

Volume degli abstract dei poster

presentati durante il

Convegno di Primavera

Associazione Italiana di Epidemiologia

Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e
Promozione della salute

***Valutazione delle prove e
interventi di promozione della salute***

14 - 15 maggio 2009
Aula Pocchiari
Viale Regina Elena, 299 - Roma

In collaborazione con Centro Cochrane Italiano

Adesione alle linee-guida per la diagnosi precoce dei tumori della mammella: efficacia dello screening organizzato rispetto alla prevenzione individuale

Bertozi Nicoletta¹, Carrozzi Giuliano², Ferrante Gianluigi³, Sangiorgi Diego¹, Baldissera Sandro³, Benelli Eva⁴, Bolognesi Lara², Campostrini Stefano⁵, D'Argenzio Angelo⁶, D'Argenio Paolo⁷, De Mei Barbara³, Fateh-Moghadam Pirous⁸, Fontana G.³, Menna S.⁴, Minardi Valentina³, Minelli Giada³, Perra Alberto³, Possenti Valentina³, Raineri Cristina¹, Reali Chiara¹, Trinito Massimo Oddone⁹, Vasselli Stefania¹⁰, Binkin Nancy³, Salmaso Stefania³

¹Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena; ²Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; ³CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ⁴Agenzia di comunicazione scientifica Zadig; ⁵Dipartimento di Statistica, Università Cà Foscari, Venezia; ⁶Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; ⁷Direzione promozione e educazione alla salute, APSS Trento; ⁸Agenzia regionale della sanità, Regione Campania; ⁹Dipartimento di Prevenzione, AUSL Roma C; ¹⁰Direzione generale Prevenzione sanitaria Ministero della Salute.

Introduzione: lo screening mammografico è raccomandato con cadenza biennale nelle donne 50-69enni per ridurre la mortalità da tumore mammario. Le linee-guida europee ed italiane raccomandano l'implementazione degli screening organizzati con invito attivo, più efficaci rispetto alla prevenzione individuale nel raggiungere una copertura di popolazione e ridurre disuguaglianze di accesso. In Italia l'estensione dei programmi organizzati copre due terzi della popolazione-target; continuano a coesistere programmi organizzati e prevenzione individuale.

Obiettivi: stimare la prevalenza di donne 50-69enni che riferiscono l'effettuazione della mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (adesione nello screening organizzato e spontanea); valutare l'efficacia dello screening organizzato rispetto alla prevenzione individuale nel favorire l'adesione alle linee-guida.

Metodi: si sono analizzati i dati della Sorveglianza PASSI (coordinata da Ministero/CNESPS/Regioni), raccolti tramite interviste telefoniche mensili, condotte con questionario standardizzato da personale delle ASL specificamente formato, a residenti 18-69enni estratti dalle liste anagrafiche sanitarie con campionamento casuale stratificato per sesso ed età.

Nel 2007 hanno partecipato 18 Regioni/PA con 21.498 interviste complete raccolte, di cui 3.999 in donne 50-69enni (tasso risposta 85%, rifiuti 11%). L'analisi è stata condotta su dati pesati del pool nazionale (143 ASL, 87% del totale), testando le associazioni tra variabili in studio con regressione logistica.

Risultati: delle 3.999 donne 50-69enni, il 67.6% (IC95%65.7-69.5) ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (Nord 79.7% IC95%78.4-81.0, Centro 67.8% IC95%66.4-69.1, Sud 47.7% IC95%46.4-49.0). L'adesione è minore nelle donne 60-69enni (63.2 vs 71.7% p<0.01), con basso livello d'istruzione (61.1% vs 72.1% p=0.02) e difficoltà economiche (55.0% vs 76.6% p<0.01).

Il 49% ha effettuato l'ultima mammografia nello screening organizzato (65% Nord, 56% Centro, 31% Sud), il 18% come prevenzione individuale (rispettivamente 15%, 12%, 17%). Nelle regioni con un'alta presenza di programmi organizzati l'adesione alle linee-guida è maggiore (77.6% vs 40.8% p<0.01) e solo il 9.1% non ha mai effettuato l'esame (vs 60.1%). L'adesione è alta nelle donne raggiunte dai tre interventi di promozione considerati -lettera d'invito, consiglio sanitario, campagna informativa- (81% vs 73% due interventi, 54% un intervento, 28% nessun intervento). Nella regressione logistica livello economico (OR=1.8 IC95%1.5-2.1), lettera (OR=2.4 IC95%2.1-2.8), consiglio (OR=2.1 IC95%1.9-2.4), rimangono fattori predittivi significativi di adesione alle linee-guida.

Conclusioni: i risultati mostrano l'efficacia dei programmi organizzati, caratterizzati da un'adesione alle linee-guida significativamente maggiore rispetto alla prevenzione individuale; l'aver ricevuto più interventi di promozione, elemento peculiare dei programmi organizzati, aumenta l'adesione. L'implementazione degli screening organizzati potrebbe contribuire a ridurre differenze territoriali e disuguaglianze d'accesso correlate alle difficoltà economiche.

Guadagnare salute: l'esempio dell'abitudine al fumo nella individuazione di prevalenze e indicatori

Carla Bietta, Giuseppe Vallesi, Iginio Fusco-Moffa, Marco Petrella
U.O.S. Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

Introduzione

A partire dai fattori di rischio individuati dal programma ministeriale “Guadagnare Salute” sono state analizzate le fonti di dati disponibili in termini di prevalenze di patologie e fattori rischio: l'obiettivo è la lettura di eventuali modifiche nei comportamenti inadeguati e nella implementazione delle azioni preventive ad essi collegate.

Come esempio è stata analizzata per l'Ausl2 dell'Umbria l'abitudine al fumo.

Metodi

A livello locale sono disponibili Sistemi di Sorveglianza di popolazione su base campionaria. Per questo studio sono state analizzate le potenzialità delle seguenti fonti di dati:

- ISTAT indagini “La vita quotidiana”
- Sistema di Sorveglianza a valenza nazionale con dettaglio di ASL
 - PASSI, interviste mensili ai 18-69enni residenti attivo dal 2006;
 - PASSI d'argento, interviste agli ultrasessantacinquenni residenti attivo dal 2009.

Risultati

Dall'ISTAT emerge negli ultimi 25 anni una complessiva riduzione dei fumatori, prevalentemente tra gli uomini, sia a livello nazionale che regionale.

Il Sistema PASSI conferma come prioritario per le ASL umbre, e quindi per l'Ausl2, il problema fumo; consente inoltre di individuare come critici alcuni target specifici di popolazione: i giovani adulti, gli uomini e coloro che riferiscono difficoltà economiche, come detentori delle maggiori prevalenze ($p < 0,05$); le donne, invece, per il costante aumento di tale abitudine.

La sorveglianza PASSI rende inoltre disponibili a livello locale informazioni per un approccio valutativo delle azioni sanitarie effettuate. Nello specifico l'attenzione degli operatori sanitari alla disassuefazione al fumo, attuata nell'AUSL2 dai MMG con un programma organico di counseling breve, si conferma molto alta: il 65% dei fumatori intervistati riferisce infatti di essere stato raggiunto dal consiglio dell'operatore sanitario di smettere di fumare.

Dal Passi d'argento saranno a breve disponibili analoghe informazioni riferite agli anziani.

Conclusioni

La coerenza tra ISTAT e PASSI garantisce la confrontabilità e l'integrazione tra le due fonti informative per la individuazione di priorità.

PASSI aggiunge ulteriori informazioni, sensibilità al cambiamento e maggiore specificità, in quanto consente una verifica dei risultati delle azioni poste in essere a livello locale, anche in termini di trend e di confronti tra ASL.

Vista la sua flessibilità è inoltre ipotizzabile l'inserimento o la modulazione di domande dalle quali ottenere specifiche informazioni relative a campagne di prevenzione, collegate a “Guadagnare Salute”, aumentando il suo valore sia in termini di programmazione che di valutazione.

Gli effetti del protocollo per il trattamento precoce dei pazienti con stroke sui tempi pre ed intra- ospedalieri

G. Bisoffi¹, R. Mirandola¹, G. Cipolotti²

¹ *Unità di Statistica – Azienda Ospedaliera di Verona*

² *S.U.E.M. – Azienda ULSS 20 Verona*

Introduzione

L'ictus cerebrale è la prima causa di invalidità e di demenza (incidenza dell'8,7‰ tra i 64 e gli 84 anni e 35‰ sopra gli 85 anni; prevalenza tra il 4,61 e il 7,33% sopra i 65 anni). Il 35% dei pazienti presenta grave invalidità residua.

L'immediatezza dell'intervento è fondamentale, sia per l'ictus ischemico, per permettere eventuale trombolisi che si stima riduca del 30% la disabilità, sia per l'ictus emorragico. Agire precocemente significa limitare gli effetti dell'ictus in termini di mortalità e di disabilità residua.

Metodi

Da gennaio 2008 è attivo, nella provincia di Verona, un protocollo per il trattamento precoce dei pazienti con sospetto "stroke" (accordo SUEM-Ospedali della Provincia).

Contemporaneamente l'Azienda Ospedaliera di Verona, composta da 2 presidi, di cui uno sede di Stroke Unit e centro di riferimento Hub per i pazienti con ictus, ha avviato una rilevazione che permette di monitorare i tempi di intervento e le modalità di trattamento dall'esordio dei sintomi alla dimissione di tutti i pazienti con diagnosi di ictus, verificandone anche l'outcome a tre mesi.

La base dati è costituita dall'integrazione del sistema informativo aziendale con dati raccolti tramite una scheda elettronica costruita ad hoc.

Risultati

I tempi di intervento per coloro che arrivano in ospedale secondo protocollo 118 si riducono non solo per quanto riguarda il percorso pre-ospedaliero, ma anche quello intra-ospedaliero. La riduzione risulta evidente non solo rispetto ai pazienti che giungono in ospedale con mezzi propri, ma anche rispetto a coloro che arrivano con ambulanza, ma che sfuggono al protocollo stroke.

Il tempo pre-ospedaliero dei pazienti arrivati con protocollo stroke è di 148 minuti rispetto a 202 minuti di chi arriva in ambulanza, ma senza che sia attivato il protocollo. Coloro che giungono con mezzi propri impiegano mediamente 553 minuti.

Il tempo intra-ospedaliero di chi giunge secondo protocollo è di 101 minuti vs. 183 minuti sia di chi arriva in ambulanza senza protocollo 118 sia di chi arriva con mezzi propri.

Conclusioni

Già dall'attivazione, il protocollo provinciale ha ridotto i tempi di intervento.

I dati forniscono inoltre elementi utili per superare alcune criticità emerse dalle analisi relative al primo periodo di rilevazione, come ad esempio l'individuazione corretta dei pazienti da parte del 118 (FP e FN), la consapevolezza dell'importanza di attivare il 118 in caso di sospetto ictus e alcune criticità individuate nel percorso intra-ospedaliero. La continuità della rilevazione monitorerà l'efficacia di futuri interventi migliorativi.

Promozione di comportamenti liberi dall'alcol per la prevenzione degli incidenti stradali: dall'analisi delle prove di efficacia all'elaborazione di un progetto regionale

Paola Capra (1), Mariella Di Pilato (1), Rita Longo (1), Laura Marinaro (2), Claudio Tortone (1)

(1) *DoRS – Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute ASL TO 3 – Grugliasco – Torino*

(2) *ASL CN2. Struttura operativa di Epidemiologia*

Introduzione

Il Piano di Prevenzione Attiva (PPA) incidenti stradali 2006-2008 della regione Piemonte ha previsto l'attivazione a livello regionale di un progetto di promozione di comportamenti di guida responsabili e di prevenzione degli incidenti stradali. In particolare è stato affrontato il tema della "guida in stato di ebbrezza", motivato sia dai dati epidemiologici disponibili sia dalle evidenze scientifiche relative ad alcol e guida dalle quali risulta che il rischio di incidenti aumenta, in modo esponenziale, con la concentrazione di alcol nel sangue..

Materiali e metodi

39 operatori, con professionalità diverse, appartenenti a vari servizi delle ASL, hanno partecipato ad un laboratorio articolato in 5 incontri, tutti accreditati ECM, durante il quale sono state presentate e discusse le prove di efficacia e le buone pratiche relative al tema incidenti stradali.

Nello specifico, il lavoro sulle prove di efficacia ha riguardato:

- presentazione dei principali interventi efficaci per la prevenzione della guida in stato di ebbrezza
- individuazione dei criteri che rendono efficace un intervento
- contestualizzazione delle prove di efficacia e delle buone pratiche nelle prassi e nelle politiche locali
- indicazione sull'accesso a banche dati e risorse on-line

Il laboratorio era finalizzato alla scrittura condivisa e metodologicamente rigorosa di un progetto.

Risultati

Gli operatori al termine del laboratorio hanno costituito 4 gruppi di lavoro finalizzati alla scrittura di un progetto articolato in 4 moduli territoriali: il progetto interviene sui determinanti dei comportamenti a rischio/protettivi relativi alla guida sotto l'effetto dell'alcol negli adolescenti-giovani-adulti . I quattro progetti hanno tenuto conto sia delle differenti opportunità, risorse, vincoli ed esperienze di ciascun territorio sia dei dati, delle prove di efficacia e delle buone pratiche disponibili. Nello specifico i progetti si basano su strategie di intervento che la letteratura valuta come efficaci: counseling breve, formazione per addetti alla vendita di alcolici, interventi in ambito scolastico fondati sulla peer education, incremento delle life skills in adolescenza.

I quattro progetti modulari sono attualmente in fase di realizzazione.

Conclusioni

Il lavoro basato sull'analisi delle prove di efficacia, propedeutico alla scrittura e all'implementazione del progetto ha consentito:

- di dare maggiore fondatezza scientifica ai progetti
- fornire competenze e strumenti utili agli operatori che devono realizzare progetti in ambito di health promotion.

“A scuola disalute”: realizzazione di un programma scolastico curriculare nelle scuole della Provincia di Sondrio e valutazione di risultato.

Lorella Cecconami*, Giuseppina Ardemagni*, Luigi Gianola*, Daniela Marchesi°

*ASL della Provincia di Sondrio

° Ufficio Scolastico Provinciale di Sondrio

Introduzione: nell’ottica di una programmazione integrata non solo in ambito intraziendale ma soprattutto interistituzionale, l’ASL ha individuato come primo setting di intervento la scuola da sempre considerata luogo privilegiato per lo svolgimento di programmi di promozione della salute. Essendo ormai dimostrato che le lezioni isolate hanno un effetto limitato a breve termine, è stata avanzata la proposta che prevede la realizzazione di un curriculum a spirale dove gli insegnamenti relativi ad aree specifiche di salute siano trattati più volte durante il percorso scolastico. La condivisione del percorso sperimentale ha portato alla firma di un protocollo di intesa tra ASL, Ufficio Scolastico Provinciale e Federazione Italiana Scuole Materne con validità quinquennale e alla costituzione di un Gruppo Tecnico Interistituzionale con operatori dell’ASL e Dirigenti Scolastici in rappresentanza di tutte le scuole Primarie e dell’Infanzia presenti sul territorio.

Materiali e Metodi: dopo aver definito nell’ambito del gruppo Tecnico i bisogni di salute, è stato predisposto dai referenti ASL in collaborazione con gli insegnanti il manuale didattico, distribuito in CD-ROM, articolato in moduli didattici per la Scuola Primaria e per quella dell’infanzia. Ogni modulo è suddiviso in unità didattiche e contiene tutte le informazioni utili e gli strumenti per la modulazione dello svolgimento, da parte dell’insegnante, dell’attività all’interno della classe. Ogni insegnante potrà intervenire nel proprio ambito di competenza sviluppando le unità didattiche proposte o anche con altri strumenti in base alla classe e alle sue esigenze, che andranno ad arricchire il manuale didattico. Questo strumento, infatti, ha il vantaggio di essere flessibile, dinamico, facilmente revisionabile anche alla luce delle indicazioni che saranno fornite dagli insegnanti stessi al termine di ogni anno di attività. Il programma curriculare viene inserito nel Piano dell’Offerta Formativa della Scuola. A tutti gli alunni di 1^ classe viene consegnato il “Quadernone della salute” che lo accompagnerà per tutto il percorso e che vuole essere anche strumento di parziale coinvolgimento della famiglia dell’alunno. Alla fine ad ogni alunno sarà rilasciato il “Pagellino della salute” attestante lo svolgimento del percorso curriculare. Ogni scuola aderente al programma riceve un attestato che la “certifica” come scuola che promuove salute.

Risultati: Il progetto è partito nella Scuola Primaria nel 2007/08 e successivamente nella scuola dell’Infanzia. Tutte le scuole hanno aderito. Sono stati organizzati 6 corsi di formazione a cui hanno partecipato 215 insegnanti e 27 incontri che hanno coinvolto 609 genitori. Sono stati distribuiti 1000 manuali didattici in CD, 3000 quadernoni e 130 poster. La valutazione annuale di processo avviene attraverso l’elaborazione di indicatori derivati dall’analisi di specifiche schede compilate dagli insegnanti. La valutazione di risultato e di efficacia avverrà attraverso la duplice somministrazione di un questionario che ha come riferimento l’HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) dell’OMS per gli adolescenti: è prevista una somministrazione iniziale (gruppo di controllo) e una finale al termine dei 5 anni del percorso curriculare.

Conclusioni: l’attuazione di un programma curriculare che coinvolga l’alunno in tutto il suo percorso scolastico sembra oggi essere una strategia educativa favorente l’acquisizione di comportamenti e stili di vita salutari. Questa modalità operativa sviluppata e condivisa con la scuola permette, da un lato, di superare la frammentazione degli interventi educativi in ambito scolastico e dall’altro di attuare una valutazione complessiva dell’impatto e del raggiungimento degli obiettivi di salute individuati.

La costruzione delle Linee Guida sul Tabagismo in Toscana

Elisabetta CHELLINI (ISPO, Firenze), Arcangelo ALFANO (Regione Toscana), Mateo AMEGLIO (ASL 7 Siena), Laura CARROZZI (AOUP-CNR, Pisa), Anna Maria GIANNONI (Regione Toscana), Giuseppe GORINI (ISPO, Firenze), Sandra NUTINI (AOU Careggi, Firenze), Francesco PISTELLI (AOUP-CNR, Pisa), Mauro RUGGERI (MMG, Prato), Fabio VOLLER (ARS toscana)

Introduzione

Nell'aprile 2008 il Consiglio Sanitario Regionale e l'Istituto Toscano Tumori hanno chiesto ad ISPO un aggiornamento delle LG di prevenzione oncologica stilate nel 2002, nell'ambito delle quali non poteva non essere considerato, come documento a sé stante, il più rilevante fattore di rischio oncologico oggi noto, il tabagismo. L'obiettivo era di stendere delle LG che potessero fornire uno spaccato condiviso, più che sullo stato delle conoscenze sui danni oncologici da fumo, ormai ben noti, sugli interventi per contrastare la diffusione del tabagismo e l'esposizione a fumo passivo in Toscana.

Metodi

Si è costituito un gruppo di lavoro, definito nell'ambito del "Gruppo regionale di coordinamento intersettoriale sul Tabagismo" istituito con delibera regionale, che ha coinvolto figure professionali diverse che operano nell'ambito del Sistema sanitario regionale toscano sui vari aspetti del tabagismo. Sono state esaminate varie linee guida pubblicate nell'ultimo decennio; sono stati considerati sia quegli interventi di provata efficacia, la cui implementazione è fortemente raccomandata, sia quegli interventi per i quali sono necessari ulteriori studi prima di poter essere estesamente attivati, e, per dove possibile, sono stati esaminati i riferimenti alla realtà dei servizi sanitari e delle attività di ricerca sul tabagismo in Toscana. E' stata fatta una sintesi delle principali raccomandazioni e queste sono state valutate utilizzando il sistema GRADE, declinandolo però esclusivamente a favore dell'applicazione degli interventi considerati o nell'ambito dei servizi o della ricerca: le raccomandazioni potevano essere Forti (F), Intermedie (I) o Deboli (D) a seconda del punteggio ottenuto relativamente ai 4 aspetti esaminati (Bilancio tra effetti desiderati e non desiderati; Qualità dell'evidenza; Valori e preferenze; Costi in termini di allocazione di risorse). Una prima bozza delle LG è poi stata sottoposta all'attenzione di un vasto Gruppo di Consultazione composto da operatori del settore operanti presso servizi e istituti regionali ed extraregionali. A livello toscano sono stati consultati: - gli estensori sia delle precedenti LG del 2002 sia delle Raccomandazioni ITT del 2005, non direttamente coinvolti nella stesura di queste LG; - tutti gli altri componenti del "Gruppo regionale di coordinamento intersettoriale sul Tabagismo"; - i Referenti Aziendali per il Tabagismo; - i componenti della Rete regionale dei Centri Antifumo delle Aziende sanitarie toscane; - e i Referenti HPH "Ospedali senza fumo".

Risultati

E' stato prodotto un documento nel quale sono riportati i seguenti argomenti: una sintesi delle evidenze scientifiche riguardo ai danni per la salute da esposizione a fumo attivo e/o passivo; i dati più significativi sulla epidemiologia da fumo in Italia e in Toscana; la normativa più recente nazionale e regionale; le linee guida sul trattamento del tabagismo prodotte a livello internazionale, nazionale e regionale; gli obiettivi conoscitivi e di intervento raccomandati e reputati di rilievo in Toscana, corredati di una valutazione con il sistema GRADE modificato. La valutazione è stata effettuata sulla base sia delle prove di efficacia già valutate in altri documenti analoghi o in revisioni di letteratura, sia dell'esame delle esigenze e del contesto di una loro applicazione in Toscana, che ha tenuto conto delle attuali strategie di intervento già implementate o in corso di implementazione. Non è stata comunque operata alcuna scelta in merito alla rilevanza di un intervento rispetto agli altri in quanto è stato ritenuto che sia gli interventi di prevenzione sia quelli di cessazione avessero la stessa importanza.

Conclusioni

Il documento prodotto rappresenta un documento condiviso per la stesura del quale lo sforzo maggiore è stato quello di attualizzare alla realtà toscana ogni riferimento epidemiologico, normativo e di intervento. Sarebbe auspicabile mettere in atto strategie di valutazione al fine di definire quanto gli operatori sanitari toscani e tutti coloro che sono interessati all'argomento potranno effettivamente beneficiare nella loro pratica corrente di questo lavoro di aggiornamento e valutazione critica del problema tabagismo in Toscana.

Monitoraggio della vaccinazione antinfluenzale nelle classi a rischio per patologia di età 18-64 anni: il contributo del sistema di sorveglianza PASSI

D'Argenzio Angelo¹, Bertozzi Nicoletta², Carrozzi Giuliano⁶, Ferrante Gianluigi³, Baldissera Sandro³, Benelli Eva⁴, Campostrini Stefano⁵, D'Argenio Paolo⁷, De Mei Barbara³, Fateh-Moghadam Pirous⁸, Fontana Gabriele³, Menna Stefano⁴, Minardi Valentina³, Minelli Giada³, Perra Alberto³, Possenti Valentina³, Trinito Massimo Oddone⁹, Vasselli Stefania¹⁰, Salmaso Stefania³

¹ Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; ² Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena; ³ CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ⁴ Agenzia di comunicazione scientifica Zadig; ⁵ Dipartimento di Statistica, Università Cà Foscari, Venezia; ⁶ Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; ⁷ Agenzia regionale della sanità, Regione Campania; ⁸ Direzione promozione e educazione alla salute, APSS Trento; ⁹ Dipartimento di Prevenzione, AUSL Roma C; ¹⁰ Direzione generale Prevenzione sanitaria Ministero della Salute.

Introduzione: La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il più efficace intervento preventivo negli ultrasessantaquattrenni e in tutte le persone affette da malattie croniche, che, per la loro condizione, costituiscono la popolazione maggiormente esposta al rischio di sviluppare complicanze gravi dell'infezione da virus influenzali. Annualmente le strutture del SSN rilevano le coperture vaccinali per l'antinfluenzale: mentre per gli anziani le stime possono considerarsi esaustive, non sono invece disponibili valori di copertura per gli adulti con malattie croniche.

Obiettivi: Stimare nella popolazione di età 18 – 64 anni, con almeno una patologia cronica, la prevalenza delle persone che hanno ricevuto il vaccino antinfluenzale nei 12 mesi precedenti l'indagine.

Metodi: i dati sulle coperture sono resi disponibili dal sistema di sorveglianza PASSI, promosso e coordinato da Ministero/CNESPS/Regioni per monitorare in continuo, attraverso interviste telefoniche campionarie condotte dal personale delle ASL, i comportamenti a rischio ed il livello di adesione alle offerte di prevenzione. L'analisi è stata effettuata su dati pesati del pool nazionale 2007 (143 ASL, pari all'87% del totale, di 18 Regioni/PA; 21.498 interviste) e le associazioni tra variabili sono state testate con regressione logistica.

Risultati: Durante la campagna antinfluenzale 2006-2007, il 12,5% (IC 95% 11,7-13,4) della popolazione adulta con meno di 65 anni, all'interno del Pool PASSI, ha dichiarato di essersi vaccinata per l'influenza; tra i soggetti di età 18-64 anni, portatori di almeno una patologia cronica, il 28% (IC 95% 25,6 – 30,7) ha dichiarato di essersi vaccinato. La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata: basse coperture tra gli ammalati di tumore (27%) e di patologie respiratorie croniche (25%), poco più elevati i valori tra le persone affette da insufficienza renale (31%), malattie cardiovascolari (35%) e diabete (38%).

Conclusioni: per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza è necessario ottenere elevate coperture vaccinali delle categorie a rischio. Seguendo le indicazioni emanate annualmente dal Ministero (obiettivo di copertura minima fissato al 75%), negli ultimi anni è stato possibile vaccinare la maggior parte degli ultrasessantaquattrenni (67% nella campagna 2006-07, secondo le stime ministeriali). Tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, tuttavia, la copertura è risultata essere ancora largamente insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: infatti meno di una persona su tre risulta essersi vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

La vaccinazione antirosolia e lo stato di suscettibilità all'infezione rubeolica delle donne in età fertile (18-49 anni): i dati del sistema di sorveglianza PASSI

D'Argenzio Angelo¹, Bertozzi Nicoletta², Carrozzi Giuliano⁶, Ferrante Gianluigi³, Baldissera Sandro³, Benelli Eva⁴, Campostrini Stefano⁵, D'Argenio Paolo⁷, De Mei Barbara³, Fateh-Moghadam Pirous⁸, Fontana Gabriele³, Menna Stefano⁴, Minardi Valentina³, Minelli Giada³, Perra Alberto³, Possenti Valentina³, Trinito Massimo Oddone⁹, Vasselli Stefania¹⁰, Salmaso Stefania³

¹ Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; ² Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena; ³ CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ⁴ Agenzia di comunicazione scientifica Zadig; ⁵ Dipartimento di Statistica, Università Cà Foscari, Venezia; ⁶ Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; ⁷ Agenzia regionale della sanità, Regione Campania; ⁸ Direzione promozione e educazione alla salute, APSS Trento; ⁹ Dipartimento di Prevenzione, AUSL Roma C; ¹⁰ Direzione generale Prevenzione sanitaria Ministero della Salute.

Introduzione: La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta da una donna in gravidanza, può causare aborti spontanei, feti nati morti o affetti da gravi malformazioni. Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini al secondo anno di età e le donne in età fertile (18-49 anni) ancora suscettibili. Si ritiene che, per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

Obiettivi: Stimare la prevalenza di donne di 18–49 anni che sono state vaccinate contro la rosolia; stimare la prevalenza di donne di 18–49 anni suscettibili all'infezione da virus della rosolia.

Metodi: I dati sulle coperture sono resi disponibili dal sistema di sorveglianza PASSI, rilevazione promossa e coordinata da Ministero/CNESPS/Regioni, per monitorare in continuo, attraverso interviste telefoniche campionarie condotte dal personale delle ASL, i comportamenti a rischio ed il livello di adesione della popolazione alle offerte di prevenzione. L'analisi è stata effettuata su dati pesati del pool nazionale 2007 (143 ASL, pari all'87% del totale, di 18 Regioni/PA; 21.498 interviste, di cui 6.721 somministrate a donne 18-49enni) e le associazioni tra variabili sono state testate con regressione logistica.

Risultati: Secondo quanto riferito dalle donne di 18-49 anni intervistate, il 55% è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (32%) o per copertura naturale, confermata attraverso il rubeotest (23%). L'analisi mediante un modello logistico evidenzia che la pratica della vaccinazione anti-rosolia è risultata significativamente più frequente nelle donne giovani, con elevato livello di istruzione e senza difficoltà economiche. Il 3% delle donne è sicuramente suscettibile, in quanto non vaccinate e con rubeotest negativo. Considerando presuntivamente come negativo lo stato immunitario "non conosciuto" (il 39% delle donne intervistate non ha effettuato il rubeotest mentre il 3% non ne ricorda l'esito), lo stato di suscettibilità (certa + presunta) è pari al 45% (IC 43,0-46,0)

Conclusioni: La percentuale di donne in età fertile, che sono - certamente o presuntivamente - suscettibili alla rosolia è risultata ancora molto alta. Per raggiungere l'obiettivo di eliminazione della rosolia congenita, è necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato all'identificazione sistematica e all'immunizzazione delle donne suscettibili, prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali: medici di famiglia, pediatri, ginecologi, ostetriche.

CONFRONTO TRA STUDI OSSERVAZIONALI E TRIAL RANDOMIZZATI: TELEMONITORAGGIO IN PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO

Annalisa De Silvestri, Gabriella Gabutti*, Catherine Klersy

*Servizio di Biometria ed Epidemiologia Clinica e * Servizio documentazione Scientifica - Direzione Scientifica - Fondazione IRCCS Policlinico san Matteo Pavia*

Gli studi osservazionali possono offrire un importante contributo alla ricerca clinica volta a stabilire se l'efficacia valutata tramite trials randomizzati e controllati (RCT) in centri specialistici si traduce in una efficacia reale nella routine clinica, tenendo anche conto del fatto che i pazienti arruolati negli RCT sono spesso più giovani e con meno comorbidità. Tuttavia gli studi osservazionali non sono sperimentali e benché sia possibile correggere per i confondenti noti, non si può essere certi che tale correzione sia adeguata.

Il presente lavoro si propone di confrontare i risultati ottenuti in RCT e in studi longitudinali di coorte che valutavano il telemonitoraggio di pazienti affetti da scompenso cardiaco.

La ricerca sistematica della letteratura è stata effettuata consultando le banche dati on-line: National Guidelines Clearing House, Pubmed, Embase, Cinhal e Cochrane Library. Sono stati inclusi articoli apparsi come full-text in giornali peer-reviewed (2000 and 2008) in inglese, francese, tedesco, italiano o spagnolo, escludendo gli studi che non presentavano un gruppo di controllo. Da un totale di 96 full-text attentamente valutati, 75 sono stati eliminati per varie ragioni e 20 RCT e 6 studi di coorte sono stati inclusi.

Verranno riportati e commentati i risultati ottenuti in tale meta-analisi

Valutazione comparativa di multipli criteri Doppler ecocardiografici per la stima del rischio di deterioramento clinico nei pazienti con scompenso cardiaco cronico in II classe NYHA.

Renato De Vecchis¹, Carmela Cioppa¹, Anna Giasi¹, Armando Pucciarelli², Salvatore Cantatrione¹

(1) Servizio di Cardiologia, Presidio Sanitario Intermedio "Elena d' Aosta", ASL NA1 della Campania, Napoli

(2) Istituto di Cardiologia, Scuola di Specializzazione, Facoltà di Medicina, Università Federico II di Napoli

Introduzione. La prognosi dei pazienti sofferenti di scompenso cardiaco cronico (CHF) lieve- moderato appare difficile da stabilire poiché essa si basa su molteplici variabili, sicché noi conosciamo soltanto in parte i fattori capaci di predire una progressione accelerata verso una condizione di destabilizzazione emodinamica cardiaca grave; inoltre, il reperto di una riduzione della frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) sotto il 35% appare associato più alla morte improvvisa aritmica che ad un incrementato rischio di sindrome cardio-renale e/o di insufficienza cardiaca scompensata terminale (cosiddetto CHF "progressivo").

Scopi. La principale finalità del nostro studio è stata quella di valutare, nel set dei pazienti con CHF in II classe NYHA, le "performances" rispettive di alcuni criteri ecoDopplercardiografici riguardo allo "endpoint" della "transizione alla III classe NYHA", prescelto quale "endpoint" "surrogato della morte preceduta da CHF progressivo.

Metodi. E' stato intrapreso uno studio caso-controllo, includente un certo numero di pazienti ambulatoriali con CHF, sottoposti a valutazione periodica clinica ed ecoDoppler grafica, che avessero esibito, durante un "follow up" non inferiore ai 5 anni, un quadro di peggioramento clinico dello scompenso cardiaco (passaggio dalla II alla III classe NYHA). Per ogni caso, era previsto il reclutamento di un adeguato numero di controlli (da 1 a 3) provenienti dalla medesima popolazione impiegata come sorgente dei casi. Venivano valutati i seguenti criteri: la FEVS, suddivisa in FEVS normale (>50%), subnormale (40-50%) e depressa (40-30%); la massa ventricolare sinistra indicizzata (LVMI) >130 g/m²; il "pattern" restrittivo di riempimento ventricolare sinistro (RFP); la dimensione anteroposteriore atriale sinistra (LADi) >50 mm; il volume telesistolico ventricolare sinistro (LVESV) >57 ml. Per ogni criterio erano calcolati: sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo, rapporti di verosimiglianza positivo e negativo, odds ratio diagnostico.

Risultati. Sono stati riscontrati 14 casi di viraggio verso la III classe NYHA più un caso di morte cardiaca improvvisa. Per ogni caso, sono stati arruolati 3 controlli, così da includere nella analisi un totale di 60 pazienti. Dei criteri analizzati, soltanto RFP (LR+: 7,2; LR-: 0,37 DOR: 19,46 95% CI: 4,41-86,27) ed un incrementato LADi (LR+: 5,17; LR-: 0,45 DOR: 11,49 95% CI: 2,83-45,84) sono risultati "markers" affidabili di aumentato rischio di peggioramento clinico dello scompenso. Tra i pazienti con RFP, le tavole di contingenza 2x2 hanno documentato che il rischio di avverso "outcome" veniva triplicato dallo eventuale riscontro abbinato di LADi >50 mm.

Conclusioni. RFP e incrementato LADi sono "markers" di rischio di declino progressivo della "performance" meccanica cardiaca nel corso di "follow-up" quinquennale, utili a identificare i casi di CHF meritevoli di strategie aggressive o regimi terapeutici complessi.

La relazione tra placche aterosclerotiche carotidee e stroke ischemico è condizionata criticamente dalla ipertensione arteriosa quale modificatore d' effetto.

Renato De Vecchis¹, Antonio Ciccarelli², Carmela Cioppa¹, Anna Giasi¹, Armando Pucciarelli³, Salvatore Cantatrione¹

(1)Servizio di Cardiologia, Presidio Sanitario Intermedio "Elena d' Aosta", ASL NA1 della Campania, Napoli (2)Divisione di Neuroriabilitazione, Casa di Cura "S.Maria del Pozzo", Somma Vesuviana(Napoli) (3)Istituto di Cardiologia, Scuola di Specializzazione, Facoltà di Medicina Università Federico II di Napoli

Introduzione. L'ipertensione arteriosa (IA) riveste un riconosciuto ruolo di fattore di rischio per lo "stroke" cerebrale ischemico (IS), insieme con il diabete, il fumo di tabacco e la ipercolesterolemia. Ulteriori fattori di rischio, derivanti dalla caratterizzazione ultrasonografica dei vasi arteriosi epiaortici, sono stati recentemente proposti, come lo spessore medio-intimale carotideo o le placche aterosclerotiche carotidee (Pla) con caratteristiche morfostrutturali di ateromi "soft"- ipoecogene e friabili, accreditate della potenzialità di generare tromboemboli ematici.

Scopi. Valutare il valore predittivo di alcune variabili di rischio relativamente allo "endpoint" rappresentato dallo IS.

Metodi. E' stato intrapreso uno studio caso-controllo, concernente i casi di eventi cerebrali ischemici acuti- IS o attacchi ischemici transitori (TIA)- rinvenuti durante un follow-up di 2 anni. Per ogni paziente con storia clinica di pregresso IS o TIA, un adeguato numero di controlli (da 1 a 2), con anamnesi negativa per eventi cerebrovascolari acuti, veniva reclutato dalla medesima popolazione ambulatoriale impiegata come sorgente dei casi. Venivano valutate le seguenti variabili: IA, definita, sulla base dei valori sistolici (PAS), come lieve (PAS:140-160 mm Hg) o moderata-severa (PAS>160 mm Hg); età, ripartita nelle classi a)60-70 b)70-80 e c)80-90 anni; diabete mellito; reperto ultrasonografico di Pla, categorizzate come "soft" o "hard", secondo una classificazione strutturale, o come Pla responsabili di stenosi carotidea lieve (<50%) o moderata (50-70%), secondo una classificazione che considerasse il grado di restringimento luminale.

Risultati. Sono stati analizzati complessivamente 106 pazienti, dei quali 46 casi e 60 controlli. Alla analisi univariata, la IA moderata-severa, l'età compresa tra 80 e 90 anni e il reperto di Pla "soft" sono risultati associati con aumentato rischio di IS. All'analisi multivariata, soltanto la IA moderata-severa (OR:15,32 95%CI:4,05-57,89 p=0,0001) e l'età molto avanzata (OR:14,54 95%CI:3,6-58,8 p=0,0002) hanno mantenuto il significato di predittori di IS. Le tabelle di contingenza 2x2 hanno documentato che le Pla "soft" erano associate con incrementato rischio di IS in ciascuna classe di età, ma che questa associazione non era più confermata nei casi in cui una condizione di IA fosse assente, tale riscontro deponendo a favore di un ruolo di modificatore di effetto svolto dalla IA (i.e. la associazione con IS del reperto di Pla abbinate a IA- OR:13,5 95% CI:2,97-61,18- era perduta nei pazienti aterosclerotici esenti da IA, o con IA efficacemente controllata dalla terapia - OR:0,63 95%CI:0,03-1,97-: interazione qualitativa).

Conclusioni. La IA moderata-severa e l'età molto avanzata sono predittori di IS. Il reperto di Pla "soft" non giustifica il ricorso a terapie invasive (chirurgiche o percutanee) in presenza di IA stabilmente normalizzata da farmacoterapia antiipertensiva appropriata.

Esperienze di promozione della salute nei luoghi di lavoro della zona fiorentina sud est

Maria Rosaria De Monte *, Mauro Giannelli *, Giovanni Tavanti §, Anna Maria Badiali °, Valentina Cacciarini°, Giuseppe Gorini°

* *Dipartimento di Prevenzione - ASL 10 Zona Firenze Sud Est*

§ *Centro Anti-fumo, ASL 10 Zona Firenze Sud Est*

° *UO Epidemiologia ambientale occupazionale, ISPO*

Introduzione

Il posto di lavoro rappresenta una sede ideale per interventi di prevenzione primaria perché è possibile raggiungere circa il 60% della popolazione in età lavorativa.

Metodi

E' stato sviluppato un intervento nei luoghi di lavoro nella zona fiorentina sud est dell'ASL 10 Firenze. Sono state contattate 34 aziende che hanno partecipato ad una giornata di lancio di un programma di prevenzione primaria nei luoghi di lavoro sviluppato in collaborazione con l'ISPO. Le aziende hanno inoltre riempito un questionario per conoscere alcune caratteristiche dei lavoratori e la disponibilità della direzione aziendale a partecipare a programmi su fumo, dieta, esercizio fisico e alcol. Il programma proposto prevede l'effettuazione di interventi ai lavoratori, curati da esperti dell'ASL (corsi per smettere di fumare, corsi di counseling nutrizionale), da effettuarsi possibilmente in orario di lavoro. E' prevista la distribuzione di materiale di auto-aiuto sugli stili di vita e sul rischio lavorativo correlato al consumo di alcol.

Il programma è stato discusso e adattato alle singole aziende interessate a partecipare. I percorsi implementati prevedono l'effettuazione di una valutazione di impatto sui lavoratori con somministrazione di un questionario pre e post-intervento sugli stili di vita oggetto del programma.

Risultati

Sono state contattate 13 aziende pubbliche e 21 piccole-medie imprese. Hanno partecipato alla giornata e hanno risposto al questionario 16 aziende (48%), di cui 5 pubbliche (38%) e 11 private (52%).

La maggior parte delle aziende rispondenti (11/16=69%) ha dichiarato di essere interessata ad un percorso sul fumo. Sono interessate ad un percorso su alcol, dieta e esercizio fisico rispettivamente il 50% (8/16), il 44%(7/16) e il 44%(7/16) delle aziende rispondenti. Hanno dichiarato di non essere interessate a sviluppare programmi di prevenzione primaria il 25% delle aziende (4/16).

E' in corso di effettuazione l'intervento sul fumo in due aziende del settore alimentare e in una del settore pellettiero.

Conclusioni

Il percorso avviato con le aziende della zona fiorentina sud est potrebbe diventare un modello di base per ulteriori iniziative di prevenzione primaria nei luoghi di lavoro.

Health Examination Survey in Italia: risultati preliminari dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare.

C. Donfrancesco, S. Giampaoli, C. Lo Noce, L. Iacoviello¹, D. Vanuzzo², F. Vancheri³, C.A. Goldoni⁴, A. Lopizzo⁵, L. Caserta⁶, F. Dima, P. De Sanctis Caiola, e L. Palmieri

Istituto Superiore di Sanità, Roma

¹ *Università Cattolica, Campobasso*

² *Centro per la Prevenzione Cardiovascolare, Azienda Socio-Sanitaria 4 Medio Friuli and Agenzia Regionale della Sanità, Udine*

³ *Az. Ospedaliera S. Elia, Caltanissetta.*

⁴ *Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL, Modena*

⁵ *Unità Operativa Cardiologia Medica, Ospedale S. Carlo, Potenza*

⁶ *Associazione Calabrese di Epatologia (ACE), Reggio Calabria*

Introduzione: L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), una delle linee di ricerca del Progetto CUORE, è partito nel 1998 con l'obiettivo di descrivere la distribuzione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta italiana. A 10 anni di distanza, nel 2008, è iniziata una nuova fase di raccolta dati che servirà a descrivere la distribuzione dei fattori di rischio, la prevalenza delle condizioni a rischio e delle malattie cardiovascolari e a valutare il trend temporale.

Metodi: Nel 1998 e nel 2008 sono state selezionate in maniera casuale coorti di popolazione residente in diverse aree italiane adottando le metodologie standardizzate del progetto MONICA nella raccolta e determinazione dei fattori di rischio. Nel 1998 sono stati arruolati circa 10.000 uomini e donne di età 35-74 anni (200 persone per ogni milione e mezzo di abitanti). Per l'indagine iniziata nel 2008 è in programma l'arruolamento dello stesso numero di persone, aumentando l'età del campione fino a 79 anni. Vengono riportati alcuni risultati preliminari quali le medie dei fattori di rischio e le prevalenze confrontate utilizzando rispettivamente il t-test e il test del chi-quadro considerando la fascia di età comune.

Risultati: Da aprile 2008 ad aprile 2009 è stata effettuata la raccolta dati in sei regioni italiane. Il confronto tra il 1998 e il 2008 ha evidenziato un decremento della pressione arteriosa sistolica (uomini: da 141 a 134 mmHg; donne: da 131 a 123 mmHg) e della pressione arteriosa diastolica (uomini: da 87 a 84 mmHg; donne: da 82 a 79 mmHg), un incremento della colesterolemia totale (uomini: da 211 a 226 mg/dl; donne: da 203 a 225 mg/dl) e dell'HDL-colesterolemia (uomini: da 52 a 55 mg/dl; donne: da 60 a 67 mg/dl), un decremento dell'indice di massa corporea (uomini: da 28 a 26 kg/m²; donne: da 26 a 25 kg/m²). Applicando la funzione di rischio del Progetto CUORE, il livello medio del rischio cardiovascolare risulta aumentato (uomini: da 7,3 a 8,6%; donne: da 2,2 a 2,5%).

Conclusioni: Sebbene questi siano risultati ancora preliminari, i trend OEC sono simili a quelli riscontrati in altri paesi. Con altre fonti di informazione, l'OEC può contribuire alla conoscenza della distribuzione dei fattori di rischio nella popolazione adulta italiana, alla valutazione dell'efficacia delle politiche sanitarie intraprese (legge sul fumo, valutazione del rischio cardiovascolare nella pratica clinica ed appropriatezza del trattamento farmacologico).

Il consumo di alcol, la guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi di contrasto di operatori sanitari e Forze dell'Ordine. I risultati del sistema di monitoraggio PASSI. Anno 2008

Fateh-Moghadam P.¹, Minardi V.², Baldissera S.², Benelli E.³, Bertozzi N.⁴, Binkin N.², Campostrini S.⁵, Carrozzini G.⁶, D'Argenzio A.⁷, D'Argenio P.⁸, De Mei B.², Ferrante G.², Fontana G.², Menna S.³, Minelli G.², Perra P.², Possenti V.², Trinito M.O.⁸, Vasselli S.⁹, Salmaso S.²

¹Direzione promozione e educazione alla salute, APSS Trento; ²CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ³Agenzia di comunicazione scientifica Zadig; ⁴Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena; ⁵Dipartimento di Statistica, Università Cà Foscari, Venezia; ⁶Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; ⁷Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; ⁸Agenzia regionale della sanità, Regione Campania; ⁹Dipartimento di Prevenzione, AUSL Roma C

⁹Direzione generale Prevenzione sanitaria Ministero della Salute

Introduzione. L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore. Un atteggiamento particolarmente rischioso è rappresentato dalla guida sotto l'effetto dell'alcol. I consigli da parte di medici e di altro personale sanitario ed i controlli delle Forze dell'Ordine (FF.OO.) con etilotest sulle strade sono considerati efficaci nella riduzione del fenomeno.

Obiettivi. Stimare la prevalenza di persone di 18-69 anni che bevono abitualmente alcolici e di coloro che sono considerati ad alto rischio. Stimare la prevalenza di chi guida sotto l'effetto dell'alcol. Stimare l'interesse degli operatori sanitari al problema, i consigli di bere meno e la diffusione dei controlli con etilotest.

Metodi. Il sistema di sorveglianza PASSI viene realizzato mediante interviste telefoniche mensili (condotte con un questionario standardizzato da personale delle ASL appositamente formato) ad un campione di residenti di 18-69 anni, estratto dalle liste anagrafiche delle ASL con campionamento casuale stratificato per sesso ed età. Nel 2008 hanno partecipato 20 Regioni/Province Autonome. Si tratta di un'analisi preliminare di dati del pool di interviste non pesati. Le associazioni tra le diversi variabili in studio sono state verificate tramite una regressione logistica.

Risultati. Nel 2008 sono state raccolte circa 37.000 interviste (tasso di risposta 87%, rifiuti 10%).

Consumo. Delle persone rispondenti il 60% ha dichiarato di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese. Il 7% degli intervistati è da considerare un bevitore binge, l'8% un bevitore fuori pasto e il 4% un forte consumatore. Complessivamente il 16% è da considerare un bevitore ad alto rischio. Il consumo binge diminuisce con l'aumentare dell'età, è meno diffuso tra le donne (OR = 0.2; IC al 95%: 0.14-0.17) e non segue un particolare gradiente socio-economico. Si evidenziano differenze significative tra le diverse regioni con un gradiente nord sud.

Operatori sanitari sensibili al problema. Complessivamente il 16% degli intervistati riferisce di aver ricevuto delle domande sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario e solo al 7% dei bevitori ad alto rischio è stato consigliato di bere meno.

Guida sotto l'effetto dell'alcol.

Il 12% degli intervistati non astemi riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Un'abitudine meno diffusa tra le donne, ma senza particolari differenze per età, istruzione o livello di reddito.

Controlli da parte delle Forze dell'Ordine.

Nelle sette regioni che hanno raccolto dati a proposito con un modulo opzionale (n=5.242), il 42% degli intervistati riferisce di essere stato controllato dalle FF.OO. negli ultimi 12 mesi. Tuttavia, tra coloro che sono stati fermati, solo il 9% riferisce l'esecuzione di un etilotest. La percentuale di controllati con etilotest diminuisce con l'aumentare dell'età (dal 22% dei 18-24enni al 3% dei 50-69enni).

Conclusioni. Circa un sesto della popolazione tra 18 e 69 anni nel pool delle Asl può essere considerato un bevitore ad alto rischio. Gli operatori sanitari si informano solo raramente sul consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso. I controlli delle FF.OO. con etilotest risultano poco diffusi ed indirizzati maggiormente verso i giovani, mentre il fenomeno è diffuso in tutte le classi di età. Esiste quindi un grosso potenziale di miglioramento diffondendo maggiormente pratiche già in essere nel nostro Paese.

LA RETE EPIDEMIOLOGICA MARCHIGIANA QUALE STRUMENTO DI INTERVENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Filippetti Fabio¹, Barbini Norma²

¹ Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Marche fabio.filippetti@regione.marche.it

² Osservatorio Epidemiologico, INRCA Ancona n.barbini@inrca.it

Con la Legge regionale n.26 del 1996 è operante sul territorio marchigiano l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) che funge anche da Osservatorio Epidemiologico a rete.

Dal 2003 l'ARS ha rafforzato l'ambito epidemiologico con l'istituzione della **Rete Epidemiologica Marchigiana** (REM) con gli obiettivi di:

- raccogliere elaborare e diffondere conoscenze sui bisogni di salute della popolazione, con attenzione ai fattori ambientali, sociali e individuali che la condizionano;
- contribuire all'identificazione alle priorità di intervento, con attenzione agli obiettivi di equità di salute nei cittadini e nella tutela delle fragilità;
- promuovere ricerche sullo stato di salute della popolazione;
- supportare la progettazione e gestione dei flussi informativi sui bisogni e rischi per la salute e per valutare l'equità, l'appropriatezza, l'efficacia ed efficienza dei servizi sanitari.

La rete epidemiologica prevede una articolazione nei seguenti nodi organizzativi ed operativi:

- l'*Osservatorio Epidemiologico Regionale*, operante all'interno dell'ARS – Azienda Sanitaria Unica Regionale, che svolge funzioni di coordinamento della Rete attraverso l'indirizzo-monitoraggio-valutazione di tutte le attività di rilevazione epidemiologica, e provvede: alla elaborazione e diffusione delle informazioni sui bisogni di salute della popolazione e sui fattori di rischio per la salute, al supporto agli organi decisionali per la pianificazione degli interventi sanitari e la gestione dei flussi informativi, alla promozione di indagini epidemiologiche ad hoc.
- i *Centri Epidemiologici delle Zone territoriali* della ASUR, che rappresentano i punti nodali della Rete provvedendo alla raccolta ed elaborazioni dei dati a livello locale, collaborando alla gestione dei flussi informativi sanitari, fornendo supporto ai Piani Comunitari di Salute, partecipando a studi specifici;
- i *Centri Epidemiologici Regionali Specialistici*, che collaborano alle varie attività epidemiologiche promosse a livello regionale, sono strutture già esistenti nella realtà marchigiana, altamente qualificate ed individuate per l'attività epidemiologica svolta e già da tempo documentata. Questi Centri sono tenuti a collaborare alle iniziative regionali coordinate dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

La rete si è rafforzata con un nucleo di operatori che hanno seguito un percorso formativo comune e partecipando ad alcuni progetti specifici come: il progetto Ministero/Regioni "PASSI", la stesura dei Profili di Salute (con contributo ai Piani Comunitari di Salute), gli Screening, i piani pandemici zonali ed il supporto nell'ambito del Piano di prevenzione attiva.

Costruzione di raccomandazioni di Sanità Pubblica sul tema “Lotta alla sedentarietà”

Sara Franchi¹, Claudia Dellisanti¹, Miriam Levi² e Alberto Baldasseroni³.

1-Gruppo per la Evidence Based Prevention Agenzia Regionale di Sanità toscana.

2- Scuola di specializzazione di Sanità Pubblica -Università di Firenze

3-CeRIMP-Regione Toscana-Gruppo per la Evidence Based Prevention Agenzia Regionale di Sanità toscana.

Introduzione: nell’ambito del progetto CCM “Costruzione di un network per la ricerca dell’efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla popolazione e la diffusione della cultura scientifica nelle strutture di sanità pubblica”, in cui l’Agenzia Regionale di Sanità Toscana collabora insieme all’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma ed all’Università Amedeo Avogadro del Piemonte Orientale, vi è tra gli obiettivi specifici la valutazione di nuovi programmi o di attività scarsamente applicate per le quali esistano prove di efficacia, prioritariamente nell’ambito di quelli previsti nel Piano Nazionale Prevenzione e nel DPCM 4 Maggio 2007 “Guadagnare salute”. Al nostro centro è stata affidata la costruzione di raccomandazioni di sanità pubblica sul tema “Lotta alla sedentarietà (inclusa idoneità attività sportiva non agonistica)”.

Metodi: sono state dapprima individuate e condivise con il gruppo le tappe per la costruzione di raccomandazioni. Inizialmente sono state identificate le reti logiche che sottostanno al problema di sanità pubblica in oggetto e successivamente si è proceduto alla ricerca delle evidenze per la risposta ai quesiti partendo dall’analisi delle linee guida internazionali su database precedentemente individuati (National Guideline Clearinghouse, NICE, PubMed, Community Guide, Clinical Practice Guidelines-Canada (CMA), SIGN, Canadian Task Force on Preventive Health Care, New Zealand Guidelines Group, TRIP Database, Google) e successivamente procedendo alla ricerca delle revisioni sistematiche qualora le LG non coprissero tutti gli ambiti di interesse.

Risultati: la ricerca ha individuato 13 LG pertinenti alle quali corrispondono 182 raccomandazioni di cui 130 dotate di grading. Queste ultime sono state suddivise per popolazione target: bambini e adolescenti (45 raccomandazioni), anziani (>65 anni) (61 raccomandazioni), adulti (13 raccomandazioni), popolazione generale (9 raccomandazioni), altri (11 raccomandazioni). Inoltre per ogni raccomandazione è stato individuato il setting in cui è svolto l’intervento ed i destinatari della raccomandazione. E’ stato inoltre analizzato il grading che accompagna ogni raccomandazione.

Conclusioni: il lavoro di costruzione delle raccomandazioni verrà svolto grazie all’affiancamento di un panel multidisciplinare di esperti composto da un Pediatra di Libera Scelta, un Medico di Medicina Generale, un Geriatra, un operatore di Sanità Pubblica, un Medico dello Sport, un rappresentante delle scuole e delle infrastrutture a cui sottoporre la lista di quesiti via, via emersi. Spetterà al panel il compito di assegnare ad ogni raccomandazione una specifica forza che deriverà dal grado di evidenza, ossia da quanto emerso dall’analisi della letteratura scientifica, e dal grado di rilevanza, parametro che tiene conto dell’applicabilità della raccomandazione al nostro specifico contesto. Infine il consenso sulle raccomandazioni così formulate verrà cercato convocando un qualificato gruppo di Stakeholder appartenenti ai diversi gruppi professionali e sociali interessati all’applicazione dei programmi valutati.

THE MONITORING OF ITALIAN SMOKING BAN AFTER FOUR YEARS

D. Galeone*¹, L. Spizzichino¹, M. Giaccio¹

¹*Prevention Department, Ministry of Health, Rome, Italy*

Background: On January 10th, 2005, a smoking ban in all enclosed places has been implemented in Italy. It's the first ever law monitored in its application in Italy.

Objective: Evaluate the results after four years of enforcement on exposure, prevalence, initiation and cessation of smoking and tobacco consumption.

Methods: The surveillance activities of the Italian Ministry of Health involve the collaboration of different stakeholders in order to implement the strategy and collect data (National Institute of Statistics, National Health Institute, Universities, Special Police for Health, Ministry of Finance, Regional Prevention Departments, Drug Agency).

Results: Prevalence of smokers reduced of from 23.8% before the ban to 22.2% in 2008, the average number of cigarettes smoked reduced from 14.8 in 2004 to 13.8 in 2006 and now is 14.4. Hospital admissions for Acute Myocardial Infarction show a reduction of 5% in 2005 and 6% in 2006 in people with age < 70 years old. Italian BRFSS data show that 40% of smokers tried to quit but 80% failed; only 60% of smokers report their GP suggested to stop smoking but 95% quit by themselves.

Nicotine Replacement Treatments (patches, gums, inhaler and tablets) sales increased in the year after the ban but thereafter is decreasing up to a lower (-6%) level respect to 2004. Sales of drugs like Bupropion and Varenicline rocket up to 1500% from 2004 to 2008. Sales of tobacco products decrease -6.9% from 2004 to 2008 but Roll Your Own products sales increase of +89% in the same period. During 2008 more than 2,400 controls has been conducted by police with 138 infractions (5.7%) but only 52 (2.2%) to people smoking where not allowed. As consequence of a regional prevention department study, more than 2,400 public and more than 3,800 private offices has been monitored, smokers have been found in 1.5% and 2% of cases respectively; more than 90% interviewed said workers respect the law.

Conclusions: Laws are more effective than voluntary agreements; the smoke free policy is the first ever example of strategy in Italy that has been evaluated in its application. Scientific and synergic approach to evaluation is feasible and helpful to the strategy improvement.

Violenza sui minori: sperimentazione di un sistema di raccolta dati

Daniela Germano¹, Daniela Gerin², Maria Licciardello Piazza³, Licia Barbetta⁴

¹ Azienda Sanitaria Locale “Triestina”, Dipartimento di Prevenzione

² Azienda Sanitaria Locale “Triestina”, Ufficio Progetti Area Sanitaria

³ Azienda Sanitaria Locale “Triestina”, Gruppo contro la violenza ai minori.

⁴ Comune di Trieste, Unità Minori, Progetto contro la violenza ai minori*.

**Enti del gruppo di progetto contro la violenza ai minori: Comune di Trieste (capofila), Comuni di Muggia e S. Dorligo, Comuni di Duino-Aurisina, Monrupino, Sgonico, Azienda Sanitaria Locale “Triestina”, IRCCS Burlo Garofolo, Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni di Trieste dell’Amministrazione della Giustizia, Ufficio Scolastico Regionale, Gruppo Operatrici Antiviolenza e Progetti.*

Introduzione La violenza sui minori è un fenomeno sommerso, spesso consumato tra le mura domestiche, difficile da misurare per la mancanza di uno strumento di rilevazione univoco e condiviso. In provincia di Trieste opera un gruppo specialistico multiprofessionale, il cui target è rappresentato dai casi gravi di violenza sui minori segnalati dai servizi territoriali e ospedalieri e dall’autorità giudiziaria. L’assenza di un sistema nazionale di raccolta dati ha determinato l’esigenza di sperimentare un sistema locale finalizzato a misurare la piccola parte del fenomeno che emerge e l’adeguatezza degli interventi erogati. Il presente lavoro vuole descrivere l’incidenza e le caratteristiche delle violenze sui minori segnalati al gruppo nel 2008, con particolare riguardo alla relazione fra condizioni anamnestiche dei genitori e loro ruolo.

Metodi La scheda di raccolta dati è suddivisa in sezioni per il minore, il contesto familiare, ciascuna figura genitoriale e gli interventi. Il ruolo dei genitori rispetto alla violenza (subita dal figlio o anche da un genitore) è stato definito come: di autore, protettivo, di complice, di vittima. I fattori predittivi indagati sono stati: pregresso abuso sessuale, maltrattamento, istituzionalizzazione, abuso di alcol o altre sostanze. I dati raccolti sono stati registrati su un data base access e successivamente analizzati con Epi Info.

Risultati Sono state rilevate 166 violenze su 99 minori, che hanno coinvolto 87 padri (30% di missing all’anamnesi) e 93 madri (18% di missing). Si trattava di: abuso sessuale (33%), maltrattamento intrafamiliare (25%), violenza assistita (23%), trascuratezza grave (16%), bullismo (2%). I minori erano già noti nel 67% dei casi a più di un servizio sanitario o sociale. L’essere oggetto di violenza non è risultato associato a genere o età, anche se le femmine sono più rappresentate per tutte le diagnosi e subiscono violenza più precocemente. Fattori predittivi associati ($p < 0,01$) ai ruoli indagati sono risultati, per le madri: pregresso abuso intrafamiliare per il ruolo di autore e storia di maltrattamento per il ruolo di vittima. Per i padri non è stata rilevata alcuna associazione significativa per nessun ruolo.

Conclusioni I dati confermano che l’abuso sessuale è perpetrato da figure note ai minori (96% dei casi). Non è stato evidenziato per il genere femminile un aumento significativo del rischio di essere vittima, probabilmente a causa della scarsa numerosità della casistica.

Per le madri, una storia di maltrattamenti predispone ad un ruolo di vittima, come già rilevato in altre indagini e l’associazione positiva tra pregresso abuso intrafamiliare e ruolo di autrice suggerisce l’importanza di rilevare e trattare precocemente i minori vittime di violenza.

Valutazione di utilità e di gradimento di un Programma di promozione della salute mentale nella scuola.

Antonella Gigantesco*, Fiorino Mirabella*, Debora Del Re*, Gabriella Palumbo*

** Istituto Superiore di Sanità*

Introduzione

Per rispondere all'esigenza diffusa di promuovere la salute mentale nelle scuole è stato messo a punto un programma rivolto agli studenti delle scuole secondarie superiori e dell'ultimo anno delle scuole medie inferiori, le cui principali caratteristiche sono:

Per il contenuto: essere imperniato sull'insegnamento della capacità di definire obiettivi realistici e stimolanti, di affrontare e risolvere problemi, di comunicare in modo assertivo, di sviluppare l'autodisciplina, di migliorare la capacità di controllo degli impulsi.

Per il metodo: essere basato su un manuale per studenti destinato alla lettura comune in classe da parte degli stessi intervallata da esercitazioni in piccolo gruppo. In tutto, il manuale comprende 15 capitoli da svolgere in 15-20 sessioni in orario scolastico. Il programma prevede la presenza di un facilitatore in classe con il solo compito di chiarire gli eventuali dubbi e di stimolare gli studenti ad effettuare le esercitazioni in classe e a casa. Possono fare da facilitatori anche gli insegnanti ma è raccomandabile avvalersi di giovani studenti universitari formati, con la supervisione di insegnanti motivati.

Metodo

Il programma è iniziato alla fine del 2006 ed è tuttora in corso. Finora hanno preso parte 233 studenti provenienti da 11 classi di altrettante scuole (una scuola media, sette licei, tre istituti tecnici) che in tutto hanno svolto 11 dei 15 capitoli del manuale. Le sessioni hanno avuto una durata di circa un'ora ciascuna in tutte le classi. Alla fine di ogni capitolo è stato chiesto agli studenti di valutarne, con questionario anonimo, l'utilità e il gradimento (scala: da 1-pochissimo a 5-moltissimo) e di fare eventuali commenti.

Per ogni capitolo, è stato chiesto ai facilitatori di redigere un verbale sulle difficoltà incontrate e sul grado di coinvolgimento degli studenti.

Risultati

I valori medi di gradimento variano da 2.9 (capitolo V) a 4.1 (capitolo IX) con un giudizio medio complessivo di tutti i capitoli di 3.4.

I giudizi di utilità vanno da 3.1 (capitolo IX) a 4.0 (capitolo IV) con un giudizio medio complessivo di tutti i capitoli di 3.5.

I giudizi medi complessivi di gradimento e utilità più elevati (3.9 e 4.1) sono stati dati da due licei, quelli più bassi da un istituto per ragionieri e da un istituto professionale (2.9).

Conclusioni

I primi risultati sembrano mostrare che gli studenti hanno trovato il programma utile e gradevole. Va segnalato che nessuno studente ha interrotto la sua partecipazione al programma. I commenti degli studenti e i resoconti dei facilitatori sono stati utilizzati per una revisione parziale del manuale. E' in corso uno studio di valutazione dell'efficacia del programma con l'uso del manuale nella sua versione definitiva.

Progettare un intervento per prevenire gli infortuni sul lavoro sulla base di prove di efficacia: l'esperienza del Piemonte.

Luisella Gilardi (1), Lidia Fubini (1), Antonella Bena (2)

(1) *DoRS – Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute ASL TO 3 – Grugliasco – Torino*

(2) *Servizio di Epidemiologia, ASL TO 3 – Grugliasco (To)*

Introduzione

In Piemonte uno dei settori più critici per gravità e frequenza di infortuni è quello dell'edilizia, per questo fra gli obiettivi del piano di prevenzione regionale degli infortuni sul lavoro 2006-2008, vi era la progettazione di un intervento basato su prove di efficacia, da realizzare in questo comparto.

L'Evidence-based Journal Club (EBJC) è un metodo già utilizzato in ambito clinico e rappresenta una forma strutturata di Journal Club nel quale la lettura, la valutazione e la discussione della letteratura scientifica, non è vista solo come aggiornamento professionale realizzato in gruppo, ma come ricerca della soluzione di un problema di salute. Viene qui proposto come percorso per apprendere le abilità dell'evidence based prevention (EBP) sul campo e per rispondere alle seguenti domande: i risultati dello studio sono validi? I risultati dello studio sono utili/applicabili?

L'obiettivo di questo lavoro è quello di progettare un intervento evidence-based per la prevenzione degli infortuni sul lavoro sperimentando strumenti di lavoro innovativi come l'EBJC.

Materiali e Metodi

Il gruppo di lavoro era formato da 2 esperti in ricerca e valutazione della letteratura scientifica, 4 epidemiologi, 3 medici e 8 tecnici dei Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, e 2 rappresentanti di altri enti.

I primi hanno effettuato una ricerca bibliografica sistematica e selezionato gli studi secondo criteri prestabiliti. Gli studi riguardavano l'efficacia di interventi per la prevenzione degli infortuni in edilizia. Questi sono stati poi sottoposti ai partecipanti con lo scopo di valutare ogni intervento secondo i principi della EBP, e di integrarlo con il giudizio degli esperti sulla fattibilità in territorio piemontese.

Al termine del percorso è stato somministrato ai partecipanti un questionario di valutazione e gradimento del metodo.

Risultati

La revisione di letteratura ha restituito 20 riferimenti a studi di intervento di cui 18 primari e 2 revisioni. A seguito delle 3 giornate di discussione sono stati considerati 7 studi, tra i quali 1 è stato giudicato rispondente ai criteri di fattibilità. A partire da quest'ultimo, il gruppo di lavoro ha tracciato le linee generali per la progettazione dell'intervento, la cui realizzazione è già stata programmata in termini di spesa da una delle ASL partecipanti.

Il questionario di valutazione ha evidenziato che l'EBJC è stato considerato un'esperienza positiva dalla maggioranza dei partecipanti.

Come percorso formativo, l'EBJC è stato sottoposto all'accreditamento per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), ricevendo una valutazione di 10 crediti, per tutte le professioni.

Conclusioni

In questa esperienza l'EBJC si è dimostrato utile sia nel migliorare le competenze EBP dei partecipanti sia nello stimolare la progettazione di interventi di prevenzione basati su prove di efficacia. La messa in opera dell'intervento progettato, costituisce la sfida per il futuro.

L'approccio partecipativo nella Valutazione di Impatto Sanitario (VIS): esperienza di VIS Rapida simultanea

Linzalone N¹, Cori L¹, L'Astorina A², Bianchi F¹

¹*Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Pisa*

²*Istituto per il Rilevamento Elettromagnetico dell'Ambiente (IREA-CNR), Milano. Gruppo di lavoro del CNR "Comunicazione della Scienza ed Educazione".*

Introduzione

La VIS è una combinazione di procedure e metodi per giudicare politiche, programmi o progetti rispetto ai loro potenziali effetti sulla salute di una popolazione e sulla loro distribuzione nella popolazione. Peculiarità della VIS è l'adozione di un focus specifico sugli impatti di salute per la costruzione delle evidenze attraverso cui guidare la scelta tra soluzioni alternative. La VIS include strumenti per garantire un'ampia partecipazione per acquisire informazioni aggiuntive, rendere il processo decisionale aperto e trasparente. Gli strumenti, incluso un piano di comunicazione condiviso con gli attori sul territorio, vanno applicati in fase iniziale con opzioni decisionali aperte. La partecipazione alla VIS garantisce che i decisori considerino adeguatamente le valutazioni fatte e queste possano incidere sulle decisioni.

Metodi

In alternativa ad una VIS approfondita, la VIS Rapida si basa su una valutazione più agile degli impatti attraverso una attività di "workshop interattivo". L'obiettivo è coinvolgere i portatori di interesse per definire priorità condivise sugli impatti positivi e negativi. Le raccomandazioni che risultano dalla consultazione costituiscono informazioni che si aggiungono alle evidenze scientifiche.

L'esperienza di VIS Rapida simultanea, condotta per il Progetto Monitor, su un inceneritore del territorio dell'Emilia-Romagna ha coinvolto figure di consulenti, tecnici, soggetti istituzionali, impresa, autorità locale, gruppo civico. Un moderatore esperto ha introdotto e guidato i lavori di tre gruppi eterogenei di partecipanti motivati che hanno individuato impatti positivi e negativi, raccomandazioni per azioni di miglioramento, proposte per la gestione e la comunicazione con la popolazione.

Risultati

Il problema principale della presenza di un impianto è il riconoscimento di una effettiva necessità dell'impianto all'interno del sistema di gestione dei rifiuti territoriale, che deve essere affrontato in via preliminare. Attraggono attenzione prioritaria l'effetto cumulativo sulla qualità dell'aria, dovuto all'impianto e al traffico legato ai trasferimenti da e per l'impianto, e il peggioramento della fruibilità e godibilità dell'area e del paesaggio.

Conclusioni

La realizzazione di una VIS Rapida si può prevedere in una fase di esplorazione delle opzioni in campo, fase di elaborazione delle strategie: emerge infatti che uno dei problemi di base, che va negoziato con la società, è quello della utilità dell'intervento.

Un'adeguata comunicazione sulle azioni intraprese, che includono il monitoraggio rigoroso dell'impianto, e sui risultati ottenuti può contribuire alla costruzione di fiducia da parte della collettività. La partecipazione alle scelte strategiche sul tema dei rifiuti consente risultati migliori e duraturi quanto più esse sono condivise.

Avvio di un programma di counselling infermieristico per la prevenzione cardiovascolare primaria nelle Unità territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) dell'ULSS Alto Vicentino

Mantoan Domenico, Toffanin Roberto, Polo Fabrizia, Banovich Flavio, Salvadori Pierluigi, Busato Giuseppe, Pellizzari Michele, Rigon Stefano, Saugo Mario, Valsecchi Massimo¹

ULSS 4 "Alto Vicentino" ; ULSS 20¹

Introduzione

Il proposta di rinnovo del Piano Nazionale di Prevenzione prevede tra le sue azioni gli interventi di prevenzione cardiovascolare primaria (applicazione della carta del rischio e counselling) effettuati dal MMG. In questo quadro è utile sperimentare e valutare sia protocolli operativi (ad es. criteri di valutazione e selezione della popolazione da avviare al counselling, modalità di trattamento farmacologico e non farmacologico) sia modelli di intervento (ad es. chiamata attiva/screening opportunistico, ruolo del MMG e dell'infermiere).

Metodi

Il programma dell'ULSS Alto Vicentino si inserisce nel Programma Regionale di Prevenzione Cardiovascolare e prevede la chiamata attiva dei 10.660 dei 40-69-enni assistiti dai 19 MMG e dalle 2 infermiere part-time delle UTAP. Il MMG effettua la valutazione iniziale (recupero e validazione dei dati clinici informatizzati, rilevazione PAO, effettuazione di uno stick glicemico e – in casi selezionati - di una colesterolemia totale, somministrazione di un questionario PASSI modificato). Sono avviati al counselling infermieristico di 3 mesi (colloquio iniziale + 5 telefonate ogni 15 gg + rivalutazione finale) i nuovi casi di diabete, ipertensione, ipercolesterolemia; i casi noti ma non ancora in terapia; i casi già trattati con stili di vita migliorabili; i fumatori. Gli interventi di modifica degli stili di vita proposti dall'infermiere possono essere attuati in forma individuale, in gruppi informali o in situazioni strutturate con la collaborazione dei Comuni. L'Infermiere informa il MMG sui risultati del counselling ai fini dell'eventuale istituzione/aggiustamento della terapia farmacologica.

Risultati

Nelle prime 60 settimane c'è stata un'adesione del 62% (3.235 persone), influenzata da sesso, età, Comune del paziente. E' stato avviato al counselling il 49% dei valutati; ha aderito il 66% (percentuale influenzata da età e Comune del paziente). I fattori di rischio rilevati sono: fumo 15%, attività fisica e consumo di frutta/verdura inadeguati 32% e 53%, soprappeso 54%, obesità centrale 34%, ipertensione 41%, diabete 6%, ipercolesterolemia 29%. Nelle prime 322 persone con counselling a 3 mesi completato risultano significativamente modificati: astensione dal fumo +2.5%, normopeso +2.8%, girovita nella norma +4.7%, attività fisica adeguata +15.8%, introito adeguato di frutta/verdura +19.0%. I target clinici significativamente modificati sono: normotensione +6.5% e riduzione della colesterolemia negli ipercolesterolemici +51.3%. La percentuale di normoglicemici è invariata.

Conclusioni

La prevalenza dei fattori di rischio rilevata è complessivamente in linea con i dati italiani OEC e PASSI. Le équipes di assistenza primaria possono efficacemente avviare un ampio numero di pazienti al counselling infermieristico anziché direttamente all'istituzione di un trattamento farmacologico cronico e continuativo.

Infomonitor - Osservatorio Sicurezza Grandi Opere - Dall'osservatorio epidemiologico ad un sistema integrato a supporto delle politiche del lavoro: Progetto – Risultati - Prospettive

Cristina Martelli - Dipartimento di Statistica “G.Parenti”- Università di Firenze
Catuscia Lisi – Università di Firenze
Marco Masi – Settore Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro - Regione Toscana
Marinella Natali – Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia Romagna
Davide Sgarzi – Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia Romagna
Venere Pavone – U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - Azienda USL Bologna
Daniela Cervino – U.O.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - Azienda USL Bologna
Alessandro Matteucci – UF TAV e Grandi Opere – Azienda USL 10 Firenze
Luigi Carpentiero - UF TAV e Grandi Opere – Azienda USL 10 Firenze
Massimo Frilli - UF TAV e Grandi Opere – Azienda USL 10 Firenze
Filippo Ariani - UF TAV e Grandi Opere – Azienda USL 10 Firenze
Andrea Romeo - UF TAV e Grandi Opere – Azienda USL 10 Firenze
UF TAV e Grandi Opere – Azienda USL 10 Firenze

Introduzione

Le attività di prevenzione degli incidenti lavorativi nei cantieri delle grandi opere ferroviarie o autostradali richiedono la creazione di sistemi informativi capaci di descrivere la complessità dei processi industriali, per impostare coerenti azioni di monitoraggio e valutazione.

Le Regioni Toscana ed Emilia Romagna hanno, su questa base, impostato Monitor che descrive le condizioni di lavoro e di vigilanza nella tratta Ferroviaria Firenze - Bologna, nella Variante di Valico e nel Nodo Ferroviario di Bologna.

Sistematizzando, nell'ambito di un unico sistema informativo, i dati gestionali prodotti dai servizi di vigilanza e dalle imprese coinvolte nei cantieri, è stato costruito un impianto documentale che ha supportato le attività dei servizi di prevenzione e di contenimento del numero degli incidenti. Attualmente Monitor:

- ☒ sta rafforzando il suo ruolo istituzionale preparando l'estensione ad altri ambiti, come l'edilizia, attraverso l'individuazione di casi pilota;
- ☒ sta evolvendo dal ruolo di osservatorio epidemiologico a quello, più ampio, di sistema informativo a supporto delle politiche del lavoro. L'obiettivo è quello di fornire alle amministrazioni regionali anche gli strumenti informativi a supporto di politiche attive per la prevenzione delle sicurezza.

Metodi

L'impianto Monitor è un sistema informativo misto, gestionale e statistico, basato sulla raccolta ed armonizzazione dei dati prodotti, nell'ambito delle loro attività, dai servizi di vigilanza e dalle imprese. E' un sistema gestionale perché supporta l'attività corrente dei servizi di vigilanza; è statistico perché i dati, resi anonimi, vengono usati per analisi descrittive ed epidemiologiche.

I data base di Monitor sono completati da un sito internet per la diffusione delle informazioni aggregate. Allo stato attuale Monitor è composto da data base sincronizzati gestiti su base locale, ma è attualmente in corso la predisposizione di un sistema integrato gestito via Internet.

Risultati

Monitor ha consentito la pubblicazione di report documentali aggiornati su base periodica, di note interregionali e di documenti di valutazione, per la consultazione dei quali si rimanda al sito www.infomonitor.it; i dati raccolti dal sistema consentono analisi epidemiologiche per la predisposizione di modelli di rischio e l'integrazione con altre fonti ed osservatori.

E' iniziato lo studio delle potenzialità informative di Monitor per la valutazione economica dei costi infortunistici.

Conclusioni

Monitor ha mostrato come il recupero e la valorizzazione informativa e statistica delle fonti amministrative sia in grado di fornire sistemi informativi evolutivi e adattativi, capaci di descrivere contesti molto complessi e di assumere anche ruoli diversi da quelli originari: dall'osservatorio per la prevenzione al supporto alle politiche pubbliche di certificazione delle condizioni lavorative.

Riduzione della mortalità per tumori del colon-retto in due aree in Toscana ove sono stati attivi programmi di screening coloretale

Andrea Martini, Donella Puliti, Adele Seniori Costantini, Marco Zappa.

Introduzione: In Toscana, e in particolare nella provincia di Firenze, nel periodo 1985-2006, la mortalità per tumori coloretali mostra un andamento decrescente. In un recente articolo è stato evidenziato che tale riduzione è più marcata in due aree (Mugello e Empolese), ove, fin dagli inizi degli anni '80, sono stati implementati programmi di screening per i tumori del coloretali, rivolti agli individui di età 49-70 anni, rispetto al resto delle provincie di Firenze e Prato dove lo screening è iniziato 15-20 anni dopo. La quota di riduzione di mortalità per tumore del colon-retto attribuibile al programma di screening è stata stimata pari al 13%. L'applicazione di un modello log-lineare di Poisson ha permesso di evidenziare un'interazione significativa tra anni di calendario e area geografica (1). L'obiettivo di questo studio è valutare se la riduzione di mortalità osservata riguardi proprie le fasce di età cui è rivolto il programma di screening e se vi sono state differenze fra i due sessi.

Metodi: Per il periodo 1985-2006 sono stati calcolati i tassi età specifici e le stime del cambiamento percentuale per classi di età decennali (35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84 e 85+) per le zone Empolese-Mugello e resto delle provincie di Firenze e Prato. Sono stati calcolati i tassi standardizzati troncati 65-84 anni per anno di calendario ed è stata stimata la differenza tra le due aree sotto le curve. Inoltre è stata analizzata l'interazione tra anni di calendario e zona geografica separatamente per sesso.

Risultati: La riduzione percentuale dei tassi di mortalità nelle zone Empolese e Mugello è statisticamente significativa nel periodo 1985-2006 nelle classi di età 65-74 e 75-84 anni. Nel resto delle provincie di Firenze e Prato si osserva parimenti una riduzione in queste classi di età ma in grado minore. Considerando soltanto queste due classi di età la riduzione di mortalità attribuibile al programma di screening è stimata pari al 16,5%. Non vi sono differenze significative tra i due sessi.

Conclusioni: La riduzione della mortalità per tumore del colon-retto osservata nelle provincie di Firenze e Prato è stata maggiore in quelle aree ove sono stati implementati programmi di screening di popolazione agli inizi degli anni '80. In queste aree si è osservato una riduzione di mortalità nelle fasce d'età interessate dai programmi di screening.

1. Seniori Costantini A, Andrea Martini, Donella Puliti et al. *Colorectal Cancer Mortality in Two Areas of Tuscany with different screening exposure* J Natl Cancer Inst 2008, 100:1-4

ALCOLISMO E SINISTROSITÀ STRADALE

Francesco Massoni *

* *Medico chirurgo - Dottorando di ricerca in Scienze di sanità pubblica (Medicina sociale e legale) - Università "Sapienza" di Roma*

Introduzione

L'alcolismo è un fenomeno molto complesso ed è uno dei più importanti fattori che incidono sulla salute dell'uomo, una delle principali cause di mortalità e morbilità

In Italia, uno dei più recenti interventi legislativi finalizzati ad attenuare o prevenire questo fenomeno è il Decreto Ministeriale del 30 luglio 2008 del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, entrato in vigore il 23 settembre 2008. Esso definisce i contenuti di apposite tabelle da esporre nei locali ove si svolgono spettacoli o altre forme di intrattenimento congiuntamente alla vendita e somministrazione di bevande alcoliche.

Metodi

Obiettivo del lavoro è stato quello di studiare l'efficacia dello strumento normativo in questione a breve e lungo termine, selezionando i casi di positività per alcol alla guida registrati dalla Polizia stradale durante tre periodi di interesse, a cavallo dell'entrata in vigore di tale strumento normativo.

In un secondo momento, applicando uno studio di correlazione lineare, si è voluto misurare la correlazione tra le due variabili in questione, alcol ed incidenti stradali.

Risultati

Si rileva un aumento delle infrazioni da alcool (4694 casi prima del DM; 4745 casi durante il periodo di transito della norma; 4970 casi dal momento in cui la tabelle sono diventate obbligatorie) e tale incremento è stato registrato sia sulle autostrade che sulle altre strade. La frequenza quotidiana dei casi presenta, come è facile immaginare, una maggiore incidenza delle infrazioni nel week-end.

Tuttavia, il numero complessivo di sinistri si è ridotto. Dai 13057 incidenti nel primo periodo si è passati agli 11779 fino al 23 settembre, e quindi 11960 con l'obbligatorietà delle "tabelle".

Questo ha fatto supporre l'esistenza di fattori che incidano in maniera più significativa sulla frequenza dei sinistri stradali.

Per questo motivo è stato applicato uno studio di correlazione che ha confermato l'ipotesi.

Conclusioni

Da uno studio a breve termine si evince che il DM non abbia sortito l'effetto sperato.

Si possono avanzare tre ordini di spiegazione per comprendere tale risultato:

-sono stati incrementati i controlli sulle strade da parte della Polizia stradale, dalle 79868 pattuglie impiegate si è passati alle 85038;

-lo studio esteso a sei mesi depone per una minor incidenza di positività all'etilometro, dai 14811 si passa ai 13957;

-esistono variabili/infrazioni più frequenti dell'alcol, come l'alta velocità (1009724 le violazioni) oppure l'uso del telefonino (21327) da parte del conducente, che incidono maggiormente sulla casistica della sinistrosità stradale rispetto all'alcol (14409).

Processo di sviluppo di una linea guida di sanità pubblica: raffronto fra protocolli metodologici nazionali ed internazionali

Mauro Simona* , de Belvis Antonio Giulio *, Pelone Ferruccio *, Biasco Amalia *, Avolio Maria *, De Micco Francesco *, Baldasseroni Alberto**, Faggiano Fabrizio****, Ricciardi Walter*

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

***CeRIMP - Centro Reg.Infortuni e Malattie Professionali, Regione Toscana*

***** Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università "Avogadro" del Piemonte Orientale*

Introduzione:

Su mandato del CCM, l'ARS toscana, l'Università Avogadro del Piemonte Orientale e l'Università Cattolica del Sacro Cuore, stanno sviluppando un progetto volto all'elaborazione di Linee Guida di Sanità Pubblica relative ad ambiti nei quali la prevenzione e la promozione della salute hanno un ruolo determinante: il fumo, l'obesità e la sicurezza stradale.

A livello internazionale sono numerosi gli Istituti e le Agenzie che si occupano di prevenzione/promozione e si impegnano nell'elaborazione delle LG, nonché di documenti e manuali metodologici per la stesura delle stesse. Obiettivo del presente contributo è di inquadrare gli aspetti metodologici per l'elaborazione di una linea guida in Sanità Pubblica attraverso un'analisi comparativa dei diversi approcci metodologici adottati a livello nazionale ed internazionale.

Metodologia:

Il suddetto studio ha analizzato e confrontato tra loro allo scopo di fornire un quadro sinottico i manuali metodologici di alcuni Paesi che risultano essere all'avanguardia nel settore dell'EBPH (Evidence Based Public Health): Regno Unito, Nuova Zelanda, Stati Uniti, Svezia. A questi si affianca l'Italia che già dall'inizio dagli anni '90 ha cominciato ad accostarsi a questa nuova pratica socio-sanitaria.

Risultati:

I singoli percorsi metodologici presentano sostanziali elementi di analogia in relazione alle fasi di elaborazione dei quesiti, di traduzione delle prove d'efficacia in raccomandazioni. Analogie anche nella scelta delle tipologie di studio da includere in fase di revisione delle prove di efficacia sebbene il NICE inglese e la U.S. Preventive services Task Force statunitense concordino nell'ammettere accanto agli studi epidemiologici e quantitativi, anche studi qualitativi.

Elementi di divergenza procedurale tra i framework metodologici si riscontrano invece nelle modalità di coinvolgimento degli stakeholder nelle diverse fasi di elaborazione della LG; nell'applicazione della fase di suitability screen prima dell'individuazione dei quesiti e nelle valutazioni economiche relative alle specifiche realtà territoriali.

Conclusioni:

Questo studio comparativo è stato molto importante ai fini del progetto, poiché il confronto con altre metodologie ha permesso di identificare rilevanti aspetti metodologici. E' evidente come un elemento di sostanziale originalità tra i diversi metodi analizzati sia rappresentato da un passaggio del framework neozelandese che pone come 'conditio sine qua non' per l'avanzamento del processo il superamento di una valutazione di fattibilità/sostenibilità della linea guida (suitability screen).

Risulta importante sottolineare inoltre come nell'ambito della prevenzione e/o promozione vi sia la necessità di estendere la base delle prove di efficacia ad altre conoscenze (i.e. pareri di esperti, etc) non limitandosi alla sola letteratura scientifica.

L'uso della carta e punteggio del rischio cardiovascolare nella prevenzione degli incidenti vascolari maggiori: l'esperienza della sorveglianza P.A.S.S.I. nelle ASL TORINO1-4.

Margherita Meda, Giorgiana Modolo, Giovanna Vizzani, Silvana Malaspina; Anna Calamia, Roberto Capocéfalo, Anna Maria Ciquera, Annunziata Corvasce, Rosa Costa, Rosa Cuccia, Piera Fracchia, Angela Strippoli, Carmelita Villani, Rosanna Vurchio.

Dipartimento di Prevenzione ASL TO1

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte (44%) e la cardiopatia ischemica occupa una frazione cospicua (28% tutti i decessi). In Piemonte, ogni anno, muoiono più di 5000 persone per malattie ischemiche cardiache e anche se la percentuale è inferiore al valore nazionale (del 12% per gli uomini, del 16% per le donne), la numerosità degli eventi richiede interventi di prevenzione primaria volti individuare le fasce di popolazione a maggior rischio di patologia cardiovascolare per orientare gli interventi e impostare un corretto trattamento. Interlocutori privilegiati, per il loro rapporto con i cittadini, sono i MMG cui spetta un ruolo di primo piano nell'identificazione dei comportamenti a rischio fra i loro assistiti. Un valido strumento è la carta e il punteggio del rischio cardiovascolare; per questo è importante misurare il grado di conoscenza e il suo utilizzo da parte dei MMG.

La fonte di informazioni è stata lo studio di popolazione PASSI (soggetti fra 18 e 69 anni): a partire da giugno 2007 nella ASL TORINO1-4, ad un campione di cittadini (estratto con campionamento proporzionale stratificato per età e sesso, rappresentativo della popolazione cittadina) è stato somministrato un questionario ad hoc contenente una sezione dedicata al rischio cardiovascolare.

Fra gli 896 intervistati, 624 erano i soggetti fra 35-69 anni ai quali è stata posta la domanda sull'uso della carta del rischio cardiovascolare da parte del loro MMG. Il 4% (in linea con la media regionale) ha risposto affermativamente: l'1,6% dei soggetti 35-49aa e il 6.1% dei soggetti 50-69aa. Tale percentuale è ancora del 4% in presenza di almeno un fattore di rischio cardiovascolare. Uno studio condotto in Piemonte nel 2007, su un campione di 352 MMG, ha indagato (attraverso un questionario ad hoc) la conoscenza e l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare. Dallo studio emerge che la maggioranza dei MMG la conosce e ne possiede una copia (>90%); solo un terzo degli intervistati la utilizza con tutti i pazienti nelle fasce d'età indicate, mentre la maggior calcola il rischio cardiovascolare solo ai pazienti già noti per essere a maggior rischio.

Mentre la sorveglianza PASSI (che indaga la percezione dei cittadini) sembra mostrare un limitato interesse da parte dei MMG verso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare, dall'indagine effettuata sui MMG emerge una situazione opposta. L'adozione di una comunicazione medico-paziente più trasparente potrebbe superare questa apparente contraddizione: conoscendo con precisione il rischio calcolato dal proprio medico, il paziente verrebbe stimolato ad adottare stili di vita più sani.

Indagine epidemiologica presso la popolazione residente a Falconara Marittima e comuni limitrofi.

Meneghini E ¹, Baili P ¹, Baldini M ², Elena Martinelli ², Mariottini M ², Micheli A ¹.

¹ *Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori” – Milano;* ² *Servizio Epidemiologia Ambientale, ARPAM – Ancona.*

Introduzione. L’azienda API è una raffineria di prodotti petroliferi, sita dal 1950 nel comune di Falconara Marittima, che determina esposizione a sostanze irritanti, tossiche, e cancerogene (benzolo, poliidrocarburi aromatici). Falconara Marittima è da tempo oggetto di monitoraggio per la valutazione dei rischi atmosferici connessi alla presenza della Raffineria. A seguito di uno studio di fattibilità, la regione Marche ha commissionato un’Indagine Epidemiologica presso la popolazione residente nei dintorni della Raffineria. L’Indagine è stata affidata al Servizio di Epidemiologia Ambientale dell’Agenzia Regionale Protezione Ambientale Marche sotto la direzione scientifica dell’unità di Epidemiologia Descrittiva e Programmazione Sanitaria della Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori” di Milano.

Obiettivi. Valutare i rischi di morte per tumore del sistema emolinfopoietico in funzione della distanza delle abitazioni dalla Raffineria nei comuni di Falconara Marittima, Montemarciano, Chiaravalle.

Metodi. L’Indagine è stata attuata con la tecnica dello studio caso-controllo su base di popolazione. 177 casi, deceduti negli anni 1994 - 2003 (ICD IX 200-208) sono stati appaiati per sesso ed età (± 2.5 anni) a due controlli estratti tra i residenti nell’area in studio, in vita all’occorrenza dell’evento. Informazioni su storia personale, abitativa e occupazionale, sono disponibili per 95 casi e 166 controlli appaiati, tramite intervista a parenti dei soggetti in studio. L’esposizione residenziale cumulata è stata calcolata come media pesata (pesi: tempi di residenza) dell’inverso delle distanze dall’API delle case abitate entro il periodo compreso tra i 20 e i 5 anni precedenti l’evento. Mediante analisi logistica condizionata sono stati stimati gli odds ratio (OR) di morte in funzione del rischio residenziale.

Risultati. L’Indagine ha evidenziato un aumento non statisticamente significativo della mortalità per tumore del sistema emolinfopoietico per il contingente femminile: per il terzile superiore di esposizione residenziale, l’OR controllato per fumo attivo e passivo, vicinanza a distributori di carburante, centrali/linee elettriche e rischio occupazionale è 2.58 (intervallo di confidenza (IC) 95%: 0.79 – 8.40). Nel sottogruppo di soggetti (uomini e donne) che per più di 10 anni hanno svolto occupazioni che verosimilmente comportano una maggiore permanenza in casa (pensionati/casalinghe/non occupati), l’OR del terzile superiore è significativamente 5.35 (IC 95%: 1.10 – 25.9) (p trend = 0.022).

Conclusioni. L’Indagine proseguirà con la sensibilizzazione della popolazione residente nell’area al fine di aumentare l’adesione allo studio e con l’acquisizione dei dati di ricaduta degli inquinanti, ma fin da subito suggerisce la necessità di interventi di prevenzione primaria per il controllo delle immissioni inquinanti e di sorveglianza sanitaria nell’area circostante la Raffineria.

Prevenzione dei tumori femminili: screening organizzato e “spontaneo” nell’ASL “NO”

Moia E.*, Pretti G.***, Cipelletti A.***, Antoniotti M.C.***

* *Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL “NO”; Coordinatore Aziendale PASSI*

** *Unità Valutativa Organizzazione Screening ASL “NO”*

*** *Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL “NO”*

Introduzione

Nell’ASL di Novara lo screening dei tumori femminili segue il programma regionale “Prevenzione Serena” che prevede la chiamata attiva ogni tre anni delle donne di 25 e 64 anni per un Pap-Test e ogni due anni per una mammografia delle donne tra i 50 e i 69 anni. L’emanazione della D.G.R. 111-3632 (2006), si propone di ricondurre eventuali attività di screening “spontaneo” all’interno dei programmi di screening organizzato, meglio rispondenti a criteri di efficacia e di corretta gestione delle risorse.

Metodi

Confronto tra i dati di attività dello screening organizzato (fonte: Unità Valutazione e Organizzazione Screening dell’ASL “NO”) e quelli della Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che indaga, per ciascuno screening femminile, anche le modalità di pagamento sostenute per l’esecuzione dell’ultimo test. Un esame gratuito è considerato eseguito all’interno di “Prevenzione Serena”, un esame a pagamento (totale o parziale) è considerato esterno allo screening organizzato.

PASSI: somministrazione telefonica di un questionario standardizzato, ad un campione di assistiti casuale stratificato proporzionale per sesso ed età

Risultati

I dati PASSI giugno 2007 - marzo 2008 mostrano che il ricorso della popolazione dell’ASL “NO” ad entrambi gli esami di screening dei tumori femminili è di circa l’86%, dato superiore, ma senza differenze statisticamente significative, a quello della Regione Piemonte. Anche l’adesione agli screening stratificata per i principali fattori socio-economici non mostra differenze rispetto a quella regionale.

Nel 2007 i dati di attività indicano un esteso invito (94% per il Pap-Test e 70% per la mammografia), ma un’adesione effettiva della popolazione target allo screening organizzato intorno al 35% per il Pap-Test e al 36% per la mammografia.

Secondo PASSI nell’ASL “NO” le donne che hanno pagato un ticket o l’intero costo per l’ultimo esame di screening sono il 64% per il Pap-Test e il 43% per la mammografia, valori entrambi ampiamente superiori a quelli medi regionali.

Conclusioni

L’ASL “NO” mostra modalità di adesione ai programmi di screening che tendono a privilegiare il ricorso allo screening spontaneo. La D.G.R. 111-3632 (2006) deve essere utilizzata per ricondurre tale tipo di attività all’interno dei programmi di screening organizzato; il confronto tra i dati UVOS e quelli PASSI può consentire di monitorarne l’applicazione anche a livello locale.

DENUNCE IN ITALIA PER MENINGITI DA PNEUMOCOCCO, HAEMOPHILUS INFLUENZAE, MENINGOCOCCO, PER CLASSI DI ETÀ'. 1994 – 2005

VARIAZIONI % 1994/1997 – 2002/2005

Marisa Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Obiettivi

Valutare le variazioni % dei tassi di incidenza per classi di età delle meningiti da pneumococco, haemophilus influenzae e meningococco in Italia tra i quadrienni 1994/1997- 2002/2005.

Metodi

Fonte dati: Sistema sorveglianza malattie infettive (SIMI), Istituto Superiore di Sanità.

Sono stati calcolati i tassi standardizzati medi di incidenza/100mila abitanti, per le classi: 0; 1-4; 5-9; 10-14; 0-14; 15-24; 25-64; ≥ 65 , le variazioni % 1994/1997-2002/2005 e la significatività delle variazioni con il test Chi quadro ($p=0,05$).

Popolazione di riferimento: Italia, 2001.

Risultati

Meningite da Streptococcus pneumoniae

Le notifiche sono 2.863: il 20% (578) in età pediatrica; il 3,5%(100) nella classe 15-24; il 44%(1.275) in età 25-64; il 30%(879) nella fascia ≥ 65 .

In età pediatrica il 34%(198) si riscontra nel 1° anno e il 44%(254) nella classe 1-4 anni.

Var.% 1994/1997-2002/2005: +60% (698;3/100mila vs 1126; 4,9/100mila) con significatività ($p<0,05$).

Differenze significative ($p<0,05$) si riscontrano per l'età 0-14: +38% (157; 0,7/100mila vs 221;0,9/100mila); per la classe 25-64 anni: +50%: (316;1,4/100mila vs 473;2/100mila) e per la fascia ≥ 65 : +108% (187; 0,8/100mila vs 388;1,7/100mila).

Per le classi di età pediatrica e 15-24 anni le variazioni non sono significative.

Meningite da Haemophilus influenzae

Le notifiche sono 844, 80% (672) in età pediatrica: 42% (286) nel 1° anno e 50% (340) tra 1 e 4 anni.

Il trend è in diminuzione: -71% (431;1,85/100mila vs 122;0,5/100mila) ($p<0,05$).

Differenze significative ($p<0,05$) si riscontrano per l'età 0-14: -85% (da 392;1,7/100mila a 45;0,4/100mila); per la classe 25-64: +122% (19;0,09/100mila vs 44; 0,2/100mila) e per la fascia ≥ 65 : +125% (9;0,04/100mila vs 20;0,09/100mila)

Per le classi di età pediatrica e 15-24 anni le variazioni non sono significative.

Meningite da Neisseria meningitidis

Le notifiche sono 2.759: il 47% (1314) in età pediatrica; il 21% (587) nella classe 15-24; il 25% (682) in età 25-64; il 5,7% (156) nella fascia ≥ 65 .

In età pediatrica, il 23% (305) è censito nel 1° anno e il 41% (547) nella classe 1-4 anni.

Var.%: +64%(715;3.1/100mila vs 1.161;5/100mila) ($p<0,05$).

Differenze significative ($p<0,05$) si riscontrano per l'età 0-14: +53% (356;1,57/100mila vs 544;2,4/100mila); per la classe 25-64: +106% (147;0,6/100mila vs 306;1.3/100mila) e ≥ 65 : +44%(40;0,18/100mila vs 58;0,26/100mila).

Per le classi di età pediatrica e 15-24 le variazioni non sono significative

Conclusioni

Il trend è in crescita per le meningiti da pneumococco e meningococco nel complesso e nelle classi 0-14, 15-64 e ≥ 65 anni, con differenze significative: il trend è in diminuzione per la meningite da Haemophilus influenzae nel complesso e in età 0-14 anni, in aumento nelle fasce 25-64 e ≥ 65 , con differenze significative.

MORTALITÀ PER TIPOLOGIA DI TUMORE IN ETÀ PEDIATRICA E NELLA CLASSE 15-24 ANNI. AZIENDA ULSS 6 VICENZA. 1994-2007

CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI

Marisa Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Premessa

Nei Paesi occidentali i tumori rappresentano, in età pediatrica, la prima causa di morte dopo il 1° anno di vita e, nella classe 15-19, la seconda dopo le morti violente.

I Registri tumori rilevano la mortalità, riferita al 33% della popolazione italiana.

Nel periodo 1998-2002 il tasso std medio di mortalità per il *complesso dei tumori* in età pediatrica è pari a 38/milione, per *leucemie* a 12,3/ milione e per *tumori dell'encefalo* a 8,4/milione (Airtum,2008).

Obiettivi

Valutare le differenze significative di mortalità per tipologia di tumore in età pediatrica e nella classe 15-24, nel confronto Ulss-media nazionale.

Metodi

La popolazione oggetto dello studio è costituita dai residenti nei Comuni dell'Ulss.

Le cause di decesso sono codificate secondo ICD-9 (cod.140-239). Per l'analisi si sono utilizzati i dati aziendali nelle classi di età pediatrica (0,0-4,5-9,10-14,0-14) e nelle fasce 15-19, 20-24 e 15-24 anni, nel periodo 1994-2007.

Si sono calcolati i tassi grezzi e standardizzati/milione nell'Ulss (1994-2007) e in Italia (2002), per tipologia di tumore e classi di età.

Per valutare eventuali eccessi di mortalità nel confronto Ulss- Italia sono stati calcolati gli SMR con il metodo indiretto, l'IC95% secondo la distribuzione di Poisson e la significatività delle differenze con il test Chi-quadro ($p=0,05$) per una numerosità di decessi inferiore a 100.

Popolazione media Ulss. 0-14 anni : 39.050; 15-24 anni : 34.346.

Risultati

Classe 0-14 anni

Nell'Ulss nel periodo 1994-2007 sono deceduti per tumore 21 bambini (t.std medio 35/milione); nessun caso è censito nel 1° anno di vita.

La prima causa è *tumori dell'encefalo* (6 casi; 10,8/milione), seguono *tumori del tessuto linfoemopoietico* (5; 8,7/milione) e *tumori delle ghiandole endocrine* (3; 5/milione)

Gli eccessi riscontrati nell'Ulss rispetto alla media nazionale per *tumori dell'encefalo* (10,8/milione vs 8,5/milione), SMR 1.17, IC95% 0.4-2.5 e per *tumori delle ghiandole surrenali* (5/milione vs 3,3/milione) SMR 1.5, IC 95%, 0.3-4.4 non sono statisticamente significativi.

Inferiore, con differenze non significative, è la *mortalità complessiva per tumore* (35/milione vs 44,2/milione), SMR 0,79, IC95% 0.4-1.1 e per tumori del *tessuto linfoematopoietico* (8,7milione vs 11,4/milione) SMR 0,73, IC 95% 0.2-1.7.

Classe 15-24 anni

Sono deceduti nel periodo 24 giovani (t.std medio 49/milione: 33/milione nella fascia 20-24 e 15,6/milione in età 15-19 anni).

Il 50% (12/24) dei decessi è da riferire a *tumori del tessuto linfoematopoietico* (25/milione) e il 20% (5/24) a *tumori dell'encefalo* (9,8/milione).

Gli eccessi di mortalità nell'Ulss per *tumori dell'encefalo* (9,8/milione vs 5,4/milione) SMR 1.93; IC95% 0.6-4.5, non sono significativi.

L'analisi per le altre tipologie di tumore non evidenziano differenze significative rispetto ai valori di riferimento.

Conclusioni

Non si notano differenze statisticamente significative di mortalità nel confronto Ulss-Italia per tipologia di tumore, nelle classi 0-14 e 15-24 anni.

TASSI DI MORTALITA' PER CLASSI DI PESO NEL PRIMO ANNO DI VITA PER ETÀ AL DECESSO, PER COORTI DI NASCITA NEL VENETO. VARIAZIONI % 1987-1994.

Marisa Pacchin

Ufficio di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Obiettivi

Analizzare le variazioni % 1987-1994 dei tassi di mortalità peso-specifici nel 1° anno di vita, per età al decesso per coorti di nascita, e fornire una base dati per attivare un monitoraggio.

Metodologia

Lo studio in parte si è avvalso della collaborazione con la Facoltà di Scienze Statistiche, Università di Padova, (stage presso l'Ufficio di Valutazione Epidemiologica per una tesi di laurea).

I tassi di mortalità sono calcolati per coorti di nascita: decessi nel 1° anno di vita, nello stesso anno di calendario o in quello successivo, per mille nati. I dati sono stati forniti dal Servizio Statistico Regionale (1994, ultimo anno disponibile per coorti di nascita).

Sono calcolati, per il 1987 e 1994, i tassi peso-specifici di natimortalità (nati morti/totale nati x1.000); mortalità perinatale (nati morti+morti entro 7 gg/totale nati x1.000); mortalità neonatale precoce (morti nella prima settimana/nati vivi x1.000); mortalità neonatale tardiva (morti tra 7 e 29 gg/nati x1.000); mortalità neonatale (morti nel 1° mese/nati x1.000); mortalità post-neonatale (morti tra 1 e 11 mesi/nati x1.000); mortalità infantile (morti nel 1° anno/nati x1.000).

Sono calcolate le variazioni % 1987-1994 dei tassi di mortalità peso-specifici per i nati di peso molto basso (<1500g), di basso peso (<2.500g), e per il totale nati nel 1° anno di vita, per età al decesso, e la significatività delle differenze con il test Chi-quadro (p=0,05).

N° nati vivi per classi di peso, 1987 e 1994:

<500g(8vs7); 500-999g (77vs104); 1.000-1.499g (158vs195); <1.500g (243vs306); 1.500-1.999g (361vs402); 2.000-2.499g (1192vs1309); <2.500g (1796vs2017); ≥ 2.500g (33.925vs35.556); totale nati: 35.721 vs 37.573.

Risultati

Nel 1987 i nati <1.500g sono 0,7% (243/35.721) del totale, 0,8% nel 1994 (306/37.573).

I nati <2.500g sono il 5% nel 1987 (1.796/35.721) e 1994 (2.017/37.573).

Tassi di mortalità per classi di peso

Natimortalità. Dal 1987 al 1994 il tasso è diminuito del 37,5% (202; 5,6‰vs132; 3,4‰) con differenze significative (p<0,05).

Mortalità perinatale. Si rileva un decremento del 38% (347; 9,7‰vs225;6‰): -30,4% (467‰vs325‰) per i nati <1.500g; -37% (126‰vs79‰) per i nati <2.500g; (p<0,05).

Mortalità nel 1° giorno di vita. Diminuisce del 42,7% (88; 2,5‰vs53; 1,4‰): -51% (52; 214‰vs32;104‰) per i nati <1.500g; -49% (68; 38‰vs39;19‰) per i nati <2.500g; (p<0,05).

Mortalità tra 1 e 6 gg di vita. Cala del 40% (66; 1,8‰vs42;1,1‰): -37% (47;26‰vs33;16,4‰) per i nati <2.500g; (p<0,05).

Mortalità neonatale precoce. Diminuisce del 39% (146; 4‰vs94; 2,5‰): -40% (82;337‰vs62;202‰) per i nati <1.500g, - 44% (115; 64‰vs72; 35,7‰) per i nati <2.500g; (p<0,05).

Mortalità neonatale tardiva. Decremento per tutte le classi di peso con differenze non significative.

Mortalità neonatale. Diminuisce del 36,4% (181; 5,1‰vs121; 3,2‰): - 40% (96; 395‰vs73;238‰) per i nati <1.500g; - 41% (136; 75‰ vs89;44‰) per i nati <2.500g; (p<0,05).

Mortalità post-neonatale. Non si rilevano variazioni significative.

Mortalità infantile. Diminuisce del 32% (239; 6,7‰vs170; 4,5‰): -34% (100; 411‰vs83;271‰) per i nati <1.500g; -34% (154; 85,7‰vs113;56‰) per i nati <2.500g; (p<0,05).

Conclusioni

Si nota un decremento significativo dei tassi di mortalità perinatale, neonatale precoce, neonatale e infantile per le classi di peso analizzate.

I nati di peso molto basso presentano una riduzione del 50% del tasso di mortalità nel 1° giorno di vita, del 40% nella 1^ settimana e nel 1° mese, e del 34% nel 1° anno.

Nel 1987 (110/239) e nel 1994 (84/170) i decessi dei nati di peso<1.500g incidono per quasi il 50% sul totale dei morti nel 1° anno.

Osservatorio del Rischio Cardiovascolare: Primi Risultati

Luigi Palmieri¹, Rita Rielli², Luca Demattè², Chiara Donfrancesco¹, Giampaolo La Terza³, Patrizia De Sanctis Caiola¹, Francesco Dima¹, Cinzia Lo Noce¹, Anna Maria Giannelli¹, Ovidio Brignoli⁴, Alfredo Cuffari⁵, Marisa De Rosa², Antonio Addis⁶ e Simona Giampaoli¹

¹ *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

² *CINECA Consorzio Interuniversitario, Bologna*

³ *Medisoft Sistemi Informatici, Roma*

⁴ *Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Firenze*

⁵ *Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale (SNAMID), Milano*

⁶ *Agenzia Italiana del Farmaco, Roma*

Introduzione: Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 ha incluso fra gli obiettivi la valutazione del rischio cardiovascolare (RC) della popolazione italiana di età 35-69 anni utilizzando il punteggio individuale del Progetto CUORE. Per la realizzazione di questo obiettivo nel 2003 è stato lanciato dal Ministero della Salute il Piano Nazionale di Formazione per i Medici di Medicina Generale (MMG), che, oltre ai corsi residenziali, comprendeva una fase di autoformazione con la raccolta di dati sui propri assistiti su fattori di rischio, valutazione ed invio del rischio cardiovascolare, contribuendo così all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare del Progetto CUORE.

Metodi: Il software cuore.exe, scaricabile gratuitamente dal sito web del Progetto CUORE (www.cuore.iss.it), è lo strumento per la raccolta dei dati da parte dei MMG. L'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare fornisce la piattaforma per analizzare i dati raccolti e per confrontare i risultati a livello regionale e nazionale.

Risultati: Da gennaio 2007 a novembre 2008, 2.858 MMG hanno scaricato il programma 'cuore.exe'. 76.901 valutazioni del rischio cardiovascolare, basate sul profilo dei fattori di rischio di 72.054 persone, sono state inviate all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare (1.933 persone avevano più di una valutazione del rischio). Il livello medio del RC era 3.1% nelle donne e 8.6% negli uomini; 29% degli uomini e 64% delle donne erano a basso rischio ($RC < 3\%$), 10% degli uomini e 0.4% delle donne sono state trovate ad alto rischio ($RC \geq 20\%$). Tra le persone con almeno due valutazioni del rischio, l'8% si è spostato verso una classe di rischio più bassa dopo un anno. Il livello medio della pressione arteriosa sistolica e diastolica è diminuito di circa l'1% in un anno; il colesterolo totale più del 2%, e la prevalenza di fumatori è diminuita di circa il 3% alla seconda valutazione del rischio.

Conclusioni: Questi dati dimostrano che la valutazione del rischio cardiovascolare può essere adottata per implementare le azioni individuali rivolte alla prevenzione. L'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare può diventare un utile strumento di appoggio alla sorveglianza delle malattie cardio-cerebrovascolari e uno strumento lavorativo quotidiano dei MMG da applicare nella pratica clinica.

Linea guida di sanità pubblica per la prevenzione degli incidenti stradali: framework concettuale per la selezione degli interventi

Pelone F*, de Belvis AG*, Baldasseroni A**, Faggiano F****, Mauro S*, Avolio M*, De Micco F*, Biasco A*, Ricciardi W*

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

**CeRIMP - Centro Reg.Infortuni e Malattie Professionali, Regione Toscana

*** ARS Toscana

*** Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università "Avogadro" del Piemonte Orientale

Introduzione:

Su mandato del CCM, ed in collaborazione con l'ARS-Toscana e l'Università "Avogadro" del Piemonte Orientale, l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore sta sviluppando dal 2008 una Linea-guida di Sanità Pubblica per la prevenzione degli incidenti stradali.

Obiettivo del presente abstract è descrivere l'approccio concettuale e la metodologia che ha portato all'identificazione degli interventi a cui dar risposta attraverso l'elaborazione della Linea-Guida.

Metodi:

In accordo agli approcci metodologici maggiormente accreditati in letteratura internazionale (Cochrane, Regno Unito, Svezia, USA)¹⁻⁵: 1) è stata condotta una revisione preliminare di letteratura estesa a molteplici banche dati bibliografiche di letteratura scientifica (biomediche, trasporti e letteratura "grigia"); 2) è stato schematizzato un modello concettuale (logico) raffigurante le relazioni che intercorrono tra gli interventi di prevenzione, i determinanti dell'accidentalità stradale correggibili da tali interventi e gli esiti di salute intermedi e finali; 3) in ultimo, sono stati elaborati i framework analitici che illustrano i legami logici che le prove d'efficacia devono supportare e definiscono i quesiti di ricerca (interventi di prevenzione, popolazione, setting, outcome intermedi e finali)

Risultati :

Attraverso l'analisi preliminare della letteratura (che ha esitato in 61 pubblicazioni rispondenti ai criteri di selezione), è stato inquadrato il framework logico, articolato in tre aree strategiche di intervento: (1) uomo e determinanti comportamentali (2), infrastrutture (i.e. ambiente fisico, strade, segnaletica..) –comprese quelle informative- (3) e veicoli, (i.e. interventi di revisione-manutenzione del parco auto circolante). Si è deciso- in base a valutazioni di tipo epidemiologico, di fattibilità pratica dal punto di vista della Sanità Pubblica- di focalizzare l'attenzione sugli interventi rientranti nella prima categoria; in particolare sono stati identificati 21 interventi corrispondenti ad altrettanti quesiti di ricerca a cui dar risposta attraverso la realizzazione della L.G.

Conclusioni

Gli interventi di promozione della salute e di prevenzione di popolazione spesso toccano molte discipline trasversalmente alla Sanità Pubblica, e revisionare sistematicamente la letteratura può rappresentare dunque un compito assai arduo. Limitare con chiarezza il target della ricerca è un passaggio di imprescindibile importanza, utilizzando un approccio simile al CDC: in questo modo sono state distinte due fondamentali strategie di prevenzione dell'incidentalità e della mortalità dovuta alla sicurezza stradale: la prima rivolta all'individuazione dei soggetti a rischio e alla modificazione dei principali fattori di rischio, l'altra volta all'azione sui determinanti riconducibili tra le variabili comportamentali.

Bibliografia

1. Jackson N, Waters E, Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions Taskforce. Guidelines for Systematic reviews of health promotion and public health interventions. Version 1.2. Deakin University: Australia. 2005
 2. Jackson N, Cochrane Health Promotion and Public Health Field, Victorian Health Promotion Foundation. Health Promotion and Public Health Systematic Review Handbook. Deakin University: Australia. 2004
 3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Methods for development of NICE public health guidance. 2006
 4. Hedin A, and Kallestål C. Knowledge based public health work. Part 2: Handbook for compilation of reviews on interventions in the field of public health. National Institute of Public Health. 2004
- Zaza S, Carande-Kulis VG, Sleet DA, Sosin DM, Elder RW, Shults RA, Dinh-Zarr TB, Nichols JL, Thompson RS; Task Force on Community Preventive Services. Methods for conducting systematic reviews of the evidence of effectiveness and economic efficiency of interventions to reduce injuries to motor vehicle occupants. Am J Prev Med. 2001 Nov;21(4 Suppl):23-30.

La Valutazione di un intervento di prevenzione delle malattie cardiovascolari

Laura Peracca*, Ilaria Basetti Sani *, Maurizio Filice**, Alessandro Barchielli***,

* *Laboratorio Stili di Vita*, ** *S.C. Cardiologia P.O. Nuovo S.Giovanni di Dio* , *** *S.S Epidemiologia - Azienda Sanitaria di Firenze*

Introduzione

La valutazione inerente ogni progettazione è essenziale ai fini della comprensione dell'efficacia di un intervento e della sua riproducibilità, nonché per restituire una opportuna informazione ai committenti.

Nel mese di marzo 2009 è stata realizzata a Firenze una manifestazione di due giornate denominata "Riguardiamoci il cuore," promossa dalla Società della Salute di Firenze, allo scopo di informare la popolazione sui fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e sulle modalità per ridurli. La manifestazione si è svolta nei locali dell'Istituto Innocenti di Firenze, dove i cittadini che hanno partecipato sono stati introdotti, da personale sanitario e del volontariato, in un percorso guidato informativo e di valutazione, anche attraverso test diagnostici, del proprio rischio cardiovascolare. La manifestazione ha coinvolto circa 1000 cittadini di diverse fasce di età.

Metodi

Il programma di prevenzione ha previsto una Indagine di valutazione degli effetti che l'intervento ha avuto nei cittadini partecipanti attraverso *due fasi*:

-*la prima fase* realizzata alla conclusione della manifestazione, è stata condotta mediante la presentazione di un questionario anonimo autosomministrato ai partecipanti , riguardante l'utilità percepita, quali nuove informazioni apprese, il gradimento. -*la seconda fase*, a distanza di un mese dalla manifestazione, sarà condotta mediante intervista telefonica ad un campione di soggetti individuati a rischio medio di malattie cardiovascolari, riguardante le azioni di prevenzione effettivamente realizzate dagli intervistati, in seguito alle informazioni ricevute dai sanitari alla manifestazione.

Riguardo alla valutazione di processo, è stato realizzato uno studio di osservazione del comportamento dei partecipanti all'interno della manifestazione. Lo studio è stato attuato da un gruppo di studenti del Corso di laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università degli Studi di Firenze.

Risultati e conclusioni

Sono stati ritirati 850 questionari compilati, le interviste saranno realizzate nel corso del mese di maggio, la valutazione di gradimento e di processo è attualmente in corso di effettuazione.

La valutazione è attualmente in corso di realizzazione

Gestione del cambiamento attraverso le revisioni sistematiche come strumenti per orientare la pratica clinica: risultati preliminari di una collaborazione tra l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi e il Centro Cochrane Italiano (CCI)

Alessandra Piatti, *Dipartimento di Sanità pubblica – microbiologia – virologia, Università degli Studi di Milano*

Valentina Pecoraro, *Centro Cochrane Italiano, Istituto Mario Negri*

Luca Germagnoli, *Direzione Scientifica IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi*

Lorenzo Moja, *Centro Cochrane Italiano, Istituto Mario Negri*

Giuseppe Banfi, *Direzione Scientifica IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi*

Introduzione

L'Istituto Ortopedico Galeazzi è un IRCCS polispecialistico di 350 posti letto, prevalentemente ortopedici. La leadership culturale dell'ente nell'ortopedia era tradizionalmente legata al prestigio accumulato nel tempo, alla presenza di scuole di specialità e a chirurghi di fama. La produzione scientifica era caratterizzata dalla pubblicazione di studi quasi-sperimentali (serie di casi), e in misura ridotta, da studi controllati. Oggi questo modello è messo in discussione, perché sempre di più le scelte clinico terapeutiche necessitano di essere supportate da solide prove scientifiche ottenute attraverso sperimentazioni rigorose.

Obiettivo

Realizzare un programma che preveda la promozione e la produzione di linee-guida scientifiche attraverso la metodologia GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) e di revisioni sistematiche.

Metodi e risultati

Per facilitare l'uptake di nuove conoscenze metodologiche è stata avviata una collaborazione tra Galeazzi e CCI, affiancando quindi ai clinici figure di supporto metodologico. È stato avviato un programma di **formazione** sviluppato su rilevanti problematiche ortopediche. Infine sono stati esplorati alcuni quesiti clinici, per selezionarne due da trasformare in una revisione sistematica e una linea guida. Il percorso formativo in aula è stato caratterizzato da un'iniziale non ottimale partecipazione. Gli incontri hanno affrontato le metodologie evidence-based e la valutazione critica della letteratura scientifica per prendere decisioni al letto del paziente. L'approccio didattico favoriva la discussione tra pari e esercitazioni pratiche in piccoli gruppi. L'afflusso di partecipanti è aumentato durante le sessioni e si è concluso con la costituzione di un gruppo attivo e interessato.

Il gruppo ha poi cominciato la **stesura di una revisione sistematica** della letteratura dal titolo "Definizione dei fattori di rischio di per chirurgia riparativa delle fratture di femore: qual è il tempo d'attesa preoperatorio ottimale?" e avviato la **produzione di una linea guida** con il sistema GRADE per un uso ottimale delle sacche di sangue dopo interventi di chirurgia ortopedica maggiore.

Conclusioni

La partecipazione dei clinici ortopedici allo sviluppo di prove di efficacia dovrebbe affiancarsi stabilmente all'attività clinica, con un continuo scambio. Questo dovrebbe facilitare la diffusione di una cultura evidence-based, con ricadute positive sino ai pazienti. Questi cambiamenti sono lenti e in parte indipendenti dalle attività Galeazzi-Cochrane, appartengono cioè alla categoria delle modificazioni medico-sociali. Questa collaborazione ha l'ambizione di accelerare questi cambiamenti e aumentare il pay-back in termini di pubblicazioni, grant e leadership culturale.

Analisi sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica attraverso i dati del Registro Nazionale Malattie Rare

Daniela Pierannunzio: *Centro Nazionale Malattie Rare – Istituto Superiore di Sanità*

Nicola Vanacore: *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità*

Domenica Taruscio: *Centro Nazionale Malattie Rare – Istituto Superiore di Sanità*

Introduzione

Il Registro Nazionale Malattie Rare (RNMR) è stato istituito presso l'ISS nel 2001 in attuazione del D.M. 279/2001 che contiene anche l'elenco delle malattie rare (MR) esenti per la partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie. Il RNMR ha come obiettivo di effettuare la sorveglianza delle MR e di **supportare** la programmazione nazionale e regionale degli interventi sanitari. Il RNMR mira infatti a ottenere informazioni epidemiologiche sulle MR: il numero di casi e la relativa distribuzione sul territorio nazionale, il ritardo diagnostico e la migrazione sanitaria dei pazienti.

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una MR neurologica rapidamente letale e attualmente incurabile inserita nelle MR rilevate nel RNMR.

Metodi

A marzo 2009 le Regioni che hanno attivato l'invio dei dati al RNMR sono: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento.

Per il complesso delle MR sono state segnalate 26.681 schede di cui 1.183 segnalazioni di SLA relative a 1.172 pazienti (11 segnalazioni doppie dello stesso paziente da due presidi diversi). La SLA è seconda MR maggiormente segnalata al RNMR dopo i difetti ereditari della coagulazione.

Risultati

I dati relativi ai casi di SLA evidenziano una leggera predominanza di maschi (rapporto M/F 1.28) e un'età media alla diagnosi di 63.3 anni (range da 17 a 89 anni).

Il 9.7% dei pazienti viene segnalato da un presidio di una regione diversa dalla regione di residenza (con un range di variazione tra 0 e 15.6%); il 15.6% dei pazienti ha ottenuto la prima diagnosi di SLA da un presidio di una regione diversa dalla regione di residenza.

Il ritardo diagnostico medio tra l'esordio dei primi sintomi e la diagnosi di SLA è di circa 433 giorni (con un range regionale da 222 a 563 giorni).

Considerando i casi diagnosticati dal 2006 al 2008 e la popolazione residente relativamente alle regioni che inviano i dati, è stata stimata l'incidenza della SLA che è risultata pari a 0.65 casi per 100.000.

Nel RNMR sono presenti anche 19 segnalazioni di Sclerosi Laterale Primaria.

Conclusioni

Il RNMR non essendo ancora a copertura totale sottostima l'incidenza della SLA che la letteratura scientifica riporta essere intorno a 2-3 casi per 100.000.

Per quanto riguarda invece gli altri indicatori epidemiologici (età media alla diagnosi, rapporto M/F, ritardo diagnostico medio, ecc.), i risultati sono in linea con quanto pubblicato da studi ad hoc sia nazionali sia internazionali.

STUDIO SULL'EFFICACIA DELLA DIAGNOSI PRENATALE MEDIANTE IL REGISTRO DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE

Anna Pierini*, Fabrizio Minichilli*, Francesca Strigini^o e Fabrizio Bianchi*

* *Sezione di Epidemiologia, Istituto di Fisiologia Clinica-CNR, Pisa*

^o *Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Università di Pisa*

Introduzione

Negli ultimi 20 anni si sono registrati evidenti miglioramenti di efficacia dello screening ecografico per la identificazione delle anomalie fetali, associati al tipo di difetto congenito, all'età gestazionale al momento dell'esame, alla competenza dell'ecografista e alla qualità dello strumento utilizzato.

E' stato effettuato uno studio per valutare se e quanto nel corso degli anni di attività del Registro Toscano Difetti Congeniti (RTDC) si è verificata un'anticipazione dell'età gestazionale (EG) alla diagnosi per alcuni specifici difetti congeniti. Questo indicatore è ritenuto rilevante per la ottimizzazione delle prestazioni del servizio sanitario regionale.

Metodi

Sono stati analizzati i dati del RTDC relativi ai casi con difetto congenito isolato diagnosticato in epoca prenatale, alla nascita ed entro il primo anno di vita, su 396.237 nati (vivi e morti) sorvegliati nel periodo 1992-2006. L'analisi è stata effettuata su tre quinquenni (1992-1996, 1997-2001, 2002-2006). I difetti che sono stati selezionati tra quelli che risultano diagnosticabili ecograficamente in periodo prenatale sono: anencefalia, spina bifida, encefalocele, oloprosencefalia, onfalocele, gastroschisi, agenesia renale bilaterale, trasposizione dei grossi vasi, tetralogia di Fallot, cuore sinistro ipoplasico, canale atrio-ventricolare, ventricolo unico. L'efficienza diagnostica è stata valutata confrontando le differenze tra le medie (DM) dell'età gestazionale alla diagnosi prenatale per ciascun periodo di tempo. Per testare queste differenze sono stati utilizzati l'ANOVA univariata, il test di Bonferroni e la regressione lineare.

Risultati

Per tutti i DC è emersa un'anticipazione dell'EG media alla diagnosi.

Per anencefalia, spina bifida, oloprosencefalia e cuore sinistro ipoplasico sono risultate DM per l'EG alla diagnosi statisticamente significative tra il terzo ed il primo periodo (rispettivamente DM=-2,91 p=0,014; DM=-3,62 p=0,010; DM=-10,75 p=0,031; DM=-8,3 p=0,001); inoltre è emersa una DM alla diagnosi prima e dopo l'anno 2001 per il ventricolo unico, pur se ai limiti della significatività statistica (DM=-6,60 p=0,084).

Nei tre periodi è stata osservata una diminuzione media di 1,46 settimane (p=0,06), 1,81 settimane (p=0,012) e 4,15 settimane (p=0,16), rispettivamente per anencefalia, spina bifida e cuore sinistro ipoplasico.

Conclusioni

Per tutti i difetti considerati è emersa un'EG alla diagnosi più precoce, anche se non sempre statisticamente significativa. I risultati conseguiti in questo studio consentono di affermare che la sorveglianza temporale del periodo di scoperta del difetto congenito potrebbe essere utilizzato come indicatore di *performance* e permettere una adeguata promozione dell'offerta di diagnosi prenatale a fini di prevenzione secondaria.

IL REGISTRO TOSCANO DELLE MALATTIE RARE

Federica Pieroni, Anna Pierini, Fabrizio Bianchi

Sezione di Epidemiologia, Istituto di Fisiologia Clinica-CNR, Pisa

Introduzione

Nel PSR 2008-2010 la Regione Toscana (RT) ha rinnovato il suo impegno sulle Malattie Rare (MR) per garantire una maggiore qualità nei servizi erogati e nella diffusione delle informazioni.

Il progetto regionale si è sviluppato in collaborazione con il Forum delle Associazioni dei pazienti, adottando i seguenti interventi:

- a) definizione della rete regionale dei presidi dedicati alla diagnosi e cura delle MR;
- b) individuazione delle strutture di coordinamento;
- c) istituzione del Registro Toscano Malattie Rare (RTMR), gestito dalla Fondazione CNR-RT “Gabriele Monasterio”;
- d) istituzione di un sito pubblico www.rtmr.it, per l'estrapolazione dei dati inseriti nel RTMR per le MR selezionate;
- e) approvazione di un elenco di nuove patologie per l'esenzione dalla partecipazione al costo non incluse nel DM 279/2001
- f) aggiornamento della rete dei presidi per i quali si individuano i ruoli di diagnosi, certificazione, follow-up, ecc.

Metodi

L'accesso via web al registro è riservato a tutti i medici professionisti che ne facciano richiesta, previa autorizzazione dei coordinatori di riferimento e dei direttori sanitari.

Il Registro ad oggi è stato alimentato da 115 medici operanti nei presidi della rete presso i quali vengono erogate prestazioni sanitarie diagnostico-terapeutiche per pazienti affetti dalle 331 MR previste dal DM 279/2001.

I dati convalidati sono stati inviati al Registro Nazionale Malattie Rare presso l'ISS.

Risultati

Al 28 febbraio 2009 risultano 14.156 casi di cui il 30% residente fuori regione.

I gruppi di MR più frequenti sono “sistema nervoso e organi di senso” (30,5%), “malformazioni congenite” (22,0%), “malattie endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari” (18,5%), “malattie del sangue e degli organi ematopoietici” (8,8%).

Complessivamente sono state segnalate 273 diverse MR; tra le 50 condizioni più frequenti, 12 sono risultate omogeneamente distribuite tra le aree vaste toscane e per queste vengono fornite stime di prevalenza regionale sulla popolazione residente all'01/01/2007.

A livello nazionale i dati toscani rappresentano la componente numericamente più elevata con 9.331 casi validati.

Conclusioni

La rilevante dimensione del fenomeno MR e il forte impatto sul sistema sanitario richiedono il rafforzamento della collaborazione con le Associazioni dei pazienti, il completamento della rete dei presidi dedicati alla diagnosi/cura e delle strutture di Coordinamento, oltre ad una maggiore diffusione di conoscenze ai medici e ai cittadini. Si conferma il ruolo del Registro quale strumento fondamentale per la valutazione dell'efficacia delle prestazioni e dell'efficienza dei servizi, e per la definizione dei percorsi diagnostico-assistenziali per i pazienti.

Perchè non funziona? L'importanza di valutare gli interventi di promozione del benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio

Laura Pomicino

I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo", Trieste

Introduzione: La nascita di un figlio rappresenta un momento molto particolare nella vita di un individuo e all'interno della coppia genitoriale. Possono emergere problematiche di varia natura e di entità più o meno grave. Il 10-15 % delle neomadri soffre di Depressione Post-Partum (DPP), disturbo che recenti ricerche dimostrano interessare anche i neopadri (10%). I "costi" che ne derivano aumentano se si considerano, accanto al malessere del singolo, anche le ricadute che tale situazione può generare sul bambino. Gli interventi finora condotti hanno dato esiti non chiari e talvolta discordanti. Hanno interessato però solo le madri, malgrado fra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di DPP vi siano l'assenza di un adeguato supporto per la donna e una cattiva relazione di coppia.

Metodi: Abbiamo condotto uno studio sperimentale per valutare l'efficacia e la praticabilità di un intervento di supporto diretto ai padri per promuovere il loro benessere e quello delle proprie partners. Sono state contattate tutte le coppie che si sono rivolte per il parto al Reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" di Trieste e sono stati creati due gruppi, gruppo sperimentale (GS) e gruppo di controllo (GC). A tutti i partecipanti è stato fatto compilare un questionario anonimo. Ai padri del GS è stato consegnato un opuscolo informativo volto a promuovere la condivisione del lavoro di cura e il supporto alla partner dopo la nascita del bambino. Avevano inoltre a loro disposizione un numero telefonico da contattare in caso di bisogno. In ogni caso, ciascun padre sarebbe stato contattato per verificare l'andamento della situazione e offrire supporto. 6 mesi dopo il parto, tutti i partecipanti sono stati contattati ed è stato loro somministrato un questionario telefonico. In entrambi i casi è stata usata l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) per rilevare la presenza di DPP.

Risultati: Tutti padri (eccetto 26) sono stati contattati telefonicamente. Hanno accettato positivamente l'intervento telefonico anche se pochi lo hanno richiesto spontaneamente. I padri dei due gruppi non mostrano differenze significative nel punteggio dell'EPDS nel dopo parto, mentre le madri del GS, che presentavano un punteggio più alto al momento della prima rilevazione, risultano "meno depresse" al secondo questionario e riportano di aver sofferto meno spesso di ansia o tristezza nel postpartum rispetto alle madri del GC.

Conclusioni: Malgrado le difficoltà incontrate nel coinvolgere i padri al progetto, la direzione innovative intrapresa potrebbe rappresentare un valido supporto ai programmi finora realizzati.

STUDIO SULLO STATO DI SALUTE IN UN'AREA CON RISCHI AMBIENTALI PER DEFINIRE INTERVENTI DI SANITA' PUBBLICA

Anna Maria Romanelli, Michele Amadori, Simone Bartolacci*, Liliana Cori, Silvia Mariani[^], Fabrizio Minichilli, Maria Angela Protti, Patrizia Salvadori[^], Giorgia Tacconi[^], Maria Angela Vigotti[°], Fabrizio Bianchi

CNR, IFC, Sezione Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari, Pisa

**Agenzia Regionale della Sanità, ARS, Firenze*

[^]ASL5, Società della Salute "Alta Val di Cecina", Volterra

[°]Università di Pisa – Dip. Scienze Uomo e Ambiente

Introduzione

La Società della Salute "Alta Val di Cecina", in collaborazione con IFC-CNR ed ARS Toscana, ha promosso uno *Studio di approfondimento sullo Stato di Salute nei Comuni dell'Alta Val di Cecina (AVC)*, finanziato dalla Cassa di Risparmio di Volterra, in quanto:

- uno studio preliminare sull'AVC aveva evidenziato tra tutte le cause di morte certificate nel periodo 1970-2004, alcuni eccessi o andamenti in controtendenza rispetto alla mortalità regionale;
- l'area presenta un sottosuolo geologicamente attivo, industrie chimiche, di produzione di energia, estrattive, documentate contaminazioni di acqua e suolo e metalli pesanti.

I quattro comuni dell'AVC sono localizzati nella parte meridionale della provincia di Pisa, e contano circa 20.000 residenti.

Obiettivi

Verifica di risultati preliminari mediante approfondimento dello stato di salute delle popolazioni residenti, identificazione di sub-aree comunali ed elementi critici su cui intervenire per promuovere azioni di sanità pubblica.

Materiali e metodi

La mortalità dal 1980 al 2006, negli intervalli 1980-89, 1990-99 e 2000-06 (1980-1994, fonte Istat, 1995-2006, fonte Registro Regionale di Mortalità della Toscana).

Le schede di dimissione ospedaliera 1998-2006, negli intervalli 1998-2000, 2001-2003, 2004-2006.

E' stato costruito un sistema epidemiologico integrato (SEI) di fonti sanitarie e fonti anagrafiche. Gli archivi utilizzati sono stati allineati con procedure di record linkage, sia automatiche sia manuali, con le anagrafi comunali; ogni evento sanitario è stato assegnato alla propria sezione di censimento.

Gli indicatori di salute (mortalità e ospedalizzazione) sono stati espressi in TSDM e TSDH (riferimento Europa), SMR e SHR (riferimento Toscana). Sono state esaminate 60 cause per ciascun genere.

E' stata effettuata una indagine campionaria qualitativa, mediante intervista con questionario, mirata alla comprensione di conoscenze, consapevolezza e percezione del rischio di persone selezionate tra amministratori, tecnici, rappresentanti di ONG locali.

Risultati

L'analisi dei dati elaborati ha evidenziato eccessi di mortalità e di ospedalizzazione per alcune patologie per le quali in letteratura risultano associazioni a: - esposizioni ambientali (tumori del sistema linfopoietico, mieloma, leucemie, m.del motoneurone, morbo di Parkinson), - scorrette abitudini alimentari (tumori colon e esofago, m.digerente), - esposizioni professionali (MPCO, pneumoconiosi).

La consapevolezza dei problemi ambientali è risultata elevata con diverse valutazioni sulle conseguenze: le ONG manifestavano poca fiducia rispetto alle amministrazioni, le relazioni con i media erano generalmente buone.

Per alcune patologie sono emerse differenze tra comuni che meritano approfondimenti.

Sono in corso analisi per sezione di censimento e di correlazione con valutazioni di esposizione ambientale (dati ARPA e ENEL) per decidere interventi di prevenzione e promozione della salute.

Primi risultati e prospettive dell'epidemiologia nell'ASL VC di Vercelli negli anni 2006-2008

Christian Salerno (1), Gabriele Bagnasco(2), Anna Maria Trovato (3), Massimiliano Panella(4) Mario Comelli(5)

Dipartimento di Prevenzione ASL VC (1)

Dirigente Medico Servizio Igiene ASL VC(2)

Dirigente Medico S.pre.s.a.l (3)

Facoltà di Medicina e Chirurgia di Novara-Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale (4)

Università degli Studi di Pavia Dipartimento di Scienze e Statistiche Applicate (5)

Introduzione

Da diversi anni a questa parte nella classe medica era diffusa l'opinione che nella popolazione vercellese si verificasse una forte incidenza di neoplasie; altrettanto accadeva nell'opinione pubblica, cosicché periodicamente il problema diventava oggetto di prese di posizione che non erano mai sufficientemente suffragate da dati scientifici e gli interrogativi non riuscivano mai a trovare un' adeguata risposta dal punto di vista scientifico. Dinanzi a tale situazione di sospetto dell'esistenza di un rischio relativo positivo riguardante patologie così significative e contemporaneamente di incertezza sulla completezza ed attendibilità dei dati è stato necessario attivare una serie di indagini epidemiologiche in maniera da mettere a disposizione dei sanitari dati aggiornati e completi sull'attuale situazione epidemiologica ed anche, a latere, di rimuovere gli eccessi di emotività che su questo tema talvolta disturbano una serena riflessione tecnica.

Materiali e Metodi

Grazie all'appoggio e sensibilità di diversi enti per competenza scientifica (Università di Novara con Dip. di Medicina clinica e sperimentale, Dip.Scienze statistiche applicate dell'Univ.di Pavia, Dip. di Prevenzione dell'ASL VC) e disponibilità economica (FCR di Vercelli) si è potuto iniziare a creare un gruppo di ricerca in campo epidemiologico che ha impegnato le sue forze nella raccolta ed (eventuale) informatizzazione dei seguenti dati:

1. Schede di decesso ISTAT dell'ASL VC a partire dal 2000 con relativa codifica
2. Schede SDO dell'ASL VC dal 2000 al 2005 (comprehensive di Mobilità passiva intra-extra regionale più SDO appartenenti al nostro territorio provinciale ma non aziendale)
3. Referti istologici presso la SOC di anatomia patologica dell'Ospedale S.Andrea dal 1998 in avanti
4. Referti presso le anatomie patologiche dei principali istituti verso i quali è forte la migrazione dei malati vercellesi (IEO E INT)
5. Consultazione cartelle cliniche

Risultati

L'analisi delle fonti dati sopra indicate ha permesso di effettuare sia studi epidemiologici descrittivi (mortalità oncologica, mortalità generale e incidenza oncologica) che inferenziali (studi di coorte su categorie professionali a rischio).

Allo stato attuale si sono registrati eccessi sia nei decessi che nei malati per quanto riguarda i tumori colon-retto, leucemia ed encefalo. Per neoplasie a più bassa letalità si è evidenziato eccesso nei tassi d'incidenza per i tumori tiroidei (nelle donne) e melanoma. Buona parte di queste ricerche sono state accettate e/o in fase di pubblicazione su riviste specializzate.

Conclusioni

La recente creazione della Struttura di epidemiologia potrebbe permettere di impostare le premesse per un sistema di sorveglianza attiva e costante della patologia tumorale.

Gli ulteriori dati che si renderanno disponibili (elaborazione anni 2006-2007) potranno stimolare ulteriori ricerche, in diverse direzioni di interesse sia dell'ambito clinico che preventivo :

- quella della sopravvivenza, in particolare in riferimento alla tempestività qualità degli interventi diagnostici e terapeutici.
- quella relativa all'efficacia e monitoraggio dell'attività di screening.
- quella della definizione di condizioni di rischio di tipo ambientale, lavorativo, comportamentale.
- quella di studi clinici su gruppi omogenei di casi.

Aderenza e persistenza alla terapia con statine: analisi di farmacoutilizzazione a partire dai database amministrativi di 5 ASL italiane

Laura Santoni¹, Giovanni Dall'Asta¹, Aldo Spampinato¹, Edo Bottacchi², Giovanni Corso², Vincenzo Moschetta³, Eduardo Bossone⁴, Vincenzo Raiola⁴, Mariarosaria Cillo⁵, Antonio Orsini⁶, Domenica Ruffini⁶, Guido Didoni¹

¹Outcomes Research Unit - Pfizer Italia, ²AUSL Valle D'Aosta – Ospedale Regionale, ³ASL Bari, ⁴ex ASL SAI confluita in ASL SA, ⁵ex ASL SA3 confluita in ASL SA, ⁶ASL Teramo

Introduzione

I database amministrativi possono essere utilizzati per monitorare l'utilizzo dei farmaci nella pratica reale. I risultati che ne derivano sono rappresentativi di realtà territoriali circoscritte, ma l'applicazione di uno stesso modello in più realtà locali può rendere i risultati rappresentativi della realtà nazionale.

Scopo

Descrivere i pattern prescrittivi delle statine nei soggetti in prevenzione primaria o secondaria, nell'ottica di quantificare aderenza e persistenza al trattamento e produrre dati utili agli amministratori per effettuare una più consapevole programmazione sanitaria.

Metodi

Sono stati condotti 5 diversi studi di farmacoutilizzazione in 5 ASL del territorio italiano applicando la medesima metodologia e modello di analisi statistica. Sono stati selezionati dal Farmaceutico Territoriale e dalla Nosologica Ospedaliera i soggetti con almeno una prescrizione di statine nel periodo in studio o con almeno un ricovero per causa cerebro-cardiovascolare. Come chiave primaria per il record linkage è stato utilizzato il codice fiscale, successivamente sostituito con un codice progressivo per garantire il rispetto della privacy del paziente in fase di analisi. I soggetti sono stati classificati in prevenzione primaria o secondaria (assenza o presenza di un evento cerebro-cardiovascolare e/o di almeno 2 prescrizioni di farmaci antidiabetici) e stratificati in utilizzatori occasionali o non occasionali a seconda che tra la prima e l'ultima prescrizione intercorresse un periodo di tempo ≤ 28 giorni o > 28 giorni. La compressa è stata assunta come unità di trattamento. Sono stati individuati i seguenti indicatori:

- Aderenza: quantificata come MPR, rapporto tra le compresse dispensate durante il follow-up e la durata del follow-up.
- Persistenza: stimata applicando il metodo delle "Life Table" e di Kaplan-Meier.

E' stato costruito un modello di regressione lineare multipla per descrivere i predittori di aderenza al trattamento.

Risultati

Le caratteristiche demografiche dei campioni in studio risultano sostanzialmente sovrapponibili da ASL ad ASL. Gli utilizzatori occasionali variano dal 24% al 75% ed il peso % è maggiore nelle classi più giovani, nelle femmine e nella prevenzione primaria. Il valore di MPR varia dal 39% al 59% rispetto al valore ideale ed appare migliore nei maschi ed in prevenzione secondaria. Dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento la probabilità di interrompere la terapia varia dal 50% al 70% e presenta un andamento migliore nei maschi ed in prevenzione secondaria. Sesso, età, tipo di prevenzione cardiovascolare, durata del follow-up e monoterapia sono fra i maggiori predittori di aderenza al trattamento.

Conclusioni

I livelli di aderenza e di persistenza alla terapia con statine sono lontani dai valori ottimali, con conseguente mancata massimizzazione dell'efficacia terapeutica e dell'investimento sanitario.

“TOWARD A SMOKE FREE MINISTRY OF HEALTH IN ITALY”

Lorenzo Spizzichino, Daniela Galeone, Lorella Pagliari, Sonia Mele.
Italian Ministry of Health – Prevention Department

Background: In 2009 Italian Ministry of health is promoting a program that is aimed to monitor smoking habits of the employees and to offer a free smoking cessation course during working hours.

Objective: To evaluate the effects of the program and compare the results with the previous interventions in 2004 and 2005.

Methods: on February 2009 a program has been started that includes one seminar, the distribution to all Ministry's employees, of a report about health consequences of smoking and a survey (both for smokers and non-smokers employees) on smoking habits, exposure to passive smoking, cessation attempts. Smokers can also apply to a free smoking cessation course, during working hours.

Results: More than 200 employees attended the seminar on February 9th, around 1300 booklets have been distributed, survey to all employees is still ongoing (1000 questionnaires has just been gathered), more than 90 smokers applied to the cessation courses that will be performed between April and June 2009.

In the previous surveys on a single directorate on September 2004 and September 2005 there have been collected 277 and 278 questionnaires with a response rate of 89% and 91% respectively. Smokers prevalence decreased from 26% to 22%, average cigarettes smoked decreased from 14 to 11.5. Employees that smoked in their room decreased from 30% to 6.5% (In Italy the smoking ban has been enforced on January 2005). Ex-smokers and non-smokers reduced their exposure to passive smoke around 60% in their room, 70% in other rooms and 49% in other places of the building.

In the past editions 19 smokers applied for the cessation course, 16 participated, 14 completed the course. At the end of the course 9 employees stopped smoking (64%), after one year 6 are still abstinent, the others started smoking again but reduced the number of cigarettes smoked.

Conclusions: The program performed in 2004 and 2005 has been quite a success, law that bans smoking together with cessation program, free and during working hours, are useful to protect non smokers from passive smoking and to help smokers to quit. With the new program in 2009 we will able to: extend awareness about the risks of smoking to all employees; evaluate the smokers and non smokers' behaviour four years after the ban; increase the number of employees who quit smoking.

Progetto pilota sullo stato di salute orale in rapporto alla qualità della vita in anziani istituzionalizzati

Riccardo Tominz¹, Francesca Dragani¹, Paolo Rossi³, Matteo Bovenzi¹ Roberto Di Lenarda²

¹ Azienda Sanitaria Locale Triestina

² UCO Clinica Odontoiatrica e Stomatologica - Università degli Studi di Trieste

³ Cooperazione Odontoiatrica Internazionale

Introduzione. Le linee guida OMS (Kobe, 2005) identificano la salute orale in una popolazione che sta invecchiando come uno degli obiettivi prioritari degli Stati per i collegamenti emersi con lo stato di salute generale, anche al fine di controllo della spesa sanitaria. L'Azienda Sanitaria Locale Triestina, l'Università degli Studi di Trieste e la Cooperazione Odontoiatrica Internazionale hanno avviato un progetto avente l'obiettivo di analizzare lo stato di salute orale e definire le necessità di cura in una popolazione di anziani istituzionalizzati.

Materiali e Metodi. Lo stato di autosufficienza è stato valutato con l'Indice di indipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL, Indice di Katz), i disturbi cognitivi mediante il Test per la valutazione dei disturbi cognitivi (Folstein et al., 1975), lo stato di salute orale percepito mediante il Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI Atchison 1990).

Dati oggettivi di salute orale sono stati raccolti secondo la scheda Indagini sulla salute orale, metodi di base, del WHO (1997).

Risultati. La popolazione indagata constava di 452 soggetti ospiti di 5 strutture assistenziali.

Il 66% risultava parzialmente o totalmente non autosufficiente (ADL).

Per l'82% il MMT non era valutabile o raccomandava ulteriore valutazione.

Lo stato di salute orale (GOHAI) era riferito ottimo o moderato dal 6%, scarso dal 54%. Non era valutabile nel 40%.

Le visite odontoiatriche effettuate su 227 soggetti (età media 82 anni, 165 femmine) hanno evidenziato:

Patologie mucose nel 17% dei casi e due casi di neoplasie maligne del cavo orale.

Percentuale di edentuli: 59%.

I pazienti con almeno un elemento dentario nel cavo orale presentavano in media 10,3 elementi dentari, di cui 2,8 con carie non trattate (29% della popolazione totale), 2,7 con denti otturati (10%) e 15% con almeno 1 protesi parziale fissa.

Il 91% della popolazione necessitava di interventi protesici all'arcata inferiore (57% protesi totale con sostituzione dei denti residui, 19% dei casi riparazione/ribasamento di protesi esistente), il 93% necessitava di interventi protesici all'arcata superiore (53% protesi totale con sostituzione dei denti residui, 28% dei casi riparazione/ribasamento di protesi esistente).

Conclusioni. Lo stato di salute orale della popolazione esaminata è risultato scarso. L'ipotesi minimale proposta prevede interventi semestrali di igiene orale per tutti gli anziani, integrati da piccoli interventi chirurgici a domicilio (presso le RSA), con l'effettuazione di riparazioni minimali e ribasature. Il valore di attivazione del progetto è stato calcolato in 20.000 euro per il primo anno (18.000 già reperiti), più 8.000 euro l'anno per il mantenimento delle attività.

Programma per la cessazione del fumo per pazienti cardiopatici

Riccardo Tominz¹, Alessandro Vegliach¹, Rosanna Ciarfeo Purich¹, Andrea Di Lenarda², Donatella Radini², Matteo Bovenzi¹

¹ Azienda Sanitaria Locale Triestina, Dipartimento di Prevenzione

² Azienda Sanitaria Locale Triestina, Dipartimento delle Dipendenze

³ Azienda Sanitaria Locale Triestina, Centro Cardiovascolare

Introduzione.

Lo studio caso-controllo INTERHEART stima che il 30% degli attacchi cardiaci in Europa meridionale siano dovuti al fumo e che fumatori ed ex fumatori di queste regioni abbiano un rischio quasi raddoppiato di attacco cardiaco rispetto ai mai fumatori. Nel cardiopatico fumatore la cessazione è l'obiettivo principale da perseguire, ed i cardiologi hanno un'opportunità unica di intervento.

Allo scopo è stato avviato un progetto che prevede, da parte del cardiologo del Centro Cardiovascolare (CCV) dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Triestina, un counseling motivazionale e l'offerta del supporto di un secondo livello (Ambulatorio per il Tabagismo dell'ASL) con eventuale prescrizione di terapia farmacologica e/o psicoterapia.

Materiali e Metodi.

I dati sono stati ricavati mediante un questionario in parte autosomministrato ed in parte somministrato dal cardiologo all'atto della visita.

Il grado di dipendenza è stato valutato con il test HIS (Heaviness of Smoking Index), e con il test per la dipendenza psicologica; la motivazione a smettere con il test di Richmond. I soggetti che hanno accettato l'invio all'Ambulatorio per il tabagismo sono stati trattati, a seconda delle circostanze, con colloqui individuali e/o di gruppo e con terapia farmacologica (Bupropione o Vareniclina), per un periodo di circa 2 mesi.

Risultati.

Da ottobre a dicembre 2008 sono stati arruolati dal CCV 790 utenti, il 13% dei quali fumatori. L'abitudine al fumo risulta associata positivamente all'esposizione al fumo passivo (OR: 5,1; $p < 0,01$) ed al genere maschile (OR: 1,8; $p < 0,05$), negativamente all'età maggiore a 69 anni (OR: 0,3; $p < 0,01$). Nella fascia 18-34 anni la metà dell'utenza del CCV era costituita da fumatori.

Su 98 fumatori 32 (33%) hanno accettato di essere riferiti all'Ambulatorio per il tabagismo, 19 hanno iniziato il trattamento, 10 lo hanno concluso, 7 (22%) hanno mantenuto l'astinenza per un periodo di almeno 3 mesi.

Conclusioni.

Solo 1/3 dei fumatori ha accettato il riferimento all'Ambulatorio. Tale dato è in linea con l'atteso ma, considerato l'aumento del rischio di eventi cardiovascolari indotto dal tabagismo nei cardiopatici, è essenziale riproporre il percorso terapeutico di disassuefazione all'atto delle visite successive presso il CCV. La percentuale di fumatori che ha effettivamente smesso (astinenza minima = 3 mesi) è del 22%, inferiore al 40% atteso per chi è seguito da un centro specialistico. Tale dato può essere spiegato con la peculiarità della popolazione seguita e potrebbe essere migliorato qualora il cardiologo potesse egli stesso consigliare, prescrivere, dispensare terapia farmacologica, e/o vi fossero, fra il personale del CCV, "counsellors" in grado offrire il consiglio breve per la cessazione.

I risultati di PASSI sull'importanza del consiglio del medico nel cambiamento degli stili di vita degli assistiti

Trinito M.O.¹, Bertozzi N.², Baldissera S.³, Benelli E.⁴, Binkin N.³, Campostrini S.⁵, Carrozzini G.⁶, D'Argenzio A.⁷, D'Argenio P.⁸, De Mei B.³, Fateh-Moghadam P.⁹, Ferrante G.³, Fontana G.³, Menna S.⁴, Minardi V.³, Minelli G.³, Perra P.³, Possenti V.³, Vasselli S.¹⁰, Salmaso S.³

¹Dipartimento di Prevenzione, AUSL Roma C; ²Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena; ³CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ⁴Agenzia di comunicazione scientifica Zadig; ⁵Dipartimento di Statistica, Università Cà Foscari, Venezia; ⁶Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; ⁷Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta; ⁸Agenzia regionale della sanità, Regione Campania; ⁹Direzione promozione e educazione alla salute, APSS Trento; ¹⁰Direzione generale Prevenzione sanitaria Ministero della Salute

Introduzione:

la letteratura scientifica internazionale indica nel consiglio del medico un utile elemento concorrente alla decisione dell'assistito di modificare comportamenti "a rischio" per la propria salute. Il sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) indaga, fra l'altro, i consigli dati dagli operatori sanitari sui principali fattori di rischio comportamentali.

Metodi:

La sorveglianza PASSI si realizza mediante interviste telefoniche mensili ad un campione di adulti di 18-69 anni, estratto dalle liste anagrafiche con campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione viene condotta da personale delle ASL, appositamente formato, mediante un questionario standardizzato. Al 31 marzo 2008, il database conteneva 30.408 interviste complete, raccolte da 18 regioni/PA, su base regionale e/o di ASL. I risultati presentati si basano su analisi condotte sui suddetti dati pesati e sono relativi alla prevalenza del suggerimento del medico nei tentativi di cambiamento delle abitudini su fumo, attività fisica e stato ponderale in quegli intervistati che sono stati da un medico nell'ultimo anno.

Risultati:

il 61% dei fumatori intervistati riferisce di aver ricevuto nell'ultimo anno il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico; il tentativo di smettere di fumare è più frequente tra chi ha ricevuto tale consiglio (43% vs 37% p<0.001); la significatività dell'associazione fra consiglio ricevuto e tentativo di disassuefazione dal fumo si conferma anche controllando, mediante regressione logistica, per i fattori sociodemografici rilevati da PASSI (OR=1,3; I.C.95%: 1,2-1,5). La pratica dell'attività fisica nel tempo libero è più frequente tra chi è stato consigliato in tal senso rispetto a chi non ha ricevuto il consiglio (74% vs 66% p<0.001). L'associazione si conferma anche dopo analisi con regressione logistica (OR=1,4; I.C.95%: 1,3-1,5). Il 48% dei sovrappeso e l'82% degli obesi riferiscono il consiglio del medico di perdere peso; questo consiglio influenza l'attuazione della dieta (37% vs 22% p<0.001). Controllando, mediante regressione logistica, per possibili fattori confondenti sociodemografici, rimane significativa l'associazione fra aver ricevuto consiglio dal medico di dimagrire ed essere a dieta al momento dell'intervista (OR=3,7; I.C.95%: 3,4-4,2) e fra consiglio ricevuto e calo di almeno 2 Kg nell'ultimo anno (OR=1,9; I.C.95%: 1,7-2,2).

Conclusioni:

i risultati, anche se in parte potrebbero risentire di un recall bias, evidenziano l'importanza del consiglio dell'operatore sanitario nel favorire il cambiamento nei comportamenti considerati. Appaiono opportuni interventi di Sanità Pubblica che favoriscano la diffusione del sostegno del medico all'adozione di stili di vita più salubri fra i propri assistiti.