caso di esito positivo sono state suggerite le raccomandazioni delle linee guida nazionali.

**RISULTATI**

Tutte le reti idriche sono risultate contaminate da Legionella nonostante la presenza dei requisiti di potabilità. *L. pneumophila* sg 1 è stata rilevata in 1 RSA, *L. pneumophila* sg 2-16 in 5 RSA e Legionella spp. in 4 RSA, con cariche da  $4 \times 10^2$  a  $1 \times 10^6$  UFC/L (media  $9,7 \times 10^5$  UFC/L). Legionella non è stata rilevata subito dopo l'iperclorazione shock (20-50 ppm, 2-1 h), attuata da 5/7 strutture, ma la ricolonizzazione (carica media di  $2,2 \times 10^5$  UFC/L) si è avuta dopo un mese nel 60% delle RSA (3/5). Solo una struttura ha elaborato un piano di autocontrollo e installato un generatore di biossido di cloro per la disinfezione in continuo, mentre 2 RSA hanno installato filtri assoluti ai punti d'uso.

**CONCLUSIONI**

La presenza di pazienti a rischio aumentato di contrarre la legionellosi richiede nelle RSA l'adozione di un piano di gestione del rischio idrico mirato, la cui applicazione deve essere garantita nel tempo e verificata attraverso piani di campionamento adeguati.

*Legionella, RSA, Autocontrollo*

**ID 471**

**CE LE LAVIAMO LE MANI?**

E. Ceriale 1; F. Vencia 2; N. Nante 1;3; G. Messina 1;3; S. Sancasciani 2

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 Direzione dei Presidii Ospedalieri, ASL Toscana Sud-Est

3 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena

**INTRODUZIONE**

Il corretto lavaggio delle mani rappresenta uno degli elementi fondamentali nel controllo delle infezioni legate all'assistenza. Lo studio si propone di verificare i livelli di compliance degli operatori sanitari rispetto a tale pratica.

**METODI**

L'indagine è stata condotta in tutti i reparti (Medicina, DH oncologia, Poliambulatori, Centro Emotrasfusionale, Dialisi, Rianimazione, Cardiologia, Area chirurgica, Blocco operatorio, Hospice, Area Materno-infantile e Pronto Soccorso) di un ospedale della provincia di Siena. Quattro osservatori, selezionati tra il personale di reparto per evitare modifiche dei comportamenti da parte degli operatori esaminati, hanno valutato la pratica di lavaggio mani di medici, infermieri, OSS ed altri operatori rispetto ad 8 momenti identificati dal sistema Gestione Rischio Clinico-GRC della regione Toscana: prima e dopo la visita, dopo manovre con contatto di liquidi corporei, dopo aver tolto i guanti, prima di toccare cibo, prima di procedure invasive e non, dopo contatto con cute del paziente. La tipologia di lavaggio è stata differenziata in sociale ed antisettica ed è stato valutato l'uso del gel alcolico o del sapone. Per determinare le differenze tra reparti ed operatori è stato usato il Test del  $\chi^2$ .

**RISULTATI**

Sono state riscontrate percentuali complessive di occasioni lavaggio mani colte pari al 76,84%; gli infermieri hanno mostrato una migliore compliance rispetto ai medici: OR= 1.37 (1.02-1.85),  $p=0.043$ . In rianimazione e nel blocco operatorio sono state rispettate tutte le misure antisettiche (100% di occasioni lavaggio mani colte). Le differenze tra i reparti sono dettagliate in tabella: il primo termine di paragone corrisponde alle voci in colonna, il secondo a quelle in riga. I lavaggi antisettici sono RISULTATI pari al 14,1%; il gel alcolico è stato usato nel 7,4% dei casi.

**CONCLUSIONI**

Le buone performance rilevate da questo studio non devono indurre a trascurare la pratica di lavaggio mani.

*Lavaggio mani, Gestione Rischio Clinico, Infezione Legate all'Assistenza*

**ID 482**

**SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE E STRATEGIE DI CONTROLLO**

R. Ragusa; A. Sciacca; S. Rametta; M. Marranzano

Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva – Università Catania

Direzione Medica Presidio P.O. G. Rodolico A.O.U. Policlinico- V. Emanuele

**INTRODUZIONE**

Le infezioni da Clostridium difficile (CDI), sono la principale causa di diarrea infettiva in ambito ospedaliero. Sono associate a elevata morbosità e letalità in pazienti con condizioni cliniche compromesse ed un incremento dei costi. Le spore, particolarmente resistenti, sono responsabili della diffusione dell'infezione in ambito ospedaliero. Il paziente colonizzato/infetto è la fonte primaria di Cl. difficile, il microrganismo contamina l'ambiente che diventa la fonte secondaria: le superfici e le mani sono veicoli particolarmente pericolosi.

Obiettivo del presente lavoro è stato quello di verificare l'esistenza di una correlazione tra l'incidenza dei casi di Cl. difficile e l'esecuzione del lavaggio delle mani, quale principale misura di corretta prassi igienica del personale sanitario.

**METODI**

Sono stati analizzate le cartelle cliniche e dalle schede di dimissione ospedaliera dei pazienti ospedalizzati che sono andati incontro a C.D.I. nel periodo gennaio 2014–maggio 2016. Inoltre sono state effettuate le osservazioni sulle modalità di lavaggio/disinfezione delle mani secondo quanto indicato dalla O.M.S. con almeno 200 osservazioni per sessione in ciascuna Unità Operativa.

**RISULTATI**

Sono stati riscontrati n. 59 casi di isolamenti di Cl. Difficile. Il 54% dei casi presentava un'età superiore a 65 anni. La degenza media nei pazienti è stata di 23 giorni. Nei reparti dove era stata registrata la segnalazione di casi di C.D.I sono stati analizzati i RISULTATI ottenuti dalle osservazioni del lavaggio delle mani nello stesso periodo. L'incidenza dei casi d'infezione è stata significativamente maggiore dove è risultata minore la percentuale di adesione alla procedura del lavaggio delle mani.

**CONCLUSIONI**

La contaminazione delle mani degli operatori sanitari e la contaminazione ambientale sono le più importanti vie di trasmissione pertanto, è necessario un'adeguata formazione del personale e un richiamo costante ad una corretta igiene delle mani.

*Clostridium difficile, ICA, contaminazione ambientale*

**ID 491**

**ESPERIENZA DI UN INTERVENTO PER IL CONTROLLO DELLE COLONIZZAZIONI DA A. BAUMANNII MDR PRESSO L'U.O. DI RIANIMAZIONE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI BUSTO ARSIZIO**

F. Tassinari 1; D. Rocca 1; A. Carducci 1; T. Quirino 2; G. Brigante 3; R. Martegani 4; G. Mainardi 5; L. Mariani 6; F. Turtù 6; A. Triarico 7

1 Medico Specializzando - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pavia

2 Responsabile S.C. di Malattie Infettive, P.O. di Busto Arsizio

3 S.C. Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia Aziendale, P.O. di Bu

**INTRODUZIONE**

Presso il Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio il Nucleo Operativo del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) svolge ruolo di monitoraggio e controllo delle infezioni ospedaliere. Nel mese di Novembre 2014 presso l'U.O. di Rianimazione si è riscontrato un aumento del numero di pazienti RISULTATI colonizzati da A. baumannii MDR: tale criticità è stata oggetto di analisi.

**METODI**

Sono stati condotti incontri con il personale medico ed infermieristico volti alla sensibilizzazione e all'informazione. Si è eseguita un'indagine di campionamento ambientale tramite tamponi: un solo campione su 24 si è rivelato positivo. Si è proseguito pianificando un periodo di osservazione sul personale sanitario attraverso la guida di una check-list. In diversi momenti della giornata, le infermiere epidemiologhe hanno valutato l'aderenza alle norme di isolamento da contatto nei confronti dei pazienti colonizzati. Il CIO ha inoltre predisposto la dotazione di un numero aggiuntivo di dispenser di soluzione igienizzante all'interno dell'U.O. e l'affissione di cartelli volti a sensibilizzare il personale sulle buone pratiche di igiene. Quanto osservato è stato poi condiviso con il personale.

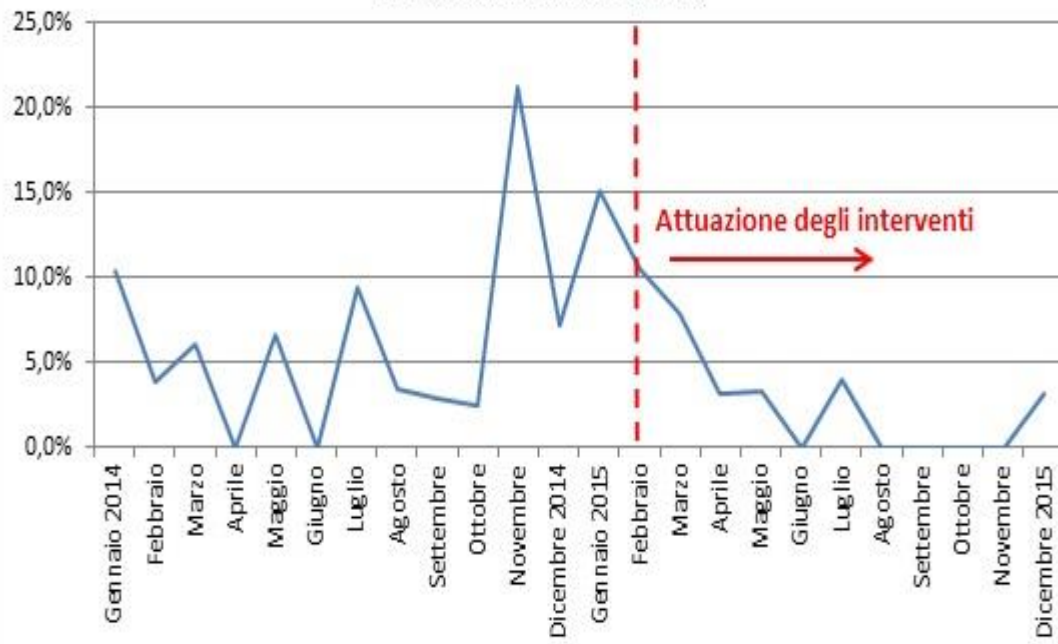
**RISULTATI**

Il monitoraggio ha evidenziato una discreta aderenza degli operatori sanitari alle buone pratiche igieniche. Una minore adesione alle norme di isolamento è stata riscontrata da parte dei consulenti esterni. La successiva sorveglianza periodica ha evidenziato un abbattimento dell'incidenza di colonizzazione, riconducendola al trend pre-outbreak.

**CONCLUSIONI**

L'esito positivo ottenuto dall'intervento attuato sottolinea come il coinvolgimento del personale sanitario nella valutazione del rischio e l'attività di formazione siano indispensabili nel controllo della diffusione delle colonizzazioni da germi MDR. Si pone come nuova prospettiva l'implementazione della procedura di monitoraggio tramite un sistema informatico di alert al fine di individuare tempestivamente eventuali outbreak.

**Incidenza mensile colonizzazioni da *A. baumannii* MDR  
U.O. Rianimazione (2014-2015)**



**ID 499**

**STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI**

M. Gaudiosi 1; V. Autiero 1; V. De Martino 1; O.C.M. Imperato 1; G. Russo 1; E. Montella 2; M. Triassi 3

1 Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli

2 Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Napoli Federico II

3 Direttore Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Napoli Federico I

**INTRODUZIONE**

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e l'antibioticoresistenza sono considerati dall' European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) pericoli rilevanti per la salute pubblica. L'ECDC ha proposto uno studio europeo di prevalenza puntuale in grado di consentire il confronto dei dati rilevati in paesi diversi, al fine di stimare l'impatto complessivo delle ICA e dell'uso di antibiotici in Europa negli ospedali per acuti.

**METODI**

Il Dipartimento di Igiene e Medicina del Lavoro e Preventiva dell'Azienda Federico II garantisce l'adesione aziendale allo studio. I dati epidemiologici sono ricavati dalla consultazione delle cartelle cliniche e inseriti nel software Helics-winnet versione 1.3 (HWN).

**RISULTATI**

Nel 2015 sono stati sorvegliati 369 pazienti, 140 hanno ricevuto profilassi antibiotica, 72 in aree di degenza medica e 68 in quelle chirurgiche, per un numero totale di 227 molecole antibiotiche somministrate (127 nelle aree mediche e 100 nelle chirurgiche). Sono state rilevate 22 infezioni ospedaliere, con una prevalenza di 4,87%. Il tasso di prevalenza dei pazienti in trattamento antibiotico è pari al 37,94% (cefalosporine di terza generazione 19,94%, fluorochinoloni 16,5%, glicopeptidi 11,89%, b-lattamici 10,57%). La molecola utilizzata più frequentemente è stata il ceftriaxone 13,21%, nelle aree mediche (86,6%).

**CONCLUSIONI**

Lo studio di prevalenza ha evidenziato che la percentuale di pazienti sottoposti a profilassi antibiotica per le aree mediche (37,9%) è in linea con il trend campano (37,8%) ed inferiore a quello nazionale (46,1%) ed europeo (65,1%); la prevalenza delle ICA è risultata pari al 4,87%, inferiore alla media nazionale ed europea. Lo studio ha pertanto consentito il confronto dei dati rilevati non solo tra le diverse Aziende Regionali ma anche su base nazionale ed europea.



**ID 502**

**MONITORAGGIO ANTIBIOTICOPROFILASSI PERIOPERATORIA: STRATEGIA AZIENDALE PROATTIVA PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO**

G. Russo 1; V. Autiero 1; V. De Martino 1; O.C.M. Imperato 1; M. Gaudiosi 1; E. Montella 2; M. Triassi 3

1 Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli

2 Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Napoli Federico II

3 Direttore Dipartimento Sanità Pubblica Università degli Studi di Napoli Federico

**INTRODUZIONE**

Le infezioni del sito chirurgico (ISCh), indicatori della qualità dell'assistenza sanitaria, richiedono da parte delle direzioni aziendali adeguate strategie per la prevenzione. Efficace è il controllo di appropriatezza della profilassi antibiotica perioperatoria in termini di modalità, durata e tempi di somministrazione oltre che la molecola scelta.

**METODI**

Il Dipartimento di Igiene e Medicina del Lavoro e Preventiva dell'Azienda Federico II nell'ambito delle attività di prevenzione delle ISCh effettua il monitoraggio dell'appropriatezza quantitativa e qualitativa dell'antibiotico profilassi perioperatoria. L'attività è integrata in un flusso informativo istituzionale (DGRC 123/2010) e prevede l'utilizzo di una check list elaborata ad hoc a corredo della cartella clinica.

**RISULTATI**

Nel 2015 sono stati sorvegliati 1479 interventi. Nel 31,1% dei casi è stato possibile valutare l'appropriatezza della profilassi antibiotica, somministrata nel 74,1% degli interventi sorvegliati, eseguita prevalentemente con un'unica molecola nel 78%: Ceftriaxone (40,1%), Amoxicillina (11,9%) e Cefazolina (10,3%). La somministrazione per via endovenosa è avvenuta nel 91,1% dei casi. Nel 68,9% dei casi non è stato possibile valutarne l'appropriatezza, per incompletezza dei dati estrapolati dalle schede.

**CONCLUSIONI**

L'analisi dei dati rileva che il Ceftriaxone (40,1%) è la prima scelta per la profilassi antibiotica perioperatoria. Sebbene l'indicazione di appropriatezza della molecola sia solo una raccomandazione è utile ricordare che le evidenze scientifiche non raccomandano l'impiego di cefalosporine di III e IV generazione, di monobattami, di carbapenemi e di piperacillina/tazobactam. È preferibile, infatti, utilizzare tali antibiotici a scopo terapeutico. L'elaborazione di report che riportano i trend di impiego delle molecole utilizzate rappresenta un importante strumento di audit per il miglioramento della qualità assistenziale.

**ID 504**

**INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO: STRATEGIE DI SORVEGLIANZA ATTIVA NELL' AOU FEDERICO II DI NAPOLI**

E. Montella 3; V. Autiero 1; V. De Martino 1; M. Gaudiosi 1; O.C.M. Imperato 1; G. Improta 2; G. Russo 1; M. Triassi 4

1 Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli

2 Assegnista di Ricerca – Dipartimento Sanità Pubblica della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II

3 Dipartimento San

**INTRODUZIONE**

Le infezioni del sito chirurgico (ISCh) sono infezioni insorte entro 30 giorni dall'intervento o entro 1 anno se è stato utilizzato materiale protesico. Sono la seconda complicanza più frequente nel paziente ospedalizzato. Rappresentano un importante indicatore di qualità dell'assistenza sanitaria.

**METODI**

Il Dipartimento di Igiene e Medicina del Lavoro e Preventiva dell'Azienda Federico II, braccio operante del Comitato Infezioni Ospedaliere nelle strategie di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, garantisce la sorveglianza epidemiologica degli interventi chirurgici effettuati presso tutte le Unità Operative Chirurgiche aziendali in qualsiasi regime assistenziale. La raccolta e l'analisi dei dati si inserisce nel network nazionale (HELICS-SSI), European Centre for Disease Prevention and Control.

**RISULTATI**

Nel 2015 sono stati sorvegliati 1479 interventi e rilevate 34 ISCh, con un tasso di incidenza cumulativa pari al 2,29% (RATE 0,84%). I tassi sono stati stratificati per categoria di intervento (National Healthcare Safety Network - NHSN) e per fattori di rischio: l'incidenza nel sesso maschile è stata del 63%, l'età mediana 36 anni, il punteggio ASA <2 (59,6%), le classi di contaminazione "pulito" (84,51%) e "pulito/contaminato" (15,61%), la durata mediana di 67 minuti; l'esecuzione dell'intervento per via classica (97,9%); l'Infection Risk Index <1 (88,4%). Il 74,1% degli interventi sorvegliati è stato sottoposto ad antibiotico profilassi e le categorie NHSN più sorvegliate sono state ernioraffia, cardiocirurgia e chirurgia della mammella.

**CONCLUSIONI**

L'attività di sorveglianza epidemiologica attiva contribuisce in maniera significativa, anche in assenza di altre strategie, al contenimento del rischio infettivo chirurgico. La scelta di aderire ad un protocollo europeo ha consentito la standardizzazione e confrontabilità del dato nonché la possibilità di attivare misure correttive con RISULTATI misurabili e paragonabili nel tempo.

**ID 506**

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA PRESSO L'OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

D. Perkovic; E. Zilli; A. Sandre; M. Pasqualini; M. Tonon; A. Manzan; A. Tessari; H. A. Cerrel Bazo

*Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione, Motta di Livenza (TV)*

**INTRODUZIONE**

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono un problema rilevante la cui persistenza è anche legata all'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti.

Lo scopo di questo studio è:

- definire i criteri di sorveglianza delle infezioni ospedaliere
- stabilire le modalità di raccolta dati necessarie all'analisi dell'evento ICA
- compilare una scheda di segnalazione da cui trarre indici di studio

**METODI**

Consultata la bibliografia esistente in merito alla sorveglianza delle ICA, partendo dalla circolare del Ministero della Sanità n.8/1988, da cui si estrapolano i criteri per la diagnosi delle infezioni di più comune riscontro (infezioni delle vie urinarie, delle basse vie respiratorie, delle ferite e batteriemie/infezioni sistemiche). Il sistema di sorveglianza che meglio si adatta alle esigenze del nostro Ospedale è rappresentato da: a. studi ripetuti di sorveglianza attraverso analisi di prevalenza; b. studi di sorveglianza continuativo dei reparti. Tipo di Studio: Analisi dei casi di ICA del mese di Febbraio 2016. Viene elaborata una scheda di segnalazione contenente le seguenti macro-aree: dati del paziente, dati inerenti all'esposizione, sede di infezione correlata all'assistenza, procedure invasive con eventuali note integrative.

I pazienti affetti da ICA in un determinato arco temporale sono stati rapportati al numero totale di pazienti ricoverati in RO nello stesso periodo calcolando così l'incidenza di infezioni.

**RISULTATI**

La scheda di segnalazione ha rilevato nel mese di febbraio 2016:

- N. RICOVERI in un mese: 145
- N. POSTI LETTO TOTALI: 150
- ICA rilevate: 3

L'incidenza delle ICA risulta essere del 2.07 %.

**CONCLUSIONI**

Si può affermare che l'applicazione della scheda di segnalazione risulta utile per segnalare tutti i casi di ICA; monitorare i fattori di rischio; stabilire come attuare procedure, anche invasive, nei confronti del paziente; attuare tutte le misure precauzionali possibili.

**ICA SORVEGLIANZA**

**ID 507**

**PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA DA MICROORGANISMI MDR:  
PROVA DI EFFICACIA CON SOLUZIONE VAPORIZZATA A BASE DI PEROSSIDO DI IDROGENO**

E. Zilli 1; D. Perkovic 1; A. Sandre 1; M. Pasqualini 1; P. Scotton 2; V. Biscaro 2; R. Rigoli 2; R. Ramon 2; S. Bradariolo 2

1 Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione, Motta di Livenza

2 Ospedale Cà Foncello, Treviso

**INTRODUZIONE**

Scopo: le ICA sono una fonte importante di morbilità e mortalità e rappresentano un costo sia in termini di salute che economici. Da qui la necessità adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni. È necessario inoltre, disporre di metodi di sanificazione ambientale idonei a combattere i microorganismi MDR, attraverso l'attivazione di protocolli di sorveglianza e di isolamento ambientale. Lo studio voleva determinare l'efficacia di disinfezione ambientale con soluzione a base di perossido di idrogeno stabilizzato 6% e cationi di argento, in particolare contro i batteri MDR. La micronebulizzazione si distribuisce fino alla completa saturazione dell'ambiente, depositandosi su tutte le superfici.

**METODI**

La prova di efficacia è stata eseguita presso la camera di degenza SC di Malattie Infettive dell'Ospedale Cà Foncello Treviso previa pulizia routinaria. Sono stati inoculati 4 ceppi: Escherichia coli ESBL, Klebsiella pneumoniae KPC, Enterococcus faecalis fenotipo Van A e Staphylococcus aureus meticillino-resistente. Per l'inoculo è stato seguito lo standard McFarland, con la semina di 0.5 McFarland ( $1 \times 10^5$ ). Le piastre sono state dislocate nella camera degenza con superficie di 32 mq, equidistanti tra loro e dalle pareti, previa preparazione della stessa per permettere la saturazione dell'ambiente. Successivamente è stato applicato il metodo di disinfezione ambientale con la micronebulizzazione della soluzione disinfettante, con campionamenti eseguiti a 3-6-24 ore dall'inoculazione.

**RISULTATI**

Il metodo ha abbattuto la carica di tutti i ceppi testati, già a partire dalla terza ora, mantenendo l'efficacia ed impedendo la crescita nei controlli successivi.

**CONCLUSIONI**

Questa prova evidenzia come il metodo di disinfezione ambientale con micro nebulizzazione con soluzione a base di perossido di idrogeno stabilizzato 6% e cationi di argento potrebbe essere utile nella prevenzione di ICA.

*ICA MDR PREVENZIONE MULTIRESISTENTI*

**ID 508**

**STUDIO SULLA PREVALENZA PUNTUALE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN REPARTI DI MEDICINA E CHIRURGIA DI UN OSPEDALE UNIVERSITARIO A ROMA**

A Marani 1; C Napoli 2; S Berdini 3; M Montesano 3; F Ferretti 1; F Di Ninno 1; R Orioli 1; A De Luca 3; L Sommella 3; G Tarsitani 2; GB Orsi 2

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

2 Dipartimento di Medicina Chirurgica e Medicina Traslazionale, "Sapienza" Università di Roma

3 Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma

**INTRODUZIONE**

Abbiamo indagato il trend di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) nei reparti medici e chirurgici dell'ospedale universitario S. Andrea di Roma dal 2007 al 2015.

**METODI**

Studi di prevalenza puntuale sono stati eseguiti ogni anno nei reparti medici e chirurgici. Secondo le definizioni dei CDC, tutte le infezioni con insorgenza >48h dal ricovero sono state definite ICA ed incluse nello studio. Le caratteristiche demografiche, i segni clinici, i microrganismi isolati (per il solo periodo dal 2011 al 2015) e la resistenza agli antibiotici sono stati registrati.

**RISULTATI**

Durante i nove anni di sorveglianza sono stati arruolati 2.840 pazienti. In totale 136 (4.79%) pazienti hanno sviluppato 180 (6.34%) ICA, distribuite come segue: vie respiratorie 35.0%, infezioni del sito chirurgico (ISC) 22.2%, infezioni delle vie urinarie (IVU) 19.4%, setticemie 17.2% ed altre sedi 6.1%. Inoltre sono stati valutati gli episodi infettivi in relazione alle procedure invasive. ISC/pazienti sottoposti a chirurgia 3.99%, IVU/pazienti con catetere urinario 4.17% e setticemia/pazienti con CVC 9.42%. In totale 1.532 pazienti (53.9%) ricevevano un antibiotico al momento dello studio. Tra questi 892 (58.2%) per terapia, 641 (41.8%) per profilassi. Nell'ultimo gruppo, 109 (17.0%) ha eseguito una profilassi extra-short term, 89 (13.9%) una profilassi short term 443 (69.1%) ed una profilassi long term. Durante il periodo 2011-2015 in 71 su 110 (64.5%) episodi di ICA sono stati isolati microrganismi. In totale sono stati isolati 106, i batteri Gram-negativi (63.2%) sono stati isolati più frequentemente dei Gram-positivi (28.3%).

**CONCLUSIONI**

In generale la prevalenza delle ICA nel nostro ospedale risulta comparabile a quella di altri studi simili condotti in Italia ed in altri paesi. Inoltre, lo studio ha fornito dati utili come punto di partenza per ulteriori attività di controllo delle infezioni e per articolare una strategia.

*sorveglianza, infezioni correlate all'assistenza, prevalenza puntuale*

**ID 514**

**CONOSCENZA E PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN UN OSPEDALE DELLA ASL BARI**

V.P. Preziosa 1; A. Mundo 2; S.Mudoni 3; A.Guaccero 3; A.Bozzi 4; C.Germinario 5

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

2 Direzione Medica P.O. Don Tonino Bello – Molfetta (BA) - ASL BARI

3 Direzione Medica P.O. San Paolo (BA)-ASL BARI

4

**INTRODUZIONE**

L'igiene delle mani rappresenta una procedura semplice e molto importante per la sicurezza del paziente. In quest'ottica, la conoscenza degli Operatori Sanitari (OS) sulla pratica e sulla corretta prassi rappresenta un elemento fondamentale per la buona pratica con evidente riduzione del rischio di contrarre un' infezione correlata all'assistenza (ICA).

**METODI**

La Direzione Medica del P.O. Molfetta della ASL-Bari, ha condotto nel mese di aprile 2016, un'indagine conoscitiva sull'igiene delle mani e sulle ICA tra gli OS. Per lo studio è stato utilizzato un questionario standardizzato sviluppato dell'OMS, distribuito a tutte le UU.OO., anonimo ed autosomministrato che includeva 20 items sull'efficacia, sui vari METODI e sulle azioni relative all'igiene delle mani per la prevenzione delle ICA. I questionari sono stati inseriti in un data-base realizzato con software FileMakerPro, per l'elaborazione dei dati è stato utilizzato il software Stata 11.

**RISULTATI**

Hanno aderito allo studio 127(36,7%) OS di cui 24(18,9%) medici, 69 (54,3%) infermieri e 34 (26,8%) tra il personale di comparto. Il 96% ritiene che le mani siano la principale via di trasmissione crociata di germi potenzialmente patogeni tra pazienti e che le ICA presentino un alto impatto sull'esito del ricovero. Solo per il 19% degli OS il tempo di frizionamento con prodotto a base alcolica è pari a 60 sec e la maggior parte non è a conoscenza della disponibilità di tale prodotto nella propria U.O.. Il 92% non ha mai partecipato ad un corso di formazione sull'igiene delle mani.

**CONCLUSIONI**

Dal presente studio sono emerse insufficienti conoscenze, condizione che potrebbe generare procedure assistenziali non corrette, determinando la probabilità di eventi sentinella per il paziente o rischio biologico per gli OS. L'adesione limitata alle pratiche di igiene delle mani e il basso tasso di rispondenza suggeriscono alla Direzione Medica di impegnarsi nella formazione ed informazione del personale.

*Key words:lavaggio delle mani, infezione correlate all'assistenza, operatori sanitari*

**ID 520**

**MORBILLO: CLUSTER EPIDEMICO NOSOCOMIALE NEL SALENTO**

A. Fedele 1; V. Aprile 1; A. Bollino 2

1 Dipartimento di prevenzione a.s.l. Lecce

2 Specialista in formazione universita' degli studi di Bari

**INTRODUZIONE**

Il lavoro descrive un cluster epidemico di M. a trasmissione nosocomiale con criticità di gestionali. 4 casi (1 O.S. contagiato da caso misconosciuto).

**METODI**

Il 23/05/14, bimba di 20gg (caso A) ricoverata per sospetto M. sviluppa malattia conclamata nonostante immunoprofilassi passiva.

L'indagine epidemiologica rileva:

mamma (caso B), ricovero 20/05/14 in U.O.M.I. per M. (errata diagnosi iniziale). Parto il 30 aprile in altro P.O. sede di altro caso di M. (caso C).

Donna gravida (caso C), ricovero in U.O. Ginecologia per mucosite, dopo diagnosi M. trasferita 30 aprile in U.O.M.I. di altro P.O.

Il 12/05/14 una O.S. (caso D), del reparto Ginecologia ove ricoverati casi B e C, ricoverata per M.

Tutte diagnosticate con sierologia e biologia molecolare.

**RISULTATI**

Cluster di morbillo: 2 gravide (32 e 31aa), 1 bimba 20 gg, 1 O.S. (30aa) contagiata da caso indice (C). Nessun caso vaccinato.

S.S. di 48 contatti:

- 27 O.S., sierologia 9/5/14: 26 immuni, 1 suscettibile (caso D, in malattia dal 3 maggio).

- 21 familiari/conoscenti: 16 immuni, 2 vaccinati con 2 dosi, 1 vaccinato riceve 2<sup>a</sup> dose, 2 vaccinati entro 72 ore da esposizione.

All'unico O.S. non vaccinato né immune non fu proposta la vaccinazione post-esposizione con conseguente malattia.

**CONCLUSIONI**

La rarità di M. in adulti, ritarda la diagnosi e l'adozione delle misure di contenimento della malattia.

Ogni O.S. non immune (non ricorda/non avuto M.) è ad alto rischio e deve ricevere proposta attiva di profilassi e/o essere allontanato dal lavoro per tutto il periodo d'incubazione per evitare altre infezioni nosocomiali.

La bassa copertura vaccinale per M. impone di considerare ogni soggetto adulto con sintomi prodromici di M. come caso sospetto. Ciò ha rappresentato una criticità in questo cluster.

Aggiornare i clinici è determinante per la diagnosi precoce ed attività successive.

Si deve sensibilizzare ogni O.S. alla vaccinazione (se non immune) all'atto dell'assunzione e visite periodiche.

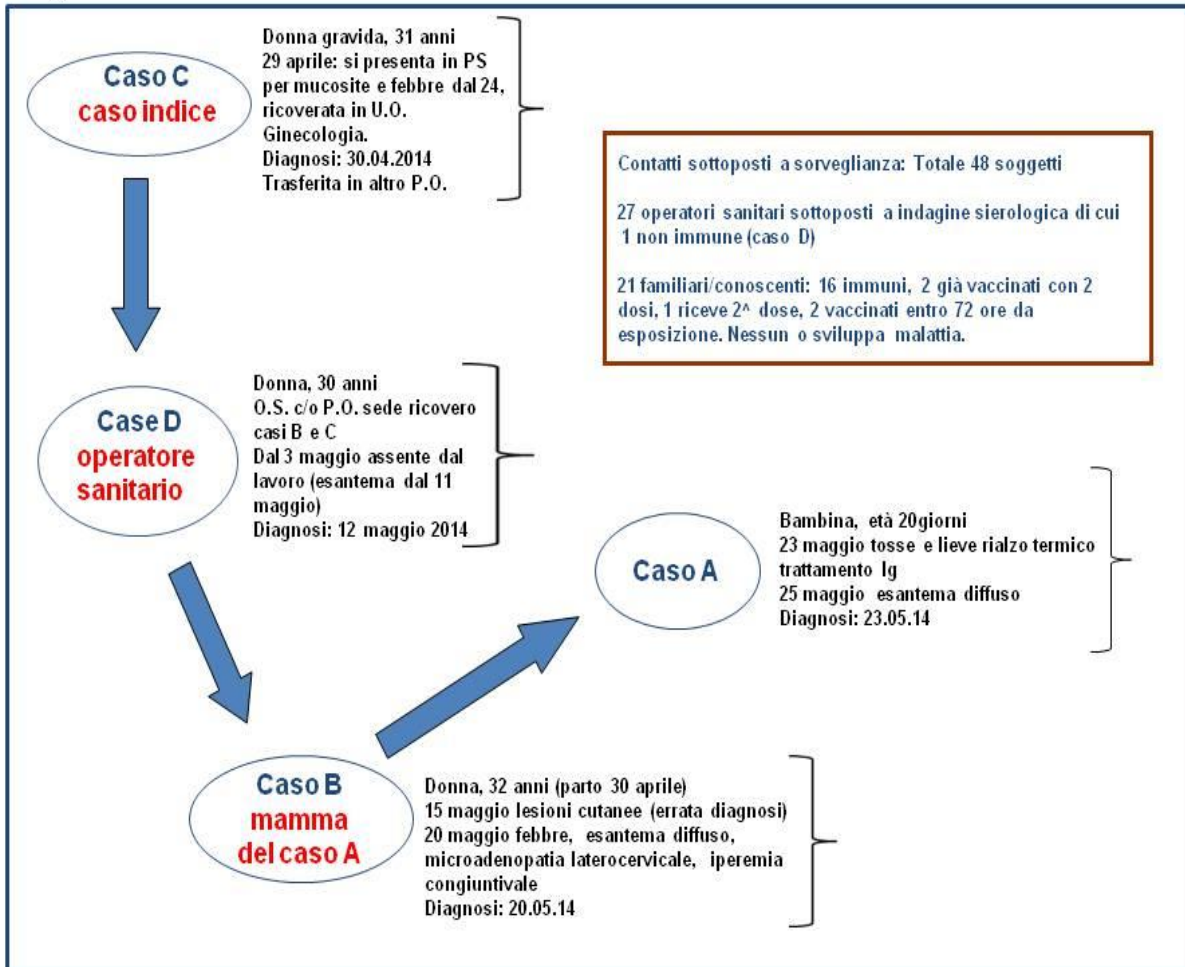
O.S.: Operatore Sanitario

M.: Morbillo

U.O. M.I. P.O.: Unità Operativa Malattie Infettive Presidio Ospedaliero

S.S.: Sorveglianza Sanitaria

Figura 1





**ID 526**

**SVILUPPO DI UN FORMAT DI REPORTING A PARTIRE DA UN SISTEMA DI NOTIFICA ELETTRONICA DI MICROORGANISMI SENTINELLA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI CONTROLLO NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA**

G. Pieve 1; A. Porretta 1; A. D'Ercole 1; S. Barnini 2; P.L. Lopalco 1; G. Privitera 1.

1 UO Igiene ed Epidemiologia Universitaria, AOU Pisana, Pisa

2 UO Microbiologia AOU Pisana

**INTRODUZIONE**

La diffusione di microrganismi multiresistenti agli antibiotici (MRDO) impone lo sviluppo di efficaci sistemi di sorveglianza e segnalazione. Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) è attivo un sistema di alert elettronico a partire dal laboratorio per microrganismi sentinella indirizzato a Unità Operativa (UO), consulente infettivologo, Direzione Sanitaria e Igiene Ospedaliera. Tali informazioni sono clinicamente utili ma assumono una rilevanza ancora maggiore sul piano epidemiologico se analizzate nel loro insieme, permettendo di evidenziare la presenza di cluster che richiedono l'applicazione di misure di controllo della trasmissione.

Obiettivi: sviluppare un format per l'analisi e il reporting delle segnalazioni relative ai pazienti con colonizzazione e/o infezione da MDRO indirizzato alla verifica di efficacia degli interventi di controllo.

**METODI**

Per tre microrganismi di notevole rilevanza epidemiologica e clinica: *K. pneumoniae* produttrice di carbapenemasi (KPC), *A. baumannii* MDR (ACB) e *C. difficile* è stato sviluppato un format di reporting che distingue casi incidenti, prevalenti e segnala i trasferimenti intra/extraospedalieri dei pazienti. All'osservazione di due o più casi settimanali o di un caso isolato in un reparto indenne, l'unità operativa viene visitata per approfondire l'indagine epidemiologica e implementare le azioni di controllo.

**RISULTATI**

L'incidenza osservata di KPC e ACB è rispettivamente 5,1 e 4,9 per 1000 gg di degenza, ed è concentrata principalmente nelle UUOO ad alta intensità assistenziale; nel trimestre luglio-settembre 2016 sono stati registrati due o più casi incidenti in una settimana in 21 UUOO su 80.

**CONCLUSIONI**

Il nuovo sistema di reporting ha accelerato l'identificazione dei cluster infettivi e il monitoraggio dei trasferimenti dei colonizzati/infetti fra reparti e ha permesso l'attuazione tempestiva delle misure di controllo nelle unità operative a maggiore rischio.

*microrganismi multiresistenti; sorveglianza; Klebsiella pneumoniae KPC; Acinetobacter baumannii MDR; Clostridium difficile*

**ID 581**

**INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: ESPERIENZA NELL'AMBITO DI UN TIROCINIO DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA PRESSO L'OSPEDALE PEDIATRICO "ANNA MEYER"**

E. Tiscione 1; D.Paolini 2; A. Sala 3; F. Puggelli 3; KP. Biermann 3; L. Galli 1;3; G. Bonaccorsi 4; P. Bonanni 1; F.Bellini 3

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

2 Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

3 Azienda Ospedaliera Universitaria "Anna Meyer", Fi

**INTRODUZIONE**

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono un elemento fondamentale per la definizione della qualità dell'assistenza. L'AOU Meyer conduce periodicamente uno studio di prevalenza puntuale applicando il protocollo PPS dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) nella versione 4.2 del 2011.

**METODI**

La rilevazione si è svolta dal 21.04. al 22.04.2015 e ha coinvolto tutti i reparti di degenza ordinaria, escluso la neuropsichiatria infantile. Per ogni paziente sono stati registrati i dati relativi al ricovero, i dati anamnestici e clinici inclusa eventuale presenza di device e terapia antibiotica e, nei casi di ICA, il sito d'infezione, la data di insorgenza e i **RISULTATI** delle analisi microbiologiche.

**RISULTATI**

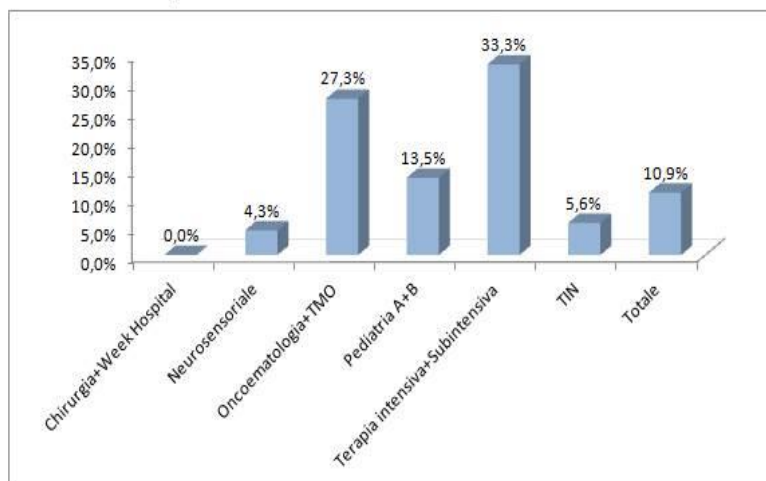
Su 128 bambini arruolati sono state riscontrate 21 infezioni su 18 pazienti con un tasso di prevalenza globale pari a 14.1%. 4 pazienti presentavano ICA all'ingresso per cui il tasso di prevalenza delle infezioni insorte all'interno dell'AOU Meyer risultava del 10.9%. L'ECDC nel 2012 riportava una prevalenza del 6% relativa ai dati di 1149 ospedali in 29 paesi europei. La maggiorparte delle ICA insorte nell'AOU Meyer si sono verificate nelle strutture della Terapia Intensiva/Subintensiva (33,3%). Dei 18 pazienti, 17 erano portatori di almeno un device, 8 hanno subito un intervento minimamente invasivo/non-NHSN e 1 è stato sottoposto ad intervento invasivo/NHSM. 5 pazienti erano affetti da malattia fatale. Il microrganismo più frequentemente isolato è stato *S.epidermidis* (14,3%). Sono stati riscontrati 12 patogeni con resistenze. I pazienti sottoposti a terapia antibiotica sono stati il 54,7%; gli antibiotici più utilizzati sono stati cefalosporine di III generazione (20,9%), penicilline (16,4%) e aminoglicosidi (15,7%).

**CONCLUSIONI**

La rilevazione delle ICA con un protocollo comune permette di inquadrare i dati delle singole strutture nel più generale contesto europeo e di attuare interventi mirati ed efficaci.

*infezioni correlate all'assistenza, prevalenza puntuale, ospedale pediatrico*

**Figura 1. Tassi di prevalenza per dipartimento delle ICA insorte nell'AOU Meyer.**



**ID 600**

**EFFICACIA DI UNA STRATEGIA MULTI-MODALE NELLA RIDUZIONE DELLA CIRCOLAZIONE DI KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE AI CARBAPENEMI NEI REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA DI UN GRANDE OSPEDALE UNIVERSITARIO ITALIANO**

C. Alicino 1; C. Trucchi 1; C. Paganino 1; F. Grammatico 1; A. Talamini 2; A.M. Di Bella 2; V. Daturi 2; D.R. Giacobbe 3; V. Del Bono 3; A. Gratarola 4; P. Pelosi 4; A. Orsi 1,2

1 Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova, Genova

2 Unità Operativa Igiene, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

3 Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

4 Unità Operativa Terapia Intensiva

**INTRODUZIONE**

L'Italia è ormai considerata Paese endemico per le infezioni da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi (Kp-RC) ed è urgente individuare strategie efficaci per ridurre l'impatto a livello ospedaliero, in particolare nei reparti ad alto rischio. Scopo dello studio è valutare gli effetti di una strategia multi-modale di controllo delle infezioni da Kp-RC, comprendente una sorveglianza attiva delle colonizzazioni gastro-intestinali, in termini di riduzione della circolazione di Kp-RC e dell'incidenza di batteriemie da Kp-RC presso le Unità di Terapia Intensiva (UTI) dell'IRCCS AOU San Martino-IST di Genova, ospedale universitario di riferimento per adulti in Liguria con circa 1300 posti letto, di cui 40 nelle UTI.

**METODI**

L'intervento è stato valutato attraverso un'analisi a serie temporali interrotte. I periodi di osservazione sono stati Gennaio 2009-Dicembre 2011 (pre-intervento) e Gennaio 2013-Dicembre 2015 (intervento a regime). Nel 2012 sono state intensificate le misure di controllo delle infezioni, con l'inserimento di screening routinari tramite tampone rettale, raggiungendo un alto livello di aderenza da parte degli operatori. Sono state confrontate le incidenze mensili di prime positività colturali per Kp-RC, sia includendo che escludendo i tamponi rettali, e di batteriemie da Kp-RC.

**RISULTATI**

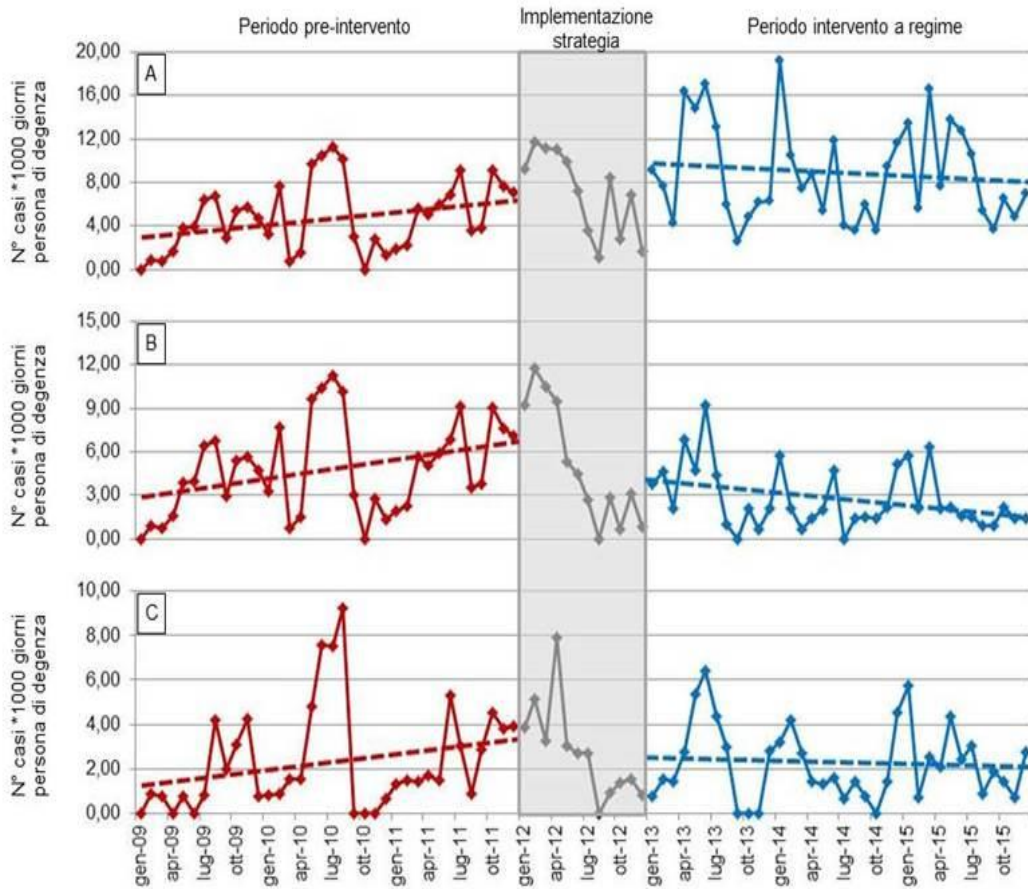
I risultati preliminari mostrano una significativa riduzione dell'incidenza di prime positività colturali per Kp-RC dopo l'implementazione della strategia, sia considerando i tamponi rettali (slope -0,15; p=0,0048) che escludendoli dall'analisi (slope -0,17; p=0,005). È stata osservata una diminuzione anche per l'incidenza di batteriemie da Kp-RC, sebbene non statisticamente significativa (slope -0,08; p=0,11).

**CONCLUSIONI**

L'adozione di una strategia multi-modale comprendente l'esecuzione di screening routinari tramite tampone rettale è risultata efficace nel ridurre la circolazione di Kp-RC presso le UTI dell'IRCCS AOU San Martino-IST di Genova.

*Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi, efficacia, screening, terapia intensiva

Figura. A) Incidenza mensile e linea di tendenza di prime positività colturali per Kp-RC (incluse le colture da tampone rettale); B) incidenza mensile e linea di tendenza di prime positività colturali per Kp-RC (escluse le colture da tampone rettale); C) incidenza mensile e linea di tendenza di batteriemie da Kp-RC, registrate presso le UTI dell'IRCCS AOU San Martino-IST di Genova.



**ID 604**

**STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI PRESSO L'I.R.C.C.S. AOU SAN MARTINO-IST DI GENOVA: UN'ESPERIENZA TRIENNALE**

F. Ansaldi 1,2; C. Alicino 1; L. Sticchi 1,3; V. Faccio1; C. Tinteri 1; A. Battistini 2; D. Bellina 2; B. Guglielmi 2; M. Tomei 2; D.R. Giacobbe 4; C. Viscoli 4; M. Orlando 2; G. Icardi 1,3

1 Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova, Genova

2 Direzione Sanitaria, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

3 Unità Operativa Igiene, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

4 Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, IRCCS AOU Sa

**INTRODUZIONE**

Descrivere il trend della prevalenza di infezioni correlate all'assistenza (ICA), dell'utilizzo di antibiotici e dell'ecologia microbica in ruolo nel determinismo delle ICA, rappresentano strumenti fondamentali per valutare il loro impatto a livello ospedaliero e l'efficacia delle misure adottate per contrastarne la diffusione.

**METODI**

Nel triennio 2014-2016, presso l'IRCCS AOU San Martino-IST di Genova, ospedale universitario di riferimento per adulti in Liguria con circa 1300 posti letto, sono stati condotti tre studi di prevalenza puntuale, secondo il protocollo dell'European Center for Disease Prevention and Control. Gli studi sono stati svolti tra gennaio e febbraio di ciascun anno da team multidisciplinari composti da un medico igienista, un medico infettivologo e un infermiere addetto al controllo delle ICA.

**RISULTATI**

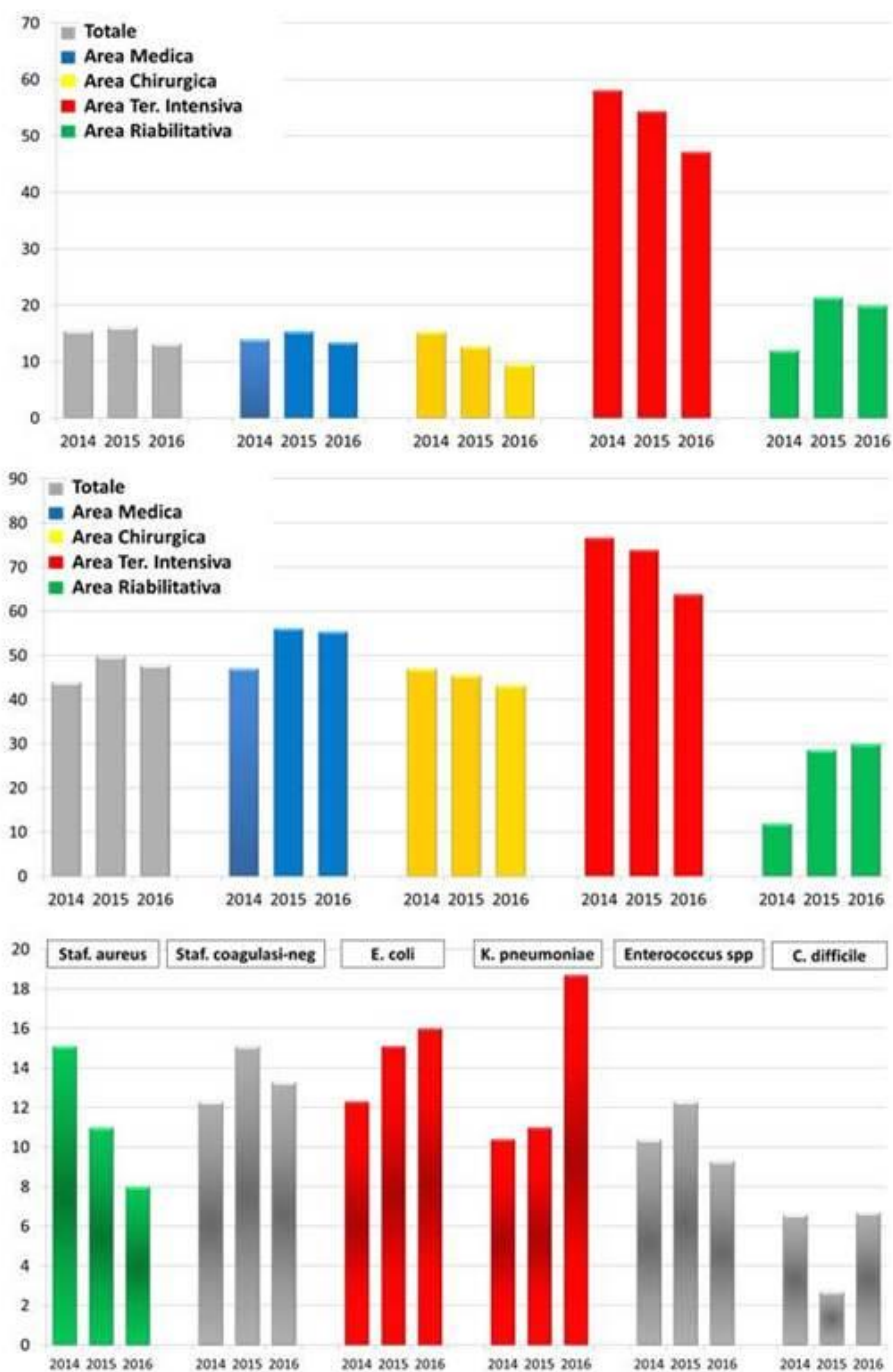
Nel triennio sono stati arruolati complessivamente 2820 pazienti. La prevalenza di ICA è passata dal 15,5% nel 2014 al 13,2% nel 2016. La frequenza di batteriemie è rimasta stabile, mentre le infezioni del sito chirurgico mostrano un trend in diminuzione. Un trend in aumento è stato osservato per le infezioni delle basse vie respiratorie/polmoniti. Il 44% nel 2014 ed il 47,8% nel 2016 dei pazienti risultava in trattamento antibiotico. Per quanto riguarda l'ecologia microbica, è stato registrato un significativo aumento delle infezioni causate da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli*.

**CONCLUSIONI**

Lo studio ha permesso di identificare un trend in diminuzione per quanto riguarda la prevalenza delle ICA presso il principale ospedale ligure. Tale andamento dovrà essere consolidato attraverso appropriati interventi preventivi finalizzati al controllo del rischio infettivo. Per quanto riguarda l'uso di antibiotici, lo studio non ha evidenziato cambiamenti significativi nella prevalenza di pazienti sottoposti a trattamento antibiotico, confermando l'elevato utilizzo di questi farmaci registrato in altre esperienze nazionali.

*Infezioni correlate all'assistenza, uso di antibiotici, prevalenza, epidemiologia*

Figura. A) Prevalenza (%) di infezioni correlate all'assistenza; B) prevalenza (%) dell'uso di antibiotici; C) microrganismi più frequentemente isolati (proporzione %), presso l'IRCCS AOU San Martino-IST Genova, periodo 2014-2016



**ID 614**

**STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (HAI) E DELL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI DELL'ASL NA 3 SUD**

R.Santarpia 1; A. Pedozzi 2; A. Castaniere 3; G. Norma 1; L. Caccaviello 4; M.T. Tripodi 3

1 OO.RR. Area Stabiese

2 Distretto Sanitario di Portici

3 OO.RR. Area Nolana

4 OO.RR. Penisola Sorrentina - ASL Napoli 3 Sud

**INTRODUZIONE**

Le HAI costituiscono un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico che hanno un elevato impatto sui costi sanitari e sono indicatori della qualità del servizio offerto ai pazienti.

Gli obiettivi dello studio sono:

1. Stimare la prevalenza delle HAI e dell'uso di antibiotici negli ospedali per acuti della Campania, operando il confronto con le dimensioni del fenomeno in Italia ed Europa;
2. Descrivere i pazienti sorvegliati e le procedure invasive a cui sono sottoposti, nonché in particolare: le HAI che si manifestano (siti, microrganismi coinvolti inclusi i profili di resistenza antibiotica, etc.); gli antibiotici prescritti (principi attivi, indicazioni d'uso, etc.);
3. Diffondere i **RISULTATI** e fornire agli ospedali uno strumento standardizzato per valutare il rischio infettivo a cui sono esposti i propri pazienti ed intraprendere azioni di prevenzione adeguate.

**METODI**

Per poter stimare l'impatto complessivo delle ICA e dell'uso di antibiotici in Europa, l'ECDC ha proposto uno studio europeo di prevalenza puntuale, basato su una metodologia standardizzata. Il periodo di riferimento è stato lo stesso in tutta la Regione Campania (15 - 30 ottobre). Nei reparti partecipanti dovevano essere inclusi tutti i pazienti presenti in reparto alle ore 8 del mattino escludendo i ricoveri in day hospital. I dati rilevati sono relativi alla struttura, alla tipologia di paziente, ai fattori di rischio, alla manifestazione di ICA, all'uso di antibiotici.

**RISULTATI**

In tabelle allegate.

**CONCLUSIONI**

La prevalenza delle ICA nei P.O. aziendali è stata del 3,42%, in Regione Campania 4,67% ed in Italia 6,30%. Ciò fa propendere per una tendenza all'abuso di antibiotici, che a breve termine contribuisce al lieve contenimento delle ICA, ma può scaturirne una mancata cura dell'applicazione delle misure di precauzione di tipo assistenziale e contribuire ad un aumento dell'antibiotico-resistenza.

ICA, HAI





*Lo Studio di Prevalenza ha riscontrato:*  
*Infezioni delle vie urinarie. 2*  
*Polmoniti e vie respiratorie. 3*  
*Infezioni del sito chirurgico. 2*  
*Infezioni app. gastrointestinale. 1*

|                            | Totale Pazienti | Pazienti in trattamento |        | Antibiotici assunti | Antibiotici per Paziente |
|----------------------------|-----------------|-------------------------|--------|---------------------|--------------------------|
| Regione Campania           | 5843            | 2797                    | 47,9%  | 3604                | 1,3                      |
| OO.RR. Area Nolana         | 113             | 47                      | 41,59% | 57                  | 1,2                      |
| OO.RR. Area Stabiese       | 170             | 76                      | 44,7%  | 95                  | 1,25                     |
| OO.RR. Area Vesuviana      | 117             | 55                      | 47%    | 75                  | 1,36                     |
| OO.RR. Penisola Sorrentina | 90              | 49                      | 54,44% | 62                  | 1,26                     |



POSTER - INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E ANTOBIOTICORESISTENZA

**ID 618**

**LA SORVEGLIANZA DELLE BATTERIEMIE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) IN ITALIA, 2013-2016**

P. Pezzotti 1; S. Iacchini 1; M. Sabbatucci 1,4; F.P. D'Ancona 2 e 3; S. Iannazzo 3; C. Farfusola 3; A.M. Marella 1; V. Bizzotti 1; A. Pantosti 1

1 Dipartimento di Malattie Infettive, Immunomediate e Parassitarie, Istituto Superiore di Sanità, Roma  
 2 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

3 Ministero della Salute, Roma

4 Europea

**INTRODUZIONE**

Le infezioni batteriche resistenti agli antibiotici costituiscono una minaccia in Italia e nel mondo; la resistenza ai carbapenemi è una delle più preoccupanti in Italia per frequenza ben al di sopra delle medie europee. Nel 2013 il Ministero della Salute ha emanato una circolare per la sorveglianza e il controllo delle batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE). Presentiamo per la prima volta i **RISULTATI** relativi alle notifiche nel periodo 2013-2016.

**METODI**

Le schede di notifica trasmesse all'Istituto Superiore di Sanità via email o fax sono state inserite in un database Microsoft Access ed elaborate con STATA.

## RISULTATI

Dal 1/4/2013 al 31/7/2016 sono stati diagnosticati e notificati 5331 casi di batteriemia da CPE da 19 regioni/PP.AA. La maggior parte dei casi sono stati segnalati da strutture del Nord Italia (52%). La regione con più notifiche è il Lazio (18%), mentre il Molise non ha riportato casi. L'incidenza nazionale per 2014 e 2015 è rispettivamente di 2,5 casi e 3,1 casi per 100.000 abitanti.

All'insorgenza dei sintomi, l'88% dei pazienti si trovava in una struttura ospedaliera, soprattutto nei reparti di terapia intensiva e medicina generale. Nei restanti casi si trovavano a domicilio (9,3%) o in strutture residenziali (2,7%). La batteriemia risultava primitiva nel 18%, da catetere venoso centrale/periferico nel 22% e da infezione delle vie urinarie nel 19%.

Il 96% dei pazienti era di nazionalità italiana, il 62% di sesso maschile, l'età media è di 65 anni (range 0-101). *Klebsiella pneumoniae* è risultato responsabile nel 98.4% dei casi, mentre *Escherichia coli* del restante 1,6%.

## CONCLUSIONI

L'Italia è uno dei pochi paesi europei, insieme alla Grecia, endemici per CPE. L'elevata variabilità nel numero delle notifiche tra le regioni italiane potrebbe essere dovuta a sottonotifica, piuttosto che ad una reale differenza nella distribuzione sul territorio. E' necessario continuare gli sforzi per il controllo delle CPE.

*Resistenza ai carbapenemi, Klebsiella Pneumoniae, Batteriemie, Sorveglianza*

**ID 629**

**MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE INTRAOSPEDALIERA DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

A. Marinaro Manduca 1; E. Bruno 1; P. Magni 1; R. Olivieri 1; M. Gaudio 1; S. D'Aguanno 2  
1 Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata - Roma Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri  
2 Università La Sapienza Istituto di Igiene e Medicina Preventiva Roma

**INTRODUZIONE**

L'infezione da Clostridium difficile rappresenta ad oggi la più frequente causa di diarrea in ambito nosocomiale. L'esposizione recente alla terapia antibiotica, soprattutto se da chinolonici o cefalosporine, rappresenta un importante fattore di rischio per sviluppare una colite da C. difficile.

**METODI**

Nella nostra AO si è ritenuto opportuno identificare un percorso diagnostico sostenibile nelle diverse UU.OO di degenza ed attivare un sistema di sorveglianza basato sui dati di laboratorio e sullo studio degli eventi epidemici. A tale scopo abbiamo delineato un modello organizzativo aziendale che ha previsto:

1. Elaborazione di un protocollo Aziendale per la sorveglianza attiva dei casi di Clostridium difficile;
2. Elaborazione di un protocollo Assistenziale per il controllo e la prevenzione della diffusione intraospedaliera del C difficile;
3. Formazione continua degli operatori sanitari e del personale operante nell'interno dell'AO a vario titolo (dal 2015);
4. Costituzione di un Team dedicato (da Giugno 2016) composto da personale infermieristico della DMPO e dal consulente infettivologo per la diagnosi e la prescrizione della terapia antibiotica, nell'ottica di una maggiore appropriatezza della stessa.

**RISULTATI**

L'incidenza globale dei casi di colite da C. difficile, espressa in 10.000 giorni-paziente, è stata 2.68 (I.C. 95% 2.67-2.70) per l'anno 2013, 3.11 (I.C. 95% 3.10-3.15) per l'anno 2014, 4.9 (I.C. 95% 4.9-5.0) per l'anno 2015.

**CONCLUSIONI**

Il sistema di sorveglianza implementato dal 2013 ha permesso l'identificazione capillare di ogni singolo nuovo caso o recidiva di colite da C. difficile. E' quindi emerso, grazie a questo sistema virtuoso, un aumento dell'incidenza nei casi, portando alla nostra attenzione un problema sommerso, del quale non si aveva la reale conoscenza. Il nostro obiettivo prioritario per il futuro è la riduzione della diffusione intraospedaliera delle coliti da C. difficile con interventi correttivi mirati.

*Clostridium difficile; sistema sorveglianza; appropriatezza prescrittiva*

**ID 740**

**EPIDEMIOLOGIA E PATTERN DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA IN MICRORGANISMI GRAM NEGATIVI CIRCOLANTI NELLA REGIONE MARCHE**

P. Barbadoro; E. Martini; M.G. Gioia ; R. Stoico ; E. Manso; S. Savini; E. Prospero; M.M. D'Errico & MICA-NET WCG

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

2 SOD Igiene Ospedaliera, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

3 SOS Microbiologia, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

**INTRODUZIONE**

L'antibiotico-resistenza è uno dei nodi più attuali in Sanità Pubblica, tale da indurre istituzioni internazionali a lanciare un serio allarme e definire strategie di monitoraggio ed intervento congiunte. Il sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza nella Regione Marche (MICA-Net), al quale partecipano gli ospedali per acuti e le maggiori istituzioni che erogano cure intermedie, raccoglie e analizza i dati relativamente a specie batteriche di rilevanza per la sanità pubblica. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'epidemiologia della resistenza agli antibiotici in isolati di microrganismi gram negativi circolanti nella Regione Marche.

**METODI**

Sono stati analizzati i dati afferenti al sistema MICA-NET, con particolare riguardo alla circolazione di resistenze in *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae*. I livelli di non suscettibilità a singole molecole e pattern di antibiotico-resistenza multipli sono stati analizzati nei diversi siti di prelievo (emocultura, vie respiratorie, urine, cute, altro).

**RISULTATI**

Cepi di *Escherichia coli* inclusi nella analisi hanno mostrato pattern di resistenza alle beta-lattamasi ad ampio spettro in oltre il 35% dei casi (N=7359), con emergenza contestuale di mancata suscettibilità ai carbapenemi in circa l'1% dei casi. *Klebsiella pneumoniae* è risultata resistente alle cefalosporine di terza generazione in oltre il 65% dei casi, e con ridotta suscettibilità ai carbapenemi nel 38% dei casi (N=1876).

**CONCLUSIONI**

La sorveglianza MICA-Net ha messo in evidenza come l'antibiotico-resistenza rappresenti un problema di sanità pubblica nella Regione, anche se di diversa entità in diverse strutture e siti di isolamento. Ulteriori sviluppi dell'intervento prevedono la attivazione del monitoraggio dell'utilizzo di antibiotici con l'obiettivo di un appropriato management e l'utilizzo di metodi che molecolari utili a valutare la circolazione di elementi mobili di antibiotico-resistenza.

*Sorveglianza; antibiotico-resistenza; controllo delle infezioni*

**ID 747**

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PREVENZIONE STANDARD E SPECIFICA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA AMBULATORIALE (ICA)**

A. Valle; E. Mirabelli

*Poliambulatorio Gabriella De Maio, Rende (CS)*

Il rischio per pazienti ed operatori sanitari di contrarre un'infezione in ambito assistenziale (ica), ospedaliero o in altra struttura territoriale, durante una procedura assistenziale o in ambito lavorativo ha rilevanza in ragione delle dimensioni del problema per l'impatto clinico ed economico, sia di natura assistenziale che legato a contenzioso, dell'entità del rischio (variabile in rapporto ai servizi forniti e alla popolazione servita), della complessità dei determinanti (alcuni dei quali modificabili adottando precauzioni standard e specifiche es. terapia antibiotica inappropriata, carenze della struttura impiantistica, carenze di risorse umane/tecnologiche, procedure assistenziali inadeguate), del trend epidemico in aumento (per aumento della complessità delle cure, per l'aumentata sopravvivenza e conseguente aumento delle criticità dei pazienti, per l'ampliamento della rete dei servizi assistenziali).

La prevenzione delle ica deve essere incentivata perché contribuisce a ridurre sensibilmente la spesa sanitaria ed è possibile gestirne il rischio clinico applicando con costanza misure di controllo e sistemi di sorveglianza attiva e adottando precauzioni standard e specifiche per malattie infettive e procedure assistenziali efficaci a ridurre il rischio infettivo.

**ID 019**

**ANDAMENTO DELL'ADESIONE AGLI SCREENING ONCOLOGICI IN ABRUZZO NEL PERIODO 2012-2015**

I. Porfilio 1; G. Di Martino 1; T. Garzarella 1; V. Videlei 1; I. Zecca 1; P. Di Giovanni 2; T. Staniscia 1; F.S. Schioppa 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

2 Dipartimento di Farmacia, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

**INTRODUZIONE**

Il cancro del colon-retto, della mammella e della cervice uterina sono tra i principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. Al fine di ridurre la mortalità, il Ministero della Salute ha pianificato dei programmi di screening estesi al territorio nazionale (legge n.138/04 ed Intesa Stato-Regioni del 23/03/05). Questo studio ha l'obiettivo di valutare l'adesione della popolazione abruzzese ai tre screening oncologici tradizionali nel periodo 2012-15.

**METODI**

È stata valutata l'adesione ai programmi di screening analizzando i dati relativi al test di sangue occulto nelle feci (SOF), alla mammografia (MG) e al Pap-test (PT) forniti dall'Agenzia Sanitaria Regionale per il periodo 2012-2015.

**RISULTATI**

Nel periodo in esame si è registrato in generale un aumento dell'adesione ai programmi di screening. Si è passati, infatti, dallo 0,1% al 18,2% per SOF, dal 4,4% al 51,4% per MG e dal 30,9% al 50,1% per PT. Andando a stratificare i dati per ASL di appartenenza, si è visto che nella ASL1 - Avezzano Sulmona L'Aquila si sono riscontrate le percentuali di adesione più basse (nel biennio 2012/13 non erano stati attivati SOF e MG) mentre nelle restanti ASL (ASL2 - Lanciano Vasto Chieti, ASL 3 - Pescara e ASL 4 - Teramo), si è registrato un incremento di adesione a tutti e tre i programmi di screening; in particolare, nella ASL2 e nella ASL4 si è osservato un importante aumento nell'adesione alla MG (rispettivamente, dal 10,1% al 67,2% e dal 6,8% al 65%).

**CONCLUSIONI**

Considerando i tre programmi di screening, si può evidenziare complessivamente un trend in crescita, anche se va, comunque, sottolineato che quello per il cancro del colon-retto risulta avere le percentuali di adesione più basse. È importante continuare ad implementare le campagne di sensibilizzazione per aumentare le percentuali di copertura per gli screening soprattutto per quelli che hanno percentuali inferiori agli standard fissati dal Ministero.

**ID 054**

**NETWORK POTENTIAL IN A CASE-STUDY OF PNH , AN HEMATOLOGIC RARE DISEASE**

F. Rubba 1; A. Risitano 2; S. Fecarotta 3; M. Raia 4; D. Chivone 1; N. Grimaldi 1; M. Triassi 1; L. Del Vecchio 4

1 Public Health department, Federico II University

2 Experimental Clinical Medicine Department Haematology Unit, Federico II University Hospital

3 Rare Disease Committee, Federico II University Hospital

4 CEINGE -Biotecnologie Avanzate; Federico II Unive

Rare diseases often are diagnosed hardly and with great delay. Authors evaluated network modeling at biological and at organizational level, focusing on Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria in Regional Excellence Center and investigating end-points connected with efficiency and efficacy. The directive 2011/24/EU provide a legal regulatory asset within the European Union (EU) to facilitate networking modeling. Article 12 defines how the European Commission can support the Member States in the establishment of European Reference Network (ERN), passing an assessment process based on the regulatory criteria . A network ERN is designed to connect health care providers and centers of expertise built for the purpose of ameliorating access to appropriate pathways of diagnosis, treatment and high-quality healthcare. Further, ERNs is aimed to promote expertise and support sponsorship in order to make efficacious healthcare closer to Organizational networks reveal empirical application as the Rapcare project aimed to handle crucial steps in PNH pathway.

Rapcare Flow Cytometry screening compared to standard ones allows an advantage of 200 minutes gained per ten test series and a better's retrieval of clones as compared with other organizational scenarios with an equivalent efficiency evaluated as "N of Clones/ total test cost per year" The waste on total test is low as from NNS, particularly when compared to the reduction in time delayed for diagnosis.

This approach may be able to progress from classic assessments centered on florid cases toward a balanced screening design, able to guarantee a diagnostic enrichment for a rare condition.



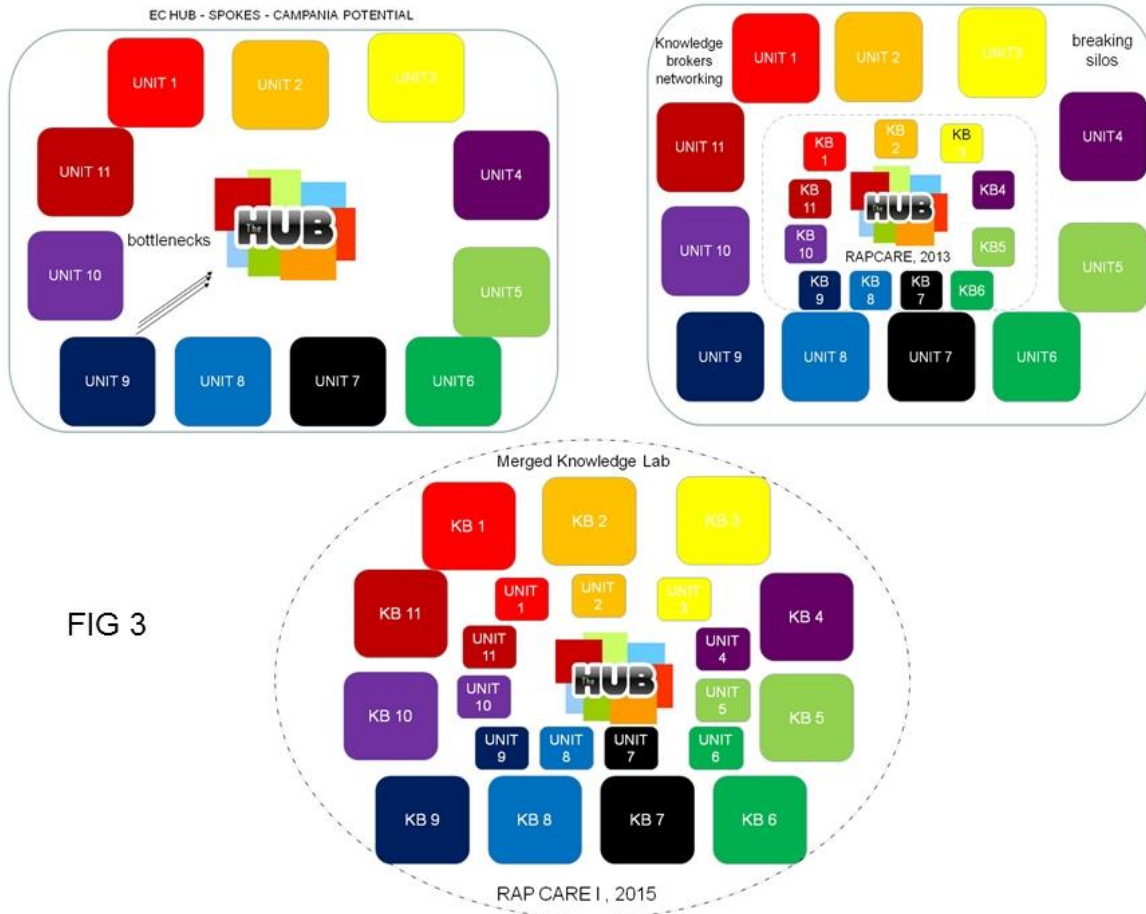


FIG 3

**ID 116**

**LA PREVENZIONE DERMATOLOGICA SUL TERRITORIO: L'ESPERIENZA DELL'ASP DI POTENZA**

A. Romaniello

*Distretto della Salute di Villa d'Agri, ASP, Potenza*

**INTRODUZIONE**

Il lavoro illustra un progetto di prevenzione dermatologica primaria e secondaria attuato in ambito distrettuale. Esso si basa su alcune evidenze epidemiologiche quali: l'aumento dell'incidenza delle neoplasie cutanee per fattori ambientali e per una maggiore abitudine all'esposizione alle radiazioni U.V., l'estrema severità prognostica dei melanomi non diagnosticati precocemente, la relativa semplicità della prevenzione primaria e di quella secondaria effettuata mediante visita specialistica dermatologica con l'ausilio di un dermatoscopio portatile.

**METODI**

E' stata svolta attività di prevenzione dermatologica, mediante visita specialistica in ambulatori territoriali ed educazione sanitaria (importanza di una corretta fotoesposizione, e di un idoneo utilizzo dei mezzi di protezione dai raggi UV) sulla popolazione scolastica e con l'adesione alla manifestazione Euromelanoma Day.

**RISULTATI**

Nel periodo tra maggio 2007 e giugno 2016 sono state effettuate 2891 visite dermatologiche in 5 ambulatori siti sul territorio, 12 interventi di educazione sanitaria, nelle scuole primarie, per una idonea fotoesposizione e 3 partecipazioni ad Euromelanoma Day. Sono stati diagnosticati 6 melanomi e 43 basaliomi.

**CONCLUSIONI**

Il progetto ha evidenziato l'utilità di coniugare la prevenzione primaria, (educazione sanitaria ad una corretta esposizione al sole), con quella secondaria (screening dermatologico ed educazione sanitaria del singolo paziente). In tutti i casi la diagnosi precoce si è dimostrata risolutiva in quanto ha consentito il trattamento chirurgico precoce delle neoplasie cutanee. Lo screening ha consentito di individuare e trattare, con terapia topica farmacologica, la cheratosi attinica, precancerosi molto comune, presente nel 54% dei soggetti di età superiore ai 60 anni partecipanti del nostro studio evitandone la progressione in carcinoma spinocellulare. Il lavoro ha dimostrato i benefici della prevenzione anche in campo oncodermatologico.

**ID 121**

**L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO NEL MANAGEMENT DELLE LESIONI NEOPLASTICHE DELLA CERVICE UTERINA: PROPOSTA DI MODELLO OPERATIVO PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELL'AREA FLEGREA**

C. Vitrone 1; M.V. Diana; M. Triassi 3

1 *Stabilimento Ospedaliero San Paolo - ASL Napoli 1 Centro, Napoli*

2 *Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli*

3 *Dipartimento di Sanità Pubblica AUO Federico II, Napoli*

**INTRODUZIONE**

Il corretto management delle lesioni neoplastiche della cervice uterina richiede una complessa "azione di rete", capace di garantire la presa in carico globale delle pazienti mediante la realizzazione di efficaci collaborazioni tra le diverse professionalità coinvolte nell'iter assistenziale. Per tale ragione, scopo del lavoro è stato quello di proporre un percorso integrato ospedale-territorio per la gestione delle lesioni neoplastiche cervicali nella realtà territoriale dell'area Flegrea, afferente all'Asl Na1 Centro ed attualmente priva di un percorso di distretto.

**METODI**

Il progetto prevede otto fasi: costituzione del gruppo di lavoro; analisi di normativa e letteratura scientifica; redazione del percorso sperimentale da parte del gruppo di lavoro; condivisione del percorso con il personale interessato; applicazione sperimentale del percorso per 1 anno; analisi degli indicatori di processo e di esito individuati; correzione delle criticità emerse; validazione del percorso.

**RISULTATI**

Il percorso proposto in base alle indicazioni ministeriali e del GISCI si articola in tre fasi: lo screening di popolazione, effettuato con reclutamento attivo della popolazione target da parte dei MMG; il management di II livello delle lesioni sospette, con invio dei campioni ai servizi di anatomia patologica degli Ospedali Incurabili e Pellegrini ed esecuzione di colposcopia e biopsia presso l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale San Paolo; il management di III livello delle lesioni neoplastiche (DTC, laserterapia, conizzazione) presso la medesima struttura. Il percorso è in fase di applicazione sperimentale dal gennaio 2016.

**CONCLUSIONI**

Il percorso proposto si ispira ad una "visione d'insieme" dell'assistenza in cui le diverse competenze e professionalità si integrano appieno e la "donna" e non la "paziente" si sente "accompagnata" e non "gestita" in un iter difficile, ma in grado di assicurare risposte adeguate al suo bisogno di salute.

**ID 174**

**MIGLIORAMENTO DELL'ESTENSIONE NEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI DELL'AZIENDA ULSS N. 7 – REGIONE DEL VENETO**

A. Grillo 1; E. Zaccaron 1; S.Cinquetti 2

1 Centrale Organizzativa Screening - Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Azienda ULSS 7 del Veneto;

2 Dipartimento di Prevenzione - Azienda ULSS 7 del Veneto

**INTRODUZIONE**

L'estensione corretta è uno dei principali indicatori di qualità dei programmi di screening, in quanto rappresenta la capacità di invitare tutta la popolazione target, nei tempi previsti.

**METODI**

Per raggiungere l'obiettivo sono implementati: anagrafica aggiornata con integrazione tra Anagrafica Unica Regionale e Software Gestionale di Screening (SWR); verifica degli inviti inesitati tramite contatto telefonico con l'utente e collaborazione con gli Uffici Anagrafe; pianificazione annuale degli inviti che comprende: identificazione della popolazione eleggibile mediante SWR, organizzazione di sedi, personale e strumenti, con un continuo raccordo tra servizi aziendali ed extra-aziendali; revisione periodica in itinere della pianificazione degli inviti e dell'assetto organizzativo; invito attivo a tutta la popolazione target che comprende residenti assistiti, non assistiti e domiciliati nel territorio dell'ULSS 7; tempestivo inserimento delle esclusioni temporanee o definitive attraverso importazione, registrazione e/o integrazione dei flussi informativi aziendali e regionali (prestazioni specialistiche e schede di dimissione ospedaliera) o mediante raccolta delle informazioni ottenute direttamente dagli utenti o dai Medici di Medicina Generale. L'acquisizione delle informazioni è facilitata da un'ampia fascia oraria di apertura del front-office telefonico, in aggiunta alla possibilità di inviare mail o lasciare messaggi nella segreteria 24 ore su 24.

**RISULTATI**

L'estensione corretta su base annuale del programma di screening dell' ULSS 7 viene rilevata attraverso i dati inseriti nell'SWR. Si rappresentano in Figura 1 i RISULTATI della migliore estensione corretta regionale ottenuta nei tre programmi di screening oncologici dell'ULSS 7, riferita all'anno 2015.

**CONCLUSIONI**

Il lavoro costante e accurato, unito a un monitoraggio continuo di ciascuna fase del processo, ha permesso di raggiungere e mantenere RISULTATI d'eccellenza.

**ID 206**

**PROGETTO CCM 2013 "PROGRAMMA ORGANIZZATO DI SCREENING DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE FINALIZZATO ALLA PREVENZIONE ATTIVA NEI SOGGETTI 50ENNI" - CARDIO 50" L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA. "PROGETTO REALIZZATO CON IL SUPPORTO FINANZIARIO DEL MINISTER**

M. Colonna M 1; S. Nascetti 1; V. Bassi 2; S. Busi 2; J. Mazza 2; M. Padovan 2; C. Rizzoli 3; R. Ziosi 2; F. Francia 1

1 Medici Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Bologna;

2 Assistenti Sanitarie Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Bologna

3 Dietista Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Bologna

Le Malattie Cardiovascolari (MCV) rappresentano in Europa la principale causa di morte nei soggetti con un'età <65 anni; la percezione collettiva del rischio di MCV è però scarsa così come l'informazione sui fattori predisponenti. Questo progetto ha proposto uno screening cardiovascolare su popolazione sana nella coorte dei 50enni, gestito dai Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) e attuato tramite la figura dell'Assistente Sanitario, ai fini di indirizzare soggetti selezionati a percorsi di prevenzione e diagnostico-terapeutici appropriati in accordo con i Medici di Medicina Generale (MMG). Tale fascia di età è stata individuata poiché rappresenta un momento particolare della vita in cui si riscontra maggior sensibilità e disponibilità al cambiamento.

L'AUSL di Bologna tra 2015 e 2016 ha invitato circa 3700 soggetti nati nel 1964, presso gli ambulatori del DSP e li ha sottoposti alla visita di screening (peso, altezza, girovita, pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia) e alla valutazione dello stile di vita (fumo, alimentazione, attività fisica). Il 53% dei soggetti ha aderito, di questi il 68% presentava uno stile di vita non adeguato, il 28% anche fattori di rischio (FR) misconosciuti (ipertensione/iperglicemia/ipercolesterolemia). E' stato attuato un intervento preventivo attraverso la consegna di materiali informativi, il counselling individuale, la facilitazione a partecipare ad "occasioni di salute" disponibili nella comunità locale e nei Servizi dell'AUSL; i soggetti con FR sono stati inviati al MMG.

I cittadini hanno apprezzato l'iniziativa, molti 50enni non erano consapevoli del loro profilo di rischio cardiovascolare e si sono dimostrati interessati ad avviare percorsi di prevenzione e, ove necessario, di cura con i MMG.

Questi risultati sottolineano l'importanza di un'assistenza integrata tra i diversi livelli assistenziali per la prevenzione delle MCV e l'efficacia dello screening per individuare i FR e motivare il cambiamento degli stili di vita.

*screening, rischio cardiovascolare, modello di buona pratica*

**ID 225**

**LO SCREENING DELLA CERVICE UTERINA IN PROVINCIA DI SALERNO VISTO DA "PASSI".**

M.G. Panico; A. D'Anna; C. Ronga; I.M. Guida  
Servizio Epidemiologia ASL Salerno

**INTRODUZIONE**

Uno dei principali obiettivi della medicina è diagnosticare una malattia il più precocemente possibile. Identificare, attraverso i programmi di screening, una malattia prima che si manifesti clinicamente può in alcuni casi salvare la vita, come è stato dimostrato, per esempio, per i tumori della cervice uterina.

**OBIETTIVI**

Stimare nella popolazione femminile della provincia di Salerno, di età compresa tra i 25 e i 64 anni, la prevalenza di donne che hanno effettuato il pap-test nello screening organizzato nel periodo 2008-2014.

**METODI**

I dati sono stati rilevati dal Sistema di Sorveglianza Passi. La popolazione in studio è costituita dalle donne di 25-64 anni, iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL Salerno.

**RISULTATI**

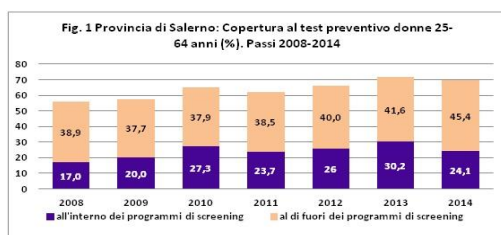
Sulla base dei dati di Passi si stima che nel periodo 2008-2014 in provincia di Salerno circa 2 donne su tre (64%) abbiano eseguito un pap-test preventivo nel corso degli ultimi 3 anni.

La copertura è in crescita sia per la quota di donne che ha effettuato l'esame all'interno del programma di screening organizzato sia per la quota che lo ha eseguito al di fuori (Fig. 1); una lieve flessione si osserva nel 2011 e nel 2014. Le donne coniugate e con più di 34 anni di età hanno effettuato il test in percentuale maggiore rispetto alle nubili e a quelle di 25-34 anni di età.

Infine, solo una donna su due (53%) nel periodo 2011-2014 ha ricevuto la lettera di invito dell'ASL e il 59% ha ricevuto il consiglio di un operatore sanitario ad effettuare tale esame; il 65% non è stata raggiunta da nessun intervento.

**CONCLUSIONI**

In provincia di Salerno la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (64%) non raggiunge i valori consigliati: appare necessaria un'attenta rivalutazione delle modalità organizzative e di promozione dello screening organizzato.



**ID 232**

**TECNOLOGIA E PREVENZIONE NELL'ERA DELLA MOBILE HEALTH: QUALI APPLICAZIONI PER GLI SCREENING ONCOLOGICI?**

F. Bert; M.R. Gualano; S. Clemente; G. Villa; R. Siliquini

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

**INTRODUZIONE**

Gli smartphone e le loro applicazioni potrebbero essere uno strumento per comunicare con la popolazione e raggiungere una maggiore adesione agli screening oncologici, attualmente inferiore alle aspettative. L'obiettivo dello studio è fornire una panoramica delle caratteristiche, funzioni e potenzialità delle applicazioni finalizzate alla prevenzione secondaria dei tumori.

**METODI**

A Febbraio 2016 abbiamo effettuato la ricerca, attraverso parole-chiave, delle applicazioni esistenti sugli store online. Sono state individuate 32 applicazioni rispondenti ai criteri di inclusione, analizzate secondo una griglia di lettura.

**RISULTATI**

Le patologie oggetto dello screening supportato dalle app sono: cancro della mammella (13/32), cervice uterina (4/32), colon-retto (1/32). Esistono poi applicazioni dedicate a tumori per i quali lo screening non è previsto in Italia (melanomi, carcinoma della prostata e carcinoma epatocellulare). Le funzionalità più frequenti sono: - fornire informazioni sulle patologie (22/32), - calcolatori di rischio (10/32), - promemoria per visite ed esami (7/32). Meno frequenti sono le funzioni più interattive, come: - gestire appuntamenti online (3/32), - richiesta di pareri ad esperti (3/32), e - l'archiviazione di dati (2/32). Solo un'app ha una certificazione che testimonia la validità e l'evidenza scientifica dei contenuti (marchio CE).

**CONCLUSIONI**

I risultati suggeriscono ampie potenzialità di sviluppo e utilizzo delle app per la prevenzione secondaria. Tali strumenti sono utili per: - facilitare l'accesso ai programmi di prevenzione, - ridurre alcuni costi, - rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. La diffusione di questi strumenti non è priva di svantaggi: - il divario linguistico e tecnologico, con le conseguenti disegualianze di accesso; - l'uso delle app non rientra nelle strategie di prevenzione, - manca il controllo della validità scientifica dei contenuti - è concreto il rischio di perdere la riservatezza dei dati.

*e-health; tumori; screening; smartphones*

**ID 258**

**CONTROLLO E ANALISI DELLE PRINCIPALI CAUSE DEGLI INVITI INESITATI PER I TRE PROGRAMMI DI SCREENING DELLA ASL ROMA2 (EX RMB) NEL PERIODO GIUGNO-LUGLIO 2016 IN SEGUITO ALLE RACCOMADAZIONI DEL PIANO DELLA PREVENZIONE 2014-2018 DELLA REGIONE LAZIO**

C. Grecuccio 1; A. Capanna 1; F. Mancini 2; F. Odoardi 2; L. D'Amato 2; M. Mangia 2.

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

2 UOC Programmi di prevenzione e screening, ASL Roma2 (ex RMB)

INTRODUZIONE

Le azioni del progetto "Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening (PS) organizzati" del programma 2 del Piano della Prevenzione 2014-2018 della Regione Lazio sono finalizzate a raggiungere tutti gli aventi diritto riducendo gli ostacoli all'accesso ai PS attraverso varie iniziative tra cui verificare i motivi del mancato recapito dell'invito.

OBIETTIVI

Obiettivo dello studio è valutare numero e cause del ritorno al mittente delle lettere d'invito per i tre PS organizzati della ASL Roma2 (ex RMB), rese nei mesi di giugno e luglio 2016, anche per avere un quadro della situazione attuale da rivalutare dopo la realizzazione di interventi correttivi.

METODI

I 2623 inviti ritornati al back office del Coordinamento Screening della ASL Roma2 (ex RMB) nel periodo giugno-luglio 2016 sono stati registrati sull'applicativo informatico regionale SIPSO WEB e poi suddivisi per PS e per motivo del mancato recapito indicato da Poste Italiane su uno specifico modello applicato sulle buste. Si è risaliti alla nazionalità dei destinatari attraverso i dati anagrafici presenti per ogni paziente sul programma regionale.

RISULTATI

Dall'analisi, i resi dei PS cervicale, coloretale e mammografico sono RISULTATI rispettivamente il 43%, il 41% e il 16% del totale. Le principali cause degli inviti inesitati per i tre PS sono inerenti al destinatario, che nella maggior parte dei casi è straniero, meno frequenti sono quelle correlate all'indirizzo (Tab.1).

CONCLUSIONI

Tale lavoro consente un confronto, seppur approssimativo, con la situazione dei resi del 2015 e un momento di verifica della ragione del mancato recapito, anche mediante i dati anagrafici presenti nella segreteria di SIPSO WEB. Ha inoltre evidenziato differenze per i tre PS correlate alle caratteristiche della popolazione invitata e l'importanza di un continuo aggiornamento delle liste anagrafiche anche in termini di contrasto alle disuguaglianze di salute.

*screening, inviti inesitati, estensione*



**ID 318**

**INDAGINE SULLE MOTIVAZIONI DELLA NON ADESIONE ALLO SCREENING DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA NELL'AUSL DI BOLOGNA**

F. Mezzetti 1; C. Bazzani 1; L. Biagetti 2; J. Coccia 2; S. Guidomei 3; L. Muraro 2; L. Prete 1; T. Sanna 4; F. Francia 1.

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna

2 Staff di Direzione Aziendale, Azienda USL di Bologna

3 Dipartimento di Cure Primarie, Azienda USL di Bologna

4 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

**INTRODUZIONE**

Nell'Azienda Usl di Bologna il programma di screening del tumore della cervice uterina è stato implementato nel 1996. Il tasso di adesione è sempre stato uno dei più bassi in Regione attestandosi costantemente attorno al 40%, a fronte di una media regionale del 60%. L'adesione si è mantenuta bassa anche a seguito di una modifica organizzativa delle modalità di accesso, introdotta dall'AUSL: a partire dal 2011 è stato ridotto il numero di sedi con appuntamento ed è stato implementato l'accesso diretto.

**OBIETTIVI**

Obiettivo del progetto è indagare le motivazioni strutturali e organizzative alla base della scarsa o mancata adesione delle donne al programma al fine di definire azioni di miglioramento dell'offerta.

**METODI**

L'indagine ha coinvolto tutte le donne residenti nel territorio dell'Azienda Usl di Bologna, comprese nella fascia di età 28-61 anni, mai aderenti o aderenti saltuarie all'ultimo round di chiamata. È stato costruito un questionario ad hoc, inviato via posta al domicilio dell'utente, accompagnato da una lettera di presentazione e dalla busta pre-compilata per la restituzione e affrancatura a carico dell'Ausl. La numerosità campionaria è stata calcolata sulla base dei dati di mancata e saltuaria adesione al programma di screening nell'ultimo round di chiamata, considerando un livello di fiducia del 95%, un errore massimo nella stima pari a 0.05, una variabilità media ( $p = 0.7$   $q=0.3$ ).

**RISULTATI**

Nel mese di maggio sono stati postalizzati 3547 questionari. La raccolta è terminata il 31 agosto 2016. Sono ritornati 706 questionari validi, pari al 20%.

**CONCLUSIONI**

La risposta è da considerarsi soddisfacente data la particolare tipologia di cittadini coinvolti. Il numero di questionari validi inoltre, è sufficiente per consentire una analisi statisticamente significativa a livello aziendale ma non a livello dei singoli Distretti. I dati definitivi saranno disponibili a fine settembre e verrà predisposto una relazione utile alla diffusione a tutti gli attori interessati.

**ID 418**

**MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE SUL TERRITORIO? ESPERIENZA DI VALUTAZIONE DELLO STUDIO TRASVERSALE SULL'ADERENZA ALLO SCREENING PER IL CERVICO-CARCINOMA "SALVATE EVA IN SICILIA" (SES).**

C. Marotta 1; S. Bono 1; C. Costantino 1; G. Graziano1; M. Maniglia 1; V. Marchese 1; G. Napoli 1; S. Palmeri 1; S. Provenzano 1; D. D. Raia 1; G. Russo Fiorino 1; V. Restivo 1; O. E. Santangelo 1; L. Saporito 1 G. Ventura 1; A. Giusti 2; A. Perra 2; S. C

1 Dipartimento di scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" – Università degli Studi di Palermo, Palermo

2 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza, Promozione e Salute – Istituto Superiore di Sanità, Roma

3 Osser

**INTRODUZIONE**

In Italia, la copertura dello screening cervicale presenta valori maggiori al Nord (87%) e al centro (85%) rispetto al Sud e Isole (68%). Nell'ambito delle attività del Master PROSPECT, da gennaio a giugno 2016 è stato condotto in Sicilia uno studio trasversale sull'adesione allo screening organizzato su un campione rappresentativo di donne tra 25 e 64 anni (365). Partendo dall'esperienza di raccolta dati è stata effettuata un'analisi SWOT con l'obiettivo di individuare gli aspetti metodologici più critici, con particolare riferimento alle fasce di popolazione con un basso livello di health literacy.

**METODI**

L'analisi SWOT è stata effettuata ex-post dagli intervistatori che hanno descritto gli elementi emersi durante le interviste telefoniche secondo 4 categorie: punti di forza, debolezze (interni alla struttura dell'indagine), opportunità e limiti (di contesto). I contenuti delle 11 schede SWOT sono stati oggetto di analisi qualitativa categoriale, induttiva e deduttiva.

**RISULTATI**

Le aree di valutazione del processo d'indagine e i RISULTATI sono descritti nella Tabella 1. Il contesto socio-culturale si è rivelato un fattore importante sia per la comprensione delle domande sia per l'accettabilità dei temi trattati, ad esempio nell'affrontare temi come cancro, morte e sfera sessuale. In alcuni casi il familiare è stato un elemento facilitante, in altri ha costituito un ostacolo all'intervista ("Queste non sono domande da fare per telefono").

**CONCLUSIONI**

Nelle indagini trasversali, la mediazione del proprio medico di fiducia è un elemento chiave, così come la possibilità di calibrare il linguaggio in base alle esigenze dell'intervistata. La non adesione all'indagine potrebbe essere influenzata da tabù culturali, la cui gestione da parte dell'intervistatore è determinante per aumentare l'adesione e limitare il bias da selezione. Questa valutazione del processo dell'intervista può essere trasferita ad altri contesti.

*screening cervico-carcinoma, analisi SWOT, studio trasversale, Regione Sicilia*

**ID 431**

**CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE PER LA PROMOZIONE DELLO SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL CERVICO-CARCINOMA NELLA ASL BARI**

L. Civita 1; V. Vitale 2; D. Lagravinese 2; E. Caputo 2; R. Squicciarini 2; N. Morelli 2; R. Guagliardo 3

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

2 Dipartimento di Prevenzione ASL BARI, Bari

3 Nucleo Tecnico Scientifico Screening ASL BARI, Bari

**INTRODUZIONE**

Il Nucleo Tecnico Scientifico del Programma di Screening del cervico-carcinoma della ASL BA, coordinato dal Dipartimento di Prevenzione, propone un progetto di sensibilizzazione per la promozione dello Screening, destinato alle donne residenti nella ASL, che coinvolgerà soprattutto i MMG che, potranno favorire l'adesione allo screening delle loro assistite.

**OBIETTIVI**

- Informare la popolazione target sul programma di screening nella ASL Bari, per migliorare l'adesione al programma della popolazione target.
- Comunicare i dati sull'estensione e sulla adesione allo Screening.
- Migliorare la performance aziendale in termini di appropriatezza delle prestazioni.
- Raccordare lo Screening con le attività dei MMG.
- Elaborare brochure e locandine informative destinate agli studi dei MMG, agli uffici e sedi ASL.
- Realizzare una pagina sul sito aziendale, con le informazioni necessarie per aderire al programma di screening.
- Realizzare uno spot sullo screening e modalità di adesione, destinato agli studi dei MMG e alle tv locali.

**RISULTATI**

La popolazione target dell'anno 2015 è di 118.000 donne. Sono stati inoltrati dal centro Screening aziendale 111.129 inviti, con un'estensione pari al 94% e sono stati eseguiti, nei 46 Centri prelievo della ASL BA 36.450 prelievi citologici, con un'adesione pari al 33%. Risultato atteso è il raggiungimento del 40% di adesione nell'anno 2016 e l' Incremento dell'adesione allo Screening nella ASL Bari da parte della popolazione target.

**CONCLUSIONI**

Nel primo trimestre dell'anno 2017 si valuterà l'impatto che la campagna di sensibilizzazione ha avuto sulla popolazione target e se i METODI utilizzati siano stati efficaci per il raggiungimento degli obiettivi. Si valuta essenziale la verifica dell'impegno dei MMG per definire, per l'anno 2017, l'opportunità di continuare e/o rivedere le METODICHE utilizzate nella campagna di sensibilizzazione.

*Screening, Adesione, Comunicazione*



Campagna di Prevenzione dei tumori femminili  
A cura del Dipartimento di Prevenzione

Screening dei tumori  
del collo dell'utero:  
una semplice sana abitudine  
per la salute della donna

Per informazioni contatta il:  
Numero Verde



**800 05 59 55**

Oppure consulta: [www.aslbari.it](http://www.aslbari.it)  
O Il tuo consultorio di riferimento



© CNRta-Viale-Squacciamini



**Aderisci al Programma di Screening  
per la prevenzione e diagnosi precoce  
dei tumori del collo dell'utero**

Campagna  
di Prevenzione  
dei tumori  
femminili



La prevenzione inizia da **TE**

**Riceverai l'invito a eseguire il Pap-test  
se hai tra 25 e 64 anni**

**ID 445**

**SCREENING COLONRETTO E SCREENING ANEURISMA AORTICOADDOMINALE**

F. Maddalo 1; T.Stefanini 2; L. Camellini 3; R. Saporiti 4

1 Asl 5 Spezzino, La Spezia

2 Asl 5 Spezzino, La Spezia

3 Asl 5 Spezzino, La Spezia

4 Asl 5 Spezzino, La Spezia

Gli eventi cardiovascolari più importanti, in relazione alle cause di morte, sono l'infarto miocardico, l'ictus cerebrale e la rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale (AAA); quest'ultimo in Italia causa circa 6000 decessi/anno, in assenza di sintomi premonitori.

In Asl 5 Spezzino la S.C. Radiologia si è proposta di condurre nel biennio 2016/17 uno screening ecografico su un campione di popolazione a maggior rischio per lo sviluppo dell'AAA, identificati in tutti i soggetti di sesso maschile che compiano 65 anni nel biennio 2016-2017. Il reclutamento viene effettuato utilizzando i dati anagrafici ed epidemiologici della Asl 5 e sfruttando le risorse destinate allo screening per il cancro del colon-retto, già in corso e tramite il medesimo software di gestione degli screening oncologici.

Sono affiancate, in via sperimentale, due campagne di screening. Vieni infatti inserita nella stessa busta, contenente l'informativa per lo screening per il cancro del colon-retto, anche una lettera di invito per ecografia addominale gratuita da eseguire presso la S.C. Radiologia.

Associare due campagne di screening potrebbe avere effetto incentivante e amplificare la coscienza del singolo in materia di prevenzione come aspetto fondamentale del percorso di cura. Inoltre associare uno studio locale allo screening regionale già presente consentirà una sensibile riduzione dei costi.

Tra i vantaggi attesi (da valutare a fine del biennio):

- potenziamento delle adesioni
- acquisizione di dati sull'incidenza della patologia aneurismatica aortica nel territorio Asl creando un database della popolazione a rischio;
- possibilità di diagnosticare la patologia là dove ignorata e di avviare i pazienti al percorso più adeguato, sia in termini di follow-up che in termini di approccio terapeutico. In tal modo sarà possibile ridurre la mortalità correlata alla rottura nella popolazione a rischio. Sarà possibile valutare la fattibilità del progetto anche in un ambito territoriale ristretto.

*screening colonrettale, screening aorta addominale*

**ID 477**

**LA MORTALITÀ PER I TUMORI DEL COLON-RETTO, CERVICЕ UTERINA E MAMMELLA IN PROVINCIA DI RAGUSA (PERIODO 2011-2015)**

G. Ferrera 1; S. Cilia 2; E. Aprile; 3; R.Venga 4; L. Blangiardi 4

1 Dir. U.O.C. Epidemiologia e Prevenzione, Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa

2 Resp U.O.S. Centro Gestione Screening, ASP Ragusa

3 Medico Igienista U.O.S. Centro Gestione Screening ASP Ragusa

4 Assistenti Sanitari U.O.S. Centro Gestione Screening A

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni in Italia sono migliorate le percentuali di guarigione poiché il 63% delle donne e il 57% degli uomini è vivo a cinque anni dalla diagnosi, merito soprattutto di una crescente adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, e della maggiore efficacia delle terapie.

**OBIETTIVI**

Descrivere la mortalità per i tumori del colon-retto, dell' utero e della mammella nel periodo 2011-2015, in provincia di RG.

**METODI**

Considerati i soggetti residenti in provincia di Ragusa e deceduti tra il 1° gennaio 2011 e il 31 dicembre 2015. Utilizzati i codici della nona revisione della Classificazione Internaz. ICD-IX.

**RISULTATI**

Dall'analisi sui dati di mortalità per tumore dal 2011 al 2015 si osserva che si sono verificati 302 decessi per tumore della mammella, 102 per carcinoma dell'utero e 480 per tumore del colon retto (191 donne e 289 uomini), sono gli uomini ad essere maggiormente colpiti (n°289) rispetto alle donne (n°191) per il tumore del colon retto e che le fasce d'età con un maggior numero di decessi è quella di 75-79 anni per gli uomini e >85 anni per le donne, per il tumore alla mammella le donne d'età >85 e le fasce d'età 60-64 e 80-84 per tumore dell'utero. Così come è stato registrato nell'Atlante Sanitario della Sicilia, anche nella provincia di Ragusa è possibile affermare che sia per gli uomini che per le donne il tumore del colon retto costituisce la seconda causa di morte, mentre per le donne il tumore alla mammella è la prima causa di morte.

**CONCLUSIONO**

I dati relativi alla provincia di RG confermano l'andamento della Regione Sicilia, assistiamo infatti ad una riduzione della mortalità per tumore, risultato di un'efficace azione combinata di interventi di prevenzione primaria che riducono l'esposizione ai fattori oncologici e quindi il numero di malati ma soprattutto d'interventi di prevenzione secondaria, gli screening oncologici, che permettono un'anticipazione della diagnosi in fase iniziale d'invasività.

*Mortalità, tumore colon retto, carcinoma utero, tumore mammella, ReNCaM, cause di morte.*

**ID 500**

**PROMOZIONE DELL'ADESIONE AGLI SCREENING ONCOLOGICI NELLA PROVINCIA DI RAGUSA**

F. Blangiardi 1; S. Cilia 2; E. Aprile 3; L. Blangiardi 4; R. Venga 4

1 *Direttore Dipartimento di Prevenzione ASP 7 Ragusa*

2 *Resp. U.O.S. Centro Gestione Screening (CGS) ASP 7 Ragusa*

3 *Medico Igienista (CGS), 4 Assistente sanitario (CGS)*

**INTRODUZIONE**

Il progetto è diretto a migliorare la comunicazione e l'informazione della popolazione sugli screening oncologici. Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di RG e il Centro gestione Screening sono individuati dalla Direzione Aziendale come fulcro organizzativo. E' stato previsto il coinvolgimento di 251 Medici di medicina generale (MMG), incontri informativi door-to-door da parte di assistenti sanitari, e organizzazione di incontri per la popolazione presso sedi Comunali.

**OBIETTIVI**

Aumentare l'adesione con coinvolgimento dei MMG.

**METODI**

Sono individuati due Assistenti Sanitari per l'informazione ai MMG, è stata aggiornata l'anagrafica e la banca dati assistiti ed organizzati incontri ambulatoriali. Sono stati contattati MMG telefonicamente per richiedere orari ambulatoriali e prendere appuntamento. Sono state fatte la mappa degli incontri, l'agenda di lavoro, una lista dei non responders e preparati i volantini e poster della campagna screening "Tu al centro" e flaconcini per la ricerca del sangue occulto fecale. Il colloquio ha previsto una parte d'informazione sui percorsi screening e una per la consegna di flaconcini, si sono inoltre raccolte firme di avvenuta informazione. Sono stati organizzati convegni presso le sedi di cinque Comuni in cui sono state presentate slide esplicative, distribuzione flaconcini e brochure.

**RISULTATI**

L'informazione "door to door" è stato avviata ad aprile 2016 e dopo tre mesi, ha visto la copertura del 35% (a fronte del 30%).

**CONCLUSIONI**

Il progetto si è rivelato un buon modo per promuovere gli screening e innalzare adesioni a percentuali più vicine agli standard nazionali. L'organizzazione di convegni, la comunicazione ai MMG, uniti alle competenze dell'assistente sanitario, hanno creato una vincente rete tra assistente sanitario-medico-paziente osservato dai feedback rilevati negli ambulatori, da un maggiore partecipazione agli screening. Si mira ad aumentare le adesioni e la consapevolezza nel cittadino che un esame semplice e gratuito può salvare la vita.

*MMG, colonretto, cervicocarcinoma, tumore, prevenzione, promozione, "door to door", comunicazione, assistente sanitario*

**ID 521**

**COME PROMUOVERE LA "COMUNICAZIONE" ALL'INVITO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO**

D. Lagravinese 2; R. Squicciarini 2; L.Civita 1; V.Vitale 2; E. Caputo; A.Gaballo 3; N. Morelli 2  
1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva-Università degli Studi di Bari

2 Dipartimento di Prevenzione ASL BARI

3 Nucleo Tecnico Scientifico Screening ASL BARI

**INTRODUZIONE**

Il Nucleo Tecnico del Programma Screening Mammografico della ASL BARI in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione ASL BARI ha sviluppato nel Gennaio 2016 un progetto di campagna informativa sullo screening mammografico caratterizzato da un nuovo logo identificativo, una brochure ed uno spot informativo con didascalie .

**OBIETTIVI**

- Favorire la conoscenza del programma di screening alla popolazione target
- Migliorare l'adesione al programma di screening della popolazione target.
- Migliorare la performance aziendale in termini di appropriatezza delle prestazioni.
- Realizzare una pagina sul sito aziendale, con le informazioni necessarie per aderire al programma di screening.
- Elaborare brochure, locandine e spot informativi destinate agli studi dei MMG, agli uffici e sedi ASL.

**METODI**

- Ideazione e creazione del logo istituzionale dello screening mammografico
- Ideazione e realizzazione di una brochure informativa
- Ideazione e realizzazione di uno spot informativo

**RISULTATI**

- Distribuzione da parte del centro operativo screening oncologici di locandine informative con riferimenti metodologici in tutti gli ambulatori pubblici della ASL BARI e negli studi dei medici di medicina generale.
- Creazione di una finestra informativa sul sito ASL BARI.
- Distribuzione in tutte le tv e radio locali e sui monitor degli ambulatori pubblici e dei medici di medicina generale un filmato con didascalie esplicative sul programma di screening.
- Programmazione della distribuzione di questionari per la valutazione dell'efficacia dell'azione di comunicazione effettuata nell'anno in corso.

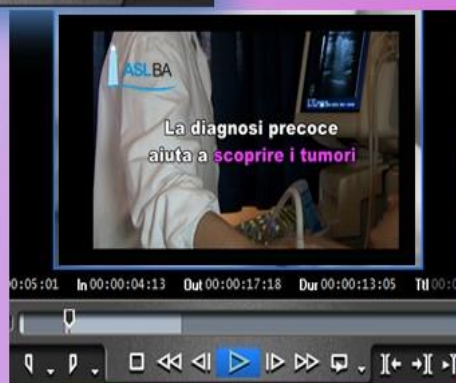
**CONCLUSIONI**

La misurazione dell'efficacia dell'azione comunicativa adottata e dell' effettivo aumento di adesione al programma nei singoli centri di senologia sarà oggetto di valutazione in itinere, di processo, e di risultato tramite l' adozione di un questionario che sarà somministrato nell'anno 2017.

*screening, campagna di comunicazione, adesione*



## COME PROMUOVERE LA " COMUNICAZIONE " ALL'INVITO ALLO SCREENING MAMMOGRAFICO



POSTER - LE CAMPAGNE DI SCREENING

**ID 557**

**LE PROFESSIONI SANITARIE NEL PROGETTO CARDIO 50 AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE**

F. Mattiussi; S. Miceli; A. Fabbro; D. Belotti; P. Corazza; A. Cunial; G. Dominici; L. Fusco; S. Micossi; A. Minigutti; I. Minin; M. Modesto; G. Picco; G. Pilutti; A. Pischiutti; C. Uliana; G. Verago; M. Zanini

*Dipartimento di Prevenzione Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine*

**INTRODUZIONE**

Dati epidemiologici dimostrano che la popolazione ha una bassa percezione del rischio cardiovascolare. Da qui nasce Cardio 50, un progetto rivolto ai cinquantenni, per la prevenzione cardiovascolare in forma attiva, basato sul modello degli screening oncologici.

**METODI**

Il progetto è iniziato a settembre 2015 sulla coorte dei nati nel 1964 e si propone l'analisi del rischio cardiovascolare (sul modello delle Carte di Rischio dell'ISS), l'eventuale orientamento a percorsi di prevenzione e l'aumento delle conoscenze sulle patologie CV. Gli assistenti sanitari del Dipartimento di Prevenzione sono i responsabili dell'organizzazione, operatività e raccordo con gli specialisti. Raccolgono ed elaborano i dati attraverso un software gestionale nazionale e con metodologia standardizzata.

La visita di screening attraverso la valutazione degli stili di vita, dati antropometrici e alcuni parametri clinici, permette la classificazione dei soggetti in Classi di Rischio (A, B, C, D) che orienta il counselling, gli approfondimenti clinici ed educazionali mirati ed i follow up.

**RISULTATI**

L'adesione su 3187 eleggibili è stata del 73%, **RISULTATI** suddivisi nelle seguenti classi di rischio: A 16%, B 33%, C 42%, D 8%. Nel Follow Up dei soggetti in Classe B si è avuta un'adesione del 47%.

In totale hanno ricevuto un counselling sui fattori di rischio 1916 soggetti.

Sono stati identificati numerosi soggetti con vari comportamenti a rischio, ipertesi e ipercolesterolemici familiari.

**CONCLUSIONI**

I dati preliminari dimostrano l'efficacia di un programma di screening cardiovascolare a chiamata attiva, con modalità standardizzata, multidisciplinare e gestito da assistenti sanitari o infermieri del Dipartimento di Prevenzione.

Anche la presenza di professionisti sanitari esperti in counselling motivazionale afferenti al Centro di Prevenzione Cardiovascolare del Dipartimento è stato un fattore determinante per l'esito positivo del progetto.

*Screening di prevenzione cardiovascolare, professioni sanitarie*

**ID 560**

**PROGETTO PILOTA PER L'UTILIZZO DEL TEST HPV COME TEST DI PRIMO LIVELLO NELLA PREVENZIONE DEL CERVICOCARCINOMA NEL DISTRETTO 47 ASL NA2NORD**

F. Pennino; V. Novelli; T. Borriello; C. Iervolino; A. Galdo; M. Amodio; E. Raiola; I. Torre; M. Triassi

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli studi di Napoli "Federico II", via Sergio Pansini, 5 80131, Napoli, Italia*

**INTRODUZIONE**

Per lo screening del cancro della cervice uterina si utilizza il Pap-test che deve essere effettuato da tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni ogni tre anni. Recentemente, visto il ruolo indispensabile di alcuni tipi di virus HPV nello sviluppo dello stesso, il Ministero della Salute ha invitato le Regioni a mutare il test mediante la ricerca dell'HPV-DNA ad alto rischio da effettuarsi in donne con età superiore ai 30 anni.

Per tale motivazione si è deciso di effettuare uno studio pilota di fattibilità dell'utilizzo del test HPV come test primario di screening nel DS 47 dell'ASL NA2nord, alle donne di età compresa tra i 60 ed i 64 anni (bacino di utenza 1.166 donne).

**METODI**

A partire da Gennaio 2016 presso i consultori del distretto sono state convocate le donne nella fascia d'età stabilita e sono stati effettuati i tamponi vaginali in mezzo liquido (THIN- PREP), così come previsto dal protocollo ministeriale. Tali tamponi sono stati poi spediti presso i Laboratori del Dipartimento di Sanità Pubblica, dove poi è stata effettuata la rilevazione qualitativa dei ceppi HPV ad alto rischio 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 58, 59, 66, 68 tramite la tecnica di biologia molecolare RT-PCR.

**RISULTATI**

Nel periodo compreso tra Gennaio e Maggio 2016 sono pervenuti in laboratorio 190 campioni.

Dalle analisi effettuate solo un campione è risultato positivo per virus ad alto rischio del gruppo 31 e/o 35 e/o 45.

**CONCLUSIONI**

L'effettuazione del test HPV-DNA, eseguito secondo le modalità raccomandate dal Ministero della Salute, porterà ad una riduzione del numero di pap-test da effettuare in quanto tali approfondimenti diagnostici verranno effettuati solo in caso di positività del test HPV-DNA. Inoltre, le donne che risulteranno negative al test verranno re-invitate per il successivo round di screening dopo 5 anni e non più dopo 3 anni determinando notevole risparmio economico.

*HPV, screening, RT-PCR, carcinoma cervice uterina*

**ID 585**

**L'ADESIONE AI PERCORSI DI DISASSUEFAZIONE DALL'ABITUDINE TABAGICA NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DI SCREENING DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE E RESPIRATORIO DEL CENTRO SALUTE E AMBIENTE (CSA)**

N. Pignataro 1; R. Cipriani 1; T. Battista 1; M.T. Vinci 1; F. Siciliani 1; G. Furio 1; P. Moramarco 1; S. Capraro 1; G. Castoro 2; E. Soleti 2; V. Ariano 2; A. Pesare 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Taranto

**INTRODUZIONE**

L'abitudine al fumo rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica ed è un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie. Nell'ambito delle attività di screening del rischio cardiovascolare e respiratorio del CSA per Taranto è stata attivata l'offerta gratuita dei percorsi di disassuefazione dal fumo di sigaretta. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare l'adesione della popolazione target a tali percorsi.

**METODI**

Ai fumatori sottoposti a visita di screening è stata proposta inizialmente una prima seduta di Counselling Motivazionale Breve, svolta da un Assistente Sanitario (AS). Successivamente, il programma prevede la convocazione ad un percorso di II livello mediante chiamata attiva. I percorsi sono tenuti da un AS e uno psicologo e possono essere strutturati in differenti modalità (trattamento individuale, di gruppo o misto) in relazione alle esigenze e al profilo del paziente.

**RISULTATI**

La prevalenza dell'abitudine tabagica nella popolazione visitata è del 31,4% (n=1209). Hanno aderito al counselling breve il 54,8% (n=663) dei fumatori, di cui il 50,8% (n=337) di sesso maschile. Hanno partecipato attivamente ai trattamenti di II livello solo il 17,6% (n=117) dei pazienti, di cui il 42,7% (n=50) ha svolto trattamento individuale, il 46,2% (n=54) il trattamento di gruppo e il restante 11,1% (n=13) trattamento misto. Il tasso di adesione è elevato nel quartiere Paolo VI, mentre risulta molto inferiore a Statte (Tabella1).

**CONCLUSIONI**

L'adesione dei fumatori ai percorsi di II livello è nettamente inferiore alle aspettative, con alcune disomogeneità territoriali. È necessario implementare le strategie di reclutamento e personalizzare ulteriormente l'offerta, comprendendo le cause dei rifiuti espressi; l'analisi dei determinanti motivazionali di adesione e rifiuto ai percorsi, da proporre durante la fase di counselling breve, può essere lo strumento per identificare correttivi idonei.

*Fumo, screening, counselling*

**ID 623**

**UNA NUOVA STRATEGIA DI SCREENING SCOLASTICO PER LA MICROCITEMIA**

A. Del Sole 1; Maria Grazia Vaccari 2; Nadia Antonella Franzoso 1

1 Azienda Ulss 19, Adria

2 Azienda Ulss 18, Rovigo

**INTRODUZIONE**

La microcitemia è un'anomalia ereditaria del sangue; non è una malattia ma costituisce un rischio per la nascita di bambini ammalati. Da genitori entrambi microcitemici possono nascere figli ammalati di Anemia Mediterranea (AM). La zona del Delta Padano rientra tra le zone del territorio nazionale a più alto rischio di AM (7,5% microcitemici). L'AM è diffusa anche in molti Paesi dell'Europa, dell'Africa, dell'Oriente. Poiché la nascita di bambini ammalati può essere evitata individuando per tempo i portatori con uno specifico test ematico, nella provincia di Rovigo dal 1973 si svolge lo screening scolastico per la microcitemia, coordinato dal Dipartimento di Prevenzione dell' Ulss 19 di Adria e dal Centro Microcitemico di Rovigo e rivolto agli alunni delle classi seconde della scuola secondaria di 1° Grado. Considerando che la maggiore parte della popolazione adulta del territorio conosce il proprio stato di portatore o meno di AM, si è voluto nell'AS 2015/16 rivolgere lo screening solo ai gruppi più a rischio.

**METODI**

Si sono effettuati prelievi venosi ai seguenti gruppi, identificati tramite questionario ad hoc compilato dai genitori degli studenti: figli di portatori di anemia mediterranea, figli di genitori che per vari motivi non sanno se sono o meno portatori, studenti provenienti da altre nazioni

**RISULTATI**

Tabella 1

**CONCLUSIONI**

Pur essendo stato in grado il progetto di individuare una popolazione a rischio doppio di essere microcitemica rispetto alla popolazione generale (16,9 vs 8,6), la prevalenza di microcitemici è risultata sottostimata rispetto a quella degli anni precedenti (4,2 vs 7,5) probabilmente perché il questionario somministrato ai genitori per individuare gli alunni a rischio non è sempre stato compilato correttamente. Pur essendo necessario nei prossimi anni curare maggiormente la comunicazione nei confronti delle famiglie, il progetto rappresenta un'ottima strategia per dare continuità allo screening ottimizzando risorse.

**ID 638**

**DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA MAMMARIO NELLA ASL BRINDISI: RISULTATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PASSI"**

M. Montano 1; S. Termite 1; P. Pedote 1; E. Mastrovito 1; N. Dahbaoui 1; D. Sofia 1; S. Lorusso 1; A. De Simone 1; C. Bandini 1; MF. Gallone 2; AR. Greco 3

1 Dipartimento di Prevenzione ASL BR, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Brindisi

2 Osservatorio Epidemiologico Regionale, Puglia

3 Direzione Sanitaria ASL BR, Brindisi

**INTRODUZIONE**

Il carcinoma mammario è la neoplasia più frequentemente diagnosticata nelle donne e la principale causa di morte oncologica. Attualmente, rappresenta circa 1/3 tra i tumori maligni. La diagnosi precoce mediante chiamata attiva all'esecuzione della mammografia ogni 24 mesi nelle donne tra i 50 e 69 anni e l'offerta gratuita di eventuali approfondimenti diagnostici, risultano uno strumento molto efficace nel ridurre la mortalità da neoplasia mammaria. Nella ASL BR, lo screening mammografico è stato avviato nel 2008 e gestito direttamente dai centri senologici presenti sul territorio; da settembre 2015, invece, è stato istituito il Centro Screening Aziendale. Tale passaggio, ha l'obiettivo di coordinare tutti i servizi coinvolti nello screening e monitorare la corretta esecuzione di tutte le sue fasi, anche grazie all'implementazione del gestionale "Arianna Screening", che precedentemente aveva mostrato delle criticità, in fase di risoluzione nel corso di questo anno.

**METODI**

Il sistema di sorveglianza Passi ha consentito di stimare il numero di donne nel target 50-69 anni che hanno effettuato una mammografia come prevenzione individuale e quante tra loro l'hanno eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL BR.

**RISULTATI**

Dallo studio è emerso che il 73,6% di donne si è sottoposta allo screening, di cui il 50,7% con un programma organizzato e il 23% spontaneamente, emerge inoltre che il 93% delle donne intervistate ha un grado di istruzione medio inferiore.

**CONCLUSIONI**

Alla luce dei RISULTATI della sorveglianza Passi emerge la necessità di rafforzare il percorso di screening organizzato nelle ASL e ridurre le disuguaglianze di accesso. E' necessario che venga promossa la cultura della prevenzione e che vengano incentivate campagne informative, anche grazie all'utilizzo dei media e dei social. Importanti sono gli interventi di sensibilizzazione sul campo, soprattutto nei quartieri più indigenti e la collaborazione con i MMG.

*screening, mammografia, Passi*

**ID 639**

**INFEZIONE DA HPV IN DONNE CON LESIONI ASCUS: STUDIO DI PREVALENZA NEL NORD SARDEGNA**

A. Piana 1,2; A. Cossu 1,2; P. Castiglia1,2; G. Sotgiu1,2; S. Ogana1; D. Scano 4; G. Fenu 3,4; L. Paoni 5; M.P. Bagella 5; M.E. Ghi 5; G. Palmieri6; M. Cabiddu 5; A. Cossu 4

1 Dipartimento di Scienze Biomediche-Igiene e M.P., Università degli Studi di Sassari;

2 U.O.C. Igiene, A.O.U. Sassari;

3 Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Microchirurgiche e Mediche-Anatomia Patologica, Università degli Studi di Sassari;

4 U.O.C. An

**INTRODUZIONE**

La neoplasia cervicale HPV associata rappresenta un importante problema di sanità pubblica a livello globale. La vaccinazione anti-HPV e la diagnosi precoce di lesioni cervicali sono i principali strumenti di prevenzione. Lesioni cervicali di significato indeterminato (ASCUS) potrebbero evolvere in senso prognosticamente negativo, per cui necessitano di una attenta valutazione clinica. Scopo dello studio è stato quello di verificare la prevalenza di infezione da HPV nelle donne ASCUS sottoposte a screening nel Nord Sardegna.

**METODI**

Nel 2016, nell'A.S.L. n. 1 di Sassari, ha avuto inizio lo screening organizzato per la prevenzione del cervico carcinoma. Le donne con displasia cervicale di grado lieve (CIN1), moderata (CIN2) o severa (CIN3) sono state invitate ad eseguire esami di approfondimento, mentre in caso di ASCUS, i campioni cervicali sono stati sottoposti ad HPV DNA test e, in caso di positività, sottoposte a colposcopia.

**RISULTATI**

Al 31 Agosto 2016, oltre 9 mila donne sono state sottoposte a PAP test. 235 (2,6%) presentavano lesioni ASCUS, l'81,8% dei quali con infezione da HPV. Circa 2/3 (70,1%) risultavano presentare genotipi ad alto rischio. Il 42,1% presentava almeno un HPV (85,8 % HR e 44,4% LR). 54/99 (54,5%) mostravano un'infezione sostenuta da un singolo genotipo. Di particolare rilievo il fatto che 66,7% delle coinfezioni erano sostenute da genotipi HR e il 66,7% da genotipi HR-LR. Nelle infezioni singole e nelle coinfezioni prevalevano i genotipi HPV-16 (10,6% e 37,8%), HPV-31 (7,9% e 20%) e HPV-53 (5,8% e 20%).

**CONCLUSIONI**

I dati di prevalenza ottenuti mostrano l'importanza del follow-up cito-virologico nello screening del cervico carcinoma. In particolare, le donne con lesioni ASCUS dovrebbero essere adeguatamente attenzionate allo scopo di identificare sottogruppi ad elevato rischio. Nel territorio considerato mostrano elevata prevalenza le infezioni da HPV-16 e HPV-31.

Screening; HPV

**ID 677**

**DISEGUAGLIANZE NELLO SCREENING DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA IN ITALIA**

G. Ciancia 1; A. Brighenti 1; F. Carfagnini 1; M. Di Vincenzo 1; C. Andreoni 1; C. Recanatini 1; E. Ponzio 2; P. Barbadoro 2; M.M. D'Errico 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche; Ancona

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

**INTRODUZIONE**

Il carcinoma della mammella rappresenta oggi il tumore più frequente nel sesso femminile, sia per incidenza che per mortalità. Lo screening mammografico è offerto a tutta la popolazione femminile tra i 50 e i 69 anni, con cadenza biennale. L'obiettivo di questo studio è descrivere l'adesione allo screening mammografico in Italia e di valutare le variabili ad esso associate, con particolare attenzione anche alle donne straniere.

**METODI**

Sono stati elaborati i dati relativi all'Indagine Statistica Multiscopo sulle Famiglie 2012-2013 condotta dall'ISTAT. Il campione è rappresentato da 27831 donne italiane e 3805 straniere. L'outcome considerato è stato "mammografia eseguita in assenza di sintomi" ed è stata indagata la sua associazione con variabili socio-demografiche (stato civile, titolo di studio, regione di residenza), condizioni generali di salute (invalidità, malattie, uso di farmaci) ed abitudini di vita (consumo di tabacco, attività sportiva). E' stata condotta un'analisi bivariata con test chi quadro, seguita da un'analisi multivariata con regressione logistica.

**RISULTATI**

Nel campione analizzato, le donne italiane che hanno riferito di aver eseguito la mammografia in assenza di sintomi sono il 56.1%, mentre le straniere sono il 31.8% ( $p < 0.001$ ). Dall'analisi multivariata, un basso livello di screening nelle donne italiane è risultato associato con: basso titolo di studio (licenza elementare, OR 0.5; IC95% 0.3-0.6) e invalidità da malattia mentale (OR 0.4; IC95% 0.3-0.6). Il ramo di attività economica di impiego, in particolare l'ambito dell'istruzione e della sanità o altri servizi sociali, è associato ad un'alta adesione allo screening mammografico, sia nelle italiane che nelle straniere.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI evidenziano differenze nell'adesione allo screening mammografico tra le donne italiane e straniere, inoltre all'interno della stessa cittadinanza si osservano disuguaglianze legate a fattori socio-demografici e condizioni di salute.

*screening, prevenzione, disuguaglianze, tumore della mammella*



**ID 726**

**DETECTION RATE E TUMORI NELLO SCREENING MAMMOGRAFICO 2014 IN 45-49ENNI E 50-69ENNI IN ASL 5 SPEZZINO**

F. Maddalo; F. Pensa  
*Asl 5 Spezzino*

Nelle donne 50-69enni esaminate per la prima volta, la detection rate è pari a 5,6 e i tumori identificati sono stati 37 di cui 32 invasivi ; di questi, ben 14 erano in stadio T1, 7 in T2; 11 casi biopsiati, ma con intervento ignoto. Dei 21 casi di tumori invasivi operati con intervento noto, 8 presentavano metastasi ai linfonodi, mentre in 13 è stato sufficiente l'asportazione del linfonodo sentinella.

Nei 32 casi invasivi identificati allo screening, il grading si distribuiva prevalentemente a livello 3 (11 casi) seguito dal livello 2 (10), dal livello 1 (3) e in 8 casi era sconosciuto.

Nella medesima classe d'età, l'intervento chirurgico dei 21 cancro operati è stato conservativo nel 71% (dimensioni <2 cm nel 79%) a significare che quanto prima si identificano le neoplasie mammarie tanto maggiore sarà la possibilità di intervenire in maniera meno demolitiva oltre che avere un'aspettativa di vita maggiore.

Nelle donne 45-49enni la detection rate è pari a 4,2 e i tumori identificati sono stati 20 di cui 4 non invasivi. Dei 9 casi di tumori invasivi operati con intervento noto, 4 presentavano metastasi ai linfonodi, 1 era in stadio Nx, mentre negli altri 4 è stato sufficiente l'asportazione del linfonodo sentinella. Dei 9 casi invasivi operati, 4 casi erano in stadio T1, 3 in stadio T2, 1 in stadio T3, 1 multicentrico in stadio TX. Degli invasivi operati con intervento noto, 5 presentavano metastasi ai linfonodi.

In tutti i casi invasivi identificati allo screening, il grading si distribuiva parimenti a livello 1 e 3 (3 casi in entrambi), maggiormente a livello 2 (4 casi) e in 6 casi era ignoto.

Anche l'intervento chirurgico in questa fascia d'età è stato conservativo nel 67% e in tutti gli interventi conservativi i tumori avevano dimensioni <2 cm. Nelle 45-69enni il rapporto tra le donne operate con diagnosi di patologia benigna e quelle operate con diagnosi istologica di carcinoma è compreso nel valore desiderabile espresso dagli indicatori.

*screening mammografico, detection rate, tumori, popolazione 45-49enne*

**ID 005**

**DIREZIONE SANITARIA: INFORMAZIONI UTILI", UN SITO PER CONDIVIDERE**

G. Furia

*Università Cattolica del Sacro Cuore*

**INTRODUZIONE**

In campo scientifico è fondamentale condividere le informazioni tra professionisti sanitari. In Sanità Pubblica questa necessità può al giorno d'oggi diventare realtà tramite internet. Social media, social network, blog e altri siti di comunicazione e relazioni professionali permettono una rapida condivisione delle idee, delle scoperte ma anche delle problematiche, numerose in medicina, e quindi delle potenziali soluzioni.

**METODI**

E' stato progettato da alcuni giovani medici specializzandi in Igiene un sito internet (blog) dal nome "Direzione Sanitaria: Informazioni Utili" in cui è possibile condividere articoli, in anonimato oppure no, su problematiche inerenti la quotidianità della Direzione Sanitaria, divisi per categorie. Chiunque del settore può iscriversi al sito o diventare autore, pubblicando i loro dubbi o le loro soluzioni, studi scientifici o casi clinici particolari. Ogni articolo segue un format preimpostato (n° caratteri, n° di immagini, link esterni, meta-description, sottotestate, tags, parole chiave, etc.) e può essere visualizzato da tutti. Le modifiche apportate o da apportare al sito possono essere effettuate previo consenso dell'amministratore.

**RISULTATI**

Il sito è stato creato nell'arco di 2 settimane e nei primi 4 mesi di vita del sito sono stati pubblicati 9 articoli, e alcuni di essi hanno raggiunto oltre 100 visualizzazioni. Ci si aspetta di pubblicare almeno 100 articoli nei prossimi 2 anni e aumentare il numero di autori ad almeno 20.

**CONCLUSIONI**

L'obiettivo del sito è quello di poter formare una squadra di professionisti di Direzione Sanitaria che condividono le loro esperienze. Al giorno d'oggi la tecnologia aiuta a risolvere i problemi in breve tempo, e attraverso il web l'organizzazione sanitaria può diventare più facile.

Key Words: direzione sanitaria, blog, sito, web, media

**ID 007**

**LE LISTE E I TEMPI D'ATTESA NEI SERVIZI SANITARI: L'ASL NAPOLI 1 CENTRO NELLA GESTIONE E NEL MONITORAGGIO DELLE LISTE D'ATTESA IN UN'OTTICA DI TRASPARENZA ED EQUITÀ.**

R. Bellopede 1; V. Giordano 2; R. Lanzetta 3; ME Porciello 1; A. Russo 4; G. Granata 4; G. Aversano 4; M. Triassi 5

1 *Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli*

2 *Responsabile UOSD Assistenza Ospedaliera a Gestione Diretta ASL Napoli 1 Centro*

3 *Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napoli 1 Centro*

4 *Assiste*

**INTRODUZIONE**

La lunghezza eccessiva delle liste d'attesa rappresenta un evento critico perchè può limitare la garanzia dell'equità di accesso e la fruizione dei LEA, ridurre gli standard di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita. Il lavoro descrive la gestione, il monitoraggio e la trasparenza delle liste d'attesa nel contesto dell'ASL Napoli 1 Centro.

**METODI**

Al fine di programmare le attività di controllo delle liste d'attesa delle attività di ricovero ospedaliero, l'ASL Napoli 1 Centro ha redatto il PAGLARO per monitorare e verificare l'andamento dei tempi d'attesa per le attività di ricovero evidenziando eventuali criticità ed ipotizzando interventi migliorativi per garantire l'accesso nei tempi stabiliti dalla normativa vigente. Si riportano i risultati relativi ai pazienti presenti in tutte le liste d'attesa per ricovero ospedaliero dei PPOO aziendali per l'anno 2015.

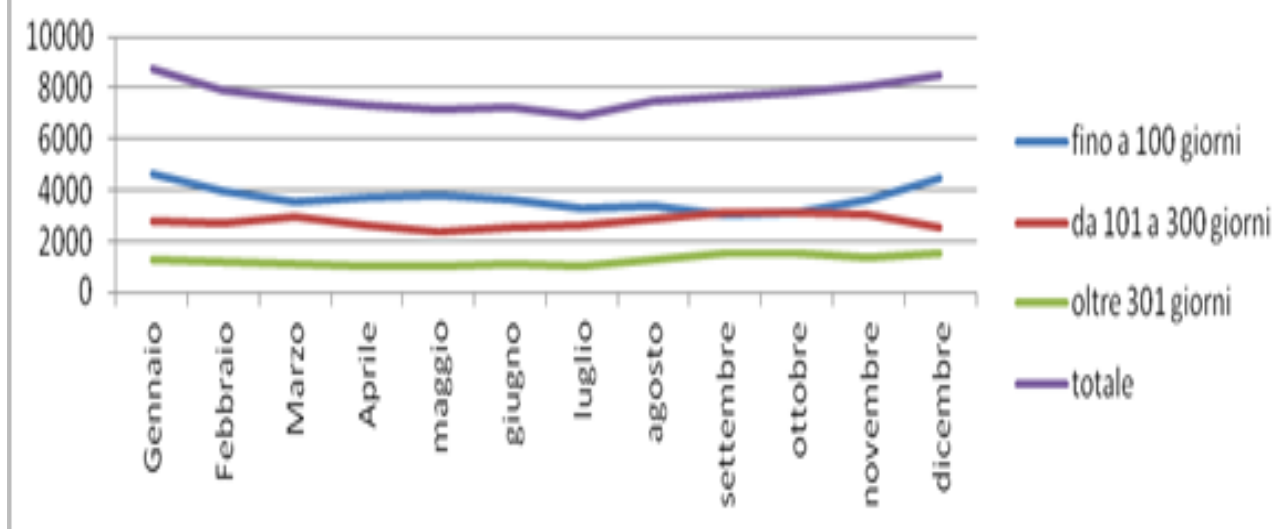
**RISULTATI**

Il numero dei pazienti presenti in lista d'attesa per ricovero ospedaliero si è ridotto del 3% nel periodo considerato e il numero dei pazienti presenti in lista da un tempo 301 giorni pari al 22%.

**CONCLUSIONI**

La riduzione dei presenti in lista testimonia l'efficacia degli interventi di pulizia delle liste. La necessità di procedure di trasparenza ed equità nella gestione delle liste d'attesa è fondamentale per un sistema sanitario mirato all'efficienza e all'equità secondo principi di obiettività, criteri clinici oggettivi, approccio interdisciplinare e trasparenza. Le attività di pulizia e monitoraggio dei pazienti presenti in lista consentono di garantire una maggiore fruibilità delle attività erogate a fronte di problematiche inerenti il personale ridotto, i problemi concernenti le tecnologie e l'urgenza, specifica peculiarità dei PPOO aziendali di maggior impatto assistenziale.

## Presenti in lista attività di ricovero ospedaliero Tutte le classi anno 2015



**ID 018**

**IL PARTO CESAREO PRIMARIO IN ABRUZZO**

T. Garzarella 1; G. Di Martino 1; P. Di Giovanni 2; T. Staniscia 1; F.S. Schioppa 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

2 Dipartimento di Farmacia, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

**INTRODUZIONE**

La proporzione di parti con taglio cesareo primario (PCP) è un indicatore di qualità delle cure fornite alle partorienti. Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 25% il limite di PCP per le maternità con più di 1000 parti e al 15% per quelle con meno di 1000 parti. Lo scopo di questo lavoro è descrivere il trend dei PCP nella regione Abruzzo nel quinquennio 2009-13.

**METODI**

Dall'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), sono state selezionate le dimissioni di donne primipare che hanno partorito nel periodo 2009-13, identificate dai DRG 370-375. È stata calcolata la proporzione di PCP, eseguita l'analisi descrittiva delle diagnosi di dimissione, valutata la mobilità attiva e intraregionale e l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo.

**RISULTATI**

La proporzione di PCP è passata dal 31,4% nel 2009 al 26,1% nel 2013. Tra le strutture con meno di 1000 parti/anno, l'Ospedale di Vasto ha mostrato il valore più basso (17,9% nel 2013). Tra le strutture con più di 1000 parti/anno, l'Ospedale di Pescara ha mostrato il valore inferiore (25,4% nel 2013). La diagnosi di dimissione più frequente nelle SDO (66,6%) è "Taglio cesareo senza menzione dell'indicazione". La mobilità attiva per PCP è stata del 7,3%. La mobilità intraregionale riguarda soprattutto le donne residenti nel territorio della ASL di Pescara: il 30% si è rivolto alla ASL Lanciano-Vasto-Chieti. Per le ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila, Lanciano-Vasto-Chieti e Teramo la mobilità intraregionale ha interessato rispettivamente l'8,8%, il 10,2% e il 16% delle donne. Per quanto concerne l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo, solo l'11,4% dei PCP ha presentato una delle indicazioni delle linee guida.

**CONCLUSIONI**

Nel periodo analizzato, la proporzione di PCP effettuati in Abruzzo ha mostrato un trend in diminuzione, tuttavia i valori sono ancora superiori al tetto fissato dal Ministero della Salute.

**ID 034**

**UMANIZZAZIONE DELLE CURE: OSPEDALI A CONFRONTO**

R. Gallo 1; F. Verginelli 1; C. Franco 2; P. Piscioneri 2; A. Primavera 3; G. Guglielmucci 4; M. Venditti 4; M. Iannuzzo 5; P. Civello 6; M. Cardarelli 7; G. Roberti 2

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

2 Direzione Sanitaria Aziendale Provincia Romana FBF, Roma;

3 Ospedale San Pietro FBF, Roma;

4 Ospedale Sacro Cuore di Gesù FBF, Benevento;

5 Ospedale Buon Cons

**INTRODUZIONE**

Negli Ospedali della Provincia Romana Fatebenefratelli (che consta di 4 strutture in 3 diverse regioni) l'Umanizzazione delle cure è da sempre un elemento centrale dell'assistenza. Nel 2015, nell'ambito dei programmi del Piano Aziendale della Qualità, è stata adottata la Checklist per la valutazione del grado di Umanizzazione delle strutture di ricovero del progetto di ricerca Agenas relativo alla sperimentazione di modelli di empowerment organizzativo per il miglioramento dei servizi sanitari. Ciò al fine di una comparazione dei RISULTATI ottenuti negli ospedali FBF con quelli nazionali.

**METODI**

La Checklist è strutturata ad albero: 4 aree di indagine suddivise in 12 sottoaree contenenti 29 criteri e 144 items. Alcuni items rientrano in ambiti di analisi trasversali detti focus. La compilazione e l'elaborazione dei questionari è stata affidata ai responsabili del Sistema Qualità delle Direzioni Sanitarie, con attribuzione degli stessi valori previsti dall'Agenas. Per ciascuna area, criterio e focus sono stati calcolati i punteggi medi.

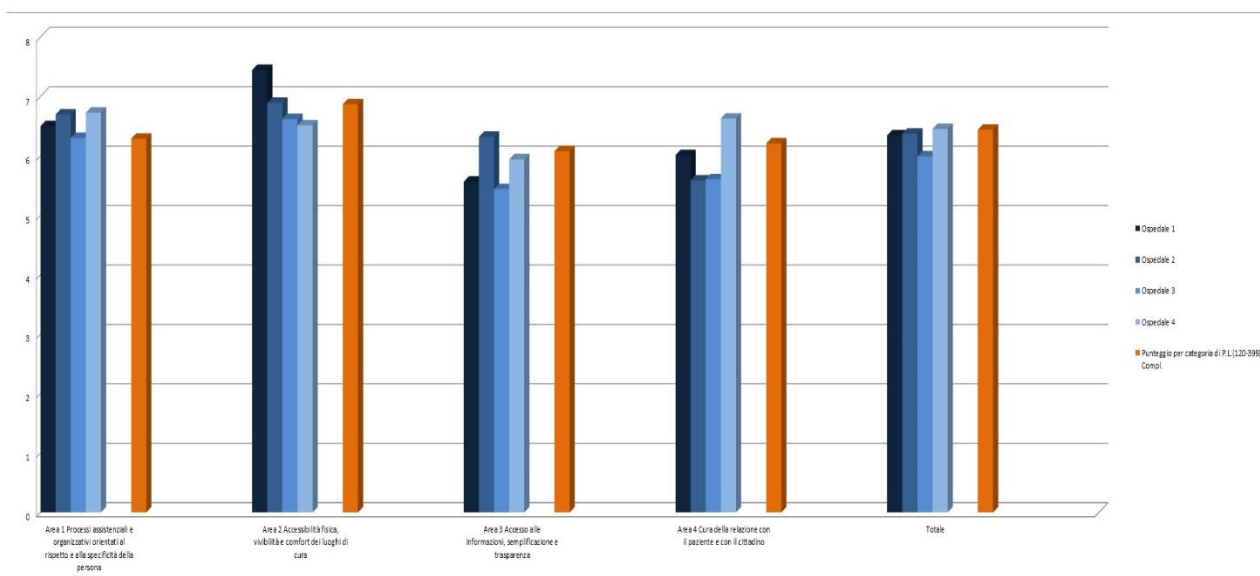
**RISULTATI**

I punteggi medi per area in tutti gli Ospedali sono complessivamente in linea con quelli nazionali. L'area risultata più critica è "Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza" mentre gli items con punteggio più basso rientrano nei criteri relativi alla formazione del personale, al sito web e alle attività per favorire socialità e continuità con il mondo esterno. Ottimi i risultati riguardanti "Ospedale senza dolore", "Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni" e "Accoglienza".

**CONCLUSIONI**

Il lavoro ha consentito l'individuazione di diversi livelli di criticità reali, utile nel direzionare interventi mirati e la creazione di un pannello di items definiti che costituisce un riferimento misurabile, confrontabile anche a livello nazionale, per un percorso di miglioramento interno dei processi organizzativi ed assistenziali.

**KEY WORDS:** umanizzazione; checklist; empowerment



Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

| AREA                                                                                             | SOTTO-AREA                                                          | Criterio                                                                                  | N. Criteri                                           | N. items                                                       | Item dal n. al n. | tot. Items |        |       |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|------------|--------|-------|----|
| 1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona | 1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona            | 1.1.1 Funzione di supporto psicologico                                                    | 10                                                   | 5                                                              | 1-5               | 49         |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno |                                                      | 4                                                              | 6-9               |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti     |                                                      | 9                                                              | 10-18             |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 1.1.4 "Ospedale senza dolore"                                                             |                                                      | 5                                                              | 19-23             |            |        |       |    |
|                                                                                                  | 1.2 Rispetto della privacy                                          | 1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili                   |                                                      | 4                                                              | 24-27             |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 1.2.2 Rispetto della riservatezza                                                         |                                                      | 4                                                              | 28-31             |            |        |       |    |
|                                                                                                  | 1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa | 1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche                                             |                                                      | 3                                                              | 32-34             |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto                                                    |                                                      | 4                                                              | 35-38             |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali                                      |                                                      | 5                                                              | 39-43             |            |        |       |    |
|                                                                                                  | 1.4 Continuità delle cure                                           | 1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure                                            |                                                      | 6                                                              | 44-49             |            |        |       |    |
|                                                                                                  | 2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura    | 2.1 Accessibilità fisica                                                                  |                                                      | 2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali | 9                 |            | 3      | 50-52 | 47 |
|                                                                                                  |                                                                     |                                                                                           |                                                      | 2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto          |                   |            | 9      | 53-61 |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 2.2 Logistica e segnaletica                                                               |                                                      | 2.2.1 Orientamento e segnaletica                               |                   |            | 2      | 62-63 |    |
|                                                                                                  |                                                                     |                                                                                           |                                                      | 2.2.2 Percorsi interni                                         |                   |            | 2      | 64-65 |    |
| 2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"                                                         |                                                                     | 2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza                                  | 7                                                    | 66-72                                                          |                   |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"                                            | 4                                                    | 73-76                                                          |                   |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 2.3.3 Comfort alberghiero                                                                 | 8                                                    | 77-84                                                          |                   |            |        |       |    |
| 2.4 Comfort generale della struttura                                                             |                                                                     | 2.4.1 Comfort dei servizi comuni                                                          | 8                                                    | 85-92                                                          |                   |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 2.4.2 Comfort delle sale d'attesa                                                         | 4                                                    | 93-96                                                          |                   |            |        |       |    |
| 3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza                                      |                                                                     | 3.1 Semplificazione delle procedure                                                       | 3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione | 5                                                              |                   | 4          | 97-100 | 21    |    |
|                                                                                                  | 3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni    |                                                                                           | 3                                                    |                                                                | 101-103           |            |        |       |    |
|                                                                                                  | 3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza       | 3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria                             | 8                                                    |                                                                | 104-111           |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 3.2.2 Accesso alle informazioni                                                           | 4                                                    |                                                                | 112-115           |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 3.2.3 Contenuti e accessibilità del sito web                                              | 2                                                    |                                                                | 116-117           |            |        |       |    |
| 4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino                                               | 4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente               | 4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale                         | 5                                                    | 15                                                             | 118-132           | 27         |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente      |                                                      | 4                                                              | 133-136           |            |        |       |    |
|                                                                                                  | 4.2 Relazione con il cittadino                                      | 4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino                                   |                                                      | 5                                                              | 137-141           |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 4.2.2 Accoglienza                                                                         |                                                      | 2                                                              | 142-143           |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     | 4.2.3 Formazione del personale di contatto                                                |                                                      | 1                                                              | 144               |            |        |       |    |
|                                                                                                  |                                                                     |                                                                                           | 29                                                   |                                                                |                   | 144        |        |       |    |

doc. Agenas

**ID 060**

**REPROCESSING IN ENDOSCOPIA: LE INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL REPROCESSING IMPLEMENTATE DALL'A.O.U. FEDERICO II**

A. Perrone 1; E. Montella 2 ; A. Zannettone1; G. Fuschino1; A. Trimarchi1 ; G. D'Onofrio 2; F. Rubba 2

*Affiliazione: 1UOS Ingegneria Clinica A.O.U. Federico II ; 2 Direzione Sanitaria A.O.U. Federico II*

**INTRODUZIONE**

Una review, effettuata da Seoane – Vazquez et al, ha messo in luce che oltre il 94% degli eventi infettivi collegati all'atto endoscopico, seppur rari, potevano essere evitati migliorando le fasi di pulizia e disinfezione degli endoscopi e degli accessori.

L'A.O.U. Federico II ha allestito un'innovativa piastra endoscopica che farà registrare un incremento delle procedure endoscopiche, sia diagnostiche che interventistiche. L'U.O.S. Ingegneria Clinica in collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale ha elaborato, anche indicazioni operative da adottare nel reprocessing in endoscopia, sulle basi dell'evidenza clinica, contestualizzandole alla realtà di un grande Policlinico Universitario

**MATERIALI E METODI**

Il metodo adottato ha visto la collaborazione di un gruppo multidisciplinare di professionisti dell'A.O.U., tra cui medici igienisti, ingegneri clinici, coordinatori infermieristici, responsabile medico del servizio di endoscopia aziendale, addetto alla sicurezza aziendale, per la definizione delle criticità e l'individuazione condivisa delle soluzioni. Sono state confrontate le pratiche in uso presso l'A.O.U. con le indicazioni da linee guida così da individuare i cambiamenti da apportare attraverso la definizione delle indicazioni operative aziendali e la loro successiva implementazione e coinvolti i principali produttori di apparecchiature per reprocessing presenti sul mercato, al fine di apportare alle linee operative il loro contributo.

**RISULTATI**

Il documento prodotto rappresenta uno strumento utile ad indirizzare le attività dei professionisti dell'A.O.U. e rappresenta un punto di riferimento per favorire i programmi di audit aziendale . E' stato inoltre progettato un corso di formazione

**CONCLUSIONI**

I risultati ottenuti dal gruppo di lavoro tracciano un quadro coerente e concorde sugli aspetti critici e sulla fattibilità di opportuni cambiamenti in un contesto multidisciplinare riguardo le fasi essenziali del reprocessing.





ORGANIZING SECRETARIAT:



Via Ambrogio Binda, 34 | 20143 Milano - Italy  
Ph. +39 02 34934404 | Fax +39 02 34934397  
[www.mcascientificevents.eu](http://www.mcascientificevents.eu) | [www.mca-group.eu](http://www.mca-group.eu)  
[info@mcascientificevents.eu](mailto:info@mcascientificevents.eu)

**ID 084**

**TREEMAP PER LO STANDARD DI QUALITÀ E VALUTAZIONE COMPLETEZZA CARTELLE CLINICHE: VERIFICA DI CONFERMA**

G. Gervasi 1; A. Russomanno 1; L. Morucci 1; G. Visconti 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

2 Direzione Sanitaria, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata Roma

**INTRODUZIONE**

Il Programma Regionale Valutazione di Esito degli Interventi Sanitari (PREVALE) ed. 2016 ha introdotto il TREEMAP come novità nel monitoraggio degli esiti delle strutture ospedaliere. Tale strumento permette di monitorare costantemente l'aderenza a standard di qualità di 7 aree cliniche principali. All'interno della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata (PTV) è stato possibile monitorizzare solo i dati di 6 aree cliniche in quanto non è presente il reparto di Ostetricia. Scopo dello studio è confermare i dati del Treemap attraverso una valutazione sulla completezza delle cartelle cliniche.

**METODI**

Sono state analizzate in modo random le cartelle cliniche afferenti alle 6 aree individuate dal PREVALE all'interno dal PTV al fine di una valutazione complessiva della completezza delle documentazione clinica. Attraverso una check-list condivisa in tutto il territorio regionale è stato possibile valutare la qualità della cartella clinica delle 6 aree individuate relativa agli item che presentavano un maggior peso medico-legale.

**RISULTATI**

Le 6 aree individuate dal prevale presentano i seguenti score di aderenza a standard di qualità degli indicatori di esito per il PTV: molto alto per l'ortopedia; alto per la cardiologia, la chirurgia oncologica e la pneumologia; medio per la Neurologia e Chirurgia Generale. Delle 6 aree esaminate è stato possibile evidenziare: un ottima corrispondenza per le cartelle della Cardiologia (>90% di aderenza); una buona aderenza (>70%) per le cartelle di ortopedia e pneumologia; una discreta aderenza (>65%) della chirurgia generale, chirurgia oncologica e neurologia.

**CONCLUSIONI**

Dalla nostra analisi è emersa una buona corrispondenza tra i dati sulla qualità della completezza della cartella clinica e i dati del Treemap. Pertanto i dati del Treemap sono degli strumenti utili per indirizzare e focalizzare gli strumenti di auditing interni allo scopo di migliorare la qualità del servizio di una struttura ospedaliera.

**ID 087**

**LE DIMISSIONI PROTETTE IN AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA: ANALISI DATI ED EFFETTO SULLE RIOSPEDALIZZAZIONI**

E. Cametti 1; S. Tardivo 2; G. Ghirlanda 3; G. Tarondi 4; MC. Magagnotti 5; I. Aprili 1; L. Antolini 1; C. Bovo 6

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Verona, Verona  
2 Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

3 Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera, Direzione Medica Ospedali

**INTRODUZIONE**

La necessità di garantire continuità nel percorso assistenziale ospedale-territorio per i pazienti fragili ha orientato alla realizzazione di percorsi di dimissione "protetti" (ADP).

Il progetto realizzato tra l'AOUI di Verona e l'Azienda ULSS20 ha previsto la realizzazione di una procedura condivisa di dimissione protetta su supporto informatico che consente una comunicazione ospedale-territorio in tempo reale e bidirezionale.

La prima analisi sulla completezza di compilazione dei campi ha mostrato alcune criticità. Si è deciso quindi di attuare monitoraggio stretto e di implementare la formazione degli operatori circa l'importanza della corretta compilazione.

**OBIETTIVI**

Obiettivo dello studio è valutare se tali azioni hanno comportato una maggior aderenza alla procedura e se i percorsi di dimissione protetti contribuiscono a ridurre le riammissioni ospedaliere.

**METODI**

È stato analizzato il flusso dati relativi ai pazienti inseriti in percorso ADP ed è stato operato un confronto tra l'anno 2015 e il I semestre 2016. Sono stati inoltre analizzati i ricoveri ripetuti per la popolazione dei pazienti fragili presi in carico e non, rispettivamente.

**RISULTATI**

La compilazione del campo data di presa in carico è aumentata da 19,3% nel 2015 a 25,2% nel I semestre 2016; il campo data di presunta dimissione è stato compilato nel 42% dei casi nel 2015, nel 54,3% nel I semestre 2016.

Nel 2015 l'8% dei pazienti presi in carico ha presentato almeno un ricovero ripetuto entro 360 giorni, mentre tra i pazienti non presi in carico il 15,6% ha presentato almeno un ricovero ripetuto, differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONI**

Nel I semestre 2016, rispetto al 2015, si è osservata una maggior compilazione dei campi data di presa in carico e di presunta dimissione, evidenziando un miglioramento dell'aderenza alla procedura. Il percorso ADP si è mostrato efficace nel ridurre le riammissioni ospedaliere grazie alla presa in carico territoriale.

**ID 088**

**RIORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI DI CURA OSPEDALIERI TRAMITE IMPLEMENTAZIONE DEL DAY SERVICE AMBULATORIALE ED ATTIVAZIONE DELLA SEZIONE DECISIONE CLINICA: ANALISI DELL'EFFETTO SUI RICOVERI RIPETUTI**

I. Aprili 1; C. Bovo 2; G. Ghirlanda 3; M. Somnavilla 4; C. Bortolotti 4; R. Castello 5; E. Cametti 1; L. Antolini 1; S. Tardivo 6

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Verona, Verona

2 Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

3 Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera, Direzione Medica Ospedaliera,

**INTRODUZIONE**

In Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona negli ultimi anni si è attuata una modifica organizzativa per trattare in regime di Day Service ambulatoriale alcune patologie prima gestite in ricovero ordinario. Tale attività ha registrato un incremento del 33% negli ultimi cinque anni.

Inoltre, a partire dal 2012, è stata attivata presso l'AOUI la Sezione di Decisione Clinica (SDC), finalizzata alla presa in carico di pazienti afferiti in Pronto Soccorso con patologie acute la cui stabilizzazione con opportuni interventi diagnostici e terapeutici è ragionevolmente stimata tra le 48 e le 72 ore con possibilità di completare il percorso di cura nel Day Service Ambulatoriale.

Obiettivo dello studio è valutare se questi interventi abbiano portato ad una riduzione dei ricoveri ripetuti a 30 giorni, considerati indicatore di performance del sistema sanitario.

**METODI**

E' stato analizzato, per gli anni 2010 e 2015, il numero di riammissioni a 30 giorni nelle U.O. di area medico-geriatrica (ad esclusione di medicine specialistiche caratterizzate da elevato tasso di ricoveri ripetuti per la tipologia di patologia trattata come ad esempio oncologia); il numero di riammissioni è stato rapportato al numero totale di dimissioni dalle stesse U.O., rispettivamente per il 2010 e il 2015.

**RISULTATI**

Nell'area considerata il numero di ricoveri ripetuti a 30 giorni nel 2010 è stato 2066, su un totale di 13722 dimissioni (15%), mentre nel 2015 tale percentuale è scesa all'11,1% (1519 riammissioni su un totale di 13617 dimissioni), differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONI**

La riduzione significativa delle riammissioni nell'anno 2015, rispetto al 2010, potrebbe essere attribuita agli interventi organizzativi di incremento dell'attività di Day Service e all' avvio dell'SDC. Un limite di questo studio è non aver valutato le categorie diagnostiche di ammissione dei ricoveri ripetuti, tuttavia l'analisi è stata effettuata in area omogenea.

**ID 112**

**SCREENING DEL RISCHIO DI CADUTA IN REPARTI RIABILITATIVI. STUDIO PROSPETTICO**

A. Bargellini 1; I. Campanini 1,2; S. Mastrangelo 3; A. Merlo 2

1 Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, Modena

2 Dipartimento di Riabilitazione, AUSL di Reggio Emilia - Laboratorio Analisi Movimento, Reggio Emilia

3 Programma Governo Clinico,

**INTRODUZIONE**

Le cadute rappresentano la principale causa (30%) di eventi avversi in ambiente ospedaliero. Percorsi di prevenzione (educazione, screening, interventi mirati) possono dimezzare l'incidenza del fenomeno. Questi sono implementati nei reparti che ospitano soggetti anziani. Sono invece trascurati i reparti di riabilitazione in cui, tuttavia, il tasso di cadute è molto elevato. In questo studio si testa la possibilità di estendere ai reparti riabilitativi l'uso di una scala per la valutazione del rischio di caduta, già validata per setting geriatrici, medicine e lungodegenze

**METODI**

Per un semestre, la scala Hendrich Fall Risk Model II (HIFRM), è stata somministrata a tutti i pazienti ricoverati nei reparti di riabilitazione dell'ospedale di Correggio, AUSL di RE, entro 24 ore dall'ammissione. L'occorrenza di cadute è stata verificata quotidianamente da due operatori dedicati. La capacità predittiva della scheda è stata valutata mediante il calcolo dell'area sottesa dalla curva ROC (AUC). Si sono calcolati il miglior cut-off ed i valori di sensibilità (Se) e specificità (Sp) conseguenti

**RISULTATI**

La HIFRM è risultata somministrabile in 147 dei 191 soggetti ricoverati (77%), con i fallimenti imputabili a soggetti completamente allettati (stati vegetativi, politraumi) e quindi non a rischio di caduta. Durante il periodo di osservazione sono caduti 11 soggetti (7,5%), 9 dei quali con patologie neurologiche. La HIFRM ha dimostrato un potere predittivo moderato, con AUC = 0,779 (95%IC 0,685-0,873). Il cutoff originale della scala, pari a 5 punti su 16 massimi, porta a Se=100%, Sp=49%. Soglie più elevate sono risultate preferibili per campioni riabilitativi (Figura). Le soglie 7 ed 8 offrono i migliori compromessi tra Se e Sp.

**CONCLUSIONI**

La scala HIFRM, con cutoff ottimizzato, può essere utilizzata in tutti i reparti ospedalieri in cui sia necessaria una procedura di screening del rischio di caduta, con grande semplificazione dal punto di vista organizzativo.

**ID 114**

**ESPERIENZA DI GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DEL DOLORE IN OSPEDALE: IL COMITATO OSPEDALE SENZA DOLORE DEL PRESIDIO "SAN MICHELE" DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G.BROTZU" DI CAGLIARI**

A. Zucca; V. Serafini; C. Ghiani; M. Spissu

*Presidio Ospedaliero "San Michele" Azienda Ospedaliera "G.Brotzu", Cagliari*

**INTRODUZIONE**

La Direzione del Presidio della A.O Brotzu, in linea con gli accordi del 2001 tra Ministero della Sanità, Regioni e Province Autonome e la Legge 38/2010, ha contribuito nel 2012 alla costituzione del Comitato Ospedale senza Dolore (COsD) composto da referenti della Direzione, dell'area anestesiologicala, chirurgica, medica, infermieristica e della Farmacia Ospedaliera.

**METODI**

Il COsD si è riunito mensilmente e ha redatto le "Raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore", condividendo con gli operatori sanitari strumenti di rilevazione e trattamento atti a garantire uniformità nelle pratiche assistenziali e nell'accesso alle cure del dolore. Le Raccomandazioni contengono 4 fasi operative: valutazione, registrazione, trattamento, rivalutazione e 2 schede da

inserire in cartella clinica: "scheda di valutazione del dolore all'ingresso" con dati anagrafici del paziente e del parametro dolore, compilata dal medico mediante scale NRS, VISUAL, FLACC; e la "scheda di monitoraggio" con grafico su rilevazioni giornaliere. Le schede sono state validate nel 2013, previa sperimentazione, e condivise nei Dipartimenti mediante riunioni programmate. Nel 2015 sono state integrate schede specifiche per Neonatologia e Neuroriabilitazione e nel Marzo 2016 l'Azienda ha deliberato le Raccomandazioni definitive. Parallelamente, la Direzione ha realizzato corsi formativi per rendere operative le Raccomandazioni e attivare protocolli, coinvolgendo 492 operatori sanitari e ha eseguito il monitoraggio annuale delle schede valutando la percentuale di compilazione posta come obiettivo di budget aziendale.

**RISULTATI**

Dal monitoraggio di un campione casuale del 2015, risulta che il 91,7% di cartelle di area chirurgica e il 97,7% di cartelle di area medica sono complete di scheda di valutazione.

**CONCLUSIONI**

I risultati ottenuti dimostrano l'importanza del lavoro in equipe, del supporto della Direzione e della formazione continua programmata attualmente per l'anno 2017.

**ID 136**

**NUOVE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE PER IL PRONTO SOCCORSO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE PEDIATRICO MEYER**

F. Puggelli 1; A. Sala 1; D. Paolini 2; S. Masi 3; G. Bonaccorsi 2; P. Bonanni 2; F. Bellini 1  
1 Direzione Sanitaria – Azienda Ospedaliero Universitaria “A. Meyer”  
2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Firenze  
3 SOC Pronto Soccorso Pediatrico Regionale - Azienda Ospedaliero Universitaria “A. Meyer”

**INTRODUZIONE**

Il fenomeno dell'iperafflusso di pazienti in Pronto Soccorso (PS), che determina un eccessivo e non programmabile sovraffollamento, è un evento ampiamente noto e dibattuto a livello globale. Dal 2004 al 2015 il numero di accessi al PS dell'AOU Meyer è incrementato del 41,4%, passando da 31272 a 44213. Il PS pediatrico ha delle peculiarità che lo contraddistinguono da quello generalista. Innanzitutto i codici minori (bianchi e verdi) rappresentano oltre il 90% della casistica e gli accessi risentono maggiormente di alcune caratteristiche oscillazioni temporali sia stagionali che correlate ai giorni della settimana.

**METODI**

All'AOU Meyer è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da medici ed infermieri con il compito di analizzare il percorso del paziente all'interno del PS, identificarne le aree critiche, sviluppare soluzioni organizzative adeguate alla struttura anche sulla base dei dati presenti in letteratura e monitorare le modifiche attuate.

**RISULTATI**

La riorganizzazione è avvenuta su più livelli. E' stata implementata una riorganizzazione strutturale con l'individuazione di una nuova area Triage e Fast Track, di spazi aggiuntivi da attivare nei momenti di iperafflusso e di un'area per l'attesa osservata. Per quanto riguarda il percorso assistenziale, con l'obiettivo di organizzare in modo distinto i flussi dei codici minori e maggiori, sono stati revisionati gli algoritmi di Triage, implementati il See & Treat e Fast Track pediatrici basandosi su protocolli diagnostico-terapeutici condivisi tra medici e infermieri. Per intervenire sul boarding è stata introdotta la figura del Bed Manager e gli strumenti del Visual Hospital secondo il modello del Lean Thinking.

**CONCLUSIONI**

L'attuazione di queste strategie ha determinato una riduzione significativa del sovraffollamento ed un miglioramento sul piano assistenziale del percorso del paziente, con un utilizzo più appropriato di spazi e risorse.

**ID 149**

**L'ATTIVITÀ DI VERIFICA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEI SERVIZI TRASFUSIONALI E DELLE UNITÀ DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLA REGIONE PUGLIA**

R. Rizzi; M. Conversano; C. Calamai; L. Mastronuzzi  
ASL TARANTO - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

**INTRODUZIONE**

Il DLgs191/2005 e l'Accordo del 16.12.2010, ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per i servizi trasfusionali e le unità di raccolta del sangue ed emocomponenti e il modello visite di verifica processi di autorizzazione e accreditamento regionale. La Puglia ha recepito ciò con il R.R 25.06.12 per le unità di raccolta fisse e mobili autoemoteca e con il R.R 2.07.13 per la Medicina trasfusionale.

**METODI**

Per l'Autorizzazione all'Esercizio e l'Accreditamento in Puglia si è partiti con i piani di adeguamento che le Asl dovevano operare entro il 31.12.2013. Il Dipartimento di Prevenzione di Taranto ha organizzato un team di verifica composto dal Direttore del Dipartimento 1Medico Igienist, 1Valutatori 4Tecnici della Prevenzione Sisp/Spesal che hanno verificato i requisiti di legge on site secondo lo schema di audit di norma ISO19011:2003. Le "non conformità" sono state comunicate al rappresentante legale delle strutture sanitarie, concedendo agli stessi dei giorni per il loro superamento. Risolte le "non conformità", si è proceduto al follow-up e rilasciato il parere per la Regione.

**RISULTATI**

Il Dipartimento di Taranto ha operato 7 verifiche di PP.OO regionali e 15 verifiche SSIMT e U. Raccolta sangue ed Autoemoteca ASL Taranto. E' emerso che per 2 PP.OO. vi era la mancanza dei requisiti Strutturali, tecnologici e Organizzativi per 1 P.O. la mancanza di requisiti Strutturali e Tecnologici. pertanto sono stati espressi pareri contrari ai fini dell'accREDITamento di questi SSIMT e 2 Unità di raccolta sangue non sono state autorizzate ed accreditate per molte strutture è stata segnalata la mancanza dell'Agibilità, Prevenzione Incendi e non conformità alle norme antisismiche.

**CONCLUSIONI**

E' necessario che al più presto i PP.OO. adeguino le proprie strutture definendo altresì il rilascio di Agibilità Prevenzione Incendi e non conformità alle norme antisismiche ma comunque grazie a queste verifiche molti adeguamenti sono stati effettuati.





Dipartimento di Prevenzione  
Tel. 099.7786515 – 7786516  
Via D. Peluso, 117 – Taranto

STRUTTURA TRASFUSIONALE

Sede: \_\_\_\_\_

Accreditamento

Data: Maggio 2015

Pagina 1 di 5

### Struttura Trasfusionale

| REQUISITO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EVIDENZE ON SITE                                        |      |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|
| N.        | REQUISITI STRUTTURALI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | GIUDIZIO DI CONFORMITA'                                 | NOTE |
| 1         | La Struttura Trasfusionale dispone di locali atti a garantire l'idoneità all'uso previsto, con specifico riferimento alla esigenza di consentire lo svolgimento delle diverse attività in ordine logico, di fine di contenere il rischio di errori, nonché operazioni di pulizia e manutenzione atte a minimizzare il rischio di contaminazioni.                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |      |
| 2         | E' garantita l'idoneità dei locali prima dell'utilizzo, ad intervalli regolari e a seguito di modifiche rilevanti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |      |
| 3         | I locali e gli spazi sono commisurati alle tipologie ed ai volumi delle prestazioni erogate.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |      |
| 4         | Presenza di un'area per attesa e accettazione dei donatori di sangue e di emocomponenti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |      |
| 5         | Presenza di un locale destinato al colloquio e alla valutazione delle condizioni generali di salute del donatore per la definizione del giudizio di idoneità alla donazione, tale da tutelare il diritto del donatore alla privacy e da garantire la confidenzialità necessaria per una corretta e completa acquisizione delle informazioni anamnestiche rilevanti ai fini della sicurezza dei prodotti del sangue. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |      |

REQUISITI STRUTTURALI – STRUTTURE TRASFUSIONALI

Data Sopralluogo \_\_\_\_\_

**ID 161**

**LEAN THINKING AL PRONTO SOCCORSO**

A. Ferraro; M.V. Di Cicco; M.A. Russo; G.Improta; M. Triassi

*Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Napoli*

**INTRODUZIONE**

Il Pronto Soccorso (PS) è chiamato a gestire ingenti flussi di pazienti con tempi di reazione ristretti. Tali aree sono caratterizzate da fenomeni di congestionamento e da lunghi tempi di attesa e trattamento per i pazienti in ingresso. In un contesto come questo gli strumenti tipici del Lean thinking trovano ottima applicabilità. Lean è un termine adottato dalla produzione giapponese, la definizione di una filosofia che aborrisce i rifiuti in qualsiasi forma e si sforza incessantemente per eliminare i difetti. Lo scopo del lavoro è di analizzare il processo di cura al PS in ottica Lean.

**METODI**

Sono stati analizzati i tempi storici degli accessi al PS del Cardarelli di Napoli durante il periodo Gennaio – Dicembre 2014, per un totale di 72414 record. I dati sono stati analizzati utilizzando la Value Stream Map (VSM): si tratta di uno strumento grafico utile a stabilire, da un lato, dove risiede il valore all'interno delle attività che costituiscono il processo, dall'altro, ad individuare azioni prive di valore aggiunto.

**RISULTATI**

Dall'analisi della VSM abbiamo calcolato un lead time di 585 minuti, di cui:79 minuti relativi al processo e i restanti 506 di attesa. L'86 % del tempo di permanenza è attesa, di cui il 47% è relativa al tempo necessario al passaggio delle informazioni necessarie da una fase a quella successiva. Abbiamo valutato che in media trascorrono circa 180 minuti per visualizzare i referti, che vengono inviati al sistema informativo in uso al PS. Al fine di ridurre il tempo di latenza che intercorre tra la ricezione del referto e la visualizzazione dello stesso è stata implementata una applicazione che notifica real time la disponibilità del referto.

**CONCLUSIONI**

L'unico approccio efficace per la spending review è basato sull'analisi scientifica e strutturata dei processi, per identificare i reali elementi di spreco e i margini di miglioramento.

**ID 219**

**FARMACIA SATELLITE DEI BLOCCHI OPERATORI**

F. Petrelli 1; G. Brigati 2; I. Grappasonni 1; M. Cocchioni 3; L. Morichetti 3; E. Ortolani 2

1 Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera, Scuola di Scienze del Farmaco e dei Prodotti della Salute, Università degli Studi di Camerino

2 Servizio di Farmacia Ospedaliera Ospedale Maggiore Bologna, Azienda USL Bologna

3 Centro Ricerche Igiene

**INTRODUZIONE**

L'Azienda USL di Bologna ha adottato un nuovo sistema di gestione dei materiali in sala operatoria con l'istituzione della "Farmacia Satellite" che provvede all'allestimento di kit procedurali nominali, standardizzati per analogo intervento. Tra le attività di cui si occupa, vi è il monitoraggio sull'impiego razionale dei DM. Un esempio riguarda le protesi d'anca. L'obiettivo è valutare l'adesione della pratica clinica aziendale ai criteri condivisi definiti nel documento 208/2011.

**METODI**

Sono stati considerati gli interventi di artroprotesi primaria effettuati nel periodo 2012-2014. I costi medi per tipologia di accoppiamento si riferiscono all'impianto completo.

**RISULTATI**

Sono stati effettuati 825 impianti di protesi d'anca di cui 224 di artroprotesi. Emerge che l'accoppiamento testina-inserto ceramica-ceramica rispetta i criteri regionali, così pure quello polietilene (PE) reticolato-ceramica. In molti casi invece è stato utilizzato il PE reticolato o standard accoppiato con metallo anche in pazienti di età inferiore a 70 anni, sebbene il documento preveda l'uso di impianti a maggiore innovazione. Alla luce di tale discrepanza, si è valutato l'impegno economico che scaturisce dalle raccomandazioni elaborate. Si riscontra che gli accoppiamenti PE reticolato-metallo e PE standard-metallo risultano essere più economici della tipologia ceramica-ceramica (mediamente 1.700€ vs 2.700€).

**CONCLUSIONI**

L'analisi ha dimostrato che le raccomandazioni rispecchiano la maggior parte delle scelte compiute in ambito aziendale. Tuttavia, sebbene alcuni impianti risultino inappropriati in pazienti giovani, poiché i registri nazionali confermano la loro sicurezza ed efficacia, si possono ritenere validi impianti anche in tali pazienti. L'attività di governo dei DM all'interno della Farmacia Satellite dei blocchi operatori ha portato negli anni ad una ottimizzazione delle risorse mostrando l'utilità, anche in questo ambito assistenziale, del Farmacista di "reparto".

*farmacia ospedaliera; aspetti gestionali*

**ID 236**

**LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI NEOPLASTICI**

A. Bodina 1; C. Radice 2; M. Cozzi 3; S. Schieppati 4; G. Benedetti 5; G. De Filippis 6; M. Lombardo 7

1 Direzione Sanitaria, A.S.S.T. Ovest Milanese

2 Responsabile Risk Management, A.S.S.T. Ovest Milanese

3 Coordinatore U.O. Qualità, A.S.S.T. Ovest Milanese

4 Responsabile Valutazione Tecnologie Sanitarie, A.S.S.T. Ovest Milanese

5 Ingegnere Clinico, A.S.S.

**INTRODUZIONE**

La prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici è fondamentale per garantire la sicurezza del paziente. Presso l'ASST Ovest Milanese la preparazione dei farmaci è centralizzata presso l'Unità Farmaci Antineoplastici.

**METODI**

Sono state analizzate le diverse fasi della filiera del farmaco antineoplastico con focus su quelle in cui è più stretto il legame tra paziente, operatore sanitario e farmaco: prescrizione, preparazione, somministrazione.

La richiesta della terapia farmacologica viene fatta dal medico prescrittore tramite schemi di terapia. La raccolta ordinata e dinamica di suddetti schemi è realizzata con template informatizzati (Prescrizione Elettronica Assistita) in cui sono definiti gli elementi quali data di prescrizione, identificativo del paziente, altezza e peso.

Al preparato pronto per la somministrazione va apposta un'etichetta che riporti tutte le informazioni necessarie all'identificazione, conservazione e somministrazione.

Per ogni trattamento chemioterapico devono documentate in cartella clinica:

- valutazione clinica e performance status
- rilevazione dei parametri vitali e del peso
- verifica della presenza di allergie, precedenti reazioni e tossicità legate ai trattamenti
- valutazione delle problematiche psicosociali e dei bisogni di supporto
- valutazione della tossicità della terapia prescritta e della sostenibilità al trattamento
- ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica in corso

**RISULTATI**

La mappatura nei 4 ospedali dove si effettuano terapie oncologiche secondo gli items previsti dalla raccomandazione ministeriale ha evidenziato aree di miglioramento trasversali. E' stata redatta un'unica procedura a valenza aziendale e sono stati condivisi protocolli di trattamento.

**CONCLUSIONI**

L'acquisizione del programma informatizzato garantisce la sicurezza dei pazienti e facilita gli operatori nelle diverse fasi della prescrizione/preparazione/somministrazione della terapia antineoplastica.

**ID 300**

**SICUREZZA IGIENICO SANITARIA DEI TESSILI OSPEDALIERI**

V. Coroneo; A. Sanna; S. Succa; A. Pinna; G. Carrucci; B. Meloni; D. Collu; V. Carraro  
*Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica Università degli Studi di Cagliari Laboratorio di Igiene degli Alimenti*

**INTRODUZIONE**

L'assicurazione della qualità microbiologica dei tessili è un'esigenza sempre più importante per le strutture del settore sanitario. Nell'ottica del miglioramento della qualità e della prevenzione del rischio, è necessario considerare una fase spesso trascurata del processo produttivo delle lavanderie industriali ossia quella del trasporto della biancheria sporca dagli ospedali alla stazione di ricondizionamento. Nel presente studio è stato valutato come i tempi e le temperature di trasporto influenzino la crescita microbica nei tessili e dunque l'efficacia dei processi di lavaggio e disinfezione a cui sono sottoposti nella lavanderia industriale.

**METODI**

Sono stati allestiti dei Challenge Test microbici attraverso la contaminazione artificiale dei tessuti: traversa, lenzuolo, federa in cotone, telino in trilaminato (asciutti e umidi). I tessuti sono stati conservati alle temperature di 4°C, 20°C e 37°C. La concentrazione batterica è stata valutata, ad intervalli di tempo definiti (ogni 2h fino a 72h), con misurazioni di densità ottica e semina su terreni selettivi.

**RISULTATI**

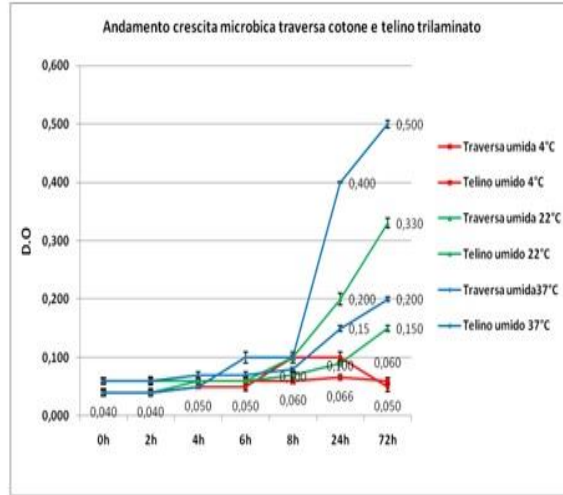
In tutti i tessuti la concentrazione batterica è rimasta invariata alla temperatura di 4°C mentre a 20°C e 37°C si è evidenziato un incremento a partire dalle 8 h (Fig.1). Le tipologie che hanno maggiormente favorito la crescita microbica sono state la traversa e il telino trilaminato umidi. In essi il microrganismo che ha presentato maggiore capacità di crescita è stato *P.aeruginosa* con valori di concentrazione medi di  $1,5 \times 10^5$  UFC/cm<sup>2</sup> a 22°C e  $1 \times 10^5$  UFC/cm<sup>2</sup> a 37°C (Tab.1).

**CONCLUSIONI**

Il grado di contaminazione nel tessile non subisce un incremento quando il trasporto avviene a temperatura controllata (4°C). Un trasporto refrigerato dei tessili ospedalieri rappresenta una misura preventiva auspicabile per tenere sotto controllo il rischio microbiologico, permettendo di minimizzare il livello di contaminazione e di ottimizzare l'efficacia dei processi di lavaggio.

*Tessili, Qualità microbiologica, Sicurezza*

Fig 1.



**ID 340**

**NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DI UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA - IGIENE OSPEDALIERA IN UN POLICLINICO UNIVERSITARIO: ANALISI E RISULTATI PRELIMINARI**

A. Borghini 1; A. Corsaro 1; G. Giubbini 1; A. Tamburrano 1; A. Tognetto 1; C. Addario 2; S. Boccia 2; S. Bruno 2; G. Damiani 2; M. G. Ficarra 2; U. Moscato 2; B. Posteraro 2; G. Quaranta 2; S. Vincenti 2; F. Boninti 2; R. Sezzatini 2; C. Turnaturi 2; M.

1 Istituto di Sanità Pubblica, sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 UOC Igiene Ospedaliera, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Largo A. Gemelli 8, Roma

3 Direzione Sanitaria, Fondazione Policlinico Universitario A.

**INTRODUZIONE**

La sicurezza in ospedale è un obiettivo igienico-sanitario prioritario da perseguire con la sorveglianza e il controllo delle situazioni ambientali a rischio. La Unità Operativa Complessa (UOC) di Igiene Ospedaliera agisce come organo tecnico di verifica, consulenza e supporto della Direzione Sanitaria attraverso l'attività integrata di expertise mediche e di professionisti sanitari (tecnici della prevenzione e biologi).

**METODI**

Dal 2013 la UOC ha dato inizio ad un processo di revisione ed implementazione delle attività di sorveglianza ambientale proattiva, esitato nella redazione di Procedure Aziendali conformi alle normative in vigore e alle migliori evidenze scientifiche.

Le attività ivi descritte rispondono alle esigenze di sicurezza in quattro Aree: A, acqua; B, alimenti; C, ambienti a carica microbica controllata; D, prodotti obbligatoriamente sterili. Le Procedure esitano nella produzione di Pareri igienico-sanitari di diversa natura: ordinario, verifica dell'ordinario, conformità, verifica di conformità. In caso di non conformità viene generato un Parere di allerta che può esitare nell'attivazione di Focus Group che vede coinvolti il Servizio Tecnico e Personale Infermieristico, e nell'adozione di misure correttive tempestive finalizzate al ripristino delle condizioni di sicurezza ambientale.

**RISULTATI**

Nel periodo 2013–2016 sono state applicate 592 Procedure (269; Area A, 150, Area B; 56, Area C, 117; Area D) che hanno generato 159 allerte.

**CONCLUSIONI**

Il numero dei PA osservato negli anni 2013–2016 è in linea con l'incremento della sorveglianza ambientale messa in atto. I Focus Group attivati per la condivisione e attuazione delle azioni correttive evidence-based e sostenibili hanno contribuito alla verifica del ripristino dell'idoneità igienico-sanitaria. Le attività descritte hanno anche coinvolto i Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, al fine di una loro attiva partecipazione nella gestione delle stesse.

**ID 349**

**LA PERSONALIZZAZIONE DEL RISCHIO OPERATORIO IN UN IRCCS AD ELEVATA COMPLESSITÀ MULTIDISCIPLINARE**

S. Cutti 1,2; N. Lanati 1; V. Favalli 3; C. Rona 1; A. Muzzi 1; E. Arbustini 3; C. Marena 1

1 Direzione Medica di Presidio - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia;

2 Sezione di Igiene - Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Università degli Studi di Pavia, Pavia;

3 LRS Area Trapiantologica - Fondazione IRC

**INTRODUZIONE**

La definizione personalizzata del rischio operatorio è fondamentale per guidare decisioni cliniche e organizzative nel periodo preoperatorio. La creazione di un indice personalizzabile che integri rischio individuale e rischio legato all'intervento può migliorare la stratificazione del rischio/paziente(pz), con impatto su decision making, patient-outcome e utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.

**METODI**

È stato disegnato uno studio osservazionale retrospettivo su 120.253 pz che hanno sostenuto 173.017 interventi chirurgici, elettivi e non, nel periodo 2002-2014, presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo. I datasource sono archivio SDO, registro chirurgico e cartella anestesiologicala. I dati sono stati analizzati con modello di regressione logistica aggiustato per età, genere, BMI, comorbidità, ASA score, rischio operatorio, tipologia e complessità dell'intervento chirurgico e disciplina di appartenenza.

**RISULTATI**

Il tasso di mortalità intraospedaliera del pz chirurgico (1.54%) è in linea con la letteratura. La mortalità per reparto è risultata: 7.8% in Cardiochirurgia; 3.5% in Neurochirurgia; 2.9% in Ch. Vascolare e 2.5% in Ch. Generale. I fattori di rischio preoperatori indipendentemente associati con la mortalità ospedaliera sono: indice di complessità chirurgica>2, rischio operatorio elevato e molto elevato, età>51, BMI<18.5. Le comorbidità associate alla mortalità sono: insufficienza renale acuta (16.1%, OR 12.65 p<0.001), scompenso cardiaco (11.5%, OR 9.35 p<0.001), ipertensione polmonare (10.3%, OR 7.52 p<0.001) e cardiomiopatie (7.7%, OR 5.65 p<0.001). Il modello multivariato risultante presenta una AUC di 0.94.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI dello studio documentano l'associazione di numerosi fattori alla mortalità chirurgica intraospedaliera. Questo rilievo unitamente all'identificazione delle comorbidità che influenzano il rischio, fornisce informazioni utili per migliorare l'organizzazione e la gestione dei pz nella fase preoperatoria.

*Rischio operatorio, mortalità ospedaliera, modelli predittivi*



**ID 373**

**COME AUMENTARE LA SENSIBILITA' NEL RILIEVO DI EVENTI AVVERSI IN OSPEDALI**

A. Verzuri 1; M.J. Kolarikkal 2; G.L. Diodati 1; L. Kundisova 1; A.M. Gentile 3; N. Nante 1,2

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 Laboratorio di Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

3 Direzione Casa di Cura San Michele, Albenga-SV

**INTRODUZIONE**

La sicurezza dei pazienti è una priorità assoluta dei servizi sanitari dei paesi più avanzati. Obiettivo del nostro studio è stato analizzare la sensibilità di rilevazione degli eventi avversi ospedalieri, con la creazione di un database alimentato da diverse fonti informative.

**METODI**

Sono state recuperate notizie di eventi avversi avvenuti in una Casa di Cura a preminente vocazione riabilitativa ortopedica dal gennaio 2011 al dicembre 2015. I dati sono stati ricavati da diverse fonti:

- incident reporting(IR)istituzionale;
- relazioni ai fini amministrativi e assicurativi;
- tabulati dei trasferimenti con il 118 al Pronto Soccorso;
- report organizzativo-ambientali non sanitari;
- attività di sorveglianza della Direzione Sanitaria.

Dal database così alimentato sono state condotte analisi sulla sensibilità delle diverse fonti e sull'epidemiologia degli eventi.

**RISULTATI**

Nel periodo oggetto di studio sono stati registrati 306 eventi avversi.

Gli eventi più segnalati sono stati i trasferimenti(51%), le cadute(31%), e, a distanza altri tipi (mancata somministrazione di farmaci, inadeguata procedura terapeutica o diagnostica,ecc).

Il sistema di IR istituzionale ha rilevato il42%degli eventi avversi: ciò significa che ne ha sottostimato almeno il58%.

Solo il28%degli eventi ha trovato riscontro in più di una delle fonti sopra citate.

**CONCLUSIONI**

La ricerca ha quantificato le debolezze (sommerso non segnalato) del sistema di IR.L'IR segnala, oltre agli eventi gravi, eventi strettamente collegati alla gestione diagnostica e terapeutica dei Pazienti; le relazioni raccolte ai fini amministrativi e assicurativi riportano praticamente solo gli eventi più gravi (soprattutto cadute); le attività di sorveglianza della Direzione Sanitaria ed i report organizzativo-ambientali intercettano anche eventi, talvolta near miss, relativi ad aspetti non strettamente clinici, ma che svelano gap organizzativi in grado di influenzare gli esiti del ricovero.

*incident reporting, aventi avversi, risk management*

**ID 378**

**VALUTAZIONE CAMPIONARIA SULLA QUALITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE CONDOTTA PRESSO IL P.O. "SAN SALVATORE" DI L'AQUILA SUI RICOVERI ORDINARI 2015**

F. Di Donna 1; F. Di Donna 1; P. Mormile 1; M. Scatigna 1; G. Micolucci 2; A. R. Giuliani 1; L. Fabiani 1

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

2 *Ospedale San Salvatore, L'Aquila*

**INTRODUZIONE**

La Cartella Clinica (CC) è uno strumento del sistema informativo sanitario essenziale per la qualità del percorso diagnostico-terapeutico degli assistiti e per la gestione economico-amministrativa dei servizi erogati. Sono state redatte linee guida, definiti criteri e condotti studi osservazionali e sperimentali sulla qualità della CC. Scopo del presente lavoro è la valutazione mediante uno strumento standardizzato della qualità delle CC compilate presso il Presidio Ospedaliero "S. Salvatore" di L'Aquila e la rilevazione delle criticità finalizzata a eventuali azioni correttive.

**METODI**

Sono state analizzate 713 CC relative a 13,631 ricoveri ordinari del 2015 in 27 Unità Operative (14 UO mediche e 13 chirurgiche) eludendo quelle a regime esclusivo in Day-Hospital e/o Day-Surgery (frazione di campionamento 5.2%, estrazione casuale stratificata).

Le dimensioni qualitative (presenza, completezza, leggibilità e tracciabilità) sono state osservate mediante una griglia di valutazione composta da 34 items, articolati in 7 sezioni. Per ciascuna è stato calcolato uno score (da -1 a +1) risultante dalla media delle osservazioni sui singoli items componenti.

**RISULTATI**

Globalmente la valutazione delle CC è positiva, ma con livelli qualitativi variabili, come riportato nella Fig. 1: la dimensione più soddisfacente è risultata la leggibilità (score massimo in tutte le sezioni) mentre la rintracciabilità la più carente (sezioni A2, B2, C ed E). L'analisi per singolo record ha evidenziato criticità specifiche su consenso, prescrizione farmacologica, registro operatorio e documentazione infermieristica, con punte rilevanti in singole UO.

**CONCLUSIONI**

Seppur positiva la valutazione ha evidenziato carenze su aspetti già studiati in letteratura. L'integrazione delle diverse competenze professionali nel processo diagnostico-terapeutico permetterà azioni correttive per migliorare la CC quale obiettivo strategico per l'uso efficace delle risorse e migliori risultati di salute.

*Cartella Clinica, Qualità, Valutazione*

**ID 386**

**SETTING ASSISTENZIALI NEGLI INTERVENTI DI QUADRANTECTOMIA NELLA REGIONE VENETO**

A. Carli 1; V. Niero 1; S. Tardivo 2; G. Callegaro 3; V. Baldo 4; M. Saia 5;

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

2 Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona, Verona

3 Regione Veneto Azienda ULSS 13, Mirano

4 Dipartimento di Med

**INTRODUZIONE**

La quadrantectomia rappresenta l'opzione di scelta nell'approccio chirurgico conservativo delle neoplasie della mammella. Tale trattamento ben si concilia con il ricorso a setting assistenziali a ridotto consumo di risorse quale il regime diurno di ricovero. Scopo dello studio è valutare l'erogazione nei diversi setting assistenziali della quadrantectomia nelle aziende sanitarie del Veneto.

**METODI**

E' stato condotto uno studio retrospettivo sulle SDO del periodo 2001-2014 con procedura quadrantectomia (ICD9-CM 85.22). E' stata effettuata una stratificazione per setting assistenziale, tipologia di struttura ospedaliera e volumi di prestazioni da queste erogate, definendo ad alto volume di attività le strutture con oltre 100 interventi annui.

**RISULTATI**

Nel periodo 2001-2014 sono state effettuate 30.957 quadrantectomie, con un incremento dell'85% dei casi annui (1.526 nel 2001 Vs. 2.825 nel 2014). Stabile risulta l'età media di  $60,3 \pm 7,2$  anni.

L'82% degli interventi (25.260) sono stati condotti in ricovero ordinario; il setting diurno ha però avuto un significativo incremento costituendo il 40% dei ricoveri del 2014 rispetto al 4% dei ricoveri annui effettuati fino al 2006 ( $p < 0,05$ ). La degenza media mostra una rilevante contrazione da 6,2 a 2,6 giorni, con dimezzamento della componente preoperatoria scesa da 1,1 a 0,5 giorni ( $p < 0,05$ ).

Dalla stratificazione per struttura, sugli ultimi 5 anni della casistica, il ricorso al regime diurno risulta pari al 33% dei ricoveri con un maggior impiego nelle private accreditate (44% Vs. 31%; OR 1,72 IC95%: 1,57-1,89;  $p < 0,05$ ). L'erogazione in regime diurno risulta infine maggiore nelle strutture ad alti volumi di attività: 44% Vs. 24% (OR 2,39; IC95%: 2,22-2,58;  $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONI**

Emerge dunque un crescente ricorso al setting diurno per gli interventi di quadrantectomia, in particolare nelle strutture maggiormente orientate ad un più efficiente impiego di risorse che si realizza con la riduzione della degenza media.

*Quadrantectomia, neoplasie della mammella, setting assistenziale, volumi di attività*

**ID 389**

**MODELLI DI SIMULAZIONE E DI OTTIMIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL DIPARTIMENTO D'EMERGENZA**

M.A. Russo 1; M.V. Di Cicco 1; A. Ferraro 1; G. Improta 1; M. Triassi 1  
*Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Napoli Federico II*

**INTRODUZIONE**

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) rappresenta il punto cruciale per l'ospedale quale centro per le cure mediche e come un accesso continuo per i ricoveri ordinari, pertanto la gestione ed il monitoraggio dei processi clinici ha un ruolo fondamentale. Lo scopo del lavoro è di progettare e sviluppare un simulatore in grado di rappresentare correttamente il DEA.

**METODI**

Uno strumento utile per la valutazione a priori dei programmi di miglioramento è dato dalla simulazione, che consiste nella riproduzione di un ambiente controllato. Dall'analisi dell'organizzazione del Pronto Soccorso (PS) si evince che esso lavora in modo analogo ad una Sistema Operativo che lavora secondo politiche di scheduling di tipo preemptive. Per la modellazione sono stati utilizzati dati relativi agli accessi in PS dell'AORN Cardarelli di Napoli nel periodo Gennaio-Dicembre 2014 per un totale di 74.414 record e sono state calcolate le distribuzioni assolute e relative per codice e per specialità.

**RISULTATI**

È risultato che il tasso di arrivo dei pazienti varia in relazione al giorno della settimana e all'ora ed è modellabile con una distribuzione esponenziale negativa. È emerso un diverso tempo di servizio per i pazienti per cui vengono richiesti esami di laboratorio o di radiologia rispetto a quei pazienti per cui non sono previsti esami strumentali; il tempo di servizio è stato rappresentato con una distribuzione log normale.

**CONCLUSIONI**

L'utilità della simulazione deriva dal fatto che il sistema oggetto di studio spesso non può essere studiato direttamente, a causa di vincoli di natura fisica, economica o organizzativa. I manager sanitari possono applicare la Simulazione ad Eventi Discreti per valutare la performance attuale, predire l'impatto di cambiamenti operativi ed esaminare il trade-off tra le variabili di sistema.

*Dipartimento Emergenza Accettazione, Pronto Soccorso, Sistema Operativo, Simulazione*

**ID 392**

**SVILUPPO E APPLICAZIONE DI UN PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO IN SEGUITO AD UN INCREMENTO INATTESO DI EVENTI AVVERSI IN SALA OPERATORIA**

A. Moccia 1; R. Quattrin 1; C. Battistella 2; E. Fabbro 2; S. Brusaferro 1,2

1 SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

2 Dipartimento Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine

**INTRODUZIONE**

L'ambito chirurgico rappresenta un'area in cui il rischio di eventi avversi (EA) è alto. La letteratura riporta un tasso di EA compreso tra 7% e 37%. Le complicanze interessano: paziente, procedura e sito chirurgico errati, non corretta gestione dell'apparecchiatura anestesiológica, ritenzione di garza. Scopo dello studio è lo sviluppo e l'applicazione di una metodologia efficace, reattiva ed economica per gestire un incremento inaspettato di EA nelle sale operatorie (SO) di un ospedale universitario con 30000 interventi chirurgici all'anno.

**METODI**

Lo studio è stato condotto dal giugno a dicembre 2015 e si è svolto in 3 fasi: 1. analisi dell'andamento degli EA raccolti tramite il sistema di incident reporting (IR) dal 2014 al 2015; 2. sviluppo di un programma per migliorare la sicurezza del paziente chirurgico; 3. applicazione e valutazione dell'efficacia del programma.

**RISULTATI**

Le segnalazioni totali di IR sono state 825 (10.3% in SO) nel 2014 e 645 (17.5% in SO) dall'1/1/15 al 31/5/15 [RR=1.7, IC95%= 1.3-2.2, p<0.0001] con 2 eventi sentinella. A fronte dell'incremento significativo sono state programmate 177 osservazioni sul campo in 13 SO, con l'impegno di 25 persone per 1 settimana a giugno, luglio, novembre 2015 tramite una checklist con 14 items inerenti il percorso del paziente : marcatura sito, time-out, compilazione documentazione, conta garze. In seguito alle osservazioni le segnalazioni di IR relative alle SO si sono ridotte da 11.4x1000 interventi chirurgici (gen-giu 2015) a 8.6x1000 (lug-dic 2015) [RR=0.7, IC95%= 0.6-0.9, p<0.05]. La compliance alla checklist è incrementata da giugno a novembre per time out [68% (53/78) a 89% (31/35); p<0.05] e per conta garze [86% (48/56) a 100% (27/27); p<0.05].

**CONCLUSIONI**

Lo studio evidenzia che la metodologia applicata è stata efficace nell'aumentare la compliance ai corretti comportamenti da tenere in SO. Tale strumento può essere riprodotto in altre ambiti relativi alla sicurezza del paziente.

*Sicurezza del paziente chirurgico; check list chirurgica*

**ID 399**

**QUALITY ASSESSMENT E RISK MANAGEMENT IN SANITÀ PUBBLICA: APPLICAZIONE DI UNA CHECK-LIST REGIONALE SULLA QUALITÀ DELLE CARTELLE CLINICHE**

A. Russomanno 1; L. Morucci 1; G. Gervasi 1; F. Ignesti 2; G. Visconti 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma

2 Direzione Sanitaria, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Roma

**INTRODUZIONE**

A seguito dell'adesione del Policlinico Tor Vergata progetto regionale "La valutazione della qualità nella cartella clinica come strumento di Risk management", è stato deciso di valutare completezza e qualità delle cartelle cliniche.

**METODI**

Sono state scelte in modalità random 180 cartelle cliniche del 2015, afferenti alle 3 aree cliniche (60 medica, 60 chirurgica, 60 critica). Le cartelle sono state analizzate seguendo una check-list condivisa con tutti gli ospedali della regione.

**RISULTATI**

Sono stati evidenziati i seguenti punti di forza sugli item maggiormente oggetto di controversie legali: valutazione del paziente a 24 ore (100%); presenza in cartella di anamnesi e allergie (circa 95%); allergie riportate nella scheda unica di terapia (84,3%); presenza di consenso alla trasfusione nella totalità delle cartelle con trasfusione; la lettera di dimissione presente nel 94% delle cartelle, in cui la terapia farmacologica domiciliare veniva indicata nel 95,5%; in 172/180 (95,6%) sono state effettuate consulenze, il cui referto è presente in cartella nel 94,2%.

Inoltre sono emerse le seguenti criticità: è stato possibile applicare la scala di Conley nell'86,7% dei casi, nella maggior parte di questi (70,5%) è stata effettuata la valutazione solo all'ingresso; in circa il 53% dei casi la valutazione del dolore e del bilancio idrico non è stata eseguita quotidianamente; nel 38,7% delle cartelle chirurgiche manca la check-list di sala operatoria; nella lettera di dimissione, l'esame obiettivo manca nel 41,1% dei casi.

**CONCLUSIONI**

Le criticità emerse sono dovute all'applicazione di procedure interne che differiscono leggermente dalla griglia di valutazione proposta. Tuttavia è emerso che in una ampia numerosità dei casi la completezza e la corrispondenza delle cartelle cliniche rispetto agli item proposti raggiunge percentuali elevate nelle sezioni di maggior peso o rilevanza dal punto di vista medico-legale.

**ID 401**

**VALIDAZIONE DEL FLUSSO CEDAP**

D. Nicolosi 1; MT. Papa 2; F. Dadda 1; E. Scuderi 1; S. Spinosa 1; S. Zanardi 1

1 *ATS della Città Metropolitana di Milano - Struttura Complessa Controllo Prestazioni Sanitarie*

2 *Università degli Studi di Milano - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione*

**INTRODUZIONE**

L'obiettivo dello studio è validare i dati contenuti nel flusso CeDAP (Certificato Di Assistenza al Parto) attraverso l'analisi del contenuto delle cartelle cliniche e del flusso SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Si tratta della seconda parte di uno studio descrittivo realizzato nel 2013/14 che ha preso in esame 2238 cartelle cliniche prodotte nel 2011 relative a ricoveri in cui sia stato effettuato un taglio cesareo nelle Strutture Ospedaliere del territorio della ex-ASL di Milano con lo scopo di analizzare le indicazioni all'intervento attraverso la compilazione di una check list dedicata (vedi Immagine).

**METODI**

Per il confronto, le informazioni relative alle 2238 donne del primo studio sono state inserite in un database contenente alcuni campi del CeDAP, del flusso SDO e i dati delle check list. I campi scelti sono 9 (vedi Tabella).

**RISULTATI**

Dal confronto dei singoli item emergono le discordanze riportate in Tabella.

Si segnala inoltre che:

- Il 63% delle discordanze tra le presentazioni del/i neonato/i è vertice versus anomala.
- La discordanza tra le età gestazionali al parto si distribuisce su  $\pm 1$  settimana nel 67% dei casi. Alcune Strutture (media 5%, punta del 16%) non hanno riportato tale dato all'interno della documentazione clinica.
- La discordanza maggiore nel numero di cesarei precedenti si ha tra 1 cesareo precedente versus 0 (52%).
- Nell'85% dei casi la discordanza tra numero di nati totali nel parto è tra 1 e 2 nati.

**CONCLUSIONI**

Lo studio, assumendo come valide le informazioni rilevate dal contenuto delle cartelle cliniche e dal flusso SDO, ha permesso di evidenziare un numero di discordanze con il flusso CeDAP, distribuite in tutti gli item analizzati, tali da concludere che questo strumento di rilevazione dei dati, seppure di importante valenza epidemiologica, risulta essere compilato in modo poco accurato in tutte le Strutture del territorio milanese.

*Caesarean section*

*CeDAP*

*SDO*

*Validation*

|                                       |                                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>CODICE OSPEDALE</b><br>○○○○○       | <b>ETA' MATERNA</b><br>○○                         |
| <b>CODICE PRATICA</b><br>②①①○-○○○○○○○ | <b>ETA' GESTAZIONALE</b><br>○○SETTIMANE+○GIORNO/I |
| <b>DRG</b>                            | <b>TC ELETTIVO/PROGRAMMATO</b> ○                  |
| <b>371(NON COMPLICATO)</b> ○          | <b>TC ELETTIVO CON PASSAGGIO DA PS</b> ○          |
| <b>370 (COMPLICATO)</b> ○             | <b>TC IN REALE URGENZA</b> ○                      |
|                                       | <b>TC IN EMERGENZA</b> ○                          |

**Presenza di Pregressi Tagli Laparotomici**

|                                 |            |   |
|---------------------------------|------------|---|
| 1° PREGRESSO TC.                | ANNO _____ | ○ |
| 2° PREGRESSO TC.                | ANNO _____ | ○ |
| 3° PREGRESSO TC.                | ANNO _____ | ○ |
| PREGRESSO TAGLIO LONGITUDINALE. | ANNO _____ | ○ |
| PREGRESSA MIOMECTOMIA.          | ANNO _____ | ○ |

**Gemellarità**

|                                          |                                                                 |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| GRAVIDANZA GEMELLARE. Quanti gemelli     | ②③                                                              |
| GEMELLI BICORIALI BIAMNIOTICI            | ○                                                               |
| GEMELLI MONOCORIALI BIAMNIOTICI          | ○                                                               |
| GEMELLI MONOCORIALI MONOAMNIOTICI        | ○                                                               |
| PRESENTAZIONI DEI GEMELLI                |                                                                 |
| 1°                                       | VERTICE   PODICE   BREGMA   FRONTE   FACCIA   SPALLA(TRASVERSA) |
| 2°                                       | VERTICE   PODICE   BREGMA   FRONTE   FACCIA   SPALLA(TRASVERSA) |
| 3°                                       | VERTICE   PODICE   BREGMA   FRONTE   FACCIA   SPALLA(TRASVERSA) |
| GRAVIDANZA GEMELLARE CON ABORTO RITENUTO | ○                                                               |
| MALFORMAZIONE FETALE. Quale:             | ○                                                               |

**Problemi di espletamento meccanico del parto**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| ARRESTO DILATAZIONE CERVICALE | ○ |
| MANCATO IMPEGNO               | ○ |
| FALLITA INDUZIONE             | ○ |
| RIFIUTO INDUZIONE INOLTRATA   | ○ |

**Problemi metabolici e pressori**

|                                              |   |
|----------------------------------------------|---|
| GRAVE DIABETE (PREESISTENTE ALLA GRAVIDANZA) | ○ |
| DIABETE GESTAZIONALE (INSORTO IN GRAVIDANZA) | ○ |
| IPERTENSIONE IN TRAVAGLIO                    | ○ |
| GESTOSI/PREECLAMPSIA                         | ○ |

**Patologia Infettiva o Rialzo di temperatura**

|                                  |                          |   |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| INFEZIONE MATERNA                | HIV   HCV   HSV genitale | ○ |
| FEBBRE/IPERPIRESSIA IN TRAVAGLIO |                          | ○ |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| RIFIUTO TRAVAGLIO/RICHIESTA MATERNA | ○ |
| Se per TOCOFOBIA                    | ○ |

**Anomalie di Presentazione del singolo nato**

|                                                        |   |
|--------------------------------------------------------|---|
| PRESENTAZIONE PODALICA                                 | ○ |
| Se ALTRA: BREGMA   FRONTE   FACCIA   SPALLA(TRASVERSA) |   |

**Anomalie di Crescita e Sofferenza Fetale**

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| SOFFERENZA/ALTERAZIONE TRACCIATO     | ○   |
| LIQUIDO TINTO                        | ①②③ |
| ARRESTO CRESCITA/IPOSVILUPPO         | ○   |
| MACROSOMIA FETALE                    | ○   |
| MACROSOMIA FETALE IN DONNA DIABETICA | ○   |
| SPROPORZIONE FETO-PELVICA            | ○   |

**Anomalie delle Membrane e del Liquido Amniotico**

|                      |   |
|----------------------|---|
| PLACENTA PREVIA      | ○ |
| DISTACCO DI PLACENTA | ○ |
| PROM                 | ○ |
| CORIOAMNIOSITE       | ○ |
| OLIGOIDRAMNOS        | ○ |
| POLIDRAMNOS          | ○ |

**Indicazioni specialistiche al TC**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| INDICAZIONE NEUROLOGICA  | ○ |
| INDICAZIONE CARDIOLOGICA | ○ |
| INDICAZIONE OCULISTICA   | ○ |
| INDICAZIONE ORTOPEDICA   | ○ |
| INDICAZIONE ORL          | ○ |
| INDICAZIONE PNEUMOLOGICA | ○ |
| INDICAZIONE PSICHIATRICA | ○ |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Fecondazione Medicalmente Assistita | ○ |
|-------------------------------------|---|



**ID 405**

**APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA NAZIONALE SULLA PMA NEL TERRITORIO DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

F. Dadda 1; E. Artosi 2; V. Revelli 1; D. Nicolosi 1

*IATS della Città Metropolitana di Milano - Struttura Complessa Controllo Prestazioni Sanitarie*

*2 Università degli Studi di Milano - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione*

**INTRODUZIONE**

Lo studio si propone di confrontare l'offerta delle strutture ospedaliere del territorio della Città Metropolitana di Milano relativamente alle tecniche di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) e valutare l'aderenza agli obblighi documentali fissati dalla Legge 40/2004 e successive.

Nel 2014 otto Strutture del territorio hanno ricoverato 3736 donne (8545 ricoveri) per l'effettuazione di pick up ovocitari e/o transfer embrionari; ciascuna donna nell'anno ha effettuato in media 1,2 pick up e 1,1 transfer con un rimborso economico medio a ricovero di 2.175€, pari complessivamente a 18.556.000€.

**METODI**

Le analisi sono state effettuate sul 40% di tali ricoveri, in tutto 3432.

Per ogni donna ricoverata è stata compilata una check list (vedi Immagine) contenente informazioni clinico-anamnestiche, presenza/completeness del consenso informato alle procedure e certificato di sterilità, scheda di laboratorio, tecniche utilizzate ed eventuale instaurarsi di una gravidanza.

**RISULTATI**

Nel presente lavoro sono state analizzate e confrontate le informazioni raccolte nella sezione A della check list tra le diverse strutture ospedaliere e con quanto riportato nei periodici report ministeriali sulla PMA in Italia (vedi Tabella).

**CONCLUSIONI**

Relativamente al soddisfacimento dei requisiti documentali emerge (eccetto in due casi) una buona qualità e completezza dei consensi informati e dei certificati di sterilità.

Di particolare interesse sono i rilievi relativi alla presenza/assenza di informazioni anamnestiche delle coppie all'interno delle cartelle cliniche: l'alta percentuale di dati mancanti fa supporre una scarsa attenzione/accuratezza nell'esecuzione dei raccordi anamnestici, importanti invece per una corretta definizione del percorso clinico terapeutico.

Per quanto riguarda le cause di infertilità, emerge una variabilità tra Strutture che può in parte riflettere le diverse specializzazioni dei Centri stessi (in particolare Malattie Infettive e Andrologia).

*Medically Assisted Reproduction*

*SDO*

*Consent form*

*Italian Assisted Reproductive Technologies Register*

## sezione A

Cosp: 030..... Identificativo donna.....

| In grassetto requisiti obbligatori                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Si                    | No                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Consenso, completo ed esplicito, alle procedure di PMA: metodi, problemi bioetici, effetti collaterali sanitari e psicologici, probabilità di successo, rischi del metodo, conseguenze giuridiche, alternative (adozione o affido), possibilità di revoca del consenso, possibilità di crioconservazione gameti e/o embrioni e relativi costi. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se NO, specificare.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                       |
| Firma di entrambi i partner sul consenso                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Firma del Medico Responsabile sul consenso                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sospetto partner stesso sesso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sospetto di consanguineità                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Partner entrambi maggiorenni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anno di nascita partner maschile .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Non spec.             |                       |
| Partner coniugati o conviventi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Non spec.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                       |
| Data consenso ≥ a 7 giorni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Non pres.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                       |
| Sostegno psicologico decisionale e di sostegno offerto                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sterilità documentata da un medico specialista (genetica medica, ginecologia, endocrinologia, urologia con competenza andrologica)                                                                                                                                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ricerca prole (se sì, spec. n° mesi.....)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eventuali precedenti tentativi di PMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se sì, indicare numero di tentativi .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Non spec.             |                       |
| Infertilità idiopatica/inspiegata/incompatibilità di coppia                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infertilità partner femminile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infertilità partner maschile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> endometriosi                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                       |
| <input type="radio"/> anovulazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                       |
| <input type="radio"/> ridotta riserva ovarica                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                       |
| <input type="radio"/> fattore tubarico                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                       |
| <input type="radio"/> azoospermia/oligospermia/dispermia                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> patologia infettiva: <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> HCV <input type="radio"/> altro.....                                                                                                                                                                                                                |                       |                       |
| <input type="radio"/> patologia genetica: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                       |
| <input type="radio"/> patologia autoimmune: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                       |
| <input type="radio"/> altro .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                       |

## sezione B

|                            | 1° ric | 2° ric | 3° ric | 4° ric | 5° ric |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Pick up o Transfer (sigla) |        |        |        |        |        |

| Liquido seminale                                                                                                           | Si                    | No                    | Si                    | No                    | Si                    | No                    | Si                    | No                    | Si                    | No                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Descrizione liquido seminale                                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Modalità prelievo testicolare (x azoospermia)                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se sì, tecnica: <input type="radio"/> TESA <input type="radio"/> ESE <input type="radio"/> MESA <input type="radio"/> PESA | Non pert.             |                       | Non pert.             |                       | Non pert.             |                       | Non pert.             |                       | Non pert.             |                       |

| Pick up                  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|
| Numero ovociti prelevati |  |  |  |  |  |

| Scheda di laboratorio                                                | Si                    | No                    | Si                    | No                    | Si                    | No                    | Si                    | No                    | Si                    | No                    |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Utilizzo ovociti crioconservati (se sì, n° .....                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| tecnica FIVET                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| tecnica ICSI                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| altra tecnica (specificare)                                          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Numero ovociti inseminati o microiniettati                           |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Numero ovociti pronucleati/fertilizzati                              |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| È descritto l'esito evolutivo dei singoli embrioni                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Se sì, nella scheda di laboratorio?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Numero embrioni degenerati                                           |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Numero ovociti crioconservati                                        |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Numero embrioni crioconservati                                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| Stadio di sviluppo embrioni crioconservati (descrizione morfologica) | ...                   | ...                   | ...                   | ...                   | ...                   | ...                   | ...                   | ...                   | ...                   | ...                   |

| Transfer                                                                                     | Si        | No  | Si        | No  | Si        | No  | Si        | No  | Si        | No  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|
| Utilizzo embrioni crioconservati                                                             |           |     |           |     |           |     |           |     |           |     |
| Numero embrioni impiantati                                                                   |           |     |           |     |           |     |           |     |           |     |
| Stadio sviluppo cellulare (descrizione morfologica)                                          | ...       | ... | ...       | ... | ...       | ... | ...       | ... | ...       | ... |
| Descrizione esito fecondazione                                                               | Si        | No  | Si        | No  | Si        | No  | Si        | No  | Si        | No  |
| Se sì, positivo o negativo (+ o -)                                                           |           |     |           |     |           |     |           |     |           |     |
| Se positivo, β-hcg (singolo valore >50 o più analisi con valori in incremento) e/o ecografia | 1β        | eco | 1β        | eco | 1β        | eco | 1β        | eco | 1β        | eco |
|                                                                                              | incrim. β |     | incrim. β |     | incrim. β |     | incrim. β |     | incrim. β |     |

NOTE:

**ID 409**

**L'IMPLEMENTAZIONE SISTEMATICA DEI "GIRI PER LA SICUREZZA" PER L'EVOLUZIONE VERSO UN APPROCCIO PROATTIVO DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE IN AOUP**

G. Privitera 1,2; S. Frangioni 1; A. D'Ercole 1; L. Marini 1; M.C. Martino 1; F. Giardi 2; S. Gandolfo 2; M. G. Bianchi 2

1 U.O. Igiene ed Epidemiologia Universitaria, Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Pisa.

**INTRODUZIONE**

L'unità per la gestione del rischio clinico della AOUP dal 2014 ha affiancato alle tradizionali attività di segnalazione, audit, M&M l'effettuazione sistematica di "giri per la sicurezza" nelle UU.OO. aziendali. Obiettivo di tale progetto era verificare se l'affiancamento costante dei professionisti da parte del Rischio Clinico Aziendale era in grado di migliorare la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza nelle diverse UU.OO.

**METODI**

Oggetto della visita sono l'applicazione delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP), delle raccomandazioni ministeriali (RM), delle procedure aziendali (PA) e l'utilizzo appropriato degli strumenti di gestione del rischio clinico quali la STU, la scheda RETOS, la scheda MEWS, la check-list di sala operatoria, la scheda di valutazione del rischio nutrizionale. A seguito delle visite viene redatto un verbale nel quale vengono indicate le carenze riscontrate e le aree di miglioramento, assegnando alla U.O. un termine temporale di 30 gg, per gli adempimenti necessari al termine del quale il team effettua una nuova visita al fine di verificare la risoluzione delle criticità emerse.

**RISULTATI**

Ai fini valutativi sono state estrapolate le 5 criticità maggiormente riscontrate su un campione di 74 UU.OO. visitate nel 2015 e 68 nel 2016, circa l'applicazione di: RM1, STU, Check-list operatoria, scala RETOS e la PA sui farmaci LASA. Vengono riportate in tabella la valutazione globale delle UU.OO. sulla gestione della sicurezza dei pazienti in base ai parametri analizzati e le percentuali di miglioramento riscontrate nei due periodi temporali in esame.

**CONCLUSIONI**

L'istituzionalizzazione dei giri per la sicurezza ha dato modo di evolvere da un approccio reattivo ad uno proattivo nelle attività di gestione del rischio clinico attraverso la costante presenza nelle UU.OO. dello Staff, sviluppando nei professionisti la consapevolezza dell'importanza della sicurezza dei pazienti e della qualità dell'assistenza.

*Rischio clinico, buone pratiche, giri per la sicurezza*

**ID 413**

**LA CLINICAL GOVERNANCE IN OSPEDALE SECONDO APPROCCI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE**

A. Sotgiu 1; A. Mereu 1; A. Murgia 1; F. Marongiu 1; S. Prasciolu 2; G. Salis 1; C. Fadda 2; C. Sardu1; P. Contu 1

1 DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E SANITA' PUBBLICA - UNIVERSITÀ' DI CAGLIARI; CAGLIARI

2 AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI; CAGLIARI

**INTRODUZIONE**

La qualità dell'assistenza è un aspetto critico che incide sulle risorse con aumenti di premi assicurativi e risarcimenti.

La Sardegna ha sperimentato la valutazione di appropriatezza organizzativa, accuratezza delle cartelle cliniche e delle SDO, evidenziando come siano strumenti indispensabili per la qualità dell'assistenza e l'individuazione di criticità e interventi correttivi appropriati.

Per migliorare la qualità è necessario attuare approcci di Promozione della Salute mirati all'empowerment del personale creando contesti favorenti il miglioramento dell'organizzazione.

**METODI**

La sperimentazione è stata coordinata da Assistenti Sanitari esperti in promozione della salute con un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha analizzato le cartelle con PRUO e ha sviluppato uno strumento per la valutazione di qualità. Si è progettata e realizzata la formazione del personale, condotta come pilota con il personale dell'AOU di Cagliari. La formazione, durata 16 mesi, ha coinvolto 300 medici e infermieri e ha utilizzato tecniche interattive (focusgroup e giochi di ruolo). Il programma includeva aggiornamenti sui programmi informatici e aggiornamenti medicolegali su documentazione, privacy e consenso informato.

**RISULTATI**

I metodi utilizzati hanno aumentato la consapevolezza e il consenso tra gli operatori sulle modifiche da apportare e si sono identificate alcune criticità: aumentare il numero di pc, passare celermente alla cartella informatizzata, migliorare l'organizzazione dei turni di lavoro, collaborazioni tra le figure professionali, continuare la formazione.

**CONCLUSIONI**

E' emerso che per migliorare l'appropriatezza organizzativa è necessario coinvolgere in modo partecipativo il personale, formandolo adeguatamente e uniformando il più possibile le parti documentali.

La formazione interattiva rende il personale parte attiva della soluzione del problema e consente di produrre interventi efficaci e rendere più efficienti l'applicazione delle soluzioni.

*Clinical Governance, Appropriata Organizzativa, Empowerment, Formazione*

**ID 425**

**EPIDEMIOLOGIA DELL'ENDOMETRIOSI IN PUGLIA: ANALISI DEI DATI DI OSPEDALIZZAZIONE**

M. Nigro 1; P. Stefanizzi 2; M.S. Gallone 2; C. Germinario 2.

1 Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia, Bari

2 Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

**INTRODUZIONE**

L'epidemiologia dell'endometriosi è di difficile inquadramento a causa della ridotta disponibilità di dati relativi a incidenza e prevalenza della patologia. Obiettivo del lavoro è stimarne la prevalenza in Puglia utilizzando i dati di ospedalizzazione.

**METODI**

Sono stati selezionati tutti i ricoveri per endometriosi (codice ICD9CM 617.x) in diagnosi principale e secondaria, intra-regionali e in mobilità passiva di donne pugliesi tra 15 e 49 anni di età per gli anni 2001 - 2014. L'analisi è di tipo quantitativo, la stima della prevalenza è stata calcolata includendo le donne con almeno un ricovero per endometriosi in diagnosi primaria o secondaria e utilizzando come popolazione di riferimento quella ISTAT del 2015.

**RISULTATI**

Il numero di ricoveri per endometriosi in diagnosi principale è costante negli anni in esame, sostanzialmente stabili anche la proporzione di ricoveri in regime ordinario e in mobilità passiva (12,8% sul totale dei ricoveri) (Tabella 1). L'età media al momento del ricovero è risultata di 32,8 anni, l'età mediana è pari a 32 anni. Il numero totale di DRG di tipo chirurgico è di 9.668, pari all'87,5% sul totale dei ricoveri. Il numero medio di ricoveri per endometriosi in diagnosi secondaria è 590 per anno. La prevalenza è risultata pari a 1,09%. La prevalenza nelle 6 ASL regionali è sovrapponibile (range: 0,96% - 1,21%).

**CONCLUSIONI**

Le più recenti evidenze e reviews disponibili indicano che la prevalenza varia dall'1 al 10% nelle donne in età riproduttiva (von Theobald P et al, 2016; Brown J et al, 2014; Ozkan S, 2008). In particolare, lo studio di von Theobald pubblicato nel 2016 ha stimato la prevalenza di endometriosi in Francia per gli anni 2008 - 2012 utilizzando la banca dati SDO e nelle varie regioni francesi varia da 0,4% a 1,6%. La stima di prevalenza stimata per la Regione Puglia è in linea con il dato francese.

**ID 433**

**EDILIZIA OSPEDALIERA: UN NUOVO MODELLO DI OSPEDALE PEDIATRICO**

C. Montana; A. Cappuccio; I. Loperto; R. Alfano; OC. Imperato; A. Amato; R. Martello; E. Maio; MS. Scamardo; A. Guillari; D. Landolfo; O. Caporale; M. Triassi  
*Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli*

**INTRODUZIONE**

La ricerca di un modello ospedaliero funzionale e innovativo si evolve negli ultimi due secoli passando da una tipologia ottocentesca poco pratica e funzionale con padiglioni inseriti in parchi e giardini, alla struttura novecentesca a monoblocco che ha il vantaggio di non essere dispersiva sacrificando, però, la "visione umanistica" dell'ambiente di cura. Attualmente si ricerca un modello ospedaliero multidisciplinare, efficiente e ad alta integrazione.

**METODI**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha offerto una consulenza su un ospedale pediatrico da 100 posti letto di prossima costruzione in Qatar su un terreno di 16000 mq estendibile a 22000 mq. La valutazione preliminare è stata effettuata consultando il DPR-14/01/97 «Requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie», il Supplemento al n. 6 di Monitor Anno II settembre-ottobre 2003 «Principi guida Tecnici, Organizzativi e Gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza» e il «Nuovo Modello di Ospedale» della Commissione Veronesi-Piano.

**RISULTATI**

Nel campo dell'edilizia ospedaliera si mira ad individuare un modello che metta al centro l'umanizzazione dell'ambiente di cura, rispettando i rimanenti nove punti del piano Veronesi-Piano, cardine di un'edilizia ospedaliera che guardi al futuro: Urbanità, Socialità, Organizzazione e Interattività, Appropriatezza, Affidabilità, Innovazione, Ricerca, Formazione.

**CONCLUSIONI**

Gli edifici dovrebbero essere raggruppati per intensità di cura ed inseriti nel verde (barriera acustica, assorbimento dello smog, regolazione del microclima, serenità dei degenti, aiuto alla terapia di riabilitazione). Il piano terra assumerà carattere dinamico con una serie di servizi per gli utenti volti alla ottimizzazione dell'esperienza ospedaliera. I limiti tra edificio ospedaliero e città non saranno rigidi e nella progettazione e realizzazione dovranno confluire efficienza e sostenibilità.

*edilizia, umanizzazione, pediatrico, ospedale*

**ID 462**

**IL RICORSO ALLA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA NELL'INTERVENTO CHIRURGICO ISOLATO PER TUMORE MALIGNO DEL COLON NEL VENETO**

M. Capasso 1; S. Tardivo 2; G. Callegaro 3; A. Buja 4; V. Baldo 5; M. Saia 6

1 Scuola di Specializzazione In Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Verona, Verona;

2 Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona, Verona

3 Regione Veneto Azienda ULSS 13, Mirano

4 Dipartimento di Me

**INTRODUZIONE**

L'approccio chirurgico laparoscopico (LP) ai tumori maligni localizzati del colon presenta notevoli vantaggi clinici e un favorevole rapporto costo-efficacia. Scopo dello studio è quantificare il ricorso alla LP, valutandone l'associazione con le caratteristiche delle strutture ospedaliere e i relativi volumi di attività.

**METODI**

Attraverso uno studio retrospettivo condotto sull'Archivio SDO del Veneto (anni 2008-2013) sono stati esaminati gli interventi isolati per tumore maligno del colon (diagnosi ICD9-CM: 153.xx, 197.5; procedure: 45.7, 45.8, 45.9, 46.03, 46.04, 46.1), quindi analizzati in relazione a tipologia e volumi di attività delle strutture eroganti.

**RISULTATI**

Nel periodo sono stati dimessi 14.085 Pazienti (DM:  $14,9 \pm 11,3$  gg; età media:  $71,1 \pm 11,9$  anni), prevalentemente di sesso maschile (54%). Il 29% degli interventi è stato effettuato in LP (35% nel 2013), più frequentemente in soggetti giovani ( $67,9 \pm 11,4$  Vs.  $72,4 \pm 11,8$ ;  $p < 0,05$ ), mostrando una DM più contenuta rispetto alla chirurgia open ( $11,9 \pm 8,1$  Vs.  $16,2 \pm 12,1$  gg.;  $p < 0,05$ ).

Stratificando per tipologia di ospedale emerge un maggior ricorso alla LP negli ospedali di rete (39%) rispetto agli integrativi della stessa e agli hub (21% per entrambi; OR:0,41; IC95%:0,37-0,46;  $p < 0,05$ ), questi ultimi con una DM degli interventi in LP più contenuta ( $10,5 \pm 6,3$  Vs.  $12,4 \pm 8,2$ ;  $p < 0,05$ ). Maggiore inoltre il ricorso alla LP presso le strutture pubbliche (31% Vs. 21%; OR: 1,71; IC95%: 1,51-1,94;  $p < 0,05$ ), e presso quelle non universitarie (32% Vs. 18%; OR: 2,19; IC95%: 1,96-2,45;  $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONI**

Si dimostra un crescente ricorso alla chirurgia laparoscopica nel carcinoma del colon, seppure con una certa variabilità, in modo inversamente proporzionale ai volumi trattati.

*chirurgia laparoscopica, neoplasie del colon, volumi di attività, costo-efficacia*

**ID 474**

**PROGETTO IM.PA.C.T. IN PUGLIA - IMPROVING THE HEALTH OF PATIENTS BY SUPPORTING DYNAMIC HEALTH SYSTEMS AND NEW TECHNOLOGIES**

M.T. Montagna 1; G. Caggiano 1; O. De Giglio 1; G. Diella 1; F. Divenuto 1; A. Palermo 1; S. Rutigliano 1; M. Lopuzzo 1; C. Napoli 2; A. Quaranta 1; P. Trerotoli 1; R. Albertini 3; V. Ciorba 4; C. Pasquarella 5; A. Tommasi 6; F. Zampano 7; G. Gorgoni 8

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

2 Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma

3 Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

**INTRODUZIONE**

La sala operatoria (SO) è un ambiente complesso che necessita di grande attenzione per garantire la sicurezza di pazienti e operatori. La Regione Puglia ha promosso un progetto volto a valutare la qualità dell'aria nelle SO e a definire valori di riferimento in funzione dell'impianto di Ventilazione e Condizionamento a Contaminazione Controllata (VCCC).

**METODI**

La contaminazione microbiologica dell'aria è stata valutata in 11 SO ortopediche della Puglia "in operation": 8 con sistema di VCCC a flusso d'aria misto (FM) e 3 a flusso turbolento (FT). Lo studio è stato condotto mediante campionamento attivo, aspirando 500 L di aria sia su substrato solido (Surface Air System, SAS) sia su substrato liquido (Coriolis), e mediante campionamento passivo su piastre di sedimentazione esposte per 1h a distanza di 1 m dal lettino operatorio e a 1 m di altezza da terra. I RISULTATI dei campionamenti, espressi in ufc/m<sup>3</sup> per il metodo attivo ed in Indice Microbico Aria (IMA) per quello passivo, sono stati valutati e riportati in termini di mediana, range interquartile, valori minimo e massimo, coefficiente di variazione.

**RISULTATI**

In Tabella 1 sono riportati i RISULTATI microbiologici dell'aria ottenuti nelle SO durante l'attività chirurgica.

**CONCLUSIONI**

Dai nostri dati, sebbene preliminari, emerge un'elevata variabilità di cariche microbiche con i sistemi di campionamento attivo (SAS e Coriolis) e valori mediamente più bassi con il campionamento passivo, senza una differenza significativa di carica tra SO a FM e a FT. Considerato che una differenza significativa ( $p=0,00969$ ) di carica tra i METODI impiegati è stata osservata nelle SO a FM mentre nessuna differenza è apparsa nelle SO a FT, si evidenzia la necessità a proseguire le indagini in altre strutture per fornire evidenze scientifiche necessarie a predisporre una condivisa standardizzazione delle procedure anche in funzione dei sistemi di VCCC.

*Sala operatoria, aria, prevenzione*



**ID 480**

**MA LA TERAPIA È STATA COMUNQUE EFFICACE? LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA IN RIABILITAZIONE POST-ACUZIE ATTRAVERSO GLI INDICI DI POSIZIONE NELLE SCALE VALUTATIVE**

S. Monami 1; M. Villeggia 1; F. Papalia 1; C. Meleleo 1; G. Martino 1; S. Fattori 2

1 Direzione sanitaria Casa di Cura Privata accreditata Policlinico Italia Roma

2 Medico responsabile raggruppamento riabilitazione intensiva, Casa di Cura Privata accreditata Policlinico Italia, Roma

**INTRODUZIONE**

Quando il policy maker concentra l'attenzione su una sola dimensione della cura può commettere degli errori. Regione Lazio ha sviluppato strumenti sofisticati per la misurazione della appropriatezza organizzativa, tralasciando la misurazione della efficacia. Policlinico Italia nell'anno 2012 ha ricevuto sanzioni per presunta inappropriata. È stato svolto uno studio preliminare per misurare l'efficacia del trattamento nel 2012, usando gli indici di posizione nelle scale valutative di disabilità.

**METODI**

Per i dimessi (dim) 2012, con patologia oggetto dell'intervento riabilitativo:

V4364 Sost. articolazione anca

9053 Post. frattura femore e MDC8 (82% dim) sono stati valutati Barthel Index, BI, la FIM e Deambulation Index, DI, calcolandone: mediana alla dimissione MO;

guadagno (G) tra ammissione e dimissione % dim in regime ordinario (RO) con BI alla dimissione >49 (cut -off che indica il DH per la disabilità residua); % in RO e DH con BI alla dimissione >74 (cut -off che indica l'ambulatorio).

**RISULTATI**

Gli indici (tab.1) mostrano che la riabilitazione dell'anca è stata molto efficace: 4 pazienti su 5 in RO escono con un BI che indica l'ambulatorio per la disabilità residua. I G di anca e femore sono vicini. Per il femore circa la metà di dim ha BI >74 ma qui l'età gioca un ruolo: l'età mediana per l'anca è 74 anni, per il femore 84. E comunque più di 4 su cinque (84%) escono con un BI >49. La FIM conferma la comparabilità tra i G e mostra la distanza reale tra i gruppi. Il valore estremo della mediana del DI in DH per anca rappresenta un recupero pieno in tutti i dim valutati. Per l'MDC8 il 90% dei dim hanno un BI che indica un trattamento successivo di minore intensità.

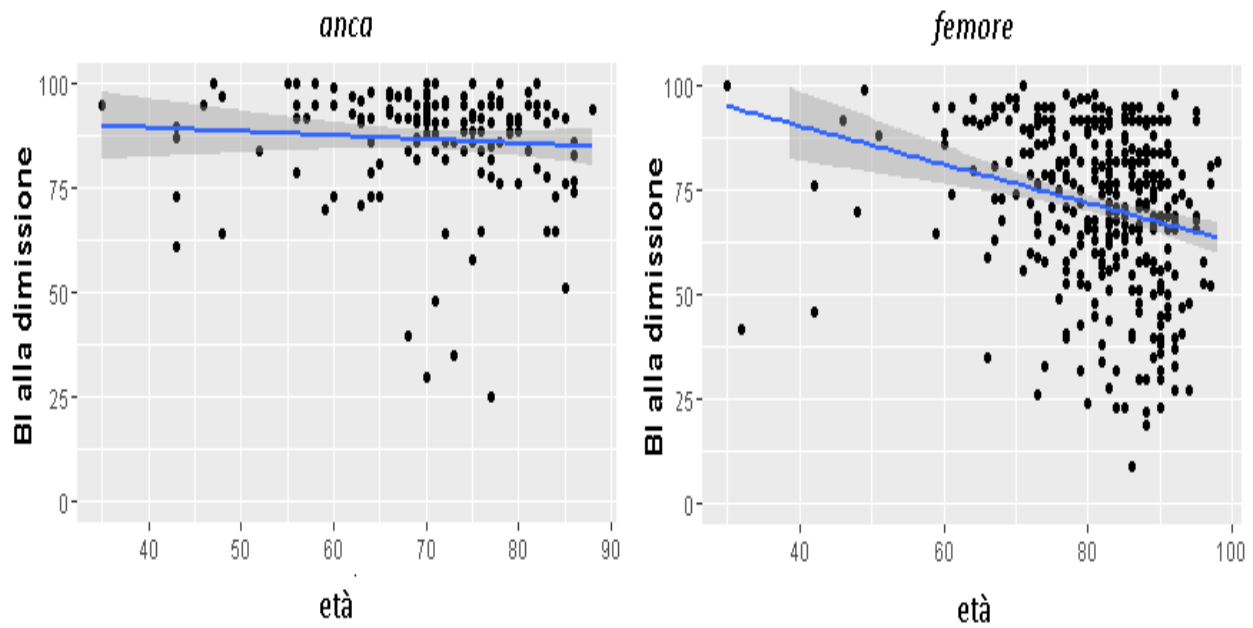
**CONCLUSIONI**

La casistica ha mostrato una buona efficacia del trattamento.

Questi indici di posizione possono essere uno strumento prezioso per i policy makers, poiché offrono una descrizione sintetica, accurata e confrontabile dell'efficacia dei trattamenti riabilitativi.

*riabilitazione post-acuzie, valutazione di efficacia, scale valutative di disabilità, indici di posizione, disabilità residua, Barthel, FIM, Deambulation index.*

fig. 1 - Indice di Barthel alla dimissione per età, scatter plot e fit lineare, *anca* e *femore*, anno 2012



**ID 509**

**PROTOCOLLO DI CONTROLLO DEL SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE PRESSO L'OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

E. Zilli; D. Perkovic; A. Sandre; M. Pasqualini; M. Tonon  
*Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione, Motta di Livenza*

**INTRODUZIONE**

Presso l'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione è stato dato in outsourcing il servizio di sterilizzazione inteso come servizio di noleggio, ricondizionamento e manutenzione di tutto lo strumentario chirurgico e dei relativi accessori, comprese tutte le attività correlate. È stato posto in capo al Comitato Infezioni Ospedaliere la verifica del processo di sterilizzazione e di gestione dello strumentario chirurgico. Lo scopo era quello di predisporre una check-list di verifica delle conformità e delle non conformità del servizio reso secondo una serie di standard qualitativi e quantitativi stabiliti.

**METODI**

La check-list prevede la valutazione di aspetti attinenti le caratteristiche dei container/buste come la disposizione dello strumentario, la presenza di residui, l'integrità/sigillatura delle buste e la tracciabilità del processo di sterilizzazione come il viraggio dell'indicatore di processo. Analizza inoltre aspetti inerenti la logistica, come la puntualità di consegne/ritiri, e la manutenzione, come il danneggiamento o la rottura dello strumentario. La check-list va a verificare la frequenza e la numerosità del campione collegandosi infine con le ricadute inerenti le non conformità. L'attività di analisi delle conformità è fatta da personale esperienza in materia di processi di sterilizzazione appositamente formato dal CIO.

**RISULTATI**

Sono stati stilati i verbali del monitoraggio e verificate puntualmente le non conformità col servizio appaltato per apporre le dovute azioni correttive.

**CONCLUSIONI**

La check-list ha consentito di controllare in maniera puntuale ed efficace il servizio in oggetto consentendo piani di miglioramento dei livelli di qualità raggiunti dal servizio.

*sterilizzazione cio check list*

**SCHEDA CONTROLLO QUALITÀ DELLA STERILIZZAZIONE**

| COD. CAT. | DESCRIZIONE CATEGORIA                                                                                               | ELEMENTI                                                    | SUPERFICIE RIF.                                      | INDICATORI                                                  | RISULTATO               | LOA | NOTE/STRUMENTI   |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-----|------------------|
| 1         | Materiale di confezionamento<br>Accoppiato carta poliestere polipropilene<br>TNT polietilene<br>Carta Medical Grade | Saldatura e integrità                                       | Intera superficie della busta                        | sigillatura non conforme, lacerazioni, fori                 | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Indicatore di processo                                      | Rilevatore colorato inserito ai lati delle buste     | mancato o dubbio viraggio dal colore originale              | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Condensa                                                    | Intera superficie della buste                        | busta bagnata                                               | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Etichetta per la tracciabilità del lotto                    | Lato del film plastico                               | assenza di etichettatura o di uno o più dati di riferimento | conforme o non conforme |     | visivo           |
| 2         | Container con filtro antibatterico                                                                                  | Tenuta                                                      | Coperchio                                            | sigillo e guarnizione non integra                           | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Indicatore di processo                                      | Rilevatore colorato inserito sul sigillo di chiusura | mancato o dubbio viraggio dal colore originale              | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Filtro                                                      | Coperchio o base                                     | malposizionata o assente                                    | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Indicatore di sterilizzazione multiparametrico              | Interno al container                                 | mancato o dubbio viraggio dal colore originale              | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Condensa                                                    | Interno al container                                 | strumentario chirurgico bagnato                             | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Etichetta per la tracciabilità del lotto                    | Esterno al container                                 | assenza di etichettatura o di uno o più dati di riferimento | conforme o non conforme |     | visivo           |
| 3         | Dispositivi medici                                                                                                  | Residuo organico                                            | Dispositivo medico                                   | assenza                                                     | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Ruggine / corrosione                                        | Dispositivo medico                                   | assenza                                                     | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Integrità                                                   | Dispositivo medico                                   | danno                                                       | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | All'interno dei Kit chirurgici                       | mancanza di uno o più strumenti                             | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | All'interno dei Kit chirurgici                       | non conforme alla check list                                | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | All'interno dei Kit chirurgici                       | disposizione non conforme                                   | conforme o non conforme |     | visivo           |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | All'interno della busta                              | mancata protezione parti cruente                            | conforme o non conforme |     | visivo           |
| 4         | Manutenzione                                                                                                        | Dispositivi medici                                          | Tutti i dispositivi                                  | strumento difettoso non tenuta                              | conforme o non conforme |     | visivo e manuale |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | Tutti i dispositivi                                  | Blocco strumento                                            | conforme o non conforme |     | visivo e manuale |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | Tutti i dispositivi                                  | Rottura strumento                                           | conforme o non conforme |     | visivo e manuale |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | Tutti i dispositivi                                  | Scarsa affilatura / taglio                                  | conforme o non conforme |     | visivo e manuale |
|           |                                                                                                                     | Dispositivi medici                                          | Tutti i dispositivi                                  | Strumento danneggiato                                       | conforme o non conforme |     | visivo e manuale |
| 5         | Documentazione                                                                                                      | Modulistica riferita a tutto il processo di sterilizzazione | Fasi del processo di sterilizzazione                 | Mancante                                                    | conforme o non conforme |     | visivo           |
| 6         | Trasporto                                                                                                           |                                                             | Ritardo e/o anticipo                                 | ±15 minuti rispetto all'orario concordato                   | conforme o non conforme |     | per segnalazione |

MODUNOT19 - REV.00/2016

Sito di controllo: \_\_\_\_\_

Riferimento dispositivo controllato: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**ID 519**

**SAGGI BIOLOGICI SULLE MACCHINE STERILIZZATRICI E RUOLO DEL'UOC IGIENE OSPEDALIERA: VALUTAZIONE DI EFFICACIA E CORRETTO SVOLGIMENTO DEI CONTROLLI BIOLOGICI NELLA CENTRALE DI STERILIZZAZIONE RISPETTO ALLE AREE DECENTRATE DI SUB-STERILIZZAZIONE**

S. Bruno 1; G. Damiani 1; S. Vincenti 1; A. Corsaro 2; C. De Meo 2; F. Berloco 3; G. Ricciardi 4; P. Laurenti 1.

1 UOC Igiene Ospedaliera, Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma.

2 Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

3 Servizio Radioprotezione ed igiene ospedaliera, Direzione Sanitaria, Fondaz

**INTRODUZIONE**

Garantire l'efficacia dei processi di sterilizzazione è fondamentale per la tutela dei pazienti negli ambienti sanitari. L'UOC Igiene Ospedaliera ha elaborato una procedura aziendale "Saggi Biologici macchine sterilizzatrici" per controlli su autoclavi a vapore, a secco e a gas plasma della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli".

Scopo dello studio è comparare l'efficacia e il corretto svolgimento di saggi effettuati su autoclavi della Centrale di Sterilizzazione, dove opera personale formato per tale mansione, rispetto a quelli svolti nelle altre aree di sub-sterilizzazione, dove la gestione è demandata a personale di reparto.

**METODI**

L'UOC effettua su ogni autoclave controlli esterni mensili valutando la sterilità dei prodotti e dei processi mediante utilizzo di indicatori biologici e determinandone la conformità secondo Farmacopea Ufficiale della Rep. It. XII ed. e dalle norme ISO.

Tali saggi esitano in un parere igienico sanitario che viene inviato alla Direzione Sanitaria e all'UO di interesse. Nel periodo gennaio 2013-agosto 2016 è stato valutato il numero di non conformità (controlli biologici positivi) ed il numero di episodi di non corretta riconsegna all'UOC di verifica degli indicatori biologici (mancata sterilizzazione o riconsegna) nelle due aree di interesse.

**RISULTATI**

I controlli biologici non effettuati nella Centrale sono il 2.26% dei totali mentre nelle aree di sub-sterilizzazione sono il 3.38%. I controlli biologici svolti nelle autoclavi della Centrale non hanno mai generato casi di non conformità, contrariamente alle aree di sub-sterilizzazione in cui l'1.06% dei controlli è risultato positivo.

**CONCLUSIONI**

Sebbene non statisticamente significativi, i RISULTATI ottenuti suggeriscono che la formazione e la sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo delle macchine sterilizzatrici e al loro controllo siano fattore importante nel contenimento del numero di prove non correttamente eseguite e delle relative non conformità.

*Ospedale, Sterilizzazione, controlli efficacia sterilizzazione, indicatori biologici*

**ID 523**

**VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI: RISULTATI DI UN MONITORAGGIO IN UN OSPEDALE DELLA ASL BARI**

A. Mundo 1; V.P. Preziosa 2; A. Guaccero 3; S. Mudoni 3; R. Falamingo 4; V. Defilippis 4

1 Direzione Medica P.O. Don Tonino Bello – Molfetta (BA) - ASL BARI

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

3 Direzione Medica P.O. San Paolo (BA)-ASL BARI

**INTRODUZIONE**

Gli episodi di violenza contro gli Operatori Sanitari sono considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente lavorativo di situazioni a rischio che richiedono l'adozione di opportune misure di protezione dei lavoratori. A tale proposito il Ministero della Salute ha emanato nel Novembre 2007 la Raccomandazione n.8 che intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro, dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e attenuarne le conseguenze negative.

**METODI**

Nel Presidio Ospedaliero di Molfetta della ASL-Bari, la Direzione Medica ha condotto un'analisi delle schede di Sorveglianza degli episodi di aggressione agli Operatori Sanitari relativi al periodo 1 Giugno 2015-30 Giugno 2016. **RISULTATI:** Si sono verificate 5 aggressioni prevalentemente nelle ore pomeridiane e notturne di giorni feriali. Vittime di tale fenomeno sono stati 2 Dirigenti Medici(40%) e 3 Cps Infermieri (60%). L'Unità Operativa maggiormente interessata è risultata quella di Pronto Soccorso (60%) e di seguito Le U.O.Medicina e Patologia Clinica (20%). Gli autori degli atti violenti sono stati pazienti non psichiatrici nel 60%, psichiatrici nel 20% e familiari dei pazienti nel 20%. L'80% degli Operatori aggrediti ha fatto ricorso al Pronto Soccorso per contusioni in molteplici regioni anatomiche, ferite lacero contuse, stato ansioso con prognosi compresa tra 3 e 10 giorni.

**CONCLUSIONI**

Il presente studio si è dimostrato utile ai fini del monitoraggio e dell'interpretazione degli episodi di violenza sul posto di lavoro, che rappresentano la base di una efficace opera preventiva e permettono l'acquisizione di competenze da parte degli Operatori volte alla valutazione e gestione di tali eventi. Pertanto la Direzione Medica continuerà ad applicare correntemente il monitoraggio di tale fenomeno, implementando le misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio.

*violenza, evento sentinella, operatore sanitario*

**ID 536**

**LA QUALITÀ DELL'ARIA INDOOR NEGLI AMBIENTI OSPEDALIERI: ESPERIENZE DI MONITORAGGIO NELLE DEGENZE**

S. Capolongo 1; G. Settimo 2

1 Dipartimento di Architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito, Politecnico di Milano

2 Reparto Igiene dell'Aria, Istituto Superiore di Sanità

**INTRODUZIONE**

C'è sempre più una crescente attenzione alle problematiche inerenti l'inquinamento dell'aria indoor nelle strutture ospedaliere. L'elevato utilizzo di materiali e prodotti contenenti sostanze chimiche può intaccare gravemente la salute degli utenti.

Solo recentemente sono stati pubblicati ricerche che mettono in luce le differenze tra le diverse strategie impiegate per le valutazioni del rischio chimico professionale in cui si utilizzano sostanze chimiche (es. sale operatorie, sterilizzazione, preparazione antiblastici, ecc.), con definiti valori limite, da quelle strategie di monitoraggio impiegate per gli ambienti tipicamente indoor (degenze, amministrazione, parti comuni, ecc.), in cui possono essere usati per le valutazioni del rischio, i riferimenti OMS o il DLgs 155/2010 smi. Attualmente in Italia non sono presenti specifici riferimenti legislativi sulla qualità dell'aria indoor, ciò rende poco incisiva la gestione dei controlli e il processo decisionale.

**METODI**

Il presente lavoro analizza i primi risultati ottenuti dal monitoraggio della qualità dell'aria indoor in camere di degenza di alcuni ospedali italiani, effettuato con campionatori passivi sui composti organici volatili (COV), considerati prioritari dall'OMS, e rilevando i principali parametri microclimatici. La scelta delle modalità operative è stata effettuata impiegando le norme sulla qualità dell'aria indoor elaborate dall' ISO (ISO 16000 indoor air) e il rapporto ISTISAN 13/4 "Strategie di monitoraggio dei COV in ambiente indoor".

**RISULTATI**

I risultati fin qui prodotti hanno confermato come la conoscenza della qualità dell'aria indoor e della sua evoluzione può garantire un miglioramento continuo degli spazi di cura in cui persistono categorie vulnerabili della popolazione. Completato il campionamento, i risultati potranno essere di supporto alle scelte decisionali inerenti la gestione delle degenze nei diversi reparti delle strutture ospedaliere.

*Qualità dell'aria indoor; Strutture Ospedaliere; Linee guida OMS; Monitoraggio; Degenza ospedaliera*

**ID 544**

**RISULTATI DI UNA SURVEY MULTICENTRICA SULLA PROCEDURA DI HANDOFF AL CAMBIO TURNO RIVOLTA AL PERSONALE SANITARIO**

F. Campanella 1 2; G. Menegazzi 1 3; R. Riso 1 4; F. Mazzù 1 4; B. Cosenza 4; R. Guerra 1 5; E. Shahi 1 6; M. Giordano 1 7; B. Filisetti 1 8; F. Pezzetti 1 9.

1 *Consulta degli Specializzandi SItI*

2 *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Pavia, Pavia*

3 *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Udine, Udine*

4 *Scuola di Spec*

**INTRODUZIONE**

Il trasferimento di informazioni e responsabilità assistenziali (handoff) tra professionisti sanitari è una componente rilevante per la sicurezza del paziente in ospedale. All'interno della Consulta degli Specializzandi SItI, un gruppo di membri ha diffuso nelle strutture ospedaliere un questionario per indagare ostacoli e aspettative riguardo all'handoff al cambio turno.

**METODI**

Un modello di questionario è stato adattato partendo da uno studio del 2014 condotto a Udine, e diffuso in forma cartacea e web. Quattro strutture ospedaliere hanno accettato la diffusione nel corso del 2016 (presidio ospedaliero di Udine; policlinico universitario di Messina; due ospedali dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia). I destinatari erano tutti i medici (anche in formazione specialistica) e infermieri operanti in unità dotate di posti di ricovero ordinario.

**RISULTATI**

I questionari raccolti sono 369 (18.9%). I medici rappresentano il 47.4%. La percezione del rischio non differisce tra categorie professionali ( $P>0.05$ ). Il 55.0% degli intervistati approva col massimo grado che una comunicazione carente può generare errori anche gravi per i pazienti; il 38.5% ritiene essenziale una gestione più semplice dell'handoff. L'ostacolo più frequente è le interruzioni (63.1%), seguito dalla mancanza di una procedura operativa (33.3%). Per il 37.7% la condivisione tra medici e infermieri avviene raramente o mai. L'handoff è prevalentemente verbale (93.3%; 8.7% unicamente). Le soluzioni proposte riguardano la creazione di momenti dedicati all'handoff (60.4%) e template elettronici (25.5%).

**CONCLUSIONI**

Il pattern di risposta degli intervistati ha evidenziato alcune criticità, tra cui la carente comunicazione tra medici e infermieri, la necessità di definire procedure per l'handoff, anche con ausili software dedicati. Questi RISULTATI sostengono la necessità per la leadership di integrare l'handoff nei programmi di patient safety coinvolgendo tutti i professionisti.

*handoff; comunicazione; sicurezza del paziente*



**ID 552**

**IL PAZIENTE ANZIANO E IL PS: RISCHIO DI RICOVERO E ANALISI DECISIONALE**

L. Morciano 1; F. Lucaroni 1; J.M. Legramante 2; S. Mancinelli 1; L. Palombi 1

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

2 Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**INTRODUZIONE**

I problemi clinici della popolazione anziana, uniti a un'alta frequenza di criticità sociali e alla mancanza di una adeguata assistenza territoriale, comportano un aumentato ricorso alle cure ospedaliere, con conseguente incremento degli accessi in Pronto Soccorso (PS) e del numero di ospedalizzazioni.

**METODI**

Sono stati analizzati tutti gli accessi al PS di un Policlinico Romano nel periodo 2010-2015. Per ogni accesso sono state raccolte le variabili: sesso, età, data e ora Triage, codice Triage, codice diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM, diagnosi, destinazione, data e ora di chiusura della cartella di PS. L'analisi inferenziale è stata condotta stimando il rischio per la popolazione anziana in relazione all'esito finale, al codice di priorità al Triage e al tipo di diagnosi. Successivamente si è proceduto alla stratificazione del rischio per l'esito ricovero. Identificate le variabili altamente significative sull'esito ricovero, si è proseguito con la costruzione di un modello decisionale basato sulla METODICA degli alberi decisionali di tipo CHAID.

**RISULTATI**

Il rischio di ricevere un codice colore ad elevata priorità assistenziale è risultato circa quattro volte superiore nella popolazione anziana rispetto alla popolazione più giovane: OR 3,4 (LC 3,34-3,46). Il rischio di essere ricoverati dei pazienti anziani è risultato superiore alle 5 volte rispetto ai più giovani: OR 5,4 (LC 5,3-5,5). Le variabili finali che influenzano in maniera statisticamente significativa l'esito ricovero, sono le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e quelle dell'apparato respiratorio.

**CONCLUSIONI**

Al fine di ridurre le visite dei pazienti al Pronto Soccorso, ridurre il numero dei ricoveri e la durata media della degenza, sembrerebbe opportuno avviare uno screening per la fragilità nei locali del PS, in modo da identificare eventuali pazienti che potrebbero presentare problematiche alla dimissione e/o aumentato rischio di effettuare riaccessi nell'Emergenza.

*Pronto Soccorso, anziani, ricovero, analisi decisionale*

**ID 575**

**PERCORSO FAST-TRACK E VOLUME DI ATTIVITÀ: ANALISI DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ**

F. Maccari 1; G. Gervasi 2; G. Visconti 1

1 Direzione Sanitaria, Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**INTRODUZIONE**

Dal mese di Febbraio 2015, presso il Pronto Soccorso (PS) della Fondazione Policlinico Tor Vergata (PTV) di Roma, è stato avviato il percorso Fast-Track per le specialità di ORL e Dermatologia. Tale percorso è stato istituito per i pazienti a cui viene assegnato un codice bianco o verde di triage che non necessitano di particolari interventi o approfondimenti diagnostici. Con il percorso Fast-Track il professionista chiamato non riveste più il ruolo di consulente del PS, ma rappresenta a tutti gli effetti il medico curante del paziente che giunge al PS. Scopo di tale percorso è di migliorare la qualità del servizio di PS offerto riducendo il sovraffollamento del PS.

Con questo studio abbiamo analizzato gli indicatori di qualità del percorso Fast-Track per le discipline ORL e Dermatologia.

**METODI**

Sono state analizzati gli indicatori di volume dell'attività Fast-Track della specialità ORL e Dermatologia dal 01 Febbraio 2015 al 31 Gennaio 2016, suddivisi in base all'esito dell'intervento sanitario.

**RISULTATI**

Nel periodo di tempo considerato è stato possibile attivare il percorso Fast-Track per 392 pazienti: 162 per la Dermatologia e 230 per l'ORL. L'esito più importante è stata la dimissione a domicilio, emersa in circa il 95% per l'ORL e il 60% per la Dermatologia.

Inoltre è stato possibile evidenziare una riduzione/anno di circa 1500 pazienti con codice verde o bianco al PS rispetto all'anno precedente.

**CONCLUSIONI**

La procedura di Fast-Track, istituita nell'ultimo anno, ha permesso un miglioramento in termini di qualità di servizio offerta ai cittadini. In particolare è stato possibile ridurre il volume dei pazienti che giungono al PS con un codice verde o bianco che necessitano esclusivamente di un intervento immediato.

*Fast-track, PS*

**ID 577**

**STUDIO DEI RICOVERI OSPEDALIERI RIPETUTI ENTRO I 30 GIORNI DALLA DATA DI DIMISSIONE: ANALISI DEL FENOMENO E VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ORGANIZZATIVO E FUNZIONALE SUI PAZIENTI, SULLA STRUTTURA E SUI PROFESSIONISTI COINVOLTI**

M. Salemi 1; N. Franceschini 2; S. Valerio 3; C. Dalla Bona 4; B. De Toffoli 5; M. Camillo 6; M. De Martin 7; F. Benazzi 8;

1 Dipartimento Direzione Funzione Ospedaliera Ulss7 Pieve di Soligo

2 Università degli Studi di Padova s.i.p.

3 Direttore U.O. Urologia Ospedale Ulss7 Conegliano

4 Responsabile N.I.C Ulss7 Pieve di Soligo

5 Responsabile N.I.C. Ospedale Ulss7 Pieve di Soli

**INTRODUZIONE**

L'analisi della problematica ricoveri ripetuti entro 30 giorni nasce dalla necessità di coniugare efficienza delle prestazioni sanitarie con la sempre più drastica riduzione delle risorse ssn. Scopo dello studio è di analizzare il fenomeno in 3 diversi Presidi Ospedalieri (P.O.1-2-3) studiando l'impatto organizzativo e funzionale al fine di implementare azioni di migliorative.

**METODO**

Sono state analizzate 405 riammissioni per specialità clinica diversa dei 3 P.O. su un totale di 13.194 ricoveri (2015), selezionando per ognuno un cruscotto di indicatori (es: tipologia paziente, provenienza, accesso, degenza media, modalità di dimissione, ecc.). Si è effettuata revisione della letteratura, comparazione dati nazionali e regionali.

**RISULTATI**

\*La percezione distorta del fenomeno da parte delle strutture funzionali aziendali (es: Direzione Medica, U.O. di degenza, Operatori ospedalieri e distrettuali) su preconetti, (es: luogo di provenienza e/o tipologia dei pazienti) smentiti dai dati (es: i dati ci dicono che il 94% proviene da domicilio, contro il 6% dalle RSA) \* Per le U.O. chirurgiche gli ingressi avvengono attraverso P.S. rispettivamente per un 43% per il P.O.1 ed un 50% per il P.O. 2 anche per pazienti senza necessità di intervento; \* La degenza media di questi ricoveri è molto variabile, per diverse cause, tra i diversi P.O. ed all'interno degli stessi P.O., tra le diverse U.O. (es: 16,4 gg per l'U.O. di Cardiologia contro 4,4 gg per l'U.O. di Urologia); \*C'è correlazione tra la durata media del ricovero primario e la percentuale di rientri per singole U.O.; \*Grande impatto organizzativo ha l'età paziente ed il suo DRG; \* il numero più alto di decessi è registrato è nella prima giornata di rientro.\* Ecc.

**CONCLUSIONI**

Emerge la necessità di implementare nuovi modelli organizzativi utili alla gestione delle dimissioni ospedaliere, ad esempio mediante la creazione di equipe multidisciplinari dedicate con specifica formazione, capacità organizzativa e gestionale.

*Ricoveri ripetuti; dimissioni, modelli organizzativi, costo paziente*



ORGANIZING SECRETARIAT:



Via Ambrogio Binda, 34 | 20143 Milano - Italy  
Ph. +39 02 34934404 | Fax +39 02 34934397  
[www.mcascientificevents.eu](http://www.mcascientificevents.eu) | [www.mca-group.eu](http://www.mca-group.eu)  
[info@mcascientificevents.eu](mailto:info@mcascientificevents.eu)

**ID 594**

**LUNGHEZZA DELLA FASE PREANALITICA E PERFORMANCE DELLE EMOCOLTURE: RISULTATI DI UNA INDAGINE RETROSPETTIVA**

F. Fagioli 1; E. Righi 1; C. Venturelli 2; L. Borsari 1; G. Aggazzotti 1; S. Busani 3; F. Rumpianesi 2; M. Girardis 3

1 Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia;

2 Laboratorio di Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena;

3 Unità operativa di Anestesia e terapia intensiva

**INTRODUZIONE**

La rapida identificazione dei patogeni ematici è essenziale per la corretta gestione dei pazienti con sepsi. Cambiamenti nei METODI analitici hanno significativamente ridotto i tempi d'analisi delle emocolture; meno attenzione è stata invece dedicata alla lunghezza della fase preanalitica e alla valutazione dei suoi potenziali effetti sulla sensibilità e specificità delle emocolture.

**METODI**

La performance di 50.955 emocolture raccolte da pazienti adulti ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena e processate in un arco di tempo di 30 mesi è stata valutata retrospettivamente. Per tutte le emocolture incluse nello studio, accettate dal laboratorio di microbiologia solamente durante i giorni e l'orario di apertura (Lu-Ve: 8 am-4 pm; Sa: 8 am-2 pm), erano disponibili sia i RISULTATI microbiologici che la data e l'ora del prelievo e dell'inserimento nell'incubatore automatico in laboratorio.

**RISULTATI**

Sia la percentuale (57% vs 4.9%) delle emocolture incubate in laboratorio in un tempo inferiore a quello raccomandato dalle linee guida (2h) che la lunghezza della fase preanalitica (mediana: 1 h and 13 h) sono RISULTATI significativamente differenti in relazione al momento di raccolta del campione (durante l'orario di apertura o di chiusura del laboratorio,  $P < 0.001$ ). La probabilità di un risultato positivo tra i campioni raccolti durante la chiusura del laboratorio è risultata significativamente inferiore (OR: 0.84; 95% CI: 0.80-0.89,  $P < 0.001$ ). Simili trends sono stati osservati per numerosi microorganismi, compresi Stafilococchi Coagulasi-negativi, Staphylococcus aureus, Enterococcus spp., Escherichia coli, Klebsiella spp., Pseudomonas aeruginosa e Candida parapsilosis.

**CONCLUSIONI**

I principali fattori logistici ed organizzativi in grado di influenzare la lunghezza della fase preanalitica delle emocolture dovrebbero essere attentamente indagati ed efficaci azioni correttive implementate.

*emocolture, tempo pre-analitico, patogeni ematici*

**ID 621**

**ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA INTERNA: PROGRAMMAZIONE ED OFFERTA**

G. De Carolis 1; L. Morucci 2; G. Gervasi 2; A. Russomanno 2; G. Visconti 1

1 Direzione Sanitaria Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**INTRODUZIONE**

Dal 4 Luglio 2016 è stata avviata l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) interna alla Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata di Roma per ampliare l'offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'utenza.

**METODI.**

Sono stati valutati i tempi di attesa per la prenotazione di una prestazione erogata in regime SSN al fine di programmare l'attività ALPI da avviare nel primo mese di start-up e nei successivi mesi.

**RISULTATI**

I tempi d'attesa più lunghi, registrati per le prime visite di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in regime SSN, sono stati: 120 giorni per la Medicina Interna, 150 per la Gastroenterologia, 200 per la Reumatologia e 250 per l'Endocrinologia.

**CONCLUSIONI**

In considerazione dell'analisi effettuata sui tempi d'attesa si è deciso di avviare l'attività ALPI con la seguente offerta:

- dal giorno 04/07, sono state avviate la Medicina Interna (6gg/mese), la Gastroenterologia (15gg/mese), la Reumatologia (6 gg/mese) e l'Endocrinologia (2 gg/mese);
- dal 12/07, sono state avviate l'Allergologia Pediatrica (4 gg/mese) e le Malattie dell'Apparato Respiratorio (4 gg/mese);
- dal 05/09, sono state avviate la Cardiologia (12 gg/mese), la Neurologia (6 gg/mese), la Psichiatria (4 gg/mese) e le Neuroscienze (6 gg/mese);
- dal 03/11, saranno avviate la Diagnostica per Immagini (6gg/mese) e la Chirurgia Generale (12gg/mese).

L'offerta del numero di giorni al mese per ogni disciplina è stata influenzata anche dalle disponibilità del personale interno del Policlinico. A Dicembre 2016 la Direzione Sanitaria del Policlinico Tor Vergata analizzerà i tempi d'attesa per le prestazioni SSN ed i volumi di attività ALPI nei primi 5 mesi di attività al fine di valutare, programmare ed ampliare l'offerta nell'anno 2017.

**ID 636**

**VALUTAZIONE DEI FATTORI DETERMINANTI UN PROLUNGAMENTO DELLA DEGENZA MEDIA NEI REPARTI DI MEDICINA INTERNA DI UN OSPEDALE MILANESE METROPOLITANO**

D Iemmi 1; G Perotti 2; L Negroni 2; L Boselli 2; S Castaldi 3

1 Istituto Auxologico Italiano, Ospedale San Luca, Milano

2 Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

3 Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Milano

**INTRODUZIONE**

La degenza media è un indicatore importante della valutazione dell'allocazione delle risorse e dell'efficienza di un sistema ospedaliero. Un suo aumento si riflette sia in un aumento dei costi per l'erogatore, sia in una condizione di disagio e rischio per la sicurezza del paziente. A seguito della necessità complessiva di riorganizzazione e ottimizzazione delle risorse conseguente all'entrata in vigore in Lombardia della Legge Regionale 23/2015, al fine di pianificare interventi efficaci e specifici per il miglioramento dell'appropriatezza delle cure, sono stati indagati i fattori determinanti, in modo più frequente e rilevante, il prolungamento della degenza nelle Unità Operative (UO) di Medicina Interna dell'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano.

**METODI**

È stato condotto uno studio retrospettivo, basato sull'analisi della documentazione sanitaria di tutti i pazienti dimessi presso le suddette UO nel mese di ottobre 2015, per valutare l'impatto dei fattori determinanti il prolungamento della degenza media più comunemente descritti in letteratura.

**RISULTATI**

Sono stati analizzati i dati relativi a 220 pazienti. La degenza media rilevata è stata di 13,7 giorni. Fattori statisticamente significativi per il prolungamento della degenza sono RISULTATI età media >75anni (OR 2,33), percorso di dimissioni protette (OR 2,33) e Infezioni Correlate all'Assistenza (OR 6,23). Tempi medi di attesa lunghi influenti sulle dimissioni sono stati rilevati per consulenza fisiatrica (3,6 giorni) e refertazione ECG holter (7,5 giorni).

**CONCLUSIONI**

Appare importante pianificare interventi volti a definire piani diagnostico terapeutici, anche ospedale specifici, che consentano un'ottimizzazione dei tempi di inquadramento del paziente, una maggiore attenzione sull'appropriatezza di esami diagnostici, consulenze e scelte terapeutiche, una programmazione tempestiva delle dimissioni. Risulta determinante e da sviluppare il raccordo con le strutture territoriali di cure intermedie.

*degenza media, appropriatezza, organizzazione ospedaliera*

**ID 642**

**LA PROGRAMMAZIONE DELL'OFFERTA SANITARIA SULLA BASE DELL'ANALISI SPAZIALE STRUTTURATA DEI BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE NEL NORD SARDEGNA. ANALISI DI INDICATORI DI APPROPRIATEZZA OSPEDALIERA NEL NORD SARDEGNA**

G. Sotgiu 1; P. Castiglia 1; A. Azara 1; E. Mura 1; L. Saderi 1; I. Mura 1; M.V. Camerada 2; S. Carrus 2; F. Murfinu 2; A. Guaraglia 2; G. Mariotti 2; A. Piana 1

1 *Università degli Studi di Sassari, Dipartimento di Scienze Biomediche – Igiene e M.P.*

2 *Università degli Studi di Sassari, Dipartimento di Scienze Umanistiche e Sociali.*

**INTRODUZIONE**

Inserito in un progetto di ricerca, finanziato dalla Fondazione di Sardegna, finalizzato a valutare i bisogni di salute nella popolazione sarda in rapporto all'offerta sanitaria, il lavoro riporta i **RISULTATI** preliminari di un'analisi epidemiologica avente lo scopo di definire l'impatto ospedaliero delle principali patologie e l'appropriatezza dell'offerta ospedaliera in rapporto ad indicatori di riferimento nazionali.

**METODI**

È stato strutturato un database contenente la descrizione dell'attività dei ricoveri per acuti in regime ordinario per singolo DRG relativo alla Regione Sardegna (2014). Sono stati selezionati: numerosità regionale delle dimissioni, numero giornate di degenza e degenza media, percentuale di dimissioni oltre valore soglia, mortalità ospedaliera, riferibili alle ASL di Sassari e Olbia/Tempio.

**RISULTATI**

Le principali cause di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario sono rappresentate da parto (6.393 dimissioni) e da patologie cardiovascolari (4.425 dimissioni); quest'ultimo rappresenta il DRG a maggior impatto anche per numerosità delle giornate di degenza (35.965 giorni). Riordinando i DRG per numerosità della degenza media regionale, quello relativo alle ustioni estese o a tutto spessore è risultato avere il valore più elevato (63 giorni) con una differenza con il dato nazionale di 19 giorni. Il tasso grezzo di ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani è risultato il più elevato (>6 per 1000) nelle Province di Sassari e Olbia/Tempio, in controtendenza rispetto al dato nazionale (RR Adj 1,1) per la sola Provincia di Olbia/Tempio.

**CONCLUSIONI**

Gli indicatori, riferibili alla gestione clinica in ambito nosocomiale, si sono mostrati ai limiti superiori rispetto ai valori medi nazionali. La sintesi quantitativa del management ospedaliero dimostra criticità che necessiterebbero un'approfondita analisi strutturale, organizzativa, qualitativa e quantitativa, in rapporto al outcome clinico.



**ID 654**

**IL SERVIZIO DI BED MANAGEMENT NELLA CORRETTA GESTIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI IN OSPEDALE: L'ESPERIENZA IN UN'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA**

D. Basso 1; A. De Luca 1; F. Ferretti 2; D. Forte 1; M.A. Villano 1; L. Trasatti 1; M.D. Cipriani 1; C. Napoli 1; L. Sommella 1

1 Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea. Roma

2 Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive "Sapienza" Università di Roma. Roma

**INTRODUZIONE**

Il servizio di bed management (BM) è stato previsto nell'ambito dell'attuale organizzazione dei servizi sanitari con la finalità di rendere più efficiente la gestione dei ricoveri e contrastare il sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS)

Obiettivo del presente lavoro è illustrare l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea, all'interno della quale è stato istituito un team multi-professionale di BM

**METODI**

Il team BM di direzione sanitaria (DS) è composto da dirigenti medici della DS e coordinatori infermieristici e si avvale del servizio sociale ospedaliero e di un "case manager" per la gestione delle "dimissioni difficili". Il team BM si confronta quotidianamente con la rete di referenti individuati in ogni Unità Operativa (UO), compreso il PS per confermare le disponibilità di posti letto rilevate automaticamente dal sistema aziendale informatizzato di ricovero/dimissione e rispondere alle esigenze dei ricoveri in urgenza e in elezione.

Periodicamente gli attori coinvolti si riuniscono per la valutazione sia dell'attività, mediante indicatori di processo, che di eventuali azioni correttive da implementare

**RISULTATI**

L'implementazione del BM, attraverso la rete dei referenti di UO ed un coordinamento centralizzato di DS, ha portato all'INTRODUZIONE di modifiche organizzative (rimodulazione dell'area medica e chirurgica, INTRODUZIONE di strumenti per identificazione del paziente difficile da dimettere ecc) con conseguente:

- riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in PS, incrementandone i ricoveri,
- riduzione dei tempi per il riassorbimento dei pazienti dai reparti in appoggio verso i reparti di competenza,
- aumento del numero di dimissioni dai reparti nel fine settimana

**CONCLUSIONI**

L'introduzione di un processo organizzato e condiviso di gestione dei ricoveri e delle dimissioni ha consentito, attraverso la collaborazione tra i diversi attori coinvolti, una maggiore efficienza ed appropriatezza clinico assistenziale.

**ID 669**

**DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ NELLA GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ALGORITMO IN USO PRESSO L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE (ASUIUD)**

C. Battistella 1; D. Celotto 1; F. Bellomo 2; G. Cattani 1; D. De Corti 2; S. Degan 2; D. Fantini 2; R. Furtuna 1; L. Grillone 1; L. Lesa 1; P. Tricarico 1; L. Castriotta 3; F. Farneti 2; S. Brusafarro 1,2

1 Dipartimento Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine, Udine;

2 SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, Udine;

3 SOC Igiene e

**INTRODUZIONE**

In un'azienda che rileva più di 1000 eventi avversi segnalati all'anno è importante l'adozione di un valido algoritmo per la gestione delle priorità. Nell'ASUIUD gli eventi vengono suddivisi in 4 codici colore (verde, giallo, arancio, rosso) sulla base di un indice di rischio determinato dal prodotto tra gravità e frequenza. Scopo dello studio è valutare l'aderenza tra indicazione suggerita dall'algoritmo e approfondimento fatto. Si è ipotizzata una classificazione alternativa basata sulla sola gravità.

**METODI**

Lo studio ha esaminato 1051 segnalazioni del 2015, esclusi gli eventi sentinella. Sono state individuate 2 categorie di gravità (senza danno=bassa, con danno=alta). È stata calcolata la proporzione di eventi approfonditi per codice colore e per categorie di gravità, e relativi intervalli di confidenza. Le differenze in termini di approfondimento sono state valutate tramite test X2. È stata indagata anche l'entità dell'approfondimento per categoria di gravità.

**RISULTATI**

Le proporzioni di eventi approfonditi per codice colore e per categorie di gravità sono riportate in Tab.1. Tra i codici verde e giallo non c'è differenza significativa. Accorpando i codici verde+giallo, il confronto con i codici arancio mostra una  $p < 0,001$ . Tra le categorie a bassa e alta gravità  $p < 0,01$ . Nel confronto tra le 2 modalità di classificazione, 65 eventi con codice arancio si spostano in categoria di bassa gravità, mentre 40 con codice verde/giallo si spostano in categoria di alta gravità. In Fig.1 si illustra l'entità di approfondimento richiesto per questi eventi.

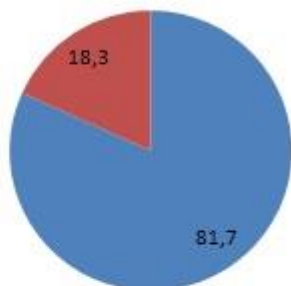
**CONCLUSIONI**

Codici verdi e gialli presentano una proporzione di approfondimenti sovrapponibile. La classificazione per gravità proposta risulta approssimare quella per codice colore. I 65 eventi che passano dall'arancio alla categoria di bassa gravità richiedono un impegno di approfondimento assimilabile a quelli di bassa gravità. Tali osservazioni suggeriscono l'opportunità di rivedere l'attuale algoritmo.

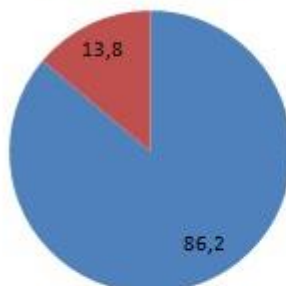
*Eventi avversi, priorità, indice di rischio, approfondimento*

- Eventi archiviati o approfonditi con un solo strumento tra quelli di minor complessità (contatto telefonico, mail o sistema informatico)
- Eventi approfonditi con ausilio di due o più strumenti

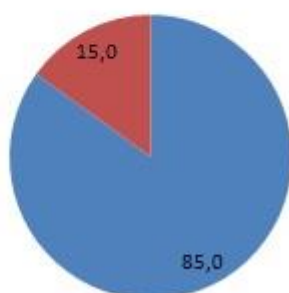
930 eventi in codice verde o giallo che rimangono in bassa gravità



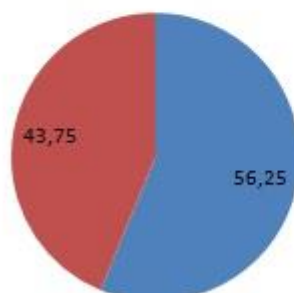
65 eventi in codice arancio spostati in bassa gravità



40 eventi in codice verde o giallo spostati in alta gravità



16 eventi in codice arancio che rimangono in alta gravità



**Fig.1**

Confronto dell'entità dell'approfondimento richiesto. Ciascun grafico a torta prende in esame gli eventi in base alla diversa modalità con cui sono stati riclassificati nel passaggio dalla classificazione per codice colore alla classificazione per livello di gravità.

|                                   | Approfonditi/Tot |              | Approfonditi/Tot |       |
|-----------------------------------|------------------|--------------|------------------|-------|
|                                   | Verde            | Giallo       | Arancio          | Rosso |
| Classificazione per codice colore | 349/733          | 119/237      | 58/81            | -     |
|                                   | 48% (44-51%)     | 50% (44-57%) | 72% (61-80%)     | -     |
| Classificazione per gravità       | Bassa gravità    |              | Alta gravità     |       |
|                                   | 488/995          |              | 38/56            |       |
|                                   | 49% (46-52%)     |              | 68% (55-79%)     |       |

**Tab.1**

Eventi approfonditi sul totale delle segnalazioni per codice colore e per livello di gravità. Gli eventi sentinella sono esclusi dal computo.

**ID 681**

**IL RUOLO DELLE SCELTE LOCALIZZATIVE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE: UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE MULTICRITERIALE IN AMBIENTE GIS**

M. Dell'Ovo 1; S. Capolongo 2; A. Oppio 3

1 Politecnico di Milano, dipartimento ABC, Milano

2 Politecnico di Milano, dipartimento ABC, Milano

3 Politecnico di Milano, dipartimento DAStU, Milano

**INTRODUZIONE**

La selezione di un sito per la localizzazione di servizi pubblici e di pubblico interesse è un tema cruciale nella pianificazione urbana per la molteplicità dei criteri e degli attori coinvolti e per la complessità degli aspetti di natura tecnica e politica che lo caratterizzano, specialmente quando si tratta di strutture sanitarie. Nonostante l'idoneità dell'area sia ritenuta fondamentale per il buon funzionamento delle strutture assistenziali e per la promozione della salute, gli strumenti di valutazione prestazionale delle strutture ospedaliere sono prevalentemente incentrati sulle caratteristiche intrinseche.

**METODI**

Partendo da un'analisi della letteratura scientifica e dallo studio di casi studio europei, la ricerca propone la definizione di uno strumento di valutazione che ha l'obiettivo di supportare le scelte riguardanti la localizzazione di strutture sanitarie. In particolare sono state identificate quattro macro-aree tematiche (Qualità funzionale, Qualità localizzative, Qualità ambientale, Aspetti economici) a loro volta suddivise in criteri. La ricerca è stata supportata dall'analisi multicriteriale combinata con l'uso dei GIS (Geographic Information System).

**RISULTATI**

La metodologia è stata testata per il caso studio de "La Città della Salute" di Milano, un progetto multifunzionale chiamato a rispondere ai cambiamenti culturali e tecnologici della medicina contemporanea. L'applicazione a questo caso pilota ha dimostrato le criticità del processo decisionale reale e ha consentito l'individuazione di nuove alternative localizzative.

**CONCLUSIONI**

Lo strumento di valutazione facilita il processo di selezione delle aree più adeguate ad ospitare strutture sanitarie attraverso la definizione di mappe di idoneità localizzativa, configurandosi pertanto come un efficace supporto per la pianificazione territoriale e per la promozione della salute.

*Promozione della salute; Strategie localizzative; Processi decisionali*

**ID 685**

**LA SOCIAL NETWORK ANALYSIS COME STRUMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA ED IL MIGLIORAMENTO CONTINUO**

K. Pelagagge 1; G. Orlandi 1; Y. Akhmetov 2; M. Dubinski 1; I. Tersigni 4;

F. Bartoccioni 3

1 HTACAMP Viterbo

2 Astana Medical University

3 ASL Viterbo

4 Asl Frosinone

**INTRODUZIONE**

La Balanced scorecard è lo strumento operativo nel quale sono esplicitati in modo misurabile gli obiettivi che un'Azienda vuole perseguire e risulta la metodologia usata dalle Aziende Sanitarie per la pianificazione dell'attività az.le e per stimolarne il miglioramento continuo.

**METODI**

Lo strumento utilizzato per la definizione delle Aree Chiave sulle quali investire è stato la Social Network Analysis (SNA). Il software open source utilizzato è stato il «Nodexl» e il database inserito è stato costruito mettendo in relazione tra loro e accodandoli successivamente i dipartimenti con le UU.OO. (entrambi previsti nell'Atto Aziendale), le politiche aziendali (previste nel Piano Strategico aziendale) con gli obiettivi delle schede di budget, gli obiettivi con gli indicatori che ne permettono la misurazione (anch'essi reperiti nelle schede di budget) e le UU.OO con gli indicatori. Per analizzare la rete abbiamo usato l'«Island method» che è stato applicato alle seguenti misure di centralità che permettono di definire il posizionamento di un nodo nella propria rete in termini relazionali: degree centrality, betweenness centrality, closeness centrality, eigenvector centrality.

**RISULTATI**

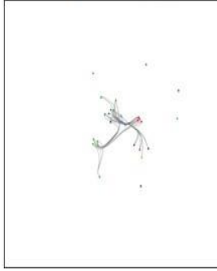
Dalle misure di centralità calcolate risultano più presenti (ossia compaiono più spesso tra i primi 30 valori della misura) e quindi dovrebbero attrarre i maggiori investimenti aziendali le Unità Operative (quali ad es. Farmacia az.le, R.U., ecc), i macro obiettivi aziendali (quali ad es. le azioni per la realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio, ecc) e gli indicatori (quali ad es. il rispetto adempimenti previsti per trasparenza e anticorruzione, il rispetto budget econ.co negoziato, ecc) mentre non figurano i Dipartimenti.

**CONCLUSIONE**

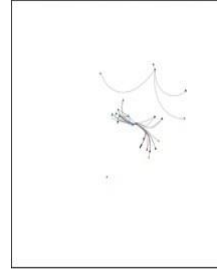
Nello studio effettuato possiamo affermare che la SNA risulta essere uno strumento utile per poter identificare, partendo dai documenti dell'azienda quali siano le key area sulle quali l'azienda dovrebbe concentrare i propri investimenti.

*Social Network Analysis, balanced scorecard, pianificazione strategica, miglioramento continuo, key area, investimenti aziendali*

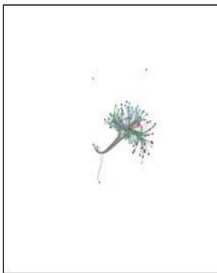
**Degree centrality**



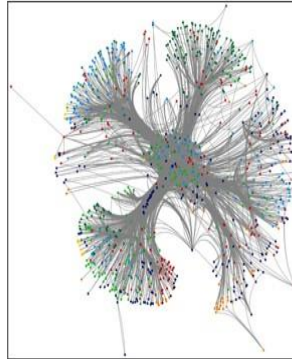
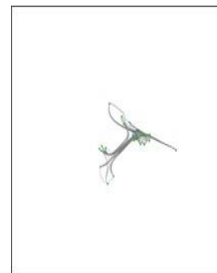
**Betweenness centrality**



**Closeness centrality**



**Eigenvector centrality**



**ID 694**

**«LA “BUONA MORTE” PASSA DAL PRONTO SOCCORSO? ANALISI DELLA MORTALITÀ ONCOLOGICA PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DELL'IRCCS AOU SAN MARTINO – IST ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO: STUDIO DESCRITTIVO DEI PAZIENTI DECEDUTI NEL PERIODO 2011-2015 E VALUT**

D. Zoli 1; P. Bruzzi 1; F. Copello 1; R. Lillini 2; G. Orengo 1

1 IRCCS AOU San Martino - IST, Genova

2 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

**INTRODUZIONE**

Le neoplasie rappresentano una delle principali cause di morte nel mondo e il tema dell'assistenza al malato oncologico nella fase terminale della malattia sta assumendo una sempre più forte rilevanza clinica ed etica. Il presente studio ha l'obiettivo di (i) descrivere la qualità dell'assistenza erogata durante la fase terminale della vita dei pazienti oncologici deceduti presso il Pronto Soccorso (PS) dell' IRCCS San Martino – IST di Genova, (ii) formulare ipotesi circa le caratteristiche che hanno reso più probabile l'exitus dei pazienti oncologici presso l'ospedale rispetto a contesti più appropriati.

**METODI**

E' stato condotto una «followback survey» sui pazienti oncologici deceduti presso il PS dell'IRCCS dal 2011 al 2015. La revisione delle cartelle cliniche e dei sistemi informativi ha consentito di raccogliere informazioni anagrafiche, sociali, cliniche e assistenziali di ciascun paziente. Una seconda «followback survey» è stata condotta sui residenti nel Comune di Genova deceduti per neoplasia negli anni 2011-13 e dalle cui schede di morte sono state ottenute informazioni circa luogo del decesso, sede della neoplasia, genere, classe d'età, nazionalità, livello d'istruzione e stato civile.

**RISULTATI**

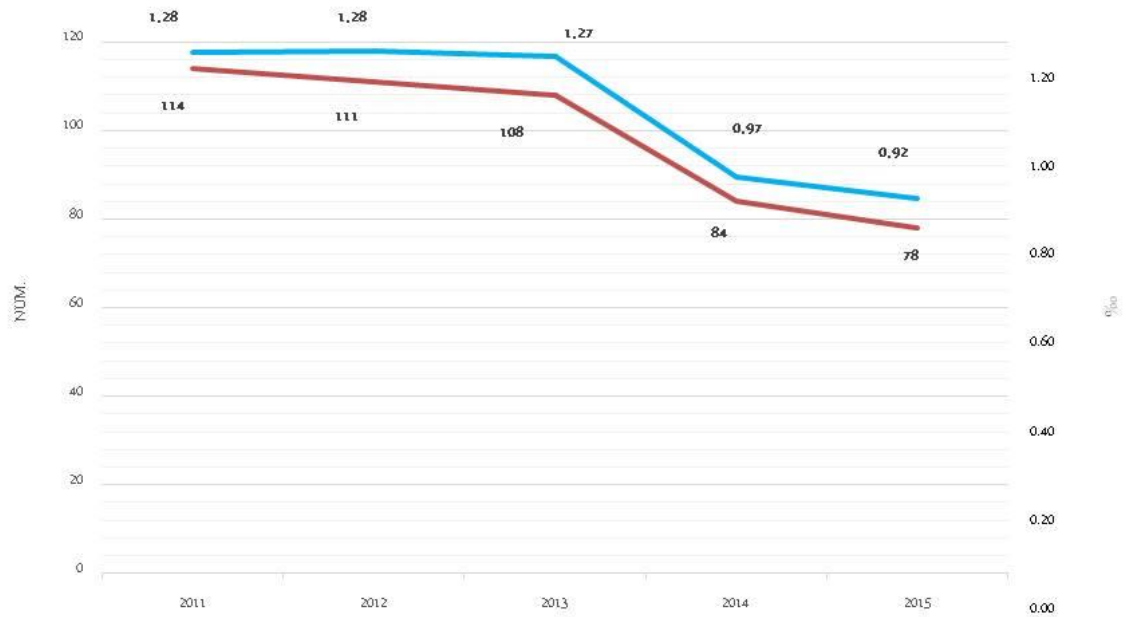
Complessivamente i deceduti presso il PS dell'IRCCS sono stati 495 con un trend in significativo decremento durante il periodo di studio. Il 76,8% dei pazienti ha ricevuto la terapia del dolore e l'11,1% è stato visitato dal palliativista in PS. I fattori RISULTATI indipendentemente associati alla mortalità oncologica nel contesto ospedaliero sono stati il genere maschile, la giovane età, e alcune forme neoplastiche, in particolare quelle ematologiche.

**CONCLUSIONI**

Lo studio ha evidenziato una diminuzione dei decessi oncologici in PS. Tuttavia l'ospedale rimane il setting del decesso di quasi il 50% dei pazienti oncologici evidenziando l'importanza di una efficace presa in carico da parte dei servizi territoriali di cure palliative.

*Gestione fine vita; Pronto Soccorso; Pazienti Oncologici; Cure palliative*

### Trend dei deceduti in PS nei cinque anni ( $\chi^2$ for trend $P < 0,01$ )



Deceduti totali nei 5 anni in studio: 495



**ID 719**

**INDICATORI DI VALUTAZIONE NEL PROCESSO DI BUDGETING : ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

I. Bernardini; D. Bologni; F. Fiorucci; F. Ruffini; D. Pacchiarini  
*Azienda Ospedaliera, Perugia*

**INTRODUZIONE**

L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha avviato il percorso verso l'Accreditamento Istituzionale regionale inserendolo tra gli obiettivi strategici per i prossimi anni ed è in questa visione che si mira a parlare un univoco "linguaggio della qualità" consentendo a tutti i professionisti di essere sempre più partecipi di un continuo processo di miglioramento.

**METODI**

Lettura critica della principale letteratura con particolare riferimento ai sistemi di valutazione in uso nel nostro Paese: Sistema di Valutazione delle Performance del Laboratorio di Management e Sanità (MeS), il Piano Nazionale Esiti (PNE) di Agenas ed alcune esperienze regionali. Le dimensioni della qualità che si è deciso di indagare sono Appropriatezza, Efficacia, Efficienza, Patient Safety e Accessibilità. Ciascuna area è stata valutata attraverso diversi indicatori. Viene attribuito un "punteggio di virtuosità" a ciascun valore degli indicatori considerati. Fonte dati : Schede Dimissione Ospedaliera.

**RISULTATI**

Il risultato principale è stato l'individuazione di tre indici sintetici uno per l'Area Medica, uno di Area Chirurgica ed uno Ospedaliero. Nel processo di budgeting sono inseriti gli indicatori proposti dai principali sistemi di valutazione che insieme agli indici sintetici sviluppati rappresentano un valido strumento di audit nell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

**CONCLUSIONI**

L'obiettivo perpetrato non è perciò quello di stilare graduatorie o classifiche ma promuovere una competizione virtuosa dapprima "interna" alla struttura , con ampi spazi di confronto usando le valutazioni di esito in processi strutturati di auditing clinico ed organizzativo che devono far parte della normale attività dei servizi e dei professionisti tanto concettualmente che operativamente finalizzata ad un processo di miglioramento della qualità. Sulla scorta di queste premesse la valorizzazione dovrebbe coinvolgere sempre più cittadini, amministratori e professionisti, seppur con ruoli e pesi differenziati.

**ID 103**

**MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO FRA I RICHIEDENTI ASILO ASSISTITI DALL'ULSS 16 PADOVA**

V. Minascurta 1; L. Gottardello 2; E. Cipolla 2; I. Simoncello 2; G. Lazzaro 2; T. Baldovin 1; A. Buja 1; E. Cannizzo 2; C. Mazzucato 2; P. Ranzato 2; D. Masiero 2; G. Iuliano 2; M. D'Aquino 3; C. Bertoncetto 1; V. Baldo 1

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

2 Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) ULSS16 Padova-Regione Veneto

3 Responsabile Struttura Alta Professionalità Immigr

**INTRODUZIONE**

La Prefettura di Pd distribuisce i richiedenti asilo (RA) in centri di accoglienza, informando la "Struttura immigrazione" dell'Ulss 16 per programmare la visita medica di prevenzione della diffusione di malattie infettive. La visita è svolta dal medico responsabile del servizio e da 5 medici volontari. Eventuale ulteriore consulenza è effettuata da: dermatologo, ginecologo, P.S., pediatra di comunità. Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica procede alle vaccinazioni DTP Polio, MPR, al test Mantoux per lo screening della TBC, come da indicazioni regionali, dei RA segnalati dalle cooperative ospitanti. Il lavoro descrive le attività di gestione e prevenzione delle malattie infettive che l'ULSS 16 ha rivolto ai RA ospitati nei centri di accoglienza.

**METODI**

Si è considerato il numero dei RA presenti in 19 cooperative sul territorio dell'ULSS 16 nel periodo 01/01/2014-31/12/2015. Si sono raccolti i dati di tutte le vaccinazioni eseguite, test Mantoux o Quantiferon, trattamento ITBL (Infezione Tubercolare Latente).

**RISULTATI**

Nel periodo sono stati visitati 1245 RA (F 110, M 1135) provenienti dall'Africa (84,5%) e dall'Asia (15,5%). I RA sottoposti a vaccinazione sono stati 1147 (F 81 M 1066), tra cui 26 in età 0-16 anni (2,3%) (F 4 M 22). Per lo screening TBC si è effettuato il test Mantoux a 1128 RA con RISULTATI: negativi 622 (56,7%), positivi 467 (40%), non letti 39 (3,3%). La procedura dell'Ulss 16 prevede che, se l'esito del test Mantoux è positivo (in assenza di flittene), si proceda con l'ulteriore test Quantiferon. In caso di positività a questo (o direttamente, in presenza di flittene), si esegue un Rx Torace. Si sono trattate per ITBL 86 RA con un terapia di 3 o 6 mesi.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI confermano quanto noto sulla salute dei RA, soprattutto per il controllo delle malattie infettive, e la necessità di effettuare questi screening, utili anche a garantire la salute pubblica e a favorire lo sviluppo di un rapporto di fiducia tra i migranti e i residenti.

**ID 212**

**EPIDEMIOLOGIA ED ESITI DELLA SINDROME CORONARICA ACUTA NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE DELL'EMILIA-ROMAGNA: NUOVE SFIDE PER I SERVIZI SANITARI.**

V.M. Avaldi 1; J. Lenzi 1; G. Di Pasquale 2; P. Rucci 1; A. Fioritti 3; M.P. Fantini 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

2 Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna

3 Direzione sanitaria, Azienda USL di Bologna, Bologna

**INTRODUZIONE**

Nel 2016 la quota di migranti in Emilia-Romagna ha raggiunto il 12%. Diversi studi hanno evidenziato che gli stranieri con sindrome coronarica acuta (SCA) si distinguono per epidemiologia, prognosi e accesso ai servizi sanitari. Lo scopo dello studio è analizzare le caratteristiche e gli esiti dei pazienti ricoverati con SCA in relazione al paese di origine.

**METODI**

Lo studio ha valutato i residenti in Emilia-Romagna con un ricovero per infarto miocardico acuto (IMA) tra il 2012 e 2014 in reparti di qualsiasi disciplina. Sono stati considerati i seguenti esiti: angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro due giorni da STEMI, mortalità a 30 giorni e a un anno e aderenza alla politerapia post-IMA a un anno. Gli esiti sono stati analizzati in funzione della cittadinanza aggiustando per comorbidità rilevate al ricovero indice e nei ricoveri dei due anni precedenti con modelli di regressione multipla.

**RISULTATI**

I soggetti in studio sono 23.884, di cui 647 (2,7%) migranti (1,3% europei; 0,6% africani; 0,8% asiatici). I migranti hanno un'età media di insorgenza di SCA nettamente inferiore rispetto agli italiani (56 vs 73 anni). La mortalità a 30 giorni e a un anno dal ricovero è pari rispettivamente a 9,6% e 19,8%, senza differenze significative tra italiani e migranti. Complessivamente il 63,2% degli STEMI viene sottoposto a PTCA entro due giorni; i pazienti aderenti alla terapia post-IMA sono il 31,0%. Rispetto agli italiani, gli africani e gli asiatici hanno una probabilità inferiore di essere sottoposti a PTCA e sono significativamente meno aderenti alla terapia.

**CONCLUSIONI**

I cittadini migranti con SCA sono molto più giovani, vengono sottoposti meno a procedure invasive e sono meno aderenti alle terapie farmacologiche rispetto agli italiani. Sono necessari ulteriori studi per valutare i determinanti di tali differenze e sviluppare modelli organizzativi che tengano conto delle esigenze specifiche di questi pazienti.

*Sindrome coronarica acuta; Disuguaglianze in sanità; Stranieri; Infarto miocardico*

**ID 294**

**UN ESEMPIO DI ACCOGLIENZA**

G. Tettamanti 1; D. Peruggia 2; C. Sardi 3; M. Torlasco 3; G. Pieri 4

1 Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense  
2 SITRA ATS Pavia

3 Presidio Pneumotisiologico ASST Pavia

4 DPM ATS Pavia

**INTRODUZIONE**

Dal 2014 sono arrivati in Oltrepò pavese 803 richiedenti asilo, ora presenti in zona 533. In osservanza delle Circolari Ministeriali e Regionali e in rapporto costante con la Prefettura di Pavia, i migranti sono stati sottoposti a sorveglianza sindromica, accertamenti antitubercolari e vaccinazione DTIPV.

**METODI**

I dati sono stati raccolti in Excel ed elaborati fino al 1 agosto.

**RISULTATI**

Le strutture recettive sono 20 di cui 18 gestite da cooperative, 1 protezione civile, 1 privati (1 capannone con tende, 11 alberghi/agriturismi, 3 appartamenti, 4 palazzine indipendenti, 1 cascina ristrutturata).

Nel 2014 i richiedenti asilo rappresentavano lo 0,05% della popolazione residente; al 1 agosto 2016 sono lo 0,55%, in alcuni paesi (Zavattarello) il 9,2% .

L'età media è di  $24,8 \pm 0,2$ , mediana 24, moda 20. Sesso maschile prevalente (93%).

Le nazionalità più rappresentate sono: Nigeria (28,39%), Bangladesh (13,33%).

Il 20,5% ha avuto diagnosi di scabbia.

Il 38% è risultato negativo alla mantoux, il 62% positivo con un diametro medio  $13,9 \pm 0,4$  mm.

Nei pazienti si sono avuti 7 casi di tb nodulare e 1 di miliare, in nessun caso erano presenti cavitazioni. Sottoposti a terapia, sono stati reinseriti in comunità.

I vaccinati sono il 51%.

**CONCLUSIONI**

Seppur il 34% è stato trasferito o si è allontanato, la presenza importante in alcuni piccoli paesi ha creato apprensione.

Riguardo alla scabbia il riconoscimento e il trattamento precoce ha risolto il problema.

La positività alla tubercolina era prevedibile che fosse alta in soggetti provenienti da paesi ad alta endemia, ma è confortante il fatto che non si sia rilevato nessun caso di tubercolosi aperta ad alta infettività.

Il numero di vaccinazioni limitato è il risultato dell'inserimento su vaccinazioni programmate di una nuova importante coorte. Si sono rilevati casi sporadici di dissenso, ingiustificabili.

L'esperienza maturata dalle cooperative ha agevolato la collaborazione, il 70% dei migranti segue corsi di italiano.

**ID 374**

**SOS...L'URGENZA PSICOLOGICA CHIAMA...GALLIERA RISPONDE**

M. Sartini 1,2; M.L. Cristina 1,2; A.M. Spagnolo 1; G. Ottria 1,2; E. Schinca 1,2; F. Perdelli 1; A. Cuneo 3; P. Cremonesi 3; L. Marchini 3; E. Ferrari 3

1 DISSAL – Università degli Studi di Genova

2 SSD Igiene Ospedaliera - E.O. Ospedali Galliera - Genova

3 DEA – E.O. Ospedali Galliera - Genova

**INTRODUZIONE**

Dal 2015 è stato avviato presso il PS dell'Ospedale Galliera di Genova un programma, che coinvolge medici, infermieri e psicologi, per i pazienti richiedenti asilo/rifugiato politico.

Questi sono portatori di esperienze traumatiche pregresse, che spesso sono causa di una sintomatologia complessa. Il sopravvissuto tende a chiedersi, inconsciamente, i motivi per cui proprio lui è stato risparmiato dalla morte, sviluppando un senso di colpa che raramente riesce a esprimere.

**METODI**

Dal 1 gennaio al 30 luglio 2016 i pazienti richiedenti asilo giunti al P.S. sono stati sottoposti ad esami ematochimici, valutati per eventuali lesioni dovute a torture, violenze o altro, e in caso di riscontro di patologie sono stati indirizzati ad ulteriori visite specialistiche. L'incontro con la psicologa è avvenuto all'interno di uno spazio fisico e mentale rassicurante. L'emergenza psicologica è un'improvvisa caduta dell'equilibrio psicologico ed emotivo dovuto ad un evento esterno e richiede l'immediata attivazione di nuove strategie per la sopravvivenza psichica.

**RISULTATI**

I pazienti visti presso il P.S. sono stati 1,116. Il 71.77% sono di sesso maschile. Al triage al 51.25% è stato assegnato un codice verde, al 16.31% codice giallo e al 2.33% codice rosso.

L'intervento psicologico diagnostico-terapeutico ha cercato di evitare lo sviluppo, attraverso l'ascolto tempestivo e analiticamente orientato, del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e ha inoltre messo in atto misure preventive nei confronti di eventuali traumi futuri e/o condotte devianti.

**CONCLUSIONI**

La corretta diagnosi, cura e monitoraggio di patologie dei migranti ha permesso migliorare la qualità della vita e ottenere inoltre una drastica riduzione di diffusione sia di patologie infettive sia di comportamenti devianti, delinquenziali, disturbi psichiatrici e/o psicosomatici.

**ID 380**

**UN MODELLO DI SORVEGLIANZA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI**

G. Prisco 1; M.T. Maurello 2; D.Sallese 2; N. Nante 1,3; P. Baldaccini 2

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena,

2 Azienda USL Toscana Sud Est, Arezzo

3 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena

**INTRODUZIONE**

In seguito al cospicuo flusso di migranti verso l' Italia, le Autorità sanitarie hanno dovuto implementare i sistemi di sorveglianza sindromica al fine di prevenire potenziali rischi per la comunità. A luglio del 2015, la USL di Arezzo, in collaborazione con la Prefettura, ha attivato una procedura per la sorveglianza sanitaria, che prevedeva l'effettuazione di una valutazione medica dei migranti nell'immediatezza del loro arrivo in città. Riportiamo l'esperienza dei primi 8 mesi di sorveglianza.

**METODI**

Abbiamo raccolto dati dal luglio 2015 al febbraio 2016. Le visite sono state eseguite da un medico in collaborazione con un infermiere ed un mediatore culturale, presso un ambulatorio h24 istituito ad hoc in Arezzo. Durante la visita al medico è stato richiesto di compilare una scheda riportando dati anagrafici e sanitari. Tali dati sono stati inseriti in un database ed elaborati mediante analisi descrittiva.

**RISULTATI**

Nel periodo in studio, 539 migranti sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria. I problemi maggiormente riscontrati sono stati: 50 casi di lesioni dermatologiche, di cui 24 casi di scabbia; 18 infezioni del tratto respiratorio superiore e 7 inferiore; 14 casi di traumi/ustioni legati alle precarie condizioni del viaggio o a torture subite; 11 casi di tosse e 8 di febbre. I migranti inviati al PS sono stati 48. A 3 migranti, che al loro arrivo non avevano mostrato sintomi, è stata successivamente notificata un'infezione tubercolare.

**CONCLUSIONI**

I migranti visitati sono **RISULTATI** generalmente in buona salute, confermando il cosiddetto "effetto del migrante sano", una forma di auto-selezione di coloro che decidono di partire. Sebbene nella nostra esperienza non siano emerse potenziali emergenze sanitarie, i **RISULTATI** dello studio suggeriscono la necessità sia di mantenere attiva la sorveglianza all'arrivo sia di implementare sistemi a lungo termine per la possibile riattivazione di malattie latenti.

*Migranti, Sorveglianza sanitaria, Sorveglianza sindromica,*

**ID 383**

**STUDIO RETROSPETTIVO SULL'EFFICACIA DEL COUNSELLING NELLA MEDICINA DEI VIAGGI DELL'AAS4 - REGIONE FVG**

M. Gri 1; V. Baldo 2; A. Fabbro 1 ; A. Pierobon 2

1 Dipartimento di Prevenzione dell'ASUIUD, Udine

2 Università degli studi di Padova, Padova

**INTRODUZIONE**

La Medicina dei viaggi rappresenta un interessante ambito preventivo in continua espansione. Ogni anno molti italiani viaggiano in aree tropicali e sub-tropicali e questo, secondo la SIMVIM, comporta il rischio di contrarre malattie ritornando con un problema di salute. Così a Udine, in FVG, è nato un Ambulatorio dedicato alla Medicina dei Viaggi. L'obiettivo del presente lavoro è far conoscere questo ambulatorio aziendale e valutare, attraverso il follow up, la capacità dell'Assistente Sanitario nel responsabilizzare gli utenti sugli eventuali rischi correlati ai viaggi.

**METODI**

Sono state raccolte, in autonomia, 3823 schede del viaggiatore dal 2010 al 2014 archiviate presso il Dipartimento di Prevenzione dell'AAS4-“Friuli Centrale”. I dati ottenuti sono stati registrati in appropriata tabella Excell ed integrati tramite l'utilizzo di tabelle Pivot, dell'applicazione Bing e del Software statistico “R” per formare un modello di regressione lineare multivariato.

**RISULTATI**

Dall'analisi dei dati è emerso che i residenti nel territorio aziendale di età compresa tra i 30-39 anni (66%) soggiornando in aree endemiche, aderiscono maggiormente alle norme comportamentali di base e alle vaccinazioni contro le malattie a trasmissione alimentare. Il follow up, riscontrato nel 76% degli utenti complessivi, evidenzia che un 38% dei viaggiatori non ha effettuato la profilassi antimalarica e un 25% non ha risposto alla domanda. Le maggiori sintomatologie insorte sono febbre, vomito e diarrea.

**CONCLUSIONI**

Lo studio ha rilevato l'importanza di promuovere la salute in viaggio per ridurre le malattie da importazione e il counselling rappresenta uno strumento molto efficace per prevenirle. Data la sua specifica formazione l'Assistente Sanitario costituisce un'essenziale figura professionale all'interno di questo ambulatorio. L'attuazione di alcune strategie di miglioramento potrebbero rendere il viaggio più sicuro e raggiungere la popolazione che non percepisce tali rischi.

*Prevenzione, Counselling, Viaggi, Vaccinazioni*





**ID 411**

**RICORSO ALLE CURE SANITARIE DA PARTE DEGLI STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI E DEI SOGGIORNANTI COMUNITARI INDIGENTI NELLE MARCHE. ANALISI RETROSPETTIVA NEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO ASUR AREA VASTA 2 SEDE DI JESI**

G. Zocco 1; V. Adamo 2,3; A. Filonzi 4; F. Pasqualini 4; F. Scaccia 4; P. Barbadoro 1,5

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

2 U.O. Medicina Generale, Presidio Ospedaliero "Carlo Urbani" Jesi, Ancona

**INTRODUZIONE**

L'Italia dalla metà degli anni '90 ha assunto una politica di inclusione di tutti gli stranieri nel sistema di tutela del diritto alla salute. Ai cittadini Europei Non Iscritti (ENI) al Servizio Sanitario Nazionale privi di copertura sanitaria nel loro stato di origine ed ai cittadini extra-comunitari indigenti, Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), garantisce cure urgenti ed essenziali. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'entità dell'afflusso di ENI/STP e le differenti patologie per cui i due sottogruppi di popolazioni si sono rivolte al medico dell'ambulatorio per stranieri del distretto.

**METODI**

E' stata fatta una raccolta retrospettiva dei dati dei soggetti afferenti all'ambulatorio per stranieri del distretto Sociosanitario di Jesi dal 1/06/2012 al 30/06/2016. Mediante un'analisi bivariata dei due gruppi in studio, è stata valutata l'associazione tra fattori socio-demografici, clinici ed utilizzo del servizio, ponendo una significatività statistica  $p < 0.05$ .

**RISULTATI**

Nei quattro anni di sorveglianza sono state effettuate 1250 prestazioni, di queste il 26% (325 soggetti) sono avvenute per un primo rilascio di un codice regionale individuale a sigla STP/ENI per le cure, con un trend in inversione negli anni; le restanti per rinnovi di ENI/STP e patologie in acuto.

Nei 325 soggetti interessati dal primo rilascio, l'85% dei richiedenti ENI è di sesso femminile, il 66% di richiedenti STP è di sesso maschile. Il primo gruppo nel 46% dei casi ha richiesto tale certificato per patologia ostetrico/ginecologica, mentre il secondo nel 38% per visita di controllo all'arrivo in Italia.

**CONCLUSIONI**

In accordo con eventi socio-politici degli ultimi anni, il pool di pazienti afferendo all'ambulatorio si è notevolmente modificato. I casi di cross border health care people hanno lasciato il posto a quelli di immigrati extra-comunitari indigenti provenienti maggiormente da zone quali Africa Occidentale ed Asia Centrale.

*Stranieri, Indigenti, Certificato*

**ID 495**

**COMPLIANCE VACCINALE NEI VIAGGIATORI INTERNAZIONALI**

C. Fusillo 1; M. Benigni 1; A. Cramarossa; L. Di Marzio; E. Galliani; C. Marchetti; S. Rossi; M.T. Sinopoli; S. Sgricia  
*Asl Roma 4, Civitavecchia*

**INTRODUZIONE**

Il Servizio vaccinazioni della ASL Roma 4 svolge un Servizio dedicato ai Viaggiatori. Questa attività presenta delle peculiarità in quanto l'utenza ha caratteristiche proprie, perciò pur avvicinandosi al servizio per fare le sole vaccinazioni viene invitata a svolgere un colloquio preliminare.

Nella normativa internazionale l'unica vaccinazione obbligatoria è quella della Febbre Gialla; all'utente viene dunque spiegato qual è il rischio infettivo legato al paese di destinazione, quali sono le vaccinazioni suggerite in base alla sua situazione vaccinale, alla consultazione di siti web istituzionali e delle circolari ministeriali; l'esecuzione o meno delle vaccinazioni suggerite è legato quindi alla declinazione del rischio generale su quel particolare viaggio, alla percezione del rischio stesso da parte dell'utente e ad altre considerazioni personali.

**METODI**

Il nostro servizio ha ormai da tempo implementato una scheda informatizzata del viaggiatore, all'interno del proprio software gestionale abbiamo deciso anche di valutare la compliance degli utenti a quelle che sono le indicazioni. È stata dunque creata una reportistica che compara, in percentuale, le vaccinazioni suggerite e quelle accettate da parte dell'utente.

**RISULTATI**

Il sistema è ancora in via di implementazione in quanto sta comportando la rivisitazione del sistema di data entry che i vari ambulatori svolgono in maniera diversa.

**CONCLUSIONI**

L'attività della medicina dei viaggiatori per la sua stessa natura e per i destinatari supera ogni logica di obbligo per configurarsi come un'attività vera e propria di promozione dei corretti comportamenti da parte di chi va in ambienti esotici per motivi personali o di lavoro. È quindi attivo un sistema di monitoraggio della compliance dei viaggiatori in quanto, al netto di considerazioni economiche da parte del viaggiatore, può essere considerato un indicatore della capacità del servizio di far assumere scelte consapevoli all'utenza.

**ID 553**

**PROTOCOLLO DI MEDICINA PREVENTIVA DELLA ASL DI SASSARI PER L'ACCOGLIENZA AI MIGRANTI**

F. Delogu; A. Seddaiu; D. Piras; N. Grandi; B. Pitalis; G. Giordo; T. Giaconi  
ASL Sassari, Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Via Rizzeddu 21/b

**INTRODUZIONE**

Nel territorio della ASL di Sassari sono in funzione 14 Centri di Accoglienza Temporanea, nei tre distretti di Sassari, Alghero e Ozieri; da marzo 2014 a marzo 2016 sono stati accolti oltre 2000 migranti provenienti da 20 Paesi. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, l'AOU e la Prefettura di Sassari, hanno messo a punto un Protocollo per i Migranti, per assicurare loro il controllo delle malattie infettive, le vaccinazioni e altri interventi di profilassi internazionale più rilevanti.

**METODI**

Si sono seguite le indicazioni delle Autorità Competenti, Ministero della Salute e Regione Sardegna, considerando le evidenze di tipo epidemiologico, soprattutto in funzione dei Paesi di provenienza e dell'interesse comunitario.

Controllo delle malattie infettive: si è effettuato il test Mantoux su tutti i migranti, sottoponendo alla radiografie del torace i positivi, con valutazione pneumologica in caso di immagini suggestive per TB. A tutti è stato poi effettuato un prelievo ematico per la ricerca degli Ac anti HIV e dei markers per l'epatite "B" e "C", con consulenza infettivologica se ritenuta opportuna.

Profilassi: si è offerta la vaccinazione anti epatite B a tutti coloro che avevano i markers negativi, mentre a tutti i migranti indistintamente è stato offerto il vaccino anti meningococcico quadrivalente, una dose di dTPa ed il vaccino antinfluenzale. Il vaccino IPV è stato praticato sui migranti provenienti dai Paesi indicati dalla Circolare ministeriale.

**RISULTATI**

Sono stati effettuati 1350 prelievi ematici ed altrettanti test Mantoux e somministrati complessivamente 2841 dosi di vaccino.

**CONCLUSIONI**

Si prevedeva di dover lavorare per poche centinaia di migranti; attualmente la media è di circa 700 ospiti con punte sino a 1200 presenze.

Visto il grande divario tra le previsioni iniziali e l'attività effettivamente svolta, è in atto un processo di rimodulazione del Protocollo, anche in considerazione delle criticità organizzative e di approvvigionamento.

*Migranti, prevenzione, assistenza*

**ID 616**

**COMPLIANCE AD UNO SCHEMA TERAPEUTICO ABBREVIATO PER IL TRATTAMENTO DELL'INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE NEI MIGRANTI RICHIEDENTI ASILO: L'ESPERIENZA DELL'ULSS 20 DI VERONA**

G. Napoletano; E. Conti; C. Postiglione; L. Colucci; M. Baldissera

*UOS Profilassi Malattie Infettive, Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 20; Verona*

**INTRODUZIONE**

Dal 2012 il Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 20 di Verona effettua lo screening tubercolare nei migranti richiedenti asilo, all'arrivo. Lo scopo è intercettare eventuali casi di tubercolosi attiva e trattare l'infezione latente (ITBL), in considerazione del rischio aumentato di progressione verso la malattia in queste persone. La compliance al trattamento dell'ITBL può essere problematica, per la lunga durata del regime terapeutico standard (isoniazide 300 mg/die per 6-9 mesi). Per questo motivo, da settembre 2014 si è deciso di adottare uno schema alternativo di minor durata (isoniazide 300 mg/die + rifampicina 600 mg/die per 3 mesi). L'obiettivo di questa analisi è valutare la compliance ai due diversi schemi terapeutici.

**METODI.**

Si analizzano i dati dei migranti sottoposti a screening da gennaio 2012 a dicembre 2015, confrontando il gruppo trattato con lo schema standard (A) con il gruppo trattato con lo schema abbreviato (B). La procedura di screening in uso prevede l'esecuzione del test intradermico secondo Mantoux (TST), seguito eventualmente dal test IGRA nei soggetti con TST dubbio; ai soggetti asintomatici cutipositivi ( $\geq 10$  mm di infiltrato) o con IGRA positivo, una volta esclusa la tubercolosi attiva con radiografia del torace e valutate eventuali controindicazioni, viene proposto il trattamento dell'ITBL, che prevede controlli clinici e di laboratorio mensili.

**RISULTATI**

La terapia per l'ITBL è stata completata da 36 soggetti, su 67 a cui è stata prescritta (54%), nel gruppo A; da 196/225 (87%) nel gruppo B ( $p < 0.001$ ). La terapia è stata interrotta per comparsa di effetti collaterali in 2 casi nel gruppo A, in 5 casi nel gruppo B. Gli altri soggetti sono stati persi al follow-up.

**CONCLUSIONI**

Secondo la nostra esperienza, un regime semplificato di 3 mesi (isoniazide + rifampicina) consente di raggiungere un buon livello di aderenza alla profilassi antitubercolare, riducendo così il rischio di malattia e di farmaco-resistenza.

**ID 695**

**SUPPORTI PLURILINGUE DI NUOVA GENERAZIONE PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE MIGRANTE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PILOTA**

I. Mura 1; E. Sanna 2; F. Delogu 3; A. Andolfi 4; B. Arru 4; R. Bosu 4; C. Delrio 4; C. Dessanti 4; N. Grandi 4; E. Lampis 4; S. Ogana 4; R. Santoru 4; V. Satta 4; F. Trogu 4; D. Höhmann 5  
1 *Struttura Complessa Igiene e Medicina Preventiva, Azienda Ospedaliera Universitaria, Sassari, Italia;*  
2 *Garante degli Studenti Incoming, Università degli Studi, Sassari, Italia;*  
3 *Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, A.S.L. 1, Sassari, Italia;*  
4 *Scuola*

**INTRODUZIONE**

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia e nella nostra realtà regionale ha assunto un carattere strutturale definito e la presenza di centri di accoglienza temporanea non è più considerata come emergenza nel territorio. Da aprile 2014, in provincia di Sassari, è operante un Protocollo di Sorveglianza Sanitaria sui migranti, che vede la stretta collaborazione tra Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliero-Universitaria e Prefettura di Sassari. In questo ambito, progetti volti al miglioramento della comunicazione medico-paziente in contesti interculturali sono imprescindibili per una buona pratica medica. La Struttura Complessa di Igiene dell'AOU di Sassari ha coinvolto il Dipartimento di Storia, Scienze dell'uomo e della Formazione dell'Università di Sassari per la creazione di supporti plurilingue di nuova generazione per migliorare la comunicazione medico-paziente.

**METODI**

Nell'ambito degli interventi previsti dal protocollo di sorveglianza sanitaria per le malattie infettive all'interno dei centri per richiedenti asilo, i medici preposti alla raccolta del consenso per il test HIV sono stati dotati di supporti di mediazione linguistico-culturale a struttura dialogica corredati da tavole illustrate con traduzioni plurilingue (Italiano, Inglese, Francese, Arabo). La valutazione del processo comunicativo è stata effettuata attraverso l'osservazione attiva, la somministrazione di questionari e la realizzazione di interviste.

**RISULTATI**

Il feedback ottenuto grazie alla rielaborazione delle prime schede per la raccolta del consenso ha mostrato un netto miglioramento nella qualità della comunicazione ed un buon gradimento da parte dell'utenza.

**CONCLUSIONI**

L'utilizzo di supporti plurilingue validati dalla mediazione linguistico-culturale si è dimostrata efficace per la corretta comunicazione in ambito sanitario con il paziente migrante.

*Migranti; Protocollo di Sorveglianza Sanitaria; Mediazione Linguistico Culturale; Consenso Informato*

**ID 722**

**SCREENING TUBERCOLOSI TRA IMMIGRATI OSPITI AL C.A.R.A. DI MINEO (CT)**

M. Cuccia 1; A.Dimartino 2; G.Giorgianni 2; M. Marranzano 2; S.Rinnone 1;

1 Servizio Epidemiologia e Prevenzione, ASP 3 Catania

2 Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e tecnologie avanzate "G.F. Ingrassia", Università degli Studi di Catania

**INTRODUZIONE**

Secondo i dati forniti dall'UNHCR gli arrivi sulle coste siciliane nel 2015 sono stati ca.84.000, la maggior parte dei quali provenienti da Paesi della fascia subsahariana classificati ad alta endemia per Tubercolosi (TB) dall'OMS. L'insufficiente applicazione dei protocolli di prevenzione e sorveglianza per TB previsti per gli immigrati determina la mancata identificazione dei casi di TB latente e ritardo nella cura dei casi di TB attiva. A seguito della segnalazione di un caso di "Tbc polmonare bacillifera" tra i migranti arrivati al Porto di Messina il 17 Marzo c.a., il Servizio di Epidemiologia e Prevenzione dell'ASP 3 di Catania ha effettuato uno screening tubercolare dei 250 migranti sbarcati afferiti al C.A.R.A. Mineo che ospita ca. 3000 ospiti.

**METODI**

Identificazione dei migranti a rischio, somministrazione del test intradermico secondo Mantoux, in accordo con "Le linee guida per il controllo della malattia tubercolare" (1999) e del documento "Aggiornamento delle raccomandazione per l'attività di controllo della tubercolosi. Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata" (2010).

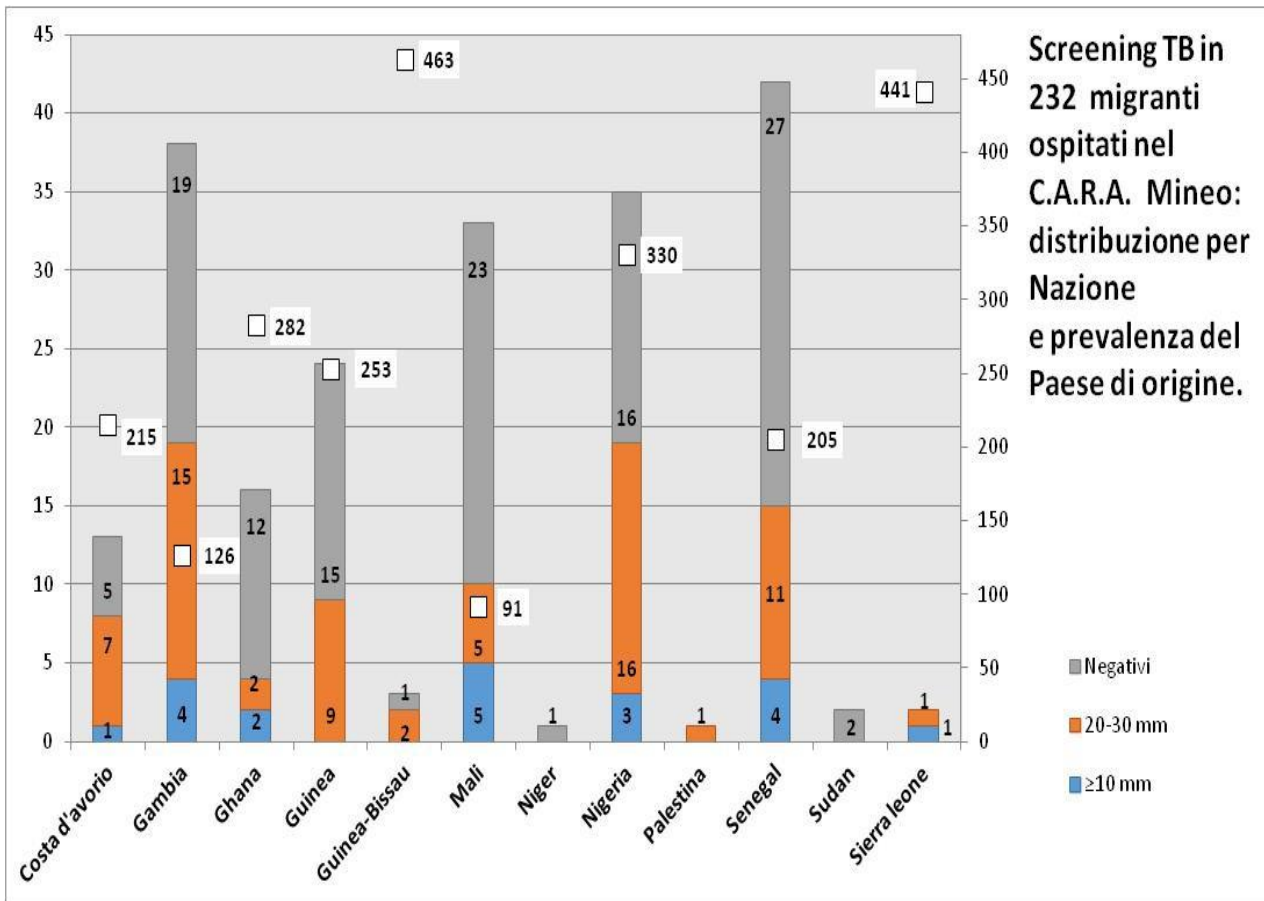
**RISULTATI**

All'inizio dello screening solo 232 su 250 soggetti a rischio, erano ancora presenti al C.A.R.A.; di questi 210 hanno completato l'iter valutativo. Sono RISULTATI positivi al test (reazione intradermica  $\geq$  10 mm) 89 soggetti(42.4%); di questi 69(77.5%) presentavano una positività particolarmente significativa compresa fra 20 e 30 mm. La figura riporta la distribuzione per Paese di origine dei soggetti positivi.

**CONCLUSIONI**

Gli 89 soggetti proseguiranno l'iter diagnostico con l'esecuzione di un Rx del torace e test per HIV vista la frequente associazione tra le due malattie nei Paesi di origine. I RISULTATI dello screening confermano la necessità dell'effettuazione dello screening anti tubercolare a tutti i migranti presenti nel C.A.R.A. di Mineo ed in generale nelle strutture di accoglienza, come raccomandato dalle linee-guida.

*Prevenzione, centri di accoglienza, tubercolosi, immigrati*



**ID 723**

**IL DISAGIO PSICHICO NEI RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO**

L. A. Fino; D. Labate; I. Sanelli

*Direzione Medica di Presidio, Ospedale "Di Venere", Bari-Carbonara, A.S.L. Bari*

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi trenta anni numerose sono state le crisi umanitarie, conseguenza diretta di guerre e genocidi, che si sono succedute nel tempo e che hanno causato milioni di sfollati e rifugiati in tutto il mondo. Secondo i dati dell'UNHCR, l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, oggi nel mondo i rifugiati sono oltre 15 milioni.

Le persone che sono costrette ad abbandonare i loro paesi ed i loro affetti per aver subito persecuzioni per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a determinati gruppi sociali, o per le proprie opinioni politiche, e che presentano domanda di protezione internazionale sono spesso portatori di problematiche di salute fisica ma, sempre più spesso, anche portatori di sofferenza psichica. Infatti, da studi condotti su un totale di 6743 adulti riconosciuti rifugiati in Australia, Canada, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Regno Unito e Usa, emerge che in questi soggetti, la probabilità di sviluppare sintomi riconducibili al "Disturbo Post Traumatico da Stress" (PTSD) è dieci volte superiore rispetto agli autoctoni.

**METODI**

Anche in Italia sono in forte aumento le segnalazioni dei casi di disagio mentale dei richiedenti asilo e rifugiati, provenienti sia dai progetti territoriali dello Sprar (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) che dai centri di accoglienza governativi per richiedenti asilo (CARA).

**RISULTATI**

L'Ospedale "Di Venere" di Bari-Carbonara ha offerto, nel 2015, ben 1865 prestazioni agli ospiti del CARA di Bari-Palese, che vengono curati secondo opportuna convenzione con pieno, positivo, riscontro da parte vuoi dei rifugiati che del personale del CARA stesso.

**CONCLUSIONI**

Il limite del nostro percorso assistenziale può emarginarsi nell'assenza di una struttura psichiatrica nel Presidio, e necessità, pertanto, di richiesta consulenza al Dipartimento di Salute Mentale ASL Bari.

*Disagio psichico, migranti, rifugiati, CARA Bari-Palese, strategie per migliorare l'assistenza*



**ID 030**

**LEGIONELLA NEI POZZI AD USO IRRIGUO: UNA REALTA' DA NON SOTTOVALUTARE**

O. De Giglio; G. Barbuti; G. Diella; F. Divenuto; M. Lopuzzo; A. Palermo; A. Quaranta; S. Rutigliano; G. Caggiano; M.T. Montagna

*Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana – Sezione di Igiene – Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”*

**INTRODUZIONE**

In Puglia gran parte della risorsa idrica è di origine sotterranea. In particolare, quella destinata ad uso irriguo fa riferimento al RR 8/12 che richiama il DLgs 152/06 e il DM 185/03. Tali norme indicano la ricerca di E.coli (EC) e Salmonella (SA) tra i parametri obbligatori e tralasciano L.pneumophila (Lpn) notoriamente responsabile di malattie aerodiffuse. Scopo dello studio è verificare la presenza di Lpn nelle acque sotterranee destinate ad uso irriguo.

**METODI**

Con frequenza semestrale (estate/inverno) sono stati esaminati 177 pozzi per uso irriguo che attingono da 3 acquiferi carsici (Gargano, Murgia, Salento) e 2 porosi (Jonico Tarantino, Tavoliere). Mediante filtrazione su membrana, EC è stato ricercato in 100 ml, SA e Lpn in 1 L di acqua.

**RISULTATI**

Lpn è stata rilevata in 30 pozzi (16,9%) di cui 25 (83,3%) conformi per uso irriguo e 5 (16.6%) non conformi. La concentrazione media è risultata più alta in estate (6.277 ufc/L) rispetto all'inverno (2.032 ufc/L) e negli acquiferi carsici (5306,67 ufc/L) rispetto a quelli porosi (1547,50 ufc/L). Lpn sg 6 (25%), sg 8 (23,1%), sg 1 (21,1%) sono i sierogruppi più frequenti.

**CONCLUSIONI**

Dai nostri dati emerge che la ricerca dei parametri microbiologici obbligatori previsti dal RR 8/12 non sempre tutela gli operatori del settore dal rischio legionellosi, soprattutto in estate quando l'aumento della temperatura favorisce la moltiplicazione del microrganismo tipicamente termofilo (25-45°C). Inoltre, l'aspetto idrogeologico evidenzia che l'acquifero poroso rispetto a quello carsico sembra ridurre la carica microbica, probabilmente per il suo potere autofiltrante. Questo suggerisce la necessità di considerare anche la ricerca di Legionella tra i parametri microbiologici da controllare per le acque destinate ad uso irriguo, senza tralasciare gli aspetti idrogeologici del territorio che potrebbero fornire utili suggerimenti per una più adeguata destinazione d'uso delle acque sotterranee.

**ID 048**

**VIGILANZA SULLE STRUTTURE SANITARIE PSICHIATRICHE RESIDENZIALI: PRIMI ESITI NELLA ESPERIENZA DELLA ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

R. Barni; M. Martinelli; G. Iannuzzi; G. Gariboldi

*SC Accreditemento e Vigilanza Area Sanitaria, ATS Città Metropolitana di Milano*

**INTRODUZIONE**

In Regione Lombardia le Strutture Residenziali psichiatriche dell'Area Assistenziale sono suddivise in base all'intensità dei programmi assistenziali in Comunità Protette Alta assistenza e Comunità Protette a Media assistenza. I requisiti autorizzativi e di accreditamento specifici per queste tipologie di Strutture sono definiti dalla DGR 38133 del 1998, dalla Circolare regionale 49SAN del 2005 e dall'allegato B della D.G.R. n. 4221.

**METODI**

Nel corso del 2015 è stato implementato un piano controlli dedicato alla verifica del possesso dei requisiti da parte delle sopracitate strutture della exASL di Milano.

**RISULTATI**

Sono state ispezionate 3 strutture per le quali è stato rilevato il mancato mantenimento dei requisiti relativi alla presenza di educatori professionali, alla compresenza di almeno 2 operatori in turno (in tutte e 3), alla presenza del medico psichiatra (2), al possesso dei titoli da parte del personale sanitario, alla presenza di personale infermieristico, alla eliminazione delle barriere architettoniche (1).

**CONCLUSIONI**

Al di là della prevedibile motivazione economica relativa al risparmio sul capitale umano, sono possibili anche altre considerazioni. La mansione di educatore professionale può essere stata attribuita erroneamente ad altre figure professionali. Pertanto si è provveduto a diffondere una nota informativa relativa alla normativa a tutti gli enti. La mancata presenza del medico psichiatra potrebbe essere forse spiegabile dalla sovrabbondanza di ore richieste dal requisito non coincidente con quanto ritenuto necessario dalle strutture. La non compresenza di operatori in turno potrebbe essere dovuta alla difficoltà del controllo da parte dei responsabili. E' stata quindi richiesta la predisposizione di un apposito registro firme, sia in entrata che in uscita e per servizio, includendo la motivazione. Nel prossimo futuro ci si prefigge, per analizzare meglio tali problematiche, di estendere il campione oggetto di analisi.

**ID 052**

**ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE SANITARIE NELLE CARCERI DELLA ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

A.Ciabattini; R. Barni; T. Di Piazza; C. Corso; M. Martinelli; G. Iannuzzi; G. Gariboldi  
*SC Accreditamento e Vigilanza Area Sanitaria - ATS Città Metropolitana di Milano*

**INTRODUZIONE**

Con DGR n. 8120 del 1.10.08 "Sanità Penitenziaria – Prime determinazioni in ordine al trasferimento al S.S.N. in attuazione del DPCM 1.4.2008" Regione Lombardia ha recepito il DPCM 01.04.08, concernente il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, rapporti di lavoro, risorse finanziarie, attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, fin lì in carico direttamente al Ministero della Giustizia. Sono state così formalmente riconosciute dai competenti uffici regionali nell'assetto di due Presidi Ospedalieri di una ASST n. 4 UO Poliambulatorio ubicate all'interno dei carceri Milanesi (Case di Reclusione di Opera e di Bollate, Casa Circondariale di San Vittore, Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria").

**METODI**

In seguito al riordino dell'attività sanitaria penitenziaria, tutte le attività presenti sul territorio della ex ASL di Milano state oggetto della verifica del possesso dei requisiti di accreditamento nel corso del 2016.

**RISULTATI**

Sono state ispezionate tutte e 4 le strutture, le verifiche istruttorie tuttora in corso hanno evidenziato in tutte le 4 realtà una serie di problematiche e criticità di carattere sia strutturale che organizzativo, che sono in fase di approfondimento con la Direzione Strategica della ASST.

**CONCLUSIONI**

Il processo di riordino si è rivelato complesso soprattutto per la difficoltà dell'applicazione delle procedure ospedaliere alla realtà dei carceri tale da rendere necessaria una loro revisione in relazione al nuovo contesto del tutto peculiare per la tipologia di utenza e per la necessità di far coesistere il diritto alla salute con le misure di sicurezza richieste e alla riabilitazione del personale recluso.

**ID 053**

**ACCREDITAMENTO DI TRE STRUTTURE RESIDENZIALI E TERAPEUTICHE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE. L'ESPERIENZA DELLA ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

M. Martinelli; R. Barni; G. Ferro; G. Gariboldi

SC Accreditamento e Vigilanza Area Sanitaria - ATS Città Metropolitana di Milano

**INTRODUZIONE**

Per colmare la carenza di Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative di Neuropsichiatria Infantile (STR) con Delibera Asl di Milano n. 1260/15 è stato indetto avviso per la messa in esercizio, accreditamento e contratto di tre Strutture Residenziali terapeutiche di NPIA, rivolte al trattamento dei disturbi psicopatologici di adolescenti di età compresa tra i 12 ed i 17 anni.

**METODI**

La valutazione dei requisiti ha tenuto conto anche di quanto definito dalla Delibera Regionale 2189/14 in termini di dotazione organica prevista e di minutaggio richiesto. Sempre con detta D.G.R. sono stati definiti due percorsi terapeutici assistenziali (percorsi B e C), in aggiunta al percorso standard (percorso A) a cui gli utenti possono essere assegnati e ai quali sono collegati minutaggi assistenziali differenti. È stata inoltre effettuata un'analisi degli specifici rischi ai quali l'utenza di tali strutture è più frequentemente soggetta e durante gli incontri svolti con i rappresentanti delle Strutture si sono ricercate soluzioni operative idonee.

**RISULTATI**

Sono stati svolti due sopralluoghi per ciascuna Struttura, valutata la documentazione trasmessa e svolti tavoli tecnici con i rappresentanti delle Strutture. L'analisi del rischio effettuata dagli operatori coinvolti nelle verifiche ha permesso di operare specifici accorgimenti strutturali e di definire procedure organizzative idonee a tali realtà abitative.

**CONCLUSIONI**

La processazione delle istanze ha esitato nell'emanazione di tre Delibere da parte della Direzione Generale della Agenzia per la Tutela della Salute Città Metropolitana di Milano con la creazione di 28 posti tecnici. È stata inoltre definita un'ipotesi operativa, condivisa con i competenti Uffici Regionali, per la valutazione di un livello minimo di minutaggio assistenziale per l'inserimento degli ospiti nel percorso assistenziale standard – percorso A, non espressamente delineato dalla normativa vigente.

**ID 093**

**LE MALFORMAZIONI CONGENITE TRA LE MALATTIE RARE: LA SINDROME DI POLAND NELL' ASL NA 1 CENTRO. VIVERE LA RARITÀ E LA DIFFERENZA CON SERENITÀ**

M.E.Porciello 2; V. Giordano 1; R.Bellopede 2; R.Lanzetta 3; M. Papa 4; R. Iandolo 5; E. Napolitano 6; P. di Girolamo Faraone 7; G. Giordano 8, S. Moretta 9; M. Triassi 10

1 *Responsabile UOSD Assistenza Ospedaliera a Gestione Diretta/Referente Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro*

2 *Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli*

3 *Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Na*

**INTRODUZIONE**

La sindrome di Poland SP è un difetto malformativo monolaterale, caratterizzato da ipoplasia/agenesia del muscolo grande pettorale. La prevalenza alla nascita è di circa 1-3/100.000. Secondo i dati della letteratura i maschi sono più colpiti delle femmine. Le Malformazioni non sempre sono tali da inibire un corretto sviluppo psicofisico dei bambini affetti.

**METODI**

La SP è una malattia compresa nel registro malattie rare MR con codice di esenzione RN, appartenente al gruppo di malformazioni congenite MC. I casi di patologia rilevati nel territorio dell'ASL Na 1 Centro sono stati analizzati suddivisi per sesso ed età. Per la raccolta dati è stato utilizzato il registro malattie rare (periodo 2005-2016). Mirando ad un intervento multidisciplinare per una corretta educazione, sarà possibile sviluppare buone abilità manuali anche nei portatori delle malformazioni più gravi.

**RISULTATI**

I pazienti affetti da SP nell'asl NA 1 Centro sono 7, l'1% dei pazienti residenti nel territorio e affetti da una MC (632) e lo 0,2% di pazienti affetti da una MC sui pazienti residenti affetti da una MR compresa nel registro nazionale malattie rare (2478). Dei 7 pazienti il 57% sono femmine e tutti compresi in una fascia d'età ≤30 anni.

**CONCLUSIONI**

I pazienti affetti da SP, così come nel resto del paese, rappresentano una piccola fetta della popolazione nell'ASL NA 1 Centro (prevalenza nelle donne a differenza di quanto riportato in letteratura). La malattia può essere davvero invalidante se non si stabilisce un percorso diagnostico terapeutico assistito, affiancando alla terapia, interventi riabilitativi finalizzati alla ricerca di una buona qualità di vita per questi pazienti, sfruttando per esempio il gioco come strumento di confronto e superamento delle diversità e del pregiudizio. Dietro la malattia c'è la persona nei suoi bisogni sociali e di integrazione, fondamentale un giusto equilibrio tra azioni sanitarie e sociali.

**ID 094**

**ANALISI EPIDEMIOLOGICA DI UNA MALFORMAZIONE CONGENITA: LA DISCINESIA CILIARE PRIMARIA DCP NELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO.**

O.C.M. Imperato 2; V. Giordano 1; M.E.Porciello 2; R.Bellopede 2; R.Lanzetta 3; G. Granata 4; M. Papa 5; R. Iandolo 6; E. Napolitano 7; P. di Girolamo Faraone 8; S. Moretta 9; M. Triassi 10

1 *Responsabile UOSD Assistenza Ospedaliera a Gestione Diretta/Referente Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro*

2 *Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli*

3 *Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napo*

**INTRODUZIONE**

Il mondo delle malattie rare (MR) è ancora poco conosciuto. La DCP è una malattia ereditaria caratterizzata da infezioni croniche e ricorrenti a carico delle alte e delle basse vie aeree e, in circa il 50% dei casi, da situs inversus. La triade "situs inversus, bronchiectasie e sinusiti" è conosciuta con il nome di "Sindrome di Kartagener". La malattia è trasmessa con meccanismo di tipo autosomico recessivo, anche se occasionalmente altre modalità di trasmissione sono state descritte. E' causata dalla congenita riduzione o assenza della normale funzione di clearance mucociliare che rappresenta un importante meccanismo di difesa delle mucose delle vie aeree.

**METODI**

La DCP è una malattia compresa nel registro MR, appartenente al gruppo di malformazioni congenite MC con codice di esenzione RN0950. I casi di patologia rilevati, suddivisi per età, per sesso ed età di diagnosi, sono stati analizzati con riferimento al distretto sanitario di base (dsb) del territorio dell'Asl Napoli 1 Centro. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il registro MR periodo 2005-2016.

**RISULTATI**

I pazienti che afferiscono alla Napoli 1 Centro affetti da DCP sono in numero di 8, pari all'1.2% dei pazienti residenti nel territorio e affetti da una MC (632) e pari allo 0.3% di pazienti residenti affetti da una MR (2478); 4 appartengono al dsb 33, 2 al dsb 27 e 2 al dsb 28. I pazienti maschi sono 5, le donne sono 3, tutti di età < 30 anni, solo uno ne ha 38. La malattia è stata diagnosticata nei primi mesi di vita in 6 pazienti, in 1 paziente a 6 anni e in uno in età adulta (38 anni).

**CONCLUSIONI**

La prevalenza della DCP nell'ASL Napoli 1 Centro è pari all'1,2% sui residenti affetti da MC e pari allo 0.3% sui residenti affetti da MR. Nel 75% dei casi è stata effettuata una diagnosi precoce; un inadeguato controllo della DCP conduce ad una rapida cronicizzazione della malattia con sovraccarico di costi: ospedalieri, territoriali, di riabilitazione.

**ID 096**

**SISTEMA SANITARIO E RICERCA IN SANITÀ: UN MODELLO PER VALUTARE L'IMPATTO DELLA RICERCA IN UNA PROSPETTIVA DI SALUTE DI POPOLAZIONE**

C. Bertoncello 1; A. Buja 1; M. Claus 1; K. Demiraj 2; M. Castoro 2; V. Baldo 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Padova

2 Azienda Ospedaliera di Padova

**INTRODUZIONE**

La ricerca e l'innovazione sono condizioni essenziali per lo sviluppo e il miglioramento continuo della qualità dei Servizi Sanitari, della loro efficacia ed efficienza, tuttavia, per sua natura la ricerca è un'attività il cui ritorno in termini di beneficio è incerto. Questo può rappresentare un ostacolo ai finanziamenti giacché l'allocazione delle risorse in sanità, a livello centrale e regionale, deve rispondere all'esigenza di massimizzare il valore prodotto in termini di salute di popolazione.

Negli ultimi due decenni l'attenzione alla valutazione dell'impatto della ricerca ha permesso lo sviluppo di numerosi modelli teorici di riferimento e approcci metodologici per verificare le dimensioni del beneficio raggiunto attraverso il processo della ricerca biomedica. Obiettivo dello studio è lo sviluppo di un modello multidimensionale, basato sulla definizione di categorie d'impatto che analizzano output e outcome coerenti con gli obiettivi del Servizio Sanitario Pubblico.

**METODI**

È stata condotta una revisione della letteratura internazionale al fine di raccogliere e confrontare i modelli di valutazione dell'impatto della ricerca in ambito sanitario. In seguito è stata elaborata una prima versione del modello sottoposta alla valutazione di ricercatori universitari, esponenti delle autorità sanitarie e altri stakeholder pubblici e privati. Si è arrivati quindi alla definizione di un modello condiviso che favorisce la partnership di diversi soggetti nella fase di finanziamento della ricerca.

**RISULTATI**

Il modello (Figura 1) propone un'analisi di impatto della ricerca sanitaria che valuta input, processi e output. Gli outcome sono stati distinti per target: popolazione in studio, ricercatori, popolazione generale. Infine sono stati considerati gli outcome non desiderati.

**CONCLUSIONI**

Lo studio propone un modello di valutazione dell'impatto della ricerca sanitaria finanziata da un Servizio Sanitario pubblico anche in partnership con diversi stakeholder.

**ID 098**

**IL MONDO DELLE MALATTIE RARE: LA SINDROME DI ARNOLD CHIARI NELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO.**

V. De Martino 2; V. Giordano 1; M.E. Porciello 2; R. Bellopede 2; R. Lanzetta 3; G. Dell'Aversano 4; M. Papa 5; R. Iandolo 6; E. Napolitano 7; P. di Girolamo Faraone 8; S. Moretta 9; M. Triassi 10

1 *Responsabile UOSD Assistenza Ospedaliera a Gestione Diretta/Referente Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro*

2 *Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli*

3 *Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL Napo*

**INTRODUZIONE**

Il mondo delle malattie rare (MR) è ancora purtroppo sconosciuto. La Sindrome di Arnold Chiari (SAC) è una patologia della fossa cranica posteriore in cui cervelletto e tronco sono dislocati attraverso il forame magno, nel canale spinale. Si distinguono due tipi principali di SAC, con diversa età di presentazione e gravità. La malformazione di Chiari tipo I tende a presentarsi nella seconda, terza decade di vita; nel tipo II i pazienti sono bambini.

**METODI**

La SAC è una malattia compresa nel registro MR, appartenente al gruppo delle Malformazioni Congenite MC. I casi di patologia rilevati, suddivisi per età, per sesso ed età di diagnosi sono stati analizzati con riferimento al distretto sanitario di base (dsb) del territorio dell'Asl Napoli 1 Centro. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il registro MR periodo 2005-2016.

**RISULTATI**

I pazienti affetti da SAC nell'Asl NA1 Centro sono 22, pari al 3,4% dei pazienti residenti nel territorio e affetti da una MC (632) e pari allo 0,88% di pazienti residenti affetti da una MR (2478). Dei 22 pazienti (11 F e 11 M), 12 rientrano in una fascia d'età ≤30 anni (di questi 4 hanno avuto diagnosi di SAC nei primi dieci anni di vita) e 10 hanno un'età tra i 34-73 aa con diagnosi di SAC effettuata oltre la terza decade. I pazienti sono uniformemente distribuiti in tutti i dsb con prevalenza nel dsb 32.

**CONCLUSIONI**

La prevalenza della SAC nell'ASL Napoli 1 Centro è pari al 3,4% sui residenti affetti da MC e pari allo 0,88% sui residenti affetti da MR. Il 54,5% del nostro campione ha un'età ≤30 anni e per il 18% di essi la diagnosi è stata conseguita nella prima decade di vita; il 22% dei pazienti è concentrato nel dsb 32. Questa distribuzione percentuale andrà approfondita con una prossima valutazione territoriale, ambientale e socio-familiare.



**ID 117**

**La sindrome di Turner: Malformazione Congenita Rara con anomalie che interessano i cromosomi sessuali**

S. Moretta 9; V. Giordano 1; M.E.Porciello 2; R.Bellopede 2; V. De Martino 2; R.Lanzetta 3; S. Creazzola 4; M. Papa 5; R. Iandolo 6; E. Napolitano 7; P. di Girolamo Faraone 8; M. Triassi 10  
1 Responsabile UOSD Assistenza Ospedaliera a Gestione Diretta/Referente Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro  
2 Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli  
3 Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL N

**INTRODUZIONE**

La sindrome di Turner ST è una malformazione congenita MC dovuta ad un'anomalia cromosomica che colpisce circa una donna ogni 2500 nate vive. Alla nascita, in una neonata in salute sono presenti due eterosomi XX, uno ereditato dalla madre e uno dal padre; questo non avviene nelle piccole affette da ST perché uno dei due cromosomi è assente o solo parzialmente presente.

**METODI**

La ST è ricompresa nel registro malattie rare con codice di esenzione rn, da tale registro sono stati raccolti i dati relativi al numero dei pazienti residenti nell'ASL NA 1 Centro e calcolate le percentuali di questi ultimi rispetto a tutti i residenti nello stesso territorio e ai residenti affetti da una malattia rara MR diversa ma sempre ricompresa nel registro. Inoltre è stata calcolata la percentuale della ST suddivisa per tutti i ddssbb dell'ASL Na 1 Centro.

**RISULTATI**

I pazienti affetti dalla ST nell'asl NA 1 centro, aggiornati al Maggio 2016, sono 38 e rappresentano il 6% dei pazienti residenti nel territorio affetti da una MC (632) e l'1.5% di pazienti affetti da una MC su tutti i pazienti residenti affetti da una MR ricompresa nel registro nazionale malattie rare (2478). Dei 38 pazienti, 16 hanno >30 anni, 11 tra i 20-30 anni, 11 tra i 10-19 anni; il 18% e 13% dei pazienti risiedono rispettivamente nei ddssbb 30 e 29 distribuiti uniformemente in tutte le classi d'età. Soltanto 5 (13%) di questi pazienti hanno ricevuto diagnosi nei primi 10 anni di vita e di questi nessuno al momento della nascita.

**CONCLUSIONI**

La ST interessa il 6% dei pazienti residenti nel territorio dell'ASL Na 1 Centro affetti da una MC, il 13% di essi ha ricevuto diagnosi in età <10 anni e zero al momento della nascita. Siamo lontani dal garantire a tutti i pazienti una diagnosi tempestiva e precoce, è su questo punto che bisognerebbe concentrare l'interesse in quanto fondamentale per limitare le manifestazioni cliniche future della malattia.

**ID 224**

**STATO DI AVANZAMENTO DELL'ATTIVITA' DEL REGISTRO TUMORI DELL'ASL BARI:  
AGGIORNAMENTO AL MESE DI SETTEMBRE 2016**

G. Gravina 1; D. Fracchiolla 2; D. Carbonara 2; C. Perrone 3; D. Rizzelli 3; E. Caputo 3; D. Lagravinese 3; F. Luvera 4

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro

2 Università degli Studi di Bari Aldo Moro

3 Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari

4 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

**INTRODUZIONE**

La DGR 1500/2008 istituisce il Registro Tumori (RT) Puglia, costituito da un centro di coordinamento con sede presso l'IRCCS Oncologico di Bari e da sei sezioni periferiche, una per ogni ASL pugliese. Il primo assicura supporto metodologico e informativo alle sezioni periferiche. Queste ultime sono addette alla rilevazione, codifica e registrazione dei casi incidenti, utilizzando procedure standardizzate ed omogenee in linea con i riferimenti dettati dagli enti di accreditamento nazionali e internazionali.

Il RT dell'ASL Bari nasce con DDG n.1212 del 22/06/2011, da un processo coordinato tra l'Unità Operativa di Statistica ed Epidemiologia e il Dipartimento di Prevenzione della stessa ASL. Obiettivo è descrivere lo stato di avanzamento dell'attività di questo registro, al mese di Settembre 2016.

**METODI**

L'attività del RT Bari riguarda il triennio 2006-2008 e ha come popolazione di riferimento quella dei residenti nei comuni di Bari, Bitetto, Bitritto e Modugno, pari al momento della sua istituzione a 385.570 abitanti (campione rappresentativo secondo le regole AIRTUM). I flussi informativi di questa popolazione sono stati incrociati utilizzando il software gestionale AIRTUM.

**RISULTATI**

La casistica generata, pari a 13.889 casi per l'intero triennio (4.425 per il 2006, 4.749 per il 2007 e 4.715 per il 2008), è stata interamente esaminata dagli operatori del RT Bari (vedi tabella).

Per la codifica e registrazione di 715 casi (5,15% del totale), di cui 39 del 2006, 192 del 2007 e 484 del 2008, è necessario un ulteriore approfondimento tramite la consultazione in chiaro di cartelle cliniche, certificati di decesso, documentazione di invalidità civile ed altri flussi informativi accessori.

**CONCLUSIONI**

Nel momento in cui tutto il materiale utile alla chiusura e validazione dei casi da approfondire sarà recuperato ed esaminato, il RT Bari potrà richiedere l'accreditamento AIRTUM e quindi divenire un utile strumento nelle attività di programmazione sanitaria.

*registro tumori, asl bari*

**ID 278**

**ANALISI EPIDEMIOLOGICA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE NEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI DI BASE DELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO. NUOVE PROSPETTIVE PER STUDI DI IMPATTO AMBIENTALE E PERCORSI ASSISTENZIALI**

V. Autiero 2; V. Giordano 1; M.E. Porciello 2; R. Bellopede 2; O.C.M. Imperato 2; V. De Martino 2; R.Lanzetta 3; A.Russo 4; M. Papa 5; R. Iandolo 6; E. Napolitano 7; P. di Girolamo Faraone 8; S. Moretta 9; M. Triassi 10

1 Responsabile UOSD Assistenza Ospedaliera a Gestione Diretta/Referente Malattie Rare ASL Napoli 1 Centro

2 Scuola di Specializzazione Igiene e medicina Preventiva- Università Federico II di Napoli

3 Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera ASL N

**INTRODUZIONE**

Le Malattie Rare (MR) colpiscono un numero ristretto di persone, con una frequenza inferiore a 1:2000 che potrebbe dipendere dal contesto geografico e ambientale. La maggior parte delle MR sono croniche e invalidanti. Tra le MR, le malformazioni congenite (MC), richiedono un'assistenza specialistica e continuativa.

**METODI**

Per questo studio, sono stati selezionati pazienti (pz) con MC tra i pz affetti da una MR sui residenti dell'ASL Na1 Centro, con lo scopo di individuarne il numero totale, distinti per tipologia di MC e distretto sanitario di base (dsb). Per i dati si è utilizzato il registro MR nel periodo 2005-2015. Vengono riportati i dati relativi ai ddssbb più e meno colpiti da MC e le tipologie di MC più diffuse in relazione al dsb più o meno interessato.

**RISULTATI**

Nell'ASL NA 1 Centro risultano 632 pz affetti da 63 tipi di MC che rappresentano lo 0,06% dei residenti (1.005.792) e il 25,5% dei soggetti affetti da una MC tra le MR (2478). Il 13,7% (87) dei pz con MC risiede nel dsb 32; il 12% (77) risiede nel dsb 26; l'11,8% (75) nel dsb 33. Per contro i ddssbb 24 e 25 presentano la più bassa percentuale di MC con lo 0,07% (49) di MC. Delle MC, il 18% (115) sono cromosomopatie (CP): Aneuploidia, duplicazione /deficienza o alterazione cromosomi sessuali. Il dsb con la percentuale più alta di CP è il 30 con il 34,7% su 46 pz totali affetti da MC. Al contrario il dsb 28 presenta un solo caso di CP su 63 pz con MC.

**CONCLUSIONI**

Nel territorio dell'ASL NA 1 Centro le MC più diffuse sono le CP. Il dsb con il numero più alto di MC è il 32 (87), seguito dal 26 (77) e 33 (75); col numero più basso sono il 24 e 25 (49). Il dsb che presenta più CP è il 30 con 16 pz. (34,7%), con il numero più basso è il 28 con 1 (2%). La sanità pubblica dovrebbe garantire interventi adeguati. I pazienti affetti da MC devono affrontare un percorso diagnostico e assistenziale complesso, caratterizzato da solitudine, isolamento e mancato sostegno istituzionale.

**ID 316**

**APPLICAZIONE DEL MODELLO "OPEN ACCESS" PER L'OTTIMIZZAZIONE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI CARDIOLOGIA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI PISA (AOUP)**

B. Bruni 1 ;E.Lucaccini 1; C. Campaiola 2; F. Gemmi 2; CR Tomassini 2; PL. Lopalco 1; GP. Privitera 1,2

1 Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

2 Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

**INTRODUZIONE:**

A seguito della rilevazione di una inefficiente risposta ai bisogni di prestazioni ambulatoriali cardiologiche con la formazione di liste d'attesa l'AOUP ha attivato la riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale specialistica su un modello Open Access in modo da rispondere alle necessità assistenziali di diagnostica di primo livello dell'utenza entro 72 ore dalla prenotazione.

**OBIETTIVI**

Obiettivo dello studio è descrivere il modello organizzativo applicato e presentare i risultati ottenuti in ambito cardiologico ad un anno dal suo avvio.

**METODI**

In base alla valutazione della domanda sulle prescrizioni elettroniche dei medici di medicina generale della Zona Pisana e la ricognizione delle risorse disponibili, il sistema è stato interamente ricalibrato con la creazione di un punto unico di accesso per le richieste di primo livello e l'unificazione delle agende di prenotazione, fino ad ottenere l'esaurimento progressivo della lista di attesa e la riduzione stabile dei tempi.

**RISULTATI**

A seguito dell'analisi della domanda con media di 38 prescrizioni/die in servizi cardiologici, la riorganizzazione, effettuata attraverso l'accorpamento degli ambulatori, l'estensione dell'orario delle visite nel pomeriggio e l'esecuzione contestuale alla prima visita, ove necessario, di ecg ed ecocuore, ha permesso di portare la capacità di erogazione a 40 prestazioni/die. Prima dell'intervento i tempi massimi di attesa erano di 3 giorni per le visite urgenti, 7 per le visite brevi, 15 per le visite differibili e fino a 180 giorni per le visite programmate, superando così gli standard regionali. Applicando il modello il tempo massimo di attesa per ogni tipologia di visita si è ridotto a 3 giorni, eliminando la necessità di stratificare le richieste per priorità.

**CONCLUSIONI**

L'applicazione del modello Open Access permette di rispondere, con un impegno isorisorse, alle richieste di primo accesso in tempo reale, e in modo tale da rispettare gli standard regionali.

*open access, liste d'attesa, tempo reale*

**ID 400**

**VALUTAZIONE DEL BURDEN DELLE MALATTIE GENETICHE IN UN OSPEDALE PEDIATRICO ITALIANO E IMPATTO SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (DATI PRELIMINARI)**

G.E. Calabrò 1; M.L. Specchia 1; M. Raponi 2; B. Dallapiccola 2; W. Ricciardi 1,3

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

2 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Roma

3 Istituto Superiore di Sanità, Roma

**INTRODUZIONE**

Le malattie genetiche sono associate ad alta morbilità, mortalità ed elevato impatto socio-sanitario ed economico. Negli ultimi 40 anni, pochi studi hanno indagato la frequenza e l'impatto delle malattie genetiche negli ospedali pediatrici. Questo progetto si propone di valutare, per la prima volta in Italia, il burden delle malattie genetiche e a larga componente genetica, presso un Centro nazionale e internazionale di eccellenza per le cure pediatriche - l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) - al fine di comprenderne le implicazioni per il SSN.

**METODI**

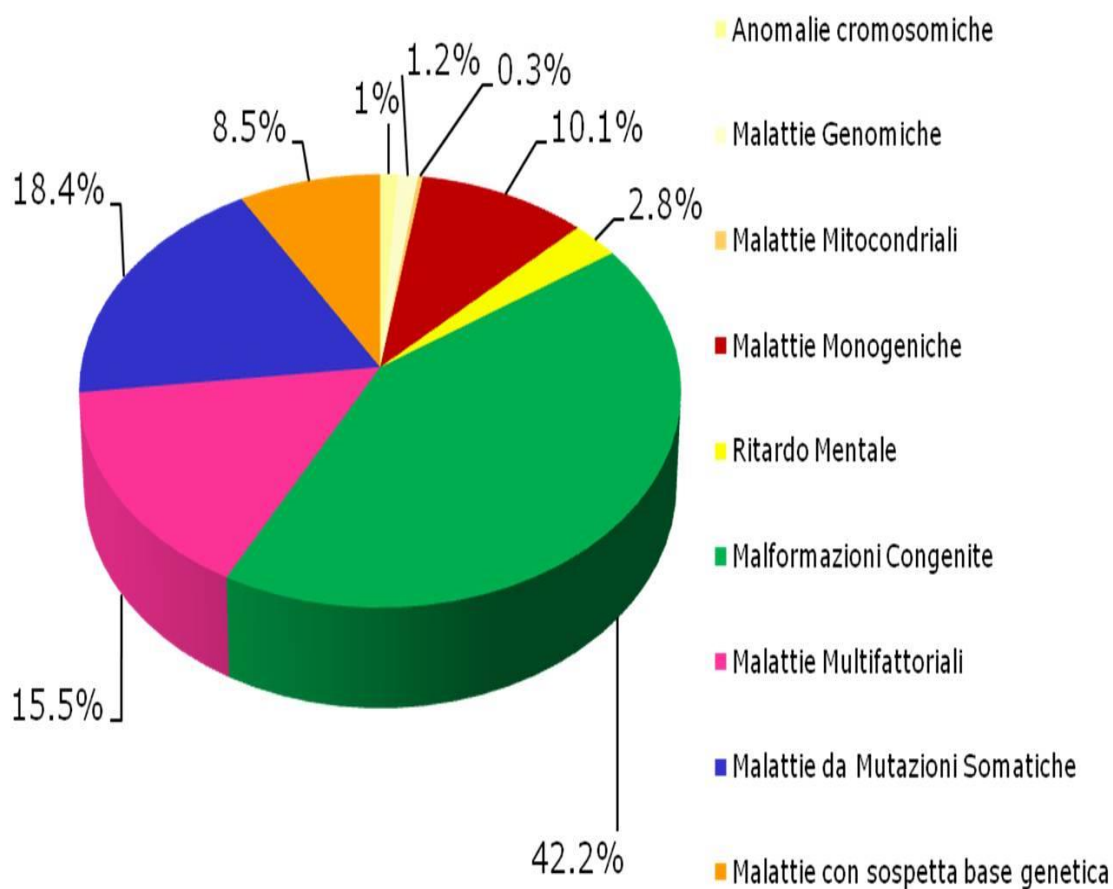
E' stato condotto uno studio retrospettivo dei dati di attività ospedaliera, su base annuale (2014) e comprensivo di ricoveri ordinari (RO) e day hospital (DH).

**RISULTATI.** Oltre il 33% dei RO e l'1,2% dei DH si correla a malattie genetiche o a larga componente genetica. I maggiori volumi di attività ospedaliera si correlano con malformazioni congenite (42,2%), malattie da mutazioni somatiche ossia tumori (18,4%) e malattie multifattoriali (15,5%) (Figura 1). La percentuale dei pazienti extraregione è pari al 43,7%, di cui il 21,7% si sposta dalla propria regione a causa di malformazioni congenite, il 7,6% per malattie mendeliane e il 6% per patologie oncologiche.

**CONCLUSIONI**

I nostri dati sottolineano che oggi le malattie geneticamente determinate o a larga componente genetica rappresentano uno dei principali bisogni di salute della popolazione. Conoscere il "peso" complessivo delle malattie genetiche è di estremo interesse per la sanità pubblica, in quanto il percorso assistenziale di questi pazienti è molto oneroso per il SSN. In questa fase storica in cui la sostenibilità dei sistemi sanitari appare fortemente compromessa, diventa importante non solo conoscere la numerosità della casistica dei pazienti pediatrici affetti da patologie genetiche, ma anche comprenderne l'impatto sul SSN e garantire ai pazienti una migliore programmazione dei servizi assistenziali di cui hanno bisogno.

**Figura 1. Percentuali delle diverse classi di malattie genetiche sul totale dei volumi di attività ospedaliera dell'OPBG (anno 2014)**



**ID 403**

**SVILUPPO DEGLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO E DELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI. LA LINEA PROGETTUALE 16.3 DELLA REGIONE CAMPANIA**

D. Landolfo; R. Alfano; R. Caputi; A. Cappuccio; C. Montana; I. Loperto; OC. Imperato; R. Martello; E. Maio; MS. Scamardo; A. Guillari; A. Amato; O. Caporale; M. Triassi  
*Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli*

**INTRODUZIONE**

Il Risk Management (RM) mira, ad identificare, analizzare, valutare, comunicare, eliminare e monitorare il Rischio Clinico (RC). Nella Gestione del RC si considera l'errore come fonte di apprendimento. La Risk Identification identifica situazioni, comportamenti e procedure, che possono portare ad una Loss. Seguono la Risk Analysis, la prevenzione delle possibili perdite e la gestione del contenzioso operatore sanitario/paziente.

**METODI**

Il progetto pilota della AOU Federico II ha l'obiettivo di realizzare un modello operativo di RM attraverso l'analisi delle attività e delle prestazioni sanitarie da poter poi adattare a tutte le altre Aziende Sanitarie della Campania.

**RISULTATI**

Il progetto, che ha come target i Dipartimenti Assistenziali medico-chirurgici e di servizi, ha i seguenti obiettivi:

- Descrivere aspetti epidemiologici dell'errore in sanità;
- Creare un database storico dell'errore;
- Fornire le conoscenze sui potenziali rischi, sulla classificazione degli eventi avversi, sull'utilizzo dei sistemi di Incident Reporting, sull'analisi proattiva e reattiva dell'evento avverso, sulla Root Cause Analysis;
- Rendere i partecipanti in grado di effettuare interventi correttivi, utilizzare strumenti operativi per la comunicazione del rischio, identificare e valutare opportunità derivanti dalla gestione del RC e delle risorse economiche;
- Pianificare, organizzare ed attuare un piano di RM in ogni realtà operativa analizzata;
- Contenere il fenomeno della medicina difensiva.

Il progetto prevede l'integrazione con il database storico dei sinistri già in uso nella nostra AOU.

**CONCLUSIONI**

Il progetto è in linea con quanto definito nel Piano Regionale e Nazionale. È efficace poiché incide sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate; è efficiente in quanto l'analisi e la mappatura delle singole attività consentono, attraverso la rimodulazione e le reingegnerizzazione delle stesse, una maggiore efficienza e riduzione dei costi del processo stesso.

*Risk Management, Incident Reporting, Analisi, Linea 16.3*

**ID 429**

**LA SODDISFAZIONE DEI CITTADINI PER IL SERVIZIO SANITARIO IN ITALIA**

A. D'Alleva 1; S. Galmozzi 1; G. Zocco 1; P. Santoiemma 2; P. Barbadoro 1,3; E. Prospero 1,3  
1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - Università Politecnica delle Marche, Ancona  
2 Direzione Infermieristica, INRCA Presidio Ospedaliero di Ricerca "U. Sestilli", Ancona  
3 SOD I

**INTRODUZIONE**

La soddisfazione del cittadino-utente è un elemento cardine della valutazione della qualità in sanità, indice della capacità dell'organizzazione di farsi carico pienamente delle aspettative e delle necessità del paziente. Un'indagine Censis del 2010 mostra che gli italiani gradiscono l'offerta sanitaria di base, mentre si riscontrano problemi legati ai tempi d'attesa e nell'area ospedaliera e riabilitativa. Ulteriori studi hanno mostrato come la soddisfazione dei cittadini correli non solo con l'offerta di servizi, ma anche con le loro caratteristiche socioeconomiche.

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'associazione tra stato socioeconomico, utilizzo dei servizi sanitari e soddisfazione dei cittadini per il SSN in Italia.

**METODI**

Sono stati utilizzati i dati dell'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013". Sono stati esclusi i minorenni e coloro che hanno dato un giudizio intermedio al SSN. Sono state confrontate, tramite test  $\chi^2$  e analisi multilivello, le caratteristiche di coloro che hanno dato un giudizio positivo e negativo al SSN. Il livello di significatività è stato posto a 0,05.

**RISULTATI**

Dei 42372 cittadini inclusi nello studio, il 56% era soddisfatto del servizio ricevuto. La soddisfazione è maggiore all'aumentare dell'età, nei meno istruiti e negli stranieri, mentre decresce al peggiorare dello stato di salute, dello status economico e nelle regioni meridionali (Figura 1). Un peggiore giudizio del SSN risulta associato inoltre all'allungamento dei tempi d'attesa (OR 0,58; IC 0,46-0,74 per attese da 3 a 6 mesi) e con il ricorso alla medicina alternativa.

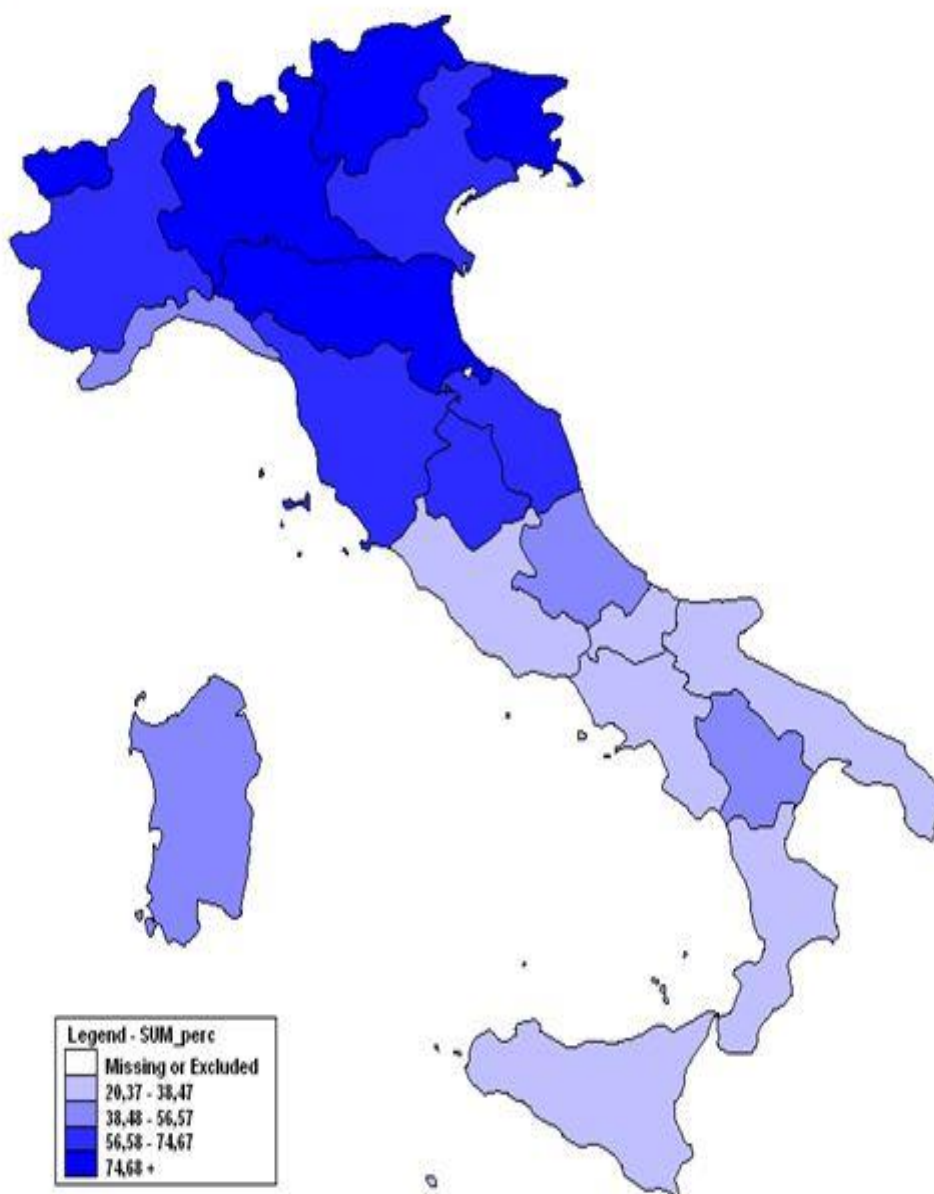
**CONCLUSIONI**

La soddisfazione dei cittadini per il SSN non è solo legata all'offerta di servizi ma anche a caratteristiche socioeconomiche e localizzazioni geografiche. I risultati dell'analisi indicano come ulteriori misure di intervento possano essere necessarie a ridurre le disuguaglianze di accesso ed utilizzo del servizio.

*soddisfazione, servizio sanitario, diseguaglianze*



Figura 1 - Associazione tra regione di residenza e soddisfazione per il servizio sanitario nel campione di 42372 cittadini, valori percentuali.  $p < 0,001$ .



**ID 432**

**L'INFORMATIZZAZIONE DEL RISK MANAGEMENT NELL'AOU FEDERICO II**

O. Caporale; A. Cappuccio; I. Loperto; R. Alfano; C. Montana; A. Amato; OC. Imperato; R. Martello; E. Maio; MS. Scamardo; G. Muto; A. Guillari; D. Landolfo; M. Triassi  
*Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli*

**INTRODUZIONE**

L'implementazione dell'attività di Clinical Risk Management (RM), finalizzata al miglioramento della qualità delle cure in termini di riduzione di danni e/o disagi al paziente determinati dall'assistenza sanitaria ricevuta, è uno strumento fondamentale al fine di consentire un'appropriata allocazione delle risorse. Affinché il processo di gestione del Rischio Clinico risulti efficace è tuttavia necessario che le strutture sanitarie si dotino degli strumenti adeguati anche dal punto di vista informatico.

**METODI**

Il Dipartimento di Sanità Pubblica è stato incaricato della valutazione dei sistemi informatici potenzialmente idonei a supportare la governance dei rischi dell'Azienda Ospedaliera "Federico II" di Napoli. Dagli audit specifici dei singoli dipartimenti, il punto critico emerso è stata la reticenza del personale alla segnalazione degli eventi avversi, probabilmente correlata alla mancanza di formazione specifica e di strumenti informatizzati.

Al fine di garantire l'informazione capillare, l'immediatezza della segnalazione e la possibilità di fornire un feedback continuo agli utenti, integrando i flussi informativi preesistenti, è stato stilato un progetto di informatizzazione del RM mediante software gestionale specifico.

**RISULTATI**

Il progetto d'informatizzazione prevede un percorso di formazione dei facilitatori dell'Azienda sull'utilizzo e le potenzialità del software, tra cui si annoverano: capacità d'analisi del Rischio Clinico con metodologia proattiva e reattiva; valutazione del miglioramento delle singole fasi di erogazione del servizio; elaborazione e analisi dei dati rilevati; integrazione dei dati provenienti da tutti i sistemi aziendali.

**CONCLUSIONI**

Il software consentirà la realizzazione di un cruscotto di monitoraggio aziendale in grado di essere personalizzato e permetterà l'informatizzazione della reportistica relativa agli indicatori di esito e di processo strettamente correlati con il Rischio Clinico e il Risk Management.

*Risk Management, software, informatizzazione, gestionale*

**ID 434**

**LA LINEA PROGETTUALE 16.3: IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CLINICAL RISK MANAGEMENT NELL'AOU FEDERICO II**

R. Caputi; A. Cappuccio; I. Loperto; R. Alfano; C. Montana; OC. Imperato; R. Martello; E. Maio; MS. Scamardo; A. Guillari; A. Amato; D. Landolfo; O. Caporale; M. Triassi

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

**INTRODUZIONE**

Il Risk Management (RM) mira al miglioramento continuo della pratica clinica: la rende più sicura identificando i rischi al fine di ridurli. La linea 16.3 della Regione Campania individua obiettivi, tempi e modalità di implementazione di attività di RM.

**METODI**

Affinché il processo di RM risulti efficace le strutture sanitarie devono dotarsi di strumenti adeguati per ciascuna fase del processo. Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio sviluppati a livello internazionale ed introdotti con successo in molte realtà ospedaliere italiane. Nell'AOU Federico II, per individuare le strategie di mitigazione del rischio più opportune ed identificare gli interventi prioritari sono stati valutati non solo l'impatto sulla salute ma anche quello potenziale a livello economico e reputazionale.

**RISULTATI**

Il progetto di implementazione messo in atto dal Dipartimento di Sanità Pubblica prevede sei fasi:

- 1) analisi dei percorsi/processi;
- 2) identificazione ed analisi dei punti critici dei percorsi/processi utilizzati responsabili di potenziali errori legati ad aspetti organizzativi e/o del sistema;
- 3) formazione di 700 medici in tema di prevenzione del Rischio Clinico e di strategie operative;
- 4) formazione e diffusione di un sistema di Incident Reporting per la segnalazione degli eventi avversi e gestione di audit dipartimentali;
- 5) formazione e diffusione di un sistema di analisi delle cause radice;
- 6) identificazione dei criteri e degli strumenti necessari all'organizzazione di un sistema di allocazione delle risorse.

**CONCLUSIONI**

Un'efficace governance del rischio non può prescindere dalla predisposizione di un adeguato modello organizzativo e da un efficace sistema di controllo interno a supporto. La messa in atto di questo progetto, finalizzato al miglioramento della qualità delle cure, si pone l'obiettivo di ridurre i danni e/o disagi al paziente ed, inoltre, consentire una più appropriata allocazione delle risorse.

*risk management, incident reporting, analisi, percorsi*

**ID 459**

**IL TASK SHIFTING APPLICATO AL PROGETTO CARDIO 50 NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE**

S. Miceli; A. Fabbro

*Dipartimento di Prevenzione Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine*

**INTRODUZIONE**

Dati di letteratura biomedica, evidenziano come l'appropriatezza delle prestazioni sia funzione di numerosi aspetti, tra cui la formazione e le specifiche competenze professionali dell'operatore incaricato allo svolgimento di attività anche complesse.

**Obiettivi**

Applicazione del task shifting in tutte le fasi (pianificazione e realizzazione) del progetto Cardio 50 che prevede la chiamata attiva della coorte 1964, nel periodo ottobre 2015-settembre 2016 presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine.

**METODI**

Coinvolgimento di operatori di vari servizi del dipartimento di prevenzione, necessari all'espletamento delle attività ambulatoriali (11 Assistenti Sanitari, 2 Infermieri, 1 Oss) e relativa formazione.

Individuazione delle sedi di svolgimento delle attività nel territorio aziendale.

Redazione di un protocollo che definisce modalità e fasi operative.

Definizione della turnistica garantendo orari aggiuntivi per agevolare l'accesso degli utenti.

Ricognizione ed allestimento del materiale da utilizzare per le attività ambulatoriali (materiale di consumo, informativo ed educativo).

Incontri formativi nella fase progettuale e durante il percorso, per monitorare le attività e garantire un elevato standard qualitativo delle prestazioni.

Chiamata attiva degli eleggibili con lettera e rinforzo telefonico per gli utenti invitati.

**RISULTATI**

L'adesione su 3187 eleggibili è stata del 73%, di cui sono risultati in classe di rischio A, il 16%, B il 33%, C il 42% e D il 82%. L'adesione al follow up per i soggetti in classe B è stata pari al 47%.

**CONCLUSIONI**

L'applicazione del task shifting si è rivelata l'elemento di forza nel progetto Cardio 50 ed ha garantito il raggiungimento di obiettivi qualitativamente elevati, utilizzando risorse in modo efficace ed efficiente e si è dimostrato un esempio vincente da applicare in modo sistematico ad altre progettualità.

*Task shifting, prevenzione cardiovascolare*

**ID 497**

**IL DIRITTO ALL'IVG E ALL'OBIEZIONE DI COSCIENZA NELLA REGIONE UMBRIA**

M. Chiavarini 1; L. Fatigoni 1; P. Casucci 2; L. Minelli 1

1 Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Perugia

2 Direzione regionale Salute e coesione sociale Servizio Mobilità sanitaria e gestione del sistema informativo sanitario e sociale, Regione Umbria

**INTRODUZIONE**

L' art.9 della L.194/78 tutela la maternità e l'IVG e stabilisce che l'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario dal compimento delle procedure e attività dirette a determinare l'IVG, ma non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Dal Rapporto 2014 "La sorveglianza delle gravidanze in Umbria" (<http://www.epicentro.iss.it/territorio/umbria.asp>) emerge che l'esercizio dell'obiezione di coscienza dei sanitari ha un impatto rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla Legge.

**METODI**

Lo studio è stato condotto analizzando i dati raccolti nella regione Umbria (Modello D12 ISTAT) sul fenomeno delle IVG nel periodo 2006-2013, in relazione all'obiezione di coscienza.

**RISULTATI**

Nel 2013, in Umbria l'obiezione per categoria professionale è la seguente: 65.6% ginecologi, 70.2% anestesisti e 72.7% personale non medico. In Umbria, alla continua diminuzione del ricorso all'IVG, diminuiscono il numero di obiettori e aumentano i tempi di attesa, a differenza di quanto registrato in Italia: in Italia nel 2013 il tasso di abortività (T.AB: numero delle IVG per 1000 donne fra 15-49 anni) è del 7,6‰, i ginecologi obiettori sono il 70.0% e i tempi di attesa (T.AT)<ai 14 giorni sono il 62.3%;

in Umbria nel 2013 il T.AB è del 8,6‰, i ginecologi obiettori sono il 65,6% e i T.AT<14 giorni sono il 43,8%;

in Italia nel 2006 il T.AB è del 9,4‰, i ginecologi obiettori sono il 69,2% e i T.AT<14 giorni sono il 56,7%;

in Umbria nel 2006 il T.AB è del 11,1‰, i ginecologi obiettori sono il 70,2% e i T.AT<14 giorni sono il 51,0%.

**CONCLUSIONI**

I dati raccolti portano ad una riflessione sulla tutela del diritto ad interrompere una gravidanza. Il numero di obiettori non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di IVG ma il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della legge 194/78, con i relativi tempi di attesa rendono arbitraria un'offerta legittima dei servizi pubblici.

*IVG, LEGGE 194/78, OBIETTORI*

**ID 516**

**LE VACCINAZIONI NEI PERCORSI DI CURA**

G. Mattei 1;  
P. Ragni 2;  
P. Camerlengo 3;  
Laura Cavazzuti 4;  
V. Chiesa 5;  
C. Marchesi 6

1 Servizio Igiene Sanità Pubblica AUSL Reggio Emilia

2 Struttura Governo Clinico AUSL Reggio Emilia

3 Direzione Presidio Ospedaliero AUSL Reggio Emilia

4 Direzione Presidio Ospedaliero Azienda Ospedaliera - IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia

**INTRODUZIONE**

Il Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 include tra gli obiettivi l'aumento della copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologie o per status. Indicazioni internazionali, nazionali e regionali hanno delineato il profilo delle vaccinazioni raccomandate per specifica condizione di rischio.

**METODI**

Un gruppo di lavoro multidisciplinare dell'AUSL e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ha concordato con i clinici indicazioni e percorsi per offrire le vaccinazioni a pazienti a rischio. Le vaccinazioni sono state considerate come strumenti di cura, per i quali il clinico pone l'indicazione al paziente e il Servizio Igiene Pubblica gestisce materialmente le operazioni vaccinali. Per ogni vaccinazione sono state discusse con i clinici l'effettivo valore aggiunto e le difficoltà operative per ogni specifica condizione.

**RISULTATI**

Sono stati formalizzati una serie di protocolli e percorsi operativi per le vaccinazioni che devono essere offerte a persone con le seguenti patologie o condizioni: 1. precedente trapianto autologo o allogenico di cellule staminali ematopoietiche CSE; 2. conviventi, contatti, operatori sanitari a contatto con pazienti sottoposti a trapianto di CSE; 3. linfoma, leucemia linfatica cronica o mieloma; 4. asplenia (anatomica o funzionale); 5. precedente trapianto di organo solido; 6. nefropatie o trattamento dialitico; 7. infezione da HIV; 8. deficit di fattori del complemento; 9. in chemioterapia antitumorale; 10. con patologie reumatologiche, rispettivamente in età pediatrica e in età adulta. I protocolli, già operativi, hanno permesso di aumentare sensibilmente il numero di vaccinati, particolarmente in alcune aree, quale quella dei pazienti in grave insufficienza renale o dializzati

**CONCLUSIONI**

Riteniamo che l'approccio volto a inserire le vaccinazioni nei percorsi di cura sia stato innovativo ed efficace, e che possa essere considerato per poter ampliare i protocolli anche ad altre categorie di rischio.

*vaccinazioni, categorie a rischio*

**ID 540**

**CARDIO50: UN'OPPORTUNITÀ D'INTEGRAZIONE TRA OPERATORI PER PROMUOVERE LA SALUTE**

P. Corazza 1; D. Belotti 1; S. Micossi 1; D. Zanon 2

1 Dipartimento di Prevenzione Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

2 Dipartimento delle Dipendenze Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

**INTRODUZIONE**

Cardio 50 è un programma CCM per l'identificazione precoce del rischio cardiovascolare nei cinquantenni sani

Operatori adeguatamente formati orientano il soggetto a prendere coscienza dei fattori di rischio emersi durante lo screening proponendo percorsi integrati tra Servizi che si occupano di alimentazione, attività fisica e fumo

**OBIETTIVI**

offrire ai cinquantenni l'opportunità di migliorare le proprie abitudini partecipando a percorsi integrati di promozione della salute

**METODI**

formazione degli operatori sanitari sul Counseling Motivazionale Breve (Miller e Rollnik)

individuazione di un tempo dedicato al Counseling durante lo screening

chiamata attiva dei soggetti individuati

organizzazione di incontri di educazione alimentare in piccoli gruppi e corsi per la disassuefazione al fumo

predisposizione di una scheda di rilevazione dell'offerta di attività motoria sul territorio

**RISULTATI**

Su 3187 eleggibili, 2322 aderenti allo screening (73%), di questi 756 (33%) hanno abitudini scorrette

Su 94 persone individuate, 18 (19%) hanno frequentato il corso di disassuefazione al fumo

Su 305 persone individuate, 154 (50%) hanno partecipato ai gruppi di educazione alimentare

Nei 37 Comuni dell'Azienda Sanitaria è stato effettuato un incontro con i Sindaci e redatta un'informativa per i cittadini sull'offerta di strutture e iniziative di promozione dell'attività motoria

**CONCLUSIONI**

Il progetto è un'opportunità di integrazione tra operatori di diversi servizi impegnati nella promozione di sani stili di vita

La scarsa adesione ai corsi di disassuefazione al fumo si può attribuire a una difficoltà dei cinquantenni a partecipare a più incontri consecutivi, mentre la proposta di un unico incontro di educazione alimentare ha avuto miglior riscontro

Emerge un'alimentazione povera di fibre e ricca di proteine animali

Il colloquio con i decisori politici ha permesso la diffusione del progetto e la possibilità di promuovere buone pratiche come gruppi di cammino e piedibus

*Prevenzione cardiovascolare, integrazione professioni sanitarie, promozione della salute*

**ID 561**

**DIFFERENZE DI GENERE NEI DETERMINANTI DI SPESA SANITARIA**

G. Messina 1; C. Quercioli 2; M. Maccari 3; N. Nante 1

1 Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena

2 ASL Toscana Sud-Est

3 ASL Toscana Nord-Ovest

**INTRODUZIONE**

Le differenze di genere nell'uso dei servizi sanitari sono ben conosciute. Non altrettanto può dirsi circa i loro determinanti.

**METODI**

Nel 2009/10 il questionario SF36 (8 scale: attività fisica-AF, ruolo fisico-RF, dolore-D, Salute generale-SG, vitalità-VT, attività sociali-AS, ruolo emotivo-RE, salute mentale-SM) è stato distribuito a 887 pazienti di Medici di Medicina Generale (MMG) della provincia di Siena. Gli MMG hanno compilato schede per il calcolo del Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e di un indice di severità (SI) di patologia. Sono state raccolte informazioni su sesso, età, stato civile, attività lavorativa, BMI, abitudine al fumo. Inoltre, è stata raccolta l'età e sesso dei MMG. La AUSL 7 Siena ha fornito dati sulla spesa sanitaria 2012 per ricovero ospedaliero, specialistica/diagnostica e farmaceutica. E' stata utilizzata la regressione lineare multivariata per studiare, separatamente per maschi e femmine, l'effetto delle suddette variabili sui diversi tipi di spesa sanitaria.

**RISULTATI**

Nei maschi, la spesa ospedaliera aumenta al salire del SI ( $p=0.003$ ) e ad essere in cura da un MMG di sesso femminile ( $p=0.020$ ); la spesa per specialistica/diagnostica incrementa all'aumentare del SI ( $p<0.001$ ) e al diminuire del SG ( $p<0.001$ ); la spesa farmaceutica aumenta con l'età ( $p<0.001$ ), una bassa istruzione ( $p=0.024$ ), un elevato SI ( $p<0.001$ ), una bassa SG ( $p=0.002$ ). Nelle femmine, la spesa ospedaliera aumenta al diminuire dell'AF ( $p=0.05$ ); la spesa per specialistica/diagnostica sale all'aumentare del SI ( $p<0.001$ ), al diminuire della SG ( $p=0.001$ ) e della D ( $p<0.001$ ); la spesa farmaceutica aumenta con l'età ( $p<0.001$ ), una bassa istruzione ( $p<0.001$ ), un elevato SI ( $p<0.001$ ), una bassa SG ( $p<0.001$ ).

**CONCLUSIONI**

Le differenze nei determinanti di spesa sanitaria tra maschi e femmine emergono soprattutto per quanto riguarda la spesa ospedaliera, che nei maschi appare associata alla severità di patologia mentre nelle femmine alla salute percepita.

*Differenze genere, Spesa sanitaria, Risk Adjustment*



**ID 565**

**CORRETTA PRASSI COMPORTAMENTALE E CONTAMINAZIONE IN SALA OPERATORIA**

C. Ceccio; M.A.R. Palamara; C. Genovese

AOU G. Martino- Messina

**INTRODUZIONE**

Il controllo delle ICA rappresenta un importante strumento per la tutela della salute del paziente. Esistono diverse strategie che consentono un'adeguata prevenzione, tra cui una corretta prassi comportamentale in sala operatoria. Il nostro studio ha lo scopo di osservare gli operatori sanitari durante gli interventi chirurgici e correlare i dati della contaminazione microbica dell'aria alla corretta prassi comportamentale.

**METODI**

L'indagine è stata svolta da settembre 2015 ad agosto 2016, sono stati valutati 55 interventi chirurgici. È stata elaborata una checklist, partendo da standard riportati nelle Linee Guida ISPESL per la valutazione del comportamento degli operatori sanitari durante gli interventi. Contemporaneamente sono stati effettuati campionamenti di aria, con il metodo SAS (surface air system) per rilevare il grado di contaminazione microbica in condizioni di sala vuota e in attività.

**RISULTATI**

Il sistema di ventilazione era in funzione nel 100% dei casi, le porte del blocco operatorio sono rimaste aperte durante gli interventi nel 57% dei casi; è stata rilevata un'alta carica microbica dell'aria nel corso di interventi con un elevato numero di persone, in media pari a 7 operatori.

Gli errori comportamentali più frequentemente riscontrati durante l'indagine osservazionale, riguardano l'uso non corretto dei DPI: la maschera chirurgica (non copre completamente naso, bocca e mento) nel 53% dei casi, il copricapo nel 34% dei casi e nel 12% dei casi, gli operatori non indossavano i guanti sterili.

**CONCLUSIONI**

È importante rendere consapevoli gli operatori sanitari riguardo i comportamenti da adottare e, far percepire loro, che la contaminazione è strettamente correlata al numero di persone presenti e, soprattutto, alla corretta prassi comportamentale in sala operatoria.

*corretta prassi comportamentale, sala operatoria, ICA*

**ID 569**

**“OUTSOURCING “ IL NUOVO SCENARIO DELLA SANITÀ ITALIANA**

S. Carovilano

*Osa Operatori Sanitari Associati*

**INTRODUZIONE**

In molte realtà italiane dove il Servizio Sanitario è indebolito dalle risorse sempre più scarse e da una burocrazia inefficiente, le Cooperative Sanitarie sono in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini; da circa 20 anni la divisione outsourcing della Cooperativa Osa, fornisce servizi assistenziali prestati da infermieri ed ausiliari all'interno di un Ospedale della città di Roma.

**METODI**

Attraverso il presente lavoro si è cercato di calcolare attraverso il test T una significatività statistica esistente tra la media dell'età dei due gruppi dei lavoratori della Cooperativa Osa in forza presso l'Ospedale suddetto e le aree assistenziali che necessitano di esternalizzazione. La variabile calcolata è la media dell'età, intesa come data di nascita dei lavoratori.

**RISULTATI**

All'interno dell'Ospedale sono impegnati complessivamente 644 persone di cui 582 infermieri e 64 ausiliari, gli infermieri hanno un'età media di 38.91 anni con una deviazione standard di 10.15 mentre gli ausiliari hanno un'età media di 44.08 con una deviazione standard di 9.52. Attraverso il test T si è cercato di stabilire se esiste una correlazione tra l'età media dei due gruppi di lavoratori messi a confronto e la complessità assistenziale dei reparti in cui vengono occupati. Dall'analisi effettuata il t test è risultato essere statisticamente significativo ( $p = 0.001$ ) pertanto le differenze tra le medie non sono attribuibili al caso ma sono statisticamente significative.

**CONCLUSIONE**

In considerazione di quanto analizzato, si può desumere che progressivamente nel corso degli anni l'esternalizzazione dei servizi sanitari ha determinato un'incremento del personale di Cooperativa che progressivamente è stato disposto nelle aree a maggior impatto assistenziale, dato questo che si è concretizzato in parte a causa del blocco del turn-over e sicuramente a causa dell'invecchiamento globale della popolazione.

**ID 605**

**COLON UNIT BOLOGNA – UNA NUOVA IDEA DI SANITÀ PUBBLICA**

F. Francia 1; C. Cascone 2; C. Bazzani 1; F. Mezzetti 1; L. Prete 1; R. Santini 1; V. Laudani 1; T. Sanna 3; V. Cennamo 2

1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna

2 Dipartimento Chirurgico, Azienda USL di Bologna

3 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

**INTRODUZIONE**

Perché costruire una Colon Unit? Perché la prevenzione primaria si nutre e viene rinforzata da ogni iniziativa atta a diffonderla e perché un luogo che avvicina e consente un confronto fra struttura sanitaria e popolazione può essere uno strumento molto potente ed efficace. Perché un punto di riferimento pratico e culturale può trainare la crescita di una intera area geografica, facilitare il confronto fra professionisti di varie categorie ed ottimizzare le spese e le risorse, migliorare l'adesione allo screening.

**METODI**

La Colon Unit è un luogo fisico che unisce multiple ed elevate competenze relative alle patologie del colon. Nasce con l'ambizioso progetto di andare oltre questa identità e diventare un vero luogo di divulgazione sanitaria e supporto all'utenza. Il primo anello di congiunzione fra prevenzione primaria e secondaria. La Colon Unit vede l'integrazione di personale del Dipartimento di Prevenzione, Chirurgico, Oncologico e del Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo.

Come? Attraverso la:

- strutturazione di uno spazio aperto di divulgazione audiovisiva che coinvolga tutti gli utenti target per la prevenzione primaria e secondaria;
- il coordinamento delle attività formative e di comunicazione sugli ambiti della prevenzione;
- la presenza di personale sanitario specializzato disponibile a spiegare e rispondere ad eventuali quesiti;
- la realizzazione di eventi non esclusivamente a contenuto scientifico capaci di coltivare un nuovo modo di pensare la prevenzione e la sanità pubblica.

**RISULTATI**

È stata realizzata la sala della prevenzione all'interno della Colon Unit e organizzato un Open Day con la possibilità di fruire, da parte dell'utenza, di materiale audio – visivo creato ad hoc.

È stata avviata una più stretta integrazione e collaborazione con il centro screening dell'Ausl di Bologna.

I risultati attesi sull'aumento dell'adesione allo screening del colon retto saranno disponibili ad 1 anno dall'avvio del progetto.

**ID 611**

**TERREMOTO DEL 24 AGOSTO 2016: ANALISI DELL'ATTIVITÀ DEL CENTRO TRASFUSIONALE DELLA FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA**

L. Morucci 1; F. Maccari 2; S. Ferri 2; G. Visconti 2; G. Adorno 3

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

2 Direzione Sanitaria Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

3 Centro Trasfusionale Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, Roma

**INTRODUZIONE**

La notte del 24 Agosto 2016 è avvenuta la prima di una lunga serie di violente scosse di terremoto che hanno colpito le zone centrali dell'Italia. L'attivazione dei soccorsi è stata tempestiva ed è stata accompagnata da un'intensa mobilitazione popolare, con azioni di diverso tipo, tra le quali la donazione di sangue.

**METODI**

E' stato utilizzato il software Emonet, adottato dal Centro Trasfusionale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, per calcolare il numero di donatori che si sono presentati nel giorno del terremoto e nei successivi 7 giorni. Inoltre, è stato possibile distinguere i donatori in due diversi gruppi: donatori "occasional", ossia quelli che si sono recati presso Centro Trasfusionale per la prima volta e donatori "periodici", ossia quelli che si presentano regolarmente presso il Centro a donare il sangue.

**RISULTATI**

Nell'intervallo di tempo analizzato si sono presentati a donare il sangue presso il Centro Trasfusionale complessivamente 262 persone, delle quali 153 donatori occasionali e 109 donatori periodici. Nelle giornate 24-25-27-28-29 Agosto il numero di donatori occasionali ha superato il numero di quelli periodici. Si è registrato un ugual numero di donatori nella giornata del 30 Agosto, mentre il 31 Agosto il numero dei donatori periodici è tornato ad essere maggiore rispetto a quello dei donatori occasionali (14 vs 7).

**CONCLUSIONI**

L'elevato afflusso di donatori che si è registrato presso il Centro Trasfusionale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata a seguito del terremoto del 24 Agosto 2016 è un chiaro segnale di come un evento catastrofico possa sensibilizzare la popolazione alla donazione di sangue. La Regione Lazio spende circa 6 milioni di euro l'anno per l'acquisto delle sacche mancanti in altre Regioni (dato 2015). Una delle possibili strategie per raggiungere l'obiettivo dell'autosufficienza ematica è cercare di superare la "fase emotiva" della donazione fidelizzando i donatori occasionali.

**ID 633**

**ANALISI DELL'ATTIVITÀ DEL MODELLO ORGANIZZATIVO WEEK DOPO UN ANNO DALLA SUA ATTIVAZIONE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA (AOUI) DI VERONA**

R. Poli 1; A. Sannino 2

1 Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

2 Università degli studi di Verona- Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica- Sezione di Igiene e MPAO

**INTRODUZIONE**

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona ha istituito, in seguito al Dgr n. 2688/14 e n. 3735/07, un nuovo modello organizzativo chiamato Week Surgery, ossia un regime di ricovero autonomo, rivolto ad interventi di chirurgia elettiva a media-bassa complessità, attivo nei giorni lavorativi e con degenza inferiore a cinque giorni.

**METODI**

L'attività della Week Surgery nell'AOUI è iniziata nel settembre 2015, coinvolgendo le U.U.O.O. di Chirurgia Generale ed Endoscopia d'Urgenza, Chirurgia Generale e dell'Obesità, Chirurgia Generale ed Esofago Stomaco, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Senologica e Chirurgia Endocrina. L'attività della Week Surgery è stata analizzata sulla base dei dati ricavati dai DRG prodotti da settembre 2015 a maggio 2016.

**RISULTATI**

Gli interventi eseguiti sono stati 1357, con degenza media di 1.64 giorni. Il volume di attività maggiore è stato realizzato dalla U.O. di Chirurgia Plastica (336 interventi con degenza media di 1.59 giorni) e dalla Chirurgia Generale ed Endoscopia d'Urgenza (216 interventi e 1.86 giorni di degenza media). Il 16.1 % di casi (219/1357) è sfuggito alla corretta codifica di regime week per errori di programmazione dei chirurghi o per l'aggravamento delle condizioni cliniche dei pazienti.

**CONCLUSIONI**

I risultati ottenuti dall'Azienda Ospedaliera Integrata (AOUI) di Verona sono incoraggianti in termini di volume di attività e riduzione della degenza media. Ulteriori margini di miglioramento si possono ottenere continuando la collaborazione delle varie figure professionali implicate nel percorso chirurgico attraverso la discussione settimanale delle liste operatorie tra i chirurghi e una equipe denominata "Torre di controllo" (composta da un dirigente medico per la Direzione Medica, un dirigente medico per l'attività di anestesia, il coordinatore infermieristico del gruppo operatorio e il coordinatore infermieristico delle aree chirurgiche coinvolte).

*week surgery, modello organizzativo*

**ID 662**

**MORTALITA' EVITABILE IN TEMPO DI CRISI**

G. Spataro 1; F. Diaferia 2; D. Golinelli 1; M. Golferà 1; G. Messina 1; N. Nante 1

1 Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena

2 Laboratorio di Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari, Università di Siena

**INTRODUZIONE**

Il periodo tra il 2008 e il 2014 è stato caratterizzato da un'intensa crisi economica-finanziaria, che iniziata negli Stati Uniti si è estesa rapidamente all'Europa, tuttavia non sono ancora stati chiariti i suoi effetti sulla salute della popolazione e sul nostro Sistema Sanitario.

**METODI**

L'obiettivo della ricerca è la valutazione dell'impatto della crisi economica sulle differenti Regioni Italiane confrontando indicatori di natura socio-economica (Prodotto Interno Lordo Regionale, Tasso di Disoccupazione, Soglia della povertà relativa, l'indice di Gini) con un indicatore di natura sanitaria: la Mortalità Evitabile. Il nostro studio retrospettivo, è stato condotto nel periodo compreso tra il 2006 e il 2012 usando dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, valutando i tassi di mortalità evitabili suddividendoli in macro-aree di interesse (Promozione della Salute NON Sanitaria, Promozione della Salute Sanitaria, Prevenzione Collettiva, Diagnosi e Terapia Precoci, Assistenza Ospedaliera per Acuti, Assistenza Sanitaria Territoriale, Sanità in "toto").

Per ottenere il trend dalle varie macro-aree, i dati sono stati elaborati utilizzando test non parametrici, per correlare le varianti economiche con La Mortalità Evitabile, è stato invece utilizzato il modello panel data analysis.

**RISULTATI**

Gli indicatori economici mostrano la presenza di due fasi subentranti della crisi (2008-2009; 2001-2012). Alcune Regioni (Trentino A.A. e Toscana) sembrano avere dei Sistemi Sanitari più resistenti all'impatto con la crisi economica, mostrando una migliore capacità organizzativa.

**CONCLUSIONI**

È interessante notare che la latenza della Mortalità Evitabile varia in base alla macroarea considerate, modificandosi rapidamente per alcune di esse, e rendendo possibile esaminarle, mentre per altre, l'eccessiva latenza rimanda a studi successivi tale valutazione.

*Crisi Economica, Mortalità Evitabile, Diseguaglianze in Sanità*

**ID 704**

**ACCORPAMENTI DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI E PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI: IL CONSUMO DEI RESIDENTI DELLA ASL ROMA B. ANNI 2013 - 2014 - 2015.**

V. Dugo 1; I. Nardelli 2; C. Saffioti 2

1 Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; ASL Roma

2 - ex ASL Roma B, Sistemi Informativi Sanitari

**INTRODUZIONE**

La Regione Lazio, per promuovere forme di assistenza alternative al ricovero, più appropriate e meno costose, ha incentivato la qualificazione dell'attività ambulatoriale con l'erogazione di Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) e Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC).

Nella ASL RMB, gli APA sono erogati da 5 strutture ed i PAC da 3 presidi sanitari.

**METODI**

Utilizzando i dati del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica, è stato analizzato il consumo di APA e PAC dei residenti della ASL RMB nei presidi aziendali e le altre strutture sanitarie del Lazio negli anni 2013-2014-2015. Sono state esaminate le ASL e le strutture cui si sono rivolti i residenti e le tipologie di APA e PAC più richieste.

**RISULTATI**

I residenti della ASL RMB, nei 3 anni esaminati, hanno consumato lo stesso numero di APA e PAC, circa 21.400 all'anno, di cui quasi il 70% erogato da strutture non aziendali. In particolare il 65% degli APA e l'83% dei PAC è stato consumato in mobilità passiva (MP).

Riguardo le strutture della ASL RMB, l'88% circa degli APA e PAC è stato erogato dai presidi pubblici. Le tipologie di APA più richieste sono state Intervento di cataratta (44%) e Asportazione di lesione cutanea superficiale (37%); il PAC più richiesto è stato il PAC diagnostico per il dolore toracico (16%).

In merito alla MP i residenti si sono rivolti ai policlinici universitari Umberto I (17%) e Tor Vergata (12%) e alle ASL confinanti RMC (16%) e RMA (9%). Le tipologie di APA sono sovrapponibili a quelle dei presidi della ASL RMB; significativa è stata la richiesta di APA Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche. I PAC più richiesti sono stati il PAC diagnostico per nodulo tiroideo ed il PAC per somministrazione dei farmaci.

**CONCLUSIONI**

Negli anni 2013-2014-2015 il trend del consumo è rimasto costante e l'indice di fuga si è mantenuto su valori del 70% circa. I residenti si rivolgono a strutture d'eccellenza confinanti o insistenti sul territorio aziendale.

*pacchetti, accorpamenti, ambulatoriali, specialistica*

**ID 706**

**UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA: UN INNOVATIVO MODELLO ASSISTENZIALE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

R. Casadei 1; S. Simeone 1; D. Torroni 2; L. Minelli 1; M. Chiavarini 1  
1 Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia  
2 Direzione Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera di Perugia (AOPG)

**INTRODUZIONE**

Il task shifting è uno dei criteri di efficienza (ed efficacia) della strategia Primary Health Care (WHO, 2008). In questa ottica, in Umbria si sta sperimentando l'Unità di Degenza Infermieristica (UDI- delibera Dir Gen.AOPG n° 770 del 4.5.2015 - l'equipe è composta da 6 infermieri, 6 OSS, una coordinatrice infermieristica e un dirigente responsabile), che ha lo scopo di ottimizzare l'utilizzo dei posti letto e sviluppare percorsi assistenziali connessi col territorio, favorendo il recupero dell'autonomia del paziente.

Obiettivo dello studio è descrivere il funzionamento dell'UDI in termini di appropriatezza clinica ed organizzativa.

**METODI**

L'analisi si basa su dati provenienti da SDO e cartella infermieristica dei primi 3 mesi di attività dell'UDI, considerando le modalità di accesso e dimissione e i criteri di ottimizzazione della degenza media riportati nella delibera ("Di norma, la durata della degenza è di sette giorni").

**RISULTATI**

Nel periodo considerato è stata erogata assistenza a 133 utenti provenienti da 25 diverse unità operative dell'AOPG. Il 57% sono donne, l'età media del campione è di 75,2 anni  $\pm$  15,2 std, e il 95,4% risiede in Umbria.

La degenza media è risultata di 6,4 giorni; il 31% delle degenze è risultato superiore ai 7 giorni. Alla dimissione il 59% dei pazienti è tornato al proprio domicilio, in parte con dimissione protetta, il 30% trasferito in strutture territoriali (RSA e strutture riabilitative), il 10% trasferito in altro reparto e/o ospedale.

**CONCLUSIONI**

Nel nuovo contesto socio-sanitario basato sull'intensità di cura, la complessità assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse in uno scenario di profonda crisi economica, la nascita e la creazione di servizi innovativi come l'UDI, rappresenta un modello di risposta valido e ripetibile. L'UDI ha dimostrato di poter garantire un'assistenza qualificata rispondente ai bisogni sempre più complessi della collettività.

*Task shifting, degenza infermieristica, integrazione ospedale-territorio, PHC*



**ID 727**

**“L'ACCOGLIENZA AI MIGRANTI RICHIEDENTI ASILO A PIACENZA (MRA): L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA”**

V. Trabacchi 1; A. Donisi 2; D. Sacchini 3; G. Delfanti 4; G. Pedrazzini 5

1 Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico AUSL Piacenza

2 Dirigente Medico UO Malattie Infettive PO Piacenza AUSL Piacenza

3 Direttore UO Malattie Infettive PO Piacenza AUSL Piacenza

4 Direttore Medico Di Presidio Ospedaliero Unico

**INTRODUZIONE**

L'Ausl di Piacenza, centro spoke nella rete Hub & Spoke della Regione Emilia Romagna per la gestione dei MRA, ha definito percorsi diagnostico terapeutici, atti a garanzia di un'adeguata assistenza sanitaria con il coinvolgimento del Presidio Ospedaliero di Piacenza, del Dipartimento di Sanità Pubblica, delle cure Primarie, delle associazioni e organizzazioni no profit in convenzione e degli Enti Locali.

**METODI**

L'organizzazione delle visite, centralizzata sull'Ambulatorio AISMMI afferente all'UO Malattie Infettive del Presidio Ospedaliero di Piacenza (9 ore settimanali; 1 medico+1 infermiere, 1 mediatore culturale, 1 psicologo che fornisce sostegno psicologico ai MRA, vittime di violenza e di tortura) avviene, in accordo con la UO Direzione Medica di Presidio, attraverso la programmazione per gruppi omogenei per appartenenza linguistica e centro di accoglienza, con facilitazione dell'attività di mediazione culturale e di accompagnamento dei migranti stessi. Le interfacce interne ed esterne del percorso di accoglienza e assistenza sanitaria ai MRA sono in costante confronto attraverso una rete comunicativa, informativa e formativa.

**RISULTATI**

Nel 2015 l'Ambulatorio ha registrato 362 accessi (78% maschi, età media 25 anni, il 66% dall'Africa e il 34% dall'Asia). Il 95% dei pazienti è stato sottoposto a Rx torace e nel 4% si è resa necessaria TC HRCT. Il 6% dei pazienti era affetto da infezione da HBV, il 2% da infezione da HCV. Il 94% è risultato immune per morbillo, l'80% per varicella. I migranti inviati alla psicologa hanno evidenziato ansia, aggressività e problemi psicosomatici legati ai traumi e le violenze vissuti durante il viaggio migratorio.

**CONCLUSIONI**

I momenti di confronto strutturato tra gli operatori sanitari e non, sono stati utili all'attività quotidiana ed hanno fornito importanti spunti progettuali, come l'educazione sanitaria ai migranti nell'obiettivo di un progetto di prevenzione primaria per i MRA sempre più inclusivo.

*Migranti richiedenti Asilo, assistenza, psicologa, educazione sanitaria*

**ID 744**

**LE MODIFICHE COSTITUZIONALI E I POSSIBILI RIFLESSI SULLA SANITÀ PUBBLICA E SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

C. Signorelli 1; A. Zangrandi 2; V. Valenti 3; V. Gastaldi 3, S. Fanelli 2; N. Florindo 4; A. Odone 1; S. Paroni 1; P. Camia 1; V. Cioba 1; L. Faccini 1; A. Rampini 1; C. Latini 1; F. Pezzetti 1; A. Ferrari 1; S. Visciarelli 1; P. Cella 1; V. Chiesa 1; A

1 Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali, Università degli Studi di Parma

2 Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Parma

3 Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Parma

4 Laboratorio per i Sistem

**INTRODUZIONE**

Dopo l'approvazione da parte del Parlamento Italiano del Progetto di Legge Costituzionale N.1429-D lo scorso 21 aprile ed in attesa del referendum confermativo, previsto per l'autunno 2016, si è sviluppato un dibattito sugli effetti delle modifiche proposte sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La piena attuazione della riforma del titolo V della Costituzione del 2001 (spinta alla devolution) ha portato ad evidenziare negli esercizi finanziari successivi situazioni di deficit in molte regioni e la crescente considerazione che l'eccessiva autonomia regionale non fosse il modello migliore. Da qui si è sviluppata una corrente di pensiero verso la necessità di un rinnovato centralismo.

Obiettivo del presente studio è quello di offrire un contributo tecnico in merito all'impatto che la modifica proposta del titolo V potrebbe avere sulla sanità pubblica in Italia.

**METODI**

Ricerca e analisi critica di documenti tecnici, commenti di esperti e stampa specializzata.

**RISULTATI**

Nel nuovo testo costituzionale viene eliminato l'Istituto della legislazione concorrente e si ampliano in materia sanitaria le competenze statali, prevedendo l'esclusiva potestà legislativa dello Stato non solo nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA) ma anche nelle "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute e per le politiche sociali". Alcune recenti leggi hanno già recepito questa tendenza centripeta.

**CONCLUSIONI**

Considerando che gli enunciati del nuovo articolo 117 sono piuttosto generici, che è prevista una clausola di supremazia dello Stato e che alcune recenti leggi, nonché atti di programmazione e intese Stato-Regioni hanno già recepito questa tendenza centripeta, se ne deduce che, almeno in linea teorica, l'impatto della modifica non sarà stravolgente rispetto all'attuale organizzazione su tre livelli del Servizio Sanitario Nazionale (Stato-Regioni-Aziende USL).

*Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Costituzione, Sanità Pubblica*

**ID 031**

**GESTIONE DEL SANGUE NEGLI INTERVENTI IN ELEZIONE DI ARTROPROTESI NELLA ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA**

F. Santilli; Fe. Di Donna; Fr. Di Donna; L. Innocenzi; A. Zancla; L. Fabiani; S. Necozone  
*Università degli studi dell'Aquila, Dipartimento MESVA (Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della vita e dell'ambiente)*

**INTRODUZIONE**

Il "Patient Blood Management" (PBM) è un programma finalizzato a garantire un'appropriate gestione della risorsa sangue. Nel 2010 il PBM è stato presentato dall'OMS e nel 2013 sono iniziati i primi progetti pilota in Italia (Toscana ed Emilia Romagna).

Scopo del lavoro è valutare la gestione del sangue in una ASL abruzzese negli interventi in elezione di artroprotesi alla luce del programma PBM.

**METODI**

Sono state retrospettivamente analizzate le cartelle cliniche del 2015 relative agli interventi in elezione di protesi di anca e di ginocchio nei tre ospedali (L'Aquila, Avezzano, Sulmona) della ASL 01 per la valutazione degli items riportati nell'immagine (vedi immagine allegata). E' stata definita inappropriata la trasfusione post-operatoria effettuata con concentrazioni di emoglobina superiori a 80 g/L. L'analisi statistica è stata effettuata con il test del chi<sup>2</sup> e con gli OR. L'analisi della regressione logistica multivariata è stata utilizzata per valutare l'effetto indipendente delle variabili (caratteristiche paziente, centro, intervento) sull'evento trasfusione inappropriata.

**RISULTATI**

Gli interventi chirurgici sono stati 407. I P.O. di Sulmona e di Avezzano hanno una migliore gestione della riserva sangue rispetto all'Aquila, nel quale le trasfusioni totali sono state 192 a fronte di 92 interventi. I comportamenti meno appropriati riguardano la modalità di uso del sangue in sede intra-operatoria e la mancata adozione, nei pazienti clinicamente stabili, di soglie trasfusionali restrittive nel periodo post-operatorio

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI dello studio evidenziano l'urgenza di promuovere l'implementazione delle linee guida per il buon uso del sangue, per definire obiettivi, programmi ed interventi formativi per il miglioramento del processo trasfusionale. In particolare gioca un ruolo critico il comitato di buon uso del sangue che, in collaborazione con i centri trasfusionali, dovrebbe spingere per la correzione dei punti deboli del processo.

**ID 122**

**APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI: DEFINIZIONE DI UN PERCORSO PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CHE NECESSITANO DI CHIRURGIA ORTOPEDICA PROGRAMMATA E SUCCESSIVA RIABILITAZIONE PRESSO UN'AZIENDA OSPEDALIERA DI ALTA SPECIALITÀ**

C. Maiorino; M.V. Diana; A. Bernardo; N. Silvestri; R. Rotondo; V. Di Martino; R. Molinari; A. Giordano

*Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli*

**INTRODUZIONE**

Nel dicembre 2011, in ottemperanza al DCA 49/2010, la Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) dell'Azienda Ospedaliera dei Colli ha definito un percorso assistenziale dedicato ai pazienti che necessitano di artroprotesi di anca o ginocchio e successiva riabilitazione. Al fine di implementare tale percorso, la DSA ha effettuato un'analisi dei risultati raggiunti ad 1 e 4 anni dalla sua introduzione.

**METODI**

Il progetto ha previsto quattro step: scomposizione del percorso in fasi; individuazione, per singola fase, di eventuali criticità organizzative e definizione dei relativi interventi correttivi; calcolo degli indicatori previsti dal percorso ad 1 e 4 anni dalla sua introduzione.

**RISULTATI**

Le criticità rilevate sono state: mancanza di liste dedicate ad artroprotesi; liste di attesa cartacee, gestite direttamente da reparto; procedure non formalizzate; 70% dei ricoveri chirurgici senza preospedalizzazione; 10% di esami di preospedalizzazione scaduti; mancata attivazione dell'UVBR all'atto del ricovero; degenza pre-operatoria > 72h; degenza post-operatoria > 7 giorni; 90% dei pazienti con indicazione alla riabilitazione dimessi a domicilio. Le azioni correttive predisposte hanno compreso: potenziamento ed informatizzazione del servizio di preospedalizzazione; apertura di liste di preospedalizzazione dedicate ad artroprotesi; ottimizzazione delle sedute operatorie; presa in carico riabilitativa del paziente all'atto del ricovero; trasferimento in riabilitazione in continuità assistenziale. La rivalutazione del gennaio 2016 ha evidenziato quanto segue: tempo di attesa < 60 giorni per il 98% degli interventi di artroprotesi; degenza post-operatoria < 7 giorni nel 65% dei ricoveri; 96% dei pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenziale.

**CONCLUSIONI**

Il progetto realizzato risponde all'esigenza di percorsi definiti ed omogenei, rispondenti alla normativa vigente e in grado di garantire una risposta più appropriata ai bisogni dell'utenza.

**ID 123**

**L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE IN UN'AZIENDA OSPEDALIERA DI ALTA SPECIALITÀ:  
DEFINIZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE PER PAZIENTI CON PATOLOGIE ORTOPEDICHE  
TRATTABILI CON INFILTRAZIONI DI GEL PIASTRINICO AUTOLOGO (PRP)**

A. Bernardo; M.V. Diana; N. Silvestri; G. Longo; C. Maiorino; A. Giordano

*Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli*

**INTRODUZIONE**

Il gel piastrinico (PRP) è un emoderivato da tempo impiegato nel trattamento delle lesioni artrosiche e muscolo-tendinee, in virtù della produzione da parte delle piastrine di sostanze modulanti i processi di riparazione tissutale, flogosi e neoangiogenesi. Nel luglio 2015, al fine di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza erogata, la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera dei Colli ha definito un percorso organizzativo-gestionale condiviso per i pazienti con patologie ortopediche trattabili con infiltrazioni di PRP.

**METODI**

La definizione del percorso aziendale ha previsto otto fasi: costituzione di un tavolo tecnico, composto da referenti delle Direzioni Sanitarie e delle Unità Operative di Ortopedia, Farmacia e Medicina TrASFusionale; redazione del percorso sperimentale da parte del tavolo tecnico; condivisione del documento con il personale interessato; applicazione sperimentale del percorso per 1 anno; analisi degli indicatori di processo ed esito individuati; correzione delle criticità emerse; validazione del percorso.

**RISULTATI**

Il percorso prevede che i pazienti giunti in ospedale dagli ambulatori specialistici o con proposta di ricovero del MMG accedano al ricovero diurno solo previa valutazione ortopedica dell'eleggibilità trattamento con PRP e valutazione ematologica dell'idoneità all'autodonazione. Per l'accesso al ricovero è prevista la predisposizione, per singola Unità di Ortopedia, di due liste di attesa dedicate: una lista per prima infiltrazione di PRP ed una per eventuali infiltrazioni successive.

**CONCLUSIONI**

Conclusosi il periodo di sperimentazione del percorso, la Direzione Sanitaria Aziendale verificherà il raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza prefissati (assenza di criteri di esclusione nel 100% dei pazienti inseriti in lista; assenza di irregolarità nello scorrimento delle liste; presenza della modulistica prevista dal percorso, debitamente compilata, nel 100% delle cartelle dei pazienti trattati).

**ID 124**

**L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE IN UN'AZIENDA OSPEDALIERA DI ALTA SPECIALITÀ:  
DEFINIZIONE DI UN PERCORSO AZIENDALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE FISICA DEI PAZIENTI  
CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE MAGGIORI**

G. Nardini; M.V. Diana; A. Bernardo; N. Silvestri; V. Scarallo; L. Ussano; A. Maffettone; A. Giordano

*Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli*

**INTRODUZIONE**

I pazienti con disturbi psichiatrici maggiori presentano una mortalità e un'incidenza di patologie somatiche (cardiopatie, sindrome metabolica, diabete) superiori alla popolazione generale a causa di fattori genetici, stili di vita scorretti e terapia farmacologica assunta. Per tale ragione, nel II trimestre 2015, la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera dei Colli ha definito un percorso per la presa in carico globale di tali soggetti che garantisca sia il trattamento della patologia di base sia la prevenzione, la diagnosi e la cura delle eventuali comorbidity presenti.

**METODI**

La definizione del percorso ha previsto sette fasi operative: costituzione di un tavolo tecnico, composto da referenti della Direzione Sanitaria Aziendale e delle Unità Operative di Psichiatria e Medicina; redazione del percorso sperimentale da parte del tavolo tecnico; condivisione del percorso con il personale interessato; applicazione sperimentale del percorso per 1 anno; analisi degli indicatori di processo ed esito individuati; correzione delle criticità emerse; validazione del percorso.

**RISULTATI**

Il percorso prevede che i pazienti giunti in ospedale con proposta di ricovero del MMG o dello specialista del Centro di Salute Mentale siano inviati con accesso diretto all'Unità di Psichiatria, dove saranno verificate: la presenza di una patologia psichiatrica maggiore con rischio di comorbidity; la pertinenza del regime di ricovero; l'idoneità della struttura. Verificati tali elementi, il paziente sarà inserito in una lista di attesa dedicata di DH e, durante il ricovero, riceverà una valutazione cardio-metabolica completa, comprensiva di counselling nutrizionale, da parte di uno specialista della UOC di Medicina.

**CONCLUSIONI**

Concluso il periodo di sperimentazione del percorso, la Direzione Sanitaria Aziendale verificherà il raggiungimento degli obiettivi prefissati e, in particolare, il mantenimento di un tempo di attesa inferiore a 15 giorni in almeno il 90% dei DH.

**ID 214**

**LA RETE ONCOLOGICA PER LA GESTIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE LAZIO**

C. Giliberti 1; E. Zantedeschi 2; C. Guerrera 2; D. Di Lallo 2 per il Gruppo Tecnico regionale per l'oncologia

1 Policlinico Casilino, Roma

2 Regione Lazio, Roma

**INTRODUZIONE**

Nel 2014 il Ministero della Salute ha definito le modalità organizzative ed assistenziali dei centri di senologia, secondo quanto indicato da precedenti risoluzioni del Parlamento europeo. In recepimento delle indicazioni europee e nazionali, la Regione Lazio ha elaborato il documento "Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella nel Lazio", emanato con il DCA n. 38/2015.

**METODI**

È stato costituito un Gruppo di Lavoro sull'oncologia con il compito di riorganizzare l'offerta assistenziale regionale, con l'obiettivo di fornire una risposta globale ai diversi bisogni assistenziali della persona con tumore della mammella, dalla fase diagnostica al follow-up. Ai fini dell'individuazione dei centri della rete sono stati esaminati i dati sui volumi di attività degli interventi chirurgici per tumore della mammella (>150 nuovi casi anno), nonché le strutture dotate di posti letto di oncologia.

**RISULTATI**

Il modello organizzativo della rete è articolato in 3 tipologie di servizi:

- Centro Screening
- Struttura di diagnostica clinica
- Centro di Senologia

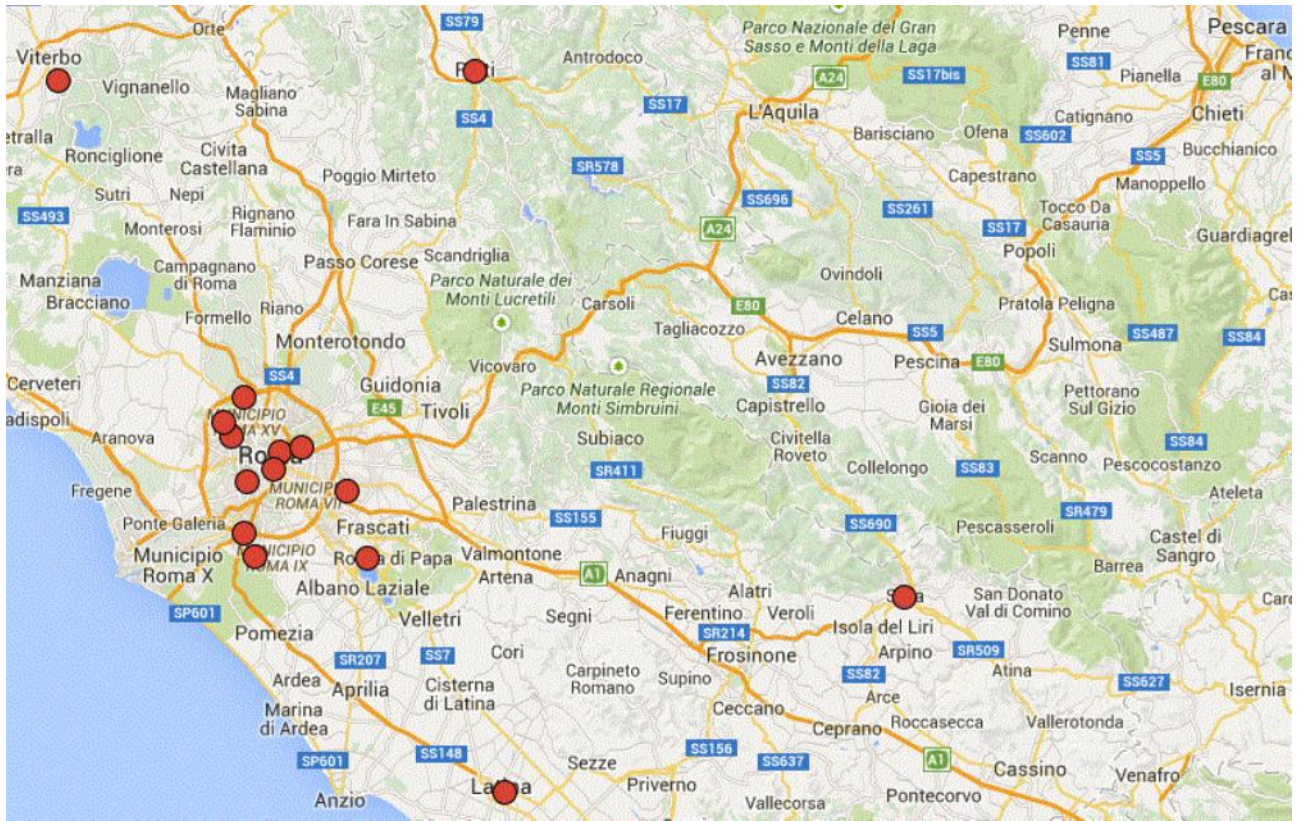
Sono stati individuati 39 "Centri screening", 36 "Strutture di diagnostica clinica" e 15 "Centri di senologia", di cui 11 nell'Area metropolitana di Roma e 1 per ciascuna Provincia del Lazio.

Sono state attuate specifiche azioni per l'implementazione e il monitoraggio della Rete, quali predisposizione di format per favorire la definizione dei Percorsi aziendali per le ASL e site visit nei Centri di senologia.

**CONCLUSIONI**

L'esperienza, ad un anno dall'emanazione del DCA n. 38/2015, mostra la necessità di proseguire ed intensificare l'azione di monitoraggio e supporto alle Direzioni aziendali che, comunque, hanno elaborato Piani operativi e Percorsi aziendali senologici che devono essere concretamente realizzati.

*Rete, tumore mammella, Lazio*





**ID 240**

**PERCORSO SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALE DEL SOGGETTO ESPOSTO O EX ESPOSTO AD AMIANTO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA**

C. Braida; G. Zamaro; N. Coppola

*Regione Friuli Venezia Giulia Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia – Area promozione della salute e prevenzione, Trieste*

**INTRODUZIONE**

L'adozione di un programma di assistenza a soggetti ex esposti ad amianto garantisce la definizione diagnostica, comporta la possibilità di ridurre i rischi aggiuntivi e di modificare gli stili di vita, fornisce supporto assistenziale, previdenziale e medico legale alle persone affette da malattie amianto correlate. Essenziale è il ruolo del medico di medicina generale in quanto la maggior parte delle persone ex esposte professionalmente sono in quiescenza e non più soggette a controlli da parte del medico competente. Direzione Centrale Salute del FVG, Centro Regionale Unico Amianto, Strutture di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e Unità Clinica Operativa di Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Trieste collaborano a realizzare percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali per gli esposti ed ex esposti ad amianto, coinvolgendo su aspetti specifici le Strutture, le Istituzioni presenti sul territorio e la Commissione Regionale Amianto.

**METODI**

E' stato rilasciato un tesserino riportante i dati anagrafici ed il numero di iscrizione al registro regionale amianto del FVG. I titolari, su indicazione clinica del medico, hanno accesso ad accertamenti clinici mirati di primo livello quali: visita specialistica del medico del lavoro, radiografia standard del torace e spirometria globale con test di diffusione alveolo-capillare. Nel caso di sospetto di malattia amianto correlata la persona è indirizzata ad eventuali accertamenti di secondo livello.

**RISULTATI**

Recapitati 6460 tesserini, il 100% degli iscritti per motivi professionali e loro coniugi.

**CONCLUSIONI**

Nel caso del mesotelioma maligno non esiste evidenza scientifica, allo stato attuale, che una diagnosi precoce della malattia comporti una riduzione della mortalità, ma lo stesso documento di Consenso di Helsinki, pur richiamando le criticità di interventi di screening, indica l'importanza di definire percorsi mirati a situazioni di esposizione ad alto rischio.

*ex esposti ad amianto*

*percorsi diagnostico terapeutici*

**ID 241**

**ANALISI DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI (PDTA) REGIONALI SULLA SCLEROSI MULTIPLA ESISTENTI**

M.A. Battaglia 1,2; D. Bezzini 1,2

1 Dipartimento di Scienze della Vita, Università di Siena, Siena

2 Fondazione Italiana Sclerosi Multipla, Genova

**INTRODUZIONE**

La sclerosi multipla (SM) è una malattia cronica ad alta complessità che necessita l'attuazione di programmi di cura e assistenza diversificati per fase di malattia e livello di disabilità. In molte regioni e singole aziende ospedaliere/territoriali sono stati definiti/sono in corso di definizione PDTA di riferimento.

Lo scopo dello studio è valutare lo stato dell'arte dei PDTA per la SM in Italia.

**METODI**

Analisi dei PDTA regionali già formalizzati e della documentazione di lavoro utilizzata per definirli

**RISULTATI**

Ad oggi sono 6 le Regioni che hanno adottato e formalizzato PDTA per la SM: Sicilia, Veneto, Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Puglia. Analizzando i documenti regionali emergono buone prassi ma anche criticità quali differenze metodologiche, differente modalità di articolazione della rete clinica, approcci diversificati nella fissazione o meno di livelli di riferimento, attenzione differente rispetto ai temi della riabilitazione, dell'accertamento medico legale, della continuità assistenziale, dell'integrazione socio-sanitaria. Rispetto al percorso riabilitativo, solo 2 PDTA (Veneto e Sicilia) riconoscono l'importanza di definire percorsi riabilitativi di presa in carico che variano a seconda del livello di disabilità e che devono essere attivati, in ottica preventiva e di promozione della riabilitazione come cura, sin dal momento della diagnosi.

**CONCLUSIONI**

Le difformità, solo in parte giustificate dai diversi contesti organizzativi regionali e con il rischio di situazioni di forti iniquità e ineguaglianza nell'accesso alle cure e assistenza da parte dei pazienti, richiede un percorso di creazione o modifica, ove presenti, di tavoli permanenti per l'aggiornamento nel tempo dei contenuti del PDTA e il monitoraggio della concreta applicazione e declinazione delle indicazioni regionali all'interno di ospedali, centri clinici e servizi del territorio attraverso, altresì, la costruzione e l'applicazione di un set di indicatori ad hoc per la SM.

*PDTA, sclerosi multipla*

**ID 339**

**L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI PATIENT BLOOD MANAGEMENT**

C. Radice 1; A. Bodina 2; S. Schieppati 3; I. Beverina 4; S. Morra 5; G. Benedetti 6; G. De Filippis 7; M. Lombardo 8

1 *Responsabile Risk Management, A.S.S.T. Ovest Milanese*

2 *Direzione Sanitaria, A.S.S.T. Ovest Milanese*

3 *Responsabile Valutazione Tecnologie Sanitarie, A.S.S.T. Ovest Milanese*

4 *Trasfusionista, A.S.S.T. Ovest Milanese*

5 *Anestesista Rianimatore, A.S.S.T.*

**INTRODUZIONE**

Per Patient Blood Management (PBM) s'intende un approccio individualizzato, multidisciplinare e multimodale che ha come fine l'ottimale gestione della risorsa sangue. E' infatti ben noto come la trasfusione impatti negativamente su mortalità e morbilità, determini aumento dei giorni di degenza e dei costi sanitari. Successivamente alle Raccomandazioni del Centro Nazionale Sangue (2013), il D.M. 2 Novembre 2015 ha introdotto l'obbligatorietà dell'implementazione di programmi di PBM. A questo fine, nei due maggiori Presidi dell'Azienda è stato valutato l'effetto sul consumo trasfusionale di due differenti approcci.

**METODI**

Nel 2014 nell'ospedale di Legnano si è puntato sull'adozione di trigger trasfusionali restrittivi e sulla rivalutazione clinica dopo ogni unità trasfusa, confrontando i RISULTATI con il 2013. Presso l'ospedale di Magenta, nel secondo semestre 2015, è stata attuata un'innovativa modalità di valutazione della necessità trasfusionale basata sul Modified Early Warning Score (MEWS) che permette, attraverso la raccolta di semplici parametri (frequenza respiratoria e cardiaca, pressione sistolica, diuresi, temperatura corporea, score neurologico), di valutare precocemente le condizioni cliniche del paziente ed individuare i soggetti per cui la trasfusione è necessaria.

**RISULTATI**

In entrambi gli Ospedali si è assistito ad una riduzione delle unità trasfuse in Ortopedia, pari al 21% a Legnano e al 14,6% a Magenta.

**CONCLUSIONI**

Gli interventi di PMB effettuati hanno determinato una riduzione del consumo di sangue si è pertanto deciso di formalizzarli in un progetto organico aziendale trasversale. Nel corso del 2016 è stato quindi attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare il cui compito è quello di analizzare ogni fase del percorso chirurgico, valutando per ognuna quali siano le migliori modalità da adottare (ad es. correzione dell'anemia pre-operatoria, riduzione farmacologica delle perdite ed altro) per ridurre il rischio di trasfusione.

*Patient Blood Management*

**ID 440**

**CHIRURGIA LAPAROSCOPICA DEL TUMORE MALIGNO DEL RETTO: TREND E VOLUMI DI ATTIVITÀ NELLA REGIONE VENETO**

E. Checchin 1; S. Tardivo 1; G. Callegaro 2; A. Buja 3; V. Baldo 3; M. Saia 4

1 Università degli Studi di Verona, Verona

2 Regione Veneto Azienda ULSS 13

3 Università degli Studi di Padova, Padova

4 Regione Veneto Area Sanità e Sociale

**INTRODUZIONE**

Gli interventi di resezione rettale rappresentano una delle procedure laparoscopiche (LP) maggiormente richieste e richiedono uno specifico expertise per efficacia e sicurezza senza perdita di radicalità oncologica.

**METODI**

Per dimensionare il ricorso alla LP nel Veneto è stato condotto uno studio retrospettivo (2007-2014) sugli interventi isolati per tumore maligno del retto (cod. dgn ICD-9-CM: 154.xx, 197.5; int.: 48.49, 48.5, 48.6), escludendo quelli con diagnosi di altro tumore maligno dell'apparato digerente, in linea alla metodologia AGENAS.

Per definire il trend si è provveduto alla standardizzazione per fasce quinquennali di età (pop. std. 2011), e i 52 ospedali considerati sono stati classificati sia per ruolo (Hub, Spoke, integrativi) che per volumi di attività (<25, 25-49, ≥50 int/anno).

**RISULTATI**

Si è assistito a 4.953 interventi (DM: 15,5±11,1 gg.) con una prevalenza del sesso maschile (60%): sia l'età media, pari a 67,9±11,7 anni, che il ricorso alla LP (38%), maggiore in elezione (OR: 2,85; p<0,05), erano sovrapponibili per genere. Di rilievo come la % di LP superasse il 35% in tutte le fasce di età, eccetto negli over 85 (30%).

Il ricorso alla LP è risultato in costante e significativo aumento (X2 trend; <0,05) con il 52% nel 2014, e un 42% riferito agli over 85.

Considerando gli Hub come riferimento è emerso come la LP sia maggiormente praticata negli spoke (OR: 2,16; p<0,05) e negli integrativi (OR: 1,45; p<0,05), meno gravati dalle urgenze.

Per i volumi di attività, escludendo le strutture al di sotto dei 10 int/anno e prendendo come riferimento l'unica struttura al di sopra dei 50, il ricorso alla LP è inversamente proporzionale ai volumi: 25-49 (OR: 2,53; p<0,05), 10-24 (OR: 2,98; p<0,05).

**CONCLUSIONI**

Quanto emerso conferma la progressiva affermazione della LP in tutte le fasce d'età; inoltre evidenzia un rapporto inversamente proporzionale ai volumi trattati e plausibilmente riconducibile all'elettività del trattamento (40% vs 19%).

**ID 463**

**INTERVENTI INTEGRATI PER PROMUOVERE LA LOTTA ALLA SEPSI GRAVE: ESPERIENZA DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA**

C. Marena 1; I.F. Martino 2; B. Mariani 3; S. Cutti 1; P. Cambieri 3; M.A. Bressan 2; F. Capra Marzani 4; A. Muzzi 1

1 Direzione Medica di Presidio, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

2 SC Pronto Soccorso Accettazione, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

3 SC Virologia e Microbiologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

4 SC Anestesia

**INTRODUZIONE**

La sepsi costituisce un'importante causa di morbilità e mortalità e incide sull'outcome dei pazienti(pz). Cruciale è il riconoscimento precoce dei soggetti a rischio di sviluppare quadri gravi.

Nel 2016, tra gli interventi del Comitato Infezioni Ospedaliere relativi al Progetto Regionale "Lotta alla sepsi", si è intrapreso un percorso per ottimizzare la gestione dei pz con sospetta sepsi nel Pronto Soccorso Accettazione (PSA).

**METODI**

L'intervento ha coinvolto PSA, Direzione Medica di Presidio (DMP), Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo, Laboratorio di Microbiologia e rianimatore referente aziendale del progetto. Le problematiche maggiori:

1. non immediato riconoscimento in triage della sepsi iniziale
2. inappropriatelyzza nell'esecuzione delle emocolture e nella terapia empirica antibiotica
3. scarso utilizzo dell'incubatore in PSA

Gli interventi per migliorare il percorso organizzativo/assistenziale sono stati: identificazione di referente clinico e di dmp; formazione del personale sanitario; introduzione della scala MEWS (rilevazione infermieristica dei parametri vitali+scala Glasgow); allestimento di materiale informativo; training per la corretta esecuzione/conservazione/invio delle emocolture.

**RISULTATI**

Il confronto semestri gennaio-giugno 2015 vs 2016 mostra un miglioramento significativo. Nel 2015: sottoposti ad emocoltura 98 pz; 27 RISULTATI positivi (28%) e affetti da infezioni vere; 71 pz RISULTATI negativi. Nel 2016: sottoposti a emocoltura 307 pz; 92 positivi all'emocoltura (30%) per infezione vera, con 101 isolamenti; 215 pz negativi e/o con contaminazioni.

**CONCLUSIONI**

Gli interventi organizzativi/formativi sono RISULTATI efficaci, sensibilizzando il personale coinvolto. Il numero delle emocolture è triplicato nel semestre 2016 vs 2015. La precoce e corretta esecuzione delle emocolture in PSA ha migliorato l'appropriatezza diagnostica con benefici per i pz (terapia mirata tempestiva) e per la Fondazione (riduzione della degenza).

*Interventi integrati, sepsi, riconoscimento precoce, emocoltura*

**ID 470**

**IL DAY SERVICE COME OPPORTUNITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA NEL DISEASE MANAGEMENT DELLA PATOLOGIA DIABETICA**

A.M. Andolfi 1; P. Teclème 1; G.C. Tonolo 1; G. Piredda 1; P. Pallazzoni 1; R. Santoru 2; I. Mura 1 2; A. Azara 2

1 Azienda Sanitaria Locale di Olbia, Olbia

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Sassari, Sassari

**INTRODUZIONE**

L'assistenza alla cronicità richiede scelte di formule organizzative capaci di identificare modalità assistenziali più appropriate di quelle "tradizionali" e che possano altresì coniugare efficacia, efficienza e contenimento dei costi; il Day Service (DS), rappresenta una valida scelta in diverse realtà regionali tra cui la Sardegna dove esistono interessanti esperienze già da alcuni anni.

Lo scopo del lavoro è descrivere l'applicazione del DS alla patologia diabetica per l'importanza che il suo disease management riveste nell'Isola, dove la prevalenza raggiunge tassi, per il diabete di tipo 1, superiori a quelli nazionali e sovrapponibili a quelli della Finlandia.

**METODI**

Nell'ambito del territorio del Nord Sardegna (in particolare, ASL Olbia) si è voluto sperimentare un nuovo modello di gestione del diabete dall'età evolutiva a quella adulta tenendo conto delle risorse umane dedicate nonché della "transizione" da DRG (294, 295) ai relativi P.A.C.C. (004, 005).

**RISULTATI**

L'attivazione del DS, dopo le necessarie fasi di formalizzazione e la gestione del follow-up annuale delle persone affette da diabete, ha permesso di ridurre al minimo il numero di accessi alle strutture sanitarie migliorando la qualità dell'assistenza erogata. In particolare, l'esperienza maturata in ambito pediatrico ha portato alla formulazione di un P.A.C.C. dedicato per il quale è stata richiesta formale approvazione alla Regione.

**CONCLUSIONI**

La capacità di efficientamento e di sviluppo di nuovi modelli organizzativi costituisce il punto di partenza per attuare innovazione organizzativa e appropriatezza. Il modello organizzativo di DS realizzato nella ASL di Olbia, sebbene da migliorare in relazione agli aspetti informativi, costituisce un esempio di chronic care model e, come tale, una sfida nella gestione delle malattie croniche come il diabete proprio grazie ad un approccio proattivo tra il personale sanitario e i pazienti diabetici sia adulti che pediatrici.

*Diabete, Appropriatezza, Day Service*

## Analisi SWOT

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contesto interno</b> | <b>Punti di Forza</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Punti di Debolezza</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriatazza livello assistenziale</li> <li>• Adesione alle Linee guida</li> <li>• Riduzione ricoveri inappropriati</li> <li>• Continuità assistenziale di buon livello<br/><i>(presenza ambulatorio di transizione per passaggio da DS pediatrico ad adulti)</i></li> <li>• Riduzione costi diretti ed indiretti</li> <li>• Realizzazione attività ludico-sportive dedicate</li> <li>• Aumento compliance del paziente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema informativo carente</li> <li>• Mancata valorizzazione delle prestazioni pediatriche</li> <li>• Ambulatorio pediatrico afferente U.O.C. di Pediatria dell’Ospedale S. Giovanni di Dio</li> </ul>                                                                          |
| <b>Contesto esterno</b> | <b>Opportunità</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Pericoli</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creazione rete integrata per i pazienti diabetici</li> <li>• Maggiore coinvolgimento MMG e PLS</li> <li>• Formazione per i care giver</li> <li>• Creazione UCCP</li> <li>• Educazione sanitaria</li> <li>• Possibilità di modificare comportamenti scorretti della popolazione diabetica</li> </ul>                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancato riscontro-approvazione regionale del PACC pediatrico</li> <li>• Incremento “domanda” assistenziale:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ residente</li> <li>○ non residente <i>(fenomeni migratori difficilmente gestibili)</i></li> </ul> </li> </ul> |

POSTER - PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

## ID 705

### **ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA PERinataLE ALL'INTERNO DELLA U.O.C. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE CRISTO RE DI ROMA**

A.M. Mastromatteo 1; F.A. Distefano 1; B.Bagnato 1; C.Piscicelli 1; B.A. Miraglia 1; D. Chiarelli 1; A. Triggiani 1; V. Topp i2; V. Giordano 2; G.Nasi 1

1 Ospedale Cristo Re - Virginia Bracelli S.p.A.

2 Scuola di Specializzazione in Psicosomatica dell'Ospedale Cristo Re - Virginia Bracelli S.p.A

#### INTRODUZIONE

Ogni anno circa ottantamila neo mamme soffrono di depressione post partum ma solo ad 1 su 4 riceve un'adeguata diagnosi. L'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Cristo Re di Roma, che effettua in media più di 2000 parti l'anno, in accordo con l'obiettivo, tradotto in esperienza pluriennale, di umanizzazione del parto, da Ottobre 2012 garantisce al suo interno un servizio di Psicologia Perinatale attraverso lo Sportello "Parlando con mamma e papà".

#### METODI

Il Servizio di Psicologia Perinatale è aperto alle degenti dell' U.O.C .di Ginecologia ed Ostetricia e mira a coinvolgere anche i papà. Inserendosi all'interno di un percorso di assistenza integrato, in collaborazione con l'attività medica, ostetrica, infermieristica e neonatologica, l'intervento psicologico si articola in: giro visite di reparto per la conoscenza delle degenti e l'individuazione di eventuali casi con la somministrazione, in seconda o terza giornata dal parto, del Test di Edimburgo (EPDS) a tutte le puerpere. La presa in carico delle pazienti attraverso percorso diagnostico-terapeutico mirato segue l'evidenza di un punteggio elevato al test (>12).

I risultati preliminari riguardo un campione di 844 donne seguite dal servizio di psicologia perinatale dell'Ospedale Cristo Re dall'ottobre 2015 a giugno 2016.

#### RISULTATI

L'attività svolta sulle donne reclutate è stata incentrata sulla prevenzione della depressione post-partum con l'effettivo riconoscimento di casi degni di approfondimento psicologico e la conseguente presa in carico delle pazienti attraverso psicoterapie brevi o counselling, con riduzione delle forme gravi delle sofferenze psicologiche nel post partum.

#### CONCLUSIONI

I risultati preliminari incoraggiano a proseguire l'attività di prevenzione delle donne nel periodo perinatale incrementando l'assistenza psicologica nei centri nascita e promuovendone l'implementazione.

*Gravidanza, Depressione Post Partum, Puerperio, Psicologia Perinatale*



**ID 040**

**RILEVAZIONE DEI BISOGNI DELLE MAMME 2.0 RIGUARDO GRAVIDANZA, PUERPERIO E GENITORIALITÀ**

C. Russo 1; J. Greguol 2

1 *Direttore Attività Didattiche, Corso di Laurea Assistenza Sanitaria, Università di Padova - Sede didattica Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo*

2 *Assistente Sanitaria, Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Azienda per l'Assiste*

**INTRODUZIONE**

Il SSN ha ridotto nel tempo alcune prestazioni, soprattutto riguardo il puerperio, pur mantenendo l'offerta dei servizi essenziali al sostegno della maternità. Questo ha determinato la diffusione di internet e dei social network utilizzati come strumenti per il reperimento di informazioni sulla salute e gestione del neonato. L'obiettivo della ricerca è rilevare la percezione dei bisogni socio-assistenziali delle madri. In particolare le motivazioni per cui le donne si rivolgono ai gruppi di mamme e formulare una proposta per migliorare l'assistenza e il sostegno nel puerperio attraverso lo strumento della visita domiciliare.

**METODI**

È stato somministrato un questionario autoredatto, in formato digitale, a gruppi di mamme su Facebook senza vincoli di età e nazionalità.

**RISULTATI**

Sono stati raccolti 354 questionari. Secondo i dati più del 40% delle donne sono primipare con età 31-35 anni e laureate. Il 75% del campione è soddisfatto dei servizi già presenti durante la gravidanza. Diversamente, nel post partum, le mamme riportano per il 68% di aver avuto poco o nessun sostegno dai servizi. Il 36% vorrebbe come servizio prioritario la visita domiciliare mentre il 14% ne ha potuto usufruire. Il 18% si sente abbandonata dal servizio sanitario. I social network vengono utilizzati dal 40% per ottenere informazioni sulla gestione del neonato e circa il 60% non verifica la validità delle informazioni raccolte.

**CONCLUSIONI**

La partecipazione ai gruppi di mamme risulta essere una risorsa per trarre conforto tra pari. I gruppi diventano talvolta sostitutivi del SSN per la ricerca di informazioni sulla salute propria e del bambino. Ne deriva l'importanza di un'offerta attiva di assistenza socio-sanitaria per la maternità e il post partum che preveda l'utilizzo della visita domiciliare in cui l'Assistente Sanitario potrebbe avere un ruolo strategico. Infine è necessario promuovere salute favorendo lo sviluppo di health/media literacy essendo sempre più utilizzato il web.

**ID 135**

**LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON LESIONI CUTANEE CRONICHE: RETE VULNOLOGICA AZIENDALE ASL AL-REGIONE PIEMONTE.**

Amprino V.1; Azzan E.2; Demartis G.3; Focati M.E.4; Mancino P.4; Mezzasalma M.G.3; Rizzella C.R.3; Roncali M.3;

Stura R.5; Tortarolo P.3; Gentili G.6

1 Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva-Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino (TO).

2 Direzione Sanitaria, ASL Alessandria (AL).

3 Rete Vulnologica Aziendale, ASL AL.

4 Direzione delle Professi

**INTRODUZIONE**

La Direzione Aziendale ASL AL, per migliorare la gestione degli utenti con lesioni cutanee croniche (LCC), facilitando il percorso clinico-assistenziale secondo appropriatezza clinica e gestionale ha attivato la Rete Vulnologica Aziendale (RVA).

**METODI**

Gli ambulatori vulnologici, ubicati nei Distretti Sanitari, sono gestiti da personale infermieristico specializzato in Wound Care (I livello) che effettua la prima presa in carico dell'utente, coordina il percorso di cura ed attiva contatti con gli specialisti della Rete (II livello) ogni volta che le condizioni cliniche lo richiedano.

La RVA è rivolta a utenti esterni, in cura presso le Cure Domiciliari, degenti presso le Residenze Sanitarie Assistenziali oppure ricoverati presso i Presidi Ospedalieri ASL AL. Sono state elaborate una cartella infermieristica ambulatoriale di presa in carico del paziente e una scheda di raccolta dati per i pazienti con LCC gestiti presso i Presidi Ospedalieri, le Cure Domiciliari e le Strutture di Continuità Assistenziale.

**RISULTATI**

A marzo 2016 sono stati attivati 7 ambulatori di vulnologia nei rispettivi territori distrettuali, gestiti da 5 infermiere specializzate in Wound Care e 2 chirurghi vascolari. L'RVA, nel primo mese dall'attivazione, ha preso in carico presso gli ambulatori 242 pazienti (45% maschi e 55% femmine) con 317 lesioni (Tab n.1). In ambito distrettuale sono stati gestiti 597 pazienti (61% maschi e 39% femmine) con 749 LCC: 91% delle lesioni sono state in carico alle Cure Domiciliari con 4911 accessi mensili da parte degli operatori, 48% delle lesioni hanno mostrato insorgenza ≤6 mesi, 45% hanno presentato eziologia da pressione, 57% localizzate agli arti inferiori, 72% hanno richiesto frequenza di medicazioni pari a 2/3 volte/settimana e 84% dei pazienti è stato sottoposto a scheda VAS.

**CONCLUSIONI**

La gestione integrata del cittadino con lesioni cutanee croniche è necessaria per garantire esiti di salute e qualità della vita migliori.

**ID 358**

**COME VALUTARE L'ESPERIENZA DI CURA DEI PAZIENTI NEI SERVIZI DI CURE INTERMEDIE**

S. Cinocca 1; D. Pianori 1; C. Randazzo 1; A. Raggi 1; G. Pieri 2; M. Morini 3; E. Ciotti 3; A. Spanò 4; A. Dallari 4; S. Boni 5; M.P. Fantini 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Bologna

2 AUSL di Imola

3 AUSL di Bologna

4 AUSL di Modena

5 AUSL della Romagna

**INTRODUZIONE**

Le Cure Intermedie (CI) offrono un'alternativa all'ospedalizzazione per offrire cure integrate a pazienti anziani con patologie croniche. Il questionario PREM (Patient Reported Experience Measures) nasce come strumento per valutare l'esperienza dei pazienti nei servizi di CI.

**METODI**

Sono stati identificati due servizi di CI: gli Ospedali di Comunità (OsCo) e l'Assistenza Domiciliare (AD). Sono stati somministrati in forma anonima due versioni del questionario PREM (16 domande), già validato in UK, sia a pazienti ricoverati in 4 OsCo in Emilia Romagna sia agli assistiti in AD nell'Ausl di Bologna.

**RISULTATI**

Per l'AD sono stati compilati 185 questionari (il 69,9% da familiare o care-giver). Le risposte mancanti sono state il 4,6% del totale con un valore massimo di 16,8% nella domanda "Mi è stato dato un preavviso sufficiente sul termine dell'assistenza". Le domande con più risposte positive sono "Il personale mi ha fatto sapere come essere contattato in caso di necessità" e "Il tempo che ho aspettato prima di ricevere assistenza è stato accettabile" (96,2% e 97,3%). Hanno ricevuto risposte più negative le domande "Mi è stato dato un preavviso sufficiente sul termine dell'assistenza" e "Sono stato coinvolto nella definizione degli obiettivi" (27,6% e 23,8%). Per gli OsCo sono stati compilati 175 questionari (il 44,6% da familiare o care-giver) con il 4,3% di dati missing sul totale. Le domande con più risposte positive sono "Il personale che mi ha assistito aveva le informazioni necessarie sulla mia malattia o condizioni" e "Nel complesso mi sono sentito trattato con rispetto e dignità mentre ricevevo assistenza" (92,6% e 88,6%). Le risposte più negative sono sulla domanda "Sono stato coinvolto nelle decisioni su assistenza e trattamento quanto avrei voluto" (30,9%).

**CONCLUSIONI**

Il questionario si è mostrato un utile strumento per survey periodiche che possono fornire indicazioni su come migliorare l'assistenza secondo il modello patient-centered.

*cure intermedie, patient reported experience, cronicità, patient-centered*

**ID 578**

**II RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA NEL SSN: INDAGINE SULLE ATTITUDINI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEGLI INFERMIERI**

M.R. Gualano; G. Scozzari; V. Adige; F. Bert; R. Siliquini

*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino.*

*via Santena 5bis, 10126, Torino*

**INTRODUZIONE**

Rafforzare le cure primarie territoriali rappresenta un obiettivo critico nel panorama sanitario. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), introdotto dall'OMS nel 1998, è una figura ancora sotto-utilizzata. Obiettivo del presente studio è valutare le attitudini dei Medici di Medicina Generale (MMG) e degli Infermieri nei confronti del ruolo dell'IFeC.

**METODI**

Somministrazione di un questionario creato ad hoc a MMG e Infermieri in servizio sul territorio Piemontese, nel periodo febbraio-settembre 2015.

**RISULTATI**

Sono stati intervistati 57 Infermieri e 48 MMG; i due gruppi erano differenti come composizione (Infermieri femmine nel 75.4% dei casi, di età compresa tra 31 e 40 anni nel 45.6%, in servizio da meno di 10 anni nel 54.4%; MMG maschi nel 52.1%,  $p=0.005$ ; di età > 50 anni nel 62.5%  $p<0.001$ ; in servizio da 21-30 anni nel 39.6%  $p=0.001$ ). La presenza di un IFeC all'interno di uno studio di MG è stata definita 'indispensabile' dal 45.6% degli Infermieri e dal 25% dei MMG, 'utile' dal 54.4% degli Infermieri e dal 60.4% dei MMG, 'trascurabile' dal 14.6% dei MMG e da nessun Infermiere ( $p=0.003$ ). La motivazione principale alla figura dell'IFeC è stata il 'miglioramento della qualità delle cure fornite' per il 28.1% degli Infermieri, ed il 'lavoro in équipe' per il 25% dei MMG. A fronte di ciò, solo il 20.8% dei MMG ha dichiarato la presenza di un Infermiere nel proprio studio; la motivazione principale di chi ne ha dichiarato l'assenza sono i costi elevati (31.2%), ma il 16.7% dei MMG risponde di non conoscere la figura dell'IFeC.

**CONCLUSIONI**

Il presente studio dimostra il sotto-utilizzo dell'IFeC; inoltre, una quota importante di MMG dichiara di non conoscerne la figura. Questi dati sottolineano l'importanza di promuovere la figura dell'IFeC, in un'ottica di contenimento delle spese, di potenziamento della medicina territoriale, e di miglioramento dell'assistenza primaria.

*MMG, primary care*

**ID 672**

**CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2014-2015: RISULTATI DI UN' INDAGINE CONDOTTA TRA I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

P. Bonanni 1; M. Levi 1, M. Conversano 2; M. Corongiu 3, P. Morato 3, T. Maio 3

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze

2 Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASL di Taranto, Taranto

3 MMG, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), Roma

**INTRODUZIONE**

Scopo dello studio condotto tra i Medici di Medicina Generale (MMG) è stato valutare orientamento, modalità organizzative attuate e difficoltà affrontate nella campagna di vaccinazione antinfluenzale 2014/15.

**METODI**

Le informazioni sono state reperite tramite uno specifico questionario anonimo, somministrato online agli iscritti FIMMG.

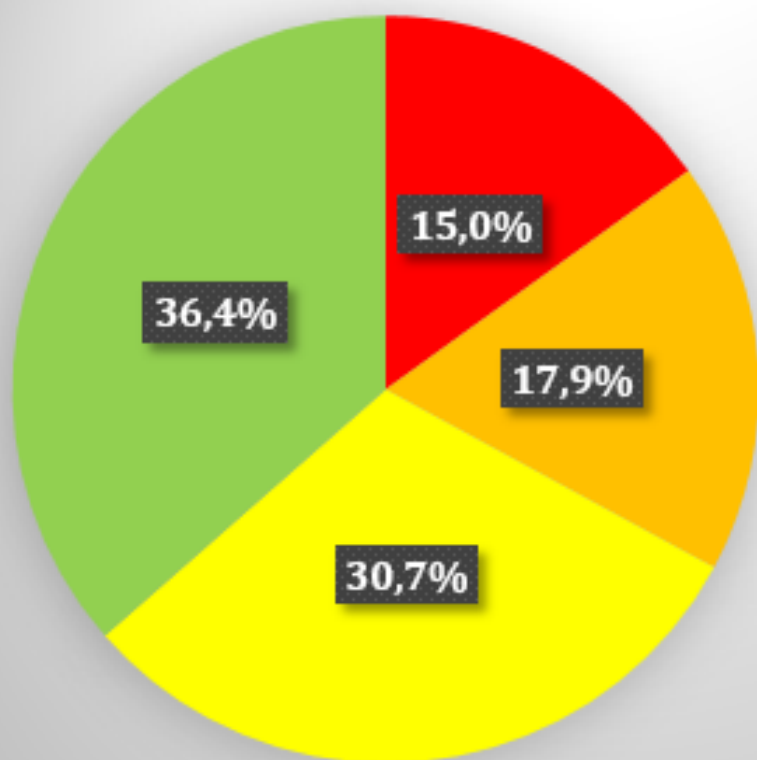
**RISULTATI**

Ha partecipato un campione di 1245 MMG. L'immunizzazione del personale sanitario è ritenuto fondamentale dal 71,3% dei MMG partecipanti; tuttavia il 9,2% si è dichiarato in totale disaccordo con tale affermazione. Il 19,1% dei MMG negli ultimi 10 anni non si è sottoposto ad alcuna vaccinazione. Il 71,2% ritiene che lo sforzo fatto dalle Istituzioni per vaccinare gli ultra65enni non raggiunga i risultati attesi e debba essere incrementato. Nel 51,4% dei casi la ASL di appartenenza non ha permesso al medico di scegliere il tipo di vaccino. L'8,8% non ha ricevuto informazioni operative all'inizio della campagna anti-influenzale. Per quanto riguarda le informazioni di ritorno sui risultati della campagna, il 47,4% non ha ricevuto alcuna informazione dalle istituzioni preposte. Solo il 36,4% ha ottenuto coperture comprese tra il 61% e il 75% nella campagna 2014-15 (Figura 1). Le iniziative messe in atto dai MMG per avvicinare i pazienti alla vaccinazione sono state: counselling (44,6%), visita domiciliare (34,3%), chiamata telefonica (20,6%), occasioni opportune in studio (68,6%).

**CONCLUSIONI**

Lo sforzo fatto annualmente per vaccinare la popolazione ultra65enne non raggiunge i risultati attesi e deve essere incrementato. Ancora molti MMG lamentano difficoltà organizzative e carenze informative; occorre inoltre sensibilizzare i medici stessi a vaccinarsi per raggiungere una protezione personale e dei propri pazienti. Per far fronte alle criticità emerse dal sondaggio, diffondere la cultura della vaccinazione e aumentare le coperture vaccinali risulta necessario promuovere appositi eventi formativi rivolti ai MMG.

*medicina generale, vaccinazione antinfluenzale*



- Tra il 30% e il 40%
- Tra il 41% e il 50%
- Tra il 51% e il 60%
- Tra il 61% e il 75%

**ID 675**

**PREVALENZA DEL CANCRO DELLA MAMMELLA A 1, 3 E 5 ANNI NEI PAESI DELL'AREA EUROPEA DELLA OMS**

L. Mascaro 1; L. Barbante 2; P.M.Angeletti 2; C. Marziliano 2; L. Rapachietta 1; F.V. Profeta 3; E. Altobelli 1, 2

*1 Unità Operativa Epidemiologia e Statistica, AUSL Teramo*

*2 Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli Studi dell'Aquila, L'Aquila*

*3 Coordinamento Assistenza Sanitaria Territoriale, AUSL Teramo*

**INTRODUZIONE**

Il cancro della mammella è il secondo tumore più comune nel mondo e il più frequente tra le donne, con una incidenza di 1,67 milioni di nuovi casi nel 2012. E' la quinta causa di morte per cancro in generale (522.000 morti nel mondo per anno), la più frequente nelle donne nelle regioni meno sviluppate e la seconda nelle regioni più avanzate. Studi su larga scala hanno evidenziato una considerevole riduzione nella mortalità per neoplasia, grazie all'adozione di programmi di screening su base di popolazione.

**METODI**

Le Nazioni dell'Area Europea della OMS sono state divise, in riferimento al loro reddito pro capite (come riportato nella Gross National Income e come indicato dalla World Bank) in Nazioni: a reddito medio-basso (\$1,026–4,035); a reddito medio-alto (\$4,036–12,475); a reddito elevato (\$12,476 o più), sia OECD (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che non-OECD.

La fonte principale dei dati epidemiologici è stato il sito web GLOBOCAN 2012 dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC).

**RISULTATI**

La prevalenza del cancro della mammella nella popolazione è aumentata progressivamente in tutti i Paesi dell'Area Europea. In particolar modo la prevalenza nella popolazione (su 100.000 abitanti) stimata a 5 anni utilizzando i dati del 2008, risulta più elevata nei Paesi OECD a reddito elevato, quali: Belgio (899,4), Danimarca (887,4), Olanda (821,4), Finlandia (809,2), Italia (775,6), Francia (771,0) e Germania (765,7); mentre è inferiore nei Paesi a reddito medio-alto, quali: Turkmenistan (119,9), Azerbaijan (127,0) e Turchia (187,0), e nei Paesi a reddito medio-basso, quali: Tagikistan (76,9), Uzbekistan (113,3), e Kyrgyzstan (114,6).

**CONCLUSIONI**

La prevalenza maggiore del cancro della mammella, nei Paesi a reddito più elevato, può essere attribuita sia ad una maggiore diffusione degli screening, che permettono una diagnosi precoce, sia alle conseguenti terapie che favoriscono una maggiore sopravvivenza.

**ID 707**

**L'EVENTO NASCITA NELL'ASL SALERNO - 10 ANNI DI OSSERVAZIONE: 2005-2014**

C. Ronga; M.G. Panico; I. M. Guida; A.D'Anna

*Dipartimento di Prevenzione – ASL SALERNO*

**INTRODUZIONE**

I certificati di assistenza al parto-CedAP-costituiscono un'importante fonte di informazioni sull' evento nascita nella sua globalità.

Il confronto dell'analisi dei dati raccolti con i CEDAP per 10 anni di seguito ha permesso di evidenziare interessanti modifiche di alcune delle suddette caratteristiche.

**METODI**

Sono stati analizzati i dati contenuti nei Cedap dei nati ASL Salerno dal 2005 al 2014 così come presentati nei Rapporti sulla Natalità in Campania redatti a cura della Sezione di Igiene dell'Università Federico II di Napoli e dell'Osservatorio Epidemiologico Regione Campania.

**RISULTATI**

Confermata la tendenza al decremento della natalità: dal 9.5 per mille del 2005 si è passati all'8 per mille del 2014. Per quanto riguarda l'età è rimasta stabile la percentuale di madri con meno di 20 anni mentre è aumentata quella delle madri con più di 35 anni (dal 24.9% al 30.3%). In aumento i nati da madre nubile: dal 7.1% del 2005 al 20% del 2014. Stabile invece la percentuale di madri occupate (43%) mentre è aumentato il numero di quelle con un'istruzione elevata (laurea/diploma universitario): dal 15.9 % al 26.4%. Sale anche la percentuale di donne al primo figlio (dal 46.4% al 58.9%) e di quelle che hanno fatto ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita (dall'1.2% al 10.3%). Diminuisce la percentuale delle madri che si sottopongono alla prima visita dopo l'11° settimana mentre è ancora in aumento quella delle madri che effettuano più di 4 ecografie. Solo un accenno all'"epidemia" di cesarei che continua ad essere presente nell'ASL Salerno come in tutta la Campania: dal 57.4% del 2005 al 62% del 2015.

**CONCLUSIONI**

Anche se il confronto è stato effettuato per poche variabili rispetto a quelle presenti nei CEDAP, i cambiamenti evidenziati nel decennio esortano ad ulteriori raffronti per aggiornare le criticità del percorso nascita nell'ASL Salerno e identificare ambiti in cui è diventato più urgente programmare interventi di prevenzione.



**ID 009**

**RETE WHP- LOMBARDIA: L' UNIVERSITÀ DI PAVIA CHE PROMUOVE LA SALUTE. QUESTIONARIO SU ABITUDINI, CONOSCENZE E VISSUTO ALIMENTARE.**

C. Roggi 1; E. Porzio 2; S. Moro 2; C. Bologna 1; C. Tomasinelli 1; G. Turconi 1; L. Maccarini 2  
1 *Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezione di Scienza dell'Alimentazione, Pavia*  
2 *Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezio*

**INTRODUZIONE**

L'Università di Pavia costituisce un setting ottimale per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (Workplace Health Promotion - WHP), poiché permette di intercettare un sottogruppo di "non pazienti": il corpo docente e gli studenti che vi trascorrono la maggior parte della giornata. Le Sezioni di Scienza dell'Alimentazione e di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, nell'ambito dell'accREDITAMENTO alla Rete WHP Lombardia, hanno promosso la somministrazione di un questionario ad hoc, relativo alla tematica alimentazione.

**METODI**

Il questionario, rivolto a studenti e dipendenti, è stato somministrato su base volontaria, contestualmente alla sorveglianza sanitaria da D. Lgs 81/2008. Elaborato da Nutrizionisti, somministrato da Dietiste e Medici in formazione specialistica, si articola in 4 sezioni: un'anagrafica che caratterizza il campione; un'indagine circa le abitudini alimentari nella giornata lavorativa, l'assunzione di alcol e caffè, il tempo impiegato e il costo stimato per i pasti; un excursus rispetto ad opinioni e conoscenze in ambito nutrizionale, correlazione tra sovralimentazione e patologia cronico-degenerativa, tra dieta e sostenibilità ambientale; l'ultima sezione fornisce informazioni sull'attività fisica. La rilevazione di peso, altezza e circonferenza vita ha permesso il calcolo di BMI e W/HtR.

**RISULTATI**

Hanno partecipato 240 soggetti: 104 studenti (43,3%) e 136 dipendenti (56,7%). L'elaborazione dati è stata eseguita separatamente per gli studenti e per il personale dipendente, poiché i due gruppi risultavano significativamente differenti per età ( $p < 0,05$ ), variabile che può influire su abitudini, conoscenze e vissuto alimentare.

**CONCLUSIONI**

Il questionario ha fornito informazioni preziose per la promozione di abitudini alimentari corrette. Complessivamente il campione dimostra di possedere corrette abitudini alimentari, influenzate da buone e approfondite conoscenze del tema.

**ID 012**

**"WORKPLACE HEALTH PROMOTION"- LOMBARDIA NELL'UNIVERSITÀ DI PAVIA: I POSTER NUTRIZIONALI**

L. Maccarini 1; S. Moro 1; E. Porzio 1; C. Tomasinelli 2; C. Bologna 2; G. Turconi 2; C. Roggi 2  
1 *Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezione di Igiene, Pavia*  
2 *Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense - Sezione di Scienza dell'A*

**INTRODUZIONE**

L'Università di Pavia ha aderito al programma "Aziende che promuovono salute – Rete WHP Lombardia" che si propone di promuovere il benessere dei lavoratori ed incentivare stili di vita salutari. Le aziende aderenti si impegnano ad attuare una serie di "buone pratiche" evidence based per la promozione della salute nell'ambito di varie tematiche. Per la tematica "alimentazione", le Sezioni di Scienza dell'Alimentazione e di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense si sono occupate dell'attuazione di interventi volti alla promozione di corrette abitudini alimentari per gli utenti delle mense convenzionate con l'Ateneo pavese.

**METODI**

In tutte le mense convenzionate con l'Università si sono esposti il poster della Piramide Alimentare Mediterranea ed il regolo per il calcolo del BMI e si sono distribuite copie delle Linee Guida INRAN per una corretta e sana alimentazione italiana. In due mense si sono analizzate tutte le ricette dei menu offerti e si sono identificate le varie preparazioni con uno smile di diverso colore (verde, giallo e rosso) in funzione del contenuto energetico. Si sono individuate le combinazioni di piatti adatte alla creazione di un pasto equilibrato, si sono stampate in formato poster ed affisse nelle mense. Si è inoltre esposto un poster indicante il contenuto calorico medio di bevande e alimenti extra offerti dalle mense.

**RISULTATI**

L'analisi nutrizionale delle ricette dei piatti offerti ha indicato che le preparazioni identificate dallo smile rosso sono numericamente inferiori rispetto a quelle con smile verde e giallo. Tuttavia tali preparazioni presentano tutte un'elevata densità energetica e soprattutto un alto contenuto lipidico.

**CONCLUSIONI**

Il lavoro ha permesso di raggiungere gli obiettivi stabiliti dal programma WHP-Lombardia. Ci si auspica che i poster esposti, di forte impatto visivo e di facile consultazione, stimolino gli utenti delle mense a mettere in atto scelte alimentari corrette.

**ID 017**

**PREVALENZA DELL'USO DI INTEGRATORI ALIMENTARI TRA GLI STUDENTI DELLE LAUREE SANITARIE DELL'UNIVERSITÀ DI CHIETI-PESCARA**

G. Di Martino 1; T. Garzarella 1; M. Nocciolini 1; A. Pamio 1; I. Porfilio 1; V. Videlei 1; I. Zecca 1; P. Di Giovanni 2; T. Staniscia 1; F.S. Schioppa 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

2 Dipartimento di Farmacia, Università degli studi "G. d'Annunzio", Chieti

**INTRODUZIONE**

Gli integratori alimentari (IA) sono definiti dalla normativa di settore (Direttiva 2002/46/CE, attuata con il DL 169 del 21/05/04) come: "prodotti alimentari destinati ad integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive aventi un effetto nutritivo o fisiologico, sia monocomposti che pluricomposti". La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato la diffusione degli IA per migliorare sia la performance atletica che quella intellettuale, con un incremento dei consumi in tutto il mondo, soprattutto tra i giovani.

**METODI**

L'indagine, condotta nell'anno accademico 2015/2016, ha coinvolto gli iscritti ai corsi di studio dell'Area Sanitaria dell'Università di Chieti-Pescara. Al campione, costituito da 519 studenti (età media  $21,6 \pm 2,9$ ), è stato somministrato un questionario anonimo a risposta multipla composto da 32 items attraverso il quale sono state indagate variabili demografiche, frequenza e modalità di utilizzo di IA. L'analisi di regressione logistica è stata utilizzata per valutare l'associazione tra consumo di IA, variabili demografiche e comportamentali.

**RISULTATI**

Il 58,6% del campione ha dichiarato di assumere abitualmente IA. La categoria più utilizzata è stata quella degli stimolanti (58,2%), seguita da vitamine (46,1%) e sali minerali (44,1%). Il 74,3% dei consumatori ha dichiarato di assumere IA per migliorare il proprio stato di salute, ma solo il 27% lo ha fatto dietro prescrizione medica. È stata inoltre evidenziata un'associazione con il BMI inferiore a  $25 \text{ kg/m}^2$  (OR=1,58; IC95% 1,00-2,50;  $p=0,050$ ) e con l'attività fisica in palestra (OR=1,98; IC95% 1,28-3,07;  $p=0,002$ ).

**CONCLUSIONI**

L'indagine ha dimostrato che più della metà degli studenti universitari valutati consuma IA. Ciò evidenzia l'opportunità di sensibilizzare i giovani consumatori circa gli eventuali rischi del consumo incontrollato di IA con campagne di educazione alimentare.

**ID 022**

**ACQUA MINERALE IN BOTTIGLIE DI PLASTICA E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE: VALUTAZIONE EMPIRICA DELL'EFFETTO SUL PET (POLIETILENTEREFTALATO) PRODOTTO DALLE ELEVATE TEMPERATURE**

M. A. Coniglio<sup>1</sup>; C. Fioriglio<sup>2</sup>

*1*Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Tecnologie Avanzate "G.F. Ingrassia", Università degli Studi di Catania

*2* Polizia di Stato, Ufficio Prevenzione Generale e Soccorso Pubblico della Questura di Catania, Catania

**INTRODUZIONE**

Il PET (polietilentereftalato) è il principale polimero usato per le acque in bottiglia grazie alla sua elevata stabilità chimico/fisica. Tuttavia, gli studi relativi all'azione sul PET di fattori ambientali sono spesso contraddittori. È stato verificato l'effetto prodotto dalle elevate temperature sul PET simulando quanto accade durante il trasporto e lo stoccaggio dell'acqua in bottiglia prima della vendita.

**METODI**

Sono state analizzate le bottiglie in PET di n.5 differenti acque minerali in commercio. Secondo quanto stabilito dal Regolamento (UE) N. 10/2011 del 14 gennaio 2011, da ogni bottiglia è stato prelevato un campione di uguale dimensione, peso e spessore. I campioni sono stati incubati a 40°C, 50°C e 75°C. Dopo 3 e 7 giorni di incubazione i campioni sono stati di nuovo pesati e analizzati al durometro per verificarne lo spessore.

**RISULTATI**

Come riportato nella Tabella, l'incubazione dei campioni di PET ha comportato la riduzione del loro peso tra il 40% e il 50%; lo spessore medio è diminuito del 3% a 40°C, del 9% a 50°C, del 10% a 75°C dopo 3 giorni di incubazione e dell'11% dopo 7 giorni a 40°C.

**CONCLUSIONI**

L'esposizione per molti giorni a temperature elevate ha comportato la riduzione del peso e l'assottigliamento del PET, indicando la capacità delle elevate temperature di modificare la struttura del polimero e, pertanto, la possibilità di rilascio di sostanze indesiderate. I dati confermano che il PET non va esposto a temperature elevate, cosa che invece avviene spesso durante il trasporto e lo stoccaggio dell'acqua specialmente nelle stagioni calde. Si ravvisa, pertanto, la necessità di verificare le condizioni di trasporto e stoccaggio delle acque in bottiglie di PET prima che esse vengano messe in commercio.

**ID 023**

**SCREENING E DETERMINAZIONE DI AFLATOSSINE NELLA FRUTTA A GUSCIO COMMERCIALIZZATA IN PUGLIA NEGLI ANNI 2011-2015**

G. Diella 1; F. Ferrieri 2; A. Ventrella 2; M. Palma 2; O. De Giglio 1; G. Caggiano 1; M.T. Montagna 1

1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana - Sezione di Igiene - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari;

2 ARPA Puglia - Polo di Specializzazione Alimenti, Bari

**INTRODUZIONE**

Le micotossine sono metaboliti secondari tossici per l'uomo e costituiscono un problema di Sanità Pubblica, soprattutto se presenti in alimenti di largo consumo. Nella frutta a guscio i tenori massimi sono fissati dal Reg. (CE) N.1881/2006 e s.m. e riguardano le Aflatossine (AF), in particolare AF totali (B1, B2, G1, G2) e AFB1, classificata dalla International Agency for Research on Cancer nel gruppo 1 (alimenti cancerogeni per l'uomo).

**METODI**

La ricerca di AF è stata condotta negli anni 2011-2015 presso ARPA Puglia. Sono stati esaminati 173 campioni (67 mandorle, 34 armelline, 20 castagne, 17 nocciole, 12 arachidi, 12 noci, 11 pistacchi), di provenienza nazionale e internazionale. L'indagine è stata condotta su campioni rappresentativi di partite mediante HPLC-RP con PCD e rivelazione spettrofluorimetrica.

**RISULTATI**

La presenza di AF è stata rilevata nell'11.6% dei campioni, di cui non conforme il 6.4%. I campioni non conformi provengono da Afghanistan (50%), Iran (33.3%), Uzbekistan (33.3%), Tajikistan (20%), Cina (14.3%), Georgia (10%). Nell'ambito di ciascuna categoria alimentare, i prodotti non conformi sono **RISULTATI** pistacchi (27.3%), armelline (11.8%), nocciole (5.9%), mandorle (4.5%).

**CONCLUSIONI**

Negli ultimi anni la frutta a guscio ha sollevato un grande interesse da un punto di vista igienico-sanitario per il suo largo impiego nella filiera dolciaria. Questo ha determinato un aumento dei controlli nei processi di importazione volti a garantire un prodotto sicuro per il consumatore. Poiché dai **RISULTATI** preliminari dello studio è emerso che i campioni italiani, in particolare le mandorle, non presentano AF, il nostro obiettivo è valorizzare la mandorlicoltura italiana, soprattutto pugliese, rispetto al prodotto importato che attualmente copre gran parte del bisogno nel nostro Paese. L'auspicio è, dunque, incoraggiare la produzione locale di questo alimento, già noto per le sue proprietà salutistiche.

**ID 032**

**TIPIZZAZIONE MOLECOLARE DI CEPPI DI S. AUREUS METICILLINO RESISTENTI E PRODUTTORI DI ENTEROTOSSINA ISOLATI DA OPERATORI DEL SETTORE ALIMENTI**

G. Caggiano<sup>1</sup>; F. Ioanna<sup>2</sup>; O. De Giglio<sup>1</sup>; G. Diella<sup>1</sup>; A. Palermo<sup>1</sup>; S. Rutigliano<sup>1</sup>; M. Musti<sup>3</sup>; A. Baldassarre<sup>3</sup>; MT Montagna<sup>1</sup>; A. Dambrosio<sup>2</sup>

*1 Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana–Sezione di Igiene– Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari*

*2 Dipartimento di Emergenza e Trapianto d'organo – Clinica Veterinaria e Produzione Animale Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"*

**INTRODUZIONE**

S.aureus (SA) è un patogeno diffuso sia in ambito comunitario sia negli allevamenti, in particolare quelli suini. Di rilevante interesse in ambito sanitario sono i ceppi meticillino resistenti (MRSA) e quelli produttori di enterotossine (SEs). SA è in grado di produrre una o più enterotossine responsabili della sintomatologia gastroenterica che si osserva in corso di intossicazione. Le enterotossine stafilococciche sono un gruppo di esoproteine termostabili differenziabili in diversi gruppi, le principali sono tipo A, B, C, D, E. Scopo di questo studio è verificare la diffusione di ceppi MRSA ed SEs tra soggetti sani che operano nei settori alimentari.

**METODI**

SA è stato ricercato nel secreto nasale di 323 operatori di 2 pastifici e 13 aziende di carni suine. Gli stafilococchi coagulasi + sono stati sottoposti ad analisi molecolare per il gene nuc, mecA, caratterizzazione di MRSA ST398 (tipicamente segnalati negli allevamenti di suini) e ricerca di SEs.

**RISULTATI**

Il 26,3% dei soggetti è risultato portatore di SA (nuc +), di cui l'8,2% MRSA (mecA+). Di questi, il 28,5% è stato tipizzato come ST398. La prevalenza di MRSA è stata pari al 5% negli addetti alla produzione di pasta e 3% in quelli addetti alla carne. Il 47,5% dei ceppi SA aveva geni codificanti per SE di tipo A, seguiti da tipo B (3%), C (5,1%), D (1%), E (1%). Inoltre, il 22% mostrava geni codificanti per SEs A e B, il 3% per A, B e D, il 2% per A e D, il 2% per B e D.

**CONCLUSIONI**

La diffusione di ceppi MRSA ed SEs tra soggetti sani del settore alimenti rappresenta un grave problema di sanità pubblica. Una più approfondita conoscenza dell'epidemiologia locale potrebbe fornire utili strumenti per prevenire la loro diffusione ed effettuare una corretta valutazione del rischio nella filiera di produzione alimentare al fine di salvaguardare la salute dei consumatori.

**ID 043**

**VALUTAZIONE NUTRIZIONALE IN ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE DELL' ASL TOSCANA NORDOVEST- ZONA DI LUCCA**

A. Tomasi 1; M. Macchiarulo 2; S. Memmini 2, B. Mulini 1; F. Morgantini 1

1 U.F. Igiene Pubblica e Nutrizione ASL Toscana Nordovest Zona di Lucca;

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università di Pisa

**INTRODUZIONE**

La malnutrizione in RSA è un problema diffuso che può comportare ripercussioni sul decorso e sulla qualità della vita del paziente fragile ospitato in struttura. La U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione dell'Asl Toscana Nordovest, area di Lucca, effettua un'attività di sorveglianza nutrizionale sulla popolazione anziana ospite delle R.S.A. Ogni sei mesi, il personale procede all'effettuazione delle verifiche secondo le procedure previste. L'obiettivo del progetto è di monitorare lo stato nutrizionale dei pazienti ospitati. Il target dell'indagine è rappresentato da soggetti di età superiore ai 65 anni, escludendo soggetti affetti da neoplasie o con aspettativa di vita inferiore a 3 mesi.

**METODI**

Soni rilevati, raccolti e rielaborati i dati relativi ai parametri antropometrici di 403 pazienti nel 2013 e 419 nel 2014. La popolazione oggetto di studio è stata stratificata in base allo score MUST (Malnutritional Universal Screening Tool).

**RISULTATI**

Tra gli arruolati del 2013 il 68% è risultato normopeso, il 11% obeso, il 3% sottopeso, il 16% sovrappeso. Il Malnutrition Universal Screening Tool ha rilevato il 76% a basso rischio di malnutrizione, il 6% ad alto rischio di malnutrizione e il 18% a medio rischio di malnutrizione. Nel campione del 2014 i parametri antropometrici hanno rilevato il 11,7% obesi, il 17,6% sovrappeso, il 66,3% normopeso e il 4,3% sottopeso. Il Malnutrition Universal Screening Tool ha rilevato il 76% a basso rischio di malnutrizione, il 7% ad alto rischio di malnutrizione e il 17% a medio rischio di malnutrizione.

**CONCLUSIONI**

L'applicazione semestrale del monitoraggio ha consentito, negli anni, un'efficace attività di sorveglianza sulla popolazione anziana presente nelle RSA del territorio lucchese, grazie alla precoce individuazione di condizioni critiche di malnutrizione e l'intervento immediato in sinergia con i medici di famiglia ed il centro di nutrizione clinica.

**ID 106**

**CARATTERISTICHE IGIENICO-SANITARIE DI FORMAGGI PRODOTTI IN SARDEGNA CON L'UTILIZZO DI CAGLIO VEGETALE**

M.E. Fadda; V. Mossa; S. Viale; Medda M.; M.B. Pisano; S. Cosentino  
*Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica – Università di Cagliari*

**INTRODUZIONE**

Diversi estratti dalle piante hanno la capacità di coagulare il latte grazie alle loro proprietà proteolitiche. I coagulanti vegetali sono proteasi, ossia enzimi caratteristici delle piante, coinvolti in tutto il loro ciclo vitale.

L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare le caratteristiche igienico sanitarie di formaggi prodotti in un caseificio sardo mediante l'utilizzo di caglio vegetale estratto a partire dai fiori di *Cynara cardunculus* L., una varietà spinosa di cardo ampiamente diffusa nel bacino del Mediterraneo

**METODI**

Sono state analizzate due tipologie di formaggi freschi (ovino e ovi-caprino) a differenti stadi di maturazione. E' stata valutata la qualità microbiologica, compresa la ricerca dei patogeni *Stafilococchi* coagulasi positivi, *Salmonella* spp. e *Listeria monocytogenes*. L'analisi composizionale è stata effettuata attraverso la determinazione di diversi parametri secondo le norme FIL-IDF.

**RISULTATI**

Le analisi microbiologiche hanno evidenziato il rispetto dei requisiti sanitari di legge in quanto non sono mai stati riscontrati germi patogeni. Anche *Enterobacteriaceae* e *E.coli*, hanno sempre raggiunto cariche di 10<sup>2</sup> ufc/g a fine maturazione. Le determinazioni composizionali hanno messo in evidenza irrilevanti differenze tra i due tipi di formaggio, che con un tenore in grassi compreso tra 20 e 42 g/100 g possono essere classificati come prodotti semigrassi.

**CONCLUSIONI**

I coagulanti di origine vegetale potrebbero risultare un buon sostituto al caglio animale e per questo sono oggetto di interesse crescente. Le varie motivazione che spingono all'uso di coagulanti alternativi riguardano non solo restrizioni di matrice religiosa ed etica (islamismo e giudaismo), ma anche il tipo di dieta (vegetarianismo). La sperimentazione effettuata ha permesso di ottenere un prodotto che, in base alle valutazioni effettuate, raggiunge la sua migliore performance ai 120 giorni di maturazione.



**ID 108**

**EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLE SCUOLE: UN PROGETTO REALIZZATO DAL SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA DELL' ETÀ EVOLUTIVA (MPEE) DEL DISTRETTO 9 DELL'EX ASL RMC IN COLLABORAZIONE CON IL MUNICIPIO 7 DI ROMA**

P. della Rovere 1; V. Sarcia 2; M. Antonelli 3; O. Carrone 4; S. De Camillis 5; C. Di Stefano 6; F. P. Gianzi 7; A. Graziani 8; P. Leopardi 9; N. Natalizi 10; M. Peonia 11; M. Rizzuti 12; R. Taglieri 13; G. Orlando 14

1. Medicina Preventiva Età Evolutiva ex Asl RMC distretto 9. Roma; 2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi Tor Vergata. Roma; 3 Medicina Preventiva Età Evolutiva ex Asl RMC distretto 9. Roma; 4 Medicina Prevent

**INTRODUZIONE**

Nei Paesi occidentali, sovrappeso e obesità sono ormai un problema di salute pubblica riguardante anche l'età evolutiva. Il progetto "Educazione alimentare nelle scuole", ideato e realizzato dagli operatori della MPEE del Distretto 9 dell'ex Asl RMC in collaborazione con il Dipartimento dei Servizi educativi e scolastici di Roma Capitale del Municipio 7 di Roma, ha posto l'accento sulla qualità della dieta dei bambini a scuola, promuovendo una corretta alimentazione.

**METODI**

Lo studio è stato condotto su tutte le classi primarie a tempo pieno delle scuole del Distretto 9-Municipio 7. Sono stati realizzati interventi di promozione di stili di vita corretti con le famiglie e nella scuola, per incentivare il consumo dello spuntino di metà mattina fornito dalla mensa, in sostituzione degli snack spesso troppo calorici che i bambini portavano da casa. Il gradimento è stato valutato tramite un'intervista diretta.

**RISULTATI**

Sono stati intervistati 2890 bambini. Di questi, 2624 (90,4%) hanno aderito all'iniziativa. Fra i 266 (9,2%) che non hanno aderito, portando lo spuntino da casa, 127 bambini (4,39%) si sono lamentati delle "scarse quantità", 71 (2,46%) hanno lamentato poca varietà e 52 (1,8%) non hanno apprezzato lo spuntino per gusto personale; 16 bambini (0,55%) hanno dichiarato la necessità di integrare con un succo di frutta.

**CONCLUSIONI**

L'iniziativa è stata accolta positivamente da scuole, insegnanti, bambini e genitori. La somministrazione del cibo a scuola ha permesso di effettuare un maggior controllo igienico-sanitario e riducendo l'assunzione di calorie durante gli spuntini, di evitare inutili sprechi alimentari. Analizzando le cause che hanno contribuito alla percentuale, seppur bassa, di non aderenza, sarà possibile migliorare il servizio offerto, con l'obiettivo di raggiungere un più alto grado di soddisfazione da parte di tutti i bambini.

**ID 118**

**QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NUTRIZIONALE NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA):  
REVISIONE SISTEMATICA DI LETTERATURA**

C. Lorini 1; B.R. Porchia 2; F. Pieralli 2; F. Santomauro 1; G. Bonaccorsi 3

*1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze*

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

*3 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli*

**INTRODUZIONE**

La qualità delle prestazioni offerte nelle RSA è oggetto di dibattito internazionale ed è una delle sfide più importanti dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. La nutrizione è uno degli aspetti che necessita di essere affrontato anche dal punto di vista della qualità. Scopo della presente revisione sistematica di letteratura è descrivere l'utilizzo di indicatori di struttura, processo ed esito del processo assistenziale della nutrizione nelle RSA e la relazione tra questi.

**METODI**

La ricerca è stata condotta consultando Pubmed, Embase, Scopus e Web of Science (ultimi dieci anni). Sono state inclusi lavori originali che trattavano sia la qualità delle cure in RSA che la nutrizione, pubblicati in lingua inglese, italiana e spagnola.

**RISULTATI**

Gli articoli ottenuti dalla prima selezione sono stati 1063. I lavori inclusi nella sintesi finale sono stati 19. La maggior parte degli studi selezionati erano di prevalenza e impiegavano un insieme di indicatori diversi di struttura, processo ed esito. Solo in uno studio la qualità del processo assistenziale della nutrizione è stata descritta confrontando il valore degli indicatori con valori soglia. In 9 lavori è stata valutata l'associazione tra indicatori e in 6 sono stati evidenziati associazioni significative: nelle RSA nelle quali esiste una policy relativa alla valutazione del rischio nutrizionale o dove esiste una bilancia adeguata a pesare i residenti la prevalenza della malnutrizione o del rischio di malnutrizione è più bassa. Infine, solo 4 lavori hanno incluso risk adjustment per fattori individuali, e ciò comporta un limite nella comparabilità dei RISULTATI.

**CONCLUSIONI**

I risultati evidenziano la necessità di definire un set di indicatori e di standard per migliorare la qualità in RSA. La relazione tra gli indicatori dovrebbe essere indagata con studi prospettici, così da confermare quali indicatori di struttura e processo influenzano quelli di esito.

**ID 133**

**GORDIOIDA (NEMATOMORPHA) NELLE ACQUE DI ABBEVERAGGIO E POTABILI:  
CONSIDERAZIONI IGIENICO-SANITARIE**

I.S.R. Gorrasi 1; D. Montù 2; R. Degan 1; G. Gilli 1; M. Dutto 2

1 *Università degli Studi di Torino, Torino*

2 *Già ASL CN1, Saluzzo (CN)*

**INTRODUZIONE**

I Gordioida sono parassitoidi di artropodi terrestri. Le larve si trovano in forma preparassitaria libera in ambiente acquatico o incistate in ospiti paratenici. L'infestazione dell'ospite definitivo può avvenire direttamente per ingestione del parassitoide in forma preparassitaria o indirettamente per ingestione di un ospite intermedio infestato. Le larve si localizzano nell'emocele dell'ospite definitivo, dove si nutrono fino allo sviluppo. Raggiunta la maturità il parassitoide determina nell'ospite un'idrotassia positiva che lo spinge, in opposizione al comportamento classico, ad addentrarsi o tuffarsi in raccolte d'acqua. Quando l'ospite raggiunge l'acqua il parassitoide esce dall'organismo e vive come forma acquatica libera e afaga.

**METODI**

Negli anni 2009-2015 sono state indagate le segnalazioni inerenti la presenza di vermi in raccolte o prese d'acqua destinate all'abbeveraggio animale e umano pervenute al SISF dell'ASL CN1 e al Comando del Corpo Forestale di Cuneo.

**RISULTATI**

Sono stati indagati 46 casi relativi a: vasche di acquedotti (n=6), abbeveraggio di bovini (n=9), accumuli privati di acqua potabile (n=2), ciotole di abbeveraggio per animali domestici (n=22), fontanili ad uso potabile in aree naturali (n=5), scuole (n=2). Per ogni segnalazione sono stati trovati 1-6 esemplari, ascritti alle famiglie Gordiidae (Gordius sp.) e Chordodidae (Gordionus sp. e Paragordius sp.).

**CONCLUSIONI**

In merito agli aspetti igienico-sanitari, in letteratura sono riportati ritrovamenti di Nematomorpha adulti nel vomito umano, ricondotti all'ingestione accidentale di insetti infestati. La presenza di esemplari adulti in acque potabili non rappresenta in sé un rischio parassitario per uomo e animali, tuttavia va analizzata con attenzione in quanto indica nettamente una falla nel sistema di prevenzione delle intrusioni degli artropodi, possibili vettori meccanici di agenti patogeni umani, e rappresentare di conseguenza una fonte di contaminazione microbiologica.

**ID 162**

**L'ACQUISTO DI ALIMENTI SENZA GLUTINE ATTRAVERSO IL BUONO MENSILE CELIACHIA NELL'AUSL DI IMOLA**

G. Peroni; S. Conti; G. Pieri  
Azienda USL di Imola

**INTRODUZIONE**

Una scrupolosa dieta senza glutine (DSG) è l'unico trattamento ad oggi disponibile per la malattia celiaca. La DSG prevede il consumo, oltre di alimenti naturalmente privi di glutine, di prodotti alimentari appositamente formulati per celiaci.

La RER ha messo in atto un programma che permette alle persone con celiachia di rifornirsi dei prodotti alimentari senza glutine, a carico del SSR, anche in negozi convenzionati nel territorio regionale. I celiaci hanno a disposizione 4 buoni spesa al mese, ciascuno di valore (variabile in funzione del sesso e dell'età) pari ad un quarto del contributo mensile di spesa. L'obiettivo era analizzare dove viene speso il buono a Imola (farmacia, negozi specializzati, grande distribuzione-GDO) e quali tipologie di prodotti vengono acquistati.

**METODI**

La ricerca è stata effettuata a partire dai tabulati ricevuti dall'Ausl per il rimborso dei buoni nell'anno 2012.

**RISULTATI**

I celiaci spendono il 60% del buono in negozio, il 21% in GDO e il 19% in farmacia.

Il 31% del valore del buono è utilizzato per l'acquisto di dolci confezionati, il 19% per pasta secca, il 14% per sostitutivi del pane e il 12% per l'acquisto di pane. Non risultano acquistati birra o bevande alcoliche.

Sono stati acquistati nel negozio specializzato il 66% delle farine, il 62% dei dolci e dei cereali e derivati, il 64% dei prodotti da forno, il 61% del pane e il 58% della pasta secca. I surgelati risultano maggiormente acquistati in GDO, probabilmente per minore disponibilità di tali alimenti nelle farmacie.

**CONCLUSIONI**

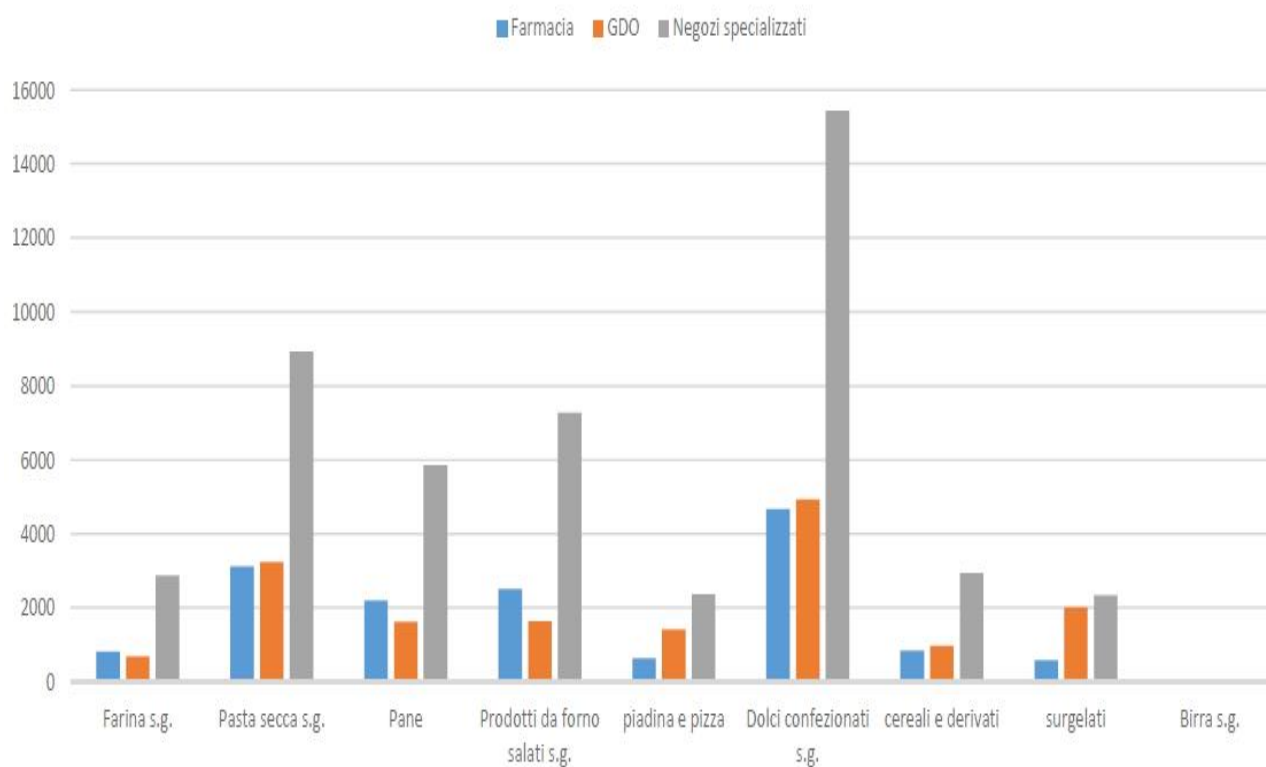
I celiaci preferiscono spendere il buono presso i negozi specializzati, probabilmente per una più ampia scelta e nell'ambito di una "normalizzazione" dello stile di vita. La predilezione del negozio è probabilmente legata alla minore offerta di prodotti nella GDO.

I celiaci sembrano preferire l'acquisto di prodotti già pronti. Quanto osservato appare in linea con una tendenza della popolazione ad utilizzare prodotti pronti.

*Dieta senza glutine; Malattia celiaca*

## Cosa e dove acquisto con il buono?

N° prodotti acquistati per tipologia di prodotto e punto di acquisto. Ausl Imola, anno 2012.



**ID 180**

**L'ATTIVITÀ DI VERIFICA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DI TARANTO ESTATE SICURA NEL CAMPO DELLA RISTORAZIONE – ATTIVITÀ DI VIGILANZA DEI PUBBLICI ESERCIZI (RISTORANTI-GELATERIE-PIZZERIE-BAR) DELLA PROVINCIA DI TARANTO**

C. Schifone; A. Pellegrino; R. Rizzi; A. Durante; F. Carone; M. Conversano

*Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto*

**INTRODUZIONE**

La sicurezza alimentare rappresenta un importante strumento di tutela della salute pubblica, rientrando a pieno titolo negli obiettivi di programmazione sanitaria della ASL. Pertanto attraverso un piano straordinario estivo si è ravvisata la necessità di creare nuovi percorsi in materia di programmazione e controllo delle attività di vigilanza nel settore alimentare, stabilendo delle procedure per prevenire le potenziali criticità alimentari e ridurre significativamente il rischio di insorgenza e contestualmente predisporre una rete di interventi adeguati per affrontare ogni problematica in materia di igiene e sicurezza alimentare.

**METODI**

Il controllo ha visto la verifica dei requisiti generali ed autorizzativi delle strutture sottoposte a controllo. Considerato altresì che il Dipartimento di Prevenzione SIAN e SIAV B, hanno nell'ambito dei propri compiti istituzionali il controllo delle suddette strutture, il programma di lavoro si è inserito negli obiettivi del SIAN e SIAV B. Il piano di lavoro ha favorito l'individuazione delle strutture mai censite ed individuate, con benefici alla lotta all'abusivismo presente nel settore. Il piano ha avuto lo scopo di incrementare l'anagrafe informatica sulle varie strutture introducendo i dati relativi alle ispezioni contribuendo a rendere più agevole le fasi di controllo. **RISULTATI** Durante il periodo estivo sono state controllate 51 attività ed è stato impegnato il seguente personale: 1 Posizione Organizzativa 2 Coordinatori SIAN e SIAV B e 12 Tecnici della Prevenzione.

**RISULTATI**

I risultati sono quelli dell'allegata tabella

**CONCLUSIONI**

Dai **RISULTATI** ottenuti si consta che le attività di prevenzione rappresentano sempre più l'azione corretta da intraprendere in quanto attraverso queste fasi di controllo si ha modo di garantire maggiore sicurezza per il cittadino e nel contempo si instaura un rapporto di reciproca collaborazione tra le istituzioni e le attività in essere, nell'ottica della sicurezza alimentare.

**ID 199**

**ETICHETTATURA DEI PRODOTTI ALIMENTARI: NUOVA REGOLAMENTAZIONE E RICADUTE IN TEMA DI SANITA' PUBBLICA**

C. Lanzilotti 1; D. Rondinone 2; R. Rizzi 3; V. Marcotrigiano 4

1 Azienda Sanitaria Locale Taranto, Regione Puglia;

2 Agenzia di Tutela della Salute Città Metropolitana di Milano, Regione Lombardia;

3 Azienda Sanitaria Locale Taranto, Regione Puglia;

4 Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo (TV), Regione Veneto.

L'etichetta dei prodotti alimentari fornisce utili informazioni al consumatore, sia in ordine ad aspetti nutrizionali che di sicurezza alimentare. La disciplina normativa correlata alle informazioni obbligatorie e volontarie che devono essere riportate in etichetta non è attualmente uniformata a livello internazionale: al fine di rendere omogenei i contenuti delle etichette dei prodotti alimentari nell'Unione Europea, il legislatore ha emanato il Regolamento (UE) N. 1169/2011, applicabile a decorrere dal 13 dicembre 2014, ad eccezione dell'introduzione della dichiarazione nutrizionale che sarà obbligatoria dal 13 dicembre 2016. Tra i punti chiave della nuova normativa rientra l'obbligatorietà di indicazione di qualsiasi ingrediente o coadiuvante tecnologico, specificamente individuato, che provochi allergie o intolleranze, usato nella fabbricazione o nella preparazione di un alimento ed ancora presente nel prodotto finito, anche se in forma alterata. Le informazioni riguardanti la presenza di tali sostanze devono essere apposte in un punto evidente, in modo da essere facilmente visibili, chiaramente leggibili ed, eventualmente, indelebili. Considerato che le intolleranze e le allergie alimentari rappresentano attualmente un importante problema mondiale a causa del loro continuo aumento, la protezione dei soggetti allergici rientra tra le strategie attuabili in Sanità Pubblica. Tra queste è compresa l'adozione di un efficace sistema di etichettatura dei prodotti da parte degli operatori del settore alimentare che tenga conto, tra gli altri, di informazioni chiare ed accurate per i consumatori e che siano precise e facilmente comprensibili. Infine, alla luce del nuovo Regolamento, i controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare dovranno essere condotti in maniera mirata, con un approccio specifico e rigoroso volto a valutare la conformità a quanto previsto dalla nuova normativa di settore.

*food label, food safety, official control.*

**ID 201**

**VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE IGIENICO-SANITARIE DI MYTILUS GALLOPROVINCIALIS SOGGETTI A TRATTAMENTO DI DEPURAZIONE NEL CDM DELLO STAGNO CIRDU (SANT'ANTIOCO, SARDEGNA)**

M. B. Pisano<sup>1</sup>; S. Fini<sup>2</sup>; M. Deplano<sup>1</sup>; V. Corona<sup>1</sup>; S. Viale<sup>1</sup>; V. Mossa<sup>1</sup>; S. Cosentino<sup>1</sup>  
*1*Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, *2*Servizio Veterinario SIAO , ASL Carbonia-Iglesias

INTRODUZIONE

In Sardegna, nello stagno Cirdu vengono allevati vari tipi di molluschi bivalvi che, una volta raccolti, potrebbero essere immessi in commercio, senza subire alcun trattamento depurativo, in quanto provengono da una zona di produzione classificata come "A". Tuttavia, vengono sottoposti ad un processo di depurazione e rifinitura per garantire una maggiore sicurezza e qualità del prodotto. Obiettivo di questa indagine è stato quello di analizzare le caratteristiche microbiologiche di *M. galloprovincialis* allevati nello Stagno Cirdu e depurati nello stesso CDM, per valutare l'efficacia del trattamento di depurazione.

METODI

Su campioni provenienti da 11 lotti sono stati ricercati i parametri microbiologici *E. coli* e *Salmonella spp.* in fase di pre e post depurazione e monitorati quelli fisico-chimici dell'acqua. Sono stati determinati anche i patogeni *L. monocytogenes*, *V. parahaemolyticus*, e i virus HAV e NoV.

RISULTATI

Tutti campioni analizzati, ad eccezione di due, hanno mostrato livelli di *E. coli* < 230 MPN/100g prima del trattamento di depurazione. Dopo 12 h di depurazione tutti i campioni sono RISULTATI conformi riportando livelli di *E. coli* molto bassi o inferiori al limite di rilevabilità della metodica, tranne un campione in cui è stato rilevato un incremento del contenuto di *E. coli*. I patogeni *L. monocytogenes*, *V. parahaemolyticus*, NoV e HAV sono RISULTATI assenti.

CONCLUSIONI

Il monitoraggio dei parametri fisici e l'indagine microbiologica dimostrano l'efficienza del trattamento di depurazione attuato nel CDM dello stagno Cirdu. Data la accertata minore efficacia della depurazione nei confronti di batteri indigeni quali vibrioni patogeni e nei confronti dei virus, la sicurezza di tali prodotti dipende non solo dalle caratteristiche tecniche dell'impianto di depurazione, ma soprattutto dalla qualità igienico-sanitaria delle zone di allevamento e dal rigoroso rispetto della catena del freddo in fase di post depurazione e commercializzazione.

*Mytilus galloprovincialis*, depurazione



**ID 210**

**QUALITÀ IGIENICO-SANITARIA DI SALUMI TIPICI E TRADIZIONALI DEL TERRITORIO PUGLIESE**

A. Palermo 1; D. Castiglia 2; M. De Rosa 3; G. Caggiano 1; G. Diella 1; F. Divenuto 1; M. Lopuzzo 1; N.C. Quaglia 2; F. Ioanna 2

1 Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana - Sezione di Igiene - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

2 Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi - Sezione di Cliniche Veterinarie e Produzioni Animali - Università degli

**INTRODUZIONE**

I salumi tipici e tradizionali del territorio pugliese rappresentano un patrimonio culturale e gastronomico derivante dall'allevamento di bovini, ovi-caprini e suini che la vocazione territoriale ha consentito di praticare. Tuttavia, la produzione di questi alimenti avviene spesso in realtà di piccole dimensioni, sovente a carattere familiare, nelle quali l'igiene e la sicurezza dei prodotti sono affidati all'esperienza dell'operatore del settore alimentare. Considerati i rischi associati a tale contesto produttivo e trattandosi di prodotti destinati ad un'ampia fascia di consumatori, risulta fondamentale eseguire un monitoraggio microbiologico.

**METODI**

Trenta campioni di salumi fermentati sono stati sottoposti alla ricerca di: Conta Aerobia Mesofila Totale (CAMT), Stafilococchi Coagulasi-Positivi (CPS) ed Escherichia coli  $\beta$ -glucuronidasi-positivi; tipizzazione molecolare di *S. aureus* per i geni *nuc* e *mecA*, *E. coli* VTEC e *Listeria monocytogenes*. Inoltre, sono state eseguite le misurazioni del pH (ORION) e dell'*aw* (AquaLab, Dew Point Water Activity Meter 4TE).

**RISULTATI**

I valori medi di pH, *aw*, CAMT, *E. coli*  $\beta$  glucuronidasi-positivi e CPS sono riportati in tabella. Dei 30 campioni, 6 (20%) sono RISULTATI positivi per CPS; tra questi, i ceppi *S. aureus* isolati da 4 (66,7%) campioni sono RISULTATI *nuc*+ e *mecA*-, 2 produttori di enterotossina stafilococcica di tipo A e 1 di tipo C. Un campione di soppressata (3,3%) è risultato positivo alla ricerca di *L. monocytogenes* mentre tutti i campioni sono RISULTATI negativi alla ricerca di *E. coli* VTEC.

**CONCLUSIONI**

Il rischio d'insorgenza delle foodborne disease può essere ridotto mediante l'adozione di Buone Prassi Igieniche che includono l'igiene dell'allevamento, la gestione della salute degli animali, i controlli analitici sulle materie prime e sui processi produttivi, il monitoraggio dei punti critici, il controllo delle temperature di processo, stoccaggio e trasporto e l'adeguata formazione del personale.

*sicurezza alimenti prevenzione*

| N° | CAMPIONI              | pH               | a <sub>w</sub>   | CAMT<br>(log UFC/g) | <i>E. coli</i><br>(log UFC/g) | CPS<br>(log UFC/g) |
|----|-----------------------|------------------|------------------|---------------------|-------------------------------|--------------------|
| 7  | SALSICCIA<br>PODOLICA | 5,90±0,44        | 0,91±0,01        | 7,14±0,24           | 1,60±0,05                     | 0,46±1,21          |
| 11 | SALAME<br>MAIALE      | 5,90±0,39        | 0,91±0,01        | 7,14±0,29           | 1,59±0,04                     | 0,41±1,37          |
| 12 | SOPPRESSATA<br>MAIALE | 5,91±0,36        | 0,91±0,01        | 7,23±0,29           | 1,59±0,01                     | 1,64±2,82          |
| 30 | <b>MEDIA</b>          | <b>5,90±0,01</b> | <b>0,91±0,00</b> | <b>7,17±0,05</b>    | <b>1,59±0,01</b>              | <b>0,84±0,70</b>   |

**ID 221**

**IGIENE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI: INDAGINE SU CONOSCENZE E ATTEGGIAMENTI DEL PERSONALE DI CUCINA DI NAVI DA CARICO**

I. Grappasonni 1; F. Petrelli 1; S. Scuri 1; S.S. Mahdi 2; F. Sibilio 3; F. Amenta 2,3

1 Scuola di Scienze del Farmaco e dei Prodotti della Salute, Università degli Studi di Camerino

2 Centro di Telemedicina e Telefarmacia, Università degli Studi di Camerino

3 Dipartimento di Ricerca CIRM (Centro Internazionale Radio Medico), Roma

**INTRODUZIONE**

Esiste una differenza rilevante tra l'insorgenza di problemi di salute a bordo delle navi piuttosto che a terra, il tutto dovuto anche alla difficoltà di fornire un trattamento medico adeguato e rapido durante la navigazione, in particolare quando si considerano le navi da carico. In particolare, per quanto concerne la ristorazione, la salute di queste comunità è molto legata alle corrette operazioni di manipolazione, cottura, conservazione degli alimenti. Da qui la necessità di valutare il livello di conoscenza della sicurezza alimentare del personale dei servizi di ristorazione di tali navi.

**METODI**

La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso un questionario anonimo autosomministrato contenente domande specifiche circa l'igiene e la sicurezza alimentare.

**RISULTATI**

Sono stati compilati 51 questionari. La percentuale di risposte corrette è stata del 62,1%. Punteggi elevati sono stati ottenuti nella sezione di igiene personale (80%) e di prevenzione contaminazioni crociate (70,3%). I lavoratori che avevano seguito un corso di formazione hanno ottenuto un più alto punteggio totale rispetto ai lavoratori non specificamente addestrati ( $p < 0.05$ ). Una differenza significativa è stata osservata anche nel punteggio totale ottenuto dai cuochi rispetto al personale di supporto (53,6 vs 50,7;  $p < 0.05$ ).

**CONCLUSIONI**

E' preoccupante che una rilevante percentuale degli intervistati non conosca correttamente alcuni aspetti relativi sia alla manipolazione degli alimenti che ad eventuali problemi di sicurezza alimentare. Sarebbero auspicabili iniziative ed interventi specifici atti a migliorare le conoscenze del personale del servizio di ristorazione (lifelong learning e monitoraggio continuo). Creando più consapevolezza sull'importanza del ruolo ricoperto da tali figure professionali e fornendo educazione continua, si può ottenere una più appropriata conoscenza nel settore dell'igiene degli alimenti necessaria al raggiungimento di un elevato livello di salute.

*igiene degli alimenti; conoscenze; servizio ristorazione; navi da carico*

**ID 231**

**HEALTH CLAIMS: ANALISI DELLE ETICHETTE ALIMENTARI IN UNA INDAGINE SUL CAMPO**

M. Chellini 1; M. Bertini 2; C. Lorini 3; D. Salvi 2; G. Bonaccorsi 4

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

2 Cds Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Università degli Studi di Firenze

3 Dipartimento di Scienze della Salute, Università deg

**INTRODUZIONE**

Con il termine Health Claims (HC) si intendono quei messaggi presenti in etichetta e diffusi attraverso i diversi METODI pubblicitari che affermano, suggeriscono o sottintendono l'esistenza di un rapporto tra una categoria di alimenti, un alimento o uno dei suoi componenti e la salute. La legislazione europea che norma l'utilizzo degli HC (REG. CE 1924/06) ha l'obiettivo di indurre un consumo consapevole da parte della popolazione.

Scopo dello studio è verificare l'aderenza alla normativa degli HC presenti sulle confezioni di alimenti commercializzati sul territorio fiorentino.

**METODI**

Il campione di prodotti con HC è stato selezionato da due operatori indipendenti in due momenti diversi in cinque supermercati individuati in maniera casuale.

Ogni prodotto selezionato è stato valutato con una check-list formata da 7 criteri, estrapolati dalle "Condizioni Specifiche" e dalle "Restrizioni di Impiego" previste per gli HC. Ogni criterio testa l'aderenza del prodotto a diversi aspetti della normativa.

**RISULTATI**

I 77 campioni selezionati sono stati aggregati in 8 categorie di prodotti simili (Tab.1).

Il criterio 1 risulta soddisfatto nell'89,6%. Il criterio 2 è conforme nel 79,2%. Il criterio 3 è largamente disatteso con il valore più basso di conformità (48%). I criteri 4 e 5 non risultano applicabili negli specifici casi esaminati. Il criterio 6 risulta pienamente soddisfatto. Il criterio 7 presenta un'alta percentuale di conformità.

**CONCLUSIONI**

Solo un numero limitato dei prodotti ha dimostrato completa conformità alla normativa. Escludendo gli HC non autorizzati, le irregolarità sono soprattutto imputabili alla inadeguata informazione al consumatore: ovvero, stante il rispetto dei requisiti nutrizionali, l'ipotesi più probabile è una scarsa conoscenza, da parte del produttore, della norma specifica piuttosto che una effettiva volontà di eluderla.

*health claims, alimenti, normative*

**ID 254**

**LA RIVISITAZIONE DELLE METODOLOGIE DI COMUNICAZIONE ATTRAVERSO UN APPROCCIO MULTIMEDIALE INTERATTIVO PER LA PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA NELLE SCUOLE: LA VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA "FOOD & GO"**

G. Furio; M. Simeone; A. Cavallo; S. Liuzzi; P. Longo; R. Coniglio; W. Liuzzi ; N. Pignataro; R. Cipriani; A. Pesare  
ASL Taranto, Dipartimento di Prevenzione

**INTRODUZIONE**

Nonostante le numerose azioni di sanità pubblica intraprese per contrastare il fenomeno, i dati di sorveglianza nutrizionale continuano ad evidenziare un'elevata prevalenza di eccesso ponderale in età evolutiva. Il Programma "FOOD&GO" definisce una strategia innovativa, basata su un approccio multimediale e multidisciplinare, nella promozione della corretta alimentazione e dell'attività motoria fra gli studenti in età scolare. L'obiettivo del lavoro è fornire una valutazione del programma proposto al termine del primo anno di attività.

**METODI**

Il processo di empowerment verso l'adozione di uno stile di vita sano ha previsto l'utilizzo di supporti multimediali interattivi, diversificati in base all'età degli studenti target (scuola primaria, secondaria I° e II°), e comprende anche attività socio-culturali, ludiche, di ricerca e valorizzazione gastronomica, con la partecipazione attiva del docente opportunamente formato dal personale sanitario della ASL Taranto e supportato da un kit didattico multicomponente personalizzabile. La valutazione di processo è stata affidata agli stessi docenti, tramite la compilazione di un questionario di indagine conclusiva in formato elettronico.

**RISULTATI**

La maggior parte dei docenti intervistati ha valutato favorevolmente l'efficacia del programma e la rilevanza degli argomenti trattati, in particolar modo nel contesto della scuola primaria e secondaria di I° grado (grafico 1). Emerge un giudizio positivo anche in merito alla qualità del materiale didattico fornito, apprezzata da più del 90% degli insegnanti di tutte le scuole.

**CONCLUSIONI**

Appare evidente che una strategia di intervento multidisciplinare - coinvolgendo attivamente scuola, genitori e operatori sanitari - rappresenti un modello da riprodurre e da affinare il più possibile verso il target finale età-specifico, in cui la continua evoluzione tecnologica è un elemento essenziale nella programmazione di interventi di educazione alla salute di successo.

*Alimentazione, scuola, stili di vita*

**ID 264**

**CONFRONTO TRA INTAKE STIMATO ED INTAKE RACCOMANDATO DI ELEMENTI ESSENZIALI IN LATTANTI TRA 0-6 MESI.**

F. Venturelli; E. Casali; J. Reghizzi; A. Ferrari; I. Marchesi; P. Borella; A. Bargellini  
*Dipartimento di Scienze biomediche, metaboliche e neuroscienze, sezione di Sanità Pubblica, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena*

**INTRODUZIONE**

I latti formulati sono il più comune sostituto del latte materno nei primi mesi di vita. Sebbene numerosi studi associno l'eccesso o il deficit di determinati elementi in tracce nei primi mesi di vita ad effetti sulla salute dei lattanti, le evidenze disponibili non sono sufficienti a fissare precisi limiti di fortificazione negli alimenti per l'infanzia.

Il presente studio si propone di misurare il contenuto di 5 elementi essenziali (Fe, Mn, Zn, Cu, Se) in 35 latti formulati, al fine di valutarne il profilo di sicurezza confrontando l'intake giornaliero stimato (EDI) con l'intake adeguato (AI) fornito dalle principali linee guida.

**METODI**

Sono stati acquistati in Italia 35 latti formulati derivanti da latte vaccino e destinati a lattanti a termine, tra 0-6 mesi. I campioni sono stati mineralizzati e analizzati con ICP-MS. I RISULTATI sono espressi complessivamente e suddividendo i latti in tre categorie per indicazioni fornite dal produttore: neonati sani, neonati con allergie/intolleranze al lattosio, neonati con disturbi gastrointestinali. L'EDI è stato calcolato moltiplicando la concentrazione media di ciascun elemento con l'intake medio di latte assunto da un bambino di 6 mesi.

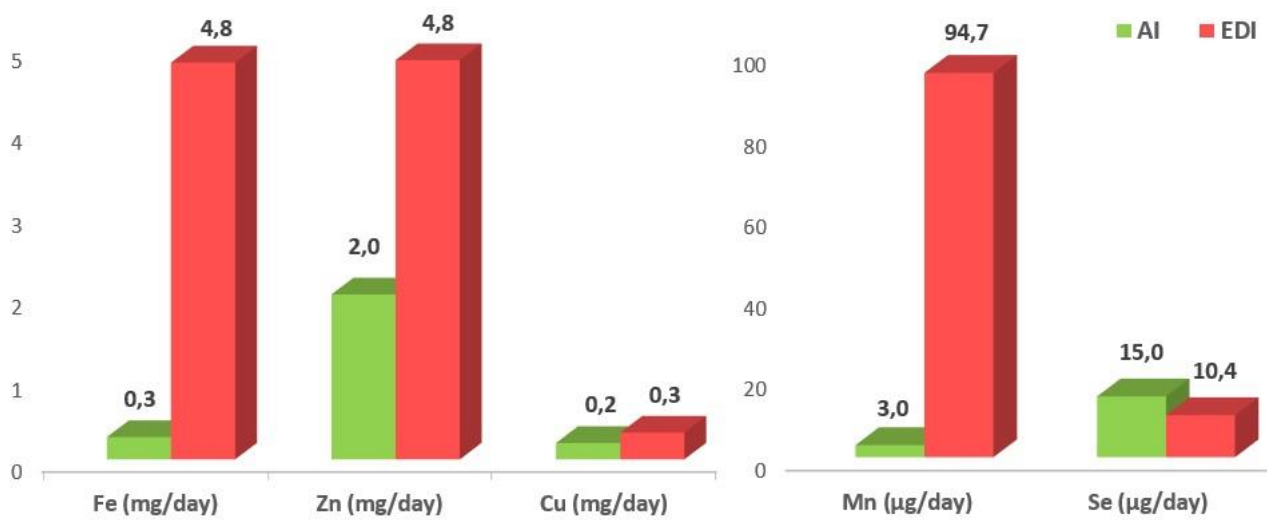
**RISULTATI**

Tutte le concentrazioni misurate rientrano nei limiti di legge e non differiscono significativamente dal dichiarato in etichetta. Il contenuto medio di Zn (6,2 mg/L), Cu (416,4 µg/L), Mn (121,5 µg/L) è maggiore tra i formulati con indicazioni specifiche, mentre Fe (6,2 mg/L) e Se (13,3 µg/L) mostrano valori simili nelle tre categorie. Nonostante ciò, i valori medi di EDI di tutti gli elementi, ad eccezione del Se, sono significativamente più elevati dell'AI, soprattutto per Fe e Mn (Figura 1).

**CONCLUSIONI**

I risultati avvalorano l'ipotesi di un eccessivo apporto di Mn e Fe nei primi mesi di vita. È pertanto necessario produrre evidenze che consentano una precisa definizione dei limiti di fortificazione, per garantire un'alimentazione sana e sicura ai nostri bambini.

*Latti formulati; Elementi essenziali; Fortificazione; Ferro; Manganese; Intake Adeguato.*



**ID 271**

**CONTAMINANTI IN LATTI FORMULATI PER 0-6 MESI: CONFRONTO TRA INTAKE STIMATO E LIMITI DI TOLLERABILITÀ**

E. Casali; F. Venturelli; A. Ferrari; I. Marchesi; P. Borella; A. Bargellini

*Dipartimento di Scienze biomediche, metaboliche e neuroscienze, sezione di Sanità Pubblica, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena.*

**INTRODUZIONE**

L'utilizzo dei latti formulati in sostituzione al latte materno è una pratica sempre più diffusa. Durante il processo di produzione, il latte formulato può fungere da vettore di contaminanti, determinando la presenza di elementi tossici in traccia al suo interno, potenzialmente rischiosi per la salute del lattante qualora superino i limiti di tollerabilità (PTDI) emersi da recenti evidenze scientifiche. Lo studio si propone di misurare il livello di Cr,Cd,Ni,Pb in latti formulati destinati a bambini 0-6 mesi e venduti in Italia, per poi valutarne il profilo di sicurezza.

**METODI**

Sono stati analizzati 35 formulati acquistati in Italia, derivanti da latte vaccino per lattanti tra 0-6 mesi. I latti in polvere sono stati ricostituiti secondo le istruzioni del produttore con acqua distillata onde evitare contaminazioni esterne. Le concentrazioni di Cd,Cr,Ni,Pb sono state determinate mediante ICP-massa, previa mineralizzazione acida controllata dei campioni. Per ogni elemento è stato calcolato l'intake giornaliero stimato (EDI), moltiplicando la concentrazione al 75° percentile per l'intake medio di latte assunto da un bimbo di 6 mesi. L'EDI ottenuto è stato diviso per il peso medio di un bimbo di 6 mesi, per poi confrontarlo con il PTDI ( $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{gg}$ ).

**RISULTATI**

Non sono emerse differenze significative nei valori medi di Cr( $4.80\mu\text{g}/\text{L}$ ), Ni( $1.02\mu\text{g}/\text{L}$ ), Cd( $0.21\mu\text{g}/\text{L}$ ), Pb( $0.14\mu\text{g}/\text{L}$ ) tra i formulati per neonati a termine e quelli con indicazioni specifiche. L'EDI è risultato ampiamente al di sotto del PTDI per tutti gli elementi, eccetto per il Cd, il cui EDI si avvicina, seppur rimanendo inferiore, al PTDI (Figura1).

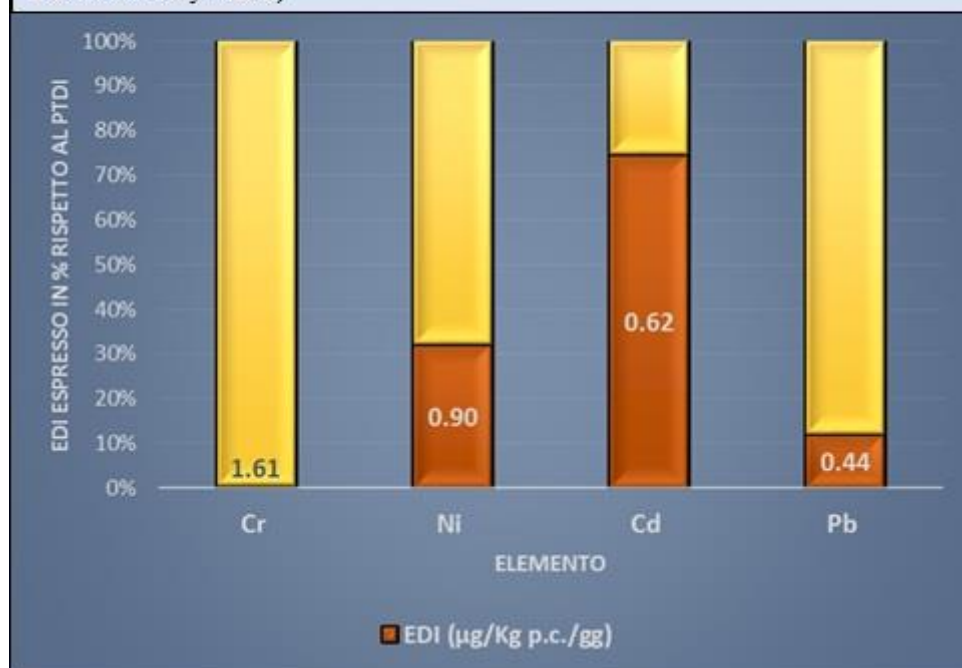
**CONCLUSIONI**

I risultati enfatizzano la necessità di garantire un regolare ed attento monitoraggio durante tutte le fasi di produzione dei latti formulati. Considerando la particolare suscettibilità dei lattanti, risulta indispensabile garantire un'alimentazione sostitutiva al latte materno sicura per i bambini, in particolare entro la fascia d'età 0-6 mesi.

*Latti formulati; Elementi tossici; Contaminazione; Piombo; Cadmio; Intake.*



**Figura 1.** Confronto in termini percentuali tra intake giornaliero stimato (EDI=Estimated Daily Intake), calcolato sulla concentrazione al 75° percentile dei 4 elementi nei 35 latt formulati e intake tollerabile giornaliero (PTDI=Provisional Tolerable Daily Intake)



**ID 282**

**LIVELLI DI ADESIONE DEGLI OPERATORI DEL SETTORE ALIMENTARE ALLA BUONA PRASSI. RISULTATI DI UNA INDAGINE CONOSCITIVA CONDOTTA NEL DISTRETTO 39 DELLA ASL NAPOLI 2 NORD**

A. Orlando; L. Castellone; A. Iorio; E. Iorfida; S. Mastrantuono; E. Bianco; M. Crispino.  
*ASL Napoli 2 Nord, Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Pozzuoli*

**INTRODUZIONE**

La formazione degli operatori del settore alimentare (OSA), in Campania viene effettuata attraverso la frequenza di un corso di formazione per alimentaristi, giusta Delibera Giunta Regione Campania n. 46 del 2005. Questa modalità, ha sostituito il libretto di idoneità sanitaria, dal momento che le malattie a trasmissione alimentare sono prevenibili solo con un'elevata adesione alla buona prassi igienica.

**OBIETTIVO**

Abbiamo somministrato un questionario conoscitivo sui comportamenti lavorativi degli OSA e della loro influenza sulla contaminazione degli alimenti. Il nostro obiettivo è stato di dimostrare che la mancata applicazione di alcune semplici regole comporta alti rischi di contaminazione.

**MATERIALI E METODI**

I questionari sono stati somministrati in un anno a: 130 cuochi, 93 camerieri, 110 pasticciere, 84 macellai, 45 addetti distribuzione pasti, 40 barman, 118 addetti banco salumeria, 17 cassiere, 47 operatori assistenza anziani, 27 studenti alberghiero (primo anno). Il questionario è stato completato da un sopralluogo dei locali, per la verifica dei requisiti, Reg. CE 852/2004 s.m.i., delle rispettive tipologie di attività.

**RISULTATI**

E' risultato che nel 70% dei casi, gli OSA pur conoscendo le norme di igiene personale, non le applicano regolarmente. Il punto critico che è stato rilevato ai sopralluoghi dei locali, è la non conformità rispetto all'applicazione dell'HACCP. In particolare si è visto che nelle attività con più di 5 dipendenti si tende ad agire secondo i dettami della buona prassi igienica, nelle attività con meno di 5 dipendenti si trascurano molte regole, a meno che non vi sia una conduzione familiare con un responsabile particolarmente attento. Si è constatato, inoltre che, dove vi è un'attività che non rientra nei costi di gestione, anche l'igiene e la formazione del personale risulta penalizzata, dove vi è un'attività che investe in formazione e adesione ai protocolli, ne beneficia in termini di qualità e guadagni.

**ID 290**

**IODOPROFILASSI: UN PROGRAMMA DI SANITÀ PUBBLICA. VERIFICA DI EFFICACIA**

V. Pontieri; L. Casto; R. D'Onofrio; C. Formisano; G. Rauccio; F. Roberti; F. Campanile Castaldo; M. Alberico; A. Lapuzza; G. Perreca; F. Parisi; G. Pisani; V. Menditto; E. Toscano, A. Marra, M. Merola; C. Farullo; R. Morgillo; A. Cerreto; M. A. Rivetti;

ASL Caserta - Dipartimento di Prevenzione; Regione Campania, Direzione Generale Tutela della Salute e Coord SSR, UOD 03 Prevenzione e Igiene Sanitaria; SIAN ASL Regione Campania

**INTRODUZIONE**

La Regione Campania ha avviato dal 2011 un programma di verifica dell'applicazione delle norme sulla Iodoprofilassi (PRP 2010/12 e PRI 2011/14).

**METODI**

Il programma era basato (L. 55/2005) sulla verifica nelle Mense Scolastiche (M. S.) e altre Ristorazioni Collettive (R. C.) dell'utilizzo di Sale Iodate (SI), nei Punti Vendita (P. V.) di sale: disponibilità del SI;

offerta preferenziale SI, salvo diversa richiesta;

esposizione locandina del Ministero della Salute che illustra i benefici del SI.

Il programma prevedeva:

1a verifica al Tzero, con intervento informativo su: norme, uso SI e correlazioni con la Salute (materiale informativo OSNAMI-ISS), e

2a verifica, dopo 1-6 mesi, dei provvedimenti adottati dagli interlocutori.

Per le attività sono state utilizzate: schede di rilevazione (1a e 2a verifica), specifiche per M. S., altre R. C., e P. V. di sale (Farmacie, Tabaccherie, Supermercati, Generi Alimentari, altri esercizi); data base per archiviazione e analisi dei dati; materiale informativo dell'OSNAMI-I.S.S.

**RISULTATI**

Il cronoprogramma prevedeva un incremento delle verifiche dal 2011 al 2014, fino alla realizzazione dell'80% delle verifiche nelle R. C. e il 50% nei P. V.

Dal 2011 al 2014 sono stati controllati 5308 esercizi:

1033 M. S.;

260 altre R. C.;

4015 P. V. di sale.

Inoltre è stata effettuata una valutazione dell'efficacia dell'attività svolta, attraverso l'analisi dell'archivio dati delle UU. OO. dell'ASL Caserta su:

220 M. S. (21% del dato regionale) e

1264 P. V. (31% del dato regionale)

dalla quale sono emersi i seguenti incrementi:

nelle M. S. utilizzo del SI dal 70% della 1a verifica all'84% della 2a;

per i P. V. :

disponibilità SI dall' 87 al 91%;

offerta preferenziale SI dal 67 all'85%;

esposizione della locandina del Min. della Sal. dal 25 all'89%.

**CONCLUSIONI**

Il netto miglioramento di adesione alla norma tra la 1a e la 2a verifica, suggerisce che il programma di Iodoprofilassi della Regione Campania è risultato efficace

*Iodoprofilassi, controlli, efficacia*

**N** Programma Regionale per l'attuazione delle disposizioni finalizzate alla iodoprofilassi da realizzare a cura dei Dipartimenti di Prevenzione - SIAN - UOOPC

**NEI PUNTI VENDITA**

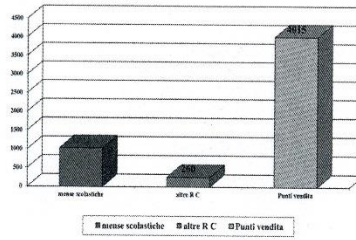
verifica disponibilità di S. I., fornitura preferenziale al cliente, esposizione locandina M. S.

con specifiche schede di rilevazione

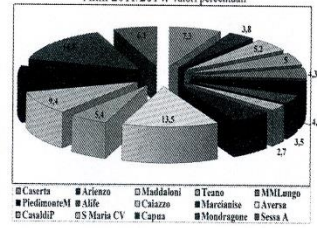
prima e dopo interventi di informazione/promozione utilizzo sale iodato

svolti con l'ausilio del materiale informativo educativo dell'ISS-OSNAMI

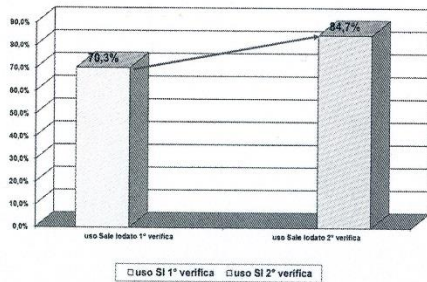
Verifiche di applicazione delle norme in materia di iodoprofilassi effettuate per tipologia di esercizi (n° 5308). Territorio regione Campania. Anni 2011/2014.



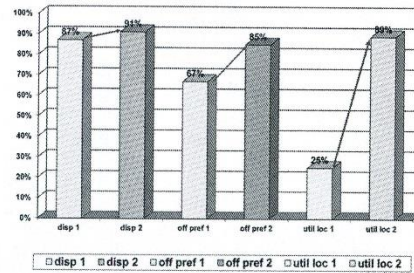
Valutazione applicazione delle norme in materia di iodoprofilassi UOOPC - ASL Caserta. (2968 verifiche su 1484 esercizi) Anni 2011/2014. Valori percentuali



Valutazione efficacia delle verifiche dell'utilizzo di Sale Iodato: n° 220 mense scolastiche (21% del dato regionale). UOOPC-ASL Caserta. Anni 2011-14



Valutazione efficacia delle verifiche dell'applicazione delle norme di iodoprofilassi: n° 1264 P. V. di sale (31% del dato regionale). UOOPC-ASL Caserta. Anni 2011/2014



**ID 324**

**L'IMPORTANZA DEGLI ASPETTI SANITARI E SOCIALI DELLE DIETE SPECIALI NELLA REFEZIONE SCOLASTICA**

A. Savarese<sup>1</sup> ; A. Pucino<sup>1</sup> ; A. Della Rossa<sup>1</sup> ; L. Tanucci<sup>1</sup>; P. D'Agnese<sup>1</sup> ; M.T. Ceccarelli<sup>1</sup> ; C. Iavarone<sup>1</sup> ; F. Iavarone<sup>1</sup> ; R. Rice<sup>1</sup> ; V. Rabbito<sup>1</sup> ; G. Paonessa<sup>2</sup> ; R. Cundari<sup>2</sup> ; M. P. Vairano<sup>1</sup>  
*1 SIAN ASL NA1 Centro, Napoli;*  
*2 Servizio Diritto all'Istruzione Comune di Napoli.*

**INTRODUZIONE**

Il SIAN dell'ASL Napoli 1 Centro collabora con il Comune di Napoli per garantire, nella ristorazione collettiva scolastica, l'erogazione di pasti differenziati sicuri, intendendo sia quelli preparati per soggetti affetti da specifiche allergie e intolleranze sia quelli richiesti da soggetti con particolari convinzioni etico-religiose (diete vegetariane e prive di carne suina).

**METODI**

Il SIAN assicura al Comune di Napoli supporto tecnico-scientifico specificando nel capitolato speciale d'appalto le caratteristiche strutturali e delle attrezzature dei centri incaricati della preparazione dei pasti e richiedendo uno specifico piano di autocontrollo per le diete differenziate; sono predisposte tabelle dietetiche per le patologie più comuni e diete personalizzate per malattie più rare. Corsi di formazione sono svolti per il personale delle ditte; la filiera è controllata nel corso dell'attività istituzionale di vigilanza.

**RISULTATI**

I dati dell'ultimo triennio scolastico testimoniano un numero costante di alunni che richiedono diete per allergie e intolleranze (486 in media), a fronte di una diminuzione del numero totale di utenti della mensa scolastica. In media il 33% di queste è rappresentato da diete "personalizzate" e si evidenzia un aumento di richieste per diete vegetariane e a carattere religioso. Le verifiche in vigilanza non hanno evidenziato non conformità significative, solo 3 segnalazioni sono pervenute dai terminali di consumo. Circa 500 sono gli operatori formati nel settore.

**CONCLUSIONI**

L'accesso alla refezione scolastica di bambini con disturbi alimentari ha un forte valore sociale. Aver ottenuto la fiducia delle famiglie è frutto di una costante ed efficace collaborazione delle istituzioni (Comune, presidi scolastici, ASL). L'esiguo numero di inconvenienti registrati denota elevata sicurezza dovuta alla formazione degli operatori e all'efficacia dell'attività di vigilanza.

**ID 334**

**ATTITUDINI E PERCEZIONE DEL RISCHIO IN TEMA DI QUALITÀ E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DEI CONSUMATORI: I RISULTATI DELL'INDAGINE CONOSCITIVA DELLA ASL TARANTO**

T. Capogrosso; A. Cavallo; S. Liuzzi; P. Longo; M. Simeone; W. Liuzzi; D. De Bellis; M. Innone; A. Menna; R. Cipriani; A. Pesare

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASL TARANTO

**INTRODUZIONE**

Le tossinfezioni e le intossicazioni alimentari costituiscono un enorme problema di sanità pubblica. Nella città di Taranto, dove il tessuto industriale è molto sviluppato, deve essere considerata la possibile contaminazione dei prodotti locali da parte dei tossici di origine industriale. L'obiettivo dello studio è comprendere il livello di conoscenze della popolazione tarantina in tema di sicurezza degli alimenti.

**OBIETTIVO**

È stato somministrato un questionario di indagine a tutti i soggetti sottoposti a visita di screening per rischio cardio-vascolare e respiratorio della città di Taranto. Alle risposte fornite ad alcuni quesiti selezionati è stato assegnato un punteggio standard, la cui somma ha permesso il calcolo di uno score (range 0–30) utile a valutare le conoscenze degli intervistati in merito alla sicurezza alimentare.

**RISULTATI**

Sono stati intervistati 199 pazienti, il 64,8% di sesso femminile. Il 76,4% del campione ritiene di essere sufficientemente informato in ambito di sicurezza alimentare, tuttavia solo il 45,2% considera la sicurezza igienico-sanitaria tra i fattori di scelta nell'acquisto di un alimento e il 15,1% non legge l'etichetta dei prodotti consumati. Lo score medio calcolato è di  $20,5 \pm 4,9$  trentesimi, risultando inferiore nei residenti del quartiere Tamburi-Lido Azzurro e nei soggetti a bassa scolarità.

**CONCLUSIONI**

I risultati dell'indagine condotta fanno emergere un panorama controverso: sono numerosi i soggetti che adottano comportamenti scorretti in tema di sicurezza alimentare, pur non avendone reale consapevolezza. Lo score calcolato suggerisce la necessità di avviare opportuni interventi di educazione alla salute in ambito alimentare, soprattutto in determinati contesti, che promuovano la diffusione di una maggiore informazione sui rischi legati al consumo di alimenti insalubri, conservati in modo inadeguato, o di dubbia provenienza.

*alimentazione, promozione salute, sicurezza alimentare*

**ID 336**

**CELIACI E SANITÀ DIGITALE : SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DEI SOGGETTI CELIACI NELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA (RC) PUBBLICA (SCOLASTICA – OSPEDALIERA –AZIENDALE**

G. Ugolini 1; E Alonzo 2; E. Troiano 3; S. Scotto di Carlo 4; P. Tunesi 5; G. Vorrasi 6; E. Rossi 7; A. Ugolini 8; S. De Stefano 9; M. Silano 10

1 Uosd Nutrizione Rm 2

2 Sian Catania

3 Roma Capitale Ristorazione Scolastica

4 Roma Capitale Ristorazione Scolastica

5 Uosd Nutrizione Asl Rm 2

6 Uosd Nutrizione Asl Rm 2

7 Uosd Nutrizione Asl Rm 2

8 Mmg Asl Rm 1

9 Ministero Salute

10 ISS

**INTRODUZIONE**

Offrire pasti sicuri fuori casa per Celiaci in RC Pubblica, previsto per legge, necessita di puntuale Sorveglianza nazionale, realizzabile oggi con la telematica (Sanità Digitale). La raccolta Dati inerente il numero/die celiaci che ne usufruiscono è basale per valutarne disponibilità, rispetto legislativo, promozione. Per i suoi grandi "numeri" (3 milioni residenti-150.000 pasti/die in RC scolastica) Roma è campione ideale per Studio Pilota Celiaci 2015 Uosd Nutrizione Rm 2 (ex C).

**METODI**

Presupposto di puntuale raccolta Dati la collaborazione strutturata e permanente in Rete tra Operatore Sian e OSA di RC responsabile impianto (Mensa) con uso di SCHEDA dedicata (Metodo OKkio alla Ristorazione). La Uosd elabora i DATI trasmessi dagli OSA e li invia in Regione, quindi Ministero Salute, infine (2016) ISS (Dati clinici). Le Mense sorvegliate sono Pubbliche, i Dati sono alla base della Relazione annuale al Parlamento Celiachia (malattia cronica non più rara).

**RISULTATI**

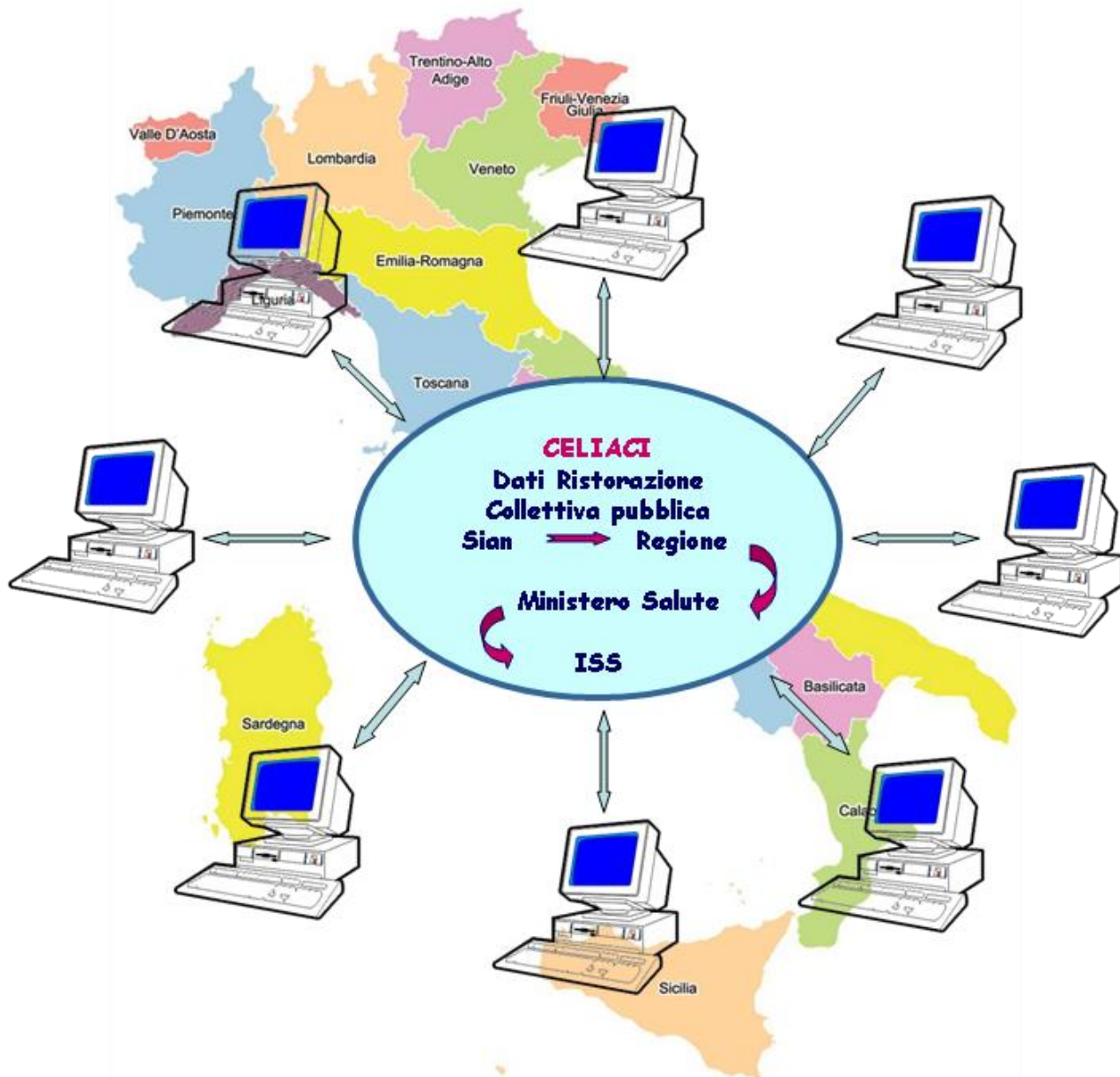
Mense Scolastiche Roma Capitale anno scol. 2014-15 (3 milioni abitanti = 1 media regione italiana): Pasti/die complessivi per 144.000 bambini di cui 954 Celiaci (0,66 %), non distante dalla prevalenza stimata celiachia (1%), ben superiore a quanto atteso in base a reali diagnosticati (0,27% ; diventano 0,40% se normalizzati per età). Si evince che usufruiscono della Dieta bambini senza diagnosi di celiachia. Rapporto M/F 1/3.

Mense Pubbliche eroganti pasti per celiaci ubicate in territorio (700.000 residenti) Asl ex Rm C : 15 Aziendali (40 pasti/die) – 5 Ospedaliere (24 pasti/die) – 98 Scolastiche (223 pasti/die).

**CONCLUSIONI**

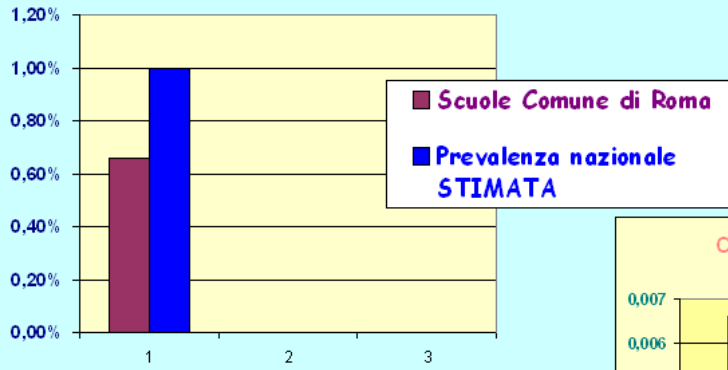
I Dati Roma Capitale evidenziano efficace intercettazione domanda celiaci in RC Scolastica a merito di Operatori comunali ed OSA ARC. Il metodo operativo integrato in Rete Sian (OKkio Ristorazione) si è rivelato agile e molto efficace per sorveglianza e promozione, a garanzia di adeguato contributo a Programma Statistico Nazionale.

*Celiachia - Sorveglianza - Rete - Sanità Digitale*

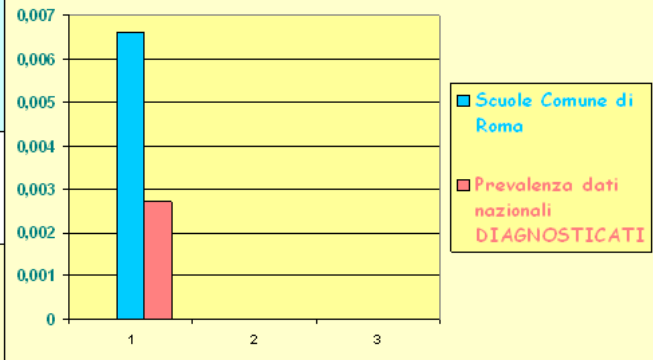




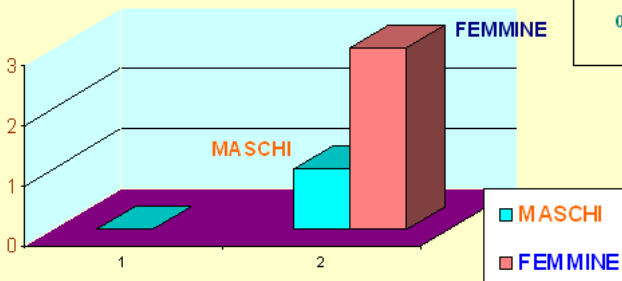
### CONFRONTO DATI ROMA E NAZIONALI



### CONFRONTO DATI ROMA E NAZIONALI



### RAPPORTO MASCHI FEMMINE



**ID 337**

**SPERIMENTAZIONE DI UN INTERVENTO FORMATIVO ONLINE FINALIZZATO ALLA DIFFUSIONE NEL WEB DI CORRETTE PRATICHE DI PREPARAZIONE DEI CIBI IN AMBITO DOMESTICO**

L. Chioffi 1; M. Gaiga 1; V. Rebonato 1; M. D'Angelo 1; N. De Paoli 1; M. Giaretta 2; L. Ravarotto 2

1 Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - Azienda Ulss 20 Verona

2 Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe)

**INTRODUZIONE**

Nei consumatori è scarsa la consapevolezza su rischi microbiologici, chimici e nutrizionali. L'indagine Eurobarometro 2010 ha evidenziato maggior preoccupazione per contaminazione da sostanze chimiche che microbiologica o per aspetti nutrizionali. Il fenomeno delle tossinfezioni è sottostimato, nonostante la maggior parte degli eventi epidemici si origini in ambito domestico. Negli ultimi anni il blog è diventato un mezzo molto usato per lo scambio di informazioni online, in cui il cibo e l'alimentazione sono sempre più presenti.

**METODI**

Il progetto, realizzato nell'ambito della ricerca finanziata dal Ministero della Salute all'IZSVe (RC IZSVe 05/13), si è avvalso di un disegno di ricerca misto che riunisce tecniche della ricerca sociale, comunicazione del rischio e formazione online sia qualitative sia quantitative.

**RISULTATI**

È stata effettuata una mappatura dei food blog italiani e un'indagine online quantitativa (CAWI) rivolta a 277 food blogger per definirne il profilo. In base ai RISULTATI è stato costruito un intervento formativo con adesione volontaria di ~ 70 food blogger. Il modello formativo adottato si inserisce nel framework teorico costruttivista-sociale e riconosce all'uso di ambienti tecnologici un forte impatto cognitivo nel raggiungimento degli obiettivi di apprendimento. Sono stati realizzati 35 microvideo informativi di facile e rapida consultazione su tematiche di sicurezza alimentare e nutrizionale ([www.salepepesicurezza.it](http://www.salepepesicurezza.it)). I blogger, formati dal 11/01/16 al 30/04/16, sono stati coinvolti nella realizzazione di materiale informativo sulla sicurezza alimentare sotto forma di ricettario con ~ 50 preparazioni di cui vengono evidenziati i possibili rischi.

**CONCLUSIONI**

L'indagine ha confermato l'esigenza di informazioni scientifiche sulla valutazione e gestione dei rischi correlati alle preparazioni domestiche di alimenti. L'adesione è stata buona con una bassa percentuale di drop out. I dati conclusivi sono ancora in elaborazione.

*Sicurezza alimentare, Food blogger, Percezione del rischio, Analisi del rischio*

**ID 343**

**ANALISI SUI POSSIBILI RISCHI DA CONSUMO DI ENERGY DRINKS DA PARTE DELLA POPOLAZIONE GIOVANILE DEI TERRITORI DI LUCCA E PISA**

P. Valentini; M. Totaro; B. Casini; M. Avella ; S. Giorgi; G. Privitera; A. Baggiani  
*Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia*

**INTRODUZIONE**

Nell'ultimo decennio in Europa istituzioni come l'EFSA hanno identificato come fattori di rischio per la comparsa di effetti indesiderati derivati dal consumo inappropriato di Energy Drinks (EDs) l'esposizione alla caffeina e il consumo di EDs in associazione con alcol e durante le attività sportive. Tali effetti consistono in tachicardia, ansia, disturbi del sonno, dipendenza. Lo scopo del presente lavoro è valutare gli stili di vita e le abitudini degli adolescenti verso il consumo di bevande energetiche durante le varie occasioni.

**METODI**

Nel corso dell'anno scolastico 2015-2016, a 113 studenti di un Liceo di Lucca e a 70 studenti di un Liceo di Pisa, di età compresa tra 14-18 anni, è stato somministrato un questionario elaborato dall'EFSA. Esso presenta 27 domande ed è suddiviso in 4 sezioni per mettere in luce gli stili di vita dei soggetti, il consumo di EDs con o senza alcol e correlato alle attività sportive.

**RISULTATI**

I risultati mostrano che 110/183 (60%) studenti hanno dichiarato di consumare EDs; di questi 2/110 (2%) sono consumatori abituali e 3/110 (3%) sono consumatori occasionali. Per quanto riguarda il consumo di EDs-alcol il 9% (10/110) della popolazione è risultato consumatore occasionale mentre non è stata rilevata la presenza di consumatori abituali. Dai dati ottenuti non emergono differenze significative tra le risposte fornite nei due licei.

**CONCLUSIONI**

Dai risultati ottenuti appare necessaria l'adozione di misure preventive primarie per ridurre i rischi, basandosi su azioni psicosociali come campagne sanitarie promosse nelle strutture scolastiche, interventi psicologici ed educativi per affrontare, oltre a temi come l'abuso di alcol, anche quello delle bevande energetiche, largamente sottovalutato. La collaborazione dei soggetti istituzionali, gli enti amministrativi, sanitari e scolastici possono rappresentare l'intesa vincente per una corretta educazione al consumo di bevande energetiche.

*Energy Drinks, Adolescenti, Stili di vita*

**ID 368**

**PREVALENZA DI UTILIZZO DEI PRODOTTI SALUTISTICI IN UN CAMPIONE DI SPORTIVI AMATORIALI: STUDIO CROSS – SECTIONAL**

G. Calabrese 1; F.P. Bianchi 1; L. Lavermicocca 1; L. Astuto 1; M.F. Gallone 2; S. Tafuri 1

1 Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari

2 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

**INTRODUZIONE**

I prodotti salutistici sono un sottogruppo di integratori alimentari molto utilizzati dagli sportivi per migliorare le prestazioni atletiche; tuttavia, non sono disponibili dati di prevalenza e mancano spesso evidenze scientifiche sulla reale utilità di questi prodotti.

**METODI**

L'indagine ha avuto come target un gruppo di sportivi amatoriali di Bari intervistati attraverso un questionario anonimo che indagava sesso, età, peso, altezza, stili di vita degli ultimi 30 giorni, attività sportiva praticata, numero e durata degli allenamenti settimanali, utilizzo di prodotti salutistici e conoscenza degli effetti di questi prodotti.

**RISULTATI**

Il campione è risultato composto da 200 soggetti, di cui il 32% riferiva l'uso di prodotti salutistici per supportare le proprie prestazioni sportive, con la seguente frequenza: minerali (24,9%), amminoacidi ramificati(14,7%), supplementazione proteica(14,2%), prodotti a base di quinoa (6,2%), creatina (4,1%) e testosterone(0,5%).

La probabilità di assunzione di prodotti salutistici risulta aumentata con il crescere dell'età (OR=1.05;95% CI=1.01-1.09;z=2.4;p=0.016) e del numero delle ore settimanali di allenamento(OR=1.2;95%CI=1.09-1.33;z=3.9;p<0.0001). Il loro utilizzo è stato consigliato per la maggior parte (37,8%) dai tecnici sportivi(Tab.1). Il 30%(n=60) degli intervistati è a conoscenza degli effetti sulla salute dei prodotti salutistici; tale proporzione sale al 71.9% (n=46/64) se consideriamo gli utilizzatori effettivi.

**CONCLUSIONI**

Nello studio è stata riscontrata una significativa percentuale di utilizzo di prodotti salutistici tra gli sportivi amatoriali, spesso in assenza di una valutazione preliminare del medico. È necessario che aumenti la disponibilità e la usufruibilità di linee guida e raccomandazioni ufficiali sul loro utilizzo, da socializzare tra la comunità medica e il mondo dello sport.

*integratori sport palestre*

**ID 410**

**ADERENZA ALLA DIETA MEDITERRANEA DEI BAMBINI ITALIANI: LA COORTE DELLO STUDIO MAPEC\_LIFE**

F. Bagordo 1; C. Zani 2; E. Ceretti 2; G.C.V. Viola 2; A. De Donno 1; T. Grassi 1; A. Idolo 1; F. Serio 1; M. De Giorgi 1; M. Villarini 3; M. Moretti 3; M. Verani 4; A. Carducci 4; C. Pignata 5; Si. Bonetta 5; S. Bonizzoni 6; P. Colombi 7; U. Gelatti 2; a

1 Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università del Salento, Lecce; 2 Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università di Brescia; 3 Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Univer

**INTRODUZIONE**

La Dieta Mediterranea (DM) è considerata uno dei modelli alimentari più salutari poiché contribuisce a ridurre il rischio di malattie croniche e a modulare risposte precoci nei confronti dei danni causati dall'inquinamento ambientale. Negli ultimi decenni nei Paesi del Mediterraneo è in atto, soprattutto fra bambini ed adolescenti, la sostituzione del modello dietetico tradizionale con abitudini alimentari meno salutari. Nell'ambito del progetto MAPEC\_LIFE (Monitoring Air Pollution Effects on Children for supporting public health policy), finanziato dal programma europeo Life+ (LIFE12 ENV/IT/000614), è stata condotta una ricerca per valutare le abitudini alimentari e l'aderenza alla DM di oltre 1000 bambini di 6-8 anni, residenti in 5 città italiane, in relazione a stili di vita e contesto socio-familiare.

**METODI**

Ai genitori dei bambini inclusi nella coorte è stato somministrato un questionario di 148 domande riguardanti le caratteristiche dei loro figli, gli stili di vita e la frequenza di consumo di diversi tipi di alimenti. Sono stati determinati: l'indice di massa corporea e lo stato ponderale di ciascun bambino, l'apporto totale di energia e la composizione della dieta in micro- e macronutrienti. E' stato, inoltre, calcolato l'Italian Mediterranean Index (IMI), prendendo in considerazione il consumo di 6 alimenti tipici della DM e di 4 alimenti "non mediterranei". Sulla base del punteggio IMI l'aderenza alla DM è stata classificata "bassa" ( $IMI \leq 3$ ), "media" (4-5) o "alta" ( $\geq 6$ ).

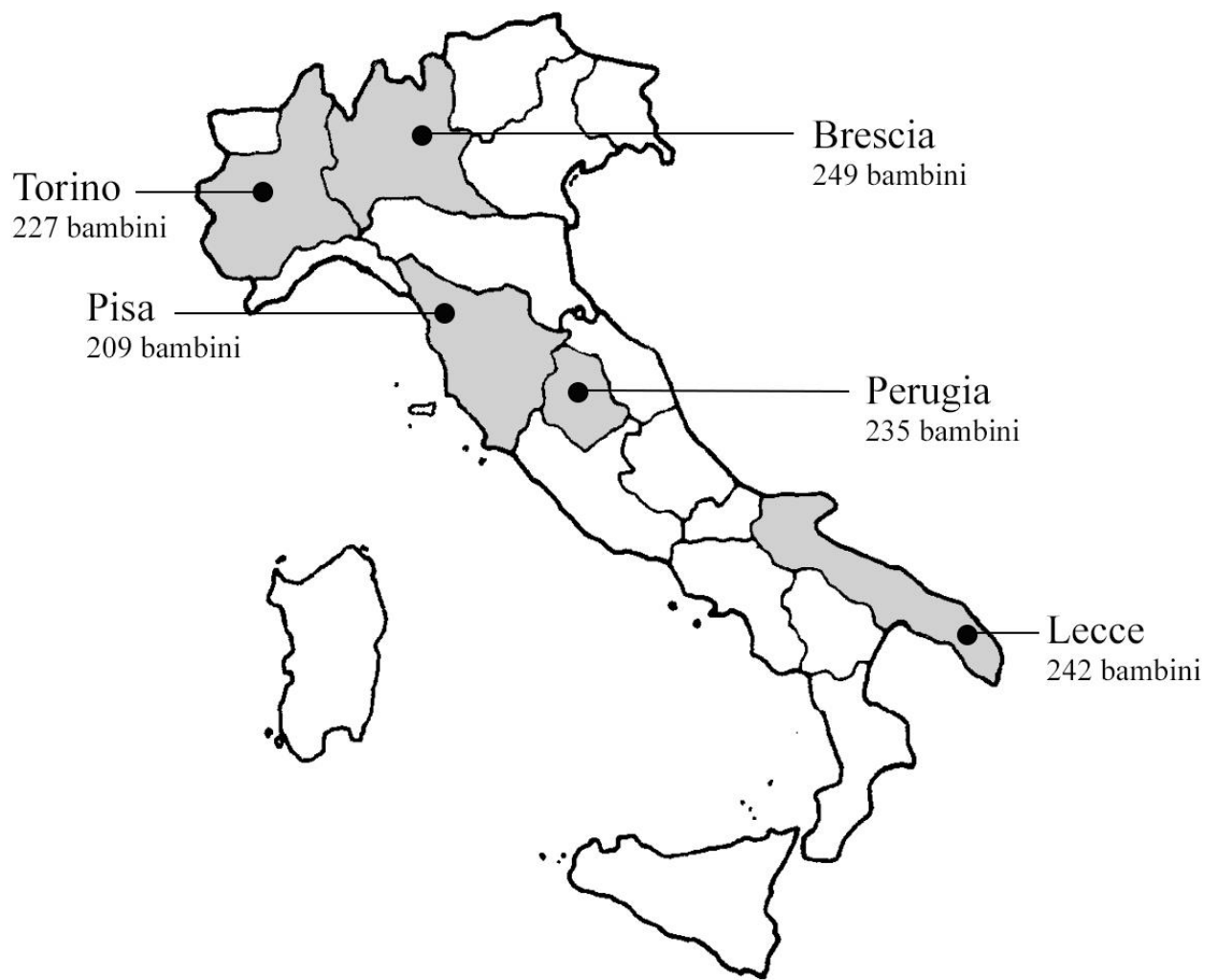
**RISULTATI**

La coorte (Fig. 1) era composta da 1162 bambini (50,8% maschi, 83,7% di madre italiana). Il 28,9% dei soggetti reclutati è risultato in sovrappeso, con alcune differenze tra le diverse aree di residenza, ed il 59,1% ha mostrato una bassa aderenza alla DM (Tab. 1).

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI dello studio evidenziano che la maggior parte dei bambini della coorte MAPEC\_LIFE non segue una DM e che i fattori socio-economici non sembrano associati al tipo di dieta.

*Bambini, Dieta Mediterranea, Italian Mediterranean Index, MAPEC\_LIFE study*



**ID 426**

**QUALITÀ MICROBIOLOGICA DELLA FRUTTA DI IV GAMMA**

A. Sanna; V. Carraro; G. Carrucci; B. Meloni; S. Succa; D. Collu; A. Pinna; V. Coroneo

*Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica*

*Università degli Studi di Cagliari*

*Laboratorio di Igiene degli Alimenti*

**INTRODUZIONE**

I prodotti ortofrutticoli non hanno una microflora propria ma di derivazione ambientale proveniente dai sistemi di coltura, preparazione, manipolazione, confezionamento e conservazione degli alimenti operate anche dal consumatore finale. La contaminazione microbica, oltre a rappresentare un rischio per la salute del consumatore, determina anche una diminuzione del tempo di vita del prodotto (shelf-life) con conseguente alterazione del valore nutritivo dell'alimento e delle sue caratteristiche organolettiche. Partendo da questi presupposti, questo studio ha previsto indagini analitiche su campioni di frutta di IV gamma reperiti presso la grande distribuzione al fine di valutare la rispondenza a standard già esistenti e a integrare e definirne degli altri non presenti in normativa ma che possono influenzare la shelf life.

**METODI**

A tale scopo sono stati prelevati 42 campioni di frutta di IV gamma rappresentati da melone (n.6), cocco (n.6), macedonia (n.15), ananas (n.15). Su tali campioni sono stati determinati : Conta Mesofila totale, Enterobacteriaceae, E.coli, Salmonella, Listeria monocytogenes, Yersinia enterocolitica, Lieviti e Muffe (Tab.1) .

**RISULTATI**

I parametri esaminati sono RISULTATI assenti o a valori di concentrazione contenuti in tutte le tipologie di frutta esaminata, ad eccezione del cocco che ha mostrato valori di Conta Mesofila, di Enterobacteriaceae e di Lieviti e muffe rispettivamente pari a  $2.6 \times 10^7$  UFC/g,  $2.6 \times 10^6$  UFC/g e  $3.1 \times 10^6$ .

**CONCLUSIONI**

La qualità microbiologica della frutta di IV gamma è risultata nel complesso soddisfacente, riferibile all'utilizzo di materie prime di ottima qualità, al rispetto della catena del freddo e delle buone norme di prassi igieniche.

*Frutta, Ready to Eat, Sicurezza*

**ID 448**

**"RADIOATTIVITA' E ALIMENTI: ANALISI DI MACROMICETI EPIGEI SPONTANEI DELLE AREE BOSCHIVE TOSCANE"**

O. Varone 1; A. Colzi 2; S. Palazzoni 2; S. Bucci 3; D. Piccini 3; I. Peroni 3; C. Lorini 4; G. Bonaccorsi 5

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

2 Centro Regionale di Coordinamento per la Micologia, Azienda USL Toscana Centro, Firenze

3 ARPAT, U.O. Radioattività e Amianto, Firenze

4 Dipartimento di Scienze d

**INTRODUZIONE**

I macromiceti sono in grado di accumulare e trattenere per lungo tempo i radionuclidi; in particolare, in seguito all'evento Chernobyl e per la loro composizione strutturale, concentrano gli isotopi del cesio. Obiettivo del nostro studio è stato quello di rilevare le concentrazioni di  $^{134}\text{Cs}$  e  $^{137}\text{Cs}$  in campioni di funghi epigei spontanei raccolti in Toscana tra il 2010 e il 2012.

**METODI**

I 120 campioni di funghi analizzati - 62 commestibili e 58 no - provenivano dalle aree forestali toscane di Vallombrosa, Valdarno, Abetone, Fiesole, Garfagnana. La concentrazione di  $^{134}\text{Cs}$  e  $^{137}\text{Cs}$  nei campioni raccolti è stata determinata applicando il metodo UNI 10136:1992. I dati sono presentati come media delle concentrazioni degli isotopi  $\pm$  deviazione standard. Applicando test t di Student sono state valutate eventuali differenze nelle concentrazioni medie tra funghi commestibili e non.

**RISULTATI**

Nessun campione analizzato ha presentato concentrazione di  $^{134}\text{Cs}$  o  $^{137}\text{Cs}$  superiore alla legge (600 Bq/Kg); tre esemplari - *Boletus erythropus*, *Lactarius deliciosus*, *Cortinarius orichalceus* - hanno mostrato una concentrazione di  $^{137}\text{Cs}$  rispettivamente pari a 89, 87 e 268 Bq/Kg. La media delle concentrazioni di  $^{137}\text{Cs}$  è stata di 9,09 ( $\pm$  27,64 DS) Bq/Kg; i valori di  $^{134}\text{Cs}$  sono stati  $<0,9$  Bq/Kg (inferiori al limite di rilevabilità analitica). Non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra funghi commestibili e non nella concentrazione media degli isotopi analizzati; i campioni commestibili di due aree di origine presentano una maggiore concentrazione di  $^{137}\text{Cs}$ .

**CONCLUSIONI**

Nei macromiceti epigei analizzati la concentrazione di  $^{137}\text{Cs}$  e  $^{134}\text{Cs}$  è significativamente inferiore ai limiti consentiti dalla norma nazionale per i prodotti alimentari, per cui non rappresentano un rischio per la salute dei consumatori. I valori elevati di alcuni campioni inducono ad eseguire indagini mirate sulle zone di provenienza degli stessi oltre che ripeterne il monitoraggio.



**ID 494**

**FLS-IT - ITALIAN FOOD LITERACY SURVEY PROJECT: PRIME EVIDENZE**

S. Vezzosi<sup>1</sup>; E. Troiano<sup>1</sup>; Giuseppina Catinello<sup>1</sup>; Marco Tonelli<sup>1</sup> et all\*<sup>1</sup>; R. Palumbo<sup>2</sup>; P. Adinolfi<sup>2</sup>; C. Annarumma<sup>2</sup>

\*MP Angellotti; P. Gnagnarella; G. Imperio; E. Lazzarino; S. Maccà; E. Mazza; PP. Morana; AM Rauti; E. Susin; E. Tomassetto; S. To

<sup>1</sup> Associazione Nazionale Dietisti ANDID, Verona

<sup>2</sup> CIRPA - Centro Interdipartimentale per la Ricerca di Diritto, Economia e Management per la Pubblica Amministrazione, Università degli Studi di Salerno, Salerno

**INTRODUZIONE**

Il concetto di Food Literacy (FL) comprende determinanti funzionali ma anche dimensioni di conoscenza e competenza per favorire una partecipazione dell'individuo alla definizione consapevole delle proprie scelte alimentari.

Per produrre un avanzamento della conoscenza scientifica, ANDID e CIRPA dell'Università degli Studi di Salerno hanno promosso il Progetto "Italian Food Literacy Survey".

Lo studio ambisce a sviluppare uno strumento concettuale per la misurazione del livello di FL e a costituire una task force di professionisti con competenze e strumenti omogenei per promuovere un più adeguato livello di alfabetizzazione alimentare

**METODI**

E' stato elaborato un questionario sperimentato su un campione di 158 persone residenti in Italia (convenience sampling), somministrato con approccio PAPI.

Per valutare l'affidabilità interna della survey è stata utilizzata l'alpha di Cronbach e attraverso l'analisi dell'area sottesa alla curva ROC è stato possibile trarre ulteriori spunti sulla qualità dello strumento di valutazione della FL

**RISULTATI**

I risultati evidenziano un'elevata affidabilità degli indicatori di alfabetizzazione alimentare con una alpha di Cronbach > 0.9, sintomo di una ottima internal consistency. Confortanti sono anche le informazioni desunte dall'analisi dell'area sottesa alla curva ROC (AUC = 0.74; SE = 0.049; significativo al livello 0.01) che incoraggiano a ritenere la survey idonea a discriminare tra i casi di inadeguata e adeguata FL.

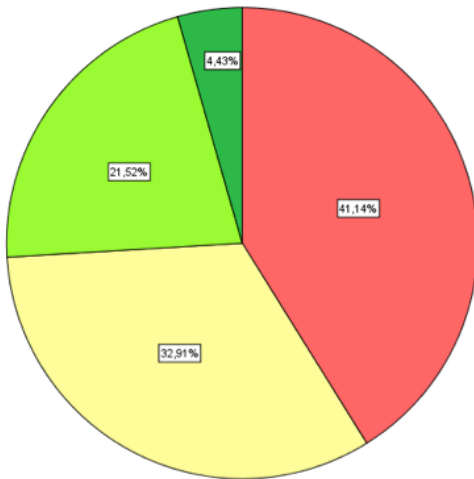
Bassi livelli di FL risultano prevalenti nel campione indagato

**CONCLUSIONI**

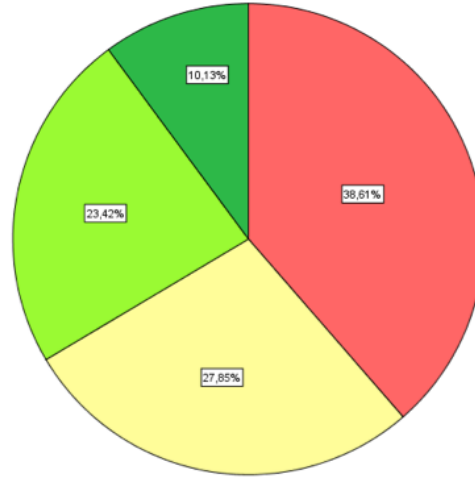
La bassa FL emersa nel preparare e consumare alimenti denuncia un loro utilizzo non corretto che trascura la salubrità, il bilanciamento dei nutrienti ed è sintomatica di una scarsa consapevolezza delle ripercussioni sociali del proprio stile alimentare. Percorsi Food Literacy oriented si rendono quindi necessari a garanzia di un "capitale sociale" che costituisce fattore determinante per le politiche di salute pubblica

*Food Literacy, Food Policy, Nutrizione, Salute Pubblica*

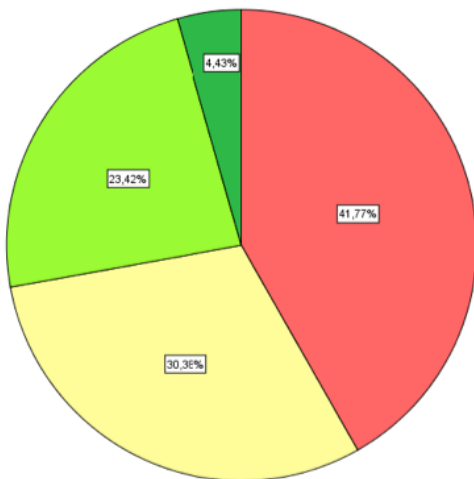
General Food Literacy



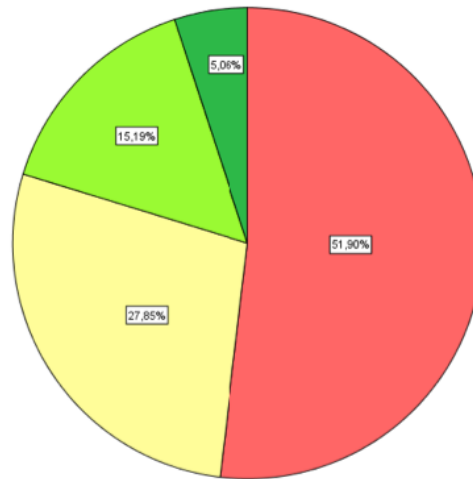
Plan and Manage Food Literacy



Select and Choice Food Literacy



Prepare and consume Food Literacy



- Inadequate Food Literacy
- Problematic Food Literacy
- Sufficient Food Literacy
- Adequate Food Literacy

**ID 496**

**INDAGINE CONOSCITIVA E APPLICAZIONE DI PROTOCOLLO PER LA VERIFICA ISPETTIVA DELLE CASSETTE DELL'ACQUA ED IL CAMPIONAMENTO DELL'ACQUA EROGATA**

C. Mazzetti; M. Bertelli; V. Laudani; R. Carmando; M. Casari; S. Forni; M. Mazzocchi; G. Mistrone; L. Prete

*Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL di Bologna, Bologna*

**INTRODUZIONE**

Le normative europee, nazionali e regionali configurano l'attività di distribuzione automatica dell'acqua come somministrazione di bevande; per cui si applica la legislazione pertinente. In particolare, poiché, i Gestori delle "cassette dell'acqua" sono a tutti gli effetti Operatori del Settore Alimentare, deve essere presa in considerazione l'analisi dei rischi in quanto l'acqua come gli alimenti può diventare importante veicolo di contaminazione. Obiettivo dello studio è la valutazione del Piano di autocontrollo, la sua attuazione, la presenza di procedure di manutenzione, di pulizia e disinfezione, del piano di campionamento dell'OSA e l'attuazione del protocollo di verifica predisposto dall'Unità Operativa Igiene Alimenti e Nutrizione (UO IAN).

**METODI**

È stata effettuata la verifica della documentazione presentata ai fini della registrazione (ex Reg. CE 852/2004); la mappatura ha evidenziato che il 90% delle installazioni è situato nei Distretti di Pianura dell'Azienda USL di Bologna. L'UO IAN ha effettuato ispezioni, valutazioni dell'autocontrollo, campionamenti di acqua per la verifica dei parametri di routine (ex D.Lgs. 31/2001), Fe, Na, P. aeruginosa.

**RISULTATI**

Lo studio, condotto sulla totalità delle cassette dei distretti Pianura, ha permesso di valutare il 75% dei Piani di autocontrollo degli OSA. I RISULTATI analitici sui campioni di acqua (effettuati in entrata/dopo filtrazione/all'erogazione) hanno evidenziato la conformità dell'acqua al D.Lgs. 31/2001 tranne in due casi in cui è stata riscontrata la presenza di alcune colonie di P. aeruginosa che hanno comportato la sospensione dell'erogazione fino al ripristino della conformità dell'acqua.

**CONCLUSIONI**

Nel complesso l'indagine ha confermato il mantenimento della buona qualità dell'acqua erogata, evidenziando l'importanza dell'applicazione di protocolli di manutenzione e disinfezione appropriati al fine di mantenere alto il livello di sicurezza dell'acqua erogata.

*cassette acqua, autocontrollo*

**ID 503**

**IL CLIMA CAMBIA: CONSEGUENZE SULLE MALATTIE A TRASMISSIONE ALIMENTARE E SFIDE PER LA SANITÀ PUBBLICA**

M. De Giusti 1,2; A. Cottarelli 1; L. Marinelli 1,2; A. Del Cimmuto 1,2; D. Tufi 1,2

1 Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive (DSPMI) "Sapienza" Università di Roma

2 Accademia Romana di Sanità Pubblica, Roma

**INTRODUZIONE**

Le Malattie a Trasmissione Alimentare (MAT) rappresentano un problema di Sanità Pubblica (SP) noto e non ancora risolto. Nell'ambito del Progetto del DSPMI "Sapienza"-Lazio-FILAS, si è voluto acquisire evidenza scientifica sui Cambiamenti Climatici (CC) e rischio MAT ad eziologia batterica.

**METODI**

E' stata condotta una revisione della letteratura su PubMed-Scopus-Web of Science (Key words: Foodborne-Infection-Diseases-Climate Change e operatori booleani AND-OR), senza limite temporale e criterio di inclusione articoli inerenti l'obiettivo della ricerca.

**RISULTATI**

La ricerca ha prodotto n.69 articoli[PubMed(17), Scopus(27), Web Science(25)]. Dopo selezione sono stati inclusi nella revisione n. 28 articoli pubblicati dal 1999-2016 (n.9 revisioni e n.19 studi primari). E' stata osservata una correlazione significativa tra aumentato rischio di salmonellosi (4.1%) e aumento delle temperature (IRR):1.041; 95% (CI):1.013-1.069(Jiang et al 2015). Inoltre si è osservata la prima outbreak da *V. parahaemolyticus* in Alaska nel 2004 per riscaldamento degli oceani e un andamento stagionale di infezioni da *Campylobacter* spp e *E.coli* per temperatura e piovosità.

**CONCLUSIONI**

Emerge che il CC determina un aumentato rischio di MAT anche ad eziologia batterica agendo direttamente sull'ecologia e sulle vie di trasmissione dei patogeni e indirettamente su: abitudini alimentari (aumentata richiesta di alimenti freschi/crudi); suscettibilità dell'ospite (stress indotto dalla temperatura) e rotte migratorie (vettori di patogeni in zone non endemiche). Il Ministero della Salute ha selezionato le priorità della collaborazione con EFSA tra cui "Model for predicting emerging risks due to climate change". La SP deve orientare l'attenzione anche su CC poiché, unitamente a fattori noti (abitudini alimentari, nuove tecnologie, trade, e normative) determineranno, soprattutto in Europa, la possibilità di garantire la food safety nel complesso International Agro-Food Trade Network.

*Malattie a trasmissione alimentare; Sicurezza alimentare; Cambiamenti climatici; Batterii patogeni alimentari.*

**ID 535**

**LA COLLABORAZIONE IN MATERIA DI PREVENZIONE TRA DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E CONFEDERAZIONE MICOLOGICA, NELLA REGIONE CALABRIA**

D. Macchioni 1; E. Marra 2

1 Responsabile Ufficio Igiene Alimenti e Bevande e Micologo Regione Calabria

2 Dirigente Medico Veterinario e Micologo ASP Cosenza, Direttore scientifico Confederazione Micologica Calabrese.

**INTRODUZIONE**

A seguito dei gravi casi di avvelenamento da funghi registrati (tab. 1), l'intensificazione di strategie utili ai fini preventivi adottate dalla Regione Calabria, Ufficio Igiene degli Alimenti, ha registrato la fattiva collaborazione della Confederazione Micologica Calabrese, a cui aderiscono i Gruppi Micologici regionali AMB. I Micologi ai sensi del D.M. 686/96 e gli Esperti in Micologia delle Associazioni, hanno rappresentato un valido sostegno alle attività pubbliche di prevenzione nelle iniziative di aggiornamento, formazione e regolamentazione.

**METODI**

E' stato predisposto un piano pluriennale di formazione e informazione, individuando due priorità: divulgare regole di prevenzione ai raccoglitori attraverso materiale informativo di facile consultazione e, nel contempo, realizzare eventi di aggiornamento materia di micotossicologia ed epatopatia tossica, destinati a Micologi, Medici di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale e dei Pronto Soccorso Ospedalieri. Inoltre è stato elaborato uno strumento normativo di riferimento regionale per la gestione dei casi di intossicazione da funghi.

**RISULTATI**

Nel periodo 2007-2015 sono stati realizzati: un Corso di Formazione per Micologi, 6 corsi di aggiornamento anche in microscopia fungina, un Workshop in Micotossicologia, e workshop informativi itineranti per la cittadinanza. E' stato diffuso presso le strutture sanitarie e gli studi medici un Manuale e un Vademecum per il raccoglitore (per un totale di 25000 copie) e sono stati diffusi poster e flyers informativi in tutto il territorio. Il Decreto n. 1648/2015, ha fornito agli operatori "Indirizzi Operativi Regionali per la gestione dei casi di intossicazione da funghi".

**CONCLUSIONI**

L'esperienza collaborativa, nel rafforzare il raccordo con il territorio, ha consentito di individuare carenze nei flussi informativi e ha facilitato l'adozione di misure efficaci e mirate, per la corretta prevenzione e per la gestione tempestiva dei casi.

*prevention, mushroom poisoning*

**ID 550**

**PERCORSI NUTRIZIONALI NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE E RESPIRATORIO**

W. Liuzzi; S. Liuzzi; P. Longo; M. Simeone; A.R. Cavallo; S. Capraro; T. Capogrosso; M. Innone; R. Stifini; A. Giorgino; A. Pesare

*Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto*

**INTRODUZIONE**

Secondo il quadro delineato dall'ultima rilevazione PASSI, la prevalenza di sovrappeso e obesità nella popolazione tarantina supera le analoghe stime regionali e nazionali in merito. In questo contesto e nell'ambito del Programma di sorveglianza cardiovascolare e respiratoria del CSA per Taranto, sono stati attivati dei percorsi nutrizionali finalizzati al miglioramento dello stato ponderale, attraverso la promozione di abitudini alimentari corrette. L'obiettivo di questo lavoro è descrivere i RISULTATI raggiunti al termine del primo anno di attività.

**METODI**

Il percorso nutrizionale, proposto attivamente ai soggetti sottoposti a visita di screening con BMI >25, si articola in una visita di arruolamento seguita da 3/4 sedute individuali di counselling, analisi motivazionale e follow-up dei parametri antropometrici a 1, 3, 6 e 12 mesi (T12 solo per soggetti obesi). Parallelamente, il programma include 6 sedute di educazione nutrizionale di gruppo. La gestione dei percorsi si basa sull'integrazione multidisciplinare di diverse figure professionali (dietista, psicologo, AS).

**RISULTATI**

Il 50,9% (n=623) dei soggetti sottoposti a visita di screening è risultato essere in una condizione di eccesso ponderale e l'adesione ai percorsi è stata del 78,7% (n=490). A 6 mesi dall'avvio dei percorsi il 61% (n=299) dei soggetti ha ottenuto un calo ponderale  $\geq 5\%$  del peso iniziale. Osservando la media dei BMI rilevati (tabella 1) a T0 e T6 si rileva una differenza statisticamente significativa ( $t=2,7$   $p<0,01$ ).

**CONCLUSIONI**

Il counselling nutrizionale è un valido strumento di promozione della salute in ambito alimentare e rappresenta un'ottima alternativa alla dietoterapia prescrittiva per educare i soggetti che presentano fattori di rischio legati allo stile di vita e ad una scorretta alimentazione. Gli interventi di prevenzione devono prevedere strategie finalizzate a cambiare i comportamenti del paziente le convinzioni che li sostengono e il contesto in cui si realizzano.

*Nutrizione, sicurezza alimentare*

**ID 551**

**ADERENZA ALLA DIETA MEDITERRANEA E COMPOSIZIONE CORPOREA IN UN CAMPIONE DI ULTRANOVANTENNI MUGELLANI**

F. Santomauro 1; C. Lorini 1; F. Sofi 2,3; R. Molino-Lova 3; F. Vannetti 3; C. Macchi 2,3; G. Bonaccorsi 2

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze

2 Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, Firenze

3 Fondazione Don Gnocchi, IRCCS Onlus, Firenze

**INTRODUZIONE**

Gli studi epidemiologici sugli ultranovantenni sono pochi e di questi solo alcuni indagano aspetti inerenti alla composizione corporea e al pattern dietetico di questa fascia di popolazione. Scopo di questo studio è descrivere l'aderenza alla dieta mediterranea e indagarne l'associazione con Body Mass Index (BMI) e composizione corporea in un campione di persone in tale fascia di età provenienti da un territorio geograficamente definito in cui la loro presenza è particolarmente numerosa.

**METODI**

Selezione del campione nell'ambito del Mugello Study, ricerca condotta tra i residenti ultranovantenni dei comuni del Mugello (Firenze), cui sono stati valutati aderenza alla dieta mediterranea mediante Mediterranean Diet Score (MedDietScore); composizione corporea con specific bioelectrical impedance vector analysis (BIVAsp); BMI.

**RISULTATI**

Nei 298 soggetti (71% femmine; età media:  $92,8 \pm 3,0$  anni) selezionati, non emergono differenze statisticamente significative per genere ed età rispetto ai parametri misurati.

Il valore medio del MedDietScore è  $34,3 \pm 3,6$ .

Il valore medio di BMI è di  $23,5 \pm 4,4$  kg/m<sup>2</sup>. I valori bioimpedenziometrici medi di resistenza (Rsp) e di reattanza specifici (Xcsp) sono, rispettivamente, di  $337,2 \pm 96,8$  e di  $32,2 \pm 11,7$  ohm·cm; l'impedenza specifica media (Zsp) è di  $338,9 \pm 96,9$  ohm·cm, l'angolo di fase di  $5,6 \pm 1,8$  gradi.

Il MedDietScore è significativamente correlato con BMI ( $r=0,138$ ;  $p=0,02$ ), Rsp ( $r=0,144$ ;  $p=0,01$ ) e Zsp ( $r=0,144$ ;  $p=0,01$ ). I valori medi di Rsp e Zsp aumentano significativamente all'aumentare del quartile del MedDietScore: da  $315,4 \pm 94,1$  a  $357,3 \pm 99,0$  ohm·cm per Rsp, e da  $317,2 \pm 94,3$  a  $358,9 \pm 99,1$  ohm·cm per Zsp.

**CONCLUSIONI**

I risultati confermano quanto riportato da altri Autori: maggiore è l'età del campione in studio, più elevata è l'aderenza alla dieta mediterranea. La longevità registrata in tale territorio potrebbe dunque riconoscere anche un cofattore dietetico.

**ID 580**

**IMPLEMENTAZIONE DEI CONTROLLI SULLA QUALITÀ DELL'ACQUA DESTINATA UMANO NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ULSS 7**

R. De Noni; V. Marcotrigiano; S. Rossi; S. Cinquetti  
*Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo (TV)*

**INTRODUZIONE**

Il piano dei controlli sulle acque destinate al consumo umano dell'AULSS 7 è stato integrato nel 2016 con la ricerca di parametri chimici supplementari presso le opere di captazione e un piano di campionamento presso le unità distributive automatiche di acqua trattata (c.d. cassette dell'acqua).

**METODI**

Su 40 sorgenti e pozzi del nostro territorio, sulla base del rischio e della vulnerabilità, sono stati ricercati Glyphosate/AMPA/Glufosinate d'ammonio (18 campioni) e desetil-desisopropil-atrazina (DACT) (4 campioni) in aree a vocazione vitivinicola. Sono state inoltre ricercate sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) (24 campioni). Sul 50% delle cassette dell'acqua del territorio è stato effettuato il campionamento di routine dell'acqua erogata. Tutti i campioni sono stati prelevati da aprile ad agosto 2016 ed analizzati dal laboratorio ARPAV.

**RISULTATI**

In merito alla ricerca di Glyphosate/AMPA/Glufosinate d'ammonio si è riscontrata in un pozzo la presenza di AMPA pari al limite fissato per gli antiparassitari dal D. Lgs. 31/2001 (campioni eseguiti a marzo e a maggio), il superamento in un terzo campione (giugno) mentre AMPA non era rilevabile nel mese di agosto. Per tale pozzo erano state già previste misure cautelative restrittive. Il Glyphosate è stato rilevato in tracce nello stesso pozzo in un campione nel mese di giugno. In un altro pozzo è stato riscontrata la presenza di Glyphosate inferiore al valore di parametro per gli antiparassitari del D. Lgs. 31/01. Tutti i campioni per ricerca PFAS rispettano i valori di performance fissati dal Ministero della Salute. I 16 campioni eseguiti presso i distributori automatici risultavano conformi ai parametri di routine previsti dal D. Lgs. 31/01.

**CONCLUSIONI**

Il controllo di sostanze emergenti nelle acque potabili deve essere mirato e valutato sulla base delle specificità territoriali, adeguatamente supportato dal laboratorio ufficiale ed è aggiuntivo rispetto ai controlli esterni previsti dal D. Lgs. 31/01.

*controlli acque destinate al consumo umano, pozzi e sorgenti, distributori di acqua trattata.*



**ID 603**

**SICUREZZA ALIMENTARE NEL COMPARTO VINICOLO: EVIDENZE NELL'AZIENDA ULSS 7 REGIONE VENETO**

V. Marcotriggiano; R. De Noni; C. Coghetto; S. Cinquetti  
*Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo (TV)*

**INTRODUZIONE**

Il comparto vinicolo è espressione di un settore produttivo di grande rilievo nel territorio dell'Azienda ULSS 7 e si collega all'estensione della superficie agricola destinata alla viticoltura.

**METODI**

Nel territorio dell'ULSS 7 sono notificati 335 stabilimenti di produzione ed imbottigliamento di vino che rappresentano circa il 70 % degli stabilimenti di produzione alimenti del territorio di competenza. Le cantine sono soggette, nell'ambito dei controlli ufficiali effettuati dal SIAN, alla classificazione del rischio alimentare secondo i criteri previsti dalla normativa regionale (D.D.R. 292/07 e D.D.R. 507/07), al campionamento di alimenti e bevande previsti dai Piani Regionali Integrati dei Controlli (P.R.I.C.) per la ricerca di parametri chimici e di residui di prodotti fitosanitari, oltre a ispezioni ed audit, secondo il Piano Aziendale Integrato dei Controlli.

**RISULTATI**

Il 90 % delle cantine categorizzate tramite check-list regionale specifica sulla classificazione del rischio degli stabilimenti produttivi risulta avere un basso livello di rischio e, conseguentemente, una ridotta frequenza di controlli ufficiali pianificati. I campioni su vino di produzione locale prelevati negli ultimi dieci anni e previsti dal P.R.I.C. risultano regolari alle analisi effettuate. Limitatamente alle analisi per ricerca di residui di prodotti fitosanitari, nel 43% di 51 campioni di vino prosecco sono presenti in tracce residui di prodotti fitosanitari ed il principio attivo rilevato con maggiore frequenza è il Dimetomorf.

**CONCLUSIONI**

Garantire la sicurezza alimentare dal campo alla tavola, nel complesso delle aziende vitivinicole presuppone interdisciplinarietà e controlli integrati tra Servizi del Dipartimento di Prevenzione, per un controllo mirato agli aspetti ambientali connessi alla produzione primaria, alla sicurezza sul lavoro, alla sicurezza alimentare ed alla tutela della risorsa idropotabile, nonché calibrati alla specificità del settore produttivo.

*sicurezza alimentare, comparto vinicolo, integrazione dei controlli*

**ID 731**

**SICUREZZA MICROBIOLOGICA NELLA PREPARAZIONE DELLE CONSERVE ALIMENTARI:  
SVILUPPO DI UN MANUALE DIVULGATIVO**

A. Ianni 1; F. Papini 2; T. Petitti 1

1 Università Campus Bio-Medico – Unità di Ricerca in Igiene, Statistica e Sanità Pubblica, Roma

2 Corso di Laurea in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana, Università Campus Bio-Medico, Roma

**INTRODUZIONE**

La sicurezza alimentare costituisce un obiettivo rilevante in sanità pubblica. La preparazione domestica di conserve alimentari è un'abitudine molto diffusa su scala nazionale, non scevra da rischi, anche di particolare severità.

Obiettivo del presente studio è di elaborare un manuale divulgativo, sulla base delle linee-guida ufficiali e delle principali evidenze scientifiche della letteratura internazionale, per la preparazione di conserve sicure e di qualità.

**METODI**

È stata condotta un'analisi della letteratura scientifica internazionale sul tema (rischi per la salute da conserve alimentari; METODI di prevenzione di provata efficacia) e delle principali fonti tecnico-normative disponibili, al fine di redigere una raccolta ed una gradazione delle evidenze scientifiche.

Sono state inoltre indagate le "best practice" internazionalmente riconosciute per la corretta informazione, educazione alla salute e divulgazione.

**RISULTATI**

Dall'analisi delle fonti di riferimento sono state individuate le principali evidenze scientifiche, sulla cui base è stato realizzato un manuale sulle corrette procedure di realizzazione delle confetture in ambito domestico, per garantire la maggior accessibilità alle regole di corretta prassi igienico-sanitaria. A tale scopo è stata posta particolare attenzione nel realizzare una progressiva integrazione tra la competenza tecnico-scientifica delle indicazioni ufficiali ed uno stile agevole, basato sui modelli di educazione alla salute ed informazione, oltre a quelli in uso nella manualistica di maggior diffusione e nei migliori siti web.

**CONCLUSIONI**

La corretta informazione e diffusione di conoscenze di provata efficacia per la buona pratica di preparazione alimentare permettono di prevenire i rischi ad essa connessi. Nella produzione industriale ed in quella domestica una adeguata fusione tra le migliori conoscenze tecnico-scientifiche e la tradizione di alcune preparazioni permette di garantire la qualità del prodotto finito.

*rischio microbiologico; conserve alimentari; educazione alla salute*

**ID 013**

**LA QUALITA' DELLE VACCINAZIONI NELLA ASL ROMA 6**

P. Vassallo; C. Paradisi; A. Anglani; R. Catapano; S. Dell'Orco; C. Federici; C. Pizzicannella  
ASL Roma 6, Albano Laziale (Roma)

**INTRODUZIONE**

La corretta gestione delle pratiche vaccinali ha assunto negli ultimi tempi un ruolo centrale nell'ambito delle azioni e degli interventi di sanità pubblica. Nella ASLRoma6 sono state elaborate due istruzioni operative per la riorganizzazione dei Centri Vaccinali. L'intervento ha fatto riferimento all'asse di processo e di esito in linea con il MCQ Miglioramento Continuo in Sanità e secondo il modello di Governance Clinica, strumento e strategia sanitaria per la qualità dei servizi, agendo nei percorsi di cura e nei processi assistenziali.

**METODI**

Sono stati presi in esame gli studi sulla organizzazione delle vaccinazioni, identificati mediante ricerca sistematica su Pubmed. Nell'ottica di sensibilizzare come l'organizzazione dei servizi e le prestazioni degli operatori sanitari, possano avere un impatto positivo e determinante nel raggiungimento dell'output della appropriatezza nella profilassi vaccinale l'Azienda Sanitaria ha organizzato un evento formativo accreditato, per gli operatori dei centri vaccinali. In una apposita sessione sono state esplicitate le istruzioni operative Aziendali dal titolo: "Gestione e Conservazione Vaccini" e "Profilassi Vaccinale".

**RISULTATI**

Dopo la formazione è stato avviato un percorso partecipativo per la graduale implementazione delle istruzioni operative con l'obiettivo di raggiungere un significativo incremento della copertura vaccinale, migliorare l'accesso alla prestazione riducendo i tempi d'attesa. rendere più efficiente l'approvvigionamenti dei vaccini sia in termini di programmazione degli acquisti che di riduzione della spesa.

E' stato effettuato un monitoraggio della soddisfazione dei clienti e dei principali indicatori di qualità degli output sanitari.

**CONCLUSIONI**

Risultano aspetti positivi nel promuovere la qualità dei servizi vaccinali, per mezzo di appropriati riscontri organizzativi e garantendo a livello aziendale uniformità degli interventi e l'integrazione di tutti gli ambiti assistenziali.

I

*Health Services Administration; Quality of Healthcare; Vaccination.*

**ID 041**

**CONOSCENZE E ATTITUDINI INERENTI ALLE VACCINAZIONI DELLE DONNE IN GRAVIDANZA: RISULTATI PRELIMINARI DI UN'INDAGINE REALIZZATA NELLA CITTÀ DI ROMA**

A. Rosso<sup>1</sup>; A. Massimi<sup>1</sup>; C. De Vito<sup>1</sup>; GP. Prencipe<sup>1</sup>; E. Pitini<sup>1</sup>; P. Villari<sup>1</sup>  
*Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.*

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni si è osservata la diffusione del fenomeno dell'"esitazione vaccinale" fra i neogenitori, che decidono spesso di rimandare o addirittura rifiutare alcune delle vaccinazioni proposte dal calendario vaccinale. Obiettivo dello studio è quello di ottenere informazioni dettagliate sulla diffusione di conoscenze e attitudini inerenti alle vaccinazioni e sull'intenzione di vaccinare nelle donne in gravidanza, individuandone i possibili determinanti.

**METODI**

Sono stati somministrati questionari autocompilati alle donne in gravidanza partecipanti a un corso di accompagnamento alla nascita in 11 Consultori Familiari della città di Roma.

**RISULTATI**

Hanno risposto all'indagine 151 donne, con un'età media di 32,6 anni, il 12% delle quali alla seconda gravidanza. Il livello di conoscenze rispetto alle vaccinazioni non è elevato: nessuna partecipante ha fornito una risposta esatta a tutte le otto domande riguardanti le conoscenze, e significativo è l'elevato numero di risposte "non so", che oscilla dal 25,0% al 57,8%. Anche in merito alle attitudini sulle vaccinazioni si è riscontrato un elevato livello di incertezza, così come rispetto all'intenzione a vaccinare: ad esempio, il 32,4% ha dichiarato di non sapere se sottoporre il proprio figlio al vaccino anti-MPR. L'8% ha espresso incertezza sulla propria scelta per tutte le vaccinazioni disponibili. Il 47,9% delle donne pensa che i medici spesso forniscano informazioni poco credibili o incomplete sui vaccini.

**CONCLUSIONI**

Le donne in gravidanza mostrano un elevato livello di incertezza rispetto alle proprie conoscenze e attitudini sulle vaccinazioni e alla scelta di vaccinare i propri figli. Nonostante i dati siano preliminari, si evince la necessità di sviluppare strategie per informare correttamente e assicurare questo particolare gruppo di popolazione nelle proprie scelte, anche tenendo conto del basso livello di soddisfazione rispetto alle informazioni ricevute dagli operatori sanitari.

**ID 049**

**IMPATTO DELLA VACCINAZIONE ANTIROTAVIRUS SULLE OSPEDALIZZAZIONI PER GASTROENTERITE ROTAVIRALE IN REGIONE SICILIA.**

C. Costantino; V. Restivo; F. Tramuto; F. Vitale

*Dipartimento di scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" – Università degli Studi di Palermo, Palermo*

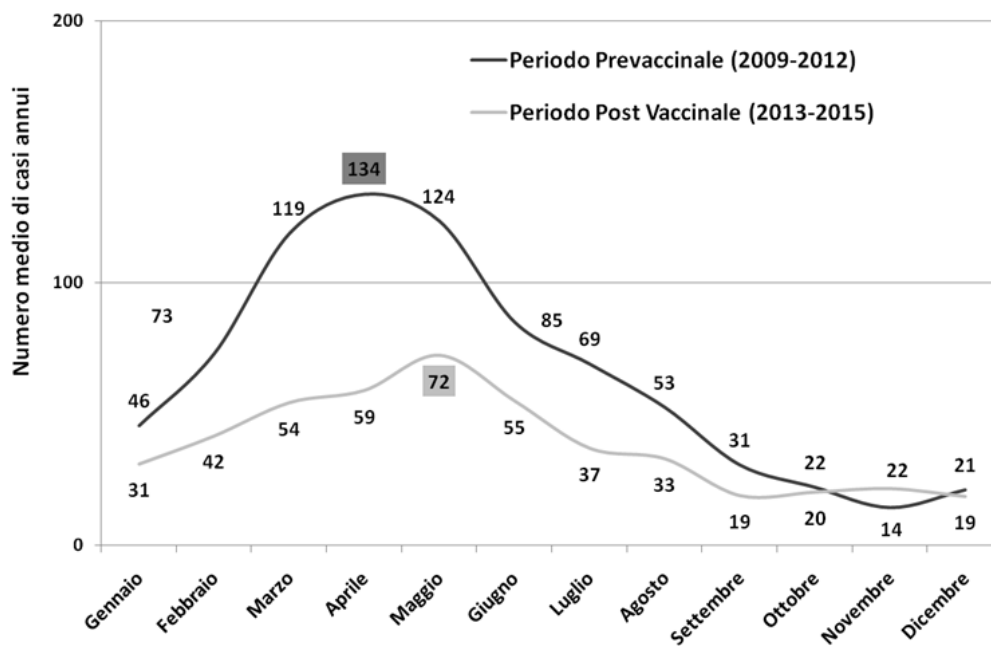
La gastroenterite rotavirale (GERV) è una delle principali cause di ricovero nei bambini di età inferiore ai 5 anni in Italia. L'unica strategia di Sanità Pubblica in grado di prevenirla è la vaccinazione. La Sicilia è stata la prima regione italiana ad introdurre la vaccinazione universale anti-Rotavirus (anti-RV) nel Gennaio 2013.

Sono stati raccolti i dati relativi ai ricoveri con codice ICD-IX CM 008.61 in qualsiasi posizione di diagnosi nei bambini di età compresa tra 0 e 59 mesi residenti in regione Sicilia nel periodo pre (2009-2012) e post (2013-2015) INTRODUZIONE vaccinale.

Tra il 2009 ed il 2015 sono stati osservati 5.718 ricoveri per GERV. Sono stati registrati una media di 961 casi annui in periodo pre vaccinale, con un tasso ospedalizzazione (TO) medio di 394/100.000, e di 624 casi annui (TO 270/100.000) in periodo post vaccinale. La riduzione di ospedalizzazioni per GERV è stata più consistente nella classe di età 0-35 mesi (-41%) in cui era disponibile il vaccino nel periodo in studio. Si è osservato anche uno shift del picco stagionale dei ricoveri per GERV confrontando periodo pre e post vaccinale da Aprile a Maggio (Figura 1). Le Province con le migliori coperture vaccinali hanno evidenziato riduzioni più marcate dei tassi di ospedalizzazione.

In Sicilia, dopo i primi tre anni di attività e con coperture vaccinali medie del 37%, i tassi di ospedalizzazione per GERV sono complessivamente in diminuzione. In particolare, i maggiori benefici si sono osservati nelle classi di età in cui era disponibile il vaccino (0-35 mesi) e nelle Province con coperture vaccinali superiori al 45%. Lo spostamento in avanti del picco di ricoveri per GERV, se confermato in futuro, potrebbe configurare un minore sovraccarico dei reparti pediatrici e una minore possibilità di trasmissione di patologie nosocomiali, venendo a mancare la sovrapposizione con patologie respiratorie tipiche del periodo tardo invernale (virus respiratorio sinciziale, influenza).

Figura 1: Stagionalità dei ricoveri per gastroenterite rotavirale in Regione Sicilia in bambini di età compresa tra 0 e 35 mesi di età confrontando periodo pre (2009-2012) e post (2013-2015) vaccinale.



**ID 083**

**STRATEGIE DI OFFERTA ATTIVA DELLE VACCINAZIONI ANTI-HERPES ZOSTER ED ANTI-PNEUMOCOCCICA CONIUGATA 13-VALENTE NEGLI ADULTI-ANZIANI**

S. Giuffrida; A. Passarello; A. Crea  
ASP Reggio Calabria - U.O.C. Igiene e Sanità pubblica

**INTRODUZIONE**

La Regione Calabria ha recentemente introdotto le vaccinazioni anti-Herpes Zoster e anti-pneumococcica coniugata 13-valente a favore di due coorti di popolazione, quella dei 65-enni e dei 70-enni e di tutti i soggetti a rischio.

**METODI**

Gli aventi diritto per età di Reggio Calabria, stanno ricevendo una lettera presso il proprio domicilio con la quale vengono invitati a effettuare le vaccinazioni suddette. Dal 23.2.2016 al 31.8.2016 sono stati invitati 2822 sessantacinquenni e 2857 settantenni. In totale, entro l'anno in corso, saranno inviate circa 11.000 convocazioni.

**RISULTATI**

Della coorte dei 65-enni hanno aderito alle vaccinazioni anti-HZ ed antipneumococcica rispettivamente il 14,39% ed il 14,60% dei soggetti invitati. Dei 70-enni rispettivamente il 10,29% ed il 10,92%. La co-somministrazione dei due vaccini nell'ambito della stessa seduta è avvenuta nel 96,1% dei 65-enni e nel 93,6% dei 70-enni.

**CONCLUSIONI**

La co-somministrazione non ha determinato aumento delle reazioni avverse. La chiamata attiva sembra essere strumento imprescindibile per il raggiungimento di adeguate coperture vaccinali nella popolazione adulta-anziana. Infatti, in altre aree della stessa ASP, ove la chiamata attiva non è stata ancora avviata, le percentuali di adesione sono assai più basse. L'utilizzo di tale strumento ha permesso inoltre di ottenere un effetto di comunicazione di massa attraverso la lettura da parte di tante persone dell'invito ed un effetto specifico indiretto sui Medici di Medicina Generale che sono spesso chiamati in causa da parte dei propri pazienti, al momento del ricevimento della comunicazione. Inoltre la chiamata attiva viene intesa come un segno di attenzione nei confronti di soggetti spesso trascurati dalle Istituzioni Sanitarie. Considerata la difficoltà di far giungere l'anziano ai Centri Vaccinali è opportuno approfittare dell'occasione per somministrare simultaneamente altri vaccini e/o invitare ad effettuare altre utili vaccinazioni.

*Chiamata attiva, vaccinazioni anti-HZ ed antipneumococcica coniugata 13-valente, adulti, anziani.*

**ID 085**

**STUDIO PROSPETTICO DELL'HESITANCY NELLA VACCINAZIONE ANTI-HPV: VALUTAZIONE DEI DETERMINANTI E DELL'EFFICACIA DI UN INTERVENTO RIVOLTO AI GENITORI DELLE ADOLESCENTI NELL'ASP DI PALERMO**

S. Palmeri 1; C. Costantino 1; C. D'Angelo 2; N. Casuccio 2; F. Pojero 1; A. Casuccio 1; F. Vitale 1

1 Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-infantile G. D'Alessandro, Università degli Studi di Palermo

2 Servizio di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva, ASP Palermo

**INTRODUZIONE**

In Italia la copertura vaccinale anti-HPV si mantiene ancora bassa e in costante decremento: nel 2012 per la coorte 1997 è stata del 66%, nel 2014 per la coorte 2002 del 54,1%.

Gli obiettivi del nostro studio sono stati: indagare i determinanti e i fattori che condizionano l'adesione alla vaccinazione anti-HPV e valutare l'efficacia di un intervento finalizzato a fornire informazioni ai genitori sull'infezione da HPV e sul vaccino.

**METODI**

A Giugno 2013 le ragazze della coorte 1999 residenti a Palermo non vaccinate (1123 su 1750 eleggibili) sono state divise in due gruppi: uno (562) di controllo e uno (561) che riceveva un intervento (questionario e counseling vaccinale per via telefonica) rivolto ai genitori.

Un anno dopo le interviste sono state rivalutate le coperture vaccinali dei due gruppi al fine di valutare l'efficacia dell'intervento.

**RISULTATI**

Il 31,7% del campione crede nella vaccinazione, il 40,1% sostiene solo quelle obbligatorie, il 28% è dubbioso e lo 0,2% è contrario.

Per il 62,3% la principale fonte di informazioni sono gli operatori sanitari, per il 28,6% i mass media, per il 9,1% la scuola e la famiglia.

Il 44,5% ritiene inadeguate le informazioni ricevute.

Il 32,1% non ha mai parlato di vaccinazione con i medici, il 12,1% ha ricevuto da essi informazioni contrastanti, all' 8,4% è stata sconsigliata.

Un anno dopo le interviste il 10,3% del gruppo controllo ha completato la vaccinazione anti-HPV contro il 27,1% del gruppo di intervento ( $p < 0,0001$ ).

**CONCLUSIONI**

I fattori che principalmente hanno contribuito al rifiuto della vaccinazione sono state le informazioni inadeguate alle famiglie e il messaggio non omogeneo da parte degli operatori sanitari. È dunque necessario valorizzare e promuovere una comunicazione univoca, chiara e completa sulla vaccinazione anti-HPV.

Per promuovere l'adesione consapevole alla vaccinazione anti-HPV è importante lavorare su più fronti in una sinergia di azioni, iniziative e buone pratiche vaccinali.



**ID 099**

**CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI (CAC) DEL PERSONALE DOCENTE DELLE SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE NEI CONFRONTI DELLA PRATICA VACCINALE**

M. Riccò 1; G. Gualerzi 2; C. Signorelli 2,3

1 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della PA di Trento, UOPSAL, Trento

2 Università degli Studi di Parma, Parma

3 Università "Vita e Salute" San Raffaele, Milano

**INTRODUZIONE**

La scuola è considerata pietra angolare dell'educazione sanitaria. Scopo di questo studio è valutare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti (CAC) dei docenti scolastici (DS) riguardo le vaccinazioni.

**METODI**

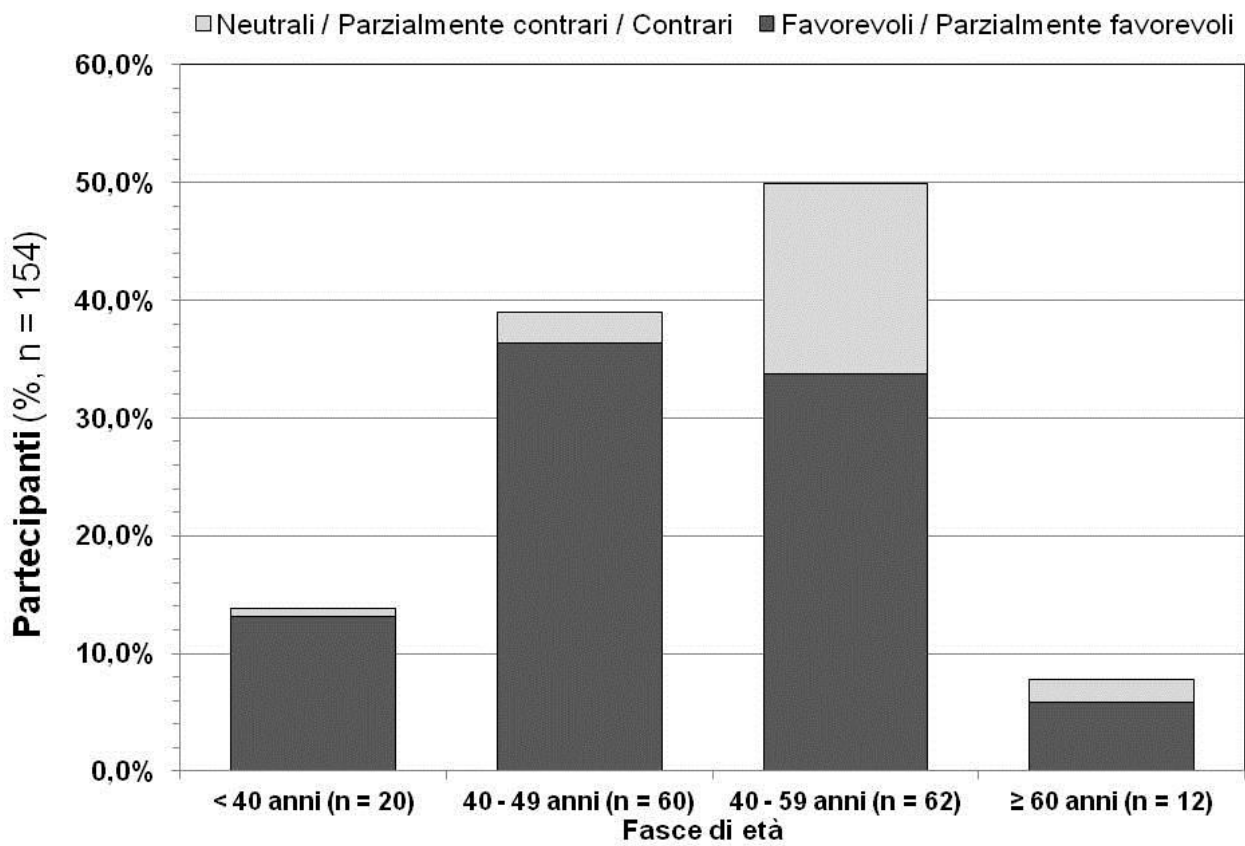
Lo studio è stato condotto nel corso del 2016 e ha riguardato 154 DS afferenti alle province di Bergamo, Brescia e Lodi, invitati a rispondere ad uno specifico questionario strutturato riguardante (1) fonti informative, (2) abitudini individuali, (3) conoscenza delle problematiche correlate all'uso dei vaccini; (4) conoscenza delle raccomandazioni ufficiali (Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2016-2018).

**RISULTATI**

In generale, l'88.3% dei partecipanti era in qualche modo favorevole alla pratica vaccinale. La principale ragione per rifiutare le vaccinazioni era identificata nel rischio di effetti collaterali, mentre la principale motivazione alla vaccinazione era rappresentata dall'evitare infezioni da parte di malattie prevenibili da vaccino (67.6%). Le principali fonti informative erano professionisti sanitari (75.3%) e new media (13.1%). Questi ultimi erano più spesso associati ad una attitudine negativa ( $p < 0.001$ ). In un modello di analisi di regressione, la percezione del rischio era positivamente associata con una migliore propensione vaccinale ( $B = 0.372$ , 95%CI 0.247 - 0.496 e  $B = 0.005$ , 95%CI 0.004 -0.006, rispettivamente per le vaccinazioni raccomandate negli studenti e nei DS). Al contrario, la conoscenza delle raccomandazioni ufficiali era predittiva di una migliore attitudine solo per le vaccinazioni raccomandate negli studenti ( $B = 0.196$ , 95%CI 0.036 -0.355).

**CONCLUSIONI**

Nonostante le piccole dimensioni, questo studio è consistente con report precedenti che suggeriscono la presenza di un deficit informativo nei SD e che la percezione del rischio delle malattie infettive è il principale determinante della propensione vaccinale.



**Figura 1.** Attitudine dei partecipanti (n = 154) nei confronti delle vaccinazioni suddivisa per fascia di età.

**ID 104**

**LA VACCINAZIONE ANTITETANICA NEGLI OPERATORI AGRICOLI: PREVALENZA E FATTORI DI RISCHIO PER LA MANCATA COPERTURA VACCINALE (PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, 2016)**

M. Riccò 1; C. Signorelli 2,3

1 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, UOPSAL, Trento

2 Università degli Studi di Parma, Parma

3 Università "Vita e Salute" San Raffaele, Milano

**INTRODUZIONE**

Gli operatori agricoli (OA) sono ad elevato rischio per l'infezione tetanica (IT). Scopo del presente studio è valutare stato vaccinale antitetanico (SV) e conoscenze/attitudini negli OA nella Provincia Autonoma di Trento.

**METODI**

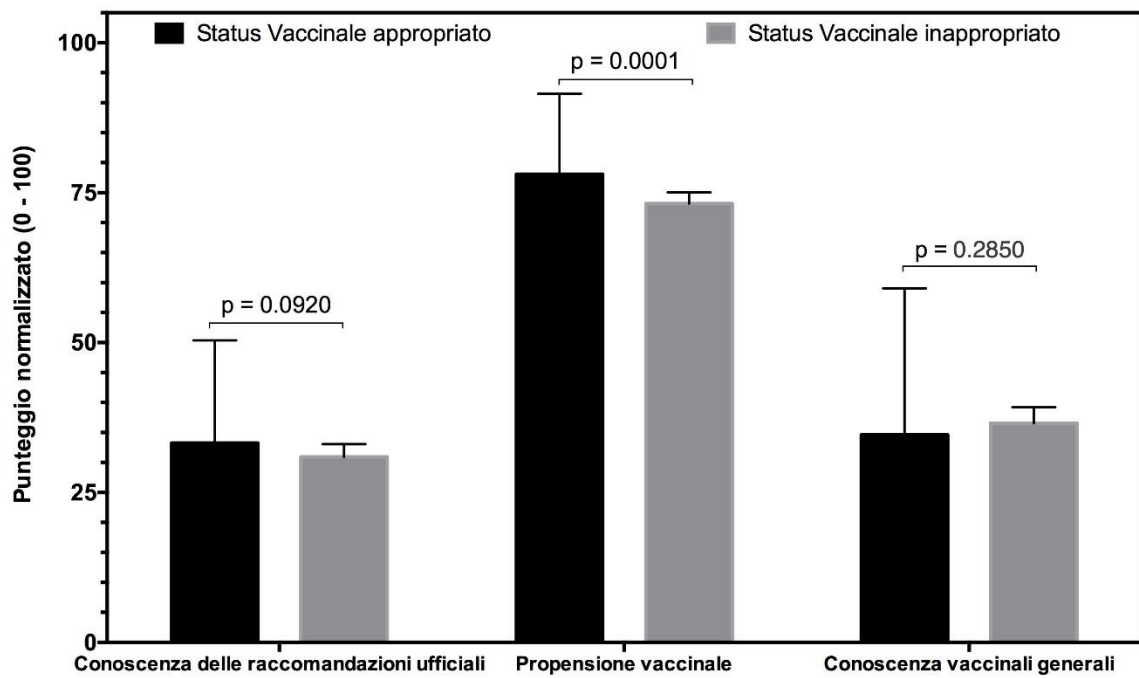
Lo SV di 413 OA è stato verificato fra 01/01/2016 e 30/06/2016 tramite analisi del tesserino vaccinale. Conoscenze specifiche, attitudini e comportamenti correlati alla vaccinazione antitetanica (VA) erano valutate tramite un questionario specifico (Betsch and Wicker, 2014; modificato).

**RISULTATI**

Il 79.5% degli OA era favorevole alla VA, il 72.7% la riconosceva come obbligatoria, mentre il 51.3% riteneva l'IT potenzialmente mortale. Lo SV era appropriato nel 51.2%, senza differenze per età, sesso e livello di educazione, ed era associato con la conoscenza delle raccomandazioni ufficiali (adjOR 2.549 IC95% 1.809-3.592) e la percezione dell'IT come potenzialmente mortale (adjOR 3.250 IC95% 1.876-5.785). Relativamente i casi di SV inadeguato/non documentato (49.8%): nel 20.9% l'ultimo richiamo datava <10 anni prima, ed era indeterminato nel 28.9%. Nel 33.1% degli OA l'ultimo richiamo era stato eseguito presso un Pronto Soccorso, e nel 25.3% presso i servizi vaccinali ASL. La principale motivazione al richiamo era evitare l'IT (75%, adjOR:2.472 95%CI:1.487-4.109). La principale motivazione di uno SV inappropriato era la dimenticanza del richiamo (20.7%); il 7.2% riferiva paura degli effetti collaterali, o scarsa fiducia nelle vaccinazioni (4.8%). Sia propensione vaccinale che SV erano correlate con un più basso livello di erronee opinioni ed un più alto livello di conoscenza delle raccomandazioni vaccinali (p=0.002 e p<0.001 rispettivamente).

**CONCLUSIONI**

L'elevata frequenza di "dimenticanze vaccinali" sottolinea l'importanza di appropriate politiche di richiamo vaccinale. Inoltre, la correlazione positiva fra conoscenze vaccinali, conoscenza delle raccomandazioni e SV evidenzia l'importanza di programmi di formazione/informazione.



**Figura 1.** Rappresentazione grafica dei tre punteggi sintetici calcolati per il campione, e cioè: (1) conoscenza delle raccomandazioni ufficiali del PNPV 2016-2018 (i.e. identificazione di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per gli operatori agricoli); (2) propensione vaccinale (auto-valutata dai lavoratori); (3) conoscenze vaccinali ricavate dal questionario di Betsch e Wicker (2014, modificato) comprendente una serie di affermazioni (vere e false) relative ai vaccini. I punteggi sintetici così ottenuti sono stati normalizzati in valori percentuali e confrontati tramite t test per dati non appaiati.

**ID 140**

**L'OFFERTA ATTIVA DELLA VACCINAZIONE ANTI-HPV NELLA REGIONE LAZIO**

E. Terracciano 1; G.L. D'Alò 1; E. Zorzoli 1; L. Zaratti 2; E. Franco 2

1 Scuola di specializzazione Igiene e Medicina Preventiva Università degli studi di Roma "Tor vergata"

2 Dipartimento di biomedicina e prevenzione Università degli studi di Roma "Tor vergata"

**INTRODUZIONE**

L'80% delle donne sessualmente attive si infetta nel corso della vita con i Papilloma Virus Umani (HPV). In Italia la vaccinazione contro i ceppi oncogeni è offerta alle ragazze nell'undicesimo anno di vita.

Scopo del lavoro è stato la valutazione delle modalità operative di offerta del vaccino alle fasce target e alla popolazione suscettibile per evidenziare una eventuale correlazione con le coperture vaccinali nelle ASL regionali.

**METODI**

Il protocollo prevede la valutazione dell'esistenza a livello delle ASL di: procedure, modalità aziendali di chiamata attiva ed offerta indirizzata a fasce non in target, dati di copertura, azioni specifiche poste in essere, rapporti con la Pediatria e modalità di raccolta dati. Le informazioni sono state reperite tramite l'analisi dei siti istituzionali e l'utilizzo di un questionario somministrato ai referenti delle 10 ASL. Inoltre si è eseguito un controllo a campione telefonando negli orari di disponibilità dichiarata. I dati di copertura utilizzati sono quelli ufficiali della Regione.

**RISULTATI**

I dati rilevati dal documento Regionale circa gli orari di apertura e le modalità di accesso sono riportati in Tabella 1. Qualche difformità è stata osservata nel confronto con i siti ufficiali e i dati dei referenti. La ricerca di informazioni telefoniche ha dimostrato una notevole difficoltà di accesso al servizio. La valutazione delle differenze tra i dati di copertura e le eventuali correlazioni con le pratiche messe in atto saranno utilizzate per individuare le best practice regionali che garantiscano il miglior risultato di copertura per la vaccinazione in analisi.

**CONCLUSIONI**

Nel corso del lavoro è emersa una notevole difformità tra i servizi e una difficoltà nel reperimento delle informazioni da parte dell'utenza. Difficoltà che andrebbero esaminate e sanate anche nell'ottica dell'estensione dell'offerta della vaccinazione anti HPV prevista dal prossimo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

**ID 159**

**DATI DI CO-SOMMINISTRAZIONE IN ITALIA DEL VACCINO MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA-VARICELLA (PRIORIX TETRA™) ED I VACCINI ANTI-MENINGOCOCCICI CONIUGATI**

S. Fantoni; F. Marchetti  
GlaxoSmithKline S.p.A.  
Via A. Fleming 2, 37135 Verona, Italia

**INTRODUZIONE**

Una volta aggiornato, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) dovrebbe armonizzare i diversi calendari regionali attualmente vigenti, prevedendo per bambini di 13-15 mesi i vaccini morbillo-parotite-rosolia (MPR), vaccino meningococcico coniugato C (MenC o MenACWY), vaccino anti varicella (V) e vaccino meningococcico B (MenB) nell'ambito di 2 sole sedute distanziate da un mese. La co-somministrazione di MPRV+MenC permetterebbe di somministrare al bambino in una sola seduta la maggior parte delle vaccinazioni previste offrendo l'ulteriore opportunità di anticipare la protezione con MenC.

**METODI**

Sono disponibili due studi randomizzati controllati che hanno preso in esame la co-somministrazione di MPRV (Priorix Tetra™) con vaccini meningococcici coniugati in bambini di 13-15 mesi e dati di impiego routinario.

**RISULTATI**

Studio NCT01506193: In 716 bambini, i tassi di sieroconversione nel gruppo MPRV+MenC-CRM197 erano non inferiori a MPRV. La non inferiorità è stata dimostrata anche per MMRV+MenC-CRM197 rispetto a MenC-CRM197 mediante il saggio di batteriocidia rSBA. L'andamento della febbre è risultato paragonabile tra MPRV+MenC-CRM197 e MPRV e più alto rispetto al gruppo MenC-CRM197 (Figura1). Studio NCT00474266: In 1000 bambini è stata documentata la non-inferiorità di MenACWY-TT rispetto a MenC-CRM197 e la non inferiorità di MenACWY-TT+MPRV verso MenACWY-TT. Gli episodi febbrili nei gruppi MPRV e MenACWY-TT+MPRV sono risultati comparabili. Dati post-marketing su MPRV+MenC-CRM197 provengono dalla recente esperienza toscana. Dopo la somministrazione di 451,570 dosi di MenC-CRM197, sono stati notificati 110 presunti eventi avversi (tasso medio di segnalazione annuale: 2,8 / 10.000 dosi) con il 21,3% (19/89) dopo MenC-CRM197+MPR e il 21,3% (19/89) dopo MenC-CRM197+MPRV.

**CONCLUSIONI**

La co-somministrazione di MPRV con MenACWY-TT o MenC-CRM197 in Italia è documentata sia negli studi clinici che nell'impiego routinario.

**ID 160**

**COMBATTERE LA NEISSERIA MENINGITIDIS: LE STRATEGIE VACCINALI ATTUALI E FUTURE**

I. Manini; C.M. Trombetta; G. Lazzeri; S. Rossi; T. Pozzi; E. Montomoli

*Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena, Siena; 2 VisMederi S.r.l., Siena*

La malattia meningococcica è un'infezione batterica sistemica causata dalla *Neisseria meningitidis*. In base ai polisaccaridi presenti nella capsula, sono stati identificati 13 sierogruppi di meningococco ma solamente i ceppi A, B, C, X, Y e W135 causano la meningite nell'uomo. La vaccinazione rappresenta il mezzo principale per la prevenzione e il controllo delle infezioni meningococciche. Negli ultimi cinquant'anni sono stati introdotti in commercio vaccini monovalenti (gruppo A o C), bivalenti (gruppi A e C), trivalenti (gruppi A, C, W) fino ad arrivare al quadrivalente (gruppo A, C, Y, W135) non coniugato. Dato che il vaccino quadrivalente non coniugato si era dimostrato poco immunogenico nei bambini sotto i due anni di età, i polisaccaridi della capsula batterica sono stati coniugati a proteine carrier come la tossina tetanica o la tossina difterica per aumentare la risposta immunitaria della vaccinazione. Nel 2013 L'EMA (Agenzia Europea del Farmaco) ha autorizzato l'immissione in commercio in Europa del vaccino meningococco gruppo B coniugato, che diversamente dai vaccini contro gli altri quattro sierogruppi meningococcici è stato formulato attraverso una *METHODICA* innovativa chiamata "reverse vaccinology". Attualmente nuove formulazioni vaccinali sono in fase di sviluppo e di valutazione con **RISULTATI** promettenti nei modelli animali come il topo e il coniglio. Studi di fase II sono stati condotti per valutare l'immunogenicità del vaccino contenente tutti i cinque sierogruppi (A, B, C, W e Y). Il notevole progresso nel controllo della meningite deriva anche dagli studi di sorveglianza e di comparazione con le coperture vaccinali che devono essere attentamente valutati in modo tale che anche i programmi di vaccinazione nazionali siano prontamente adattati e ottimizzati.

*Neisseria meningitidis, vaccino coniugato, sorveglianza.*

**ID 164**

**LA VACCINAZIONE DELLE GRAVIDE PER LA PERTOSSE: UN'ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE FRA AREA MATERNO-INFANTILE E IGIENE PUBBLICA**

M.Farneti 1; A.Brunelli 1; L.Salizzato 2; B.Bondi 2; D.Travisani 1; G.Quadrelli 2; M.Pirini 1

1 U.O. Pediatria e Consultorio Familiare ambito di Cesena AUSL della Romagna

2 U.O. Igiene e sanità pubblica ambito di Cesena AUSL della Romagna

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi anni in molti Paesi avanzati è riemersa la pertosse colpendo soprattutto piccoli lattanti non ancora vaccinati o con cicli ancora incompleti. In attesa di vaccini più efficaci che limitino la circolazione del germe sono stati proposti nuovi approcci vaccinali per controllare la malattia in questa fascia d'età così a rischio di gravi complicazioni. La vaccinazione delle gravide si è rilevata una arma efficace e sicura e in alcuni Paesi è entrata nell'assistenza standard delle gravide. Sulla base di tali positive esperienze, nella AUSL della Romagna, si è avviato un progetto per la vaccinazione delle gravide. Esso nasce grazie ad un contesto facilitante caratterizzato da una U.O. Materno-Infantile formata dalla Pediatria di Comunità (PdIC) che gestisce le vaccinazioni dei minori e dai Consultori Familiari (CF) che seguono le gravidanze, tutto ciò in stretta collaborazione con il Dip. di Sanità Pubblica che gestisce le vaccinazioni negli adulti.

**METODI**

Il team di progetto, formato dalla PdIC, dal CF e dall'U.O. di Igiene Pubblica, si è concentrato su 5 punti "critici"(tab.1):

Si è deciso di offrire la vaccinazione nel corso del 3° trimestre di gestazione (27esima-36esima settimana) alle donne che non abbiano effettuato vaccinazioni/richiami per pertosse o presentato la pertosse nei 12 mesi antecedenti la gravidanza. L'informazione all'utenza è stata gestita dai professionisti di area ostetrica sia dei CF che liberi professionisti utilizzando materiale informativo costruito ad hoc (fig. 1).

**RISULTATI**

Il progetto è partito il 1/3/2016 e fino a 31/8 sono state seguite 746 gravide, di queste 443 hanno ricevuto il materiale informativo specifico e 241 (54,4%) hanno eseguito la vaccinazione.

**CONCLUSIONI**

I primi 6 mesi di lavoro hanno evidenziato una buona risposta dell'utenza ma la necessità di migliorare l'offerta soprattutto nell'area dei liberi professionisti e il sistema informativo integrandolo nella cartella informatizzata della gravidanza.





### **Perché devo fare un vaccino contro la pertosse mentre sono incinta?**

Il vaccino contro la pertosse è raccomandato durante il terzo trimestre (27esima-36esima settimana di gravidanza) in modo che il tuo corpo possa creare anticorpi e passarli al tuo bambino prima della nascita. Questi anticorpi sono in grado di proteggere il neonato subito dopo la nascita e fino a quando il bambino inizierà il ciclo del vaccino contro la pertosse.

### **Questo vaccino è sicuro per me e per il mio bambino?**

Sì. Il vaccino contro la pertosse (dTpa) è molto sicuro per te e il tuo bambino. Gli effetti collaterali più comuni sono lievi, come arrossamento, gonfiore o dolore nel braccio dove viene fatto il vaccino. Questi sintomi vanno via in pochi giorni.

I medici e le ostetriche concordano sul fatto che il vaccino contro la pertosse è sicuro ed è importante farlo durante il terzo trimestre di ogni gravidanza.

Fare il vaccino durante la gravidanza non aumenta il rischio di complicanze come basso peso neonatale o parto prematuro.

### **Come può il mio bambino essere esposto alla pertosse?**

La pertosse si diffonde da persona a persona quando si tossisce o starnutisce o quando si sta molto tempo vicini l'un all'altro, come quando si tiene il neonato in braccio. Alcune persone con la pertosse possono avere solo una tosse lieve o quello che sembra un comune raffreddore. Poiché i sintomi, soprattutto negli adulti, possono essere molto lievi, le persone che entrano in stretto contatto con il tuo bambino possono non sapere di avere la pertosse e possono contagiarlo.

### **Mamma, tu sei l'unica che può proteggere, prima della nascita, il tuo bambino dalla pertosse**

La Pertosse nei primi mesi di vita è una malattia grave e a volte mortale. Purtroppo il vaccino per prevenirla può essere somministrato solo dopo il 2° mese di vita. La buona notizia è che puoi evitare questa lacuna nella protezione facendo il vaccino (detto dTpa, perché protegge contro la pertosse ma anche contro tetano e difterite) nel terzo trimestre di gravidanza. Vaccinandoti passi gli anticorpi al tuo bambino così quando nasce è protetto contro la Pertosse.

### **La vaccinazione contro la pertosse**

**La scelta migliore in gravidanza per il tuo bambino**

**ID 169**

**VALUTAZIONE ECONOMICA DELLA VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA NEGLI ADULTI:  
UNA REVISIONE SISTEMATICA**

BR. Porchia 1; P. Bonanni 2; A. Bechini 2; S. Boccalini 2

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

2 Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze

**INTRODUZIONE**

Le malattie pneumococciche sono patologie gravi e potenzialmente fatali, che colpiscono adulti, anziani e immunocompromessi. La prevenzione è possibile grazie alla vaccinazione. Lo scopo della revisione sistematica è di analizzare il profilo economico, in termini di costi e benefici, della vaccinazione antipneumococcica negli adulti e negli anziani.

**METODI**

La ricerca degli studi economici è stata condotta su Pubmed, Embase, Scopus, sui database di HTA e NHS EED e consultando riviste specializzate in valutazioni economiche. Sono stati inclusi articoli originali e revisioni sistematiche relative alle valutazioni economiche del vaccino polisaccaridico 23-valente (PPV23) e/o coniugato 13-valente (PCV13) in adulti, anziani e immunocompromessi; pubblicati in inglese, italiano e spagnolo tra il 2006 e il 23/03/2016.

**RISULTATI**

Dai database sono stati ottenuti 1757 articoli, di questi 160 selezionati per titolo e abstract e 34 per full text. Due ulteriori articoli sono stati aggiunti dalla ricerca manuale sulle riviste. In totale sono stati inclusi nella revisione 36 lavori. Dagli studi selezionati emerge che la vaccinazione con il PPV23 è costo-efficace (vs nessuna vaccinazione) negli ultrasessantenni e nella popolazione, ed è altamente costo-efficace nei gruppi a rischio; vanno però considerati la durata della protezione e gli effetti della rivaccinazione. La vaccinazione con il PCV13 negli ultrasessantacinquenni risulta costo-efficace e, in alcuni studi cost-saving; costo-efficace è anche la vaccinazione nei gruppi a rischio. I RISULTATI degli studi negli immunocompromessi non sono uniformi sul profilo economico per il regime sequenziale PPV23/PCV13 rispetto al solo PCV13.

**CONCLUSIONI**

Entrambi i vaccini considerati hanno un profilo economico vantaggioso e la vaccinazione dovrebbe essere raccomandata in adulti, anziani e gruppi a rischio. La scelta del vaccino da utilizzare deve tener conto sia dei dati di efficacia clinica che delle valutazioni economiche.

**ID 171**

**UNO STUDIO RETROSPETTIVO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI DI EDUCAZIONE E PROMOZIONE SANITARIA AI FINI DEL RAGGIUNGIMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI**

G. Ioppolo; S. Sidoti; G. Puglisi

*ASP- Messina, U.O.S. di Medicina Preventiva-Patti - Dipartimento di Prevenzione - MESSINA*

**INTRODUZIONE**

Quanto è efficace la conduzione capillare d'una campagna di educazione sanitaria nella promozione di un vaccino ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale assegnati dal SSN? La ricerca su PubMed di dati di letteratura che affrontino tale problematica non ha dato esito soddisfacente. Quello che segue, vuol essere un contributo autonomo ed indipendente, al fine di valutare l'impatto d'una campagna di educazione sanitaria e promozionale, sui RISULTATI (outcomes) della vaccinazione promossa.

**METODI**

La "somministrazione" di "Educazione Sanitaria" sottoforma di incontri con genitori, docenti, personale della scuola, personale impegnato a vario titolo nelle attività di educazione e promozione della salute, è stata paragonata alla stregua di un "fattore attivante" l'adesione alla campagna vaccinale.

**RISULTATI**

Abbiamo esaminato retrospettivamente, i risultati delle coperture vaccinali per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero da HPV ottenuti nel distretto sanitario di Patti. Il raggruppamento dei SI expo e dei No Expo all'azione del "fattore attivante" è stato operato sulle coorti delle undicenni sottoposte a vaccinazione anti-HPV nei trienni 2007-2009 (esposti) e 2012-2014 (non esposti).

RISULTATI: v. Tab.

Fonte Dati: v. Tab.

**CONCLUSIONI**

La lettura dei numeri e delle percentuali allo stato grezzo, riportati nelle tabelle e nei grafici allegati, mette in evidenza come la somministrazione di Educazione Sanitaria nelle scuole sia un potente fattore di stimolo al raggiungimento di coperture vaccinali adeguate, evidenza confermata dai test di significatività statistica. Una controprova di quanto asserito è l'assoluta irrilevanza delle coperture vaccinali anti HPV negli undicenni di sesso maschile, ferme a poche decine di unità, anche se questi ultimi scontano, sia l'insufficiente informazione, sia errori di comunicazione della prima che ha determinato la falsa convinzione che la prevenzione HPV riguarda solo il sesso femminile.



ORGANIZING SECRETARIAT:



Via Ambrogio Binda, 34 | 20143 Milano - Italy  
Ph. +39 02 34934404 | Fax +39 02 34934397  
[www.mcascientificevents.eu](http://www.mcascientificevents.eu) | [www.mca-group.eu](http://www.mca-group.eu)  
[info@mcascientificevents.eu](mailto:info@mcascientificevents.eu)

**ID 177**

**LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELL'ANZIANO IN COMUNITÀ**

M.L. Graziano

*Igiene e Sanità Pubblica ASP Potenza Basilicata*

La struttura solida della tradizionale famiglia , attualmente è minata da fattori socio-economici, che spesso portano le nuove generazioni ad intraprendere attività lavorative e/o di studio lontano dai propri luoghi di origine. E l'anziano, che rappresenta una percentuale al di sopra del 20%, spesso anche fisicamente e non solo, non autonomo, trova rifugio nelle strutture di accoglienza , meglio definite case di riposo per anziani.

In Basilicata, questo fenomeno si sta manifestando, un po' piu' tardivamente rispetto al resto d'Italia, ma in maniera sempre piu' evidente.

Sono state analizzate 3 strutture per anziani in un ambito montano territoriale di circa 15000 abitanti , nella parte nord della Basilicata.

Le 3 strutture hanno una capacità recettiva di 120 posti ,tutti occupati da persone con un'età media di 84 anni ( max 103- min 49), con situazioni cliniche differenti e carichi assistenziali di diversa entità , in quanto presenti utenti con numerose patologie neurologiche ed utenti con grado di autonomia limitato.

Alla luce dell'età anagrafica e della complessità dei quadri clinici si ritiene ancora piu' indispensabile attivare gli strumenti di prevenzione disponibili , quali le vaccinazioni antinfluenzale ed antipneumococciche a tutti i pazienti, con l'obbiettivo di limitare le disuguaglianze di assistenza e di migliorare lo stato di salute di pazienti fragili in strutture non sempre organizzate a " prendersi carico" delle problematiche che si creano. La sorveglianza sanitaria sull'efficacia dei vaccini, nel corso della stagione invernale 2016-2017, è affidata ai medici di medicina generale delle 3 strutture , che fungono da " tutor" ,tra l'altro , unici , della salute degli ospiti.

**ID 184**

**VALUTAZIONE ATTIVITÀ RECUPERO INADEMPIENTI**

A. Marsico; A. Fraioli; C. Roscetti; E. Franco

*Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva; Università Tor Vergata Roma*

**INTRODUZIONE**

Aumentare le coperture vaccinali costituisce obiettivo prioritario per tutti i Servizi Territoriali. Il Servizio di Prevenzione dell'ASL RM2 ex ASL RMB, per le coorti dei residenti nati negli anni 2005- 2009 e 1999-2000 ha adottato come strumenti la lettera informativa di sollecito e secondariamente il sollecito telefonico per gli inadempienti.

**METODI**

Sono stati valutati i **RISULTATI** ottenuti per le coorti 2007-2008 residenti nel II Distretto afferente al Presidio S. Felice, che avrebbero già dovuto effettuare i richiami DTP (Difterite, Tetano, Pertosse, Polio) e MPR (Morbilli, Parotite, Rosolia).

Il sistema informatico vaccinale consente di registrare le vaccinazioni di residenti nella ASL o in altre ASL e di contattare l'utente per avvisarlo del mancato rispetto del calendario vaccinale tramite lettera di sollecito e chiamata attiva.

**RISULTATI**

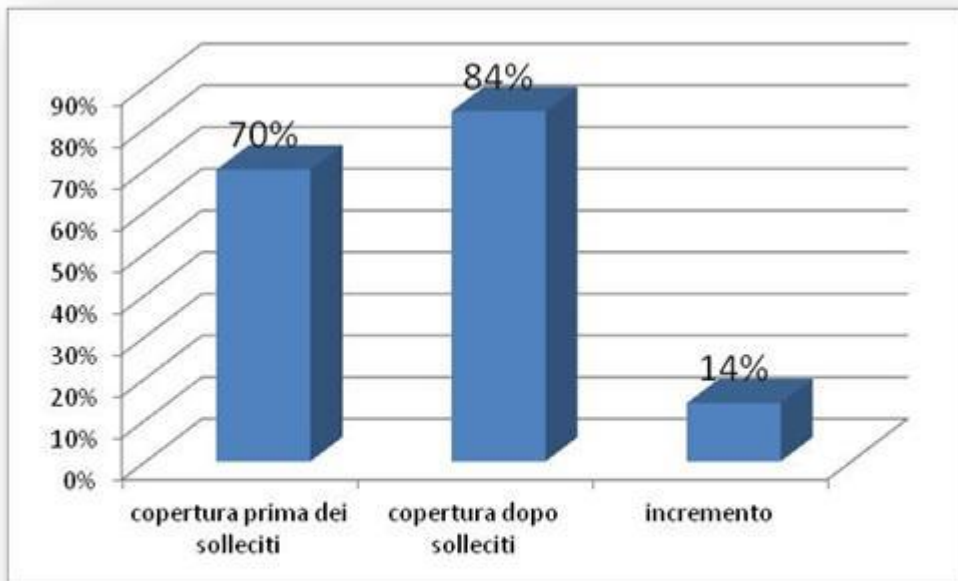
L'analisi relativa alla coorte di vaccinandati 2007 ha presentato: 330 bambini (30%) non in regola su un totale di 1108. Di questi 330, 133 (40%) hanno risposto alla lettera di sollecito. Dei 197 bambini rimanenti è stato possibile contattarne telefonicamente i genitori di 52(26%): 20 (38 %) hanno regolarizzato la posizione, 10 (19%) hanno rifiutato, e 22 (42%) risultano ad oggi in sospenso (Figura).

Simili i dati relativi alla coorte 2008: 351/1099 bambini (32%) non in regola, 41% di risposta alla lettera di sollecito, ma con aumento dei rifiuti in seguito a contatto telefonico.

**CONCLUSIONI**

L'analisi mostra un incremento del 14% delle coperture vaccinali dopo sollecito cartaceo e telefonico.

Il fatto che alcuni utenti non siano stati contattabili sottolinea l'importanza di aggiornare con periodicità le schede anagrafiche; una maggiore collaborazione tra servizi territoriali comunali e servizi sanitari potrebbe comportare un ulteriore incremento delle coperture. Per la maggior parte delle vaccinazioni il Gold Standard si attesta intorno al 95 % ; ogni strumento può essere utile per conseguire l' obiettivo.



**ID 186**

**ALLA RICERCA DEI BAMBINI "NASCOSTI": UNA RETE PER IL RECUPERO DEI NEONATI INADEMPIENTI ALLE VACCINAZIONI**

C. R. Borriello; M. Faccini; S. Senatore; V. Piazzoli; G. Ciconali  
*ATS Città Metropolitana di Milano*

**INTRODUZIONE**

A Milano nascono ogni anno circa 12000 bambini. Alle famiglie che non si presentano all'invito vaccinale, sono previsti solleciti e la comunicazione al pediatra di famiglia (PDF) del bambino. La copertura vaccinali a 2 anni per la 3° esavalente è del 92%. Esistono, soprattutto nella realtà metropolitana, situazioni di disagio sociale di integrazione linguistica e culturale, in cui i bambini rischiano sia di essere esclusi dalle vaccinazioni sia di sfuggire alla rete sanitaria. E' il caso purtroppo drammatico di Aurora, bimba di 9 mesi morta per denutrizione sconosciuta ai servizi vaccinali e al sistema sanitario.

**METODI**

Il progetto prevede la valutazione di efficacia del sollecito per i bambini che a 6 mesi non hanno alcuna vaccinazione. L'ATS invita queste famiglie a recarsi presso un centro vaccinale per concordare un colloquio e il recupero delle vaccinazioni.

La fase successiva prevede un doppio percorso:

1. La verifica per i non rispondenti sull'effettuazione dei bilanci di salute e la richiesta di collaborazione al PDF.
2. Per i bambini che non hanno un PDF e/o che non hanno fatto bilanci di salute: visita a domicilio da parte di ATS per verificare l'effettiva presenza del bambino e le condizioni sociosanitarie e, se necessario, per la segnalazione ai servizi sociali.

**RISULTATI**

Ai nati 2015 sono state inviati 792 solleciti, pari al 6.6% dei nati. Di questi il 21% non aveva un PDF. A settembre 2016 nella stessa coorte i non vaccinati erano 624, di cui quasi il 30% senza PDF. Il recupero vaccinale è stato pari al 21%.

**CONCLUSIONI**

L'attività di sollecito è uno strumento prezioso per il recupero dei bambini sfuggiti alla prima convocazione vaccinale e la mancata presa in carico del PDF sembra associarsi ad un più alto tasso di inadempienza vaccinale. Emerge quindi la necessità di creare una rete per intercettare i bambini inadempienti che potrebbero trovarsi in condizioni di fragilità stabilendo sinergie tra punti nascita, centri vaccinali e PDF.



**ID 189**

**LA VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES ZOSTER E' ECONOMICAMENTE CONVENIENTE? UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

S. Boccalini 1; P. Bonanni 1; G. Gabutti 2; A. Bechini 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze

2 Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara

**INTRODUZIONE**

Il vaccino zoster è uno degli ultimi vaccini resi disponibili per gli anziani. Sono già molti gli studi di valutazione economica pubblicati. Obiettivo dello studio è stato effettuare una revisione di letteratura per valutarne il profilo economico.

**METODI**

Sono stati ricercati tutti gli studi di valutazione economica pubblicati dal 2006 a oggi. Inoltre sono state ricercate le precedenti revisioni di letteratura. Sono stati individuati 14 studi e 4 revisioni.

**RISULTATI**

Tutti gli studi si basano su modelli matematici markoviani e confrontano la vaccinazione degli anziani con la non vaccinazione in un orizzonte temporale lifetime, ma con cicli di calcolo degli esiti differenti. Quasi tutti valutano come stato di malattia l'herpes zoster (HZ) e la nevralgia post-erpetica (PHN), talvolta suddivisi per tipo di dolore; alcuni includono anche altre complicazioni. La possibilità di recidive non è uniformemente inclusa. La maggior parte utilizza dati di efficacia diretta verso HZ e PHN; altri anche l'effetto indiretto verso PHN; altri l'efficacia verso il BOI o la severità e durata di HZ e PHN. Tutti utilizzano i dati di efficacia dei trials clinici. Il parametro più controverso è la durata della protezione del vaccino. Il costo del vaccino varia molto. Infine, varia molto la modalità di calcolo del QALY. I modelli matematici, quindi, sono molto diversi e di difficile comparazione. Tuttavia le conclusioni sono simili: la vaccinazione zoster negli anziani è costo-efficace. il rapporto costo-efficacia varia notevolmente con l'età: non favorevole nei soggetti <60 anni e favorevole nei soggetti di età superiore. Le coorti da preferire sono comprese tra i 60 e i 70 anni. La scelta dell'età dipende dai dati di efficacia e di incidenza utilizzati.

**CONCLUSIONI**

Le valutazioni economiche disponibili sono molte e, nonostante i diversi modelli matematici e assunzioni, dimostrano chiaramente che la vaccinazione zoster per gli anziani ha un profilo di costo-efficacia favorevole.

*vaccini, herpes zoster, valutazione economica*

**ID 204**

**COSA PENSANO I MEDICI ITALIANI DELLA VACCINAZIONE ANTI-ROTAVIRUS?**

V. Mita 1; M. Arigliani 2; R. Arigliani 3; E Franco 1

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

2 Dipartimento di Scienze Mediche Cliniche e Sperimentali, Clinica Pediatria, Ospedale Universitario di Udine;

3 Pediatria di Libera Scelta, Benevento; Direttore S

**INTRODUZIONE**

L'infezione da Rotavirus è la causa principale di gastroenterite nella popolazione pediatrica in tutto il mondo, comportando un grosso impatto socio-economico nei paesi industrializzati. I vaccini attualmente a disposizione hanno dimostrato un'elevata efficacia nei confronti delle forme più gravi e nell'abbattimento dei costi sostenuti per l'assistenza sanitaria. Nonostante ciò, è nota la loro scarsa implementazione. Il nostro studio valuta gli atteggiamenti e le opinioni dei Pediatri di Famiglia (PdF) e Medici dei Centri Vaccinali (MCV) circa la vaccinazione anti-rotavirus.

**METODI**

È stato somministrato un questionario anonimo composto da 12 domande a 109 partecipanti (60 PdF e 49 MCV) a corsi di formazione al counselling vaccinale nel 2015. Alcuni risultati sono stati confrontati con quelli ottenuti da un questionario simile somministrato nel 2011 ad un campione analogo.

**RISULTATI**

Il 76,2% degli intervistati è convinto dell'utilità del vaccino e il 57,4% lo raccomanda abitualmente, ma più della metà indica una aderenza al vaccino anti-rotavirus <25% tra i propri assistiti. Le cause principali di rifiuto del vaccino sono lo scetticismo (62%) e il costo del vaccino (34%); il 61,3% ritiene che il vaccino dovrebbe essere gratuito e, se fosse così, l'81,1% lo raccomanderebbe ai genitori. Il 48,1% non utilizza il materiale divulgativo cartaceo e solo il 33,0% consiglia sempre o spesso ai genitori di consultare un sito web. L'80,6% si assicura dell'efficacia della propria presentazione del vaccino anti-rotavirus agli assistiti. Le principali fonti di informazione sul vaccino sono la letteratura scientifica (67,0%) e la partecipazione ai congressi (27,1%).

**CONCLUSIONI**

L'implementazione della vaccinazione anti-rotavirus è ostacolata dalla scarsa informazione e dai costi per l'utenza. L'acquisizione di maggiori abilità di counselling, oltre alla gratuità, viene giudicata come uno dei strumenti più validi per contrastare il fenomeno di Vaccine Hesitancy.

*Rotavirus, vaccinazione, counselling, hesitancy*

**ID 207**

**IMPATTO CLINICO ED ECONOMICO SULLE OSPEDALIZZAZIONI DI UNO SPECIFICO PROGRAMMA DI VACCINAZIONE BCG APPLICATO A PRATO AI NUOVI NATI STRANIERI**

I. Bellini 1; A. Nastasi 2; S. Boccalini 2

1 Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva, Università di Firenze

2 Dipartimento di Scienze della Salute, Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze

**INTRODUZIONE**

A Prato dal 2000 è stato implementato adottato un programma di vaccinazione con BCG per tutti i nuovi nati con almeno un genitore proveniente da Paesi endemici per TBC.

L'obiettivo del presente studio è stato quello di valutarne l'impatto in termini di ospedalizzazioni e costi e ospedalizzazioni legate correlati alla TBC, rispetto alle altre Asl toscane dove tale vaccinazione non viene offerta.

**METODI**

E' stato analizzato un database contenente tutte le ospedalizzazioni legate alla TBC (codici ICD-9-CM, rev2011 0.100\* - 0.189\*) con relativa durata e costi, per il periodo 2007-2014. Da questi dati sono stati estratti ed analizzati unicamente i dati relativi ai residenti stranieri, poi disaggregati per età (considerando la soglia dei 15 anni) e Asl di residenza (Prato vs altre Asl). Per consentire un confronto, sono stati calcolati tassi standardizzati di ospedalizzazione e il Comparative Hospitalisation Ratio (CHR). Sono stati poi analizzati i costi delle ospedalizzazioni, della terapia domiciliare e del programma vaccinale.

**RISULTATI**

Non sono emerse differenze tra i soggetti >15 anni; invece il tasso standardizzato di ospedalizzazione/100.000 nei soggetti <15 anni è stato di 57,4 a Prato, vs 113,4 per le altre Asl, con un CHR di 2. Quindi, i bambini stranieri residenti nelle altre Asl toscane, e non vaccinati, hanno un tasso di ospedalizzazione doppio rispetto ai coetanei di Prato vaccinati (tab1).

Implementando lo stesso programma vaccinale anche nelle altre Asl ogni anno si sarebbero potute essere evitate 29 ospedalizzazioni, e risparmiati in totale 343.525 Euro (tab1).

A Prato, a fronte di un costo per il programma vaccinale di 14.879 Euro, sono state evitate ogni anno 69 ospedalizzazioni e risparmiati 107.435 Euro (tab1).

**DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

L'offerta del vaccino BCG a Prato si è dimostrata efficace nel ridurre l'impatto clinico ed economico della TBC. Sarebbe auspicabile l'estensione dell'offerta anche alle altre Asl toscane.

*BCG. Neonati stranieri. Ospedalizzazioni.*

**ID 218**

**VACCINE HESITANCY, UN PROBLEMA DI SANITA' PUBBLICA**

M. Cocchioni 1; C.M. Contratti 1; F. Petrelli 1; A. Celestino 1; I. Grappasonni 1

*1 Centro Ricerche Igienistiche e Sanitarie-Ambientali, Scuola di Scienze del Farmaco e dei Prodotti della Salute, Università degli Studi di Camerino*

In ambito di prevenzione non c'è settore che stia vivendo un periodo di crisi quanto quello delle vaccinazioni. Nonostante l'efficienza dell'organizzazione dei servizi sanitari, si osserva un ritardo nell'adesione o, addirittura, un rifiuto della vaccinazione. Per far fronte al fenomeno urgono provvedimenti capaci di affrontare e risolvere il problema. A tale scopo è appropriato individuare il fenomeno all'interno di una certa area geografica o contesto sociale; in tal senso si ritengono importanti l'uso di strumenti come i TIP (Tailoring Immunization Programmes), le numerose survey e la digitalizzazione delle anagrafi vaccinali. Nell'affrontare la vaccine hesitancy diventa prioritaria l'intercettazione e il recupero degli individui che si esentano dalle vaccinazioni obbligatorie o raccomandate o le ritardano. In questo, la massima efficacia è attribuita alla comunicazione specialmente tramite colloqui medico-genitori, dove, con le giuste accortezze ed i giusti argomenti, è possibile aumentare la conoscenza dei vaccini e delle vaccinazioni nei genitori esitanti anche nel periodo precedente al parto (dove questi colloqui sembrano essere più efficaci). I genitori non dovrebbero soltanto essere informati sugli aspetti sanitari, ma debbono anche essere ascoltati, rispettati nei loro dubbi. Solo nella fase successiva possono essere informati sia sulla sicurezza dei vaccini che sui rischi delle malattie prevenibili con essi. Molti studi confermano che queste argomentazioni sono più efficaci nel contrastare il fenomeno rispetto al ribaltare le convinzioni errate riguardo ai rischi legati alle vaccinazioni. Anche questo rientra nel processo di "lotta alla disinformazione" in ambito di vaccini, che allo stesso tempo però va operata anche sul Web - a cui va ridato un compito educativo visto che ora è la maggiore fonte di disinformazione - sui Social Network e sui Media. Questa opera educativa e di convincimento deve partire prima di tutto dagli operatori sanitari.

*vaccini, vaccine hesitancy*

**ID 220**

**REAZIONI AVVERSE MANIFESTATESI IN SEGUITO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI:  
L'ESPERIENZA DELLA ASL RM6- CENTRO VACCINALE DI CIAMPINO**

M. Ferraro<sup>1</sup>; M. Podar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

<sup>2</sup> ASL RM6 – Centro Unico Vaccinazioni Marino

**INTRODUZIONE**

La somministrazione dei vaccini, così come qualsiasi altro farmaco, non è esente da possibili effetti indesiderati e reazioni avverse. Le più importanti fra quest'ultime sono le reazioni immediate che si manifestano poche ore dopo l'inoculazione del vaccino.

**METODI**

Mediante il software aziendale e l'archivio cartaceo, è stato effettuato un report sugli eventi avversi avvenuti in seguito alle vaccinazioni eseguite nel biennio 2013-2014 presso il Centro Vaccinazioni di Ciampino.

**RISULTATI**

Per la coorte 2013 abbiamo riscontrato reazioni avverse degne di nota in 15 bambini. Il vaccino MPR è stato somministrato a 248 bambini, con un solo caso di febbre alta segnalato. L'esavalente e l'anti-pneumococcico sono stati co-somministrati in circa 336 bambini, con 2 casi segnalati di esantema non meglio specificato, 2 casi di prurito inconsolabile e 10 con febbre oltre i 39°C. Per la coorte 2014, le uniche reazioni avverse degne di nota si sono avute in seguito alla vaccinazione con esavalente e anti-pneumococcico. Nel 2014 sono stati vaccinati con i due precedenti vaccini rispettivamente 320 e 317 bambini, di questi 16 hanno manifestato una reazione avversa con febbre oltre i 39°C e 3 casi di ascesso sterile, con formazione di nodulo. Quest'ultimi sono stati segnalati anche all'Agenzia del Farmaco, così come per un caso di esantema micropapulare del tronco e del viso che si è avuto a distanza di 50 minuti dalla vaccinazione che ha richiesto l'immediata somministrazione di Betametasona fl da 1.5mg.

**CONCLUSIONI**

Dal nostro studio quindi, è emerso come gli effetti collaterali in seguito all'inoculazione dei vaccini siano possibili, ma non frequenti e che soprattutto i casi che hanno necessitato di un intervento medico immediato sono piuttosto rari, 1 solo caso su circa 320 bambini vaccinati/anno.

*vaccini, reazioni avverse*

**ID 245**

**LA VACCINAZIONE DEL SOGGETTO HIV+: L'ESPERIENZA DELL'ASL2 SAVONESE DI UN AMBULATORIO VACCINALE ALL'INTERNO DEL LORO AMBIENTE DI CONFIDENZA**

V. Frumento 1; P. De Leo 2; A. Beltrame 3; L. Sticchi 4; M. Anselmo 5; M.P. Briata 6

1 ASL2 savonese, Savona

2 ASL2 savonese, Savona

3 ASL2 savonese, Savona

4 Università degli Studi di Genova, Genova

5 ASL2 savonese, Savona

6 ASL2 savonese, Savona

**INTRODUZIONE**

La vaccinazione ha contribuito a migliorare l'aspettativa di vita della popolazione mondiale. La Regione Liguria, sempre attenta al controllo delle malattie trasmissibili prevenibili mediante vaccinazione, ha ritenuto opportuno integrare il PRPV (DGR 1701-12/2014) con la DGR 51 del 23/12/2015 predisponendo un apposito calendario vaccinale rivolto alla popolazione HIV+. Nonostante la vaccinazione rappresenti per tali soggetti uno strumento di particolare importanza per la loro qualità di vita, i dati disponibili indicano che questa popolazione risulta un target difficile da raggiungere. Le barriere che limitano l'accesso alle sedute vaccinali di questi soggetti sono diverse. In particolare i timori dell'interessato a rivelare il proprio stato durante l'anamnesi vaccinale e la mancanza di coordinamento tra chi consiglia, chi esegue la vaccinazione ed i successivi follow-up. Il gruppo di lavoro si è posto l'obiettivo di migliorare l'adesione alle vaccinazioni da parte della popolazione HIV+ afferente al Day Hospital (DH).

**METODI**

Il gruppo di lavoro è composto da un medico vaccinatore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 2 savonese, da una infermiera ed un medico del DH del reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale San Paolo di Savona. A partire da ottobre 2015, ai soggetti HIV+ è stato proposto di aderire al programma di vaccinazione regionale. Le vaccinazioni offerte sono: antinfluenzale, antipneumococcica, richiamo dTaP, antimeningococcica.

**RISULTATI**

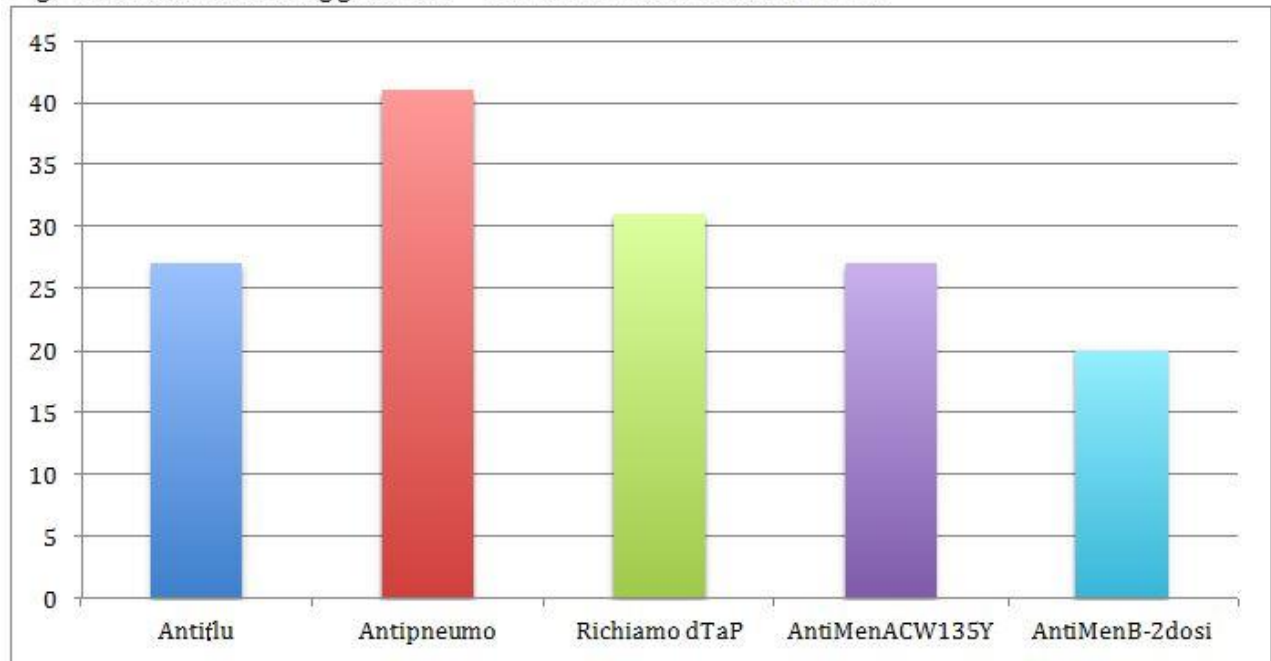
Presso il DH afferiscono 330 pazienti HIV+. Sono stati individuati 76 soggetti eleggibili alla vaccinazione ai quali è stato proposto di aderire al programma. Il 63% (48) dei soggetti si sono sottoposti ad almeno una vaccinazione (fig.1).

**CONCLUSIONI**

Garantendo la vaccinazione all'interno del DH, loro spazio di confidenza, si superano alcune barriere all'accesso favorendo l'adesione e si consente all'operatore vaccinale un'anamnesi più approfondita portando una maggior sicurezza all'atto vaccinale.

*Vaccinazione; HIV+; ASL2 savonese*

Fig. 1 Adesione dei soggetti HIV+ alle vaccinazioni offerte in DH



**ID 262**

**VACCINAZIONE ANTI-HPV NEI MASCHI DODICENNI: CONFRONTO DEI PRIMI RISULTATI DELL'ULSS 20 DI VERONA E DELL'ASP DI REGGIO CALABRIA**

A. Capua 1; P. Costa 1; G. Napoletano 2; M. Ardito 2; S. Giuffrida 3; A. Passarello 3

1 Distretto Socio Sanitario di Base n.1 Ulss 20 Verona

2 Dipartimento di Prevenzione Ulss 20 Verona

3 Dipartimento di Prevenzione ASP Reggio Calabria

**INTRODUZIONE**

Nel dicembre 2007 l'intesa tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome ha delineato la strategia per l'offerta attiva su scala nazionale del vaccino contro l'infezione da HPV. La campagna vaccinale è iniziata in tutte le Regioni italiane entro la fine del 2008 e ha individuato come target prioritario della campagna le dodicenni e come target secondario le ragazze tra 14 e 26 anni.

Nel 2015 alcune Regioni hanno esteso l'offerta gratuita e attiva ai maschi nel dodicesimo anno di vita. La Regione Veneto e la Regione Calabria, rispettivamente con DGR n.1564 del 26.08.2014 e con il DCA n.43 del 21.05.2015, hanno approvato il Nuovo Calendario Vaccinale che estende l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV ai maschi al dodicesimo anno di età a partire dalla coorte dei nati 2004. Per le coorti dal 2001 al 2003 l'offerta è gratuita su richiesta.

**METODI**

Sono stati utilizzati i dati di CV, presenti nelle due Aziende al 31 agosto 2016, relativi alla prima dose di vaccino anti-HPV somministrata nei maschi appartenenti alla coorte di nascita 2004.

**RISULTATI**

La CV dell'Ulss 20 di Verona e dell'ASP di Reggio Calabria, nella coorte considerata, relativa alla prima dose di vaccino anti-HPV, è rispettivamente 60% e 33%. La Regione Veneto ha offerto gratuitamente ed attivamente il vaccino tetravalente anti-HPV a partire da Gennaio 2015 mentre la Regione Calabria lo ha offerto, con le stesse modalità, solo da Settembre 2015.

**CONCLUSIONI**

Al fine di raggiungere gli obiettivi di CV per ciclo completo di HPV previsti nel Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2016-2018, pari a  $\geq 70\%$  nei dodicenni a partire dalla coorte del 2003,  $\geq 80\%$  nei dodicenni a partire dalla coorte del 2004,  $\geq 95\%$  nei dodicenni a partire dalla coorte del 2005, riteniamo sia necessario migliorare la qualità dell'informazione, incrementare sempre più adeguate campagne di comunicazione e promuovere un maggiore coinvolgimento delle diverse figure professionali.

*vaccinazioni, coperture vaccinali*



**ID 263**

**ESPERIENZA DELLA ASL 4 CHIAVARESE NELL'INTRODUZIONE DELLA VACCINAZIONE ESTENSIVA CONTRO LA VARICELLA**

B. Di Marco; G. Zoppi

*Dipartimento di Prevenzione ASL 4 Chiavarese, Regione Liguria*

**INTRODUZIONE**

La vaccinazione estensiva contro la varicella (VEV) è stata introdotta in Regione Liguria nel 2015 con una schedula a due dosi (2° e 5°-6° anno di vita). Mentre per la prima dose le altre ASL liguri hanno preferito la vaccinazione separata (MPR+V), la ASL 4 Chiavarese (A4C) ha optato per MPRV (Priorix Tetra®).

Tale scelta si è basata principalmente sull'esperienza delle altre regioni italiane dove la copertura per la prima dose di varicella si è ridotta in un intervallo di 7% - 26% dopo il passaggio da MPRV a MPR + V. Viene qui presentata l'analisi preliminare delle coperture vaccinali per varicella della A4C.

**METODI**

I dati delle vaccinazioni per la prima dose di varicella eseguite a livello regionale, suddivisi per ASL, sono stati forniti dai Dipartimenti di Prevenzione delle 5 ASL della Liguria. Per il confronto tra ASL è stato impiegato il test del Chiquadro.

**RISULTATI**

Dopo più di un anno dall'avvio della VEV (maggio 2016), per i bambini della coorte 2014 la copertura per varicella in Liguria è stata 39% (4.205/10.737 vaccinati), mentre nella A4C era 75% (763/1.017 vaccinati) ( $p < 0,001$ ) con una tendenza in aumento (Figura 1). In tale periodo, presso la A4C, è stato segnalato solo 1 caso di FC (convulsione febbrile) dopo MPRV, che, a causa di una concomitante flogosi estesa delle vie aeree superiori, non poteva essere confermato come MPRV-correlato e che comunque si è risolto senza sequele e senza terapia.

**CONCLUSIONI**

Poichè l'organizzazione del Servizio vaccinale nella A4C è in linea con le altre ASL della Liguria, la differenza in termini di copertura della varicella è, a nostro avviso, per lo più da riferire alla scelta di utilizzare MPRV. Nella nostra esperienza, per l'INTRODUZIONE della VEV, la strategia MPRV in prima dose ha consentito di raggiungere e mantenere coperture elevate e può rappresentare un potente strumento per ridurre la complessità organizzativa.

*vaccinazione, varicella, MPRV, coperture.*

**ID 265**

**PATOLOGIE HPV CORRELATE E STRATEGIE DI PREVENZIONE: UNO STUDIO TRASVERSALE PER RILEVARE LE CONOSCENZE DEI GIOVANI ADULTI**

E. Rosso 1; A. Buja 1; T. Baldovin 1; S. Cocchio 1; J. Paiano 2; S. Pilati 2; S. Majori 2; C. Bertoncetto 1; V. Baldo 1

1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Padova, Padova;  
2 Università degli Studi di Verona, Verona

**INTRODUZIONE**

L'HPV è causa frequente di infezione in adulti sessualmente attivi. La letteratura evidenzia un aumento delle conoscenze sulle patologie HPV correlate e sulle modalità di prevenzione nei Paesi che hanno introdotto il vaccino anti HPV. Rimane una differenza fra sessi: quello maschile risulta meno informato. Obiettivo dello studio è di valutare il livello di conoscenza e l'accettabilità del vaccino di una popolazione di giovani nella Regione Veneto.

**METODI**

Nel periodo ottobre 2015 - giugno 2016 è stato somministrato il questionario di Schaefer K (adattato) a 11.125 giovani adulti afferenti all'Ateneo di Padova e di Verona e in altri enti della provincia di Padova (militari, volontari e tesserati di diverse associazioni). Sono state confrontate le risposte per genere e sono stati calcolati i rischi relativi (OR), con I.C. 95%.

**RISULTATI**

L'età media dei soggetti arruolati è pari a 21,6+/- 4,6 anni. Il 59,4% di sesso femminile, il 94,2% studenti universitari. Il 69,2% ha dichiarato di aver sentito già parlare della vaccinazione anti-HPV prima dell'indagine. Solo il 13% indica la via di trasmissione "skin-to-skin". La conoscenza sull'azione preventiva della vaccinazione è incompleta, con alcune differenze fra i sessi (fig.1): la vaccinazione si considera per lo più utile nella prevenzione del carcinoma della cervice mentre meno conosciuti sono gli effetti rispetto alle altre patologie HPV correlate. Le maggiori barriere alla vaccinazione sono la paura di effetti collaterali e, nel sesso maschile, la percezione che sia rivolta al solo sesso femminile.

**CONCLUSIONI**

I partecipanti pur avendo ricevuto informazioni sull'infezione hanno conoscenze ancora parziali sulle caratteristiche delle patologie HPV-correlate, il rischio di sviluppare patologia è sottostimato. Il raggiungimento di una corretta e piena conoscenza del problema va perseguito per aumentare le capacità di prevenire la malattia attraverso comportamenti corretti ed eseguendo la vaccinazione.

*infezione da HPV, vaccinazione, conoscenza, consapevolezza.*

**ID 266**

**ANALISI DI COSTO-EFFICACIA DELLA VACCINAZIONE IN ITALIA CON IL VACCINO BIVALENTE ADIUVATO (AS04-HPV-16/18V) VERSO IL VACCINO NONVALENTE (9VHPV) NELLE RAGAZZE 12ENNI**

V. Freguglia 1; R. Geets 2; L. Pradelli 3; R. Tosatto 1; G. Van Kriekinge 2

1 GSK Vaccines, Verona, Italy

2 GSK Vaccines, Wavre, Belgium

3 AdRes, P.zza Carlo Emanuele II, 19, 10123 Torino, Italy

**INTRODUZIONE**

L'infezione da papilloma virus umano (HPV) oncogeno è causa necessaria per lo sviluppo delle neoplasie cervicali intraepiteliali di basso e alto grado (CIN 1 e CIN 2/3) e del Cancro della Cervice Uterina (CCU); altri HPV non oncogeni sono correlati allo sviluppo di condilomi genitali (GW). Scopo dello studio è la stima del rapporto di costo-efficacia della vaccinazione anti-HPV a due dosi con il vaccino bivalente adjuvato (AS04-HPV-16/18v), rispetto al vaccino nonavalente (9vHPVv), somministrata alla coorte delle 12enni.

**METODI**

Attraverso un modello di Markov, adattato al contesto italiano, è stato stimato, su un orizzonte temporale life-time, l'effetto dei due vaccini sui casi di GW, CIN1, CIN 2/3 e CCU, QALYs (Quality-Adjusted Life-Years) e relativi costi.

L'analisi ha considerato per entrambi i vaccini l'efficacia "irrespective of type" (Fig.1), come parametro rilevante nella prospettiva della sanità pubblica, per valutare l'impatto complessivo della vaccinazione sulla patologia cervicale HPV-correlata.

Sulla base dei dati regionali disponibili è stata considerata una copertura vaccinale media nazionale del 68,5%.

In Italia, non essendo ancora definito il costo di acquisizione per 9vHPVv è stato assunto un prezzo superiore del 10% (€99) rispetto al prezzo massimo di cessione al SSN del AS04-HPV-16/18v (€90), in linea con i prezzi di altri paesi europei.

**RISULTATI**

Considerando l'efficacia "irrespective of type", AS04-HPV-16/18v previene un maggior numero di CIN (865), CCU (250) e decessi (76) rispetto a 9vHPVv, che invece previene un maggior numero di GW. Applicando un tasso di sconto del 3%, AS04-HPV-16/18v genera più QALY (144) e meno costi (€ 3.855.058): di conseguenza risulta dominare 9vHPVv (Tab.1).

**CONCLUSIONI**

AS04-HPV-16/18v e 9vHPVv sono vaccini differenti dal diverso impatto clinico complessivo sulla patologia cervicale: AS04-HPV-16/18v previene più lesioni, più CCU e più decessi con un minor costo totale rispetto a 9vHPVv

*Vaccinazione anti-HPV, Analisi costo efficacia, HPV, CCU*

**Figura 1**

| <b>Dati di efficacia vaccinali <i>irrespective of type</i></b> | <b>AS04-HPV-16/18v</b> | <b>9vHPVv</b>         |
|----------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| CIN1 (proxy per CIN1, CIN1+ o "ogni grado")                    | 0.503 <sup>1</sup>     | 0.471 <sup>2</sup>    |
| CIN2/3 (proxy per CIN2 o CIN2+)                                | 0.649 <sup>1</sup>     | 0.628 <sup>2</sup>    |
| CCU (proxy per CIN3 o CIN3+)                                   | 0.932 <sup>1</sup>     | 0.759 <sup>2,3*</sup> |
| Condilomi Genitali                                             | 0.300 <sup>4</sup>     | 0.946 <sup>2</sup>    |

\* Data l'assenza di dati pubblicati, l'efficacia vaccinale verso le CIN3 irrespective of type del 9vHPVv è stata stimata

1. Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM et al. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol* 2012; 13(1):89-99.
2. Giuliano, A., Joura, E., Iversen, O. E., Bautista, O., Chen, J., Moeller, E., Ritter, E., and Luxembourg, A. Efficacy of a novel 9-valent HPV L1 vaccine against disease irrespective of HPV type. In *29th International Papillomavirus Conference and Clinical & Public Health Workshops*; 21 - 25 August 2014; Seattle, United States of America.
3. Joura EA, Ault KA, Bosch FX et al. Attribution of 12 High-Risk Human Papillomavirus Genotypes to Infection and Cervical Disease. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2014; 23(10):1997-2008.
4. Public Health England. Continuing trend of declining genital warts diagnoses in young women in England: update to end-2014. *Health Protection Report weekly report* 2014; 9(22).

**ID 273**

**IL VALORE DELLE VACCINAZIONI IN ITALIA: UNA REVISIONE SISTEMATICA DEI LAVORI DI VALUTAZIONE ECONOMICA E DI HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT**

F. Di Nardo 1; G.E. Calabrò 1; A. Marcellusi 2; R. Vitali 2; F.S. Mennini 2; S. Boccalini 3; P. Bonanni 3; M. Ruggeri 4; E. Capannini 4; A. Cicchetti 4; D. Panatto 5; R. Gasparini 5; C. de Waure 1

*1 Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; 2 Facoltà di Economia, Centre for Economic and International Studies (CEIS), Economic Evaluation and HTA (EEHTA), Università degli Studi di Roma Tor Vergata; 3 D*

**INTRODUZIONE**

Qualsiasi politica vaccinale dovrebbe essere basata su prove d'efficacia e costo-efficacia. Il trasferimento delle evidenze scientifiche al mondo decisionale presenta tuttavia ostacoli. Un primo passo per superarli è rappresentato dalla sistematizzazione delle conoscenze disponibili, obiettivo del presente lavoro.

**METODI**

È stata condotta una revisione sistematica di tutte le valutazioni italiane, economiche e di Health Technology Assessment (HTA), pubblicate sui vaccini fino a Maggio 2015. I motori di ricerca utilizzati sono stati PubMed, Scopus e NIHR HTA database. La ricerca è stata implementata con la consultazione di riviste di settore non indicizzate. Sono stati inclusi tutti gli studi a prescindere dalla popolazione target e dal tipo di vaccino.

**RISULTATI**

Sono stati identificati 41 studi, di cui 10 (24,4%) report di HTA. Dalla sintesi dei dati è risultato che le politiche vaccinali contro lo *S. pneumoniae* (9 studi) indirizzate a soggetti a rischio e a neonati sono costo-efficaci o cost-saving, con il vaccino 13 valente che presenta il miglior profilo di costo-efficacia. Negli anziani, il vaccino 23 valente è costo-efficace. È emerso che la vaccinazione contro l'influenza (9 studi) è cost-saving negli anziani. C'è consenso anche sulla costo-efficacia delle politiche vaccinali contro HPV (7 studi) e rotavirus (5 studi). Infine, sono **RISULTATI** cost-saving anche i vaccini contro pertosse, epatite B, varicella e il vaccino MPR. È potenzialmente costo-efficace il vaccino contro il meningococco B. Le campagne contro l'epatite A non hanno invece mostrato sostanziali benefici.

**CONCLUSIONI**

La revisione dimostra come la letteratura fino a oggi disponibile abbia ampiamente provato in Italia il valore dei vaccini e delle politiche vaccinali. È quindi auspicabile da parte dei professionisti della salute pubblica un più efficace lavoro di mediazione nei confronti dei decisori politici al fine di trasferire tali evidenze e sostenere politiche vaccinali di valore.

*Vaccini; Politiche vaccinali; HTA*

**ID 293**

**IL WEB COME POSSIBILE CARTINA DI TORNASOLE PER PER IL CALO DELLE COPERTURE VACCINALI**

F. Aquino 1; G. Donzelli 2; N. Galletti 3; P. Pagnotta 4; E. De Franco 4; A. Carducci 2; G.P. Privitera 1; P.L. Lopalco 1

1 Dipartimento di Ricerca Traslazionale NTMC, Università di Pisa, Pisa

2 Dipartimento di Biologia, Università di Pisa, Pisa

3 UF IPN, zona VDE-AVC, Azienda USL Toscana nord ovest, Pisa

4 UF IPN, zona Pisana, Azienda USL Toscana nord ovest, Pisa

**INTRODUZIONE**

La sentenza del Tribunale di Rimini del 15.03.2012 che ha riconosciuto una relazione causale fra vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia (MPR) e comparsa di autismo, ha avuto vasta risonanza nell'opinione pubblica. Nel nostro studio, abbiamo valutato l'andamento della copertura per la prima dose di MPR mettendolo in correlazione con l'attenzione del pubblico generale verso il tema MPR-autismo documentabile sul web.

**METODI**

Sono stati ricavati dati sulla copertura per MPR nell'area dell'ex USL 5 di Pisa e a livello nazionale per il periodo 2010-2015. Per lo stesso intervallo temporale, è stata condotta un'analisi sul volume di ricerche web con Google Trends e sul numero di "tweet" in Twitter per parole chiave che associassero autismo e vaccinazione. Mediante l'utilizzo di NCapture e NVivo, è stata infine effettuata un'analisi quantitativa e qualitativa su pagine e gruppi Facebook collegati al tema dei vaccini.

**RISULTATI**

Nel periodo studiato, la copertura per MPR risulta essersi ridotta da 91,37% a 88,9% nella USL di Pisa, e da 90,6% a 86,7% a livello nazionale, con un andamento piuttosto costante fra il 2010 e il 2012 e calo molto evidente a partire dall'anno 2013. Contemporaneamente l'interesse espresso sul web per le parole ricercate ha mostrato un andamento opposto, con un aumento significativo nel 2012, del 138,7% (Google Trends) e del 542,7% (Twitter) sui valori del 2011. L'analisi di pagine e gruppi a tema antivaccinista su Facebook ha evidenziato una crescita netta di attività nello stesso periodo (post pubblicati +293,6%).

**CONCLUSIONI**

Il forte incremento di interesse su web e social, probabilmente legato alla sentenza del Tribunale di Rimini, è cronologicamente correlato al calo nella copertura vaccinale. Ciò evidenzia quanto il web possa essere veicolo per il propagarsi della disinformazione, ma al contempo possa rappresentare un indicatore precoce dei sentimenti della popolazione, da monitorare attentamente in un'ottica di sanità pubblica.

VACCINAZIONE MPR; COPERTURA VACCINALE; WEB; SOCIAL NETWORKS;

**ID 297**

**STUDIO OSSERVAZIONALE DEI RICOVERI PEDIATRICI PER INTUSSUSCEZIONE IN ITALIA**

A. Mattei 1; F. Fiasca 1; M. Sbarbati 2; S. Necozone 1

1 Università degli Studi dell'Aquila;

2 Azienda Sanitaria Locale di Rieti

**INTRODUZIONE**

Sebbene il giudizio sul rapporto rischio/beneficio circa la vaccinazione anti-RV sia sicuramente a favore della vaccinazione, la valutazione del rischio di intussuscezione (IS) rappresenta un punto chiave per l'adozione dell'immunizzazione anti-RV nei programmi nazionali di vaccinazione. Seguendo le raccomandazioni dell'OMS di attuare una sorveglianza epidemiologica dell'IS, valutandone l'incidenza di base prima dell'introduzione della vaccinazione universale, è stata condotta un'indagine volta a determinare i tassi di incidenza di IS nei bambini di età < 6 anni ospedalizzati tra il 2005 e il 2014 in Italia.

**METODI**

Studio osservazionale retrospettivo condotto analizzando le SDO recanti in diagnosi principale o secondaria il codice ICD9-CM 560.0 ed escludendo i casi ripetuti di ricovero attraverso un codice anonimo di identificazione. La significatività statistica ( $p < 0,05$ ) del trend temporale dei tassi di ospedalizzazione è stata valutata attraverso lo slope della retta di regressione.

**RISULTATI**

Nel confronto per genere sono emerse differenze statisticamente significative per i mesi di vita (M:  $23 \pm 18$ ; F:  $22 \pm 17$ ;  $p = 0,012$ ), per la distribuzione per fasce d'età, con la classe 24-71 mesi nella quale si colloca il 41% dei ricoveri nei maschi contro il 38% nelle femmine ( $p = 0,014$ ), e per la distribuzione per aree geografiche, con una maggiore percentuale di ospedalizzazioni nel sesso maschile al nord rispetto al sesso femminile (40% vs 37%;  $p = 0,024$ ). I tassi medi di ospedalizzazione risultano significativamente più elevati nei maschi (20/100.000) rispetto alle femmine (11/100.000) con un trend in aumento di 0,68 ospedalizzazioni in media per anno nel campione totale ( $\beta = 0,68$ ,  $p < 0,001$ ).

**CONCLUSIONI**

Il trend delle ospedalizzazioni pediatriche per IS emerso dalla nostra indagine potrà rappresentare un'utile base rispetto alla quale valutare differenze nell'incidenza di questa condizione dopo l'implementazione della vaccinazione universale anti-RV.

*intussuscezione, vaccinazione, bambini, ospedalizzazioni*

**ID 299**

**DISTRIBUZIONE DELLE INDICAZIONI ALLA VACCINAZIONE CONTRO LO S. PNEUMONIAE E STATO VACCINALE NEI PAZIENTI AMMESSI PRESSO LA FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI: RISULTATI DI UN ANNO DI OSSERVAZIONE**

C. de Waure 1; M. Nicolazzi 2; F. Di Nardo 1; L. Turchini 2; T. Moretti 2; R. Landolfi 2; W. Ricciardi 3

1 Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 Istituto di Clinica Medica, Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma

3 Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

**INTRODUZIONE**

*Streptococcus pneumoniae* (Spn) è responsabile di polmoniti e malattie invasive negli anziani e nei soggetti a rischio per condizioni croniche o immunodepressione, la cui vaccinazione è pertanto raccomandata. In ragione della difficoltà a raggiungere queste categorie, presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli è in corso uno studio volto a identificare i candidati alla vaccinazione e a offrire loro, durante il ricovero ospedaliero, la possibilità di vaccinarsi. Questo abstract si concentra sui dati relativi alle caratteristiche dei pazienti osservati nel 2015.

**METODI**

Tutti i pazienti ultracinquantenni ammessi nel corso del 2015 al reparto di Clinica Medica sono stati sottoposti a una valutazione anamnestica volta ad accertare la presenza di condizioni di rischio per Spn e lo stato vaccinale. I dati sono stati riassunti in termini di frequenze relative.

**RISULTATI**

Sono stati valutati 325 pazienti di cui l'87,7% con almeno una condizione di rischio per Spn. Tra queste le principali sono state la cardiopatia cronica (70,2%), il diabete (36,1%), la malattia polmonare cronica (29,8%), l'insufficienza renale cronica (26,3%), una neoplasia attiva (19,3%). Altre condizioni sono state rilevate con una frequenza inferiore al 10%. La maggior parte dei pazienti (67%) ha presentato più di una condizione. Il 5,3% dei soggetti a rischio ha dichiarato di aver precedentemente ricevuto indicazione alla vaccinazione e l'1,4% di essere stato vaccinato. La raccomandazione alla vaccinazione ha riguardato, nel 93,3% dei casi, soggetti con più condizioni di rischio e la vaccinazione è stata effettuata, nel 75% dei casi, in questa tipologia di pazienti sebbene sia prevista anche per coloro con una sola condizione.

**CONCLUSIONI**

I risultati emersi sottolineano la necessità di sensibilizzare sia i professionisti sanitari che i pazienti nei confronti dell'importanza della vaccinazione contro Spn. L'ospedale potrebbe, in questo scenario, avere un ruolo importante.

*Malattie prevenibili da vaccino; Streptococcus pneumoniae; soggetti a rischio*



**ID 307**

**INDAGINE SU CONOSCENZE, ATTITUDINI E COMPORTAMENTI DEI PAZIENTI DIALIZZATI IN RIFERIMENTO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE**

D. Celotto 1; C. Battistella 1; E. Fabbro 1; R. Quattrin 2; S. Brusaferrò 1,2.

1 Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine, Udine

2 SOC Accreditamento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD), Udine

**INTRODUZIONE**

Nonostante le politiche vaccinali raccomandino l'immunizzazione antinfluenzale nei pazienti ad alto rischio affetti da patologia cronica, i dati disponibili a riguardo sono limitati. Il presente studio illustra i **RISULTATI** di un questionario finalizzato a indagare i pazienti dializzati in merito alla vaccinazione.

**METODI**

La survey è stata condotta a Maggio/Giugno 2016 in ASUIUD, indagando: copertura vaccinale, conoscenze su influenza e vaccino, rischio percepito di complicanze, indicazioni ricevute dai medici di riferimento. Il questionario era consegnato durante la seduta dialitica, con riconsegna prevista nelle successive. Sono stati esclusi i pazienti impossibilitati alla compilazione, ricoverati e nuovi accessi posteriori alla campagna vaccinale 2015.

**RISULTATI**

Su 54 pazienti eleggibili 44 hanno aderito allo studio (81%). Si sono dichiarati vaccinati 25 (57%). Tra i non vaccinati, i motivi di rifiuto più frequenti sono stati la paura di effetti collaterali (25%) e i dubbi sull'efficacia (21%). È stato chiesto poi ai pazienti se fossero stati consigliati nella scelta da Medico di Medicina Generale (MMG) e/o Nefrologo (Tab.1). Il rischio percepito (scala 0-5) di ricovero in ospedale per influenza è risultato  $\leq 3$  per 33 partecipanti (75%), con valore medio 1.5. Hanno assegnato 0 al rischio di decesso per influenza 37 pazienti (84%). Le conoscenze su influenza e vaccino sono state valutate con 7 domande a risposta chiusa (Fig.1).

**CONCLUSIONI**

L'indagine illustra una copertura vaccinale non ottimale nella categoria a rischio studiata. Ambiti su cui si può agire sono la consapevolezza dei rischi legati all'influenza, l'attenzione dei medici nel consigliare il vaccino a tutti i pazienti fragili, anche <65 aa, e le conoscenze dei pazienti, che appaiono minori nei non vaccinati, seppur in assenza di significatività statistica. Obiettivo futuro è estendere l'attuale studio ad altri centri dialisi e ad altre categorie di pazienti ad alto rischio.

*Influenza, Vaccinazione antinfluenzale, Paziente dializzato, Paziente fragile*

## Percentuale di pazienti per numero di risposte esatte: valutazione delle conoscenze

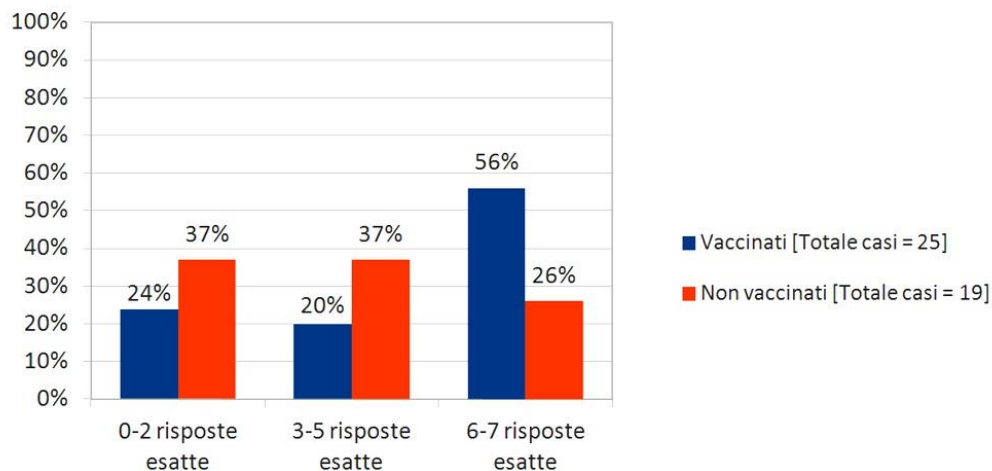


Fig. 1: Le domande utilizzate per la valutazione delle conoscenze dei pazienti sono state: 1) La trasmissione dell'influenza avviene attraverso [goccioline di saliva] 2) L'agente infettivo dell'influenza è un [virus] 3) Cosa userebbe per trattare un'influenza? [antipiretici/non assumerei farmaci] 4) L'influenza è una malattia che può comportare complicanze? [Sì] 5) L'influenza è più pericolosa in pazienti con malattie croniche? [Sì] 6) Il vaccino antinfluenzale è efficace nel ridurre la gravità dell'influenza? [Sì] 7) Il vaccino antinfluenzale può essere pericoloso in pazienti affetti da malattie croniche? [No]. La presente figura illustra la percentuale di pazienti per numero di risposte esatte.

| Da chi è stato consigliato? | ≤65 aa |      | >65 aa |      | Età non rilevata |      | Totale    |             |
|-----------------------------|--------|------|--------|------|------------------|------|-----------|-------------|
|                             | n.     | %    | n.     | %    | n.               | %    | n.        | %           |
| <b>Nefrologo e MMG</b>      | -      | -    | 5      | 18.5 | -                | -    | <b>5</b>  | <b>11.4</b> |
| <b>Solo MMG</b>             | 6      | 40.0 | 16     | 59.3 | 1                | 50.0 | <b>23</b> | <b>52.3</b> |
| <b>Solo Nefrologo</b>       | 2      | 13.3 | 2      | 7.4  | -                | -    | <b>4</b>  | <b>9.0</b>  |
| <b>Nessuno dei due</b>      | 7      | 46.7 | 4      | 14.8 | 1                | 50.0 | <b>12</b> | <b>27.3</b> |
| <b>Totale</b>               | 15     | 100  | 27     | 100  | 2                | 100  | <b>44</b> | <b>100</b>  |

Tab. 1: Distribuzione delle figure mediche da cui i pazienti hanno ricevuto il consiglio della vaccinazione antinfluenzale per fasce d'età

**ID 309**

**UNA BOMBATURA DELLA FONTANELLA BREGMATICA, FORTUNATAMENTE TRANSITORIA, COME ESITO DI VACCINAZIONE**

N. Glielmo 1; G. Ausanio 2; R. Russo 3

1 *Dirigente Medico Responsabile U.O.C. Materno-infantile- DS BN2 – ASL Benevento*

2 *Dirigente Medico UOC di Neonatologia con Terapia Intensiva Neonatale Azienda Ospedaliera Caserta*

3 *Specialista Ambulatoriale Pediatria ASL Benevento*

**INTRODUZIONE**

L'estroffessione delle fontanella bregmatica è un'obiettività clinica di fondamentale importanza nella diagnostica differenziale di: infezioni virali, idrocefalo, traumi, neoplasie e meningiti, finalizzata a mettere in atto rapidamente gli opportuni interventi terapeutici. Nel caso in cui venissero scongiurati i suddetti sospetti clinici, prevale la diagnosi di forme idiopatiche o di ipertensione intracranica benigna, conosciuta anche con il termine di "pseudotumor cerebri". La transitoria estroffessione delle fontanella bregmatica è stata descritta anche in sporadici casi di lattanti sottoposti a vaccinazioni: DTP (difto-tetano-pertosse) e DT (difto-tetano) e morbillo.

**METODO**

Eco cerebrale in lattante maschio, con bombatura della fontanella ad insorgenza acuta dopo 24 ore dalla prima dose di vaccino esavalente e con assenza di altra sintomatologia di compromissione e con esami gli specifici esami ematochimici nella norma.

**RISULTATO**

Eco cerebrale: Normale ecotessitura ed organizzazione del parenchima cerebrale. Sistema ventricolare normale per sede forma e volumetria. Lieve aumento degli spazi liquorali pericefalici: SCISSURA INTEREMISFERICA: 6,5 mm (v.n.: 0-6 mm); SPAZI SUBARACNOIDEI: 4,5 mm (v.n.: 0-4 mm), con normale flusso venoso nel seno sagittale superiore.

L'evento si è risolto entro 24 ore dall'insorgenza e senza sequele.

**CONCLUSIONI**

Anche se il riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP) dei vaccini non riporta la "fontanella bombata" come evento avverso alla voce "Effetti Indesiderati", bisogna prendere atto che gli esigui numeri di casi segnalati dopo vaccinazione, previo accurato work-up diagnostico finalizzato ad escludere possibili cause secondarie severe di ipertensione endocranica, risultano essere comunque: autorisolutivi e con assenza di sequele.

**ID 347**

**VALUTAZIONE CAMPAGNA VACCINALE CONTRO IL MENINGOCOCCO C PER GLI STUDENTI FUORI SEDE DELL' UNIVERSITA' DI PISA**

S. Gandolfo; M.G. Bianchi; L. Zezza; A. Righi; S. Giorgi; G. Pieve; F. Giardi ; P. Lopalco; G.P. Privitera

*Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa*

**INTRODUZIONE**

Tramite la collaborazione di diversi partner istituzionali didattici e sanitari è stata realizzata una campagna vaccinale straordinaria contro il meningococco C rivolta agli studenti iscritti all'Università di Pisa non residenti in Toscana, al fine di potenziare la campagna già avviata dalla Regione in seguito all'aumento dell'incidenza dei casi di malattia invasiva nel periodo 2015-2016. Allo scopo di valutare l'iniziativa, sono stati realizzati ad hoc due questionari distinti, somministrati con modalità differenti.

**METODI**

il primo questionario, somministrato nella fase di osservazione post-vaccinale, aveva il fine di valutare l'accessibilità e il gradimento del servizio offerto e prevedeva 10 risposte chiuse e 3 risposte aperte. Il secondo questionario, inviato via e-mail dai canali istituzionali dell'Università di Pisa alla popolazione target, voleva invece indagare le motivazioni dell'eventuale mancata adesione al servizio.

**RISULTATI**

il primo questionario è stato somministrato, a partire dalla quinta settimana della campagna, a 403 dei 984 studenti afferenti al servizio, in tre delle quattro sedi vaccinali. Hanno aderito 332 studenti, pari all'82,4% degli interpellati, e dall'analisi delle risposte è emerso un giudizio positivo per la professionalità degli operatori, per l'offerta, gli orari ed informazioni fornite. Al questionario inviato via web, invece, ha risposto soltanto lo 0,93% degli studenti; la quasi totalità ha asserito di non aver aderito alla campagna poiché aveva già effettuato la vaccinazione in altro contesto.

**CONCLUSIONI**

il questionario somministrato in fase di osservazione post-vaccinale ha dimostrato come l'attivazione di un canale privilegiato di vaccinazione sia risultata gradita e accettata dalla popolazione target, rilevando quindi l'utilità del servizio. Per contro, la scarsa risposta al questionario web è probabilmente legata al fatto che buona parte degli interpellati fosse già vaccinata.

*vaccinazione antimeningococcica, meningite, toscana, copertura vaccinale*

**ID 348**

**CAMPAGNA VACCINALE STRAORDINARIA IN TOSCANA CONTRO MENINGOCOCCO C: E' POSSIBILE OFFRIRE UN ACCESSO PRIVILEGIATO ALLA VACCINAZIONE AD UNA POPOLAZIONE A MAGGIOR RISCHIO?**

L. Zezza 1; M.G. Bianchi 1; S.Gandolfo 1; A.Righi 1; F.Giardi 1; S.Giorgi 1; G.Pieve 1; A. Porretta 1; M.C. Martino 2; A. D'Ercole 2; R. Foddis 3; A. Cristaudo 3; P. Lopalco 1; G.P. Privitera 1

1 Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa

2 U.O. Igiene e Medicina Preventiva, Pisa

3 U.O. Medicina Preventiva del Lavoro, Pisa

**INTRODUZIONE**

Nel periodo 2015-2016 è stato registrato un aumento dell'incidenza di casi di malattia invasiva da meningococco di tipo C in Toscana. La Regione ha avviato una campagna straordinaria di vaccinazione in risposta all'evento epidemico attraverso l'offerta attiva e gratuita del vaccino a tutti i residenti fino a 45 anni e a tutti gli studenti fuori sede delle Università presenti sul territorio toscano. Considerando che la fascia di età più colpita è risultata essere quella compresa tra i 20 e i 29 anni, la scelta di estendere l'offerta vaccinale anche a fasce di età a minor rischio, senza privilegiare la popolazione più suscettibile, ha portato a tempi d'attesa estremamente lunghi. E' stata dunque realizzata una filiera vaccinale dedicata agli studenti fuori sede dell'Ateneo pisano non residenti in Toscana (rientranti nella categoria a maggior rischio), la cui descrizione sarà obiettivo di questo lavoro.

**METODI**

E' stato creato un team ad hoc grazie alla collaborazione tra Università di Pisa, USL, e Azienda Ospedaliera Pisana, con il coinvolgimento attivo degli specializzandi della Scuola in Igiene e Medicina Preventiva. L'iniziativa è stata comunicata agli studenti attraverso i canali istituzionali dell'Università di Pisa. Sono state individuate quattro sedi ambulatoriali, localizzate in prossimità delle strutture didattiche e in una residenza studentesca. La prenotazione avveniva tramite una pagina web dedicata nell'area riservata del portale universitario di ciascun studente. I medici vaccinatori hanno ricevuto una specifica formazione.

**RISULTATI**

In tre mesi sono stati vaccinati in totale 984 studenti, su 1378 posti totali disponibili (71,4% dei posti disponibili occupati).

**CONCLUSIONI**

L'adesione riportata indica la validità dell'intervento, che presenta elementi per un potenziale sviluppo. L'iniziativa si è inoltre dimostrata un'utile esperienza formativa per gli specializzandi dell'area di Sanità Pubblica.

*Vaccino, Meningite, Toscana, vaccinazione antimeningococcica*

**ID 351**

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLE VACCINAZIONI DEGLI OPERATORI SANITARI AOU "G. MARTINO" MESSINA**

C. Genovese; M.A.R. Palamara; V. La Fauci; R. Squeri  
AOU G. Martino, Policlinico Messina

**INTRODUZIONE**

la vaccinazione rappresenta uno degli strumenti più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. I benefici ottenuti si rileggono non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma con il raggiungimento di elevate coperture vaccinali anche in modo indiretto, inducendo la protezione di soggetti non vaccinati (Herd Immunity).

Il rationale del nostro lavoro è quello di fornire agli operatori sanitari risorse utili per la promozione della vaccinazione, a mezzo della raccolta di opinioni e attitudini verso le vaccinazioni e la valutazione della prevalenza di operatori vaccinati per MPR, varicella, influenza, epatite B, difterite e tetano.

**METODI**

è stato condotto da Aprile 2016 ad oggi un cross-sectional study (studio trasversale) presso l'AOU "G.Martino" di Messina attraverso la somministrazione di un questionario a 274 medici.

**RISULTATI**

dall'analisi dei dati emerge che il 79% dei medici crede che i vaccini siano importanti per ridurre o eliminare malattie gravi, anche se il 64% di essi esprime più fiducia nell'immunità naturale piuttosto che in quella acquisita. Si evidenzia che il 97,5% degli operatori crede che i vaccini facciano più bene che male. Il 33% ha paura degli effetti collaterali. Il 36% crede che i vaccini non siano efficaci; il 52% è diffidente sugli effetti a lungo termine e il 47% non è sicuro. Dei soggetti coinvolti solo il 53% si è vaccinato per l'influenza lo scorso anno.

**CONCLUSIONI**

i dati del nostro lavoro mostrano un allineamento con quelli internazionali. Esiste una discordanza tra ciò che la classe medica dichiara e su come si comporta nei confronti della vaccinazione. Ciò dimostra un atteggiamento di sfiducia, a volte di paura per le reazioni avverse, altre volte di negligenza. Risulta ancora oggi fondamentale sensibilizzare, ovvero aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sull'importanza della vaccinazione come strumento di prevenzione semplice ed efficace.

*vaccinoprofilassi, operatori sanitari*

**ID 355**

**VACCINE HESITANCY NELLE MAMME DEI NUOVI NATI**

G. Masia 1; N. Mereu 1; A. Murgia 1; M. Piga 1; C. Porcu 2; R. Pintus 2; A. Mereu 1; P. Contu 1; C. Sardu 1

1 Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari

2 Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

**INTRODUZIONE**

Negli ultimi decenni si osserva un aumento del rifiuto delle vaccinazioni nei nuovi nati. Questo studio esplora l'atteggiamento delle mamme di neonati di età  $\leq 6$  mesi.

**METODI**

La raccolta dati è stata effettuata, nel 2015 -2016, presso l'AOU di Cagliari con interviste effettuate in occasione dell'accesso per lo screening ecografico per displasia dell'anca. I dati raccolti sono stati analizzati mediante statistiche descrittive e regressione logistica multivariata.

**RISULTATI**

Sono state intervistate 350 mamme con età media è di 32 anni e l'81% ha un diploma o una laurea.

L'83% del campione ha intenzione di aderire al calendario vaccinale dell'infanzia.

Il 10% del campione rivela un atteggiamento di "vaccine hesitancy"; tra queste, il 6% non intende far effettuare al proprio bambino alcuna vaccinazione, il 36% intende posticipare i tempi e il 58% farà effettuare solo alcuni vaccini. Il vaccino rifiutato in misura maggiore è l'MPR ma vengono citati anche tetano "ormai è una malattia poco frequente" e meningite "ce ne sono tanti tipi e non è detto che serva proprio il vaccino che viene fatto".

Il 7% del campione, mamme di neonati che al momento dell'intervista non hanno ancora raggiunto il terzo mese di vita, è indeciso ma mostra un atteggiamento fortemente orientato alla "vaccine hesitancy" esprimendo perplessità sui seguenti aspetti: controindicazioni, effetti collaterali e associazione tra vaccini e patologie con specifici riferimenti all'autismo.

L'analisi dei determinanti ha evidenziato che nelle mamme che hanno ricevuto informazioni sui vaccini da parte del personale sanitario durante il percorso nascita (corso pre-parto o giorni di degenza per parto) la probabilità di vaccine hesitancy è dimezzata.

**CONCLUSIONI**

L'implementazione di processi di comunicazione in setting strategici in cui le mamme sono maggiormente recettive, quali corso-preparto e degenza per il parto, può contribuire alla riduzione della vaccine hesitancy.

*vaccine hesitancy, comunicazione*

**ID 362**

**PROTEZIONE CONTRO L'INFEZIONE DA HBV IN STUDENTI DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE A 20 ANNI DALLA VACCINAZIONE**

E. Zorzoli 1; S. Ciampini 1; L. Coppeta 2; A. Capanna 1; G. Gervasi 1; I. Giambini 3; L. Zaratti 4; E. Franco 4; A. Magrini 2

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

2 Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Roma

3 Dipartimento di Medicina

**INTRODUZIONE**

Lo status vaccinale del personale sanitario rappresenta ancora oggi un tema cruciale per il controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie. Lo studio ha avuto come scopo la valutazione della persistenza dell'immunità contro il virus dell'epatite B (HBV) negli studenti delle Professioni Sanitarie vaccinati durante il primo anno di vita a seguito dell'introduzione in Italia dell'obbligatorietà della vaccinazione anti HBV e l'aggiornamento del protocollo del Servizio di Medicina del Lavoro del Policlinico Tor Vergata per la gestione del rischio di infezione da HBV.

**METODI**

Il criterio di inclusione è stato il seguente: essere uno studente di un corso di Laurea delle Professioni Sanitarie nato dopo il 31 luglio del 1991 e avere effettuato la visita di controllo presso il Servizio di Medicina del Lavoro con valutazione della sierologia per HBV tra gennaio 2010 e settembre 2015. I criteri di esclusione sono stati la positività nei confronti di HBsAg, e/o anti-HBc, allo scopo di escludere dal campione gli individui che avevano avuto un contatto con il virus.

**RISULTATI**

Il flusso dei partecipanti allo studio è mostrato in Figura 1, a cui si rimanda per quanto riguarda i risultati; il 68% degli studenti era di sesso femminile. Il tempo mediano trascorso dalla vaccinazione primaria alla valutazione sierologica è stato di 20,4 anni.

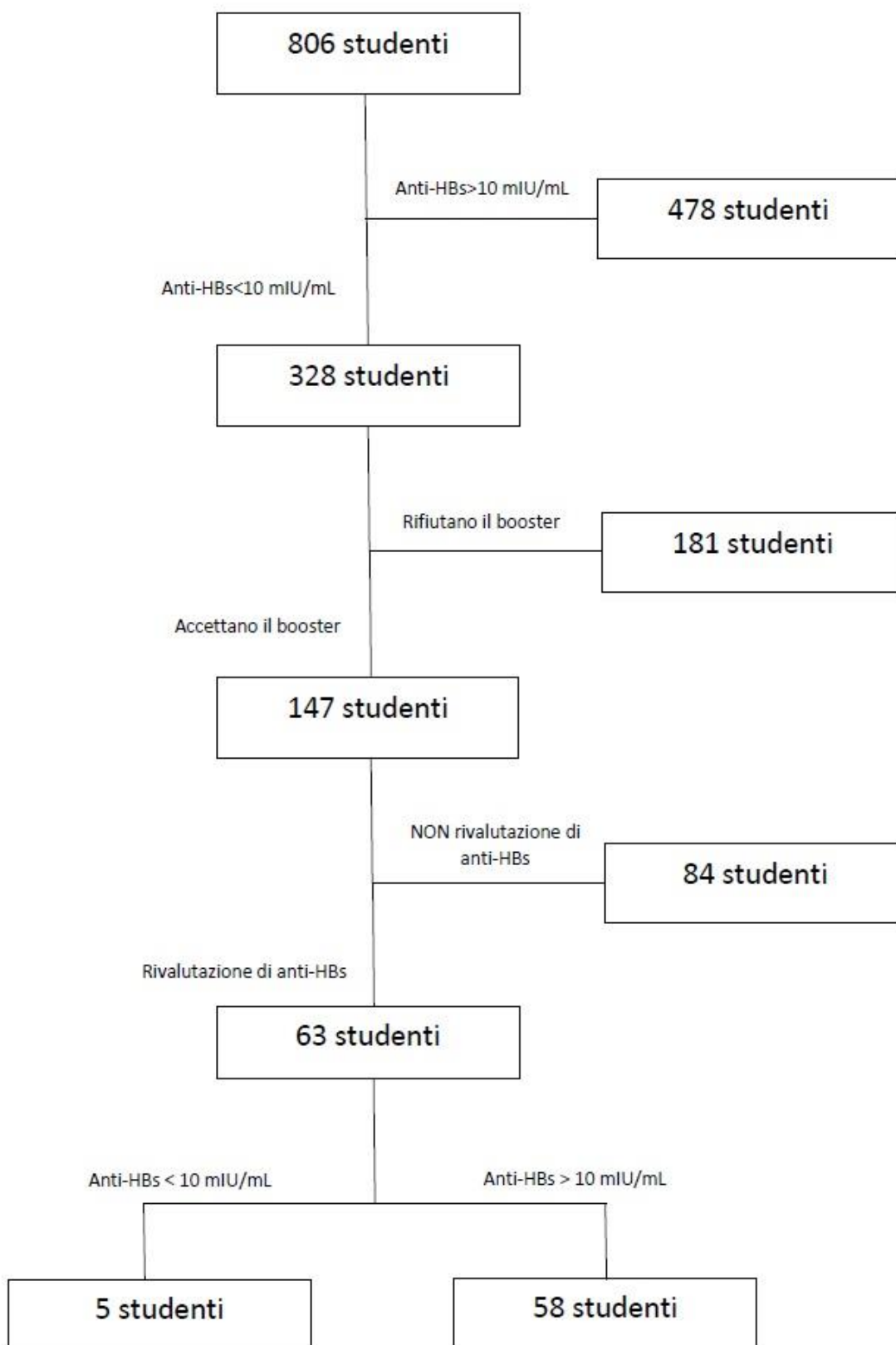
**CONCLUSIONE**

Nonostante il numero ridotto di studenti che hanno completato lo studio, si può affermare che i risultati supportano l'ipotesi corrente che la stragrande maggioranza degli individui vaccinati alla nascita, pur non presentando a distanza di decenni titoli anti-HBs protettivi, possiede comunque una memoria immunologica in risposta agli antigeni di HBV e che sia pertanto protetta dall'infezione. L'elevato tasso di dropout dello studio ha stimolato il Servizio di Medicina del Lavoro a effettuare una revisione del protocollo operativo per la valutazione sierologica e la vaccinazione nei confronti di HBV.

*HBV, Operatori Sanitari, Vaccinazioni, Memoria immunologica*



Figura 1 – Flow chart dello studio



**ID 415**

**DISEGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE E COPERTURA VACCINALE DEL MORBILLLO NELL'ASL NAPOLI 1 CENTRO**

D. Castrianni 1; C. Novi 1; A. Simonetti 1; N. Grimaldi 1; U. Vairo 2; R. Alfano 1; M. Triassi 1  
1 Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli studi di Napoli "Federico II", via Sergio Pansini 5, 80131, Napoli, Italia.  
2. U.O. Materno Infantile, Distretto 29 - Colli Aminei, San Carlo all'Arena, Stella, Napoli, Italia

**INTRODUZIONE**

Nonostante la disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace, il morbillo ha ancor oggi un ruolo di rilievo in termini di morbosità e mortalità a livello mondiale. Gli studi sulle disuguaglianze di salute in termini di mortalità e morbilità hanno evidenziato significative relazioni con lo stato socioeconomico degli individui e dei contesti in cui vivono. Scopo del presente lavoro è stato valutare per l'ASL Napoli 1 Centro l'eventuale associazione tra indice di deprivazione e copertura vaccinale del morbillo.

**METODI**

I dati relativi alla copertura vaccinale del morbillo nell'ASL NA 1 Centro relativi all'anno 2014 sono stati estrapolati in collaborazione con i Responsabili dell'ASL Napoli 1 Centro.

I dati socio-economici derivano dai dati del Censimento della popolazione del 2001 dai quali si è costruito un indice di deprivazione. In particolare, si fa riferimento a cinque variabili: % di popolazione >6 anni con licenza elementare; % di disoccupati; affollamento abitativo; % di famiglie monogenitoriali; % di abitazioni in affitto.

Per valutare la relazione tra l'indice di deprivazione e la copertura vaccinale è stata utilizzata una regressione lineare semplice.

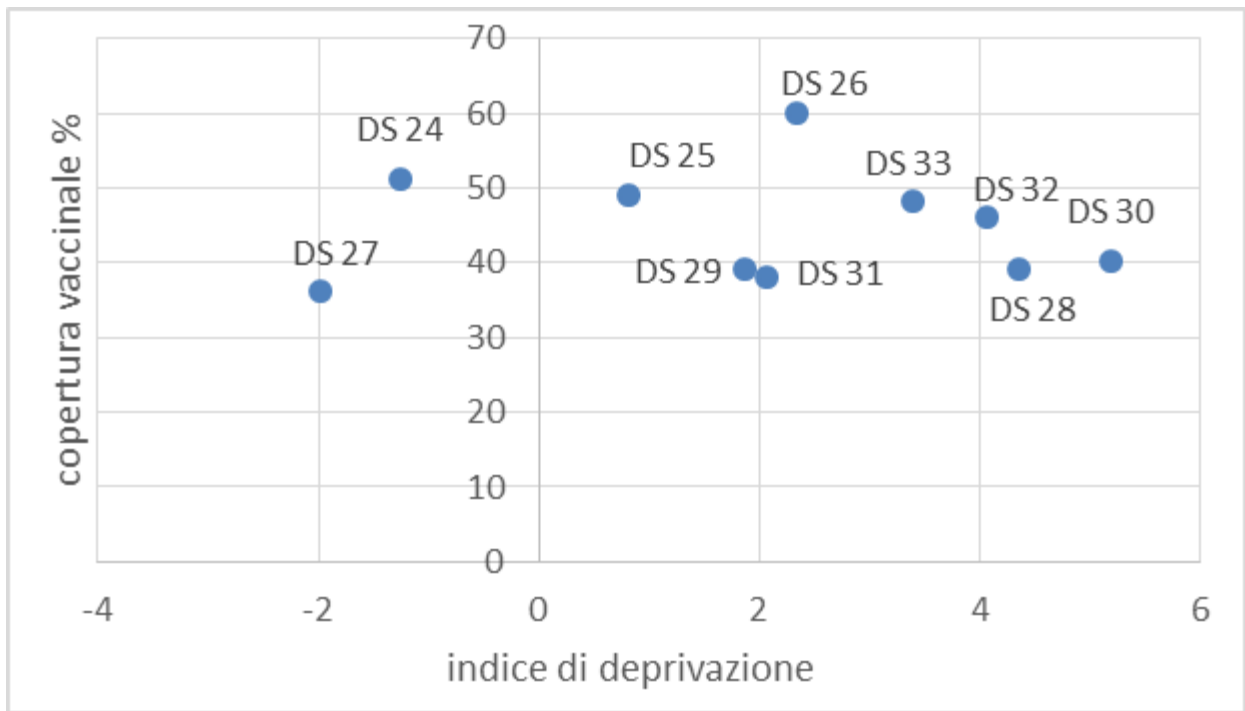
**RISULTATI**

Nell'ambito del Comune di Napoli, territorio di pertinenza dell'ASL Napoli 1 Centro, si riscontrano indici di deprivazione dal valore positivo per otto distretti su dieci. Mettendo in relazione l'indice di deprivazione e la copertura vaccinale (Figura 1) si evince che all'aumentare di una unità dell'indice di deprivazione la copertura vaccinale diminuisce del 12% (coefficiente= -0.12; E.R. = 1.13; p= 0,91).

**CONCLUSIONI**

Non è possibile escludere che le coperture vaccinali siano fortemente influenzate dagli svantaggi sociali e pertanto risultano ancora necessari interventi socio-sanitari al fine di determinare un miglioramento delle condizioni di vita, considerando l'esistenza di una relazione diretta tra deprivazione e copertura vaccinale, sebbene non statisticamente significativa.

*morbillo, copertura vaccinale, indice di deprivazione*



**ID 417**

**LA PREVENZIONE DELLA MENINGITE DA MENINGOCOCCO B: PERCEZIONE DELLA VACCINAZIONE TRA I GENITORI DELLA ASL BARI**

L. Civita 1; V. Vitale 2; D. Lagravinese 2; R. Squicciarini 2; A. Loporcaro 4

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi Aldo Moro, Bari

2 Dipartimento di Prevenzione ASL Bari

3 Nucleo Tecnico Screening ASL Bari

4 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

**INTRODUZIONE**

Alla luce dell'attuale trasformazione della cultura della vaccinazione, in cui sempre più spesso assume peso la scelta individuale, il Dipartimento di Prevenzione Asl Bari, in linea con il Piano d'Azione Europeo per le Vaccinazioni 2015-2020, ha effettuato un monitoraggio delle percezioni, conoscenze e opinioni dei genitori su meningite e vaccinazione anti-Meningococco B, per calibrare futuri programmi di comunicazione basati sulle evidenze dei bisogni informativi.

**METODI:**

- calcolo della numerosità campionaria su popolazione totale di 24.239 bambini (coorti 2014-2015-2016); significatività 99%, errore statistico 3%
- somministrazione durante il counselling vaccinale, nel periodo Giugno-Agosto 2016, di un questionario anonimo, precedentemente validato su un campione significativo della popolazione in esame, rappresentato dai genitori di bambini afferiti presso gli ambulatori vaccinali
- raccolta dati e analisi con software statistico Stata

**RISULTATI**

Sono stati somministrati 1710 questionari.

Il 60,8% del campione totale indica di conoscere la meningite.

Vi è correlazione tra livello di informazione e il titolo di studio dei rispondenti: il 47,4% si reputa "abbastanza informato" (tale quota sale al 60,6% tra i laureati contro l'8% dei meno istruiti).

Le principali fonti di informazione sono risultate il personale degli ambulatori vaccinali (43,5%) e il pediatra (42,4%). Il 73,3% del campione vorrebbe ricevere ulteriori informazioni: il 40% tramite le nuove tecnologie dei Media (Internet, social network, e-mail, app), il 31,6% tramite giornate informative (presso gli ambulatori della Asl o il pediatra) e il 19,2% tramite brochure.

**CONCLUSIONI**

E' necessario pianificare programmi di comunicazione divulgativi sui temi delle vaccinazioni, mediante canali di comunicazione che prevedano l'uso dei media/social media, per ottenere una più ampia e consapevole adesione dei genitori anche alle vaccinazioni raccomandate, tra cui quella contro il meningococco B.

*MeningococcoB, vaccino, indagine genitori*

**ID 422**

**VACCINAZIONE CONTRO PNEUMOCOCCO NEI SOGGETTI A RISCHIO NELLA EX ASL RM/A, DATI PRELIMINARI**

A. Spadea; A. Ercole; A. Barbato; M. Goletti  
ASL Roma 1

**INTRODUZIONE**

Il Piano Prevenzione Vaccinale 2012-14 della Regione Lazio, a partire da Novembre 2012 offre attivamente e gratuitamente alle persone a rischio la vaccinazione antipneumococcica (PCV).

Il rationale di questa decisione viene dall'osservazione dell'aumentata sopravvivenza di pazienti con malattie croniche che, essendo a rischio di complicanze gravi da malattie infettive, richiedono un maggior onere di cure e quindi un notevole impegno anche in termini di risorse umane ed economiche.

A settembre 2015 la Regione Lazio con il "Programma di vaccinazione con pneumococco coniugato 13valente" ha approvato l'offerta attiva e gratuita della PCV oltre che ai soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre la malattia per la presenza di patologie o condizioni predisponenti anche ai cittadini di età >65 anni, prevedendo la partecipazione attiva e remunerata dei MMG e dei PLS.

**METODI**

A partire da maggio 2013, la ASL RM/A ha attivato un progetto per immunizzare tutti i soggetti a rischio contro pneumococco (PNC), la cui cronologia è stata riassunta nella tabella 1.

**RISULTATI**

La verifica del progetto ha permesso di valutare il numero delle dosi di PCV somministrate ai soggetti di età >7 anni a partire da maggio 2013, grafico 1, ed il numero dei ricoveri dei residenti attribuibili a PCV, a partire dal 2010, tabella 2.

**CONCLUSIONI**

La promozione della cultura della prevenzione e delle vaccinazioni è un obiettivo condiviso dal PNPV 2012-14 e dal PRPV 2012-14. La strategia della condivisione si è dimostrata molto efficace nel promuovere con gli adulti a rischio l'offerta attiva e gratuita della PCV ed i MMG si sono dimostrati dei preziosi alleati. L'analisi dei dati sui ricoveri ha dimostrato che la PCV è stata efficace nei bambini, la cui popolazione di immunizzati è sufficientemente elevata da avere avuto un impatto sulla diminuzione dei ricoveri, mentre ancora non ha dato prove di efficacia nei soggetti di età >7 anni, poiché il numero dei vaccinati si mantiene ancora basso.

*offerta attiva e gratuita vaccinazione antipneumococcica*

**ID 441**

**LA RISPOSTA IMMUNE ALLA VACCINAZIONE DELL'EPATITE B: FATTORI DI RISCHIO DI MANCATA RISPOSTA IN UNA COORTE DI STUDENTI UNIVERSITARI**

I. Loperto 1; D. Castrianni 1; C. Montana 1; R. Alfano 1; A. Cappuccio 1; OC. Imperato 1; R. Martello 1; E. Maio 1; MS. Scamardo 1; A. Guillari 1; D. Landolfo 1; O. Caporale 1; M. Triassi 1  
*Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli*

**INTRODUZIONE**

La copertura vaccinale per HBV in Italia è 94,6 %. La vaccinoprofilassi di massa ha mutato lo scenario epidemiologico e clinico. Tuttavia, la durata dell'immunità è ancora oggetto di discussione.

**METODI**

Nel 2015 sono stati arruolati, durante la visita di Sorveglianza Sanitaria, tra gli studenti di Infermieristica dell'Università "Federico II" 438 soggetti (età media 22,6). Per ognuno è stata effettuata la determinazione di HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAb, (EIA kit ELISA; Wiesbaden, Germany). Obiettivo del presente studio è stato definire la copertura vaccinale e i fattori di rischio associati alla non risposta. Un soggetto è stato considerato non responder (NR) al vaccino se l'HBsAb era  $\leq 10$  mUI/ml come da Linee Guida del CDC. Le informazioni sui fattori di rischio di non risposta al vaccino sono state collezionate mediante questionario.

**RISULTATI**

Su 438 soggetti, il 46,3% è risultato NR. I fattori di rischio di mancata risposta al vaccino rilevati sono stati: fumo, genere, alcol, BMI, malattie autoimmuni, malattie croniche, atopia, asma. Le analisi preliminari indicano che i NR sono meno frequentemente atopici e più giovani rispetto ai responders. Nell'analisi multivariata solo l'età e la presenza di atopia sono risultati associati alla non risposta in maniera statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Un'analisi di sensibilità, ha confermato un aumento del titolo anticorpale di 24,6 mUI/ml all'aumentare di ogni anno d'età.

**CONCLUSIONI**

I RISULTATI del presente studio potrebbero essere di supporto per la programmazione delle future politiche vaccinali e indicherebbero la necessità di valutare la risposta a lungo termine ed una eventuale dose booster in età adulta. Il titolo anticorpale più basso, riscontrato nei soggetti più giovani, potrebbe essere attribuito all'introduzione del vaccino esavalente meno immunogeno del monovalente precedentemente utilizzato. Resta da indagare l'associazione con i fattori di rischio.

*HBV, vaccino, non responder, copertura vaccinale*

**ID 442**

**INFLUENZIAMO LA COMUNICAZIONE! NUOVE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL BARI PER LA CAMPAGNA ANTINFLUENZALE**

R. Squicciarini 2; V. Vitale 2; L. Civita 1; D. Lagravinese 2; V. Laforgia 2

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari

2 Dipartimento di Prevenzione ASL BARI, Bari

**INTRODUZIONE**

L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica con conseguenti costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia.

Gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale contro l'influenza sono:

- riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte
- riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità

Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono:

- 75% minimo perseguibile
- 95% obiettivo ottimale

Negli ultimi 10 anni, il calo delle coperture vaccinali antinfluenzali Pugliesi, in linea con quelle Italiane, ha fatto registrare un aumento delle complicanze e della mortalità ad essa correlate.

Esso è attribuibile a:

- sentimento di paura verso i vaccini
- mancata convinzione negli operatori dedicati
- carenza di campagne informative istituzionali dirette ai soggetti target
- movimenti anti-vaccinatori

Obiettivo dello studio:

Valutare l'impatto sulle coperture vaccinali antinfluenzali di nuovi sistemi di comunicazione e informazione rivolti ai destinatari della vaccinazioni.

**METODI**

Utilizzo di social network e media, spot/video, seminari tematici in webinar:

- Creazione di un profilo Facebook del Dipartimento di Prevenzione sul quale sono state postate informazioni relative alla vaccinazione antinfluenzale
- Realizzazione di un video comunicativo, a costo zero, trasmesso dalle principali emittenti locali e condiviso attraverso youtube da diverse testate giornalistiche
- Organizzazione di seminari tematici in webinar con MMG e PLS e cittadini

**RISULTATI**

La copertura vaccinale antinfluenzale nella Asl Bari è passata dal 46% della stagione 2014-2015 al 54% del 2015-2016, in linea con le coperture Pugliesi e superiore di circa 6 punti rispetto a quelle Italiane.

**CONCLUSIONI**

Si ritiene che una informazione corretta, incisiva e moderna attraverso i nuovi canali di comunicazione influisca notevolmente sul trend di copertura vaccinale della popolazione.

*influenza, campagna di comunicazione, spot*

*Influenziamo la comunicazione!*  
**Nuove strategie di comunicazione del Dipartimento di Prevenzione Asl Bari per la Campagna Antinfluenzale**



**Grafico 1** Coperture vaccinali antinfluenzali negli ultra 65 anni negli ultimi 10 anni in Italia, Puglia e Asl Bari.



Non lasciarti influenzare campagna vaccinazione del Dipartimento Prevenzione Asl Bari



**Non lasciarti influenzare campagna vaccinazione asl ba**

Spot informativo per la campagna vaccinale antinfluenzale del Dipartimento di Prevenzione della Asl di Bari.

[YOUTUBE.COM](https://www.youtube.com)

[facebook](#)





**ID 449**

**L'IMPORTANZA STRATEGICA DELLA COMUNICAZIONE EFFICACE E I RISULTATI IN TERMINI DI COPERTURE VACCINALI NELLA POPOLAZIONE ADOLESCENTE**

S. Cannone 1; M. Terlizzi 2; A. Falco 2; N. Guglielmi 3; M. Nigro 4; G. Cannone 2

1 Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Bari

2 Servizio Igiene Pubblica, ASL BT

3 Volontario presso Servizio Igiene Pubblica, ASL BT; 4 Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Bari

**INTRODUZIONE**

Il Calendario Vaccinale per la Vita-Regione Puglia 2012-2014 prevede la somministrazione del vaccino anti-HPV a 11 anni, del vaccino anti-meningococco quadrivalente a 12 anni e del richiamo del vaccino anti dTap/IPV all'età di 13 anni.

Con l'obiettivo di rendere consapevoli i genitori dell'importanza di queste vaccinazioni e di raggiungere in tal modo ottime coperture vaccinali, il SISP di Andria ha messo a punto un piano organizzativo che permette di vaccinare i ragazzi di I, II e III media direttamente nelle scuole.

**OBIETTIVI**

Obiettivo di questo studio è la presentazione delle percentuali di adesione alle suddette vaccinazioni negli anni scolastici 2013/14, 2014/15 e 2015/16.

**METODI**

Il medico incontra in giornate programmate i genitori degli alunni delle Scuole Secondarie di primo grado della città, fornisce tutte le spiegazioni relative ai vaccini proposti e risponde alle domande poste dai genitori.

Si raccolgono poi i consensi informati dei genitori e, nelle date prefissate, un team di operatori sanitari accede agli istituti scolastici per praticare le vaccinazioni.

**RISULTATI**

Hanno eseguito la vaccinazione anti HPV nel 2013/14 l'88,4% delle 11enni, nel 2014/15 l'86,3% delle femmine (F) e il 68,0% dei maschi (M), nel 2015/16 l'86,1% delle F e il 72,0% dei M.

Hanno eseguito il vaccino anti-meningococco quadrivalente il 71,0% dei dodicenni nel 2013/14, l'81,0% nel 2014/15 e il 75,9% nel 2015/16.

Hanno eseguito il richiamo dTpa/IPV il 79,9% dei 13enni nel 2013/14, l'87,5% nel 2014/15 e l'86,5% nel 2015/16.

**CONCLUSIONI**

L'innovativa modalità di offerta vaccinale agli adolescenti attuata dal SISP di Andria consente di raggiungere in maniera più diretta e capillare la popolazione target e garantisce il raggiungimento di elevate percentuali di adesione alle vaccinazioni, che risultano superiori alla media regionale.

L'efficiente collaborazione instaurata con le istituzioni scolastiche è imprescindibile e rafforza la fiducia dei genitori nei confronti delle vaccinazioni.

**ID 453**

**LA CONOSCENZA DELLA CONDIZIONE VACCINALE PERSONALE ESPRESSA DAGLI ADOLESCENTI DI DUE REALTÀ DELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA – TRIESTE E UDINE -**

G. B. Modonutti

*Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute*

Ai giovani si chiede di essere protagonisti della propria salute. Pertanto, abbiamo chiesto, tramite questionario, a 677 studenti della Scuola Secondaria di 2° grado (SS2) di Trieste (2003/05;M:41,2%;F:58,8%; 13-21aa) e a 690 di Udine (2004/05-M:28,1%;F:71,9%;13-19aa) informazioni sulla condizione vaccinale.

Il 21,0% degli SS2 a Ts (M:21,1%;F:20,9%) e il 43,5% a Ud (M:42,8%;F:43,8%) ha fatto l'antipolio (Ud vs Ts=>:M:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p M:p<0,0005;F:p<0,0005; MF: p<0,0005), il 79,4% a Ud (M:80,9%;F:78,8%) L'anti epatite B è appannaggio a Ts del 61,4% (M:57,3%;F:64,3%;p<0,08) a Ud del 72,5% (M:65,5%;F:72,5%;pM: p<0,08;F:p<0,0005; MF:pM:p<0,0005;F:p<0,0005%;MF:p M:p<0,025;F:p<0,0005%;MF:p<0,0005) su quelli di TS (M:36,9%;F:42,5%;MF:40,2%) ed a Ud le ragazze superano i coetanei (pM:p<0,0005; F:p<0,0005%;MF:p<0,0005) a quelli di Ts (M:25,1%;F:32,2%;MF:29,2%) e le femmine prevalgono sui maschi (Ud;p<0,0005;Ts;p<0,05) Minimali sono a Ts (M:0,7%;F:0,8%;MF:0,7%) ed a Ud (M:2,1%;F:1,4%;MF:1,6%) i vaccinati per la pertosse, così come gli SS2 di Ts (M:0,0%;F:0,3%;MF:0,1%) e di Ud (M:1,0%;F:1,0%;MF:1,0%) immunizzati per la varicella.

Gli SS2 manifestano, a Ts più che a Ud, una scarsa conoscenza della propria condizione vaccinale, lontana dalla reale copertura del momento, che non aiuta la responsabilizzazione e la crescita della coscienza sociale degli adolescenti nei confronti dell'evento vaccinazione.

*Vaccinazioni; Scuola Secondaria; Studenti*

**ID 478**

**IMPATTO NEI PROGRAMMI DI IMMUNIZZAZIONE CON VACCINO PNEUMOCOCCICO CONIUGATO (PCV) SULLE PATOLOGIE PNEUMOCOCCICHE INVASIVE (IPD) IN BAMBINI <5 ANNI DI ETÀ**

S. Castagna 1; P. Bahety 2; B. Hoet 2; M. Moreira 2

1 Direzione Medica Vaccini, GSK, Verona, Italia

2 Vaccines Research and Development, GSK Vaccines, Wavre, Belgio

**INTRODUZIONE**

A partire dal 2000, i vaccini pneumococcici coniugati (PCV) sono stati introdotti nei programmi di vaccinazione pediatrica di numerosi Paesi, inizialmente con il vaccino 7-valente (PCV7) e dal 2009 con i PCV alto-valenti (PHiD-CV, PCV13). Obiettivo del presente lavoro è stato quello di analizzare la riduzione delle patologie pneumococciche invasive pediatriche (IPD) nei vari Paesi tenendo conto delle differenti modalità di impiego dei PCV.

**METODI**

Dalla letteratura e da report di sorveglianza pubblici sono stati selezionati set di dati che rispondessero ai seguenti criteri: incidenza e/o numero dei casi disponibili per bambini <5a per IPD complessive, IPD prevenibili da vaccino (VT) e non (NVT); sorveglianze consolidate e dettagliate; denominatori di popolazione disponibili. Sono state confrontate le diverse incidenze (pubblicate, calcolate o stimate) delle IPD complessive, VT e NVT nel periodo pre-PCV, PCV7 e PHiD-CV/PCV13.

**RISULTATI**

Sono stati inseriti nell'analisi i dati di 11 paesi, nei quali la durata dell'offerta vaccinale PCV varia da 3 a 15 anni. Nell'era pre-PCV, l'incidenza delle IPD complessive era compresa tra 17-98 casi/100000 bambino/anno passando a 7-20 casi/100000 bambini/anno nel periodo PHiD-CV/PCV13. Tale riduzione è stata in massima parte raggiunta nell'era PCV7. Nella maggior parte dei paesi, l'incidenza delle IPD VT è ridottissima, mentre le IPD NVT sono in costante aumento.

**CONCLUSIONI**

L'incidenza complessiva di IPD in bambini <5a si è ridotta notevolmente a prescindere dal PCV usato e delle differenze tra i paesi nell'epidemiologia pneumococcica, metodologie di sorveglianza e programmi di vaccinazione. Essendo le IPD VT estremamente contenute nei paesi analizzati, è ragionevole ipotizzare che il carico residuo di IPD sarà principalmente determinato dai IPD NVT.

*Vaccino pneumococcico coniugato, malattie pneumococciche invasive, bambini*

**ID 487**

**KNOWLEDGE AND ATTITUDES RELATED TO HPV, HPV-VACCINATION, CERVICAL CANCER AND PAP-TEST, AMONG FEMALE UNIVERSITY STUDENTS IN TUSCANY**

P. Bonanni 1; MV. Dorgali 2,3; L. Faustini 4; P. Manfredi 5; A. Petrucci 2; S. Boccalini 1; E. Tiscione 1; E. Lanciotti 1; A. Bechini 1

1 Department of Health Science, University of Florence, Florence

2. Department of Statistics, Informatics, Applications "G.Parenti", University of Florence, Florence

3 School of Biological Science, Queen's University Belfast

4 ISTAT- RMC Toscana, Firenze;

**INTRODUZIONE**

Since 2008 universal vaccination against HPV has been included in the Italian national immunization programme. In Tuscany, the HPV vaccine is offered free of charge to girls aged 12-18 yr. The aim of the study is to assess knowledge and attitudes about HPV and HPV vaccination, cervical cancer, and cervical screening with Pap-test among female university students in Tuscany. In addition, the research also investigates young women cervical cancer preventive behaviour and health status awareness.

**METODI**

The study design is based on a convenience sample of 432 female students attending the first and the second undergraduate year in the universities of Pisa and Florence. An anonymous, self-administered questionnaire structured according to the Theory of Planned Behaviour and the Health Belief Model was employed to investigate demographic details, knowledge and attitudes concerning HPV and cervical cancer (14 items), HPV vaccination (10 items) and the Pap-test (9 items). The sample was collected between December 2015 and June 2016 following a mixed-mode approach, i.e. web and paper-based questionnaire, in order to reach the largest number of surveyed subjects.

**RISULTATI**

The majority of respondents (69%) are in the age range of 19-22 years old and reside in Tuscany (72%). Concerning vaccination status 61% (262) of the interviewed students are vaccinated, 20% (85) are not vaccinated and 4% (21) do not remember their vaccination status. Of the remaining 15%, 25 students (6%) do not know HPV and 35 (9%) have never heard about the associated vaccine. Knowledge questions highlight a slightly better performance for unvaccinated girls while the information level considerably changes across faculties. Responses quality varies according to the question level, the more detailed is the information requested, the lower is the level of accuracy (Table 1).

**CONCLUSIONI**

There is further need for promoting knowledge of HPV and HPV vaccination among young women.

*HPV-Vaccination, Pap-test, Young women, Knowledge*

**ID 510**

**REAZIONE DELLA SANITA' PUBBLICA A UNA EPIDEMIA "MEDIATICA" COME OPPORTUNITA' DI PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE. L'ESEMPIO DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO**

G. Ventura 1; C. D'Angelo 2; S. Palmeri 1; C. Costantino 1; P. Immordino 1; N. Casuccio 2; F. Vitale 1; A. Casuccio 1

1 Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno infantile "G. D'alessandro" - Palermo

2 U.O.C. di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva - ASP Palermo

**INTRODUZIONE**

Tra fine giugno e metà luglio 2016 a Palermo si sono verificati tre casi di meningite batterica in giovani (uno a esito infausto), che hanno suscitato un notevole allarme nella popolazione, accresciuto dalla risonanza sui social e mass media. Nonostante l'imponente sforzo comunicativo degli operatori sanitari dell'ASP, l'abnorme richiesta di vaccini da parte della popolazione ha portato l'Assessorato alla Salute ad allargare l'offerta vaccinale antimeningococcica tetravalente (ACW135Y) ai soggetti fino ai 30 anni.

**METODI**

Sono state calcolate le dosi di vaccino inviate ai centri vaccinali dell'ASP di Palermo nei mesi di luglio e agosto, confrontandole con quelle del semestre precedente.

Si sono inoltre estrapolati i dati ISTAT delle coorti a cui era offerta la vaccinazione (1986-2004: 282.615).

**RISULTATI**

Nel primo semestre 2016 le dosi di tetravalente inviate ai centri di vaccinazione sono state 4.289(media giornaliera di accessi per tutte le vaccinazioni: 600). Dopo il primo caso (fine giugno), si è avuto un picco a Luglio (1500), replicato da un secondo più consistente ad Agosto (18030) con una media di accessi giornalieri aumentata di oltre il 50%, a seguito della Circolare Assessoriale del 21/07.

Il picco di accessi è stata un'occasione per gli operatori vaccinali, per proporre ulteriori vaccini e richiami che non sarebbero stati effettuati (HPV; richiamo DTPa+IPV e MPRV). Le circa 24 mila dosi somministrate determinano una bassa copertura nella fascia di età 12-30 anni (8,5%).

**CONCLUSIONI**

Nonostante i casi di meningite verificatisi a Palermo nel 2016 siano stati inferiori a quelli attesi, l'onda emotiva generata, data la giovane età dei casi, ha contribuito a produrre un'epidemia "mediatica". L'ASP ha profittato di questa rinnovata fiducia nelle vaccinazioni quale fondamentale strumento di prevenzione, per sensibilizzare i giovani offrendo loro un'informazione corretta e puntuale e per effettuare le vaccinazioni previste dal Calendario Regionale.

*meningite, comunicazione, vaccino*

**ID 512**

**ANALISI DEI CASI DI PERTOSSE IN RELAZIONE ALLA PREMATURITÀ E ALLO STATO VACCINALE NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

M. Pascucci 1; G. Frasca 1; C. Paolucci 1; A. Giannini 1

*Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica - Direzione Generale Cura della persona, Salute e welfare - Regione Emilia-Romagna*

**INTRODUZIONE**

La comunità scientifica è concorde sull'opportunità di vaccinare i bambini prematuri(P)sulla base dell'età cronologica secondo il Calendario, utilizzando vaccini espressamente autorizzati per tale impiego, anche quando la posologia autorizzata può essere diversa (3 dosi di ciclo primario +1 booster) da quella routinaria dei bambini nati a termine (2+1).E' stata condotta un'indagine retrospettiva per valutare il rischio di malattia nei P e gli eventuali fallimenti vaccinali in P precedentemente vaccinati con la schedula 2+1.

**METODI**

Sono stati individuati i casi(database SMI)e i ricoveri(database SDO)per pertosse in bambini di età <3 anni nel periodo 2011-2015 e linkati con i Certificati di Assistenza al parto per valutare l'eventuale prematurità alla nascita e con l'Anagrafe Vaccinale.

**RISULTATI**

Il 70% dei ricoveri per pertosse avviene nei primi tre anni di vita e il 90% di questi si verifica prima dei sei mesi. Il rischio di ricovero nei P con età <6 mesi è più alto rispetto a quello osservato nella popolazione generale OR=2,6 p<0,05. In questa fascia d'età il 78% dei bambini ricoverati risultava non vaccinato con l'esavalente e il 22% ne aveva ricevuto una sola dose. Dopo il 6° mese di vita - successivamente al ciclo primario di vaccino esavalente - non è stato riscontrata differenza tra i P e il gruppo di controllo. L'analisi sulle notifiche di casi di pertosse evidenzia una frequenza di P tra i casi con età < 6 mesi(19,0%) maggiore rispetto alla frequenza di P nella popolazione generale (7,1%); tale differenza si riduce all'aumentare dell'età di insorgenza della malattia. La percentuale di bambini vaccinati tra i casi notificati (1-2-3 dosi a seconda dell'età di insorgenza della malattia) risulta essere più bassa nei nati P(33%) rispetto ai nati a termine(43%).

**CONCLUSIONI**

La vaccinazioni dei P nel primo anno di vita con l'esavalente secondo la schedula 2+1 non ha prodotto un aumento di malattia rispetto ai nati a termine dello stesso periodo.

*pertosse prematuri vaccinazione*

**ID 518**

**EFFICACIA SUL CAMPO DEL VACCINO ANTINFLUENZALE TRIVALENTE ADIUVATO CON MF59: RISULTATI DI UNA REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI**

R. Gasparini 1; D. Panatto 1; L. Arata 1; J. Puig-Barberà 2; D. Amicizia 1; A. Domnich 1

1. Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

2. Vaccines Research Unit, FISABIO-Public Health, Valencia, Spain

**INTRODUZIONE**

Nell'anziano, i vaccini antinfluenzali tradizionali determinano spesso una risposta immunitaria insufficiente, dovuta ai processi di immunosenescenza. Al fine di superare tale criticità è stato sviluppato un vaccino trivalente adiuvato con MF59, potente stimolatore della risposta immunitaria sia umorale sia cellulare. Considerando che l'efficacia sul campo (effectiveness) dei vaccini antinfluenzali negli anziani non può essere valutata con studi clinici controllati per motivi etici, il presente lavoro ha lo scopo di quantificare l'effectiveness del vaccino adiuvato con MF59 in questa classe di età.

**METODI**

È stata condotta una revisione sistematica e meta-analisi degli studi caso-controllo e di coorte che hanno valutato l'effectiveness del vaccino trivalente adiuvato con MF59 nel prevenire diversi outcomes relativi all'influenza negli anziani.

**RISULTATI**

Sono stati identificati 11 studi di cui 9 hanno coinvolto anziani non istituzionalizzati. Sei studi sono stati sottoposti alla meta-analisi. Come riportato nella Tabella 1, tra i soggetti non istituzionalizzati l'effectiveness aggiustata del vaccino era superiore al 50%, indipendentemente dall'outcome considerato. Tuttavia, l'effectiveness contro l'influenza confermata in laboratorio non ha raggiunto il livello di significatività statistica all' $\alpha < 0,05$ . Tra i soggetti istituzionalizzati, il vaccino era altamente efficace nel prevenire la sindrome simil-influenzale, essendo l'effectiveness del 94% (IC 95%: 47–100%). Inoltre, il vaccino adiuvato con MF59 era generalmente più efficace rispetto ai vaccini non adiuvati.

**CONCLUSIONI**

Il nostro lavoro conferma i risultati dei numerosi studi clinici controllati sull'immunogenicità e sull'efficacia del vaccino trivalente adiuvato con MF59 in quanto l'effectiveness è risultata alta, specialmente nel prevenire le ospedalizzazioni per influenza e le sue complicanze.

*vaccino trivalente adiuvato con MF59, effectiveness, vaccinazione influenzale negli anziani*

**ID 534**

**VACCINAZIONE DI SOGGETTI NEOPLASTICI: REVISIONE DELLA LETTERATURA PER LO SVILUPPO DI STRUMENTI OPERATIVI – ANALISI PRELIMINARE**

M. Del Manso 1; C. Giambi 1; E. Lacorte 1; D. Martinelli 2; R. Prato 2; T. Gallo 3; A.E. Tozzi 4; F. Fortunato 2; M. Mariuz 3; S. Bianchi 4; S. Iannazzo 5; A. Filia 1; F. D'Ancona 1

1 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma

2 Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Università degli Studi di Foggia, Foggia

3 Direzione centrale salute, integrazione sociosan

**INTRODUZIONE**

Il PNPV 2012-2014 raccomanda di vaccinare i pazienti oncologici contro influenza e pneumococco, i pazienti con leucemia linfatica acuta in remissione contro varicella, i pazienti sottoposti a terapia antineoplastica contro meningococco C e Hib. Le indicazioni per vaccino sono state demandate a documenti tecnici non ancora disponibili. Nell'ambito di un progetto CCM, finanziato da MinSal, è stata condotta una revisione sistematica delle indicazioni e schedule vaccinali nei soggetti neoplastici. METODI:

La ricerca è stata effettuata in Medline, Central e CDSR, includendo TCR, studi analitici, review sistematiche e narrative. Sono state anche consultate le principali linee guida/raccomandazioni internazionali.

**RISULTATI**

Di 3139 pubblicazioni, sono stati selezionati 140 articoli dopo lettura dell'abstract, di cui 113 recuperati (88 trial/osservazionali e 25 review). Da un'analisi preliminare emerge che c'è accordo nell'indicazione di vaccinare soggetti non vaccinati almeno 3 mesi dopo la sospensione del trattamento antineoplastico. Non è univoca la posizione circa i soggetti parzialmente vaccinati (riprendere il ciclo dopo la fine del trattamento da dove interrotto vs somministrare una dose booster prima di riprenderlo) o completamente vaccinati prima della terapia (nessuna dose booster vs booster dopo valutazione del titolo anticorpale vs booster senza titolazione). Dati univoci a favore di una strategia piuttosto che un'altra non sono disponibili.

**CONCLUSIONI**

I risultati saranno utilizzati per predisporre una scheda sintetica con indicazioni e schedula per vaccino nei soggetti neoplastici. Insieme ad analoghe schede per pazienti affetti da patologie croniche dell'apparato respiratorio, diabete, asplenia e trapiantati sviluppate nell'ambito del progetto, verrà prodotto un manuale pratico e di facile consultazione per supportare gli operatori sanitari nell'immunizzazione dei soggetti con patologie croniche.

*vaccinazione, tumore, leucemia, chemioterapia*



**ID 543**

**L'ADESIONE ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE DEGLI INFERMIERI A CONTATTO CON PAZIENTI IMMUNOCOMPROMESSI**

T. Rea 1; A. D'Auria 2; S. Lopes 3; C. Panico 4; V. Sansone 5; G. Gargiulo 6; S. Simeone 7

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

2 *Libero Professionista, Napoli*

3 *Libero Professionista, Napoli*

4 *Libero Professionista, Napoli*

5 *Libero Professionista, Napoli*

6 *Università degli Studi di Napoli Feder*

**INTRODUZIONE**

La vaccinazione antinfluenzale (VA) rappresenta uno degli interventi raccomandati per proteggere non solo operatori sanitari e pazienti ad alto rischio, ma la popolazione tutta. Lo scopo dello studio è stato valutare l'adesione alla VA da parte del personale infermieristico dedicato all'assistenza dei pazienti immunocompromessi presso l'A.O.U. "Federico II" di Napoli negli ultimi cinque anni e confrontare i dati emersi con quelli disponibili degli altri paesi (Europa-USA). Ulteriori obiettivi sono stati: rilevare il fabbisogno formativo e comprendere i motivi della mancata adesione alla VA.

**METODO**

Lo studio osservazionale è stato condotto da giugno a settembre 2015 in undici UU.OO. caratterizzate dall'erogazione di interventi assistenziali a pazienti immunocompromessi; è stato somministrato un questionario composto da 20 item rivolto ad infermieri, infermieri pediatrici e Coordinatori infermieristici.

**RISULTATI**

Sono stati somministrati un totale di 227 questionari con un tasso di adesione del 67.8%. Dai RISULTATI è emerso che, benché il 61.3% dei soggetti inclusi creda nelle vaccinazioni quali strumenti importanti per la riduzione/eliminazione delle malattie, solamente l'11% del campione si è sottoposto alla vaccinazione antinfluenzale nell'anno 2014/2015, il restante 89% non ha praticato la vaccinazione antinfluenzale. Negli ultimi 5 anni il 20.8% del campione dichiara di essersi vaccinato soltanto una volta, l'11% due o più volte, mentre il 68.2% non si è mai vaccinato. Dai dati emersi non vi è evidenza di un protocollo/procedura aziendale sulle VA. Un ulteriore bisogno di informazioni è emerso nell'80% del campione.

**CONCLUSIONI**

L'assenza di un protocollo aziendale e le misconception inerenti la VA sembrano essere i principali elementi che hanno determinato i RISULTATI. Vi è la necessità di attuare interventi capaci di stimolare gli operatori a comprendere l'importanza della VA, sviluppando una maggiore l'adesione.

*vaccinazione antinfluenzale-infermieri-attitudini-comportamenti- adesione*

**ID 583**

**IL "COMUN DENOMINATORE": ALLA RICERCA DEI DATI DELLE COPERTURE VACCINALI. ESPERIENZA NELLA AZIENDA USL ROMA 6 IN COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"**

E. Caredda 1; M. Ferraro 1; R. Mastrosanti 1; E. Franco 2; R. Catapano 3

1 Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva

2 Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Dipartimento di Biomedicina e prevenzione

3 ASL Roma 6 – Servizio vaccinazioni

L'insidia maggiore nel calcolo delle coperture vaccinali è il reperimento del denominatore. In collaborazione tra il referente aziendale delle vaccinazioni e l'Università "Tor Vergata", si sono approfonditi i dati delle coperture in alcuni distretti della ASL Roma 6, a sud-est della Capitale.

Si sono calcolate le coperture vaccinali per le coorti 2013 e 2014 (Esa, Pnc, MPR e MenC), combinando il numero delle dosi effettuate (numeratore) sia con i dati presenti nell'anagrafe sanitaria regionale, sia col numero dei residenti ricavati da Demo Istat. Le coperture risultano sensibilmente differenti (Fig. 1). Nel tentativo di dirimere tale discrepanza, s'è provveduto al confronto nome per nome dei vaccinati con i residenti presenti nelle anagrafi comunali. Ciò ha permesso di individuare il numero reale di residenti per la definizione del denominatore, depurato dei non residenti, e del numeratore, anch'esso ripulito dalle dosi effettuate a non residenti, allo scopo di valutare una copertura ideale.

Dalla conta è risultato che il numero di dosi va depurato dell'8-13% (vaccini effettuati a non residenti nei Distretti III e IV). Inoltre che anche il denominatore in alcuni casi va ridotto (0,01-9,7%) in altri invece aumentato (1,13%). Tale variabilità è legata al più lento aggiornamento delle posizioni anagrafiche da parte dei comuni, confrontato con l'anagrafe sanitaria e alle caratteristiche del presidio che accoglie popolazioni vicine a quelle di riferimento o più numerose per la posizione centrale e/o di passaggio.

La variabilità tra i dati provenienti da aggregatori statistici numerici, Demo Istat, e quelli nominali, le anagrafi sanitaria e comunale, è molto ampia. Tuttavia, l'eccessivo lavoro di analisi per la valutazione nome per nome non si può considerare per il calcolo delle coperture. Possiamo concludere che il dato dell'anagrafe sanitaria regionale sia il più affidabile, integrato nel software delle vaccinazioni, per ricavare le coperture sia nominali che aggregate.

*Coperture vaccinali, denominatore*

**ID 598**

**VALUTAZIONE DELLE COPERTURE E ANALISI DEI DETERMINANTI DI ADESIONE ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NEI MMG DELLA ASL TARANTO**

F. Siciliani 1; F. Desiante 2; C. Nanula 1; G. Caputi 1; I. Aprile 3; R. Cipriani 1; A. Pesare 1; M. Conversano 1

1 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

3 Responsabile UACP, ASL Taranto

**INTRODUZIONE**

La propensione dei medici di medicina generale (MMG) nei confronti della vaccinazione antinfluenzale rappresenta un elemento imprescindibile per il successo delle campagne di immunizzazione stagionali contro l'influenza. L'obiettivo del presente studio è valutare la copertura per la vaccinazione antinfluenzale tra i MMG della ASL Taranto e indagare i determinanti di adesione o rifiuto dei MMG nei confronti del programma di immunizzazione degli operatori sanitari.

**METODI**

Il disegno dello studio è di tipo cross-sectional. Sulla base della letteratura scientifica di settore in ordine ai determinanti positivi e negativi della vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari è stato predisposto un questionario di indagine, inviato tramite posta elettronica in forma anonima a tutti i MMG della ASL Taranto.

**RISULTATI**

La copertura per la vaccinazione antinfluenzale fra i MMG è del 76,4% (n=175; 95% CI=70,4–81,8), risultando sensibilmente più alta nel sesso maschile e nelle fasce di età avanzate. Il 53,1% (n=93/175; 95% CI=45,8–60,4) dei MMG che si sono vaccinati l'ha fatto per la propria salute, mentre il 58,8% (n=30/51; 95% CI=45,2–71,2) dei non vaccinati ritiene che l'influenza non sia una patologia pericolosa per il soggetto sano. Il 10,5% del campione (n=24 95% CI=7,1–15,1) non svolge un colloquio di counselling preliminare alla vaccinazione del paziente e il 20,1% (n=46 95% CI=15,4 – 25,8) non utilizza il vaccino adiuvato negli over 64.

**CONCLUSIONI**

La copertura tra i MMG della ASL Taranto raggiunge l'obiettivo minimo ministeriale, ma è necessario implementare le loro conoscenze e l'adesione in merito a tutti gli aspetti legati alla vaccinazione antinfluenzale, eliminando convinzioni inesatte. L'empowerment dei MMG, da attuare mediante azioni condivise con i SISP, basate sulla convergenza di formazione, comunicazione e sostegno delle coperture, rappresenta la migliore strategia per ottimizzare la governance di sistema.

*Influenza, MMG, formazione*

**ID 625**

**COPERTURE VACCINALI: INDAGINI E STRATEGIE DI MONITORAGGIO. ESPERIENZA NELLA ASL ROMA 6 DISTRETTI 3 E 4 IN COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"**

R. Mastrosanti 1; M. Ferraro 2; E. Caredda 3; E. Franco 4; R. Catapano 5

1 Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva

2 Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva

3 Università degli Studi di Roma "Tor V

**INTRODUZIONE**

Per una molteplicità di fattori, negli ultimi anni la compliance della popolazione nei confronti delle vaccinazioni si è ridotta in modo significativo, determinando un calo delle coperture vaccinali. Quest'ultime, in base al PRPV attualmente in vigore, dovranno essere maggiori del 95% per esavalente, antipneumococco, MPR e antimeningococco C per l'anno 2018.

**METODI**

Dal software aziendale abbiamo ricavato l'anagrafe vaccinale della coorte 2013 e 2014, per il distretto 3 (Ciampino e Marino) e per il distretto 4 (Ardea e Pomezia) dell'ASL RM6. Contemporaneamente abbiamo richiesto le anagrafi comunali dei nuovi nati nel 2013 e 2014, che sono state incrociate, nominativo per nominativo, con le precedenti anagrafi.

**RISULTATI**

È emerso come le coperture vaccinali siano al di sotto di quanto atteso, in particolar modo per antimeningococco C e MPR. Il distretto 3 per la coorte 2013 ha registrato percentuali di coperture per i precedenti vaccini rispettivamente di circa il 52% e 65% e del 31.1% e 47.5% per la coorte 2014. Il distretto 4 ha registrato coperture simili per MPR, mentre per l'antimeningococco C la copertura è stimata in circa 10 punti percentuali maggiore. Per quanto riguarda l'esavalente e l'antipneumococco è stato rilevato come un numero non trascurabile di bambini non completa il ciclo vaccinale, facendo sì che non venga raggiunto l'obiettivo del 95% di copertura.

**CONCLUSIONI**

Il software aziendale non essendo aggiornato con l'anagrafe comunale permette di calcolare coperture vaccinali con minor accuratezza rispetto a quanto si otterrebbe se i due sistemi fossero complementari. Al fine di avere dati più veritieri si potrebbe prospettare un aggiornamento del suddetto software con i nominativi dei nuovi nati forniti dal comune di residenza. Si potrebbe auspicare un aumento delle coperture se fosse attuata la chiamata attiva e se ci fosse un migliore feedback con i pediatri di libera scelta.

*coperture vaccinali, anagrafe vaccinale, software aziendale, chiamata attiva*

**ID 626**

**SULLA SOSTENIBILITÀ DEL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE 2016-2018: I TEMPI STANDARD DI VACCINAZIONE IN PUGLIA**

M.G. Cappelli 1; F. Fortunato 1; G. Caputi 2; R. Angelillis 3; M.G. Baldari 4; C. Bandini 5; A. Biasino 6; M. Brienza 3; L. Cagnazzi 5; G. Cannone 6; F. Carella 3; V. Coli 4; M. Conversano 2; M.A. Curci 6; F. D'Ambrosio 4; G. D'Aprile 4; A. De Simone 5; A. Denittis 3; F. Desiante 7; G. Di Cataldo 6; M. Evangelio 2; A. Fedele 4; M. Ferraro 3; F. Fiorella 6; S. Gallo 6; A.M. Giaffreda 4; M. Grieco 6; M.M. La Salandra 3; V. Laforgia 8; D. Lagravinese 8; N. Lofrese 3; A. Losacco 8; F. Manfreda 5; A.M. Matera 8; R. Matera 6; R. Mongelli 2; A.S. Monopoli 8; C. Nanula 2; R. Olivieri 3; O. Pagone 8; G. Palamà 4; R. Magnolo 4; A. Papa 4; A. Perruccio 4; M. Piccirilli 3; A. Piro 4; M.A. Rinaldo 2; L. Romanelli 6; R.M. Russo 1; A. Schito 4; C. Scorrano 4; D. Sofia 5; R. Squicciarini 8; S. Termitte 5; G.L. Turco 4; D. Martinelli 1; R. Prato 1

1 Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Foggia, Foggia

2 Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto, Taranto 3 Dipartimento di Prevenzione, ASL Foggia, Foggia

4 Dipartimento di Prevenzione, ASL Lecce, Lecce

5 Dipartimento

In vista dell'implementazione del PNPV 2016-2018, il Coordinamento Interregionale della Prevenzione ha affidato alla regione Puglia, il cui calendario di fatto già racchiude l'offerta completa per l'infanzia, una stima dei tempi di vaccinazione anti-varicella (V), anti-meningococco B (MenB), anti-HPV nei maschi (M-HPV) e anti-rotavirus (RV).

L'indagine è stata condotta a giugno 2016 in 12 servizi vaccinali campionati in modo casuale nelle 6 ASL regionali. Sono stati rilevati i tempi medi dedicati da medici, infermieri e assistenti sanitari alle vaccinazioni V, MenB, M-HPV e RV; i tempi medi sono stati stratificati per dose (prima vs successive), età, presenza di uno/entrambi i genitori alla seduta e presenza di condizioni di rischio nei vaccinati.

I dati di attività dei servizi partecipanti sono riassunti in Tabella. Alla vaccinazione V, il medico dedica in media 9,1 min, l'infermiere 11,8 min, l'assistente sanitario 16,5 min. Per MenB, il medico impiega 8,8 min, l'infermiere 11,6 min, l'assistente sanitario 16,1 min. Per M-HPV, il medico impiega 7,9 min, l'infermiere 11,6 min, l'assistente sanitario 18,5 min. Per RV, il medico e l'infermiere spendono 9 min, l'assistente sanitario 7,2 min. Il medico necessita di maggior tempo quando viene offerta la prima dose di V, MenB, M-HPV e RV, se il bambino ha  $\leq 24$  mesi per V e MenB, se sono presenti entrambi i genitori per V, MenB e RV, se sussistono condizioni di rischio per RV ( $p < 0,05$ ). L'infermiere spende più tempo se sono presenti entrambi i genitori per MenB e RV, se il vaccinato ha  $\leq 24$  mesi per MenB, se somministra la prima dose e se sono presenti condizioni di rischio per RV ( $p < 0,05$ ). L'assistente sanitario impiega maggior tempo per V, MenB e RV se sono presenti entrambi i genitori ( $p < 0,05$ ).

I dati raccolti in Puglia potranno essere utili a definire la tempistica per l'inserimento delle nuove vaccinazioni previste dal piano e a identificare punti di forza e criticità nelle risorse di personale del sistema vaccinale.

**ID 630**

**“L'IMMUNITA' INFLUENTE”: IL TEATRO FORUM PER LA PROMOZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE TRA GLI OPERATORI SANITARI DI UN POLICLINICO UNIVERSITARIO**

A. Corsaro 1; C. De Meo 1; A. Poscia 1; C. de Waure 1; G. Damiani 1; F. Berloco 2; W. Ricciardi 3; P. Laurenti 1

1 Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene; Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

2 Servizio Radioprotezione ed Igiene Ospedaliera, Direzione Sanitaria, Fondazione Policlinico Universitario “A. Gemelli”, Roma.

3 Università Cattolica del Sacro

**INTRODUZIONE**

La vaccinazione è riconosciuta come la più efficace forma di prevenzione dell'influenza stagionale, che annualmente colpisce il 5-10% della popolazione globale, causando tra 250-500 mila decessi. Sebbene raccomandata, le coperture vaccinali sono ancora insufficienti, in particolare tra gli operatori sanitari, rendendo necessarie nuove forme di coinvolgimento e motivazione.

Questo studio è finalizzato ad esplorare il gradimento di un'innovativa campagna vaccinale realizzata attraverso il Teatro Forum (TF), una tecnica di promozione della partecipazione politica e sociale già utilizzata in altri ambiti della prevenzione sanitaria.

**METODI**

Nell'autunno 2015 la Direzione Sanitaria della Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli ha organizzato 5 sessioni di TF in reparti a rischio invitandone gli operatori tramite locandine, posta all users, ufficio stampa e remind da parte di caposala e direttori. In ogni sessione era rappresentata e discussa con il pubblico una scena sulle possibili conseguenze della mancata vaccinazione in ambito ospedaliero. Il gradimento e l'utilità dell'iniziativa è stata valutata mediante somministrazione di un questionario.

**RISULTATI**

Hanno partecipato all'iniziativa 50 operatori di 4 reparti, con età media di 39 aa, in prevalenza donne (68%) e con maggiore partecipazione del personale medico (62%) rispetto ad altre professioni (38%). L'iniziativa è stata molto gradita dal 74% dei partecipanti, maggiormente nel personale medico rispetto agli altri ( $p=0.049$ , test CHI2). Il genere femminile ha gradito maggiormente ( $p=0.063$ , test CHI2), mentre l'età non ha influenzato il gradimento. Il 70% degli intervistati ha ritenuto la metodologia utile per affrontare ulteriori tematiche.

**CONCLUSIONI**

L'approccio dialogico e partecipativo del TF è stato apprezzato dai partecipanti e ha contribuito ad innalzare l'attenzione sulla vaccinazione rappresentando un'auspicabile opportunità di aumento delle coperture.

*Teatro Forum, Vaccinazione antinfluenzale, Operatori sanitari, Empowerment*

**ID 634**

**CAMPAGNE DI VACCINAZIONE ANTI-PAPILLOMAVIRUS: DETERMINANTI DI COMPLIANCE E LORO IMPLEMENTAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO DELLE STRATEGIE E DELL'EFFICIENZA DEI PROCESSI**

C. Trucchi 1; A. Orsi 1,2; C. Paganino 1; V. Tisa 1; F. Grammatico 1; P. Caligiuri 1; M. Martini 1; F. Ansaldo 1,3; G. Icardi 1,2

1 Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi di Genova, Genova

2 Unità Operativa Igiene, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova; 3 Direzione Sanitaria, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

**INTRODUZIONE**

In Italia la vaccinazione anti-HPV è stata introdotta nel 2007 nelle femmine. Alcune Regioni hanno recentemente esteso l'offerta ai maschi e ai soggetti a rischio. In considerazione dei subottimali tassi di copertura vaccinale raggiunti nelle femmine e dell'implementazione della strategia universale, lo studio si propone di analizzare conoscenze, opinioni, modalità comunicative e determinanti di accettabilità della vaccinazioni negli attori coinvolti nella scelta vaccinale (soggetti target, genitori, operatori sanitari). Inoltre, la ricerca si propone di indagare gli aspetti organizzativi dell'offerta vaccinale nelle Regioni nelle quali è stata introdotta la vaccinazione universale.

**METODI**

Il disegno dello studio è osservazionale, trasversale, multicentrico. Per ogni soggetto saranno raccolti, attraverso questionari cartacei o online, informazioni demografiche, conoscenze relative all'infezione da HPV, le patologie correlate e la vaccinazione. Inoltre, sarà valutata l'accettabilità della vaccinazione prima e dopo l'effettuazione di un intervento formativo specifico. Per ciascuna Regione è prevista la somministrazione di un questionario online inerente le modalità organizzative e le strategie di comunicazione specifiche per ciascun target della vaccinazione, le coperture vaccinali e le eventuali notifiche di eventi avversi.

**RISULTATI ATTESI**

Lo studio consentirà di approfondire le conoscenze in merito ai determinanti di compliance dei soggetti target della vaccinazione. Inoltre, sarà possibile acquisire rilevanti informazioni circa le conoscenze e le opinioni degli operatori sanitari nei confronti di questo strumento di prevenzione e le modalità organizzative associate a più elevate coperture vaccinali nelle Regioni ove è stata introdotta la vaccinazione universale.

**CONCLUSIONI**

I risultati ottenuti permetteranno di orientare l'offerta vaccinale al fine di superare le attuali barriere alla vaccinazione e migliorare i livelli di adesione nella popolazione.

*HPV, vaccinazione, compliance, conoscenze*

**ID 635**

**PER UNA BIOETICA DELLE VACCINAZIONI E UNA BIOETICA DI SANITÀ PUBBLICA**

M. Martini 1; R. Rosselli 2; I. Barberis 1; N.L. Bragazzi 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università degli Studi di Genova, Genova

2 ASL3 Genovese, Genova

**INTRODUZIONE**

La bioetica "classica" è nata nell'ambito della medicina clinica, ma varie sono le differenze fra medicina clinica e medicina preventiva: in primis, la medicina preventiva non ha a che fare con pazienti o soggetti malati, ma con soggetti apparentemente sani. Inoltre, nel primo caso ci si occupa della salute pubblica, nel secondo caso della salute individuale. In un'ottica "high-risk based", il vantaggio per il singolo è alto, mentre quello per la collettività è marginale, viceversa in un'ottica "population-based" (paradosso della prevenzione o di Rose).

**DESCRIZIONE**

I quattro principi di Beauchamp e Childress non possono sic et simpliciter essere traslati nel campo della medicina preventiva o di popolazione. La questione è complessa, a causa della cosiddetta "immunità di gregge". Mentre la mia scelta di sottopormi o meno a un dato intervento chirurgico non influenza minimamente la salute degli altri, nell'ambito vaccinologico la salute mia e degli altri sono intrinsecamente (e inevitabilmente) legate. Se mi vaccino concorro sia alla mia protezione che all'immunità di gregge di altri soggetti, se non mi vaccino non concorro né alla mia protezione né all'immunità di gregge di altri soggetti ma a causa della scelta vaccinale di altri soggetti godrei indirettamente dell'immunità di gregge (argomento del free-riding). Poiché il risultato non dipende unicamente dalla mia scelta, ma dipende fortemente dal contesto, il principio di autonomia decade. Infatti, l'atto vaccinale produce sia un bene privato che un bene pubblico, in quanto concorre all'immunità di gregge che è un bene pubblico. Allo stesso modo, anche gli altri principi di Beauchamp-Childress vengono meno.

**CONCLUSIONI**

Per affrontare un discorso in un'ottica di sanità pubblica, bisogna dotarsi di strumenti bioetici differenti da quelli usati in bioetica clinica. Per la sua stessa natura di bene, il vaccino dovrebbe essere tutelato a livello statale con interventi e misure di tipo obbligatorio.

*bioetica; sanità pubblica*



**ID 640**

**DIECI ANNI DI VACCINAZIONE ANTIVARICELLA NELLA ASL BRINDISI: INCIDENZA DELLA MALATTIA E COPERTURE VACCINALI**

E. Mastrovito 1; S. Termite 1 ; P. Pedote 1; N. Dahbaoui 1; M. Montano 1 ; A. De Simone 1; D. Sofia 1; S. Lorusso 1; C. Bandini 1; MG. Cappelli 2; AR. Greco 3

1 Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL BR, Brindisi

2 Università degli Studi, Foggia

3 Direzione Sanitaria ASL BR, Brindisi

**INTRODUZIONE**

La varicella è una malattia infettiva ad elevata incidenza, spesso sottovalutata, che talvolta può avere un decorso aggressivo soprattutto nei soggetti a rischio. Contestualmente ad altre 7 regioni italiane, che nel 2003 hanno iniziato ad introdurre la UMV (universal mass vaccination) contro la varicella, nel calendario vaccinale dell'infanzia della Regione Puglia, è stata introdotta nel 2006 con offerta attiva e gratuita a tutti i bambini al 13° mese di vita. Nel 2009 è stata introdotta l'offerta attiva universale della seconda dose nell'infanzia, mediante vaccino MPRV, in occasione dei 5-6 o 11-12 anni. Inoltre, è attiva una strategia di catch-up per adolescenti, adulti suscettibili e soggetti a rischio. Ad oggi 11 regioni italiane offrono la UMV contro la varicella. L'obiettivo dello studio è analizzare l'impatto dell'introduzione della vaccinazione nella ASL BR prima e dopo l'introduzione della UMV.

**METODI**

Sono state analizzate tutte le notifiche di varicella per i due decenni pre e post offerta vaccinale: 1996-2005 e 2006-2015, estrapolate dal sistema informativo malattie infettive Edotto. Sono state valutate le coperture vaccinali calcolate a 24 mesi di età.

**RISULTATI**

Le segnalazioni di varicella nella ASL BR nel periodo 1996-2005, sono state 2149; nel periodo 2006-2015, sono state 548 (riduzione di circa il 74,4%). Nella ASL BR la copertura vaccinale per varicella calcolata a 24 mesi di età, nel periodo 2011-2015 (coorti 2009-2013) ha raggiunto una media dell'84,54%, determinando un abbattimento molto rilevante non solo dei casi, ma anche delle ospedalizzazioni.

**CONCLUSIONI**

La strategia della UMV ha determinato una maggior protezione dei soggetti suscettibili, contribuendo ad un maggior controllo della malattia e ad una riduzione dei costi. La sottonotifica della varicella determina un'elevata variabilità dei dati, ma si stima che verosimilmente il decremento del numero dei casi notificati è correlabile alla minor incidenza della malattia.

*prevenzione, vaccinazione, varicella, notifica*

**ID 643**

**RILEVAZIONE DEL PROGRAMMA DI IMMUNIZZAZIONE ANTI-HPV DAL 2008 AL 2014 NELLA ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI**

V. Videlei 1; G. Di Martino 1; T. Garzarella 1; I. Porfilio 1; I. Zecca 1; P. Di Giovanni 2; T. Staniscia 1; F. S. Schioppa 1

1 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

2 Dipartimento di Farmacia, Università degli studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

**INTRODUZIONE**

La Regione Abruzzo dal 2008, in accordo con il DGR n.1359 del 2007, ha intrapreso la campagna vaccinale gratuita anti-HPV rivolta alle ragazze fra gli 11 e i 18 anni ed estesa alle ragazze maggiorenni fino all'età massima di 26 anni con pagamento agevolato. La vaccinazione con Gardasil tetravalente, ha mostrato un'efficacia >90% verso le lesioni precancerose e cancerose del collo dell'utero, nella popolazione che al momento dell'arruolamento era HPV-DNA negativa per i sottotipi 6, 11, 16 e 18, contenuti nel vaccino.

**OBIETTIVI**

È stata valutata l'aderenza alla vaccinazione anti-HPV nelle ragazze di età 11-18 anni, dal 2008 al 2014, nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti.

**METODI**

Le ragazze nate tra il 1996 e il 2003 sono state invitate, al compimento dell'11° anno, a sottoporsi alla vaccinazione anti-HPV. La copertura vaccinale (CV) è stata calcolata come numero di dosi somministrate al 31 dicembre 2014 nelle suddette coorti di nascita.

**RISULTATI**

Sono state invitate 13.714 ragazze, di cui il 63,6% ha effettuato la 1a dose e il 54,5% ha completato l'intero ciclo di 3 dosi. La CV più alta è stata registrata nella coorte 2001, con l'85% per la 1a dose e il 74% per il ciclo completo. Delle 10.559 ragazze di 18-25 anni, solo il 7,3% ha effettuato la 1a dose e il 6,5% ha completato il ciclo vaccinale, con CV maggiore nella fascia di età 20-21 anni.

**CONCLUSIONI**

A 6 anni dall'avvio del programma di immunizzazione anti-HPV nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti, l'obiettivo di copertura del 70%, per l'intero ciclo vaccinale, previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, è stato raggiunto solo per le coorti di nascita 1997-2001. È importante continuare ad implementare le campagne di sensibilizzazione alla vaccinazione per aumentare la percentuale di copertura anche nelle coorti che non hanno raggiunto gli obiettivi del PNPV.

**ID 650**

**ANALISI DELLE REAZIONI AVVERSE ALLA PRIMA DOSE DI VACCINI ANTIMORBILLO E ANTIVARICELLA IN TOSCANA DAL 2011-2014**

B. Zanella 1; P. Fiaschi 1; M. Parrilli 2; S. Boccalini 1; P. Bonanni 1; A. Bechini 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute – Università di Firenze, Viale G.B. Morgagni, 48 Firenze (Italia)

2 Centro di Farmacovigilanza, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze

**INTRODUZIONE**

Per l'immunizzazione contro morbillo, parotite, rosolia, varicella sono attualmente disponibili vaccini MPR, monovalenti V e tetravalenti MPRV. In Toscana la copertura vaccinale (CV) per prima dose di MPR è stata 89-92% e per V è 78-84% tra il 2011 e il 2014, con tendenza alla diminuzione nel corso degli anni. È stato ormai documentato un aumentato rischio di comparsa di convulsioni febbrili (CF) dopo somministrazione della prima dose di MPRV rispetto alla somministrazione separata di vaccini MPR e vaccino antivaricella. Scopo dello studio è stato valutare le segnalazioni di reazioni avverse in seguito a vaccinazione (ADR) contro morbillo, parotite, rosolia e varicella sulla base dei diversi vaccini disponibili sul mercato, con particolare interesse per le CF.

**METODI**

Le segnalazioni ADR raccolte dal sistema di farmacovigilanza della Regione Toscana nel periodo 2011-2014, sono state analizzate per tipo di vaccino somministrato, tipologia e gravità della ADR. Sono state considerate le ADR segnalate in bambini di 1 anno, che avevano ricevuto il vaccino MPR o MPRV o V, con particolare attenzione alle CF. **RISULTATI** Nel periodo 2011-2014 complessivamente sono state segnalate 117 ADR alla prima dose di vaccino in bambini di 1 anno di età delle quali l'85% in seguito a vaccinazione con MPR/MPRV e il 15% post vaccinazione con V. A fronte di un numero medio annuale di 21.000 prime dosi di MPRV e di 12.000 di MPR, si sono registrati solo 7 casi di CF (4 per MPR e 3 per MPRV) che rappresentano il 6% (7/117) del totale delle ADR incluse nella presente analisi.

**CONCLUSIONI**

Dall'analisi dei **RISULTATI** raccolti emerge che la segnalazione di CF è un evento molto raro ed è ugualmente probabile a seguito di somministrazione di vaccini MPR o MPRV, come riportato da studi recenti di post-marketing sulla sicurezza dei vaccini antivaricella. La separazione alla prima dose di MPR e V potrebbe concorrere al mancato raggiungimento degli obiettivi di CV.

*MPR, MPRV, EVENTI AVVERSI, CONVULSIONI FEBBRILI*

**ID 668**

**LIGURIAN VACCINATION IN HIV PROGRAM (LIV IN HIV): UN PERCORSO DEDICATO E CONDIVISO**

L. Sticchi 1,2; A. Di Biagio 3; M. Giacomini 4; I. Barberis 1; V. Faccio 1; V. Tisa 1; F. Iavarone 1; B. Giannini 4; N. Riccardi 3; L. Taramasso 3; L. Nicolini 1,3; G. Mazzarello 3; C. Viscoli 1,3; G. Icardi 1,2

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

2 Unità Operativa Igiene, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

3 Unità Operativa Clinica Malattie Infettive, IRCCS AOU San Martino-IST, Genova

4 Dipartimento di Informatica, Bioingegner

**INTRODUZIONE**

La Regione Liguria, con DGR n.1314 del 30/11/15 ha predisposto un calendario vaccinale rivolto alla popolazione con infezione da HIV.

Il Ligurian Vaccination in HIV Program (LIV in HIV) è un'iniziativa su base regionale per la ricerca attiva, l'individuazione ed il raggiungimento dei soggetti suscettibili per le malattie prevenibili mediante vaccinazione. E' stato creato un percorso assistenziale condiviso, rappresentato da un network di operatori dei centri vaccinali, dei centri di riferimento per la diagnosi e cura di questi pazienti, dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale.

**OBIETTIVI**

Obiettivo di questo lavoro è la descrizione dell'esperienza maturata dagli ambulatori dell'UO Igiene e di Clinica di Malattie Infettive dell'IRCCS AOU San Martino IST di Genova.

**METODI**

La piattaforma informatizzata regionale del Ligurian HIV Network consente la visualizzazione delle informazioni cliniche di ciascun soggetto, l'individuazione dei suscettibili, il calcolo del denominatore per le coperture vaccinali e delle dosi somministrate, attraverso linkage con le anagrafi vaccinali.

Durante le visite routinarie di follow-up, i soggetti suscettibili sono stati individuati ed inviati all'ambulatorio UO Igiene per lo screening sierologico e le vaccinazioni del caso. Da febbraio 2016, una cartella informatizzata condivisa consente la visualizzazione contemporanea nei due ambulatori dell'adesione alla proposta vaccinale.

**RISULTATI**

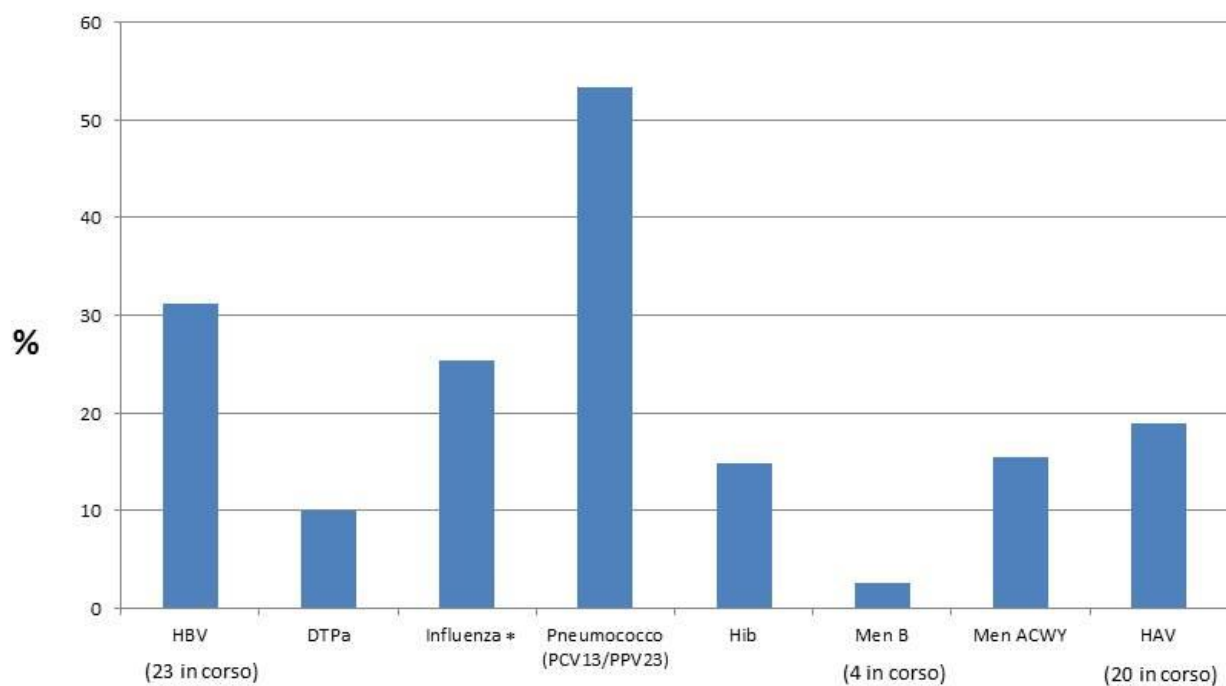
Da gennaio 2014 ad agosto 2016, sono stati valutati presso l'ambulatorio UO Igiene 221 soggetti, ai quali è stata proposta l'offerta vaccinale, più recentemente ampliata secondo DGR (Tabella). Nella Figura i tassi di copertura vaccinale.

Nel periodo febbraio-agosto 2016, sono stati inviati 125 pazienti con un'adesione del 53.6%.

**CONCLUSIONI**

Il programma LIV in HIV rappresenta la prima esperienza regionale di attivazione di strategie selettive per il raggiungimento e l'offerta vaccinale nei gruppi difficili da raggiungere.

*HIV, vaccino, copertura vaccinale, accettabilità*



\* (almeno una dose negli ultimi 3 anni)

| Vaccino           | CD4 <200/mmc                                                                                                       | CD4 >200/mmc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| dTpa              | 1 dose booster dT(pa) ogni 10 anni <sup>1</sup>                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Pneumococco       | 2 dosi di PCV13 ad una distanza non inferiore alle 8 settimane, seguite da 1 dose di PPV23 a distanza di 6-12 mesi | -Soggetti naive alla vaccinazione antipneumococcica: 1 dose di PCV13 seguita da una dose di PPV23 a distanza di 6-12 mesi<br>-Soggetti precedentemente vaccinati con PPV23: 1 dose di PCV13 a distanza di almeno 1 anno dalla precedente dose di PPV23. Nel caso in cui sia stata somministrata una sola dose di PPV23, è raccomandata un'ulteriore dose di PPV23 a distanza di almeno 5 anni dalla precedente dose di PPV23 e di almeno 6 mesi dalla somministrazione di PCV13 |
| MPR               | Controindicata                                                                                                     | 2 dosi (0, 4-8 settimane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Meningococco ACWY | Men ACWY (coniugato)                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Meningococco B    | Men B 2 dosi (8-12 settimane), fino ai 50 anni di età                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Varicella         | Controindicata                                                                                                     | 2 dosi (0, 4-8 settimane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| HPV 4             | 3 dosi (fino a 26 anni negli uomini e 45 nelle donne)                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| HAV               | 2 dosi (0, 6-12 mesi) <sup>3,4</sup>                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| HBV               | 3 dosi (0,1, 6 mesi) <sup>3,4,5,6</sup>                                                                            | 3 dosi (0,1, 6 mesi) <sup>3,4,5</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Hib               | 1 dose                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Influenza         | 1 dose all'anno                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**ID 679**

**DETERMINANTI ASSOCIATI ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NEGLI OPERATORI SANITARI ITALIANI: RISULTATI DELL'INDAGINE MULTISCOPO 2012-2013**

A. Brighenti 1; G. Ciancia 1; F. Carfagnini 1; M. Di Vincenzo 1; V.M. Scandali 1; C. Recanatini 1; E. Ponzio 1; P. Barbadoro 2; M.M. D'Errico 2

1 *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Politecnica delle Marche, Ancona*

2 *Dipartimento di Scienze Biomediche - Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona*

**INTRODUZIONE**

La vaccinazione antinfluenzale è fortemente raccomandata a livello nazionale ed internazionale, oltre in specifiche categorie di rischio, anche agli operatori sanitari per i quali il tasso di copertura vaccinale non ha mai raggiunto l'obiettivo fissato pari al 75%.

Lo scopo di questo studio è descrivere il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari (HCW), e di individuare fattori associati a questa pratica.

**METODI**

I dati provengono dall'indagine multiscopo sulle famiglie Italiane "Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari" condotta dall'ISTAT. Sono stati analizzati i dati socio-demografici e sanitari relativi alle 5823 persone che dichiarano di lavorare nel settore dell'assistenza sanitaria.

E' stata svolta un'analisi bivariata con test del chi quadro, la variabile dipendente è la risposta affermativa alla domanda riferita all'esecuzione della vaccinazione antinfluenzale nei 12 mesi precedenti. In una fase successiva si è proceduto all'analisi multivariata.

**RISULTATI**

Il tasso di copertura vaccinale è stato del 18 %, con differenze di genere (16% delle donne è immunizzato) e di età (è vaccinato il 7% degli operatori con meno di 45 anni  $p < 0,001$ ). Differenze significative si riscontrano anche fra diverse aree di provenienza: Nord Ovest OR 1,43 e Isole OR 1,37. Maggiore rispetto alla popolazione generale OR 0,7. I figli degli HCW vaccinati presentano una probabilità 7 volte maggiore di vaccinarsi OR 7,4.

**CONCLUSIONI**

Sebbene il tasso sia lontano dall'obiettivo desiderabile, gli HCW si vaccinano di più rispetto alla popolazione generale e questo deve essere un dato incoraggiante, così come quello relativo al ricorso alla vaccinazione nei figli degli HCWs vaccinati. Il tasso di immunizzazione inferiore rispetto alla precedente indagine (dove aveva riferito il ricorso alla vaccinazione il 21% degli HCW) impone una riflessione sulle strategie attualmente impiegate e suggerisce la necessità di intervento a supporto.

*vaccinazioni, operatori sanitari, vaccinazione antinfluenzale, influenza*

**ID 682**

**LA DIFFUSIONE DELLE ANAGRAFI VACCINALI INFORMATIZZATE IN ITALIA: UNO STRUMENTO INDISPENSABILE MA ANCORA INCOMPLETO**

F. D'Ancona 1,2; E. Rizzuto 2; C. Cenci 2; F. Maraglino 2; S. Iannazzo 2

1 Istituto Superiore di Sanità, Roma

2 Ministero della Salute, Roma

**INTRODUZIONE**

Le coperture vaccinali nazionali a 24 e a 36 mesi per il 2015 confermano un andamento in diminuzione in quasi tutte le Regioni e PP.AA (R-PA). Oltre agli interventi di comunicazioni per riconquistare la fiducia dei cittadini e i miglioramenti all'accessibilità alla vaccinazione, la presenza di una anagrafe vaccinale informatizzata (AVI) garantisce sia il buon svolgimento che il monitoraggio delle strategie vaccinali. In Italia, in assenza di una AVI nazionale, alcune regioni dispongono di una AVI regionale, altre si sono affidate a sistemi locali. Questa indagine ha lo scopo di descrivere la situazione italiana. Vengono qui riportati i dati preliminari.

**METODI**

I dati sono stati raccolti attraverso un questionario online (SurveyMonkey), inviato ai referenti regionali per le vaccinazioni

**RISULTATI**

L'indagine è stata condotta dal 2/8/16 al 7/9/16. Tutte le 21 R-PA hanno risposto. 11 hanno dichiarato di avere lo stessa AVI in tutte le ASL, 7 AVI in tutte le ASL ma di diverso tipo; 2 hanno una informatizzazione parziale delle loro ASL e 1 ha dichiarato di non avere AVI e di conservare le informazioni vaccinali in un archivio informatico generico. Le coperture vaccinali può essere calcolato in tempo reale solo in 8 regioni. In 6 regioni sono registrate le vaccinazioni dell'adulto e in 5 regioni l'AVI è usato anche per l'anti-influenzale. Nelle 11 regioni con la stessa AVI, 3 usano l'anagrafe regionale, 7 quella sanitaria e 1 entrambe+ anagrafe tributaria; solo 6 di queste, però, hanno una aggiornamento in tempo reale.

**CONCLUSIONI**

In Italia la disponibilità di AVI e del monitoraggio efficiente delle coperture vaccinali è ancora un obiettivo lontano in parte del paese. L'inserimento delle AVI regionali tra gli adempimenti LEA dovrebbe facilitare il processo di informatizzazione. Il prossimo passo è lo sviluppo di un formato di interscambio per la costruzione di una anagrafe vaccinale nazionale e per garantire l'interoperabilità di sistemi differenti.

*Vaccinazioni; Anagrafi vaccinali; Coperture vaccinali*



**ID 683**

**SORVEGLIANZA DEGLI EVENTI AVVERSI AI VACCINI SEGNALATI IN TOSCANA NEL 2015**

N. Dakka 1; M. Rossi 2; M. Levi 1; M. Parrilli 3; M. Moschini 4; M. Tuccori 5; T. Grassi 1; M. Innocenti 1; A. Vannacci 4; P. Bonanni 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze, Firenze

2 Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena, Siena

3 Centro di Farmacovigilanza, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze

4 Dipartimento

**INTRODUZIONE**

Scopo del presente studio è stato valutare le associazioni tra vaccini somministrati ed eventi avversi successivi alla vaccinazione (AEFI, Adverse Event Following Immunization) segnalati in Toscana nel 2015, in base all'algoritmo sviluppato dall'OMS, adattato dal gruppo di lavoro sulla vaccinovigilanza dell'AIFA.

**METODI**

L'algoritmo adattato prevede quattro categorie: correlabile; non correlabile; indeterminato; inclassificabile. **RISULTATI** Nella Rete nazionale di farmacovigilanza sono state segnalate 350 AEFI: in 300 casi è stato riportato come sospetto un unico vaccino, in 50 casi 2 vaccini, mentre in un caso i vaccini sospetti sono stati 3. In Tab. 1 è indicata la distribuzione delle segnalazioni per vaccino. Gli eventi avversi sono stati considerati non gravi nel 79% dei casi, gravi nel 17%. I 2 decessi e il caso di invalidità permanente segnalati sono stati valutati come non correlabili.

**CONCLUSIONI**

L'analisi delle segnalazioni non ha evidenziato problemi di sicurezza. L'80% delle segnalazioni ha riguardato eventi noti e non gravi, quali febbre e reazioni locali transitorie. Gli eventi segnalati come gravi sono

**RISULTATI**

Non attribuibili ai vaccini indicati come sospetti, inoltre, alcuni casi correlabili con i vaccini somministrati, come la febbre < 39,5°C, sono stati definiti gravi dai segnalatori in modo improprio. Tutti gli eventi correlabili per i quali è disponibile l'informazione hanno avuto come esito la completa risoluzione della condizione patologica. Gli AEFI segnalati rappresentano l'occorrenza di un rapporto temporale tra vaccinazione ed eventi, non dimostrano di per sé l'esistenza di una relazione causale. Il verificarsi di eventi avversi coincidenti con le vaccinazioni è un fenomeno inevitabile, in particolare durante le campagne di vaccinazione e nel primo anno di vita del bambino. Il lavoro di analisi e valutazione dei singoli casi da parte di un comitato di esperti è cruciale per la determinazione dell'eventuale nesso di causalità.

| Vaccino           | CD4 <200/mmc                                                                                                       | CD4 >200/mmc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| dTpa              | 1 dose booster dT(pa) ogni 10 anni <sup>1</sup>                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Pneumococco       | 2 dosi di PCV13 ad una distanza non inferiore alle 8 settimane, seguite da 1 dose di PPV23 a distanza di 6-12 mesi | -Soggetti naive alla vaccinazione antipneumococcica: 1 dose di PCV13 seguita da una dose di PPV23 a distanza di 6-12 mesi<br>-Soggetti precedentemente vaccinati con PPV23: 1 dose di PCV13 a distanza di almeno 1 anno dalla precedente dose di PPV23. Nel caso in cui sia stata somministrata una sola dose di PPV23, è raccomandata un'ulteriore dose di PPV23 a distanza di almeno 5 anni dalla precedente dose di PPV23 e di almeno 6 mesi dalla somministrazione di PCV13 |
| MPR               | Controindicata                                                                                                     | 2 dosi (0, 4-8 settimane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Meningococco ACWY | Men ACWY (coniugato)                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Meningococco B    | Men B 2 dosi (8-12 settimane), fino ai 50 anni di età                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Varicella         | Controindicata                                                                                                     | 2 dosi (0, 4-8 settimane)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| HPV 4             | 3 dosi (fino a 26 anni negli uomini e 45 nelle donne)                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| HAV               | 2 dosi (0, 6-12 mesi) <sup>3,4</sup>                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| HBV               | 3 dosi (0,1, 6 mesi) <sup>3,4,5,6</sup>                                                                            | 3 dosi (0,1, 6 mesi) <sup>3,4,5</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Hib               | 1 dose                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Influenza         | 1 dose all'anno                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**ID 687**

**LA PROMOZIONE DELLA VACCINAZIONE TRA GLI STUDENTI DELLA SCUOLA MEDIA: IL PROGETTO PILOTA “VACCINIAMO LE SCUOLE”**

F.A. Distefano 1; E.M. Friscale 1; P. Parente 1; D.I. La Milia D.I 1; C. Cadeddu 1; F. 1; S. Bartolucci 1; A. Spadea 2; E. Moliterni 3; M. Mangia 4; N. Casuccio 5; A. Iacovelli 4; C. D'angelo 5; A.M. D'Amici 2; C. Annona 4; W. Mazzucco 6; W. Ricciardi 1; S.

1 Istituto di Sanità Pubblica. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

2 U.O.S. Medicina Preventiva per l'età Evolutiva 4° Distretto, ASL RM1

3 U.O. Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, ASM Matera

4 U.O.C. Medicina Preventiva per l'età Evolutiva,

Gli adolescenti rappresentano un'importante fascia di età per la prevenzione vaccinale, ma sono al contempo un target difficilmente raggiungibile dalle usuali campagne vaccinali. La scuola può essere un setting ideale, ma è anche necessario sviluppare interventi di promozione innovativi ed efficaci. Questo studio presenta i **RISULTATI** del progetto “VacciniAmo Le Scuole”, finalizzato a valutare e rafforzare conoscenze e attitudini degli studenti delle scuole medie nei confronti delle vaccinazioni.

Il progetto, che ha coinvolto 4 scuole medie (Roma, Palermo e Matera) e le rispettive ASL è stato costituito da un intervento formativo multidisciplinare “vaccination day”, seguito da uno o più “vaccine Day”, giornate organizzate dalle ASL con ambulatori vaccinali a disposizione degli studenti per informare e vaccinare secondo le raccomandate del calendario. Durante il “vaccination day”, una prima parte teorica (45') tenuta da esperti di sanità pubblica, è stata seguita da un role play (45') in cui gli studenti hanno interagito sulle tematiche con uno psicologo. Prima e dopo l'intervento è stato somministrato un questionario agli studenti per valutare conoscenze e attitudini.

In totale sono stati organizzati 22 Vaccination day che hanno coinvolto 680 studenti. Le conoscenze e l'importanza percepita della vaccinazione sono significativamente aumentate dopo l'intervento (+2.9,  $p < 0.01$ ; +0.4,  $p < 0.01$ ). Ai 13 “vaccine day” hanno partecipato il 5% degli studenti coinvolti, ma nei 6 mesi successivi 178 studenti si sono rivolti alle ASL per vaccinarsi o ricevere informazioni.

Lo studio ha messo in luce un significativo miglioramento delle conoscenze e delle attitudini degli adolescenti verso le vaccinazioni. Il role-play è risultato un metodo innovativo e gradito per informare gli studenti sulle vaccinazioni, garantendo una partecipazione attiva e consapevole. La responsività ai “vaccine day” è stata sotto le aspettative probabilmente a causa della mancata offerta vaccinale a scuola.

*vaccinazione, scuola, promozione della salute, role play*

**ID 711**

**IMPLEMENTAZIONE DELLA GESTIONE DEGLI INADEMPIENTI ALLE VACCINAZIONI NELLA ASL ROMA 4**

C. Fusillo 1; M. Benigni 1; A. Cramarossa 1; L. Di Marzio 1; E. Galliano 1; C. Marchetti 1; S. Rossi1; MT. Sinopoli1; F. Trani 1; S. Sgricia 1  
ASL Roma 4, Civitavecchia

**INTRODUZIONE**

Nella ASL Roma4 le vaccinazioni sono affidate al Servizio Vaccinazioni Aziendale (SVA), presente in tutti i distretti con 15 ambulatori. Vista la preoccupante diminuzione delle coperture vaccinali, nella nostra ASL i soggetti vaccinati per antipolio e morbillo sono passati dal 99,1% e 97,5% nel 2006 al 94,8% e 91,3% nel 2013, gli interventi per recuperare gli inadempienti sono stati recentemente implementati.

**METODI**

L'anagrafe vaccinale informatizzata (ArvaT), che il nostro servizio gestisce, prevede per ciascun soggetto l'attribuzione di una delle quattro cause di inadempienza riportate in tabella, identificate seguendo il recente modello ministeriale di rilevazione. I dati ottenuti aiutano l'analisi del problema, la diversificazione degli interventi di recupero, la valutazione di efficacia.

**RISULTATI**

Dall'analisi dei dati riferiti al 2013 è emerso che la prima motivazione per l'inadempienza al ciclo vaccinale di antipolio, eseguito con vaccino esavalente, è la difficoltà a rintracciare i soggetti, seguito da rifiuto chiaramente espresso. Per la vaccinazione contro il morbillo il rifiuto è la causa più frequente. La motivazione non specificato è pure frequente, si assegna quando la risposta dei genitori, contattati per ricordare la vaccinazione mancante, è dubbia e aspecifica.

**CONCLUSIONI**

La conoscenza delle diverse motivazioni di inadempienza permette azioni di contrasto diverse, esempio sono approfondire le cause all'origine dei rifiuti, ricercare i punti deboli nelle collaborazioni con anagrafi comunali e servizi postali quando i soggetti non sono rintracciabili, dedicare particolare attenzione agli inadempienti la cui motivazione rimane aspecifica.

*Inadempienti, vaccinazioni, copertura*

**ID 721**

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLE AZIONI IMPLEMENTATE A LIVELLO REGIONALE PER CONTRASTARE IL FENOMENO DEL CALO DELLE COPERTURE VACCINALI**

S. Iannazzo 1; P. Cella 2; F. Maraglino 1; F. D'Ancona 3

1 Ministero della Salute, Roma

2 Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotechnologiche e Traslazionali, Università degli Studi di Parma

3 Istituto Superiore di Sanità, Roma

**INTRODUZIONE**

In un contesto di scetticismo e disinformazione nei confronti della pratica vaccinale, le coperture nazionali a 24 mesi mostrano un andamento in calo dal 2013, raggiungendo il livello più basso degli ultimi 10 anni. Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno raccolto informazioni sugli interventi intrapresi da Regioni/Province autonome (R-PA) tra il 2013 e il 2015 per contrastare il fenomeno.

**METODI**

E' stato inviato ai referenti per le vaccinazioni di ciascuna R-PA, un questionario in Microsoft Word da restituirsi via e-mail. Sono state raccolte informazioni su anno di realizzazione, tipo di iniziativa, target di riferimento, caratteristiche dell'attività. Per il questionario autocompilato non è stata prevista né una fase di controllo delle informazioni, né una valutazione qualitativa dell'iniziativa.

**RISULTATI**

17 R-PA (81%) hanno compilato il questionario. 15 R-PA (88%) hanno investito sulla formazione indirizzata agli operatori sanitari. Tra le attività di informazione passiva per la popolazione, le più frequenti sono state siti web (88%), pubblicazioni (88%), collaborazioni con i giornalisti (65%). Le più frequenti attività di informazione interattiva sono state numeri verdi (35%), indirizzi e-mail per informazioni (41%) e manifestazioni pubbliche (47%). 14 R-PA (82%) hanno prodotto documenti tecnici, prevalentemente inerenti il Piano Regionale Vaccinazioni e relativi calendari. 9 R-PA (53%) hanno condotto anche studi regionali. Rispettivamente 4 e 1 R-PA hanno sviluppato strumenti quali app per smartphone e sms.

**CONCLUSIONI**

Sebbene lo studio non abbia indagato sugli sforzi a livello di ASL, si può affermare la necessità sia di un numero maggiore di azioni regionali che coinvolgano ASL, sia un coordinamento. Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2016-2018 prevede un tavolo di monitoraggio sugli effetti del decremento delle vaccinazioni e la formulazione di proposte per migliorare l'adesione ai programmi vaccinali.

*Rifiuto Vaccinale; Vaccinazioni; Coperture vaccinali*

**ID 724**

**PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E CAMPAGNA ANTIROTAVIRUS - PROV. DI CATANIA (CT)2015**

G. Giorgianni 1; A. Dimartino 1; G. Covato 1; E. Sentina 1; S. Rinnone 2; M. Cuccia 2; M. Marranzano 1

1 Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e tecnologie avanzate "G.F. Ingrassia", Università degli studi di Catania

2 Servizio Epidemiologia e Prevenzione, ASP

3 Catania

**INTRODUZIONE**

Dal 2013 la Regione Sicilia offre attivamente e gratuitamente il vaccino antirotavirus (VRv), scheda a 2 dosi. L'offerta del VRv è fortemente condizionata dalla ristretta finestra in cui deve essere somministrata la 1a dose (61° giorno al 105° giorno di vita), quindi risulta ancora più decisivo il ruolo attivo del PLS nella promozione del vaccino, per il quale non è possibile alcun catch up. Nella Prov. di CT la copertura vaccinale (CV), per almeno una dose, è stata 39,01% nella coorte dei nati dal 01/11/14 al 31/10/15 (10.175) vaccinabili nel corso dell'anno 2015. La CV mostra una discreta variabilità tra i Distretti (vedi Fig.) (min:5,8% Palagonia; max:59,1% Adrano). Al fine di indagare i determinanti dell'adesione si è effettuato uno studio per determinare le CV per singolo PLS (171) considerando tale valore quale indicatore del grado di adesione dei PLS alla campagna.

**METODI**

Estrazione della coorte e dei relativi PLS dall'anagrafe assistiti e verifica della CV tramite anagrafe vaccinale. Per singolo PLS sono state calcolate le CV per almeno una dose. I valori percentuali delle CV per singolo PLS sono stati raggruppati in 5 categorie con gradi diversi di aderenza: pienamente aderenti (PA):  $CV \geq 60\%$ ; sufficientemente aderenti (SA):  $40\% \leq CV < 60\%$ ; insufficientemente aderenti (IA):  $20\% \leq CV < 40\%$ ; scarsamente aderenti (ScA):  $0 < CV < 20\%$ ; non aderenti (NA): nessun vaccinato.

**RISULTATI**

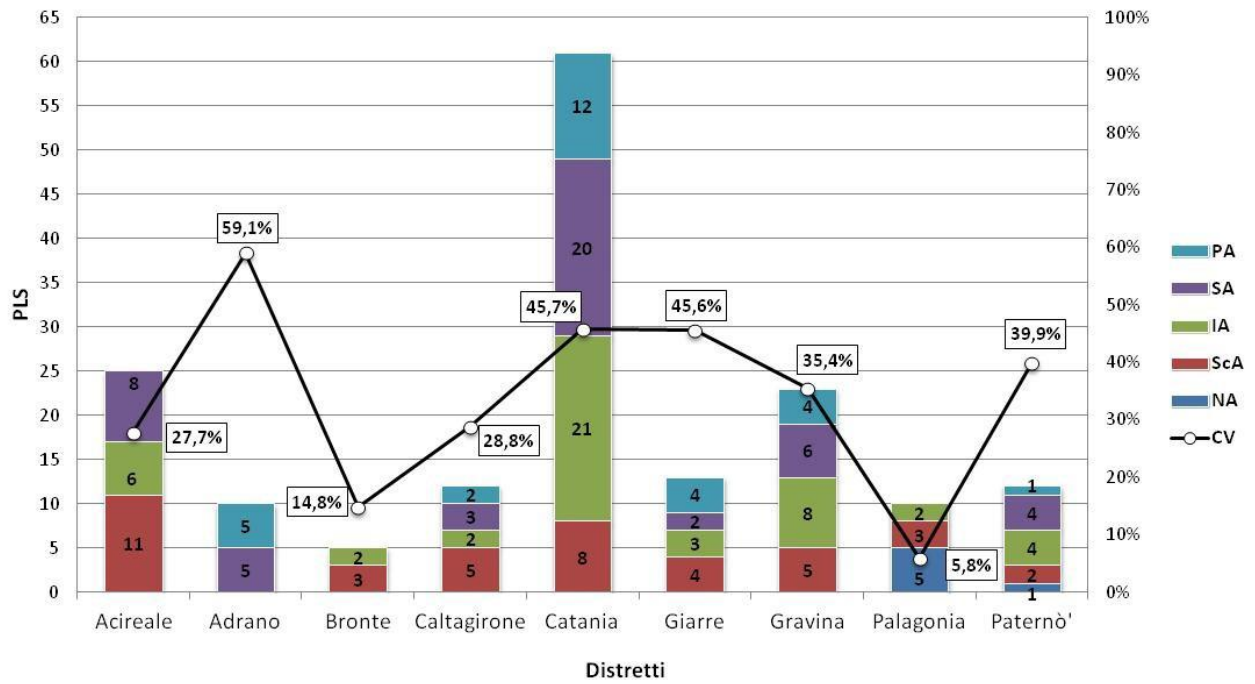
La distribuzione per categoria dei PLS è la seguente: PA:25(14.6%); SA:49(28.7%); IA:47(27.5%); ScA:44(25.7%); NA:6(3.5%). La figura riporta la distribuzione distrettuale dei PLS per categorie di CV.

**CONCLUSIONI**

Lo studio evidenzia che ancora un numero elevato 97(56.7%) di PLS mostra un'insoddisfacente adesione alla campagna vaccinale per Rotavirus condizionando significativamente il dato complessivo. Andrebbero ulteriormente indagati i determinanti dell'adesione. Uno di questi potrebbe essere collegato al dato (4 casi) di invaginamenti intestinali correlati temporalmente alla VRv (<1sett.).

*Vaccino antirotavirus, coperture vaccinali, campagne vaccinali, PLS*

## Distribuzione distrettuale dei PLS suddivisi per categorie e delle CV



**ID 725**

**DETERMINANTI ESITAZIONE VACCINALE PER MPR NELLA PROV. DI CATANIA (CT) - COORTE 2013**

C. Di Mari 1; A. Dimartino 1; E. Sentina 1; G. Covato 1; G. Giorgianni 1; S. Rinnone 2; M. Cuccia 2; M. Marranzano 1

1 Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e tecnologie avanzate "G.F. Ingrassia", Università degli Studi di Catania

2 Servizio Epidemiologia e Prevenzione, ASP 3 Catania

**INTRODUZIONE**

In Italia le coperture vaccinali (CV) per morbillo, parotite e rosolia (MPR) hanno subito una severa flessione passando da 90.4% del 2011 a 74.5% del 2015. La "Vaccine Hesitancy (VH)" ha un importante ruolo in tale riduzione. Nella Prov. di CT in seguito al basso valore di CV MPR nella coorte 2013, pari a 78.2 % (8226/10519), al fine di incrementare la CV, valutare la distribuzione dei principali determinanti della VH e la specificità della VH per MPR, è stato condotto un intervento di catch up e uno studio trasversale rivolto alle madri (md) dei bambini non vaccinati (BNV).

**METODI**

Estrazione coorte 2013 e BNV per MPR in data 15/11/2015 dall'anagrafe vaccinale; interviste telefoniche su scheda predefinita alle md dei soggetti estratti. Dopo il catch-up, i BNV rimanenti sono stati suddivisi in: Irreperibili e/o Trasferiti (I/T) e Esitanti (E).

**RISULTATI**

Nel corso del catch up sono stati recuperati 224 bambini, con incremento della CV di 2.1% (CV complessiva 80.3%). Distribuzione dei 2069 BNV rimanenti: I/T=1074(51.9%); E=995(48.1%). Distribuzione dei determinanti VH tra E: rinvio a maggiore età:419(42,1%);controindicazioni mediche:197(19,8%);sicurezza vaccino: 120(12,1%);non obbligatorietà:112(11,3%);contrari vaccinazione:99(9,9%);MPR malattia non grave:45(4,5%);non efficacia 3(0,3%). Vaccini eseguiti tra gli E: esavalente: 89.4%(2-3dosi); anti-pneumococco: 79.4%(2-3d). Il 78.9%(288/365)md con 2o+ figli ha dichiarato di aver vaccinato per MPR i figli più grandi (dato fornito da 746/995md). Distribuzione degli E per fonti informazioni(dato fornito da 658/995 md) vedi Fig.

**CONCLUSIONI**

I fattori determinanti la ridotta CV MPR nella prov. CT sono: irreperibilità e VH. Le cause vanno ricondotte all'insufficiente offerta per risorse carenti. La specificità della VH per MPR, indicata dalle CV per le altre vaccinazioni tra gli E, deve essere affrontata in termini di programmazione, comunicazione e formazione.

*vaccine hesitancy, copertura vaccinale, MPR, catch up*



## Fig.1. Distribuzione degli Esitanti per fonti di informazione



**ID 729**

**I VACCINI ANTINFLUENZALI NELLA STORIA: EVOLUZIONE E ATTUALITÀ NEL CONTROLLO DELL'INFLUENZA**

I. Barberis 1; N.L. Bragazzi 1; R. Rosselli 2; A. Orsi 1; M. Martini 1

1 Dipartimento di Scienze della Salute, Genova;

2 Azienda Sanitaria Locale 3, Genova

**INTRODUZIONE**

L'influenza è una patologia infettiva che colpisce percentuali significative della popolazione. Si manifesta con epidemie annuali e pandemie causando un'elevata mortalità. Ippocrate descrisse per la prima volta una sindrome simil-influenzale detta "febbre di Perinto" nel 412 a.C. ma soltanto nel Cinquecento venne introdotta la denominazione "influenza".

**DESCRIZIONE**

L'identificazione e l'isolamento nell'uomo del virus influenzale risalgono al 1933, data iniziale degli studi sull'efficacia e durata dei preparati vaccinali.

Tra il 1935 e il 1941, l'efficacia dei primi vaccini influenzali, contenenti virus vivo attenuato sviluppato in uova embrionate di pollo, venne studiata in termini di rilevanza della dose e corrispondenza tra il ceppo circolante e il ceppo contenuto nel vaccino.

Negli anni Sessanta nuovi vaccini inattivati furono disponibili in Europa mentre negli USA furono introdotti i vaccini split, contenenti virus influenzali frammentati con l'etere che riducevano l'iperpiressia post-vaccinazione.

Un'innovazione importante (il riassortimento genetico) fu introdotta per la prima volta agli inizi degli anni Settanta.

Le frequenti variazioni della composizione del virus, determinarono la necessità di aggiornare ogni anno la composizione vaccinale, comportando nel 1978 l'introduzione dei vaccini trivalenti, contenenti tre differenti ceppi.

Negli anni Ottanta vennero introdotti i primi vaccini vivi attenuati, capaci di indurre un'immunità umorale e cellulare.

**CONCLUSIONI**

Di recente, nuovi dispositivi di immunizzazione sono stati studiati per assicurare una maggiore compliance alla somministrazione e garantire una diminuzione degli eventi avversi attesi.

In futuro si assisterà alla diffusione del vaccino quadrivalente inattivato e si dovrà implementare la sperimentazione di un vaccino universale che possa garantire una protezione duratura.

*influenza, vaccini, storia, efficacia*

**ID 734**

**DETERMINANTI ASSOCIATI CON LA VACCINAZIONE ANTI PAPILOMAVIRUS: REVISIONE SISTEMATICA DI LETTERATURA E METANALISI**

V. Marchese; C. Costantino; G. Napoli; M. Cracchiolo<sup>1</sup>; A. Casuccio; G. Tabacchi<sup>1</sup>; F. Vitale<sup>1</sup> and the ESCULAPIO Working Group

*Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro", Palermo*

**INTRODUZIONE**

ESFULAPIO è un progetto multicentrico, finanziato dal Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, che ha, tra gli altri, l'obiettivo di sviluppare strategie per implementare le conoscenze vaccinali in differenti target di popolazione. L'U.O. della Sicilia aveva il compito di identificare i determinanti associati con l'adesione alle vaccinazioni raccomandate presenti nel Piano Nazionale Vaccini.

**METODI**

È stata condotta una revisione sistematica di letteratura e una successiva metanalisi sui principali fattori associati con la vaccinazione anti papillomavirus.

**RISULTATI**

Attraverso stringhe di ricerca specifiche sono stati trovati 780 articoli. Selezionando per data di pubblicazione (dal 1 Gennaio 2000 al 31 Dicembre 2014), nazione (Europa), tipologia articolo (articoli originali), popolazione target (no soggetti a rischio) sono stati analizzati 59 lavori, di cui 18 sono stati inseriti nella metanalisi. Fattori facilitanti la vaccinazione anti papillomavirus sono rappresentati da particolari attitudini (propensione verso le vaccinazioni in generale) e stili di vita (regolare adesione a programmi di screening e abitudini sessuali). Informazioni mancanti o fuorvianti, insieme alla percezione di mancata efficacia protettiva da parte del vaccino, somministrato in età ritenuta troppo precoce, costituiscono fattori ostacolanti la vaccinazione stessa.

**CONCLUSIONI**

I risultati dimostrano che la scorretta o mancante informazione costituisce la principale barriera, pertanto bisogna intervenire attraverso l'attività di counselling vaccinale (lavoro congiunto da parte di MMG, pediatri, medici di sanità pubblica, ginecologi ) e programmi di comunicazione ed educazione sanitaria specifici.

*Revisione sistematica di letteratura, vaccinazione anti papillomavirus, metanalisi.*

**ID 741**

**I PRIMI DUE ANNI DI OFFERTA ATTIVA DELLA VACCINAZIONE CONTRO IL MENINGOCOCCO DI TIPO B: L'ADESIONE NELLA ASL DI TARANTO**

R. Cipriani 1; A. Giorgino 1; R. Coccioli 1; G. Caputi 1; F. Desiante 2; S. Insogna 1; M. Busatta 1; A. Pesare 1; M. Conversano 1

1 Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto

2 Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Bari Aldo Moro

**INTRODUZIONE**

A partire dalla coorte di nascita 2014 la Regione Puglia ha introdotto l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro la meningite di tipo B con una schedula 3+1: tre dosi nei primi sei mesi di vita e una dose booster nel secondo anno. L'incremento degli accessi vaccinali previsti dal calendario e le iniziali difficoltà di approvvigionamento hanno influenzato i RISULTATI ottenuti nel primo anno di attività. Al termine del secondo anno, obiettivo dello studio è valutare la performance di sistema attuale, attraverso una verifica delle coperture raggiunte nella coorte 2015.

**METODI**

I dati routinari di rilevazione delle vaccinazioni effettuate nelle coorti 2014 e 2015 sono stati estratti dall'Anagrafe Vaccinale Informatizzata Pugliese (GIAVAWEB 5.1). L'analisi statistica è stata eseguita con software STATA MP 13.

**RISULTATI**

La copertura raggiunta per le prime tre dosi del vaccino anti-meningococco di tipo B nella seconda coorte di offerta attiva e gratuita è pari al 76,6% (IC 95% = 75,4-77,8). Si rileva una differenza statisticamente significativa ( $\chi^2=447,2$ ;  $p<0,01$ ) rispetto al dato relativo alla coorte precedente (grafico 1). Anche l'età media di conclusione del ciclo di base (3 dosi) differisce in modo considerevole attestandosi sui  $13,2\pm 8,2$  mesi nella coorte 2014 rispetto ai  $6,8\pm 1,8$  di quella successiva ( $t=40,4$ ;  $p<0,01$ ).

**CONCLUSIONI**

Osservando le coperture raggiunte nelle prime 2 coorti di offerta, si rileva un notevole incremento dell'adesione al programma vaccinale, sintomo che il risultato inferiore all'atteso rilevato nei nuovi nati del 2014 è legato alle difficoltà registrate in fase di avvio. La drastica riduzione dell'età media di conclusione del ciclo di base, infatti, suggerisce che l'aumento del carico per i servizi vaccinali è stato assorbito. L'ottimizzazione del modello organizzativo ha favorito, inoltre, un aumento della compliance delle famiglie, dato incoraggiante nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi ottimali di copertura.

*meningococco B  
vaccino*

**ID 742**

**IL VACCINO ANTIPAPILLOMA VIRUS NEI MASCHI**

R.G. Cofano; O. Mero; G. Santoro; G. Urselli

*Dipartimento di Prevenzione, ASL Taranto*

**INTRODUZIONE**

Nel 2014 la Puglia ha introdotto il vaccino antipapilloma virus nei maschi, vaccino già somministrato alle dodicenni e diciottenni da qualche anno. La scelta di vaccinare prima le ragazze è stata dettata dalla maggiore frequenza di comparsa di neoplasie maligne in seguito ad infezione da papilloma virus. La vaccinazione nei maschi è stata quindi solo rinviata. Nel 2014, con il congiungimento delle coorti tra le diciottenni e le dodicenni, si sono liberati i fondi per iniziare la campagna anche nei maschi. La scelta iniziale però di fare una campagna di comunicazione incentrata sulla sfera femminile (ad esempio la scelta del colore rosa) ha negativamente influenzato l'opinione pubblica riguardo alla necessità di vaccinare anche i maschi.

**METODI**

Il SISP di Grottaglie nella ASL Taranto ha attuato una procedura che prevede la vaccinazione a scuola, preceduta dalla consegna di un Foglio Informativo (F.I.), abbinato al Consenso Informato, a tutti i frequentanti la 1° media, uguale per maschi e femmine. La valutazione degli stessi ha permesso di compilare gli elenchi con i nominativi di coloro che verranno vaccinati. E'ovvio che questo canale di informazione deve essere capace di colmare il gap verificatosi tra maschi e femmine nella precedente campagna di comunicazione: nella prima parte del F.I. vengono fornite informazione di carattere generale sulle modalità di trasmissione del virus riguardanti entrambi i sessi ma poi vengono precisati anche i motivi per cui è necessario che anche i maschi effettuino la vaccinazione prevenendo i rari carcinomi del pene ma anche i frequenti condilomi acuminati.

**RISULTATI**

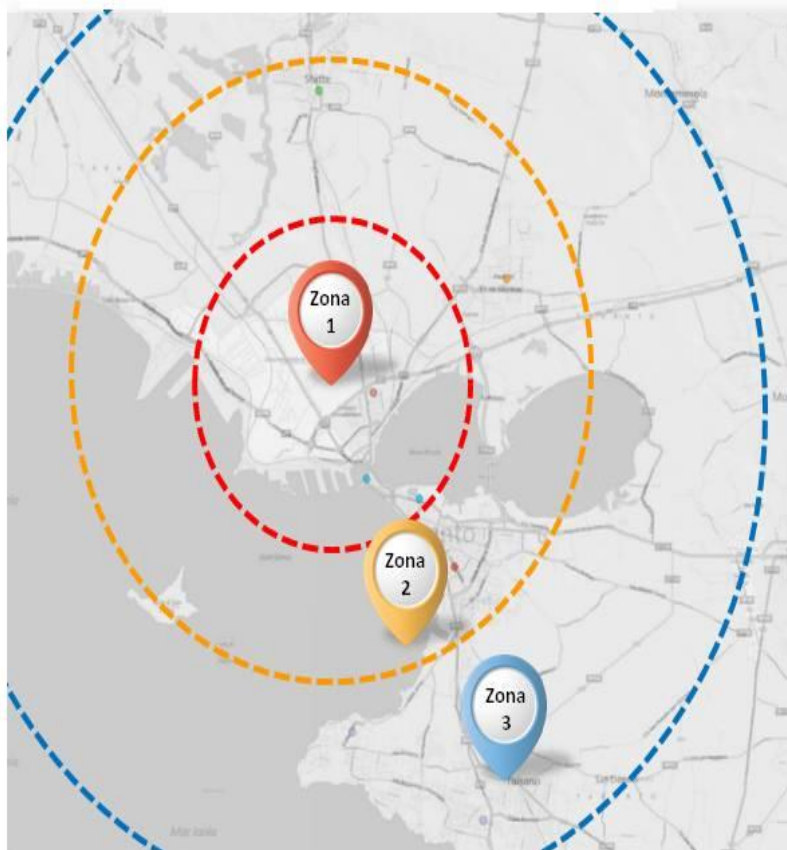
La copertura HPV nel SISP di Grottaglie a Settembre 2016 è per le donne del 88% nella coorte 2003 e del 87% nella coorte 2004, per i maschi è del 67% nella coorte 2003 e del 73% nella coorte 2004.

**CONCLUSIONI**

La corretta informazione ha prodotto **RISULTATI** soddisfacenti nei maschi, già nei nati 2003 con un ulteriore incremento (+6%) nei nati 2004.

*HPV, vaccinazione, scuola*

# Zone Territoriali - Taranto



Individuate **3 zone** in funzione della distanza, in linea d'aria, dalla fonte:

- **ZONA 1**
- **ZONA 2**
- **ZONA 3**

Figura 1

**ID 748**

**PASSI e PASSI D'ARGENTO E LE CAMPAGNE DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELLA EX ASL ROMA**

A. Bisti; E. Di Rosa; A. De Marchis; M. Nappi. A. Pendenza; M.A. Brandimarte  
ASL ROMA 1 – Servizio Igiene e Sanità Pubblica Ex ASL RM E

La Regione Lazio, in coerenza con le indicazioni contenute nelle Circolari annuali del Ministero della Salute, individua nel 75% l'obiettivo minimo di copertura da raggiungere, nel tempo, sia sulla popolazione anziana che sui soggetti appartenenti alle categorie bersaglio. Nella ASL RM E il tasso di copertura ha raggiunto il livello massimo E (66,7%), nella stagione 2005-2006, ha poi presentato un trend in costante discesa raggiungendo nella Campagna Vaccinale Antinfluenzale (CVA) 2012-2013 un valore pari a 44,6%. Nella CVA 2014-2015 si è registrato un ulteriore calo rispetto all'anno precedente (41,5%). I sistemi di sorveglianza sanitari PASSI e PASSI D'Argento indagano anche il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale. La ASL RM E ha condotto due rilevazioni PASSI D'Argento (interviste telefoniche o domiciliari ad un campione di persone sopra i 65 anni,): la rilevazione del 2013 mostra una percentuale di anziani che riferiscono di avere effettuato la vaccinazione antinfluenzale pari al 57%, in diminuzione rispetto al valore della precedente rilevazione del 2010 (69%). PASSI evidenzia che nella ex ASL RM E il 9% delle persone intervistate di età compresa tra 18 e 69 ha riferito di essersi vaccinato per l'influenza. Nelle persone portatrici di almeno una patologia cronica la percentuale sale al 21%. Il quadro delineato dai due sistemi di sorveglianza appare coerente con i dati di attività dei servizi vaccinali, confermando come nella ASL ROMA E il livello di copertura che aveva raggiunto un livello soddisfacente negli anziani nel 2006, mostra una tendenza alla diminuzione, con valori più alti nelle donne, e negli anziani oltre 75 anni, evidenziando altresì una quota importante di anziani che ricorre alla vaccinazione mediante iniziative e interventi esterni ai servizi vaccinali del SSR.

**ID 749**

**UN CASO DI EBOLA A SASSARI: DALLA TEORIA ALLA PRATICA**

F. Delogu 1; D. Fracasso 1; A. Miscali 1; G. Papparelle 1; D. Piras 1; S. Contena 1; F. Montesu 1; P. L. Ruzzu 1; G. Vargiu 1; F. Dettori 1; M. Mannuzzu 2; M. S. Mura 2;

1. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL Sassari

2. U.O.C. Malattie Infettive AOU Sassari

Nel mese di maggio 2015 l'Azienda Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari sono state impegnate nella gestione, portata a buon fine, dell'unico caso tutto italiano di Ebola. La gestione concreta di un'emergenza affrontata fino a quel momento solo da un punto di vista teorico, ha evidenziato problematiche su cui le due Aziende hanno dovuto confrontarsi e lavorare per trovare soluzioni in tempi estremamente ridotti.

**OBIETTIVI**

Ottimizzare e standardizzare procedure per la corretta gestione di un paziente con sospetta patologia infettiva grave, contagiosa e/o diffusiva, ad alto impatto assistenziale, che possa rappresentare un pericolo per la comunità.

**METODI**

Analisi delle procedure applicate con proposte per la risoluzione delle criticità riscontrate, in particolare per:

Preparazione dell'emergenza

Gestione ospedaliera dell'emergenza

Gestione territoriale dell'emergenza

Criticità nella preparazione dell'emergenza

Criticità nella gestione ospedaliera dell'emergenza

Criticità nella gestione territoriale dell'emergenza

**CONCLUSIONI**

In seguito alle analisi effettuate si è proceduto a rivedere le procedure applicate ed è emersa inoltre la necessità di una

programmazione condivisa tra gli Enti interessati che porti a:

- Adeguamento dei requisiti strutturali, strumentali e impiantistici.
- Acquisizione di organico tecnico-sanitario numericamente congruo e formato nei vari aspetti dell'emergenza.
- Istituzione di équipes altamente qualificate di pronto intervento in grado di intervenire 24 h su 24 e 365 giorni all'anno.
- Pianificazione del coordinamento operativo in emergenza tra diverse UUOO: 118 (112) , Malattie Infettive, Laboratorio, Terapia Intensiva, Igiene e Sanità Pubblica e Direzioni Sanitarie, con coinvolgimento delle Unità di Crisi locali e regionali.



**ID 750**

**L'EFFICACIA COMUNICATIVI NELL'INFORMAZIONE VACCINALE**

**OBIETTIVI**

Misurare l'efficacia comunicativa, verificando se l'informazione diretta in campo vaccinale incide sullo stato emotivo del genitore, rimuovendo dubbi, paure e facilitando l'assunzione consapevole di decisioni favorevoli alla pratica vaccinale.

**METODI**

Formulazione di un questionario costituito da quindici domande a risposta multipla (utilizzo di scale additive e non), e, con risposte a variabili dicotomiche (si/no) con allegato terminale costituito da dati anagrafici relativi ai genitori e al figlio. Le domande sono studiate per misurare l'eventuale emotività dei genitori, legata alla pratica vaccinale e quindi, se il colloquio con gli operatori è in grado di modificare positivamente tale stato iniziale. Il questionario è stato somministrato sempre dallo stesso operatore a genitori (quando possibile ad entrambi separatamente) che si sono presentati nei nostri ambulatori per la somministrazione del primo vaccino al proprio figlio nel periodo compreso tra agosto e ottobre c.a. per un totale di 120 persone. Nel contempo il questionario è stato studiato per valutare l'efficacia di tutto il processo comunicativo ripercorrendo attraverso le domande di tutte le fasi dell'incontro, dall'accoglienza alla comunicazione non verbale, fino agli aspetti formativi.

**CONCLUSIONI**

L'analisi dei dati del campione in esame, come si evince dalla rappresentazione grafica, ci autorizza a sostenere che per quanto riguarda le abilità comunicative messe in atto dagli operatori durante l'incontro con genitori e figlio per la somministrazione dei primi vaccini, risultano adeguate ed efficaci, toccando per alcuni quesiti il 100% di risposte positive.

Per quanto riguarda la nostra ipotesi sulla possibile associazione tra stato emotivo dei genitori e informazione vaccinale prima e dopo, possiamo concludere che c'è una significativa correlazione.

**ID 751**

**PROTOCOLLO DI MEDICINA PREVENTIVA DELLA ASL DI SASSARI PER L'ACCOGLIENZA AI MIGRANTI**

Attualmente nel territorio della ASL di Sassari sono in funzione 14 Centri di accoglienza, nei tre Distretti di Sassari, Alghero e Ozieri: Da marzo 2014 a marzo 2016 sono state accolte circa 2000 persone provenienti da 20 Paesi. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, insieme all'AOU e alla Prefettura di Sassari, ha messo a punto un Protocollo di Medicina preventiva per l'accoglienza ai Migranti.

**OBIETTIVI**

Mettere a punto uno strumento di riferimento per individuare e assicurare gli interventi più efficaci per il controllo delle malattie infettive, insieme alle vaccinazioni e agli interventi di profilassi internazionali più opportuni.

**METODI**

Si sono seguite le indicazioni delle Autorità Competenti, Ministero della Salute e Regione Sardegna, considerando le evidenze di tipo epidemiologico, soprattutto in funzione dei Paesi di provenienza e dell'interesse comunitario.

**CONCLUSIONI**

Si prevedeva di dover lavorare per circa 100 migranti; attualmente la media è di circa 700 ospiti, ma si è arrivati ad averne 1200.

Visto il grande divario tra le previsioni iniziali e l'attività effettivamente svolta, è in atto un processo di rimodulazione del Protocollo, anche in considerazione delle criticità organizzative e di approvvigionamento.