



OER

Puglia

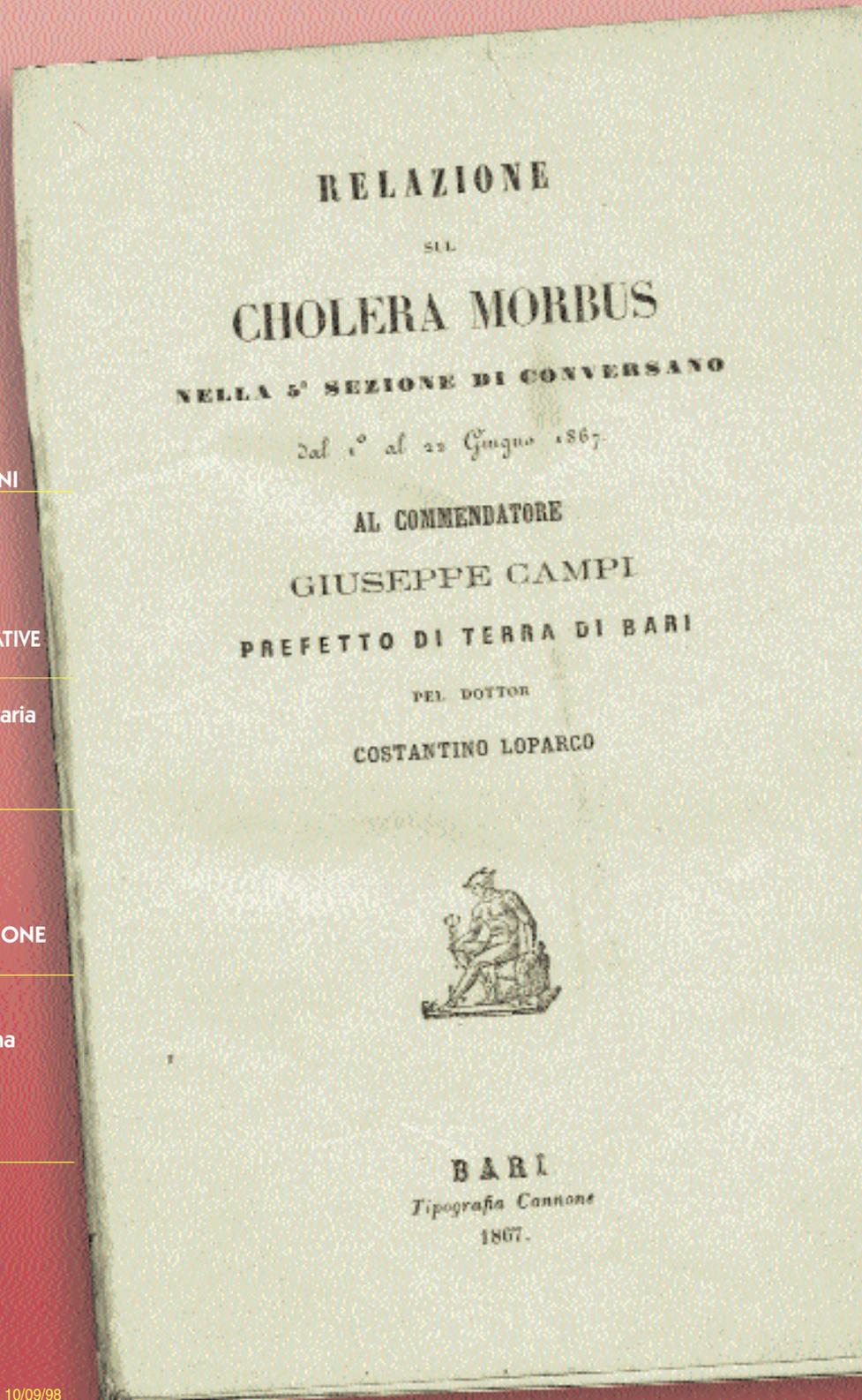


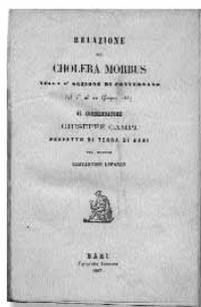
Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale

ANNO III NUMERO 4 - GIUGNO 2001

sommario

- I SEZIONE: MALATTIE INFETTIVE E VACCINI
- 2 Bollettino malattie infettive
- 6 Registro Regionale HIV
- 8 La stagione influenzale 2000/2001
- II SEZIONE: MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE E TUMORI
- 11 Il counselling nella pratica medico-sanitaria
- 16 Folari e cancro
- III SEZIONE: MALATTIE PROFESSIONALI
- 20 Sistema Informativo per le Malattie Professionali
- 23 I sette progetti dell'Osservatorio
- IV SEZIONE: QUALITA' ED ORGANIZZAZIONE SANITARIA
- 24 A proposito di farmacovigilanza...
- 26 Epidemiologia delle demenze e Medicina Generale
- 32 Esame della casistica ospedaliera ORL
- V SEZIONE: RUBRICHE
- 38 News
- 40 Internet
- 42 Guida alla codifica
- 44 Legislazione
- 46 Rassegna bibliografica





In copertina:

“Relazione sul Cholera Morbus nella 5ª sezione di Conversano, dal 1° al 22 Giugno 1867”
Collezione privata

Direttore Scientifico

Salvatore Barbuti

Direttore Responsabile

Antonio Lo Izzo

Segretario Scientifico

Michele Quarto

Comitato Scientifico

Luigi Ambrosi
Giorgio Assennato
Francesco Carrozzini
Bruno Causo
Vincenzo Cuomo
Ilio Palmariggi
Giuseppe Pastore
Francesco Schittulli
Francesco Schettini
Gabriella Serio

Comitato di Redazione

Monica Carbonara
Vito Lepore
Pier Luigi Lopalco
Paolo Trerotoli

Indirizzo web: <http://www.oerpuglia.uniba.it>

Sito a cura di: Lorenzo Bongermio

Progetto grafico ed impaginazione: Conte srl

Editore: Conte Editore

Abbonamenti annuali: istituzionali lire 200.000, privati lire 40.000
Per la sottoscrizione di abbonamenti e per la richiesta di inserzioni pubblicitarie, rivolgersi a Conte Editore, via L. Carluccio 3, 73100 Lecce.
Tel. e Fax 0832/351088 e-mail: info@mail.clio.it

Garanzia di riservatezza per gli abbonati
L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a: Conte Editore, via L. Carluccio 3, 73100 Lecce. Le informazioni custodite nell'archivio elettronico di Conte Editore verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (legge 675/96).

NORME PER GLI AUTORI

OER Puglia pubblica lavori originali su temi di epidemiologia e sanità pubblica, preferibilmente di interesse regionale. Le rassegne monografiche sono pubblicate solo su invito della Direzione Scientifica, eventualmente su specifiche tematiche suggerite dai lettori alla redazione.

I lavori sono accolti a patto che siano inediti e che non saranno successivamente pubblicati altrove.

La proprietà letteraria degli articoli pubblicati è ceduta alla rivista e ne è vietata la riproduzione, anche parziale, senza citare la fonte.

L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio della Segreteria Scientifica.

La responsabilità del contenuto scientifico degli articoli pubblicati è esclusivamente degli Autori.

Le spese di pubblicazione sono a carico dell'Editore e comprendono anche l'invio gratuito all'Autore di 50 estratti; le spese per un maggior numero di estratti saranno a carico dell'Autore.

Il lavoro originale non dovrà superare le 5 pagine a stampa (circa 3500 parole) e dovranno essere redatti secondo il seguente schema:

Introduzione, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni, Bibliografia. La prima pagina del manoscritto dovrà contenere Nomi degli Autori ed Istituzioni di appartenenza, Titolo (in lingua italiana ed inglese), Titolo breve (in lingua italiana ed inglese), 3-5 parole chiave (in lingua italiana ed inglese), Riassunto e Summary di circa 200 parole. Infine dovrà essere indicato il nominativo per esteso corredato da indirizzo completo, numero telefonico ed indirizzo e-mail dell'Autore a cui la redazione farà riferimento per qualunque comunicazione attinente la pubblicazione.

Il testo dell'articolo dovrà essere fornito sia su supporto cartaceo che magnetico utilizzando un qualunque word processor (es. Word) in ambiente Windows o Macintosh. Grafici e tabelle saranno redatti su fogli separati e forniti a parte in un file realizzato utilizzando un foglio elettronico (es. Excel). Tabelle e figure non devono di norma superare il numero di 5. Le voci bibliografiche devono essere citate nel testo, numerandole tra parentesi, e vanno indicate in bibliografia in ordine alfabetico. Le voci bibliografiche devono essere redatte nel Vancouver Style (es. Br Med J 1997; 345: 1234-45); se gli Autori dell'articolo citato superano il numero di 6, citare i primi 3 ed aggiungere "et al."

Tutta la corrispondenza inerente la pubblicazione sulla rivista deve essere inviata a:

Prof. Michele Quarto, Redazione "OER Puglia", Istituto di Igiene - Università degli Studi di Bari
Policlinico, Piazza Giulio Cesare - 70124 Bari.

Tel e Fax 080/5478609, e-mail redazione@oerpuglia.uniba.it

Il Bollettino delle malattie infettive

2 Resoconto trimestrale sull'attività di notifica delle malattie infettive e trasmissibili

a cura di P. L. Lopalco

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

OER

La sorveglianza epidemiologica: burocrazia o priorità di Sanità Pubblica?

Dal 1996, anno di avvio del Sistema Informatizzato delle Malattie Infettive (SIMI), in Puglia le attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive hanno vissuto una nuova stagione. Nel 1997 partono il sistema speciale di sorveglianza delle malattie invasive da *Haemophilus influenzae* tipo b (che va a completare il più ampio sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche) ed il Sistema Epidemiologico Integrato per le Epatiti virali Acute (SEIEVA). La Regione inoltre, sempre per il tramite dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, si dota, nello stesso anno, del Registro Regionale AIDS (sezione regionale del Registro Nazionale COA-ISS). Per meglio definire il quadro epidemiologico legato alla diffusione del virus, più recente, viene avviata anche la sorveglianza dei casi di infezione da HIV (registro regionale HIV), i cui primi risultati sono esposti più avanti nel presente bollettino.

Con la collaborazione dei reparti ospedalieri di neurologia e pediatria, l'OER coordina nella regione il sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute, chiave di volta nella lotta mondiale per l'eradicazione della poliomielite.

Sempre nell'ambito dei sistemi speciali di sorveglianza, presso l'OER risiede il coordinamento regionale del sistema SalmNet (sorveglianza delle salmonellosi basata sugli isolati di laboratorio), recentemente confluito nella rete di sorveglianza europea EnterNet, che allarga l'ambito di interesse ad altri enterobatteri e virus enterici.

Dallo scorso marzo è stato messo a punto un sistema speciale di segnalazione degli isolamenti di *S. pneumoniae*

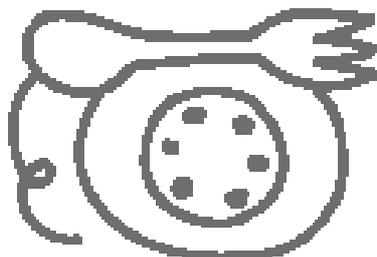
da sangue e liquor, anche questo basato sui laboratori.

A partire dall'autunno 1999, è stata poi avviata la rete dei medici sentinella Influnet (per i dettagli organizzativi vedi pag. 8 del presente bollettino), primo esperimento su scala nazionale (e con il supporto istituzionale) di sorveglianza epidemiologica basata su una rete di medici di medicina generale.

Parallelamente all'avvio ed alla conduzione dei sistemi sopra elencati, lo sforzo dell'OER, supportato sul lato legislativo e di indirizzo dagli uffici preposti dell'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia, è stato mirato al miglioramento dei flussi informativi già esistenti, magari alla luce di nuove ed alle volte inaspettate priorità. È il caso delle legionellosi, finora assai di rado segnalate al sistema routinario del SIMI, sulle quali però recentemente si è posta una notevole attenzione, soprattutto alla luce dei nuovi sistemi di segnalazione a livello europeo, che prevedono la notifica immediata dei focolai epidemici, l'invio dei dati relativi alla eventuale bonifica ambientale, ecc. Sempre in questo ambito si colloca il progetto di sorveglianza e controllo della tubercolosi, che vede coinvolti, a partire dal gennaio 2000, Servizi di Pneumologia e Dipartimenti di Prevenzione.

I risultati di questi ultimi tre anni di lavoro nel settore della sorveglianza epidemiologica sono stati quindi il frutto del coinvolgimento e della collaborazione (spontanea e "gratuita") di centinaia di colleghi operanti in tutte le strutture del SSR: reparti ospedalieri, laboratori di analisi, medicina generale e pediatria di base, unità di epidemiologia e statistica, dipartimento di prevenzione. Il loro lavoro, spesso visto come una incombenza burocratica e per questo

**Alimentazione:
la sicurezza è in linea**



**La sicurezza della tua alimentazione
dipende in gran parte da te.**

Se vuoi saperne di più chiama il

**Numero verde
800-210144**

**ti risponderanno gli esperti del
Centro Informativo Regionale per le
malattie trasmesse da alimenti**

Tabella 1a - Notifiche di malattie di classe II nel triennio 96/98: distribuzione per mese di notifica.

1996	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot '96
Blenorragia	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3
Bruccellosi	10	21	36	41	40	29	36	22	16	5	9	7	272
Diarrea infettiva	14	16	44	31	27	16	6	11	13	5	8	6	197
Epatite A	14	267	158	211	381	462	655	1.605	1.251	445	151	73	5.673
Epatite B	9	17	14	5	14	9	14	6	5	11	6	5	115
Epatite NANB	11	6	9	14	12	6	5	7	5	5	1	4	85
Epatite virale non specificata	1	5	1	3	9	6	8	27	18	11	4	0	93
Febbre tifoide	16	26	32	30	34	11	26	27	33	21	10	12	278
Legionellosi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Leishmaniosi cutanea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniosi viscerale	0	1	1	0	1	3	2	0	0	2	1	2	13
Listeriosi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningite meningococcica	0	0	2	2	1	0	0	1	1	0	3	1	11
Meningo-encefalite virale	11	3	5	6	2	8	8	3	4	5	7	1	63
Morbillo	214	391	539	951	1.519	1.346	316	63	16	9	43	131	5.538
Parotite epidemica	139	207	276	390	611	576	248	67	25	58	43	83	2.723
Pertosse	23	18	21	30	33	22	13	12	11	7	3	20	213
Rickettsiosi	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	5
Rosolia	7	8	13	72	116	130	31	6	4	5	12	19	423
Salmonellosi non tifoidea	17	13	39	184	17	13	30	39	51	56	42	45	546
Scarlattina	9	21	20	21	41	51	4	0	1	14	20	41	243
Sifilide	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Varicella	415	390	415	443	535	511	275	74	67	259	656	714	4.754
Totale	911	1.413	1.625	2.436	3.394	3.199	1.677	1.971	1.525	918	1.021	1.165	21.255
1997	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot '97
Blenorragia	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Bruccellosi	5	9	9	10	24	28	37	26	20	10	8	9	195
Diarrea infettiva	10	14	32	71	57	29	23	25	9	4	1	4	279
Epatite A	141	238	334	392	372	832	1.428	884	447	191	89	47	5.395
Epatite B	8	8	9	5	10	7	7	3	2	7	4	3	73
Epatite NANB	2	4	3	2	5	3	2	3	2	4	1	3	34
Epatite virale non specificata	3	4	17	11	9	12	17	5	6	2	1	0	87
Febbre tifoide	12	14	19	28	27	17	27	22	16	11	6	10	209
Legionellosi	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Leishmaniosi cutanea	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Leishmaniosi viscerale	0	0	1	2	2	1	0	1	1	0	2	0	10
Listeriosi	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meningite meningococcica	1	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	8
Meningo-encefalite virale	10	2	6	4	5	2	3	1	3	1	3	1	41
Morbillo	430	385	562	563	462	336	169	56	5	0	26	17	3.011
Parotite epidemica	126	160	282	506	548	431	214	39	27	26	78	100	2.537
Pertosse	15	18	11	24	15	18	21	26	13	18	7	7	193
Rickettsiosi	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	1	0	6
Rosolia	33	114	299	604	883	470	138	16	5	5	2	7	2.576
Salmonellosi non tifoidea	23	15	29	22	16	34	46	38	39	24	22	19	327
Scarlattina	26	31	67	60	59	46	9	2	2	4	20	23	349
Sifilide	0	1	0	1	0	2	0	2	1	1	1	2	11
Varicella	646	465	469	597	681	615	370	95	48	130	338	360	4.814
Totale	1.491	1.484	2.152	2.904	3.177	2.884	2.513	1.247	647	439	611	612	20.161
1998	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot '98
Blenorragia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Bruccellosi	12	13	12	25	40	42	43	20	18	19	10	6	260
Diarrea infettiva	6	21	11	16	6	19	21	23	26	21	5	3	178
Epatite A	68	116	108	82	37	97	216	129	48	22	11	6	940
Epatite B	6	9	9	8	8	8	6	8	8	8	8	7	93
Epatite NANB	8	4	4	8	3	8	7	6	5	1	5	5	64
Epatite virale non specificata	4	4	4	3	0	5	5	0	1	0	0	0	26
Febbre tifoide	13	20	16	9	11	18	21	14	25	18	13	5	183
Legionellosi	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Leishmaniosi cutanea	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Leishmaniosi viscerale	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3
Listeriosi	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meningite meningococcica	3	1	0	2	0	2	0	0	0	2	0	2	12
Meningo-encefalite virale	2	7	2	2	0	4	2	1	4	6	3	6	39
Morbillo	17	14	74	93	39	69	24	8	0	5	1	1	345
Parotite epidemica	89	95	155	156	225	220	140	50	18	26	52	79	1.305
Pertosse	30	34	53	52	45	56	60	51	32	24	26	10	473
Rickettsiosi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Rosolia	3	9	19	7	11	14	4	2	1	4	2	5	81
Salmonellosi non tifoidea	15	8	10	14	6	21	59	58	55	64	35	33	378
Scarlattina	21	46	37	30	36	34	8	0	0	4	10	15	241
Sifilide	2	4	2	1	1	1	0	1	1	2	0	8	23
Varicella	439	409	585	462	588	684	295	85	59	85	226	357	4.274
Totale	738	814	1.102	972	1.057	1.303	911	456	303	311	410	549	8.926

OER

Malattie infettive e vaccini

Tabella 2. Notifiche di tubercolosi e micobatteriosi nel periodo gen 1996/mar 2001: distribuzione per ASL di notifica e tassi di incidenza per provincia di segnalazione.

ASL	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
BA1	2	1	1	1	0	0
BA2	2	5	17	21	15	4
BA3	9	3	5	0	1	0
BA4	101	126	95	81	108	6
BA5	12	3	4	6	4	0
BR1	37	25	42	24	40	7
FG1	8	19	18	16	10	4
FG2	0	0	2	0	0	0
FG3	58	36	45	48	52	10
LE1	50	58	46	29	54	16
LE2	7	2	16	15	14	1
TA1	25	17	19	19	12	2
Totale	311	295	310	260	310	50
BA	8,05	8,81	7,78	6,95	8,16	
BR	8,96	6,05	10,16	5,78	9,64	
FG	9,44	7,87	9,30	9,17	8,89	
LE	6,97	7,33	7,56	7,08	8,31	
TA	4,22	2,87	3,20	3,20	2,03	
Totale	7,61	7,22	7,58	6,09	7,58	

* dati provvisori

noiosa, aggiunge invece ogni giorno un importante tassello alla conoscenza dell'epidemiologia delle malattie infettive nella nostra Regione.

Per i Dipartimenti di Prevenzione, in particolare, queste attività rappresentano un'importante occasione di rilancio. Essi, infatti, svolgono un ruolo chiave di coordinamento locale attraverso la gestione dei flussi informativi, l'interpretazione dei risultati e la realizzazione degli eventuali interventi di sanità pubblica.

Poter parlare oggi di "sorveglianza epidemiologica" piuttosto che di "denuncia di malattia infettiva" significa pertanto essere riusciti a trasformare radicalmente la visione di una attività fino a poco tempo fa considerata un inutile impegno burocratico.

Classe II

L'aggiornamento trimestrale del SIMI ribadisce in linea di massima quanto osservato negli ultimi sei mesi. Il 2000 si conferma come anno di bassa endemia per l'epatite A (254 notifiche, pari a 6,2 casi per 100.000 residenti) e i dati, se pur provvisori, del primo trimestre 2001 sembrerebbero sottolineare ulteriormente questo trend verso il basso (93 casi contro i 127 dello stesso periodo del 2000). E' inutile aggiungere che da un punto di vista epidemiologico, questo periodo di bassa endemia non deve assolutamente far abbassare la guardia nei confronti di una malattia come l'epatite A, che presenta naturalmente ampie oscillazioni di frequenza con improvvisi picchi epidemici.

Un analogo discorso va fatto per il morbillo, che negli ultimi anni ha fatto registrare dei "minimi" storici per la nostra regione, certamente frutto dello sforzo compiuto localmente nella strategia di eliminazione della malattia attra-

Tabella 3. Notifiche di focolaio epidemico nel periodo gen 1996/ mar 2001: distribuzione per ASL di segnalazione.

ASL	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
BA1	3	14	2	6	1	0
BA2	0	0	5	2	9	0
BA3	39	2	5	1	1	1
BA4	13	14	2	7	3	0
BA5	8	0	3	1	1	3
BR1	19	3	5	5	5	0
FG1	2	3	4	1	9	1
FG2	3	2	1	1	1	0
FG3	12	5	15	12	28	6
LE1	14	22	11	3	1	0
LE2	12	3	1	2	6	4
TA1	7	14	34	26	10	0
Totale	132	82	88	67	75	15

* dati provvisori

verso la vaccinazione; anche in questo caso gli sfrozi devono essere moltiplicati al fine di evitare un lento quanto pericoloso accumulo di soggetti suscettibili.

Allo stato attuale l'unica malattia che continua costantemente ad offrire un notevole "contributo" al sistema di sorveglianza è la varicella, che nei soli primi tre mesi dell'anno ha fatto registrare 1.355 casi.

Classi III e IV

Il 2000 si chiude con un numero di segnalazioni di tubercolosi e micobatteriosi in perfetta linea con gli anni precedenti. Anche la distribuzione dei casi nelle dodici ASL resta immodificata.

Nulla di particolare da segnalare anche nel campo dei focolai epidemici di classe IV, con 15 segnalazioni nel primo trimestre 2001.

La realizzazione del SIMI in Puglia è resa possibile grazie alla collaborazione di tutto il personale sanitario dei Servizi di Igiene Pubblica delle ASL. In particolare si ringrazia per la collaborazione e la qualità del lavoro svolto finora:
 Dr. P. Magarelli, Dr. V. Coviello, Dr. G. Capurso, ASL BA/1; Dr.ssa R. Colamaria, Dr. D. Balsamo, Dr.ssa S. Gallo, Sig.ra F. Bruno, Dr.ssa A. Altomare, ASL BA/2; Dr. A. Madaro, Sig.ra M. I. Mastrogiacomio, Sig.ra M. Cavallo, ASL BA/3; Dr.ssa A. Finamora, Dr. N. Morelli, Sig.ra E. Fanelli, ASL BA/4; Dr. F. Avella, Dr. G. Daddabbo, ASL BA/5; Dr. E. Gazzaneo, Sig.ra R. Anaclerio, ASL BR/1; Dr. S. Minerba, Dr. L. Annichiarico, ASL TA/1; Dr.ssa G. Lauriola, Sig.ra T. Rubini, ASL FG/1; Dr.ssa M.A. Forcina, Dr. I. Pagano, Sig. N. Gadaleta, ASL FG/2; Dr.ssa L. Frisoli, Dr. V. Di Martino, Sig.ra E. Addoriso, Sig.ra M.A. D'Amore, ASL FG/3; Dr.ssa C. Marra, Sig.ra M. Chiarelli, Sig. M. Esposito, ASL LE/1; Dr.ssa G. Piccinno, Dr.ssa G. Turco, Sig.ra S. Avantiaggiato, Sig.ra D. Pagliara, Sig.ra M. Minerba, ASL LE/2.

Il Registro Regionale HIV: primo anno di attività di sorveglianza

F. Casulli, A. Canato, P.L. Lopalco*, M. Quarto

Sezione di Igiene, DIMIMP, Università di Bari

* Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

OER

Il Sistema di sorveglianza delle "infezioni da HIV" rappresenta uno strumento indispensabile per la corretta valutazione dell'andamento epidemiologico dell'infezione. In Puglia, il Registro delle "infezioni da HIV" (R.R. HIV) è stato attivato dal gennaio 2000. La sorveglianza è basata sulla segnalazione da parte dei laboratori che hanno aderito al progetto di tutti i casi di sieropositività confermata e sull'invio di un resoconto mensile che riporta il totale dei test eseguiti. A tal fine, da parte dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) sono state preparate e distribuite due differenti schede di segnalazione che sono compilate dal responsabile o referente del laboratorio. La scheda di segnalazione di caso di sieropositività è contrassegnata da un codice che, pur garantendo l'anonimato del soggetto, riduce al minimo la possibilità di doppie segnalazioni. Il flusso informativo è coordinato da due livelli: il primo a livello di AUSL o Azienda Ospedaliera, presso il Dipartimento di Prevenzione o l'Unità di Statistica ed Epidemiologia, il secondo a livello regionale presso l'OER. A livello periferico

sono gestiti i contatti periodici con i referenti dei laboratori, la raccolta delle schede di segnalazione ed il loro invio al centro regionale di riferimento, dove avviene la validazione delle stesse (verifica di qualità delle informazioni trasmesse, controllo di doppie segnalazioni), l'inserimento di dati nel database regionale, l'analisi ed i report semestrali pubblicati su OER Puglia. L'arruolamento è stato eseguito sulla base di un censimento dei laboratori che svolgono attività diagnostica nel campo dell'infezione da HIV sull'intero territorio regionale, svoltasi nel corso del 1999 (OER Puglia N°1/4, giugno 1999). L'analisi dei dati che viene riportata si riferisce a tutte le segnalazioni pervenute nel corso dell'anno 2000. In particolare, la copertura territoriale del sistema di sorveglianza durante il I anno di attività appare disomogenea (tabella 1). Infatti, in alcune AUSL la quota di laboratori che hanno partecipato attivamente al sistema non risulta soddisfacente.

Dal totale delle segnalazioni pervenute al centro di coordinamento, inoltre, sono stati eliminati:

- i casi con risultato indeterminato;

- i casi con metodica di conferma non documentata;

- i casi segnalati anche in presenza di un precedente test positivo (l'obiettivo del sistema è infatti quello di registrare nuove diagnosi di infezione);

- le doppie segnalazioni.

Pertanto, sono risultate valutabili solo 139 schede di segnalazione di sieropositività, riferibili ad un totale di 61.338 test eseguiti nello stesso periodo (2,3/1000 test). Il dato deve essere interpretato con estrema cautela in quanto non sempre i laboratori sono in grado di segnalare precedenti test positivi dello stesso utente (pertanto potrebbero essere stati inclusi casi già diagnosticati in anni precedenti), inoltre, l'utilizzo di un codice identificativo per motivi di tutela della privacy riduce sensibilmente ma non elimina il rischio di doppie segnalazioni.

Dal totale dei test sono stati eliminati anche quelli eseguiti sui donatori presso i Servizi Immunotrasfusionali, quindi, il dato risulta determinato solamente dalla copertura territoriale.

Nella Tabella 2 sono riportate le segnalazioni di sieropositività ed il totale dei test di screening distribuiti per AUSL. Dall'analisi dei dati emerge come la AUSL BA/4 con le sue 72 segnalazioni (9,8 casi/1000 test) si colloca ben al di sopra della media regionale (2,3 casi/1000 test eseguiti). Il dato è giustificato dalla presenza nell'Azienda Ospedaliera Policlinico, che territorialmente afferisce nella AUSL BA/4, del Centro Regionale di Riferimento. A questo deve essere aggiunto anche il rilievo della presenza della Azienda Ospedaliera Di Venere-Giovanni XXIII che nello stesso ambito territoriale contribuisce alle diagnosi di infezione in età pediatrica.

Non è stato possibile, invece, ese-

Tabella 1. Copertura territoriale del Sistema di Sorveglianza da parte dei laboratori regionali.

AUSL	Laboratori pubblici		Laboratori privati		
	totale	partecipanti N. %	totale	partecipanti N. %	
BA1	5	1 20%	12	0 0%	
BA2	4	1 25%	7	2 29%	
BA3	6	5 83%	9	2 22%	
BA4	7	7 100%	0	0 -	
BA5	4	1 25%	1	1 100%	
BR1	9	1 11%	1	1 100%	
FG1	4	4 100%	0	0 -	
FG2	3	3 100%	0	0 -	
FG3	2	1 50%	5	5 100%	
LE1	7	7 100%	3	3 100%	
LE2	8	4 50%	8	4 50%	
TA1	9	6 67%	1	0 0%	
Totale	68	41 60%	47	18 38%	

Tabella 2. Casi di infezione da HIV: distribuzione per AUSL di segnalazione, anno 2000.

AUSL	casi confermati	test eseguiti	tasso x1000
BA1	-	1.423	-
BA2	7	3.975	1,8
BA3	4	3.081	1,3
BA4	72	7.341	9,8
BA5	-	683	-
BR1	19	8.811	2,2
FG1	12	10.263	1,2
FG2	-	5.520	-
FG3	-	1.804	-
LE1	21	9.196	2,3
LE2	3	5.404	0,6
TA1	1	3.837	0,3
Totale	139	61.338	2,3

Tabella 3. Distribuzione dei casi segnalati per sesso e classe di età.

età	femmine	maschi	nd	tot	%
≤15	6	8	1	15	11%
15-24	4	4	-	8	6%
25-34	25	21	1	47	34%
35-59	15	32	4	51	37%
≥60	-	4	1	5	4%
nd*	2	10	1	13	9%
totale	52	79	8	139	100%

quire alcuna analisi sulla distribuzione territoriale dei casi segnalati, poiché il codice riportato sulla scheda di segnalazione, al fine di tutelare l'anonimato dei soggetti, non fa riferimento alla residenza.

Per quanto riguarda la distribuzione per sesso ed età (Tabella 3), 79 casi sono maschi (57%) e 52 femmine (37%), mentre in 8 casi (6%) non è stato possibile rilevare il sesso. L'11% dei casi riguarda l'età pediatrica (15 casi), mentre per il 71% l'età risulta compresa tra i 25 ed i 59 anni. In 13 casi l'età non è stata riportata.

Nella Tabella 4 è riportata la distribuzione per categoria di esposizione. La modalità di trasmissione più frequente è rappresentata da rapporti eterosessuali con 21 casi (15%), mentre l'uso di droghe iniettive è stato riportato in 14 casi (10%). Da sottolineare il fatto che 13 casi (9%) sono da ricondurre a probabile trasmissione verticale. Per interpretare correttamente il dato relativo all'età pediatrica sono necessarie alcune considerazioni. Le schede di segnalazione non riportano informazioni riguardanti lo stadio clinico, tuttavia,

considerando l'età dei pazienti è possibile concludere che si tratta di diagnosi retrodatate e riferibili a bambini sieropositivi o in fase di AIDS già conclamato. Il dato più deludente è rappresentato poi dall'elevata aliquota di schede sulle quali non è specificato il fattore di rischio (59%).

In definitiva, nonostante il primo anno debba essere considerato ancora una fase di assestamento delle attività del registro regionale HIV, è già possibile identificare i principali punti critici del sistema di sorveglianza. L'attività da implementare è soprattutto quella della copertura terri-

Tabella 4. Distribuzione dei casi segnalati per fattore di rischio.

tossicodipendenti	14	10%
omo-bisessuali	7	5%
emofilici-trasfusi	1	1%
eterosessuali	21	15%
prostituta	1	1%
madre sieropositiva	13	9%
non determinato	82	59%
<i>totale</i>	<i>139</i>	<i>100%</i>

toriale, attraverso una collaborazione più stretta a livello locale tra i referenti del sistema e i medici segnalatori. L'altro aspetto sul quale devono concentrarsi gli sforzi di tutte le componenti del sistema è rappresentato dalla qualità delle informazioni trasmesse. Nella compilazione delle schede di segnalazione sono omesse frequentemente informazioni quali sesso ed anno di nascita del soggetto sieropositivo e, soprattutto, l'indicazione del fattore di rischio, dati di fondamentale importanza per il registro HIV. A tal fine è auspicabile che si instauri una maggiore interazione tra laboratorio deputato alla compilazione ed all'invio della scheda e reparto clinico dove in fase di counselling è possibile raccogliere tutte le informazioni necessarie per la costruzione del database.

Si ringrazia per la collaborazione il gruppo dei referenti regionali per il sistema di sorveglianza HIV:

A.O. Fazzi: Pizzolante M., Rizzo A.; A.O. Di Summa: Pastore F., Camilli F.; A.O. Policlinico: Di Monte D., Citarella A., Ladisa N., Sponselli G.M.; A.O. Di Venere - Giovanni XXIII: Ferrante M., Galizia P., Valerio S.; ASL BA1: Coviello V., Peres E.; ASL BA2: Corvasce N., Gallo S., Dimastrochicco P., Giovine A., Stella F.; ASL BA3: Basile R., Damiani D., Laiso F., Lambo M., Lavelli E., Madaro A., Graps B., Valerio F.S.; ASL BA4: De Santis A., Polignano G., Pastorella G., Quaranta M.; ASL BA5: Correale M., Masi M.A.; ASL BR1: Mardighian C., Vinci, Scianaro A.; ASL FG1: Di Giorgio G., Fratepietro G., Lauriola G., Sacco N., Tiani C.; ASL FG2: Dell'Olio A., Grilli G., Radatti M.; ASL FG3: Amicarelli C., Carnevale S., Efreliascone, Franchini M.A., Greco C.M.; ASL LE1: De Vitis C., Fernando M., Forcina B., Pignatelli F., Pittini G., Quarta F., Salerno, L., Sanapo F., Turano S., Valentino F.; ASL LE2: Craca R., De Marco F., Dipersia M.G., Fanulli M.G., Gagliardi C., Melica L., Pasca E., Russo G., Turco G., Di Noia S., Valenzano N.; ASL TA1: Conserva R., Di Punzio C., Grossi B., Minerba A., Parisi M., Ruggeri G.

8 La stagione influenzale 2000-01

C. Germinario, G. Gabutti*, G. D'Ambrosio§, R. Prato**, A.M. Bianco, M. Mastrogiacomo

Sezione di Igiene, DIMIMP, Università di Bari

* Lab. Igiene, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università di Lecce

§ Scuola Pugliese di Medicina Generale

** Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Nella passata stagione 1999-2000 la sorveglianza epidemiologica dell'influenza si è articolata in due emireti coordinate una dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS; Flu-ISS) e l'altra dal Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza (CIRI).

Entrambi i sistemi si sono serviti, per la raccolta delle informazioni, di una rete di medici sentinella scelti tra i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta del SSN che, settimanalmente, segnalavano i casi di malattia simil-influenzale, raccogliendo anche i campioni biologici per le indagini virologiche.

Le due reti integrate hanno fornito dati esaurienti sull'incidenza delle sindromi influenzali nel nostro Paese, sulla loro distribuzione temporale e per classi d'età, mettendo in evidenza, tra l'altro, l'efficacia degli interventi vaccinali realizzati nella componente più anziana della popolazione.

Alla luce delle esperienze maturate nel corso della passata stagione, il Ministero della Sanità ha predisposto il passaggio del sistema di sorveglianza dell'influenza dall'area della ricerca all'area istituzionale, con ruolo attivo delle Regioni, cui la normativa vigente assegna i compiti relativi alla profilassi delle malattie infettive.

Tutto ciò ha determinato il passaggio dalla fase sperimentale, finora condotta in Puglia - come in altre Regioni - dal CIRI, alla fase istituzionale propria della Regione con garanzia, altresì, di continuità nel tempo.

Con Delibera Regionale n° 24/23214/4 del 26 ottobre 2000, l'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia ha reso noto che il Ministero della Sanità, con nota prot.400.3/17/4325 del 5 ottobre 2000, ha sancito l'accordo sulla istituzione di una rete sentinella per la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza.

Tale accordo risulta corredato da protocollo operativo sintetico della rete-sentinella che prevede, in particolare, quali compiti della Regione:

- * l'affidamento della gestione della rete sentinella;
- * la definizione e la gestione della rete locale dei medici-sentinella, la rilevazione settimanale dei dati, la loro immissione nel database che alimenta il sito curato dall'Istituto Superiore di Sanità, la comunicazione delle informazioni a livello regionale, la predisposizione di un rapporto regionale annuale;
- * l'individuazione di un Referente regionale;
- * la individuazione dei medici sentinella partecipanti alla rete di sorveglianza epidemiologica con distribuzione omogenea di essa per territorio e per classi di età

(0-14, 15-64, >64), a partire dalla 46° settimana dell'anno per l'intero periodo di sorveglianza;

* la individuazione delle strutture laboratoristiche che effettuano le indagini virologiche sull'influenza secondo le modalità operative e i protocolli tecnici concordati con il Laboratorio di Virologia dell'I.S.S.

L'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia, con Delibera Regionale n° 24/24272/Coord del 13 Novembre 2000 ha incrementato il numero di medici sentinella rispetto allo scorso anno (che è passato da 32 a 122) ed ha affidato all'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia (O.E.R.) il compito di coordinare tale attività di sorveglianza. Quindi, per questa stagione la sorveglianza epidemiologica attiva dell'influenza ha interessato un campione pari al 5,5% della popolazione regionale.

Rete medici sentinella

Per la stagione influenzale 2000-2001 è stato stipulato un protocollo d'intesa tra l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e la Scuola Pugliese di Medicina Generale che ha avuto il compito di identificare i medici sentinella dotati dei seguenti requisiti:

- * più di 1000 assistiti
- * computer
- * collegamento Internet
- * frigorifero
- * disponibilità a vaccinare

La rete di Medici Sentinella della Regione Puglia ha previsto la notifica settimanale dei casi di influenza (ILI) e delle infezioni respiratorie acute (ARI) da parte dei medici di medicina generale e pediatri partecipanti al progetto. Grazie a questa iniziativa dopo l'elaborazione dei dati presso il CIRI, è stato possibile seguire in tempo reale l'andamento della morbosità per la stagione influenzale 2000/2001.

Sorveglianza Epidemiologica

Nella figura 1 è stata riportata la morbosità incidente della sindrome influenzale nella stagione 1999/2000 e nella stagione 2000/2001. Nella precedente stagione l'epidemia ha raggiunto il valore più elevato durante la seconda settimana del 2000 (circa 10 casi per 1000 assistiti). Durante la presente stagione l'epidemia ha, invece, raggiunto il valore più elevato durante la VIII settimana del 2001 con un valore di incidenza sensibilmente inferiore, pari a circa 4 casi per 1000 assistiti. Nella

diciassettesima settimana del 2001 la diffusione dei virus influenzali è ritornata al livello di base con una incidenza pari a 0,44 casi per 1000 abitanti.

Nella figura 2 è riportata la morbosità settimanale per sindrome influenzale suddivisa per classi d'età. La fascia d'età compresa tra 0-14 anni è risultata essere quella più colpita con una morbosità incidente di 13,0 per 1000.

Nella figura 3 è stata riportata la morbosità per malattie respiratorie acute febbrili non influenzali per settimana relativa alla stagione 1999/2000 e 2000/2001.

In quest'ultima stagione l'incidenza è stata inferiore a quella precedente ed ha colpito, soprattutto, la fascia d'età compresa tra 0-14 anni.

Sorveglianza virologica

In Puglia il coordinamento della Sorveglianza virologica è stato affidato al prof. Giovanni Gabutti - Laboratorio di Igiene, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali, Università degli Studi di Lecce.

Nella stagione 2000-2001 sono stati eseguiti nelle province di Bari e Lecce 30 tamponi naso-faringei, 11 in soggetti di età inferiore a 15 anni e 19 in soggetti di età compresa tra 15 e 64 anni. Nel 33,3% dei casi è risultata positiva la ricerca di virus influenzali con tecniche colturali tradizionali e/o in PCR.

In tutti i campioni positivi è stato isolato un virus influenzale tipo A, sottotipo H1N1.

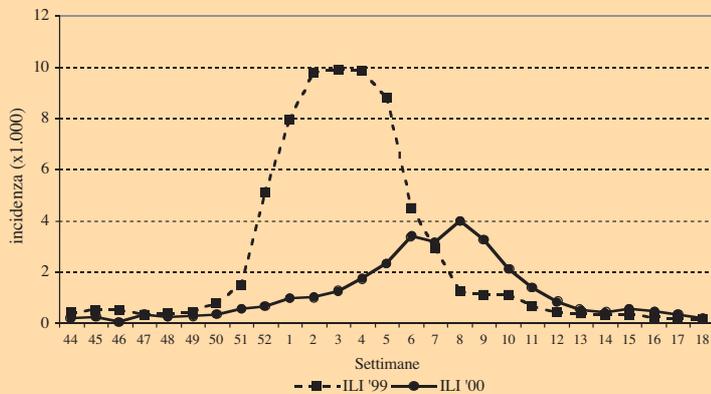


Figura 1. Incidenza settimanale di influenza: confronto fra le due curve epidemiche 1999/2000 e 2000/2001.

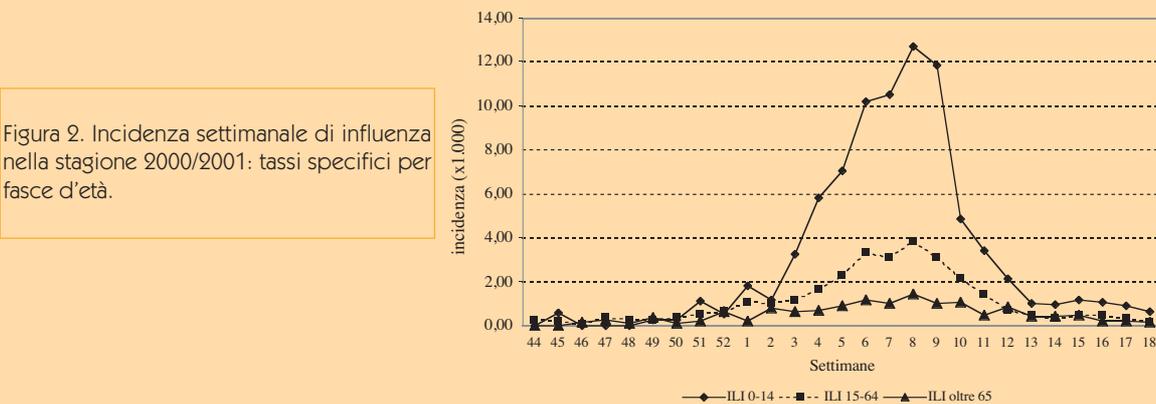


Figura 2. Incidenza settimanale di influenza nella stagione 2000/2001: tassi specifici per fasce d'età.

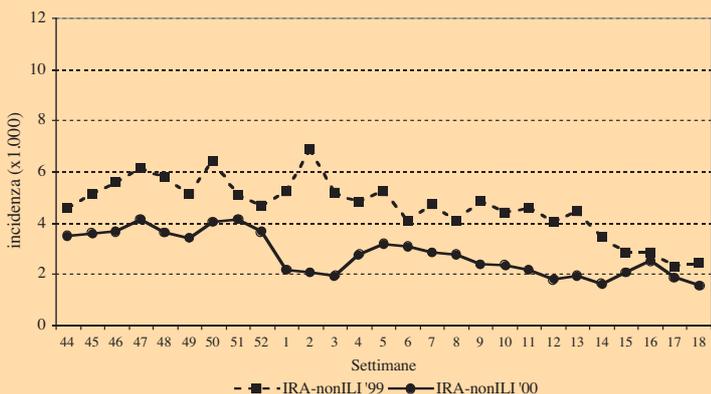
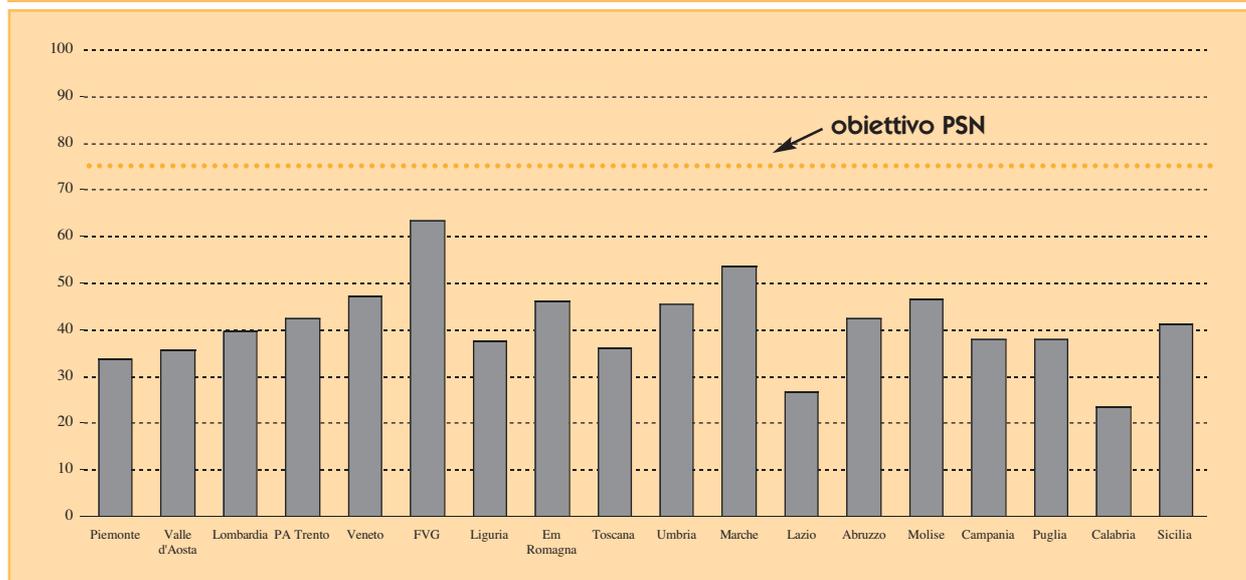


Figura 3. Incidenza settimanale di sindromi respiratorie acute non influenzali: confronto fra le due curve epidemiche 1999/2000 e 2000/2001.

Malattie infettive e vaccini

Figura 4. Copertura vaccinale per influenza negli ultrasessantaquattrenni nelle regioni italiane: 1999/2000.



Copertura vaccinale

La prevenzione dell'influenza si basa su tre cardini fondamentali quali la sorveglianza epidemiologica, la sorveglianza virologica e la profilassi vaccinale.

La strategia vaccinale prevede l'immunizzazione prioritaria delle categorie ad elevato rischio di complicanze, primi fra tutti i soggetti ultrasessantaquattrenni.

L'obiettivo fissato dal piano sanitario nazionale 1998/2000 e ribadito nel piano nazionale vaccini prevede il raggiungimento del 75% di copertura immunitaria negli ultrasessantaquattrenni.

La figura 4 riporta i dati diffusi dal Ministero della Sanità sui livelli di copertura vaccinale nella stagione 1999/2000. Nessuna regione ha raggiunto l'obiettivo fissato, anzi la maggior parte di esse si attesta su valori decisamente bassi (intorno al 40%). La Puglia, con il 38% di copertura, si è allineata al dato nazionale.

La stagione 2000/2001 ha registrato nella nostra regione un netto miglioramento dei valori di copertura rispetto all'anno precedente. È stato registrato infatti un livello complessivo pari al 53,6%, con una variazione da ASL ad ASL contenuta fra il 41,7% di BA4 al 77,9% di BA1. L'obiettivo del PSN è stato superato dalla ASL BA1 e quasi raggiunto dalla ASL BA2 (tabella 1).

Da un punto di vista organizzativo, anche quest'anno ciascuna ASL ha avuto piena autonomia nella scelta di distribuire il vaccino attraverso la rete degli ambulatori vaccinali dei Dipartimenti di Prevenzione o tramite i medici di medicina generale (MMG). Da quanto si può osservare nella tabella 1, è difficile affermare che esista una relazione fra livelli di copertura raggiunti e scelta organizzativa. Un esempio per tutti: le due ASL che hanno fatto registrare i migliori valori di copertura, hanno intrapreso scelte organizzative differenti.

Il successo della campagna di vaccinazione è più probabilmente legato alla qualità dell'organizzazione, più

che al modello organizzativo prescelto. Per la prossima campagna vaccinale le ASL hanno fatto tesoro delle esperienze degli anni precedenti ed è pertanto stata avviata con un buon anticipo la valutazione del fabbisogno vaccinale ed i processi amministrativi preliminari allo svolgimento della vaccinazione.

Una nota dolente proviene invece dall'osservazione dei livelli di copertura antipneumococcica negli anziani: solo due ASL (Brindisi e Taranto) hanno infatti avviato un programma organico di vaccinazione che prevede di raggiungere livelli ottimali di copertura nell'arco di cinque anni. L'esperienza maturata nelle due province ha comunque prodotto, di concerto con l'OER, un documento che è stato di recente diffuso dall'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia a tutte le ASL per permettere l'attuazione di un programma coordinato di vaccinazione antipneumococcica.

Tabella 1. Copertura vaccinale negli ultrasessantaquattrenni e modalità di distribuzione dei vaccini antinfluenzali per ASL nel corso della stagione 2000/2001.

ASL	Dipartimento Prevenzione	Medico di famiglia	Copertura
BA/1	36%	64%	77,9%
BA/2	89%	11%	73,0%
BA/3	15%	85%	56,3%
BA/4	10%	90%	41,7%
BA/5	48%	52%	45,5%
BR/1	50%	50%	48,6%
FG/1	0%	100%	42,8%
FG/2	100%	0%	69,3%
FG/3	55%	45%	64,9%
LE/1	38%	62%	54,5%
LE/2	16%	84%	43,4%
TA/1	38%	62%	50,8%
Totale	42%	58%	53,6%

Il counselling nella pratica medico-sanitaria: strategie operative, obiettivi e sviluppi dell'applicazione ai programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili

F. VINO

Osservatorio Epidemiologico Regionale

Tra gli obiettivi di salute per la popolazione femminile sono da annoverarsi, senza alcun dubbio, i piani di screening per la prevenzione dei tumori del collo uterino e dei tumori della mammella.

Il cervicocarcinoma uterino non è un tumore frequente, in quanto presenta un'incidenza media in Italia di 12 casi per 100000 abitanti, e rappresenta, secondo stime risalenti al 1994, l'1,8% dei decessi per causa tumorale nelle donne (1200 pazienti decedute per cervicocarcinoma su 64881 donne decedute per tumore).

L'importanza di un piano di screening risiede nel fatto che una diagnosi precoce delle forme tumorali meno invasive e delle lesioni precancerose, limiterebbe in modo drastico le morti, ma anche l'ospedalizzazione per questo genere di neoplasie.

In realtà in Puglia non è possibile fare stime di incidenza o anche solo di prevalenza dei casi di tumore della cervice, in quanto, come è noto, non si ha attualmente un registro di patologia.

Stime del numero di nuovi casi "sospetti" per tumore della cervice uterina si sono calcolate sulla base dei dati di incidenza 1988-92, utilizzando la popolazione ISTAT all' 1/1/1995, mentre i casi prevalenti sono stati calcolati utilizzando i tassi di prevalenza riportati dal registro tumori di Ragusa, unico riferimento per il sud Italia (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).

In entrambe le situazioni si è notata sia un'incidenza che una prevalenza superiori alla media nazionale, anche se è chiara l'approssimazione della stima (vedi tabella 1).

Differenti sono le basi di partenza per l'attuazione di un piano di screening per i tumori della mammella, che essendo molto più frequenti, rappresentano di per sé un problema di sanità pubblica.

La effettuazione di diagnosi precoci consentirebbe l'attuazione di interventi chirurgici meno demolitivi e più efficaci, con sicuro giovamento sia in termini di salute fisica che psichica, delle numerose donne che annualmente vengono colpite da tali neoplasie.

La regione Puglia ha recepito l'importanza della organizzazione di piani di prevenzione per il cervicocarcinoma e quindi sta cercando di avviare per l'anno 2001 lo screening per le donne pugliesi, preceduto da un programma di formazione per gli operatori sanitari, che dovranno essere pronti ad affrontare al meglio le molteplici difficoltà che un così vasto ed articolato program-

ma sicuramente presenterà.

Tutte le attività che mirano alla prevenzione e che hanno come obiettivo la salute della donna, devono necessariamente essere integrate tra loro, ma ancora più importante, per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, risulta la crescita della consapevolezza del proprio corpo e della propria salute da parte delle donne stesse.

Purtroppo, ancora oggi, la prevenzione non è entrata a far parte del bagaglio socio-culturale della donna, in modo particolare nelle regioni meridionali, dove è significativamente più bassa la "compliance" ai programmi di screening, dove questi sono già attivi.

Il programma di screening deve essere considerato sotto due aspetti fondamentali:

- una azione di sanità pubblica che riguarda la comunità;
- un intervento individuale che potrebbe comportare problemi per il singolo.

Gli screening, oltre che la ricerca di uno stato di malattia in fase preclinica, rappresentano per la donna una conferma delle proprie condizioni di salute, che dovrà essere garantita con il minimo indispensabile di attività medica e con il massimo della sicurezza.

Lo screening deve essere inteso non solo come un atto finalizzato alla definizione e diagnosi di una situazione clinica, ma come una totale presa in carico della persona, nella sua complessità fisica e psichica.

La regione Puglia che proporrà alla donna, per definizione sana, di sottoporsi al prelievo cellulare, si assumerà precise responsabilità etiche, che vanno dal primo invito, fino al sostegno alla donna ed alla famiglia durante l'eventuale momento del trattamento e del decorso della malattia.

Pertanto il programma di prevenzione non può e non deve essere inteso come un mero intervento limitato alla consegna del risultato, "sperando" che si tratti di una

Tabella 1. Stima del numero di casi di tumore della cervice sulla base dei dati di incidenza 1988-92

casi incidenti	casi "sospetti"	casi prevalenti	prevalenza x100.000
2911	32017	3356	160,6

situazione benevola; lo screening deve necessariamente essere inquadrato come un lavoro di un'equipe specializzata, pluridisciplinare, pronta a gestire tutte le dinamiche, siano esse di carattere socio-sanitario che di tipo organizzativo.

La comunicazione efficace con l'utenza femminile in questo caso è basilare, se si vogliono ottenere dei risultati nel lungo periodo in termini di compliance e follow up.

Infatti lo screening è offerto ad una popolazione composta, eterogenea per valori, cultura, interessi e di questo bisognerà tenere conto nel rapporto che si dovrà stabilire con le donne.

Ogni donna ha conoscenze, esperienze, convinzioni ed atteggiamenti che influenzano in modo determinante il proprio comportamento, generando esigenze che non possono essere ignorate. Ogni donna è parte integrante di una propria realtà familiare che potrà inevitabilmente essere coinvolta dai risultati di uno screening, tale evenienza può risultare una risorsa importante da sfruttare (empowerment) affinché si realizzi una corretta fase di prevenzione, ma potrebbe, al contrario, rivelarsi un limite per le resistenze agli accertamenti che in alcune situazioni si possono avere.

In quest'ottica risulta fondamentale l'instaurarsi di una relazione di fiducia tra la donna e gli operatori sanitari impegnati nelle fasi dello screening, per realizzare tale obiettivo è indispensabile, come indicato in tutte le linee guida in tema di prevenzione, la conoscenza e l'applicazione delle basi del counselling.

L'applicazione di tale tecnica (counselling operazione) o solo il raggiungimento di una relazione che tenga

conto dei principi di base del counselling (counselling style), permetterebbe di assicurare in tutte le fasi tre requisiti fondamentali: l'informazione (informative counselling), l'azione di supporto (crisis counselling), la massima riservatezza.

Ruolo di importanza fondamentale per la buona riuscita di un piano di screening è quello degli addetti al prelievo ed alla gestione dei Consulenti familiari (ostetriche e ginecologi consultoriali), ma soprattutto quello dei medici di medicina generale, che oltre a sostenere la paziente nella gestione dell'ansia "da risultato" e dell'eventuale accertamento di 2° livello, hanno il compito di orientare le pazienti alla scelta di sottoporsi al prelievo con fiducia ed in tutta tranquillità.

Sia in un caso che nell'altro sarà necessario un approccio relazionale particolare, orientato ad ottenere fiducia ed il non meno importante consenso informato.

Quindi, nella stesura delle linee guida di tutti i programmi che si interessano di screening, siano essi per la prevenzione delle patologie oncologiche, che delle patologie cronico-degenerative, si considera sempre di più il counselling, quale mezzo necessario per assicurare una maggiore adesione ai piani di prevenzione stessi.

Per counselling si intende "un processo relazionale fondato su principi peculiari, caratterizzato dall'applicazione di abilità e strategie comunicative finalizzate all'attivazione ed alla riorganizzazione delle risorse individuali della persona per rendere possibili scelte e cambiamenti adattativi, percepite come difficili dalla persona stessa".

Il campo di applicazione di tale tecnica è molto vasto e non circoscritto al solo ambito sanitario; metodiche

Il Counselling sanitario: un modello bivalente.

COUNSELLING STYLE

metodo e qualità della comunicazione

E' un atteggiamento-comportamento nella relazione di aiuto e nel colloquio
Consiste in modalità e stile di interazione

E' **finalizzato** alla:

- captatio di attenzione, fiducia, stima...
- compliance
- cooperazione
- azione anti-ansia
- consenso

E' **centrato** su:

- personalità
- bisogni
- stato d'animo del paziente

Comporta:

- "immagine"
- comprensione
- simpatia e rispetto
- riservatezza

COUNSELLING OPERAZIONE

tecnica speciale

E' un processo sistematico e produttivo di conoscenza, motivazioni, disposizioni, azioni, condotta personale del paziente
E' una strategia tattica ed operativa

E' **finalizzato** a rendere possibile il cambiamento di comportamenti rischiosi, negativi per la vita, la salute, il benessere del paziente.

E' indispensabile l'adesione del paziente.

E' **centrato** sulla stimolazione e utilizzazione delle risorse del paziente (empowerment)

Comporta:

- accettazione incondizionata
- empatia
- considerazione positiva

basate su tale tipo di approccio relazionale sono applicate in economia, in ambito scolastico, ed in tutte quelle situazioni in cui ci sia da risolvere una problematica da parte di un'utenza che trova nel "counsellor" la persona che in qualche maniera permetta, fornisca la possibilità, di rendere chiare e percorribili le strade di un cambiamento e che in sostanza agevoli la risoluzione di tali problemi.

In verità l'utilizzo del counselling in ambito sanitario, medico in particolare, è abbastanza recente ed ha trovato il suo ideale campo di applicazione nella prevenzione dell'infezione da HIV e nella gestione del paziente con AIDS.

Infatti, il lungo periodo di latenza dei segni clinici di malattia, l'infezione totalmente asintomatica con la possibilità di trasmissione della stessa ad altri soggetti e non ultime le modalità di trasmissione del virus, hanno reso indispensabile l'individuazione di metodiche relazionali diverse dal semplice rapporto medico-paziente inteso in modo classico.

Tali metodiche relazionali sono capaci di agevolare la gestione delle cosiddette "categorie a rischio", nonché di limitare, il più possibile, i comportamenti considerati "pericolosi", in particolar modo nei giovani.

Il ricorso al counselling pre-test e post-test, nell'ambito della prevenzione dell'infezione da HIV, è stato quindi il passaggio obbligato nell'evoluzione dell'approccio a questa malattia; rendere possibile il cambiamento dei "comportamenti a rischio", doveva essere l'obiettivo primario da porsi, per limitare quella che in un primo momento appariva come una epidemia, difficilmente controllabile e contrastabile. Nasceva l'esigenza di un rapporto improntato "sull'empatia", ovvero sull'immedesimarsi nella problematica del soggetto che si aveva di fronte, senza essere accondiscendente sui comportamenti, ma anche senza esprimere alcun giudizio di tipo morale, in modo da non perdere il cliente-utente sia nell'adesione allo screening che nel possibile cambiamento di comportamenti a rischio.

E' auspicabile che la metodologia del counselling possa essere applicata ad altre situazioni quali:

- Comportamenti finalizzati al mantenimento della salute: PREVENZIONE.

In tal caso non ci si deve limitare alla sola prevenzione della patologia da HIV, ma si dovrà applicare in tutti i programmi di screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina, coloretali), ed in quelle circostanze dove è possibile porre in atto la prevenzione secondaria (ad esempio patologie epatiche ad eziologia virale), o in campi più articolati sotto l'aspetto socio-sanitario quali le tossicodipendenze e la dipendenza da alcool.

- L'accertamento diagnostico.

Un modello classico di applicazione del counselling è dato dall'accertamento diagnostico inteso non solo come attuazione degli screening, ma anche in quei casi che vanno da semplici indagini radiologiche, alla gestione di situazioni più complesse come l'attesa di responsi di TAC, risonanze magnetiche, etc.

In generale l'accertamento diagnostico è una situazione di incertezza, carica di stimoli ansiogeni, che spesso costituisce il primo passo nel processo di consapevolezza di malattia, e da quel momento può dipendere tutto il processo di adattamento.

Per poter porre in essere un intervento di counselling in questo ambito, è importante focalizzare gli obiettivi che devono riguardare:

- la strutturazione del processo decisionale del paziente;
- motivare il paziente stesso alla attuazione dell'accertamento;
- ridurre il più possibile l'ansia dell'esame e l'incertezza che contraddistingue l'attesa di una diagnosi;
- aumentare l'autocontrollo del soggetto.

Tutto ciò porta ad ottenere il consenso informato da parte del paziente, riducendo o eliminando quel senso di incertezza e diffidenza che spesso induce lo stesso a subire o ad accettare passivamente una scelta "imposta" dalle circostanze in cui si trova.

Per operare in tale senso è necessaria, da parte dell'operatore sanitario, una strategia operativa definita, che consta di fasi distinte e tutte ugualmente importanti come:

- informare il paziente dei motivi che rendono necessaria la prescrizione dell'accertamento in atto, il nome e le finalità dell'esame, le ipotesi diagnostiche preesistenti, le possibili alternative, i possibili risultati nonché i limiti ed i costi e benefici da cui l'accertamento stesso è caratterizzato;
- spiegare le modalità di esecuzione, la durata, la eventuale preparazione richiesta, le sensazioni più comuni durante l'esame, nonché effetti collaterali e rischi connessi all'attuazione della metodica e quali saranno presumibilmente i tempi in cui sarà disponibile il risultato;
- valutare in primo luogo la disponibilità a sottoporsi all'esame, la natura degli impedimenti all'adesione, le eventuali precedenti esperienze dirette o indirette, l'aspettativa verso l'esame ed il risultato, le implicazioni che tale risultato potrebbe determinare, gli aspetti che risultano più ansiogeni, nonché il punto di vista del paziente verso i costi ed i benefici, e soprattutto valutare le risorse disponibili per far fronte alla situazione;
- comprendere e mostrare comprensione riguardo ai sentimenti ed alle emozioni espresse dal paziente, ed anche riguardo al punto di vista soggettivo nella valutazione dei costi/benefici;
- fornire supporto mobilitando le risorse personali e

sociali, sottolineando, quando possibile, gli aspetti positivi della situazione.

La strategia in questione deve essere completata da aspetti importanti quali l'offrire sempre la propria disponibilità all'eventuale nuovo contatto per la gestione delle situazioni di crisi eventualmente presenti, fornendo rassicurazioni sempre realistiche, evidenziando le possibilità di intervento in base all'esito diagnostico.

- Ultima strategia operativa che si deve considerare è la valutazione di quanto è stato appreso con il colloquio, se permangono ancora dubbi e, infine, constatare l'effettiva disponibilità a sottoporsi all'esame.

In questa, come in tutte le condizioni dove è plausibile ed augurabile l'applicazione di tecniche di counselling, è necessario che l'operatore sanitario sia in possesso di abilità specifiche, orientate all'ottenimento della fiducia e della motivazione all'effettuazione dell'esame diagnostico da parte del paziente.

Bisognerà dare sempre informazioni corrette ed aggiornate, utilizzando un linguaggio chiaro, comprensibile e modulato rispetto all'utente che ha richiesto l'intervento; si dovranno tenere in grande considerazione contenuto, sentimenti, e significati di messaggi verbali e non verbali che il paziente ci comunica, tramite un ascolto attivo, rispecchiando quanto lo stesso paziente dice, tenendo sempre presente che, chi sta vivendo una situazione di disagio, per concedere fiducia, ha sempre bisogno di sentirsi capito ed ascoltato.

E' indispensabile saper approfondire gli aspetti ritenuti importanti, emersi durante il colloquio, focalizzando l'interesse del paziente tramite l'uso appropriato di domande aperte o chiuse finalizzate al raggiungimento degli obiettivi prefissati, stabilendo così una relazione empatica e supportiva.

In questa situazione l'operatore sanitario, ed il medico in particolare, trova degli ostacoli nell'immedesimarsi nella figura di counsellor, strettamente connessi alle difficoltà di aggiornamento sulle metodiche e sulle procedure diagnostiche il cui sviluppo è spesso incalzante; situazione che può determinare talvolta poca chiarezza nell'esposizione da parte del medico, non suscitando nel paziente la fiducia necessaria indispensabile per il buon esito del counselling.

Tale "nuovo" approccio con il paziente, passa sicuramente dall'utilizzo di un linguaggio appropriato, adattato al substrato culturale del paziente, nonché dalla considerazione in cui bisognerà tenere le componenti emotive della relazione.

Si deve evidenziare la difficile integrazione fra chi utilizza il counselling come intervento mirato o semplicemente chi adotta, anche inconsapevolmente, il "counselling style", con colleghi che spesso ignorano tali metodiche e che sono ancorati ad una visione classica della relazione medico-paziente, in cui l'atteggiamento dominante è quello di comando o potere, o al massimo di insegnamento e sufficienza nei confronti

dell'utente, acuendo la disparità, già di per sé spiccata, della relazione medico-paziente stessa.

- Comunicazione delle diagnosi.

La comunicazione della diagnosi è la principale applicazione del counselling. Nell'ambito della prevenzione è chiaro che questa è solo una fase di un più complesso intervento, che ha come obiettivo la gestione della risposta del paziente alla comunicazione di una diagnosi a volte "negativa" e che determinerà una modifica nel prosieguo della vita.

Nella prima citata campagna di screening per l'infezione da HIV, questa fase è quella che viene definita come counselling del post-test, che avrà ragione di essere solo se si è avuto un intervento prima dell'effettuazione del test diagnostico (counselling pre-test).

La preparazione del paziente ad un'eventuale sieropositività, dopo aver ascoltato e valutato i rischi a cui il paziente presume di essere stato esposto, è fondamentale per poter gestire al meglio la situazione, non certo piacevole, in cui si trovano in quel momento, sia il paziente, ma anche l'operatore sanitario.

In situazioni differenti dallo screening dell'infezione da HIV, il colloquio pre-test è spesso limitato alla raccolta di pochi dati anamnestici, è solitamente molto veloce e non necessariamente orientato al raggiungimento di un obiettivo.

Se si vuole utilizzare uno strumento come il counselling nella comunicazione della diagnosi non si può prescindere dall'aver chiaro un piano d'azione prima di incominciare; sarà altresì necessario cercare di capire quanto la persona già conosce e quale sia l'idea che si è fatto sui suoi eventuali disturbi.

E' importante capire da comunicazioni verbali e non verbali (atteggiamenti di chiusura, distrazione verso la problematica, gestualità), quanto l'interlocutore vuole in realtà sapere della propria condizione, per poi comunicare la diagnosi, personalizzando e condividendo le informazioni. In questo modo si facilita il paziente ad esprimere le proprie reazioni emotive, fornendogli supporto, quando necessario, a contenerle.

In una fase successiva si potranno valutare, insieme al paziente, le implicazioni della diagnosi oltre che constatare quali risorse personali e sociali egli potrà sfruttare per affrontare la situazione. E' possibile quindi aiutarlo a ripristinare il controllo della situazione per discutere e pianificare una specifica, comune, strategia d'intesa.

L'ultimo passaggio è la rivalutazione di quanto il paziente ha appreso della sua nuova condizione.

Bisogna chiarire che lo strumento counselling è quanto mai flessibile e si deve adattare alle diverse realtà, in maniera specifica.

In ultima analisi l'attività di counselling nella comunicazione della diagnosi era già stata inquadrata mirabilmente nello scritto di Howard P. Hogshead nel 1976

sul Journal of the Florida Medical Association che riportiamo:

1. Mantenetevi sul semplice
 2. Chiedetevi: "cosa significa questa diagnosi per questo paziente?"
 3. Incontratevi prima su "un terreno tranquillo"
 4. Non date tutte le notizie in una volta
 5. Date tempo alle domande
 6. Non discutete con la negazione
 7. Fate voi stessi delle domande
 8. Non distruggete tutte le speranze
 9. Non dite nulla che non sia vero
- ("L' arte di dare cattive notizie", Howard P. Hogshead, Journal of the Florida Medical Association, 1976, 63: 807)

- Counselling nella gestione della terapia.

Altro campo di possibile applicazione del counselling è quello della gestione della terapia.

E' noto che l'incidenza media della adesione ad una terapia si attesta intorno al 50%; con il termine adesione intendiamo "il grado in cui il comportamento di una persona coincide con le prescrizioni del medico", così che la non adesione può essere intesa in vario modo. E' possibile una non adesione assoluta a regimi curativi, ma anche una mancata adesione a regimi preventivi; può intendersi come non adesione, l'interruzione precoce della terapia, nonché errori nell'autosomministrazione o la riduzione intenzionale delle dosi.

In assoluto dobbiamo affermare, senza termini di smentita, che l'adesione ai regimi terapeutici non è facile da ottenere!

Gli obiettivi da prefiggersi sono l'ottenimento del consenso informato per la terapia oltre che l'adesione al trattamento.

Le strategie operative, utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi, sono le classiche di un intervento di counselling, individuate dagli step informazione, spiegazione, valutazione, verifica, nonché dall'aiuto ad affrontare eventuali ostacoli, facendo leva sulle risorse dello stesso paziente e indicandogli le strategie necessarie al raggiungimento dell'obiettivo.

Anche in questo caso sarà essenziale concordare un piano d'azione, concedendo qualche giorno di prova al paziente, per poter constatare e verificare l'adesione al trattamento, fornire ulteriori rinforzi per poi monitorare nel tempo l'adesione.

Le problematiche connesse sono relative all'utilizzo di un linguaggio appropriato, adattato al substrato culturale della persona, alla stima della quantità e del tempo dedicato alle informazioni sulla terapia, ed infine la valutazione della componente emotiva, sempre presente.

E' chiaro che l'utilizzo di un linguaggio troppo scientifico, con persone non tecniche ed esperte del settore, una sovrastima del tempo impiegato per l'informazio-

ne o una sottostima del bisogno di informazioni che un paziente richiede, sono tutti fattori limitanti l'adesione terapeutica. In genere una adesione migliore si ottiene nelle terapie sintomatiche, nelle patologie acute, mentre sia le patologie croniche che la profilassi e la richiesta di cambiamenti nello stile di vita, determinano una minore adesione.

Lo sviluppo delle metodiche di counselling nella pratica medica dovrebbero essere proprie di tutti gli operatori sanitari che in qualche modo si confrontano con i pazienti.

Il counselling, inteso come intervento strutturato, non è realisticamente un apporto di cui facilmente il medico si serve, spesso non per propria "colpa", ma perché questo genere di tematica non rientra negli aspetti formativi, in particolar modo universitari.

L'avvicinamento a questi argomenti è in genere più tardivo e corrisponde alla fase in cui è necessario sviluppare una relazione con i pazienti, che molto spesso è affidata esclusivamente al buon senso del medico.

Nell'ambito della medicina preventiva si è dedotto, come si conferma nella stesura di tutte le linee guida in campo di screening, che l'applicazione di metodiche di counselling facilita non poco l'adesione dei soggetti ai piani di screening stessi.

L'utilizzo del counselling o quanto meno del cosiddetto "counselling style" da parte dei medici, sarebbe essenziale se si vogliono raggiungere obiettivi di qualità dei servizi sanitari. Infatti, grazie alla divulgazione della cultura medica da parte dei mass-media, spesso non propriamente corretta, il paziente, oggi, non è più gestibile utilizzando modalità di raffronto impari.

Sono sempre più sporadici i casi in cui i pazienti si affidano totalmente alle cure dei sanitari senza una valutazione critica o senza un confronto attivo con il medico. Del resto è sempre meno accettata dal paziente la figura del medico con atteggiamento onnipotente, che impone e dirige senza tener conto delle problematiche varie che sono proprie del paziente stesso, che spesso ha bisogno di essere aiutato e supportato.

La ricerca di figure o di mezzi diversi dal medico, il ricorso alla rete Internet sempre più frequente per cercare la risoluzione di problemi sanitari, devono far riflettere il professionista sulla possibilità di modificare alcuni atteggiamenti che evidentemente mettono in crisi il rapporto con il paziente.

Dal punto di vista del medico una partecipazione paritetica del paziente, che comprende, piuttosto che accettare passivamente, sarebbe auspicabile, in quanto ciò faciliterebbe la compliance ai regimi terapeutici e profilattici, e sicuramente migliorerebbe la considerazione dello stesso paziente nei confronti del sanitario, visto non più come soggetto a cui sottoporsi, ma come una persona amica che lo "accompagna" verso la risoluzione dei problemi.

Folati e cancro: la “doppiezza” di un rapporto

16

M. Panunzio, V. Cipriani*

Direttore del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – ASL FG/3 Foggia.

*Direttore del Dipartimento di Prevenzione – ASL FG/3 Foggia.

OER

II SEZIONE

Come per il selenio, la dose è il crinale che discrimina gli effetti dei folati in rapporto alla salute e alla malattia. Ed in particolare, il binomio folati/cancro esprime in maniera chiara questa “doppiezza”: a basse dosi (fisiologiche) i folati sono protettivi, ad alte provocano il cancro. Portati come siamo ad esemplificare il rapporto quantità/qualità (se una cosa fa bene a piccole dosi, a dosi più elevate non può che far maggiormente bene e più velocemente, specie se si tratta di una vitamina!), non riconosciamo il limite che caratterizza l'intima relazione che si instaura tra il nostro organismo ed i micronutrienti.

Nel lavoro vengono esaminate le motivazioni biochimiche e fisiologiche di tale “doppiezza”.

Introduzione

Molti micronutrienti vengono definiti come dei “Giano Bifronte” per evidenziare la proprietà di effetti opposti in relazione ai livelli di assunzione. L'acido folico ha mostrato anch'esso di possedere tale proprietà.

La carenza di folati può essere associata ad un aumentato rischio di leucemia e di cancro del colon, della cervice uterina, del pancreas, dell'esofago, del fegato e della mammella. Uno stato cronico di carenza di folati, infatti, può promuovere mutazioni nel DNA e inattivare i geni tumor-suppressor. Nell'uno e nell'altro caso, si può avere la comparsa del cancro.

Mentre, un'assunzione pari a quella dei livelli raccomandati di questa vitamina B può offrire un'ottima arma di difesa contro molti cancri, inclusi quelli del colon e della mammella. Tale effetto protettivo è ancora più forte in quelle persone che hanno un rischio aumentato di deficit di folati, come nei fumatori e negli alcolisti o in coloro che sono geneticamente predisposti alla carenza di folati. Tuttavia, la supplementazione a dosi elevate di folati può promuovere la crescita tumorale nelle culture cellulari cancerose e negli animali da esperimento che hanno un cancro.

La comprensione del limite, estrinsecato fenomenologicamente nella “dose”, è nello studio del singolo nutriente, negli aspetti biochimici, di assorbimento e biodisponibilità. Se vogliamo, quindi, capire il comportamento “bizzarro” dell'acido folico, dobbiamo rifarci a tali aspetti che, seppur brevemente, esaminiamo di seguito.

Generalità sui folati

I folati, che sono un derivato dell'acido folico, sono pre-

senti in natura in diverse forme. L'acido folico consiste in un anello pterino legato all'acido p-aminobenzoico coniugato con l'acido glutammico. Il composto è stabile nelle soluzioni acide, poco solubile in acqua, ma instabile in mezzo alcalino o neutro.

Nei tessuti umani e nei fluidi, l'acido folico è presente principalmente come derivato del monoglutammato, e presiede ad un gran numero di funzioni metaboliche che coinvolgono il trasferimento di un gruppo carbonico in posizione N-5 o N-10 ad altri composti.

Il poligluttammato folico può essere un coenzima attivo all'interno della cellula. In alcune reazioni che comportano la sintesi di purine e pirimidine, i folati vengono ossidati alla forma diedro. L'enzima diidrofollato-reduttasi riduce il diidrofollato alla forma tetraedro. Vi è, nel ruolo dell'acido folico come coenzima, una rottura irreversibile del legame C9-C10. Ciò aumenta durante il turnover del DNA quando ci sono richieste extra di acido folico. Le reazioni nelle quali l'acido folico è coinvolto comprendono le interconversioni degli aminoacidi e la sintesi del DNA.

I folati forniscono i gruppi metilici per molte reazioni di transmetilazione. Ciò viene ottenuto dalla conversione della 5,10-metilene-THF a 5-metil-THF, che viene ritenuta dalla omocisteina metilasi a metionina dalla metionina sintetasi, che è un enzima vitamina B12 dipendente.

I folati poligluttammati sono la principale forma di acido folico intracellulare, e non vengono trasportati al di fuori della membrana cellulare. Pertanto, il metabolismo degli pteroilmonoglutammati a poligluttammati consente alla cellula di concentrare i folati.

Assorbimento

Molti folati presenti negli alimenti si trovano nella forma di poligluttammati. Le forme dietetiche dei folati sono tipicamente coniugate, così che la digestione luminale a monoglutammati precede l'assorbimento da parte della membrana, che è una fase dose-limitante.

Il contenuto del succo gastrico e duodenale non sembra che idrolizzi la catena peptidica γ -glutammica. L'assorbimento è molto più efficiente nel duodeno prossimale. Gli enzimi dell'epitelio intestinale sono delle carbossipeptidasi dell'acido γ -2-glutammico.

Nell'uomo vi sono due distinte attività di coniugasi dei folati, uno nell'epitelio a spazzola, l'altro nelle cellule (lisosomiali). L'enzima dell'epitelio a spazzola è quel-

lo più importante, con un pH ottimale tra 6,5 e 7,0, ed è un esopeptidasi che richiede lo Zn^{2+} . Questo enzima può essere inibito dall'alcol e ciò può essere importante nel deficit dell'acido folico quando vi è un abuso di alcol. La salazopirina utilizzata nella colite ulcerosa può avere un effetto simile. L'idrolasi intracellulare ha un pH ottimale di 4,5 ed è una endopeptidasi e non richiede la presenza di metalli. L'assorbimento intestinale di poliglutammati è molto efficiente.

I folati monoglutammici sono inizialmente assorbiti mediante carriers, sebbene con un meccanismo passivo. L'assorbimento può avvenire con meccanismi saturabili e non-saturabili. Gli studi sulle vescicole membranose hanno dimostrato che il pH agisce sia sui componenti saturabili che su quelli non-saturabili, probabilmente mediante lo scambio di anioni (ioni folati/idrossifolati). Un ambiente moderatamente acido nel lume intestinale facilita l'assorbimento. Successivamente, i folati vanno incontro nella cellula a reazioni di riduzione, metilazione e formulazione. Ciò può influenzare la velocità di rilascio dell'acido folico assorbito. Nel latte i folati coniugati con la proteina di trasporto vengono assorbiti dall'ileo. Ciò è importante nell'allattamento degli animali.

L'acido folico è depositato nel fegato ad una concentrazione di circa 5-15 mcg/g.

Deficit

I deficit di acido folico riconoscono diverse cause:

- dietetiche
- da malassorbimento, come nel caso della malattia celiaca
- da eccessi di richiesta, come nell'aumento della proliferazione cellulare, ad esempio nelle leucemie
- da interferenza di farmaci, come gli anticonvulsivanti
- da difetti congeniti del metabolismo dell'acido folico

Il deficit di acido folico è importante causa dell'anemia megaloblastica. La relazione funzionale tra acido folico e vitamina B12 è nella metiltransferasi tetraidropterilglutammati che interessa i folati intracellulari. Lo sviluppo di un deficit cellulare porta ad una riduzione nella sintesi delle purine e delle pirimidine. È ridotta anche la formazione di globuli rossi nel midollo con la conseguente anemia megaloblastica.

Determinazioni dell'acido folico

Fino a poco tempo fa, una tecnica molto efficace di misurazione dell'acido folico si basava sul metodo di assorbimento, ora, invece, le misurazioni con cromatografia liquida ad alta pressione forniscono risultati coerenti (univoci).

Il modo migliore di misurare lo status dei folati è quello di determinare la concentrazione nel siero e nei globuli rossi. I folati dei globuli rossi sono la migliore stima

dello status a lungo termine, e riflettono le scorte del nostro organismo. Se la concentrazione è inferiore a 100 ng/ml, il soggetto può essere considerato in situazione carenziale. Il limite di concentrazione per i folati sierici è di 3 ng/ml.

Livelli raccomandati

L'U.E. raccomanda una assunzione giornaliera di 200 microgrammi di folati. Per ottenere tale livello è molto semplice: basta avere una dieta varia, basata sui vegetali (a foglia verde, broccoli e cavoli), frutta (arance), semi, prodotti integrali. Le donne incinte, e quelle che desiderano una gravidanza, devono assumere 400 mcg di acido folico, il doppio dei livelli raccomandati.

Supplementazione di folati

Mentre la carenza di folati può essere evitata, la supplementazione ad alte dosi deve essere attentamente valutata. Sebbene non vi siano ancora prove sull'uomo, alte dosi hanno mostrato di accelerare la proliferazione cellulare e la crescita tumorale negli animali da esperimento. Inoltre, grandi assunzioni di folati possono mascherare deficit di vitamina B12 che possono portare ad alterazioni nervose permanenti se non vengono trattate. Mentre il rapporto folati/cancro è ancora non ben chiarito, l'associazione della vitamina ad altre patologie è ben documentata. I folati sono ben conosciuti per la prevenzione di malattie nel feto, essendo essenziale per lo sviluppo del cervello e del midollo spinale. Possono anche prevenire la malattia cardiaca riducendo il livello di omocisteina (fattore di rischio per il cuore) nel sangue.

Conclusioni

Le ricerche in ambito nutrizionale danno sempre più importanza alle dosi e alla interazione tra micronutrienti. Una dieta varia ed equilibrata (ricca, ad esempio, di frutta, verdura, liliacee, crocifere, ecc.) è in grado di fornire micronutrienti e fattori di protezione capaci di proteggere la nostra salute. Gli alimenti sono, generalmente, miscele complesse di molecole che non è possibile rinchiudere in pillole. Tuttavia, in alcune condizioni di deficit, come abbiamo visto per l'acido folico, è necessaria la somministrazione di alcuni micronutrienti o associazione di essi. Associazione che deve essere supportata da precise motivazioni biochimiche e nutrizionali.

Pertanto, assunzioni di vitamine e sali minerali al di fuori di situazioni carenziali dimostrabili sono da evitare, così come da evitare sono quei cocktail "tutti in uno" che racchiudono in una pillola la gran parte di vitamine e minerali.

Sistema Informativo per le Malattie Professionali

20

M. Carbonara, L. Bisceglia, Assennato G.

DIMIMP - Sezione di Medicina del Lavoro, Università di Bari

OER

Negli ultimi anni, in diversi Paesi, sono stati sviluppati dei sistemi attivi di sorveglianza sulla patologia professionale ad integrazione delle informazioni fornite dai sistemi codificati per legge.

Il primo progetto di sistema informativo realizzato in Gran Bretagna per la sorveglianza epidemiologica delle malattie lavoro-correlate è stato il programma SWORD (Surveillance of Work Related and Occupational Respiratory Diseases). Si tratta di un progetto di sorveglianza delle patologie respiratorie occupazionali che ha l'obiettivo di costituire un sistema di controllo e di semplice ricerca epidemiologica. In collaborazione con The Society of Occupational Medicine e The British Thoracic Society, gli specialisti in Medicina Occupazionale e Medicina dell'Apparato Respiratorio di tutta la Gran Bretagna sono stati invitati a riportare regolarmente i nuovi casi di malattia polmonare lavoro-correlata. Uno dei maggiori punti di forza è il fatto che, dal momento che vi è un alto livello di copertura nazionale da parte dei pneumologi e sono disponibili le stime della popolazione lavorativa a rischio, possono essere calcolati i tassi di incidenza per età, sesso, regione e occupazione. All'interno del programma SWORD è stato avviato anche un sistema informativo relativo ai tumori cutanei occupazionali: EPI-DERM.

In seguito sono stati realizzati altri schemi di sorveglianza per patologie respiratorie occupazionali limitati però a popolazioni più piccole, come il programma SENSOR (Sentinel Event Notification System for Occupational Risks), avviato negli Stati Uniti ad opera del CDC - National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) nel 1987, finalizzato alla individuazione, controllo e prevenzione dell'asma professionale. La principale fonte di dati è rappresentata dai referti medici; vengono inoltre utilizzate le schede di dimissione ospedaliera. I componenti dello staff addetto alla sorveglianza raccolgono informazioni aggiuntive su ogni paziente (es. una dettagliata anamnesi personale e lavorativa) e organizzano attività di prevenzione e di intervento rivolte al singolo lavoratore, ai medici, ai sindacati e ai luoghi di lavoro potenzialmente a rischio. Sono stati valutati i casi di asma occupazionale raccolti dai dipartimenti di sanità di California, Massachusetts, Michigan e New Jersey dal gennaio 1993 al dicembre 1995, per un totale di 1.101 casi. In Michigan sono state anche condotte campagne di monitoraggio ambientale in diversi contesti produttivi. I dati ottenuti non solo confermano le cause d'asma note ma identificano anche nuove cause putative (per es. detergenti, oli da taglio dell'industria metalmeccanica): tuttavia, il sistema di

rilevazione affidato al riconoscimento dell'eziologia professionale dell'asma da parte dei medici sembra sottostimare il fenomeno.

In Quebec è stato realizzato uno studio per valutare la fattibilità dell'implementazione di un sistema di sorveglianza di malattie respiratorie occupazionali basato sui referti medici (PROPULSE): è stato chiesto agli specialisti pneumologi ed allergologi di riportare i casi incidenti di patologie respiratorie suggestivi di avere un'eziologia professionale, su base mensile, in un periodo compreso tra il mese di ottobre 1992 e il mese di settembre 1993. Per ogni caso, sono state raccolte informazioni sul singolo paziente e l'opinione del medico circa la relazione con l'esposizione professionale. Il tasso di partecipazione (68%) dimostra come sia possibile attivare un monitoraggio siffatto come parte di un più articolato sistema di sorveglianza, al fine di garantire ulteriori fonti di informazioni per la comprensione del fenomeno delle patologie respiratorie di origine professionale.

Per quanto riguarda il nostro Paese, nella Regione Piemonte è stato avviato un programma di sorveglianza (PriOR) delle esposizioni e degli effetti negativi sulla salute in ambito occupazionale con l'obiettivo di sperimentare e rendere disponibili ai servizi di salute e sicurezza sul lavoro metodologie e strumenti volti ad individuare i casi di malattie lavoro-correlate al momento sottonotificati (sorveglianza delle malattie) e stimare l'esposizione a fattori di rischio occupazionali (sorveglianza dei fattori di rischio). Il sistema si fonda sulla ricerca attiva nei reparti ospedalieri di casi di neoplasie dei seni paranasali, mesoteliomi pleurici e pericardici, asma bronchiale e dermatiti da contatto (le ultime due patologie solo se associate a ipersensibilità a sostanze presenti nell'ambiente di lavoro). Il sistema è stato disegnato per migliorare la capacità dei servizi di prevenzione della regione nell'identificazione attiva dei casi di malattia correlati all'occupazione.

Recentemente sono stati realizzati anche progetti che si basano sull'utilizzo di statistiche sanitarie correnti e di informazioni di natura professionale. Un prototipo è stato messo a punto dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano limitatamente al settore delle patologie oncologiche di sospetta origine industriale nell'ambito di uno specifico progetto per l'ISPEL: i dati dei registri tumori di popolazione vengono linkati con le informazioni occupazionali ottenute dall'INPS. Il sistema informativo così organizzato è risultato efficace, in grado di individuare la maggior parte dei rischi noti per molti dei comparti presi in considerazione e di valutare il rischio di tumore attribuibili-

III SEZIONE

Malattie professionali

le alle esposizioni professionali specifico per sede di neoplasia e per comparto produttivo. Si sottolinea, soprattutto, la capacità del sistema di mettere in evidenza nuove associazioni e di generare ipotesi relative alla eziologia professionale delle neoplasie.

Il progetto "Sistema Informativo per le Malattie Professionali" si pone l'obiettivo di validare il funzionamento del modello proposto su altre popolazioni di aree geografiche italiane coperte da un Registro tumori e realizzare un sistema di monitoraggio dei rischi lavorativi tramite l'utilizzo congiunto di banche dati quali il Registro delle Cause di Morte, i Registri Tumori e l'Archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per avviare un'attività di linkage tra le informazioni generate dalle statistiche sanitarie correnti e le informazioni di natura occupazionale. Le Unità di ricerca impegnate sono: l'Università degli Studi di Bari; l'Università di Genova; l'Università di Trieste; l'Università di Padova; l'Università di Perugia e l'Università di Camerino, l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

In particolare si intende:

- procedere alla costituzione di un sistema informativo per l'identificazione di situazioni di rischio, basato sul linkage tra banche dati sanitarie e banche dati di enti previdenziali;
 - realizzare un Registro delle Patologie Professionali nazionale presso l'ISPESL;
 - ottenere l'identificazione in specifici comparti occupazionali di ambiti professionali ad elevato rischio;
 - monitorare la comparsa di nuovi rischi professionali e il modificarsi dei rischi attuali in base al cambiamento delle lavorazioni;
 - generare ipotesi relative alla eziologia professionale delle varie patologie in esame;
 - definire interventi di prevenzione e/o indagini analitiche mirate alla conferma delle ipotesi eziologiche formulate;
 - fornire nel tempo uno strumento di valutazione complessiva dell'efficacia di interventi mirati a migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - realizzare un atlante sui rischi professionali con link alla letteratura e al Progetto OCCAM, consultabile su CD-ROM.
- Il progetto si articola in due fasi. Nella prima fase le banche dati saranno integrate inizialmente solo dagli archivi

informatizzati INPS, che dal 1974 riportano i contributi previdenziali versati dai lavoratori dipendenti delle imprese private, classificate secondo il ramo di attività economica. In futuro si prevede l'utilizzo di altre banche dati relative a differenti settori occupazionali.

Il disegno dello studio è di tipo caso - controllo: i casi comprenderanno tutti i soggetti di età compresa fra 35 e 69 anni, al fine di limitare il confondimento dovuto all'eventuale eziologia non professionale, residenti nelle aree coinvolte nel progetto con le seguenti patologie: malattie respiratorie, neoplasie, traumatismi e avvelenamenti, malattie neurologiche, malattie dermatologiche.

I controlli saranno campionati in modo randomizzato nelle rispettive basi di dati dell'Anagrafe Sanitaria Regionale, appaiati per età e sesso ai casi in rapporto di 4:1. Tale rapporto è tarato sulla patologia più frequente tra quelle in studio rispettivamente nei soggetti di sesso maschile e in quelli di sesso femminile.

A causa delle differenti disponibilità di dati delle varie realtà e delle disomogeneità demografico-territoriali, il contributo informativo dei centri partecipanti è diverso ed è illustrato nella tabella 1.

Sui dati personali sarà applicato un algoritmo in grado di ricostruire il Codice Fiscale (C.F.) individuale sulla base delle variabili anagrafiche dell'individuo (Cognome, nome, data e comune di nascita). Il C.F. permetterà di interfacciare i dati ottenuti con le basi dati disponibili presso l'INPS e quindi di ottenere i dati relativi alla occupazione individuale, tenuto conto che le imprese sono classificate secondo il ramo di attività economica.

Il linkage complessivo prevede un numero massimo di 120.000 ricostruzioni di storie lavorative.

Il trattamento dei relativi personali, tutelato dalla legge n°675/96, è legittimato dalla attuale normativa sul trattamento di dati sensibili riguardanti i Registri di Patologia, in quanto attività di "rilevante interesse pubblico" come riportato nel DL 11/5/1999 n°135 ed in particolare nell'art. 17. Per effettuare il linkage descritto saranno utilizzati programmi di analisi automatica realizzati in ambiente SAS dal dottor Paolo Crosignani dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano. Per ogni patologia, per sesso e per comparto produttivo saranno calcolati i rischi relativi, grezzi e stan-

Tabella 1. Contributo informativo dei centri partecipanti al progetto.

Centri	Fonti	
	Registro Mortalità	SDO
Puglia	Regione 1998-1999	1998-1999
Liguria	Regione 1994-1996	
		Comune Genova 1988-1995* Comuni Prov. Genova 1991-95
		Registro Mesoteliomi 1993-1999
Umbria	Regione 1994-1996	1994-1995
Veneto	Regione 1995-1996	1988-1994
Macerata	Provincia 1991-1999	1990-1995
Friuli	Regione 1996-1998	1996-1998

standardizzati per età; le analisi saranno ripetute selezionando la tipologia occupazionale sulla base del modello colletti blu/colletti bianchi. Il calcolo dei rischi relativi sarà effettuato adattando un modello di regressione logistica. Dal momento che il linkage con le informazioni occupazionali sarà effettuato, in una prima fase, con la base di dati dell'INPS, non saranno, evidentemente, presi in considerazione il lavoro sommerso, il comparto dell'Artigianato, quello dell'Agricoltura e neppure quello del Pubblico Impiego.

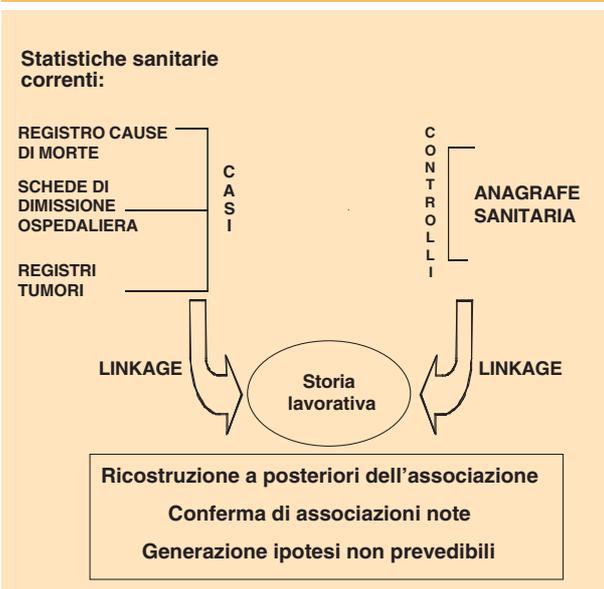
Nella seconda fase proseguirà l'attività di linkage tra i dati dell'INPS e le banche dati sanitarie correnti. Sulla base dei risultati delle analisi e dei prodotti intermedi ottenuti si opererà per costruire un prototipo di sistema e si procederà a studiare l'associazione tra storia professionale e rischio di malattia in alcuni dei comparti produttivi esaminati, secondo le priorità emerse dai risultati dell'indagine. In questa seconda fase verrà introdotto tra le basi di dati sanitarie anche l'Archivio delle SDO. L'interesse per questa fonte informativa nasce innanzitutto dal fatto che si tratta di dati correnti e facilmente disponibili, in quanto costituiscono un flusso amministrativo ormai stabile e pluriennale. La facilità con cui è possibile ottenere questo tipo di dati, la continuità del loro flusso negli anni, la "completezza territoriale", la quantità e nominatività permettono il loro utilizzo per indagini che prevedano una elevata numerosità campionaria, consentendo l'incrocio sistematico con altre basi di dati, in un progetto di monitoraggio stabile dei rischi occupazionali. I dati ottenuti dalle SDO sono, però, di tipo amministrativo: le variabili sociodemografiche (cognome, nome, codice fiscale, codice sanitario regionale, data di nascita e comune di residenza), con buona approssimazione, sono le uniche informazioni accurate e precise estrapolabili dalla SDO, proprio perché direttamente collegate agli aspetti amministrativo - finanziari dell'azienda sanitaria.

Pertanto, l'utilizzo delle SDO a fini epidemiologici nella prospettiva della valutazione di prevalenza e di incidenza di malattia e della ricerca preferenziale di ambiti professionali nei quali la patologia si determina, con il concorso di dati originati da banche dati diverse dalle SDO stesse, richiede, in via preliminare, la messa a punto di una serie di strategie di validazione, attualmente non disponibili. L'impiego è al momento circoscritto alla possibilità di avviare attività di valutazione case by case e progetti pilota fondati su patologie di rilevanza in ambito occupazionale (es. tumori polmonari, vescicali, epatici). Sempre in questa fase, saranno avviate alcune procedure per la messa a punto di soluzioni tecnologiche finalizzate alla presentazione multimediale dei dati attraverso un WEBCD, ovvero un supporto multimediale organizzato in forma di ipertesto navigabile internamente con dei collegamenti verso uno/più siti esterni.

Bibliografia

1. Sorock G S, Smith G S, Reeve G R et al. Three Perspectives on Work-Related Injury Surveillance Systems. *Am J Ind Med*, 1997 Aug; 32 (2): 116-28.
2. Fontus H M, Levy B S. Physician-based surveillance of occupational disease: developing a methodology. *J Occup Med* 1987 Aug; 29 (8): 688-91.
3. Mergler D. Combining quantitative and qualitative approaches in occupational health for a better understanding of the impact of work-related disorders. *Scand J Work Environ Health* 1999; 25 Suppl 4: 54-60
4. Meyer J D, Holt D L, Cherry N M et al. SWORD '98: surveillance of work-related and occupational respiratory disease in the UK. *Occup Med*, 1999 Nov; 49 (8): 485-9
5. Baker E. IV Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR): the concept. *Am J Public Health* 1989; 79: Suppl 18-20.
6. Rosenman K D, Reilly M J, Kalinowski D J. A state-based surveillance system for work-related asthma. *J Occup Environ Med* 1997 May; 39 (5): 415-25.
7. Jajosky R A, Harrison R, Reinisch F et al. Surveillance of work-related asthma in selected U. S. states using surveillance guidelines for state health departments -- California, Massachusetts, Michigan and New Jersey, 1993-1995. *Mor Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ* 1999 Jun 25; 48 (3): 1-20.
8. Provencher S, Labreche F P, De Guire L. Physician based surveillance system for occupational respiratory diseases: the experience of PROPULSE, Quebec, Canada. *Occup Environ Med* 1997 Apr; 54 (4): 272-6.
9. Mirabelli D, Bena A, D'Errico A et al. Epidemiological surveillance of occupational pathology: a program of the Piedmont region (PriOR). *The PriOR Protection Group. Epidemiol Prev* 1998 Oct-Dec; 22 (4): 212-20.
10. Crosignani P, Caldani F, Cavuto S., et al. Sistema informativo per la rilevazione dei tumori di sospetta origine professionale basato sui registri tumori italiani nell'ambito del piano di attività di ricerca ISPEL 1995-1998: Relazione per il primo anno di attività. Istituto Naz. Per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano (ed.), Milano, 1998.
11. Crosignani P, Audisio R., Belletti I. et al.: Sistema informativo per la rilevazione dei tumori di sospetta origine professionale basato sui registri tumori italiani nell'ambito del piano di attività di ricerca ISPEL 1995-1998: Relazione per il secondo anno di attività. Istituto Naz. Per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano (ed.), Milano, 1999.

Figura 1. Studi di record-linkage.



I sette progetti dell'Osservatorio

Il convegno "Sistema Informativo per le Malattie Professionali", tenutosi nei giorni 10 e 11 luglio presso la Masseria "Parco di Castro" di Speciale di Fasano (BR), organizzato dalla Sezione di Medicina del Lavoro del D.I.M.I.M.P. dell'Università di Bari, dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia e dall'AUSL BR/1, è stata l'occasione per fare il punto della situazione sui 7 progetti di ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, approvati con DPR 23/04/1998, nell'ambito dei Piani di disinquinamento per il risanamento delle aree di crisi ambientale delle province di Brindisi e Taranto.

Sono intervenuti: M. Saccomanno, Assessore all'Ambiente ed Ecologia della Regione Puglia, G. Assennato, S. Barbuti, V. Lepore, G.M. Ferri e B. Paradiso dell'Università di Bari, P.L. Lopalco dell'Università di Foggia, D. Lagravinese, A. Ardizzone, M. Caroli, V. Martucci, G. Spagnolo della AUSL BR/1, M. Conversano, F. Bailardi, S. Minerba della AUSL TA/1, F. Quarta e G. Piccino delle AUSL LE/1 e LE/2, i componenti delle Unità Operative del progetto ISOD: M. Carbonara (Bari), P. Crosignani (Milano), F. La Rosa (Perugia), G. Nedoclan (Trieste), F. Pannelli (Camerino), G. Vercelli (Genova), M. Vercelli (Genova), P. Zambon (Padova), i medici di base afferenti ad ISOD: F. Faccecchia (Mesagne) e G. Misciagna (Castellana Grotte) e la rete degli anatomici patologi: S. Vannini (Milano), M. Albrizio (Bari), E. D'Ambrosio (Lecce) e F. Di Ridolfo (SVIM Service, Bari).

Nella giornata del 10 e nella mattinata del giorno 11 si è svolto l'Incontro delle Unità Operative del progetto interuniversitario "ISOD" (Sistema Informativo per le Malattie Professionali) - del quale riportiamo a parte i contenuti - mentre nel pomeriggio del giorno 11 si è discusso dei 7 progetti promossi dall'Osservatorio Regionale della Puglia ed è stato illustrato dal dott. Pier Luigi Lopalco il CD-ROM "ATLASS" (Atlante dei Servizi Sanitari e dello Stato di Salute).

In numerose occasioni su questo Notiziario è stato illustrato lo stato di avanzamento dei 2 progetti inerenti il Registro Tumori Jonico-Salentino, per cui riteniamo opportuno, in questa sede, riportare una breve descrizione degli altri 5 progetti.

I Progetti di Taranto

Monitoraggio sanitario dei lavoratori della raffineria e del centro siderurgico di Taranto

Responsabile Scientifico e Coordinatore della Ricerca: Prof. Giorgio Assennato

Obiettivi: Valutare i possibili effetti sulla salute dei lavoratori, causati dalla esposizione a sostanze genotossiche.

Descrizione: Il progetto prevede un'indagine trasversale sugli indicatori biologici di dose, effetto e suscettibilità, caratterizzando gli attuali livelli di esposizione occupazionale ad IPA in cokeria; uno studio di mortalità retrospettivo che riguarda la coorte di lavoratori occupati nel polo siderurgico.

Indagine sulla prevalenza di indicatori biologici di esposizione, di dose biologicamente efficace e di polimorfismo genetico nella popolazione dell'area industriale di Taranto

Responsabile Scientifico: Prof. Giorgio Assennato

Coordinatore della Ricerca: Dott. Giovanni Maria Ferri

Obiettivi: Valutare i livelli di esposizione ambientale ad IPA in campioni di popolazione, attraverso l'associazione fra luogo di residenza attuale in aree geografiche a diversa distanza dall'area industriale di Taranto e indicatori biologici di dose interna, dose biologicamente efficace e di suscettibilità.

Descrizione: I soggetti in studio sono costituiti da un gruppo di genitori di alunni residenti nei quartieri "Tamburi" e "Statte-Paolo VI" di Taranto posti a ridosso del polo siderurgico e da un gruppo di controllo costituito da residenti nei paesi di Alberobello e Locorotondo, ritenuti rappresentativi di esposizioni ambientali ad IPA estremamente basse.

Indagine sulla correlazione tra inquinamento atmosferico e tra mortalità a breve termine e ricoveri ospedalieri per malattie respiratorie

Responsabile Scientifico: Prof. Giorgio Assennato

Coordinatrice della Ricerca: Dott.ssa Lucia Bisceglia

Obiettivi: Stima degli effetti a breve termine sulla popolazione da inquinamento atmosferico

Monitoraggio dell'efficacia degli interventi del piano di risanamento.

Descrizione: Lo studio viene condotto esaminando le variazioni di mortalità e di ricoveri ospedalieri su base giornaliera per tutte le cause e per patologie respiratorie e cardiovascolari in relazione alle variazioni delle concentrazioni degli inquinanti monitorati allo scopo di individuare la presenza di una eventuale correlazione.

I Progetti di Brindisi

Monitoraggio dei lavoratori del polo petrolchimico

Responsabile Scientifico e Coordinatore della Ricerca: Prof. Giorgio Assennato

Obiettivi: Realizzare un'indagine conoscitiva sugli effetti dell'esposizione occupazionale alle sostanze mutagene e cancerogene presenti nel polo petrolchimico di Brindisi; stimare il rischio di mortalità nella coorte dei lavoratori del polo petrolchimico, in particolare per patologie neoplastiche

Descrizione: Lo studio viene condotto sui lavoratori del polo petrolchimico di Brindisi che risultano esposti a differenti sostanze genotossiche al fine di realizzare una indagine per verificare l'esistenza di una associazione tra l'esposizione a tali sostanze ed effetti nocivi sulla salute

Indagine sulle abitudini di vita ed alimentari nella provincia di Brindisi

Responsabile Scientifico e Coordinatrice della Ricerca Dott.ssa Margherita Caroli

Obiettivi: Valutazione dei rischi sanitari e tutela della salute pubblica in relazione ai comportamenti di vita ed alimentari

Descrizione: Lo studio viene condotto tramite somministrazione di questionari ad hoc a campioni rappresentativi della popolazione della provincia di Brindisi al fine di realizzare una mappatura delle conoscenze in ambito nutrizionale per aree geografiche e per età.

A. Lo Izzo

DIMIMP - Sezione di Medicina del Lavoro, Università di Bari

A proposito di farmacovigilanza...

24

reazioni avverse a farmaci (ADR :adverse drug reaction)

M.E. Faggiano, M.R. Dibartolomeo* , M. Lattarulo

Servizio di Farmacia A.O. Policlinico Consorziale - Bari

*Delegato Responsabile per la Farmacovigilanza del Policlinico di Bari

OER

Qualità ed Organizzazione sanitaria

IV SEZIONE

Prima che un principio attivo sia approvato dall'Autorità governativa, o quando è sperimentato per nuovi utilizzi visto che il dosaggio terapeutico non è ancora stabilito "tutte le risposte indesiderate e nocive provocate da qualsiasi dosaggio devono essere prese in considerazione", sempre che sia possibile una correlazione causale tra il prodotto medicinale considerato e la stessa reazione avversa. Se il prodotto medicinale è già in commercio, la definizione di ADR si trasforma in "risposta nociva e non voluta che si verifica ai dosaggi normalmente impiegati nell'uomo per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per modificare funzioni fisiologiche". Il ruolo di un farmaco nella comparsa di un evento indesiderato può essere un classico processo diagnostico a tutti gli effetti in quanto:

1. È una diagnosi differenziale, dovendo escludere che altri siano i fattori causa dell'ADR.
2. È una diagnosi differenziale non semplice, perché le ADR possono insorgere attraverso le stesse vie fisiologiche e patologiche delle normali malattie. Infatti, molte delle reazioni avverse non rappresentano eventi clinici sconosciuti e nuovi, ma sintomi o segni già conosciuti e classificati, che vanno da banali effetti a malattie specifiche e gravi. Ad esempio, lo stesso evento (es. vomito o tosse) può essere prodotto da numerosi farmaci, ma anche da cause non farmacologiche; lo stesso farmaco può produrre più di una reazione avversa; il farmaco che evoca una data reazione avversa può variare in base a vari fattori (età della popolazione, indicazioni approvate per il farmaco, abitudini prescrittive); l'eziologia, la fisiopatologia e la frequenza di molti eventi comuni sono ancora ignoti. E' possibile, poi, che l'effetto inatteso compaia dopo che il farmaco è stato assunto continuativamente per lungo tempo; basti pensare alla cloroquina, che avendo particolare affinità per la melanina, può accumularsi nell'epitelio corneale, causando nel 30-70% dei pazienti cheratopatia, e nella retina retinopatia pigmentosa e cecità, oppure all'ipotiroidismo che insorge dopo anni di trattamento dell'ipertiroidismo con iodio radioattivo.
3. È un riconoscimento soggettivo ed impreciso, complicato dal fatto che talvolta è impossibile stabilire una connessione fra farmaco ed ADR, per la difficoltà di trovare un accordo tra i metodi standardizzati di valutazione di causalità e le valutazioni personali dei medici.
4. È una diagnosi eziologica che si basa sull'evidenza

a favore o meno di una relazione temporale fra farmaco ed insorgenza dell'evento indesiderato. Il criterio cronologico è di gran lunga quello più importante, quello più ovvio e quello meno opinabile per collegare l'evento al farmaco. E' evidente che un evento avverso che insorga prima di iniziare un trattamento non può essere dovuto al trattamento. Al contrario, quando un evento compare dopo alcuni minuti o ore dalla somministrazione del farmaco, vi è una buona probabilità che esso sia imputabile al farmaco. Se l'intervallo è di alcuni giorni o settimane, la probabilità che il farmaco ne sia la causa dipenderà dall'evento. Il decorso della reazione avversa nel tempo è un altro elemento importante da tenere presente. Se una reazione avversa scompare durante il trattamento ha poche probabilità di essere causata dal farmaco. Le probabilità aumentano se l'interruzione della terapia fa scomparire l'evento o lo riduce. Una reazione che ricompare dopo la sospensione del farmaco (*dechallenge*) nello stesso modo alcuni giorni o settimane senza che ci sia stata una nuova assunzione del farmaco, ha chiaramente poche probabilità che sia stata indotta dal farmaco. Al contrario, una reazione che, scomparsa dopo la sospensione del farmaco, ricompare ad una successiva nuova somministrazione dello stesso farmaco (*rechallenge*), ha una probabilità elevatissima di essere imputabile al farmaco. Alla luce delle difficoltà elencate, la FDA propone di seguire un semplice schema di valutazione di una reazione possibilmente correlata ad un farmaco:

- * assicurarsi che il farmaco prescritto sia quello acquistato dal paziente
- * assicurarsi che il farmaco sia stato realmente assunto
- * verificare che la reazione abbia avuto inizio dopo, e non prima, che il farmaco è stato assunto
- * determinare l'intervallo di tempo fra inizio del trattamento farmacologico ed inizio della reazione avversa
- * interrompere la somministrazione del farmaco e monitorare le condizioni del paziente, osservando se vi è un miglioramento della sintomatologia
- * se è possibile, somministrare nuovamente il farmaco e osservare se la reazione ricompare. È evidente che ciò non è sempre possibile. Inoltre vi è sempre la possibilità che l'iniziale esposizione al farmaco desensibilizzi il paziente e che pertanto l'ADR non compaia alla successiva esposizione
- * utilizzare la propria esperienza clinica e la letteratura relativa alle ADR per confermare, con l'ausilio, se necessario del Servizio di Farmacovigilanza. Consultare anche

l'industria produttrice del farmaco. Ricordare che le reazioni avverse di tipo B (vedi oltre) insorgono raramente e pertanto l'ausilio della propria esperienza clinica e della letteratura è talvolta difficile se non impossibile

* tenere presente la possibilità di interazioni farmaco-farmaco, farmaco-cibo e farmaco-mezzi diagnostici, poiché molti pazienti, specie se ospedalizzati, assumono più farmaci

* quantificare, ove possibile, la concentrazione del farmaco nell'organismo. Alcuni farmaci permangono nell'organismo per settimane dopo che la somministrazione è stata interrotta.

La relazione di causalità fra farmaco e reazione avversa è classificata dal WHO International Drug Monitoring Programme come:

* **certa**, se l'evento insorge con una plausibile sequenza temporale dall'assunzione del farmaco e non può essere spiegato dalla malattia per il quale il farmaco è impiegato, né dalla concomitante assunzione di altri farmaci o sostanze chimiche. La reazione deve essere già stata osservata per il farmaco sospettato. La reazione deve migliorare con il dechallenge e ricomparire con il rechallenge;

* **probabile**, se l'evento insorge con una plausibile sequenza temporale dall'assunzione del farmaco e non può essere spiegato dalla malattia per il quale il farmaco è impiegato, né dalla concomitante assunzione di altri farmaci o sostanze chimiche. La reazione deve essere già stata osservata per il farmaco sospettato. La reazione deve migliorare con il dechallenge. Non è necessario il rechallenge perché la reazione avversa rientri in questa definizione.

* **possibile**, se l'evento insorge con una plausibile sequenza temporale dall'assunzione del farmaco e non può essere spiegato dalla malattia per il quale il farmaco è impiegato, né dalla concomitante assunzione di altri farmaci o sostanze chimiche. La reazione deve essere già stata osservata per il farmaco sospettato. Non è necessario avere informazioni sull'effetto del dechallenge.

* **improbabile**, se l'evento insorge con una sequenza temporale dall'assunzione del farmaco che rende improbabile una connessione causale o in cui altri farmaci o sostanze chimiche o la malattia del paziente possono spiegare l'evento osservato.

* **condizionata/inclassificata**, se l'evento viene riportato come una reazione avversa, che necessita di più dati per un'appropriate valutazione o per la quale si stanno valutando dati ulteriori.

* **non valutabile/inclassificabile**, se la segnalazione di una reazione avversa non può essere giudicata a causa della mancanza o contraddittorietà delle informazioni e che non può essere verificata o supportata da altre informazioni.

Le definizioni sopra riportate non sono accettate da tutti, tanto che i Francesi dividono le ADR secondo l'imputabilità come segue: molto probabile, probabile, plausibile, discutibile ed improbabile. Molti ritengono che non si possa classificare una reazione avversa come certa sulla base di una singola segnalazione (es. FDA), altri non fanno distinzione fra "possibile" ed "improbabile". Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), quando si utilizzano solo i termini "possibile" ed "improbabile", bisogna includere nella definizione "possibile" tutte quelle reazioni che altri definiscono come "probabili - certe - possibili".

La classificazione delle reazioni avverse può essere fatta secondo le tabelle riportate di seguito:

Si parla spesso di eventi avversi da farmaci e di reazioni avverse da farmaci e spesso si tende a dare lo stesso significato alle due definizioni. Allo scopo di uniformare il significato fra i vari paesi l'OMS ha fornito le seguenti definizioni.

Effetto collaterale: Qualsiasi effetto non intenzionale di un farmaco che insorga alle dosi normalmente impiegate nell'uomo e che sia connesso alle proprietà del farmaco (es. secchezza delle fauci da anticolinergici o sonnolenza da antistaminici anti H1). Sono reazioni di tipo A.

Evento avverso: Qualsiasi fenomeno clinico spiacevole che si presenta durante un trattamento con un farmaco, ma che non abbia necessariamente un rapporto di causalità (o di relazione) con il trattamento stesso.

Reazione avversa: Risposta ad un farmaco che sia nociva e non intenzionale e che avvenga alle dosi normalmente usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi o la terapia della malattia o a seguito di modificazioni della fisiologia.

Nella definizione vengono comprese tutte le dosi di farmaco prescrivibili clinicamente, ma viene esclusa l'overdose accidentale o deliberata.

Reazione avversa inaspettata: Reazione avversa la cui natura e severità non è riportata nel foglietto illustrativo o nella autorizzazione alla commercializzazione del farmaco o che sia inattesa rispetto alle caratteristiche del farmaco stesso. Questa sottoclassificazione viene inclusa per facilitare la comprensione del tipo di reazione avversa. È questa la reazione più importante da comunicare ai centri di farmacovigilanza.

Reazione avversa o evento avverso serio: Qualsiasi evento medico spiacevole che, indipendentemente dalla dose, metta in pericolo la vita del paziente, richieda l'ospedalizzazione del paziente o prolunghi una ospedalizzazione già avvenuta, determini una persistente e significativa disabilità o incapacità o provochi la morte.

Il progetto EDMG (Epidemiologia delle Demenze e Medicina Generale): programma di ricerca epidemiologica, educazione continua e revisione di letteratura sulla demenza senile e la complessità assistenziale.

V. Lepore e il gruppo di lavoro del progetto EDMG*

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

Descrizione ed articolazioni

La demenza è, sotto molti aspetti, il paradigma di situazioni che accomunano pazienti anziani e molto anziani affetti da complessi quadri pluri-patologici e da elevati livelli di disabilità. In quest'area gli aspetti clinici tendono a intrecciarsi con problemi a maggiore valenza gestionale, e patologie inizialmente distinte possono sfumare in vie finali comuni. Nuovi bisogni formativi si collegano al dibattito sui nuovi ambiti di pertinenza e sui nuovi modelli organizzativi della medicina generale. Il tradizionale sapere clinico appare frequentemente inadeguato, ma la letteratura, pure in espansione, è ancora povera di certezze condivise.

Il progetto EDMG si propone come un programma integrato di ricerca epidemiologica, educazione continua e revisione di letteratura sulla demenza senile e la com-

plexità assistenziale. Al centro del programma è una ipotesi culturale: identificare la medicina generale come luogo originale di osservazione epidemiologica e di produzione di conoscenze. Il gruppo di lavoro è dichiaratamente multiprofessionale e aperto al contributo di chiunque sia interessato a condividere spazi di riflessione e condivisione delle esperienze. Il progetto è articolato in tre aree strettamente collegate:

1. *EDMG - Ricerca*: si propone di attivare un osservatorio multicentrico, rappresentativo di contesti socio-assistenziali differenti (ad esempio: a diverso grado di organizzazione della MG e delle strutture pubbliche e private). Un osservatorio idoneo a produrre dati di prevalenza, misure del carico assistenziale, descrittori della sua eterogeneità - più o meno spiegabile - e delle modalità della presa in carico. Obiettivo finale: verificare con i gruppi partecipanti a questo "osservatorio diffuso" la praticabilità di studi su larga scala - multi-

*Gruppo di lavoro del progetto EDMG:

Coordinamento scientifico: Gianni Tognoni, Vito Lepore, Fabrizio Giunco

Analisi economica e revisione di letteratura: Marta Valerio - Supporto informatico: Donatella Corrado, Antonio D'Ettore

Segreteria: Marina Zingaretti, Antonella Di Matteo,

Hanno partecipato alla fase 1 del progetto EDMG - 81 medici di medicina generale:

Bari: Rocco AFFUSO; Gioacchino ANGARANO; Emilia APRILE; Luigi APRILE; Michele BELLOMO; Vincenzo CALDAROLA; Vincenzo CONTURSI; Francesco FERRANTE; Gennaro GADALETA CALDAROLA; Anna GALLONE; Silvana IACOVELLI; Angela MAIORANO; Giorgio MARSANO; Stefano MINIELLO; Francesco MONTE; Luigi PESCHECHERE; Carlo PICCININNI; Eleonora PIRRELLI; Lorenza PISICCHIO; Francesco SCATIGNA; Nicola SCHENA; Giacomo TRITTO; Roberto TUSEO; Enzo SELVAGGIO; Vito Leonardo CAPPELLI; Giuseppe FONZO; Michele DE NICOLO'; Francesco LIPPOLIS; Belluno: Corrado BALZAN; Giuseppe BOND; Giorgio CITTERIO; Giampietro LUISETTO; Rosanna DALLAROSA; Firenze: Fabrizio MUSCAS; Paolo LOTTI; Genova: Francesco PRETE; Lecco: Carlo ROTA; Lucca: Alessandro DEL CARLO; Milano: Alberto ARONICA; Mauro BASILICO; Alberto CEFALO; Tullio COTTATELLUCCI; Fabrizio GIUNCO; Eugenio REDAELLI; Sergio SANTINI; Carlo Maria TERUZZI; Massa: Giampaolo COLLECCHIA; Matera: Francesco Paolo CALCIANO; Francesco CARUSO; Maria Teresa D'AMICO; Francesco Nino FERRARA; Rocco MAZZONE; Maria Raffaella PANICO; Vincenzo SCIALPI; Luciano TOSCANO; Padova: Emanuele VISENTINI; Palermo: Paolo GIARRUSSO; Potenza: Giuseppe CAGGIANO; Vittoria CAPALBO; Eduardo DE ROSA; Felicetta GESUALDI; Egidio GIORDANO; Rosario LAUETTA; Anna Maria MARTINO; Raffaella MIRAGLIA; Gerardo PAGGI; Maria Giuseppina PAALEO; Marcello PONZO; Giacomo DI LASCIO; Ravenna: Antonio BOVOLI; Reggio Emilia: Luana BEDESCHI; Paola DI DONATO; Gian Carlo SIGNORI; Daniele ZUCCARI; Trento: Loretta ROCCHETTI; Rieti: CARSELLI Antonio; Viterbo: Arturo TROVATO; L'Aquila: Luciano LIPPA; Treviso: Claudio SPINELLO; Oriana MASCHIO; Giuseppe ANTONELLO.

Hanno aderito alla fase 1 del progetto EDMG - 116 medici di medicina generale:

L'Aquila: Enrico PITARI; Sergio SABATINI; Domenico VALLETTA; Bari: Giovanni BALENZANO; Rita Angela BRUZZESE; Giovanni CAMPANELLA; Francesco CAMPIONE; Vincenzo CREANZA; Vito DILORENZO; Silvio FILOSA; Michele GIANNELLI; Domenico GIANNIOLI; Pietro MELIOTA; Maria Rosaria PANACCIULLI; Mauro PESCE; Carmela RESSA; Giuseppe TARANTO; Michele TRIGGIANI; Alessandro UVA; Giovanni VARRESE; Nicola VIGGIANI; Lucia DONNO; Belluno: Agostino BUZZATTI; Mario CARNIEL; Paolo DA ROLD; Cremona: Danilo CAPELLI; Maria Luisa GRASSI; Emanuele MARI; Umberto MARI; Marco VISCONTI; Catania: Giovanni BENEDETTO; Firenze: Tosco ALDERIHI; Fulvia BANDINI; Alessandro BOTTAI; Michele CALDERISI; Nicola CANEPELE; Massimiliano CAROASSAI GRISANTI; Alessandro GUERRINI; Tiziano LAZZARI; Giuseppe PALADINO; Lanfranco PANCRAZI; Massimo PANCRAZI; Lecco: Claudio FISICHELLA; Lucca: Pier Lorenzo FRANCESCHI; Milano: Marco ASCHEI; Fiorenzo CORTI; Achilla D'ANNA; Gianni DE MARTINI; Paolo LONGONI; Guido SACCHETTI; Andrea SIDERI; Vito SILEO; Piermaria ZANNIER; Matera: Domenico CARRIERO; Angelo ELETTO; Antonio GALLIPOLI; Pasquale LA TERZA; Guido Maria SAPONARO; Piacenza: Stefano MALVICINI; Padova: Guglielmo PISANI; Giuliana SIMIONI; Gastone ZILIO; Pescara: Damiano Antonio VOLPONE; Potenza: Antonio BARONE; Cosimo BUCHICCHIO; Antonio CARLOMAGNO; Giacobbe COSENTINO; Antonio Pompeo COVIELLO; Giuseppe DURANTE; Cesare EVOLIO; Giuseppe FINIZIO; Francesco FLORE; Giuseppe LAURIA; Tommaso PACE; Costantino QUAGLIATA; Antonio SANTANGELO; Margherita SANTARSIERO; Carmine Saverio SCAVONE; Antonio SMALDONE; Nicola TRAMUTOLA; Ravenna: Pasquale ORTASI; Gian Franca RICCI MACCARINI; Pio ZANNONI; Reggio Emilia: Lina BIANCONI; Paolo BIZZI; Nino Imer BRONZONI; Sauro CAVALLETTI; Paolo CAVANDOLI; Giampaolo CELLA; Paola CERRI; Corrado CHIARI; Marcello FATONE; William FAVALLI; Franco FONTANESI; Paolo FONTANESI; Vittorio FORONI; Daniele GOVI; Euro GRASSI; Mazen HAMARNEH; Anio LANZI; Luigi LIVIERI; Luciano LUPPI; Vincenzo LUSETTO; Nordan MASSELLI; Gianni MEDICI; Patrizia MELI; Carmen OLMI; Roberto PELLATI; Antonio PUGLISI; Maria Grazia SALVARANI; Paolo SARACCHI; Maurizio TONDELLI; Paolo TORRIANI; Roma: Alberto CHIRATTI; Luigi PAGNANELLI; Treviso: Sergio VOLPATO.

centrici e prospettici - sulla epidemiologia e la valutazione clinica controllata di interventi "terapeutici": farmacologici e non. Come è noto, quest'area è stata finora lasciata alla competenza "specialistica", con l'ovvio rischio (facilmente verificabile) di una forte dissociazione tra le popolazioni dei trial e quelle della pratica corrente. EDMG ha appena completato il primo studio: valutare la prevalenza percepita della demenza senile in medicina generale. Lo studio ha coinvolto 81 MMG e circa 500 pazienti. Da esso partirà la prima coorte prospettica, indirizzata ad identificare l'impatto di un approccio formalizzato alla diagnosi di demenza senile da parte di un gruppo di MMG addestrato a tenere traccia dei principali eventi che intersecano la storia naturale del malato e del suo gruppo familiare.

2. *EDMG - Formazione*: comprende moduli formativi indirizzati in modo privilegiato a medici di medicina generale ma aperti, proposta per proposta, a professionalità diverse: ricercatori, medici specialisti, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, responsabili di scuole di formazione, responsabili di unità d'offerta, dirigenti di enti istituzionali. I moduli hanno per oggetto la demenza senile e l'area della complessità assistenziale e per metodologia esplicita la coniugazione fra formazione e ricerca: ogni modulo formativo è collegato ad uno studio già in atto, in fase di avvio o di revisione e, viceversa, ogni ricerca è preceduta da una adeguata fase formativa. Le ricerche hanno per luogo la medicina generale e permettono di verificare i contenuti formativi e la loro trasferibilità, ma anche di produrre nuove domande, ipotesi, linee di approfondimento. I corsi sono accreditati nell'ambito del programma nazionale ECM e danno diritto all'ottenimento dei relativi crediti formativi. Sede dei corsi è il Consorzio Mario Negri Sud - Centro di Ricerche Farmacologiche e Biomediche, Santa Maria Imbaro (CH).

3. *EDMG - Revisione di letteratura*: si propone di raccogliere e analizzare la letteratura disponibile secondo priorità definite dal coordinamento scientifico. Obiettivo: identificare le linee tendenziali della ricerca, rilevare le aree di maggiore o minore certezza e le zone grigie o di esclusione dalla attenzione, rendere fruibili i relativi risultati attraverso il sito Internet del progetto EDMG. La revisione verrà aggiornata con cadenza trimestrale. La ricerca periodica degli aggiornamenti verrà semplificata attraverso la realizzazione di un sistema informatico di identificazione delle pubblicazioni di nuovo inserimento. Questo permetterà di integrare il sito con una newsletter, di fornire al gruppo di revisione materiale bibliografico via via aggiornato, di integrare il sito con articoli di commento. Saranno privilegiate tre aree di ricerca:

- la diagnosi precoce o pre-clinica di malattia di Alzheimer;
- le cure domiciliari: definizione e delimitazione, aree

- di sviluppo e ricerca;
- la fase terminale della Malattia di Alzheimer.

EDMG - Ricerca

Aggiornamento sulla prima fase dello studio e risultati preliminari sulla partecipazione e adesione dei MMG.

La proposta-invito a colleghi di medicina generale per una seria e non occasionale presa in carico del problema demenze non solo sul piano assistenziale, ma, anche, come area prioritaria di ricerca esigente, collaborativa, continuativa e diffusa, si presenta alla prima verifica attraverso i risultati preliminari delle tabelle seguenti. I dati qui presentati si riferiscono a:

- 197 schede di adesione da parte di altrettanti Medici di Medicina Generale (MMG) che hanno dichiarato la loro preliminare volontà di aderire allo studio;
- 444 schede per la raccolta dati pervenute entro la data di chiusura del presente articolo ed inviate da 81 dei 197 MMG riportati come coautori. Di questi 81 colleghi 32 hanno già fornito anche i "denominatori", ovvero il numero di loro assistiti ripartiti per sesso nelle tre fasce di età di interesse (< 65 anni, 65-79 anni, >= 80 anni). I dati di prevalenza descritti di seguito faranno quindi riferimento, di necessità, a questo primo sottogruppo.

Risultati preliminari

Sono le demenze sottostimate nella pratica della MG? La Tabella 1 riporta i primi dati di prevalenza per sesso ed età della diagnosi di demenza senile nella popolazione ultra65enne di assistiti di 32 MMG. Il dato era ottenuto utilizzando come "numeratore" il numero dei casi di demenza dichiarati nella scheda di adesione e come "denominatore" il corrispondente numero di assistiti per sesso ed età. Se confrontati con i dati della letteratura (ad esempio lo studio ILSA, Italian Longitudinal Study on Aging, del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR) la sottostima appare del tutto evidente: 2,4% per gli assistiti ultra65enni dei MMG; 6,4% nella coorte ILSA (<http://www.aging.cnr.it/>). Tale sottostima si mantiene ed appare ancora più evidente nella fascia di età avanzata: 4,8% per gli assistiti ultra80enni; tra il 18,5 e il 22,7% nella popolazione ILSA. Uno sguardo appena più approfondito sui "denomi-

Tabella 1. Prevalenza (%) per sesso e età di demenza senile nella popolazione di assistiti ultra65enne di n° 32 MMG.

	Femmine	Maschi	Totale
65 - 79 aa	1,6	1,3	1,5
≥ 80 aa	4,2	5,7	4,8
Totale	2,4	2,4	2,4

Tabella 2. I "denominatori". Popolazione anziana iscritta nelle liste di n° 32 MMG.

Descrizione	Femmine		Maschi	
	Età (anni) 65-79	≥80	Età (anni) 65-79	≥80
N° totale anziani iscritti nelle liste dei 32 MMG	4.675	2.054	3.616	1.262
Media per MMG	146	64	113	39
Valore minimo	90	23	61	13
Valore massimo	340	155	256	153
Media per MMG come % sui propri assistiti	20	9	17	6
Valore minimo come % sui propri assistiti	11	4	8	2
Valore massimo come % sui propri assistiti	47	22	48	20

natori" (Tabella 2) mostra come il carico di "anziani" ultra65enni e ultra80enni, iscritti nelle liste dei 32 MMG considerati, sia molto variabile. La percentuale di anziani tra 65-79 anni e di ultra80enni tra i diversi MMG può variare rispettivamente dall' 8 al 48 % e dal 2 al 22%.

La partecipazione dei MMG

La Tabella 3 aggiorna il dato relativo alle 197 schede di adesione inizialmente pervenute. La distribuzione per provincia di appartenenza dei MMG è sufficientemente rappresentativa del coinvolgimento di contesti geografici e, verosimilmente, socio-assistenziali differenti.

Quanti sono i pazienti affetti da demenza?

La Tabella 4 presenta la distribuzione per sesso ed età dei casi di demenza segnalati dai 197 MMG. Come atteso, si conferma la prevalenza della demenza nel sesso femminile e nella fascia di età più avanzata. Il "carico" di soggetti affetti da demenza per ciascun MMG è molto

Tabella 3. Distribuzione dei 197 MMG partecipanti per provincia di appartenenza.

Provincia	#	%	Provincia	#	%
Bari	47	24	Lecco	2	1
Reggio Emilia	34	17	Lucca	2	1
Potenza	29	15	Roma	2	1
Milano	17	9	Catania	1	0,5
Firenze	13	7	Genova	1	0,5
Matera	13	7	Massa	1	0,5
Belluno	8	4	Palermo	1	0,5
Cremona	5	3	Pescara	1	0,5
L'aquila	4	2	Piacenza	1	0,5
Padova	4	2	Rieti	1	0,5
Ravenna	4	2	Trento	1	0,5
Treviso	4	2	Viterbo	1	0,5
			Totale	197	100

Tabella 4. Distribuzioni dei soggetti affetti da demenza, per sesso e fasce di età, nelle 197 schede di adesioni pervenute.

	Femmine	Maschi	Totale
<65 aa	90	85	175
65-79 aa	421	354	775
≥80 aa	538	344	882
non indicata			
Totale	1061	787	1848

Tabella 5. Distribuzione per provincia di residenza delle prime 444 schede-pazienti pervenuta da N° 75 MMG.

Provincia	Schede-pazienti		MMG	
	#	%	#	%
Bari	123	28	28	37
Milano	71	16	7	9
Belluno	56	13	4	5
Potenza	34	8	12	16
Matera	31	7	8	11
Reggio Emilia	27	6	4	5
Lucca	24	5	1	1
Firenze	20	5	2	3
Ravenna	20	5	1	1
Lecco	8	2	1	1
Genova	6	1	1	1
Massa	5	1	1	1
Padova	4	1	1	1
Rieti	4	1	1	1
Trento	4	1	1	1
Viterbo	4	1	1	1
Palermo	3	1	1	1
Totale	444	100	75	100

variabile con un range tra 0 e 53 pazienti (media \pm SD: $9,3 \pm 9,2$; mediana 7; valore al 75esimo percentile 13). Nonostante la riportata sottostima della demenza in MG, l'attivazione di una "rete" di MMG sufficientemente diffusa appare in grado di reclutare con facilità un numero importante di pazienti affetti da tale patologia: nel caso specifico ben 1848 soggetti.

Alla fase di raccolta dati hanno poi concretamente aderito 81 di questi 197 MMG (ultimo aggiornamento prima della stampa del presente articolo), che hanno compilato e inviato circa 500 schede. In Tabella 5 è riportata la distribuzione per provincia di residenza delle prime 444 schede (da 75 MMG) già sottoposte a controllo ed input.

Descrizione della casistica

Le tabelle che seguono illustrano sinteticamente alcune delle variabili di interesse raccolte nella scheda di rilevazione dati. La distribuzione per sesso ed età (Tabella 6) nelle 433 schede raccolte ci consente un ulteriore dettaglio: la popolazione femminile (64%) è decisamente più vecchia con una differenza nei valori modali di ben 11 anni (90 anni nelle donne rispetto ai 79 dei maschi). Ben 135 casi (101 femmine e 34

Tabella 6. Distribuzione per sesso ed età dei soggetti affetti da demenza. N° 433 schede raccolte dati (n° 11 schede sono state escluse per età e/o sesso non riportata).

	Femmine	Maschi
N° pazienti	277 (64%)	156 (36%)
Età media±SD	80,8±8,3	77,7±9,2
Distribuzione:		
< 65 aa	9	14
65-79 aa	112	75
>=80 aa	156	67
mediana	81	79
moda	90	79
range	55-104	40-96

Tabella 7. Distribuzione della casistica per tipo di demenza e sesso. Secondo il giudizio del MMG tale demenza è ritenuta (cfr. All. 2 R&P 94):

	Femmine		Maschi		Totale	
	#	%	#	%	#	%
Primitiva	135	49	60	39	195	45
Secondaria	123	45	84	54	207	48
Non so	17	6	11	7	28	7
Totale	275	100	155	100	430	100

n° 3 missing per tipo di demenza.

maschi) superano gli 84 anni e rappresentano una sottopopolazione di particolare interesse (per disabilità, carico assistenziale, "consumo di risorse") notoriamente poco accessibile agli studi di popolazione. Le demenze secondarie (Tabella 7), principalmente di tipo vascolare, prevalgono nella casistica presentata su quelle primitive, a conferma della particolare attenzione del MMG alle patologie associate. Pur in presenza di una evidente sottostima dei casi di demenza solo il 52% ha ricevuto una diagnosi formale e/o specialistica di demenza (Tabella 8) con una prevalenza delle demenze vascolari simile alla Malattia di Alzheimer. In una percentuale rilevante di casi (un quarto della casistica) la formalizzazione della diagnosi è giudicata non necessaria mentre un numero significativo di pazienti hanno rifiu-

Tabella 8. Presenza/Assenza di "Diagnosi formale o specialistica di demenza".

Diagnosi presente	224 (52%)
Malattia di Alzheimer	111
Demenza vascolare	107
Demenza con corpi di Lewy	1
Demenza frontotemporale	2
Missing	2
Diagnosi assente	206 (48%)
Centri di riferimento per la diagnosi assenti o non accessibili	25
Ritenuta non necessaria	102
Rifiuto del paziente	45
Altro	22
Non so	12

Tabella 9. Distribuzione della casistica per condizione abitativa.

	#	%
in istituto	55	12,5
solo in casa senza assistenza	29	6,6
solo in casa con assistenza per pasti/pulizia	44	10
in casa con altro convivente anziano	155	35,3
in casa con nucleo familiare non so	154	35,1
Totale	439	100

tato ulteriori indagini (Tabella 8).

Le Tabelle 9 e 10 introducono alcuni essenziali dati socio-assistenziali che meglio e più compiutamente saranno esaminati alla chiusura della raccolta e controllo schede. L'86,6 % della casistica vive in casa confermando il domicilio come luogo privilegiato di osservazione per eventuali studi prospettici di lunga durata. Di questi è importante segnalare l'alta percentuale di persone a rischio di istituzionalizzazione, perché sole (6,6%), sole con assistenza parziale (10%), sole con altro convivente anziano (35,3%).

Il caregiver, figura essenziale nella assistenza al paziente con demenza, è presente ed identificabile dal MMG nell' 86% dei casi (Tabella 10). Infine, uno specifico trattamento per demenza era presente in 94 casi (22%) e in 57 di questi con inibitori dell'acetilcolinoesterasi.

Discussione e conclusioni

L'interesse prevalentemente metodologico del percorso di ricerca suggerisce di soffermarsi (al di là, e in forza dei dati che documentano l'interesse concreto di gruppi di MMG ad entrare nella logica proposta per lo studio) sul significato e le implicazioni di alcune scelte concettuali, culturali, operative che sono state fatte. E' importante d'altra parte, prima di concentrarsi su alcune parole-chiave attorno alle quali si articola la riflessione, ri-proporre sinteticamente l'ipotesi, e la proposta di lettura, che si è assunta come filo conduttore: a) l'epidemiologia assistenziale della demenza in MG corrisponde ad un percorso che, mentre si propone di produrre, o esplicitare, conoscenze sul problema specifico, pone domande più generali sulla identità ed il ruolo della MG, ipotizzandone-verificandone risposte;

Tabella 10. Presenza/Assenza del caregiver.

Caregiver	#	%
Presente	367	85,9
Assente	53	12,4
Non so	7	1,6
Totale	427	100

b) riconoscere la stretta interdipendenza, e perciò la inseparabilità, dei due obiettivi (focalizzazione sulla demenza; focalizzazione sulla MG) significa adottare una strategia di ricerca che ipotizza una originalità precisa per il ruolo della MG nella produzione (più ancora che nella gestione) di conoscenza epidemiologico-clinica e di know-how assistenziale nel campo delle demenze.

1- Il primo termine che richiede un commento è percezione. La richiesta di entrare in un gruppo di lavoro ed in un protocollo di ricerca attraverso la dichiarazione di una conoscenza "percepita" di un problema mira alla produzione di un dato epidemiologico apparentemente contraddittorio: lo si ritiene infatti tanto più forte quanto più ne è attesa la non-corrispondenza con la realtà oggettiva. L'epidemiologia percepita dalla demenza è l'epidemiologia reale (esplicita, gestita) del problema. Poiché non si può non assumere che la serietà, la rilevanza, la gravosità della demenza siano perfettamente note, a livello qualitativo e culturale, al MMG, la sua percezione corrisponde alla presenza effettiva (o prevalenza assistenziale) della demenza nella sua conoscenza e nella sua pratica. Il grado di eterogeneità di questa presenza è più informativo, dal punto di vista culturale e di sanità pubblica, di qualsiasi dato oggettivo (es. di prevalenza) prodotto da indagini ad hoc, o ri-proposto da raccomandazioni o linee-guida.

La medicina dovrebbe abituarsi a partire, specificamente per i problemi assistenzialmente ed epidemiologicamente più rilevanti, dalla esplicitazione della epidemiologia percepita. Questo è infatti l'indicatore complessivo più affidabile della "conoscenza operativa" per quel problema: questa conoscenza, che è il prodotto di tante variabili (conoscenze tecniche, situazioni organizzative, interessi personali, scelte culturali), non è né "buona" né "cattiva": è un dato con cui abituarsi a confrontarsi, e su cui ragionare. Punto di arrivo, e non solo di partenza. Indicatore culturale soft, ma più importante e prognostico di qualsiasi indicatore di qualità misurato con criteri o punteggi quantificati.

2- Il secondo nodo di riflessione corrisponde alla seconda tappa della proposta di ricerca, che ha come obiettivo la verifica della praticabilità e del senso di fare diagnosi di un problema ambiguo per il quale cioè:

- non si hanno risposte prognosticamente prevedibili, in termini di importanza-impatto sulla "storia naturale";
- si propongono opzioni di presa in carico, o di delega;
- sono da prevedere strategie a basso contenuto clinico, ma che affacciano a problemi assistenziali e di relazione gravosi e frustranti.

Il percorso diagnostico proposto dalla scheda mira

ad esplicitare - completare, verificare, documentare, qualificare, quantificare - la percezione. E' un percorso "minimo", eppure è molto complesso per la cultura e la pratica corrente della MG. Include richieste di dati oggettivabili, e di giudizi soggettivi, o derivati da informazioni soggettive; chiede informazioni cliniche e di contesto, di vita e di assistenza; si configura come proposta di valutazione sintetica della "gravità" clinica, e si propone come definizione di un profilo di "gravosità" gestionale non riconducibile a score riassuntivi individuali, perché hanno senso solo se inseriti in un progetto epidemiologico collaborativo, descrittivo-transversale, ma soprattutto prospettico; appare come strumento per una ricerca, ma è nello stesso tempo un promemoria di ciò che si dovrebbe fare nella più stretta normalità della routine. L' "ambiguità" (nel senso più propositivo che si può dare a questo termine) è reale. Riguardo le demenze, ma più generalmente la necessità-volontà-capacità diagnostica di situazioni che rientrano nella categoria ambigua ma realissima del "disagio", del paziente e della sua rete di rapporti sociali. Esplicitare il disagio in termini diagnostici, crea disagio: chiede di rompere-integrare schemi di indagine, regole di linguaggio, prospettive di comportamento.

Chiede tempo: non solo nel momento della descrizione diagnostica, ma ancor più per quello che questo significa in termini di pianificazione di presa in carico. La diagnosi della demenza pone la domanda sul se e quanto la MG - che è per definizione "competente" nella gestione del quotidiano, della sua complessità e della sua cronicità, ha uno spazio proporzionale alla gravità del disagio, da gestire in proprio? di cui programmare-coordinare la gestione articolata? da delegare? è prevedibile una strategia minima comune a tutti i MMG? o ci si deve aspettare, immaginare, promuovere una differenziazione, secondo le capacità-opzioni dei tanti e diversi MMG nei tanti e diversi contesti socioeconomici e assistenziali? si può pensare a gestioni "modulari" delle diverse componenti del disagio (quella clinica, quella dell'autonomia personale, quella infermieristica)? Alla epidemiologia della percezione, succede e si aggiunge l'epidemiologia della esplicitazione dell'ambiguità.

3- Il terzo, ed ultimo, punto di vista che si apre (a partire dalle epidemiologie della demenza cui mirano le prime due componenti della proposta di ricerca-pratica che si sono appena commentate) è rappresentato dalla terza tappa della proposta di lavoro. I due interrogativi riguardano anche questa volta sia il problema specifico della demenza, sia le opzioni di identità-ruolo della MG.

a) In che rapporto sta una diagnosi operativa della MG con una diagnosi formale: la "specializzazione" di questa diagnosi coincide con la più cosciente-esplicita

incorporazione del problema nella MG, o ne dichiara la non-appartenenza? Come si trasferisce, in che modalità organizzativa si traduce il controllo di qualità di un progetto di ricerca a livello di assistenza?

b) Fare diagnosi per una patologia di cui [non] è [che parzialmente] nota la "storia naturale", con strumenti di intervento incerti tra l'attenuazione sintomatologica, la palliazione parziale, l'inefficacia sostanziale, l'accompagnamento, significa:

- assumere come responsabilità più precisa il dovere di un follow-up regolare che quantifica la velocità/gravità della progressione, per comprenderne, quantificarne, sperimentarne meglio la evitabilità, a livello dei singoli, ma soprattutto, necessariamente, in una logica epidemiologica di lungo periodo, così da incorporare tempestivamente eventuali nuove conoscenze-proposte di intervento?

- classificare i pazienti tra gli assistiti in carico, diretto o indiretto, cui rispondere alla meno peggio, con interventi, programmati o su richiesta, sull'una o l'altra espressione della patologia di base, e delle eventuali frequenti

comorbidità-complicanze, in attesa che qualcuno, da qualche parte, trovi-proponga soluzioni-risposte più o meno parziali?

Non c'è dubbio che gli interrogativi sono aperti, e di fondo. Il loro retroterra e le implicazioni hanno risvolti ed implicazioni con aspetti tecnici, ma toccano più profondamente la cultura con cui la MG (accanto? in alternativa? in forte integrazione? con le proposte "specialistiche") vuole affrontare una situazione modello della medicina e della società. Gli interrogativi sono per oggi, e per il lungo periodo. Sono oggetto di ricerca nel suo senso più pieno, articolato, complessivo. Ma sono già il quotidiano assistenziale, nella sua espressione più banale, viva, gravosa. Sono, insieme, una domanda di epidemiologia, di allocazione di risorse, di progetto di cittadinanza e di progettualità professionale.

Lavorarci, con un protocollo che mira ad esplicitare le incertezze confrontandosi su dati empirici, in modo collaborativo, può essere un modo per non essere spettatori.

E' già disponibile in distribuzione gratuita il CD ROM

ATLASSS

Atlante dei Servizi Sanitari e dello Stato di Salute

per riceverlo basta inviare una e-mail a:

p.lopalco@igiene.uniba.it

o chiamare direttamente il numero 080/5478484

Analisi della casistica dei reparti di Otorinolaringoiatria – Anno 1999

32

P. Trerotoli, G. Serio

Ossevatorio Epidemiologico Regione Puglia

Cattedra di Statistica Medica - DIMIMP, Sezione di Igiene, Università di Bari

OER

Qualità ed Organizzazione sanitaria

IV SEZIONE

L'attività degli istituti di ricovero pubblici per acuti, sia a complessità organizzativa superiore come le aziende ospedaliere, che a complessità organizzativa inferiore come i presidi di ASL, deve preferibilmente essere analizzata per discipline, ciò consente di mettere in luce le differenti problematiche che ciascuna unità operativa deve affrontare quotidianamente nel rispondere alla domanda di assistenza ospedaliera generale, specialistica ed ultraspecialistica, e di evidenziare specificatamente i termini di riferimento per la valutazione.

Con questo obiettivo è stata condotta l'analisi della casistica delle unità operative di otorinolaringoiatria, individuate dal codice ISTAT 38. In tabella 1 sono elencati gli istituti pubblici e privati nei quali sono state effettuate dimissioni da una unità operativa di otorinolaringoiatria; si osservi che nell'Istituto Oncologico tale UO è codificata come oncologia (codice ISTAT 64).

La tabella 2 mostra il riepilogo dell'attività dell'area di otorinolaringoiatria nell'intera regione, rilevata dal database delle schede di dimissione ospedaliera, che risulta ancora carente delle SDO relative ai dimessi nel terzo trimestre dall'Azienda "V. Fazzi" di Lecce. Sono stati registrati 25894 ricoveri in regime ordinario, pari al 3,04% di tutti i ricoveri ordinari effettuati nella regione e 3457 in regime di day-hospital, il 2,23% dei ricoveri in day-hospital regionali.

I DRG chirurgici per questa disciplina sono risultati pari al 44,74% contro il 36,7% di quelli registrati nelle unità operative a carattere chirurgico, di cui la stessa otorinolaringoiatria ne è parte.

Il peso medio dei ricoveri ordinari per questa disciplina è di 0,755, più basso del peso medio regionale pari a 0,96; l'indice di case-mix, ottenuto come rapporto tra il peso medio della disciplina otorinolaringoiatria e il peso medio regionale, è di 0,786.

L'attività delle unità operative di otorinolaringoiatria, sebbene risulti numericamente poco consistente rispetto all'intera casistica regionale, mostra in questi indicatori una propria specificità nell'ambito delle discipline chirurgiche. Il peso medio appare più basso della media regionale, ma questo è spiegabile con il basso peso dei DRG propri della branca.

L'attività in day-hospital mostra degli scostamenti da quella in ricovero ordinario, in particolare la percentuale di DRG chirurgici, pari al 7,26%, è notevolmente più bassa di quella derivante dai ricoveri ordinari.

Questo induce a riflettere sulle possibilità di sviluppo del day-hospital, che peraltro non è attivato in tutti gli ospedali indicati nella tabella 1. Anche il peso medio (0,703) è più basso rispetto al corrispondente valore osservato nei ricoveri in regime ordinario nella stessa disciplina. Gli indicatori della durata della degenza mostrano che è stata raggiunta una alta efficienza operativa nei ricoveri ordinari; ciò in considerazione anche

Tabella 1. Elenco degli ospedali con dimissioni da unità operative di otorinolaringoiatria (codice ISTAT 38) nell'anno 1999. E' stata aggiunta la Unità Operativa di Otorinolaringoiatria dell'Istituto Oncologico, che viene codificata come oncologia (codice ISTAT 64). Le SDO dei dimessi dall'Azienda V. Fazzi di Lecce sono relative solo ai primi tre trimestri del 1999.

Presidi di Asl

Umberto I Altamura
Bonomo Andria
Ospedale Civile Barletta
Ospedale Civile Bitonto
Caduti in Guerra Canosa Di Puglia
Jaia Conversano
Ospedale Civile Molfetta
S Giacomo Monopoli
F Fallacara Triggiano
S Camillo De Lollis Mesagne
Lastaria Lucera
S Giuseppe da Copertino
S Caterina Novella Galatina
S Cuore Di Gesù Gallipoli
Tamborino Maglie
Giannuzzi Manduria
Ospedale Civile Martina Franca

Aziende Ospedaliere

Di Venere - Giovanni XXIII Bari
Fazzi Lecce
Ss Annunziata Taranto
Policlinico Consorziabile Bari
Oorr Foggia
Di Summa Brindisi

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sollievo Della Sofferenza S Giovanni Rotondo
Istituto Oncologico Bari

Enti Ecclesiastici

Miulli Acquaviva Delle Fonti
Panico Tricase

Cliniche Private

Brodetti Foggia
S Francesco Foggia
S Francesco Galatina
S Camillo Taranto

Tabella 2. Principali indicatori di attività, in regime di ricovero ordinario, dei reparti di otorinolaringoiatria suddivisi per tipologia di istituto di ricovero e per il totale regionale.

Tipo di presidio	Presidi di ASL	IRCCS	Enti ecclesiastici	Privati accreditati	Aziende ospedaliere	Totale ordinari
Totale ricoveri	11.053	4.788	2.155	818	7.080	25.894
Ricoveri entro soglia	9.973	4.389	1.889	771	6.261	23.283
% DRG entro soglia	90,23%	91,67%	87,66%	94,25%	88,43%	89,92%
Media trimmata	4,495	4,408	4,279	3,153	4,841	4,509
Deviazione standard	2,931	4,457	2,321	1,685	4,576	3,699
Coefficiente di variazione	65,20	101,12	54,23	53,46	94,54	82,02
75° percentile	6	5	5	3	6	5
Mediana	4	3	4	3	3	3
25° percentile	2	2	3	2	2	2
drg chirurgici	3.974	3.013	910	683	3.006	11.586
% DRG chirurgici sul totale	35,95%	62,93%	42,23%	83,50%	42,46%	44,74%
drg complicati	136	187	25	5	83	436
% sulle coppie di omologhi	7,04%	33,57%	6,22%	8,93%	6,97%	10,53%
% sul totale dei DRG	1,23%	3,91%	1,16%	0,61%	1,17%	1,68%
Peso medio	0,686	0,901	0,724	0,462	0,809	0,755

dell'elevata percentuale di ricoveri entro soglia (con durata minore della soglia DRG specifica e maggiore di 1 notte), e del coefficiente di variazione, il cui valore è tipico di una distribuzione della degenza concentrata intorno al valore medio. Una ulteriore conferma viene dalla valutazione dei percentili: il 25° e 75° percentile sono vicini alla mediana, che si scosta dalla media di solo 1 giorno.

Alcune differenze evidenti si rilevano nel confronto degli indicatori tra le diverse tipologie di istituto di rico-

vero. E' importante notare che la maggior parte della domanda di ricovero nell'area otorinolaringoiatria è evasa dai presidi ospedalieri di ASL, il cui peso medio (0,69) è superiore solo a quello delle cliniche private accreditate (0,46); la percentuale di DRG chirurgici è invece più bassa sia rispetto allo standard regionale che rispetto all'attività degli altri istituti.

Appaiono in contrasto gli indicatori relativi alle cliniche private accreditate, che presentano, come già detto, un basso peso medio, ma la più alta percentuale di DRG

Tabella 3. Distribuzione di frequenza dei primi 15 DRG prodotti in regime di ricovero ordinario, ordinati per numerosità assoluta decrescente, e relativi indicatori di durata della degenza.

DRG	Totale ricoveri		Ricoveri entro soglia		Indicatori della durata di degenza	
	n	%	n	%	Media trimmata	Coefficiente di variazione
60 tonsillectomia e/o adenoidectomia età <18	3.582	13,8%	3.254	90,8%	2,4	24,3
55 miscell. interventi su orecchio naso bocca e gola	3.536	13,7%	3.365	95,2%	4,4	52,0
73 altre diagnosi orecchio naso bocca e gola età >17	2.646	10,2%	2.280	86,2%	4,6	61,1
65 alterazioni dell'equilibrio	2.360	9,1%	2.229	94,4%	5,1	58,1
69 otite media e infezioni alte vie respiratorie età >17 senza cc	1.684	6,5%	1.517	90,1%	4,4	55,3
72 traumatismi e deformità del naso	1.169	4,5%	965	82,5%	4,7	54,2
66 epistassi	1.101	4,3%	980	89,0%	4,1	55,2
56 rinoplastica	755	2,9%	742	98,3%	4,5	39,3
53 interventi su seni e mastoide età >17	593	2,3%	570	96,1%	5,2	52,8
70 otite media e infezioni alte vie respiratorie età <18	592	2,3%	503	85,0%	3,9	45,8
64 neoplasie maligne di orecchio naso bocca e gola	539	2,1%	500	92,8%	6,4	82,7
467 altri fattori che influenzano lo stato di salute	518	2,0%	458	88,4%	2,2	32,1
74 altre diagnosi orecchio naso bocca e gola età <18	509	2,0%	301	59,1%	3,0	40,2
59 tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	453	1,7%	414	91,4%	2,8	39,6
57 interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	290	1,1%	265	91,4%	3,8	51,5
Altri	5.567	21,5%	4.940	88,7%	-	-
Totale	25.894		23.283	89,9%	-	-

Tabella 4. Distribuzione di frequenza dei primi 15 DRG prodotti in regime di day-hospital, ordinati per numerosità assoluta decrescente, e relativi indicatori di durata del ricovero.

DRG	Totale ricoveri		Indicatori della durata di degenza	
	n	%	Media trimmata	Coefficiente di variazione
73 altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età >17	717	20,74%	2,96	64,03
69 otite media e infezioni alte vie respiratorie età >17 senza cc	667	19,29%	2,84	46,73
65 alterazioni dell'equilibrio	612	17,70%	3,01	55,77
74 altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età <18	196	5,67%	2,52	42,89
66 epistassi	162	4,69%	2,75	42,41
70 otite media e infezioni alte vie respiratorie età <18	148	4,28%	2,31	32,76
131 malattie vascolari periferiche senza cc	84	2,43%	2,06	12,10
55 miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola	73	2,11%	2,53	48,33
72 traumatismi e deformità del naso	66	1,91%	2,75	63,73
301 malattie endocrine senza cc	50	1,45%	2,96	34,45
169 interventi sulla bocca senza cc	47	1,36%	2,27	26,19
25 convulsioni e cefalea età >17 senza cc	36	1,04%	2,45	21,28
183 esofagite gastroenterite e miscell. malattie app. digerente età >17 senza cc	34	0,98%	2,20	19,17
256 altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	33	0,95%	2,00	0,00
64 neoplasie maligne di orecchio naso bocca e gola	32	0,93%	2,13	16,64
Altri	500	14,46%		
Totale	3.457			

chirurgici. Un ulteriore indicatore che consente di qualificare la casistica trattata è la percentuale di DRG complicati sul totale dei DRG prodotti. E' evidente che la percentuale di casi complessi è molto bassa negli istituti privati accreditati, mentre è più elevata la percentuale di DRG complicati sulle coppie di DRG compli-

cati/non complicati.

Tabella 5. Distribuzione di frequenza dei ricoveri esportati per regione di esportazione, ordinati per numerosità decrescente. Sono esposti anche i ricoveri importati per regione di importazione. Per 17 casi non si dispone della residenza corretta.

Regioni	Ricoveri importati		Ricoveri esportati	
	n.	%	n.	%
Emilia Romagna	37	2,2%	375	20,4%
Lazio	48	2,8%	292	15,9%
Lombardia	96	5,7%	231	12,6%
Toscana	19	1,1%	182	9,9%
Veneto	17	1,0%	157	8,6%
Basilicata	459	27,1%	137	7,5%
Marche	14	0,8%	129	7,0%
Piemonte	45	2,7%	91	5,0%
Abruzzo	40	2,4%	60	3,3%
Campania	437	25,8%	51	2,8%
Liguria	6	0,4%	25	1,4%
Molise	300	17,7%	22	1,2%
Umbria	1	0,1%	21	1,1%
Sicilia	54	3,2%	16	0,9%
Friuli V. Giulia	10	0,6%	15	0,8%
Calabria	105	6,2%	12	0,7%
Prov. aut. Trento	1	0,1%	11	0,6%
Sardegna	2	0,1%	5	0,3%
Valle d'Aosta	2	0,1%	3	0,2%
Totale	1693	100,0%	1835	100,0%

La degenza media e la distribuzione dei casi per durata di degenza appare omogenea nelle diverse tipologie di istituti; va rilevato comunque che negli ospedali privati accreditati sembra esserci una maggiore spinta all'efficienza, sottolineata dalla bassa degenza media e dalla uguaglianza tra il valore della mediana e del 75° percentile, ciò può essere indicativo di una omogeneità nel trattamento oppure di una casistica poco differenziata rispetto a quella trattata negli altri istituti. Gli IRCCS si scostano dall'andamento generale regionale, il coefficiente di variazione della degenza più elevato fa presupporre che si è in presenza o di una disomogeneità di trattamento della casistica oppure di un'ampia variabilità nella tipologia dei casi, per cui non è facile ottenere la standardizzazione del trattamento. Questa seconda ipotesi può essere maggiormente plausibile considerando il peso medio più elevato rispetto alla media regionale, così come la percentuale più alta di DRG chirurgici e di DRG complicati.

La tabella 3 mostra i principali DRG prodotti in regime di ricovero ordinario dalle unità operative di otorinolaringoiatria della regione Puglia; i primi 15 DRG spiegano il 78,50% dell'intera casistica. Una considerazione importante è relativa al fatto che i DRG prodotti sono tutti specifici dell'area di otorinolaringoiatria, in particolare dell'MDC 3 e dell'MDC 4. La maggior parte delle degenze DRG specifiche è contenuta entro 4 giorni e i coefficienti di variazione molto bassi portano a concludere che, per ogni DRG, si sia giunti ad una buona standardizzazione dell'attività. Unica eccezione è rappresentata dal DRG 64, con un coefficiente di variazione più elevato del valore regionale, ed una degenza media

Tabella 6. Distribuzione di frequenza dei ricoveri esportati ed importati per Categoria Diagnostica Maggiore (MDC), con relativo indice di fuga e di attrazione.

MDC	Esportati			Importati		
	n	%	Indice fuga	n	%	Indice attrazione
3 Malattie otorinolaringoiatriche e della gola	1453	79,18%	6,74%	1370	80,12%	6,38%
0 Pre-MDC	79	4,31%	20,68%	43	2,51%	12,43%
10 Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	58	3,16%	24,37%	13	0,76%	6,74%
1 Malattia del sistema nervoso	53	2,89%	10,64%	19	1,11%	4,09%
4 Malattie dell'apparato respiratorio	46	2,51%	10,67%	21	1,23%	5,17%
8 Malattie del sistema muscolo-scheletrico e del connettivo	31	1,69%	9,48%	40	2,34%	11,90%
17 Malattie mieloprolif. e neoplasie scarsamente differenziate	30	1,63%	9,55%	45	2,63%	13,68%
23 Fattori che influenzano stato di salute e ricorso servizi sanit.	18	0,98%	3,81%	83	4,85%	15,43%
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	14	0,76%	5,15%	8	0,47%	3,01%
9 Malattie pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	13	0,71%	2,15%	42	2,46%	6,62%
6 Malattie dell'apparato digerente	9	0,49%	4,81%	8	0,47%	4,30%
5 Malattie del sistema circolatorio	8	0,44%	1,96%	6	0,35%	1,47%
16 Malattie sangue, organi emopoiet. e sistema immunitario	7	0,38%	6,19%	7	0,41%	6,19%
19 Malattie mentali	7	0,38%	5,74%	3	0,18%	2,54%
18 Malattie infettive e parassitarie	3	0,16%	6,98%	2	0,12%	4,76%
2 Malattie dell'occhio	3	0,16%	12,50%	-	0,00%	0,00%
7 Malattie del fegato, del tratto biliare e del pancreas	1	0,05%	14,29%	-	0,00%	0,00%
12 Malattie dell'apparato riproduttivo maschile	1	0,05%	100,00%	-	0,00%	0,00%
24 Traumatismi multipli rilevanti	1	0,05%	25,00%	-	0,00%	0,00%
11 Malattie del rene e delle vie urinarie	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	0,00%
13 Malattie dell'apparato riproduttivo femminile	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	0,00%
15 Malattie del periodo neonatale	-	0,00%	0,00%	-	0,00%	0,00%
Totale	1835	100,00%	7,05%	1710	100,00%	6,60%

di 6,37 giorni, 2 giorni superiore allo standard regionale.

La distribuzione dei DRG prodotti dall'attività in day-hospital è presentata in tabella 4. E' subito evidente che i principali DRG sono sostanzialmente differenti da quelli derivanti dall'attività in regime di ricovero ordinario. I primi 15 DRG, prodotti in day-hospital, spiegano ben l'85,54% della casistica regionale; gli accessi medi, circa due per episodio di ricovero (che equivalgono a due giornate di degenza) sono sostanzialmente omogenei tra i diversi DRG.

La casistica dei reparti di otorinolaringoiatria mostra una specificità nel tipo di attività e una evidente tendenza ad una standardizzazione delle procedure, con un basso rischio di generare ricoveri fuori soglia, mantenendo, al contrario, le degenze entro durate piuttosto brevi.

La maggior parte della domanda di ricovero per problemi otorinolaringoiatrici viene risolta entro regione, infatti delle 27729 SDO, 24184, ben il 92,95%, possono essere correttamente attribuite a residenti nella regione Puglia che effettuano un ricovero entro regione, 1835, appena il 7,05%, sono schede notificate da istituti di ricovero o aziende ASL, situati fuori regione. L'indice di fuga dalle strutture regionali è di 1,4% superiore rispetto al valore regionale (5,6%; OER, n.3, marzo 2001), inoltre, l'indice di equilibrio per la otorinolaringoiatria è pari ad 1,01 (OER, n. 3, marzo 2001). Tale

valore indica che il flusso di pazienti in uscita è compensato dal flusso di pazienti in entrata, l'esportazione dei casi pertanto non dovrebbe considerarsi un fenomeno preoccupante per l'attività dei reparti di questa disciplina.

Le regioni verso cui si emigra più frequentemente sono quelle che solitamente rappresentano, più o meno giustificatamente, uno standard di eccellenza. Le principali sono Emilia Romagna, Lazio e Lombardia, seguite con frequenza minore da Toscana e Veneto (tabella 5). Un cenno a parte merita l'esportazione verso la Basilicata: 7,47% dei pazienti; ma si tratta di una "migrazione di confine", legata più a fenomeni locali, come la vicinanza con strutture limitrofe al comune di residenza, alla facilità negli spostamenti, all'assenza di strutture con UO della disciplina otorino vicine, piuttosto che a incapacità di offrire adeguata assistenza entro regione ai residenti.

La tabella 6 mostra la distribuzione dei ricoveri per Categoria Diagnostica Maggiore (MDC) e sede del ricovero entro o fuori regione. Nella maggior parte dei casi si osserva una tendenza al ricovero entro regione, eccetto per i casi che ricadono nella MDC 10 (Malattie endocrine) e nella MDC 1 (Malattie del sistema nervoso centrale). In entrambi i casi non si tratta di gruppi diagnostici tipici dell'otorinolaringoiatria. Nel caso dell'MDC 10, la diagnosi più frequentemente osservata è la persistenza del dotto tireoglossa, inoltre tutti i DRG che

Tabella 7. Primi 15 DRG prodotti da ricoveri esportati con relativo indice di fuga. E' riportata anche la rispettiva frequenza per importazione con relativo indice di attrazione.

MDC	Esportati			Importati		
	n	%	Indice fuga	n	%	Indice attrazione
55 miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola	450	24,52%	12,63%	422	24,68%	12,63%
56 rinoplastica	145	7,90%	17,62%	77	4,50%	17,62%
73 altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età >17	128	6,98%	4,88%	153	8,95%	4,88%
60 tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18	123	6,70%	3,46%	150	8,77%	3,46%
53 interventi su seni e mastoide età > 17	99	5,40%	15,99%	73	4,27%	15,99%
69 otite media e infezioni alte vie respiratorie età >17 senza cc	65	3,54%	3,87%	71	4,15%	3,87%
65 alterazioni dell equilibrio	61	3,32%	2,61%	81	4,74%	2,61%
72 traumatismi e deformità del naso	59	3,22%	4,92%	30	1,75%	4,92%
64 neoplasie maligne di orecchio naso bocca e gola	48	2,62%	9,34%	73	4,27%	9,34%
290 interventi sulla tiroide	48	2,62%	40,00%	3	0,18%	40,00%
482 tracheostomia per disturbi orali laringei o faringei	44	2,40%	24,86%	30	1,75%	24,86%
74 altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età <18	30	1,63%	5,92%	32	1,87%	5,92%
59 tonsillectomia e/o adenoidectomia età >17	30	1,63%	6,51%	22	1,29%	6,51%
49 interventi maggiori sul capo e sul collo	28	1,53%	31,11%	16	0,94%	31,11%
169 interventi sulla bocca senza cc	26	1,42%	9,25%	25	1,46%	9,25%
Altri	451	24,58%	-	452	26,43%	-
Totale	1.835	100,00%	7,05%	1.710	100,00%	7,05%

Tabella 8. Principali DRG prodotti nelle regioni con la più alta percentuale di importazione dalla regione Puglia.

	DRG	n°	%		DRG	n°	%
Emilia Romagna	55	121	32,27%	Lazio	56	57	19,52%
	56	29	7,73%		55	51	17,47%
	53	28	7,47%		290	30	10,27%
	73	20	5,33%		73	16	5,48%
	1	14	3,73%		60	15	5,14%
	Altri	163	43,47%		Altri	123	42,12%
	Totale	375			Totale	292	
Lombardia	55	47	20,35%	Toscana	55	75	41,21%
	53	26	11,26%		72	13	7,14%
	73	16	6,93%		73	10	5,49%
	69	13	5,63%		53	10	5,49%
	56	13	5,63%		64	9	4,95%
	Altri	116	50,22%		Altri	65	35,71%
	Totale	231			Totale	182	
Veneto	55	29	18,47%	Basilicata	60	34	24,82%
	73	18	11,46%		73	20	14,60%
	74	12	7,64%		55	14	10,22%
	65	9	5,73%		66	8	5,84%
	64	9	5,73%		65	6	4,38%
	Altri	80	50,96%		Altri	55	40,15%
	Totale	157			Totale	137	

L E G E N D A

- | | | | |
|----|---|-----|--|
| 1 | craniotomia età >17 eccetto per traumatismo | 66 | epistassi |
| 53 | interventi su seni e mastoide età >17 | 69 | otite media e infezioni alte vie respiratorie età >17 senza cc |
| 55 | miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola | 72 | traumatismi e deformità del naso |
| 56 | rinoplastica | 73 | altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età >17 |
| 60 | tonsillectomia e/o adenoidectomia età <18 | 74 | altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età <18 |
| 64 | neoplasie maligne di orecchio naso bocca e gola | 290 | interventi sulla tiroide |
| 65 | alterazioni dell equilibrio | | |

rientrano nella MDC delle malattie endocrine, sono legati a problemi relativi alla tiroide, e ricadono nell'area dell'otorinolaringoiatria per competenza anatomica. Le diagnosi della MDC 1, che interessano prevalentemente l'area di otorinolaringoiatria, sono le patologie del nervo trigemino e del facciale.

La distribuzione dei ricoveri per i DRG più frequenti fuori regione e relativa importazione è riportata in tabella 7; i principali DRG sono sovrapponibili ai primi 15 trattati entro regione. I DRG per i quali si osserva una percentuale più alta di pazienti trattati fuori regione sono quelli chirurgici. Ciò è evidenziato anche nella tabella 8 con alte percentuali per i DRG 55, 56 e 63; una certa rilevanza assumono i ricoveri per patologia neoplastica, DRG 64, in Toscana e Veneto.

Conclusioni.

Le unità operative di otorinolaringoiatria svolgono un lavoro specialistico e l'analisi della casistica rispecchia

appieno questa specificità. Il livello di efficienza con cui viene trattata la casistica è sicuramente molto elevato, ciò rende possibile la standardizzazione e l'ottimizzazione dell'assistenza consentendo anche di tenere sotto controllo l'efficacia degli interventi.

La capacità delle UO presenti sul territorio regionale di rispondere alla domanda di assistenza ospedaliera per questa disciplina si può considerare buona, anche in considerazione del fatto che la esportazione è legata prevalentemente a fattori di conformazione geografica. Fatta eccezione per la mobilità verso le regioni del nord Italia, infatti, gli spostamenti entro regione o verso regioni limitrofe, appaiono legate alla accessibilità delle strutture. Emerge, comunque, la necessità di mettere a punto strategie appropriate, che consentano di ridurre ulteriormente la fuga dalle strutture regionali e soddisfare la domanda intra ed extra regionale di ricoveri, mantenendo l'attuale standard di efficienza.



Dichiarazione di Erice sull'equità e il diritto alla salute

1. Mai come oggi l'Umanità soffre per così ampie e crescenti disuguaglianze nel reddito e nella salute. Eppure non sono lontani gli anni in cui l'Umanità sembrava incamminarsi in una strada di maggiore giustizia tra i popoli e di realizzazione dei principi solennemente enunciati nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948). Tra questi anche il diritto alla salute. Poco più di 20 anni orsono l'Organizzazione Mondiale della Sanità lanciava la campagna per la "Salute per tutti entro il 2000" e riaffermava che "la salute - come stato di benessere fisico, sociale e mentale e non solo come assenza di malattia e infermità - è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante" (Conferenza di Alma Ata, 1978).

2. Il percorso verso una maggiore giustizia tra i popoli e verso una globalizzazione dei diritti sembra essersi interrotto. La globalizzazione dei nostri giorni è quella della finanza e dell'economia. Non è un caso che la Banca Mondiale abbia di fatto sostituito l'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'indicare - e in certi casi imporre - le linee di politica sanitaria internazionale, che sono quelle della sanità a pagamento, delle privatizzazioni dei servizi e delle assicurazioni: in una parola della salute come bene di consumo, a disposizione di chi vuole, ma soprattutto di chi ha i mezzi per acquistarla. Gli stessi G8 definiscono la salute come strumento di crescita economica, senza riconoscerla esplicitamente come diritto umano.

Non è possibile accettare tutto questo quando:

- Il 20% della popolazione, quella più ricca, possiede l'82,7% del reddito mondiale e il 20% della popolazione, quella più povera, solo l'1,4%.
- Le popolazioni dei paesi più ricchi e industrializzati hanno una longevità media che si avvicina agli 80 anni, mentre le popolazioni di molti paesi dell'Africa sub-sahariana registrano livelli di longevità anche inferiori ai 40 anni, con un netto regresso rispetto a dieci anni orsono.
- Le persone affette da HIV/AIDS dei paesi ricchi hanno a disposizione gratuitamente farmaci efficaci contro l'infezione e la malattia, mentre alle persone affette da HIV/AIDS dei paesi poveri questa possibilità (di cura e di vita) è negata.
- Quasi 900 milioni di persone nel mondo non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali.

3. Universalità di accesso ai servizi, comprensività delle cure, finanziamento basato sulla capacità contributiva sono i pilastri su cui si sono basati molti sistemi sanitari nel mondo - sia con il modello del "servizio sanitario nazionale", che con quello delle "assicurazioni sociali" -; attraverso l'applicazione di questi principi si sono raggiunti elevati livelli di efficacia dei servizi, di equità nell'accesso alle cure e di miglioramento della salute della popolazione. Laddove si è da sempre praticato un modello di sistema basato sulla responsabilità individuale, che comporta evidenti disuguaglianze, i livelli di salute della popolazione sono risultati inferiori a quelli di altri paesi ad economia avanzata, con decine di milioni di persone prive di qualsiasi forma di copertura assistenziale, nonostante la spesa sanitaria sia di gran lunga la più elevata.

4. Le profonde trasformazioni demografiche ed epidemiologiche, le incessanti innovazioni tecnologiche in campo diagnostico e terapeutico, la necessità ineludibile di elevare l'efficienza e l'appropriatezza degli interventi sanitari pongono a tutti i paesi la sfida di innovare - e anche di riformare profondamente - i sistemi sanitari. Tuttavia le tendenze in atto vanno oltre la direzione di migliorare gli assetti organizzativi e gestionali dei servizi e dirigono chiaramente verso il sistematico smantellamento dei principi di salvaguardia della dignità della persona umana, di rispetto della vita e di equità.

5. La salute diviene sempre più bene di consumo e sempre più merce. Le politiche della salute sono oggetto di attenzione e di intervento dell'Organizzazione Internazionale del Commercio e tema specifico di trattativa tra governi e imprese multinazionali.

A tale proposito ricordiamo che:

- L'accordo TRIPS (Trade Related aspects of Intellectual Property rights) stabilisce che tutti i paesi devono introdurre una legislazione sui diritti di proprietà intellettuale (brevetto) sui farmaci; ciò comporta l'esclusivo diritto delle industrie farmaceutiche di imporre prezzi inaccessibili per la stragrande maggioranza degli ammalati, come accade ad esempio per i farmaci usati nel trattamento dell'HIV/AIDS: anche a causa dell'alto costo - legato al brevetto - delle medicine decine di milioni di persone nel mondo non possono curarsi e sono destinate a morte certa.
- L'accordo GATS (General Agreement on Trade in Services) mira a instaurare un sistema legislativo internazionale che favorisca l'espansione delle imprese private nel campo dei servizi, compresi quelli sanitari. Il GATS, bloccato a Seattle, sta proseguendo a Ginevra a porte chiuse nella totale assenza di informazione pubblica. Il GATS rappresenta una seria minaccia per i servizi sanitari pubblici in generale e per i servizi sanitari nazionali in particolare. Perfino il concetto di servizio, tradizionalmente inteso come attività finalizzata a soddisfare i bisogni umani, viene ribaltato per trasformarsi in oggetto di commercio, volto alla ricerca del massimo profitto.

6. L'azione dell'Organizzazione Internazionale del Commercio tende sempre più a ridurre l'autonomia d'intervento dei governi negli scambi commerciali anche quando questi siano rivolti a proteggere i diritti umani dei propri cittadini, come l'accesso ai servizi essenziali e la salute. Tale azione, minando la legittimità delle leggi nazionali, mette a grave rischio la stessa democrazia. Un'autorevole

Ad Erice, presso il Centro di Cultura Scientifica "Ettore Majorana", si è svolto dal 22 al 26 marzo il Corso "Flussi migratori e politiche per la salute. Aspetti epidemiologici ed interventi socio-sanitari", organizzato dalla Scuola Superiore di Epidemiologia e Medicina Preventiva "G.D'Alessandro". Il corso, coordinato dal Prof. Nicola Comodo del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze, ha affrontato le problematiche associate al fenomeno della migrazione con particolare attenzione alla tutela della salute dei migranti nel nostro paese, non tralasciando di valutare la situazione socio-sanitaria dei paesi in via di sviluppo, gli effetti della globalizzazione ed il ruolo della cooperazione internazionale. Tutti gli operatori riuniti in occasione del corso sono stati poi firmatari di un documento indirizzato alla società civile ed all'intera comunità scientifica, che qui si riporta integralmente.

rivista medica, The Lancet, ha lanciato un vero e proprio allarme nei confronti della possibilità che accordi come il GATS mettano fuori legge l'utilizzo di meccanismi come il finanziamento dei servizi attraverso il contributo progressivo, la copertura universale dei rischi, la responsabilità pubblica nella programmazione, nel finanziamento e nell'erogazione dei servizi, perché anti-competitivi e restrittivi nei confronti del commercio e quindi di ostacolo al libero mercato.

7. L'effetto di queste disuguaglianze è anche testimoniato dal fenomeno dell'immigrazione, che sta interessando in modo crescente i paesi dell'Unione Europea. All'inizio di questo millennio ci sono infatti nel mondo oltre 130 milioni tra migranti e rifugiati, di cui tre quinti si trovano comunque nei paesi del sud del mondo. Pur rappresentando una componente significativa della crescita economica e culturale dei paesi di approdo, i migranti continuano a soffrire discriminazioni nell'esercizio dei diritti fondamentali, compreso quello della salute e dell'assistenza socio-sanitaria.

8. Noi operatori della sanità – medici, ricercatori, docenti universitari e rappresentanti del volontariato – riuniti a Erice in occasione del corso "Flussi migratori e politiche per la salute", ci rivolgiamo alla società civile e alla comunità scientifica per affermare quanto segue:

- a) Ogni persona deve acquisire la consapevolezza delle disuguaglianze che si sono venute a creare nel mondo, delle cause che le hanno prodotte, dei meccanismi che le alimentano e le aggravano.
- b) E' un diritto, ed insieme un dovere, di tutti pretendere che le decisioni e le scelte che riguardano la salute e l'organizzazione dei sistemi sanitari siano affrontate e discusse apertamente, con la massima partecipazione democratica dei cittadini.
- c) La comunità scientifica – ed in particolare coloro che hanno il compito di produrre cultura, formazione e ricerca - ha il dovere di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini. Questi temi non possono rimanere soltanto oggetto di trattative "a porte chiuse" in vertici internazionali o di reportage giornalistici. Emerge sempre più forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze e pertanto la Scuola e l'Università non possono più a lungo sottrarsi a questo compito.
- d) La definizione dei diritti e dei doveri delle nazioni e dei vari attori commerciali non può essere monopolio di organizzazioni internazionali, le cui politiche e le cui scelte si configurano sempre di più come soprusi a danno dei più deboli e dei più poveri. Anche se appare inevitabile e anche necessario il governo su scala mondiale di processi complessi, come quelli dell'economia e della finanza, non è accettabile che tutto ciò si rivolga contro chi ha più bisogno e meno voce e – soprattutto – che decisioni e scelte di fortissimo impatto per la vita delle popolazioni avvengano al di fuori di ogni forma di partecipazione democratica e di controllo dei cittadini.
- e) Le profonde disuguaglianze evidenziate sono il frutto di un "egoismo sconsiderato" che non tiene conto né dei più deboli, né delle generazioni future, ricchi o poveri che siano. Non è difficile immaginare infatti che questo tipo di egoismo possa trascinare verso la catastrofe l'intero genere umano. Vogliamo fare appello a un "egoismo intelligente" che prenda in considerazione i principi di sostenibilità del pianeta, che pratichi forme generose e costruttive di solidarietà internazionale che garantiscano a tutti l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari e educativi, che contrasti ogni forma di discriminazione anche verso chi è straniero.

Noi riteniamo che la sinergia di queste tre componenti – la presa di coscienza dei cittadini, l'impegno della cultura e della scienza, le decisioni dei governi sulla base delle necessità dei popoli e non sotto la pressione di lobbies e di interessi – potrà portare a un'inversione di tendenza rispetto agli attuali scenari, ad assicurare la pace e a risvegliare la speranza e la fiducia nel futuro.

G Berlinguer, Comitato Nazionale di Bioetica; F Blangiardi, ASL di Ragusa; G Bonaccorsi, Università di Firenze; C Bondi, ASL di Firenze; C Bonifazi, Istituto di Ricerche sulla Popolazione del CNR - Roma; F Bordoni, ASL di Firenze; R Carloni, ASL di Savona; F Carnevale, ASL di Firenze; D Carraro, CUAMM Padova; F Carrozzini, ASL di Lecce/2; A Cattaneo, Irccs Burlo Garofolo Trieste; N Comodo, Università di Firenze; L Dalla Torre, Università di Padova; N Denticò, Medici Senza Frontiere Roma; M P Di Maio, ASL di Firenze; E di Maria, Università di Genova; S Geraci, Caritas di Roma; G Giammanco, Università di Catania; F Godi, ASL di Firenze; M Greci, ASL di Reggio Emilia; M Lanzi, ASL di Lucca; C Lorini, Università di Firenze; M D Lupi, Centro Studi e Servizi per Enti no Profit Perugia; M Maci, Università di Firenze; G Maciocco, Università di Firenze; M Manghi, ASL di Reggio Emilia; D Mannelli, Università di Firenze; D Papini, Università di Firenze; Maurizio Marceca, Agenzia Servizi Sanitari Regionali Roma; Rosario Mete, ASL di Roma; Eduardo Missoni, Esperto di cooperazione sanitaria, Roma; S Naoufal, Università di Genova; C Napoli, Università di Bari; A Nicastro, Università di Catania; P Olivani, NAGA di Milano; A Paoli, ASL di Firenze; G Pesavento, Università di Firenze; S Pieroni, ASL della Versilia; S Pignato, Università di Catania; F Porrello, Sciacca; M Quarto, Università di Bari; R Ragaglia, ASL di Olbia; R Raso, Università di Genova; L Ricci, ASL di Prato; L Roti, Università di Firenze; C Russo, ASL di Firenze; C Sanseverino, ASL di Firenze; F Santomauro, Università di Firenze; A Stefanini, Università di Bologna; S Strozza, Università di Roma "La Sapienza"; F Tediosi, Agenzia Regionale di Sanità Firenze; L Turco, ASL di Firenze.

Gli screening in Oncologia

A cura di F. Vano e P. Trerotoli

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
www.assr.it

Sito della agenzia per i servizi sanitari regionali presenta una sezione dedicata alle linee guida tra cui appunto quelle per la realizzazione degli screening in oncologia. Il documento è in formato pdf, può essere interamente salvato sul proprio Pc oppure stampato. Il contenuto è estremamente interessante per coloro i quali vogliono avviare un progetto di screening sulla popolazione, in quanto suggerisce i criteri da utilizzare per decidere come e quando uno screening debba essere effettuato, quali siano gli indicatori da determinare per valutarne l'efficacia. E' presente anche un cenno sulle problematiche relative alla gestione psicologica dell'utenza interessata ad un programma di screening nei vari momenti del percorso diagnostico. Il documento suddiviso in sezioni tra cui una relativa ai dati epidemiologici sulla diffusione dei principali tumori per i quali è possibile attuare un programma di prevenzione secondaria, una seconda per la valutazione della qualità metodologica del piano di screening e della applicabilità delle linee guida ed infine una terza sezione con le indicazioni generali per la produzione di materiale informativo per i cittadini.

CancerNet
www.cancermet.nci.nih.gov

E' il sito più completo riguardo ogni problematica relativa alla patologia tumorale, si spazia dalle statistiche, alle informazioni sui più recenti trial oncologici attualmente in corso. Le patologie sono presentate in relazione alla sede anatomica e per ogni tumore sono esposte le problematiche di patogenesi, sintomatologia, diagnostica e terapia. Il sito si può considerare come un'organizzazione ombrello che, oltre a fornire informazioni, consente il collegamento alle banche dati specifiche di ciascun argomento trattato, nonché ad altri siti specializzati su particolari aspetti della patologia tumorale, o di specifiche forme tumorali. Per ogni argomento si trovano cenni sulla prevenzione, compreso gli screening, e sono riportati gli esami da effettuare, le possibili alternative, i tests di conferma. E' possibile inoltre il collegamento ad una banca dati del National Cancer Institute, PDQ (Physician Data Query), che raccoglie ed aggiorna informazioni sulla patologia tumorale, con un'ampia bibliografia e la possibilità di consultare un abstracts on-line. Selezionando il capitolo degli screening si può accedere a due livelli di informazione: quello per i pazienti e quello per gli operatori sanitari. E' presente infine un'area che consente il collegamento ad altri siti che trattano lo stesso argomento.

Università della Pennsylvania
oncolink.upenn.edu

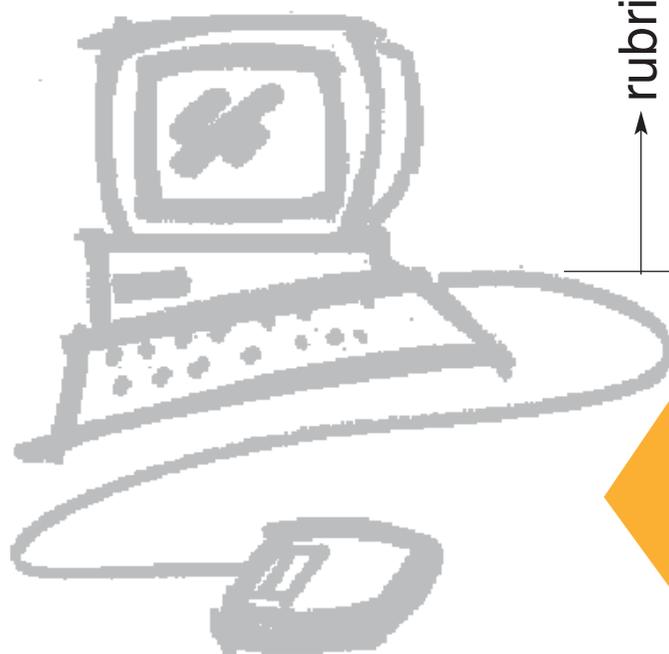
E' il sito della Università della Pennsylvania dedicato all'oncologia. Il sito è organizzato in modo tale che si possa scegliere l'argomento, da un menù posto sul lato sinistro tra: trattamento, diagnosi, prevenzione, supporti psicologici. Scegliendo il menù "Prevention/screening" si accede ad un indice che consente la scelta per sede anatomica della neoplasia. Successivamente appare un elenco che permette la scelta tra le FAQ (Frequently Asked Questions) sullo screening di una specifica neoplasia, il collegamento al database PDQ. E' inoltre presente il collegamento al Cancer.lit per la connessione agli abstracts della più recente bibliografia relativa agli screening per le neoplasie. Il sito consente di spaziare anche su altri argomenti sempre oncologici, per i quali comunque è possibile accedere ai documenti PDQ e Cancer.lit.

Regione Emilia Romagna
www.regione.emilia-romagna.it/web_gest/link/lksan.htm

Nella sezione sanità del sito della regione Emilia Romagna è disponibile un capitolo dedicato esclusivamente agli screening dei tumori femminili. L'obiettivo è divulgare informazioni sulle tematiche della prevenzione in oncologia e sulle relative procedure. Il sito è di immediato impatto con l'utenza in quanto costituito da icone che aprono i capitoli relativi al programma regionale e a quello attuativo da parte di ciascuna ASL, alle strutture presso le quali effettuare gli esami di screening, alle novità e alle strategie di comunicazione utilizzate. Il gruppo di lavoro dell'Emilia Romagna ha, inoltre, partecipato alla stesura delle linee guida SIAPEC (Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia) in tema di qualità dello screening per il carcinoma cervico uterino e per la valutazione citologica dei vetrini, consultabile presso il sito www.siapec.it/cito/cito_sc1.htm.

Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia
<http://www.sigo.it/lineeguida1.html>

Un cenno merita anche il sito italiano della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, che prevede un capitolo dedicato alle linee guida in ginecologia oncologica, comprensive anche delle linee guida per lo screening dei tumori genitali femminili.



rubriche

V SEZIONE

Esempio 2

Paziente con neoplasia polmonare si ricovera per eseguire un controllo e un ciclo di chemioterapia. Nessun altro problema viene evidenziato durante il ricovero.

Diagnosi principale:

Seduta di chemioterapia codice ICD 9 CM: V58.1

Diagnosi secondarie:

Neoplasia polmonare codice ICD 9 CM: 162.3

Altre procedure:

Somministrazione di farmaci per via endovenosa codice ICD 9 CM: 99.25

Esempio 3

Paziente ricoverata per follow-up successivo ad asportazione di un tumore polmonare, non esegue chemioterapia e non viene evidenziata alcuna condizione patologica.

Diagnosi principale:

Visita di controllo dopo intervento chirurgico codice ICD 9 CM: V67.0

Diagnosi secondaria:

Anamnesi di tumore maligno del polmone codice ICD 9 CM: V10.11

Esempio 4

Paziente ricoverato in periodo immediatamente successivo all'intervento chirurgico per completare i cicli di chemioterapia previsti dopo l'intervento di asportazione della neoplasia.

Diagnosi principale:

Seduta di chemioterapia codice ICD 9 CM: V58.1

Diagnosi secondaria:

Neoplasia polmonare codice ICD 9 CM: 162.3

Altre procedure:

Somministrazione di farmaci per via endovenosa codice ICD 9 CM: 99.25

Esempio 5

Paziente ricoverato per eseguire una seduta di chemioterapia. Ha già subito l'intervento ed ha già completato il primo ciclo di trattamento. Attualmente non ha più evidenza di tumore.

Diagnosi principale:

Seduta di chemioterapia codice ICD 9 CM: V58.1

Diagnosi secondaria:

Anamnesi di tumore maligno del polmone codice ICD 9 CM: V10.11

Altre procedure:

Somministrazione di farmaci per via endovenosa codice ICD 9 CM: 99.25

rubriche

V SEZIONE

A cura di N. Pagliarone
responsabile del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione della ASL Taranto 1
consulente dell'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia.

Articolo 3

Norma Originaria Principale che, oltre alla sanzione penale, prevede pene accessorie che per il D.Lvo507/99 vengono trasformate in Sanzioni Amministrative Accessorie Equivalenti e continuano ad applicarsi nei casi e nei modi stabiliti "obbligatoriamente" dalla norma principale.

L'autorità amministrativa con ordinanza-ingiunzione o il giudice unico con sentenza di condanna possono applicare (con discrezionalità) nuove Sanzioni Amministrative Accessorie (art.24 L. 689/81):

per **reiterazione** specifica delle violazioni [art.8bis L. 689/81]: Chiusura temporanea da 5 gg. a 3 mesi o sospensione licenza fino a 3 mesi

per **fatti di particolare gravità** da cui sia derivato pericolo per la salute: chiusura definitiva e revoca della licenza.

Reiterazione: commissione, nei 5 anni precedenti, di violazione amministrativa della stessa indole (violazione della stessa sfera di tutela) accertata con provvedimento esecutivo (ordinanza-ingiunzione ex art.18 L. 689/81).

Non sono valutate ai fini della reiterazione le successive violazioni amministrative se commesse in tempi ravvicinati e riconducibili ad un disegno comune. Il trasgressore che usufruisce del pagamento in misura ridotta (art.16 L.689/81) per quella data violazione non ricade nell'istituto della reiterazione e la reiterazione non si annota nel casellario.

La reiterazione è *specifica* se è violata la medesima disposizione cioè il trasgressore ha lo stesso comportamento antiggiuridico.

La reiterazione è *aspecifica* se è violata legge comunque "attinente" all'igiene degli alimenti e bevande.

Aver trasformato un istituto penale come la *recidiva* in istituto amministrativo come la *reiterazione* ha fatto ravvisare incostituzionalità per eccesso del potere di delega contro l'art. 76 della Costituzione.

Nei casi in cui si possono applicare le sanzioni amministrative accessorie non è ammesso il pagamento in misura ridotta (favor rei-art 16 L.689/81) in tal caso il pagamento è fatto per intero (*sine favor rei*).

Nei casi in cui si consente il pagamento in misura ridotta per una data violazione, non si applicano le sanzioni amministrative accessorie.

Per l'applicazione del Dec. L.vo 507/99 è necessario:

un casellario (nazionale) delle violazioni amministrative al fine dell'applicabilità dell'istituto della "Reiterazione"

un ufficio centralizzato della depenalizzazione (c/o Autorità competente) per uniformità nella valutazione dell'applicazione delle Sanzioni Amministrative Accessorie

uno scadenziario (c/o l'organo accertatore) per verificare le scadenze di ottemperanza alle prescrizioni date secondo congruo termine (D.L.vo 155/97)

Articolo 4

Per le violazioni depenalizzate incluse nelle leggi che contemplano illeciti amministrativi, la competenza ad applicare la sanzione amministrativa pecuniaria spetta alla stessa autorità che già, allo stato, le irriga.

Per le violazioni depenalizzate incluse nelle leggi che contemplano ipotesi di reato (illeciti penali) è indicata l'attribuzione specifica dell'Autorità competente (Min. P.A.F., Min. I.C.A., Regioni, Province autonome).

N.B.: I limiti delle Sanzioni Amministrative Pecuniarie, sono:

£ 4.000 min. - £ 20.000.000 max L.689/81 (in via generale)

£ 12.000 min. - £ 200.000.000 max D.Lvo 507/99 (modificato)

Per le Sanzioni Amministrative Pecuniarie proporzionali i limiti non si applicano, tranne nei casi in cui la norma originaria lo prevede espressamente.

Articolo 5

Contempla il nuovo art. 517 bis al C.P. introducendo la "circostanza aggravante" (con pene che sono aumentate di 1/3 del max edittale) per le violazioni agli artt. 515, 516, 517, C.P. (frode in commercio, vendita di sostanze non genuine per genuine, vendita di prodotti industriali con segni mendaci) quando i prodotti alimentari sono considerati tipici e protetti (DOP, DOT, IGP, IGT, A di S) dalle norme vigenti.

Il giudice, nell'emettere sentenza di condanna, può discrezionalmente disporre:

- In caso di recidiva specifica: chiusura temporanea da 5 gg. a 3 mesi

- In caso di fatto di particolare gravità da cui sia derivato pericolo per la salute: revoca della licenza (chiusura)

Per frodi contro industrie nazionali (art. 514C.P.) è disposta interdizione da attività industriale e commerciale ex art. 30 e 31 C.P. e con art. 518 C.P. pubblicazione della sentenza secondo art.36 C.P.

Articolo 6

Considerato che gli artt. 5, 6, 12, della L. 283/62 restano penalizzati, il D.Lvo. 507/99 trasforma da congiunte ad alternative le pene dell'arresto/ammenda consentendo così la discrezionalità del giudice all'ammissione all'oblazione penale (art.162 bis C.P.).

L'apparente abbassamento del livello di tutela della salute consentendo il "pagamento" per una violazione penale, spinge al recupero della deterrenza con l'applicazione delle Sanzioni Accessorie.

Art. 5 [sanzione:arresto fino a 1 anno o ammenda da £ 600.000 a £ 60.000.000] per le violazioni alle lettere d) – alimenti insudiciati, parassitati, alterati, mascheramento di alterazioni, e lett. h)– prodotti fitosanitari LMR, periodi di rispetto – la sanzione è: arresto da tre mesi ad un anno o ammenda da £ 5.000.000 a £ 90.000.000.

Decreto Legislativo 507/99: depenalizzazione dei reati minori

implicazioni per i Servizi di Igiene degli Alimenti - parte seconda

45

OER

Art. 6 [sanzione: arresto fino ad un anno o ammenda da€ 600.000 a € 60.000.000].

Art. 12 [La sola introduzione in Italia di prodotti alimentari non conformi alla legge quadro(L.283/62)–comporta sanzione amministrativa pecuniaria da € 1.000.000 a € 6.000.000. Se le sostanze alimentari sono destinate anche al commercio si applicano le sanzioni dell'art. 6.

[Nuovo art. 12 bis L.283/62] Se le violazioni agli art.5, 6, 12 determinano un fatto di particolare gravità da cui sia derivato pericolo per la salute pubblica, o in caso di recidiva, il giudice può (discrezionalmente) disporre chiusura definitiva e revoca licenza.

Articolo 7

Nei casi in cui viene irrogata una Sanzione Amministrativa Pecuniaria uguale o maggiore a €15.000.000, l'Autorità Amministrativa (tramite polizia municipale), con ordinanza – ingiunzione o il Giudice (tramite organo accertatore) con sentenza di condanna, possono discrezionalmente disporre, a spese del trasgressore, la pubblicazione (con modalità ex art.36 C.P.) o l'affissione del provvedimento che accerta la violazione, precisando il luogo, la modalità, e la durata (max 4 mesi) dell'affissione.

Tali pene accessorie esplicano significativa funzione preventiva e deterrente.

Articolo 8

Tale disposizione ha carattere preventivo – cautelare (non sanzionatorio) e di obbligatorietà.

Consiste nella **chiusura** obbligatoria per “insussistenza” dei requisiti igienico – sanitari previsti dagli artt. 28-29 DPR 327/80 e “necessari” per il rilascio dell'autorizzazione sanitaria ex art.2 L.283/62. Tale provvedimento, a norma della L.241/90, può essere richiesto con atto di diffida (da proporre al Sindaco, art.650 C.P.) e revocato immediatamente non appena la situazione è regolarizzata.

- Se non esiste l'autorizzazione sanitaria si esegue chiusura e si invia entro 24 ore rapporto al Sindaco, dopo aver irrogato la sanzione amministrativa pecuniaria.(Esercizio abusivo art.22 D.L.vo 114/98)

- Se esiste autorizzazione sanitaria, ma si verifica insussistenza dei requisiti igienico – sanitari di cui all'art.28 -29D.P.R.327/80 si avvia procedimento amministrativo (L.241/90): atto di diffida tramite Sindaco a regolarizzare in termini brevi (art.650C.P.)

- Per esercizio abusivo (senza licenza amministrativa e sanitaria) a norma dell'art. 22 D.Lvo 114/98 il Sindaco irroga sanzione amm. pec. (per intero sine favor rei) ed applica la pena accessoria della chiusura.

I tre casi di chiusura

1. Art. 3 comma 1°: Per violazione a norma penale (depenalizzata col 507/99) che prevedeva anche la pena accessoria la quale ultima, col 507/99, viene trasformata in sanzione amministrativa accessoria equivalente .

Art. 3 comma 2°: Per reiterazione specifica della violazione. Per fatto di particolare gravità da cui sia derivato pericolo per la salute.

2. Art.8 D.Lvo 507/99: Per “insussistenza” dei requisiti igienico – sanitari “necessari” (la cui mancanza è causa di rischio immediato per la salute) al rilascio dell'autorizzazione sanitaria ex art.2 L.283/62.

3. Art.15 L.283/62 e artt. 22-29 D.P.R. 327/80. Il pagamento delle sanzioni amministrative pecuniarie per gli artt. 22-29 viene fatto per intero (cioè non è ammesso il pagamento in misura ridotta - *favor rei*) in quanto viene irrogata la pena accessoria della chiusura, per altro già prevista (art.15) e ora trasformata in sanzione amministrativa accessoria equivalente, indipendentemente dal procedimento penale.

Articolo 95. Principio di specialità

Per un fatto punito da disposizione penale e anche da disposizione che prevede sanzione amministrativa o da più disposizioni che prevedono sanzioni amministrative si applica la disposizione speciale (amministrativa – species non genus). In deroga al principio di specialità, per le violazioni agli art.5,6,12 L.283/62 si applicano solo le disposizioni penali anche in presenza di disposizioni amministrative che sanzionano i fatti.

Articolo 97.

Al Giudice di Pace (L.374/91) per sanzioni amm. pec. < €30.000.000

Si esclude la competenza a conoscere da parte del G.di P. per interessi collettivi rilevanti – difficoltà di accertamento – sanzioni elevate

D.Lvo 274/2000 (Giudice di pace penale)

Giudizio di opposizione all'ordinanza-ingiunzione: (Art.22 L.689/81) Al Giudice unico di 1° grado (D.Lvo 51/98) per violazioni riguardanti igiene alimenti e bevande (interessi collettivi rilevanti).

Articolo 102. Trasmissione atti all'autorità amministrativa norme transitorie e finali

Tutti i procedimenti (pendenti) in pendenza di giudizio per appello, cassazione, rinvio sono trasmessi dalla A.G. alla Aut.Amm. entro 90 gg. dall'entrata in vigore del D.Lvo 507/99 (15.1.2000) salvo che il reato risulti prescritto prima di tale data. L'Aut. Amm. deve notificare al trasgressore la violazione entro 90 – 360 gg. I trasgressori, entro 60 gg. dalla notificazione degli estremi della violazione, sono ammessi al pagamento in misura ridotta (art.16 L. 689/91 – favor rei) con estinzione del procedimento. La depenalizzazione è efficace anche per le violazioni commesse anteriormente alla data di entrata in vigore del 507, sempre che il procedimento penale non sia stato definito con sentenza passata in giudicato o con decreto divenuto irrevocabile. A tali vecchie violazioni non si applicano le sanzioni amministrative accessorie (principio di legalità) salvo che le stesse non siano la trasformazione di corrispondenti pene accessorie già previste dalla norma violata.

rubriche

IV SEZIONE

Steroidi anabolizzanti e sport

A cura di B. Paradiso,
responsabile del settore di documentazione biomedica del CIMEDOC (Centro Interdipartimentale di servizi per la Metodologia della sperimentazione e la Documentazione biomedica) dell'Università di Bari.

Mottram DR, George AJ

Anabolic steroids

**Best Practice and Research, Clinical
Endocrinology and Metabolism**

2000; 14 (1): 55-69

Gli steroidi anabolizzanti sono derivati del testosterone, modificato per potenziarne le azioni anaboliche piuttosto che androgeniche dell'ormone. Si ritiene che gli effetti anabolizzanti siano quelli che promuovono la sintesi delle proteine, la crescita muscolare e la citopoiesi. Esistono numerosi effetti collaterali relativi agli steroidi anabolizzanti, compresi l'ipertensione e l'arteriosclerosi, l'ittero, la coagulazione del sangue, il carcinoma epatico, i danni tendinei, effetti psichiatrici e comportamentali e, nei maschi, riduzione della fertilità e ginecomastia. Gli steroidi anabolizzanti sono stati aggiunti nella lista delle sostanze proibite del Comitato Olimpico Internazionale nel 1975. La parte più consistente dell'"evidenza" relativa all'efficacia degli steroidi anabolizzanti in quanto agenti che migliorano le prestazioni è aneddotica.

Nelle principali ricerche sperimentali sono stati descritti in maniera insufficiente dal punto di vista scientifico, clinico e statistico. La percentuale di risultati positivi dei test forniti dai laboratori accreditati dal Comitato Olimpico Internazionale è rimasto notevolmente basso. Tuttavia gli atleti assumono steroidi al di fuori dei periodi di gara e non tutti i Paesi effettuano test al di fuori delle competizioni, sebbene la cooperazione internazionale sia un tema di grande attualità. Nonostante la mancanza di evidenze definitive, coloro che utilizzano steroidi continueranno a ritenere che gli effetti sono efficaci e perciò è improbabile che possano essere convinti a non assumerli.

Wright F, Bricout V, Doukani A, Bongini M
Update on nandrolone and norsteroids: Endogenous or xenobiotic substances

Science and Sports

2000; 15 (3): 111-124

I norsteroidi sono xenobiotici con proprietà androgeniche e anaboliche note fin dagli anni Trenta. Nel 1998, si è aperta una discussione sulle possibilità di una produzione endogena di nandrolone superiore al limite raccomandato dal Comitato Olimpico Internazionale, dopo la scoperta di un numero di casi positivi al nandrolone in famosi atleti francesi. Tuttavia, ciò rifletteva sia gli interessi commerciali sia il basso livello delle conoscenze scientifiche su queste sostanze all'interno degli organismi sportivi. Cercheremo di riassumere in questo studio lo stato delle conoscenze scientifiche al momento attuale.

Paradossalmente, i norsteroidi non sono soltanto xenobiotici ma anche intermediari obbligatori nella sintesi biologica degli estrogeni ed androgeni di tutte le specie, compreso l'uomo. Fin dagli anni '90, la spettrometria di massa ad alta risoluzione consente un limite di indagine di 1 pg/mL o meno. Tuttavia, malgrado le difficoltà tecniche specifiche connesse, i bassissimi livelli endogeni riscontrati non hanno nulla in comune con i livelli alti riportati nei controlli del doping negli anni 1997-1998.

In conclusione, sulla base degli effetti nocivi ben documentati osservati ripetutamente dopo l'assunzione di steroidi anabolizzanti, la procedura confermata per riportare l'abuso dei norsteroidi è importantissima.

Bahrke MS, Yesalis CE, Brower KJ
Anabolic-androgenic steroid abuse and performance-enhancing drugs among adolescents

Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America

1998; 7(4): 821-838

Gli adolescenti usano un'ampia varietà di farmaci e integratori, inclusi gli steroidi anabolizzanti, per migliorare le prestazioni sportive e la prestantza fisica. I tassi di prevalenza per l'uso di steroidi variano generalmente tra 4% e 12% tra gli adolescenti maschi e da 0,5% e 2% per le adolescenti.

Sebbene gli effetti a breve termine sulla salute degli steroidi anabolizzanti quali quelli sul fegato, i lipidi sierici, l'umore e il comportamento, i sistemi riproduttivo e cardiovascolare siano stati sempre più studiati, gli effetti a lungo termine non sono ben conosciuti. Coloro che usano gli steroidi sono più verosimilmente ragazzi, praticano sport di potenza e usano altri farmaci illeciti. Tuttavia, gli effetti di molti altri fattori di rischio potenziali non sono stati spiegati

Ricerca effettuata su Medline, Premedline, Embase, Current Contents

compiutamente. La valutazione dell'abuso di steroidi anabolizzanti comprende esami dello stato fisico e mentale e di laboratorio. La cessazione dell'assunzione di farmaci, la terapia di supporto e le farmacoterapie aggiuntive sono tutte impiegate nel trattamento dell'abuso e della dipendenza da steroidi.

Dominguez BL, Zumbado PM
Toxic effects of anabolic-androgenic steroids
Revista de Toxicologia
1998; 15(2): 49-58

Il consumo massiccio, da parte dei giovani e degli sportivi, di steroidi anabolizzanti-androgenici ha fatto sì che questo gruppo di ormoni derivati dal testosterone fossero considerati "droghe illecite" negli Stati Uniti. L'uso non terapeutico di tali sostanze a dosi elevate senza alcun tipo di controllo medico, provoca la comparsa di effetti tossici nei consumatori abitudinari (sportivi, culturisti o giovani che perseguono semplicemente un miglioramento del loro aspetto fisico). C'è una vasta gamma di effetti che esse possono produrre, in particolare sul fegato, sui tessuti riproduttivi, su quelli metabolici, sul muscolo striato e sulle alterazioni psicologiche. Esistono più di 120 composti disponibili sul mercato, ma soltanto 12 di essi sono utilizzati a scopo terapeutico sull'uomo, mentre i rimanenti sono usati principalmente come anabolizzanti da giovani e sportivi (a causa della loro capacità di far aumentare la massa muscolare per migliorare le prestazioni). Le sostanze utilizzate dagli sportivi comprendono quelle somministrate per via orale (17-alfa-alchilderivati) e quelle somministrate per via parenterale (esteri del testosterone o suoi derivati), e usualmente numerosi farmaci vengono assunti contemporaneamente ad alte dosi. Il consumo è proibito da praticamente tutte le federazioni sportive internazionali in base ad una lista di sostanze dopanti ed è obbligatorio determinare il composto omologo o i suoi metaboliti nei controlli antidoping. Sebbene nel nostro Paese non esistono cifre ufficiali sul consumo, si suppone che, come accade in altri Paesi europei, il loro utilizzo è molto diffuso nonostante il fatto che le leggi spagnole stabiliscono che tali sostanze non possono essere rilasciate dalle farmacie senza ricetta medica. L'esistenza di utilizzatori illegali di queste sostanze a dosi elevate coinvolge i rischi per la salute e rende necessario il controllo dei loro effetti tossici.

rubriche

IV SEZIONE

La Puglia in cifre

Dati demografici e data-base disponibili presso l'OER: distribuzione per ASL.

ASL	popolazione		morti		residenti ricoverati in Puglia		malattie infettive (classe II)			infortuni sul lavoro	malattie profess.
	1998	1999	1998	1999	1997	1998	1996	1997	1998	1997	1997
BA 1	241.371	242.026	2.029	2.026	51.098	51.271	1.898	1.836	668	1.316	1
BA 2	281.237	281.450	2.195	2.079	58.651	61.972	1.408	1.019	763	1.700	11
BA 3	217.179	218.708	1.648	1.629	37.882	38.854	2.063	1.371	687	2.108	6
BA 4	589.719	591.410	4.794	4.436	123.641	125.278	5.530	4.437	2.018	4.964	58
BA 5	241.727	242.456	2.006	1.918	51.282	52.737	1.025	795	494	2.137	15
BR 1	413.243	411.563	3.479	3.372	76.954	89.905	1.550	2.529	558	3.306	12
FG 1	219.574	218.583	2.036	1.923	44.719	46.351	616	1.710	331	1.703	33
FG 2	215.327	215.624	1.625	1.541	33.638	35.575	225	80	76	1.187	6
FG 3	260.745	259.693	2.436	2.344	47.298	49.887	1.062	1.158	570	2.889	19
LE 1	474.334	472.813	4.069	4.003	80.980	82.378	1.538	1.454	936	3.174	43
LE 2	343.064	343.042	3.003	2.915	69.686	70.443	1.220	1.091	706	2.059	14
TA 1	588.902	587.871	4.742	4.398	97.998	108.005	3.120	2.681	1.119	5.071	173
Totale	4.086.422	4.085.239	34.062	32.584	773.827	812.656	21.255	20.161	8.926	31.614	391