Associazione Italiana di Epidemiologia

XXXIX CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA

ALIMENTAZIONE E SALUTE NELL'ERA DELLA GLOBALIZZAZIONE

"Come l'epidemiologia può contribuire alle strategie per una sana alimentazione in un quadro di sostenibilità ambientale"

ALIMENTAZIONE E AMBIENTE

ALIMENTAZIONE E SALUTE

ALIMENTAZIONE E STRATEGIE DI PREVENZIONE

CON IL PATROCINIO DI:

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA

SEMINARI SATELLITE 27 | CONGRESSO 28-30 OTTOBRE 2015

MILANO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI MILANO BICOCCA
PIAZZA DELL'ATENEO NUOVO, 1

ABSTRACT

A I E

Associazione Italiana di Epidemiologia

XXXIX CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA

ALIMENTAZIONE E SALUTE NELL'ERA DELLA GLOBALIZZAZIONE

ABSTRACT

Milano, 27-30 ottobre 2015 - UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO BICOCCA

ALIMENTAZIONE E SALUTE

L'alimentazione non corretta è davvero il più importante determinante di morte e disabilità sia in Italia che su scala globale (GBD 2013)? Cosa dice di nuovo l'epidemiologia sul suo ruolo nell'eziologia dei tumori e delle malattie cardiovascolari?

Le strategie e le politiche di prevenzione in Italia prendono in conto questa priorità, e le indicazioni che vengono dalla ricerca?

E, inoltre, le politiche sul cibo e le scelte alimentari individuali possono influenzare l'ambiente? E come?

In questo congresso l'AIE vuole contribuire a esaminare il contributo dell'epidemiologia allo studio della relazione fra alimentazione e salute. In parallelo, si prefigge di discutere come le strategie di prevenzione possano tenere in conto le evidenze che arrivano dalla ricerca.

Un congresso, dunque, per favorire il trasferimento nella pratica delle più recenti evidenze sul rapporto fra cibo e salute, e sulle strategie efficaci di prevenzione. Ma anche un'occasione per discutere delle contraddizioni fra cibo buono per l'uomo e per il pianeta, e per riflettere sull'impatto ambientale del sistema produttivo e distributivo.

AIE

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA

012 - poster

L'uso dei farmaci in allattamento: quanto sono coerenti le fonti informative?

Sofia Colaceci[1], Alessandra Giordano[2], Angela Giusti[3], Ercole Vellone[1], Rosaria Alvaro[1]

[1]Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione; [2]Ostetrica libero professionista; [3]Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Roma

Introduzione Sebbene solo un limitato numero di farmaci sia controindicato in allattamento, l'American Academy of Pediatrics ha dichiarato che una ragione comune per la sospensione dell'allattamento è l'uso dei farmaci e il conseguente consiglio, nella maggior parte dei casi ingiustificato, da parte dei professionisti sanitari di interrompere l'allattamento. A complicare la situazione contribuiscono i contenuti informativi dei Fogli Illustrativi (FI) dei farmaci e dei Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP): infatti, da un'indagine condotta nel 2004 è emerso che solo il 2% dei medicinali commercializzati in Italia riportava un chiaro profilo di sicurezza relativamente al loro uso durante l'allattamento.

Obiettivo Confrontare i contenuti presenti nei FI e RCP con quelli reperiti dalle fonti scientifiche, in merito all'uso dei farmaci antidiabetici durante l'allattamento.

Metodi Tra gennaio e marzo 2015, è stato selezionato un elenco dei principali principi attivi di farmaci antidiabetici in commercio in Italia. Per ogni farmaco sono stati reperiti i FI e RCP sul database dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Come fonti scientifiche, sono stati selezionati il testo Medications and Mothers' Milk (Hale & Rowe, 2014) e il database LactMed, considerando il loro continuo aggiornamento. Dopo aver estratto le informazioni sull'uso di tali farmaci durante l'allattamento, a ogni contenuto è stato assegnato un codice colore per definirne il profilo di rischio: nero (farmaco controindicato), rosso (non raccomandato), giallo (da usare con cautela), verde (compatibile). Sono stati esclusi i farmaci per i quali non erano presenti sufficienti informazioni per fare una comparazione tra FI-RCP e fonti scientifiche.

Risultati Sono stati reperiti 109 farmaci, di cui 102 selezionati. I farmaci maggiormente rappresentati sono: metformina (26); repaglinide (18); pioglitazone (11); glimepiride (10); glibenclamide+metformina (8); insulina (7). Nella quasi totalità dei casi (99/102) i contenuti dei FI-RCP tendono a esprimere un profilo di rischio più elevato rispetto alle informazioni fornite dalle fonti scientifiche. Sulla base della letteratura disponibile, nessuno dei 102 farmaci è controindicato durante l'allattamento, tuttavia 30 di essi sono definiti controindicati nei FI e/o RCP. Dei rimanenti 72 farmaci, 63 sono definiti non raccomandati pertanto si consiglia di operare una scelta tra il trattamento farmacologico e l'allattamento. Il miglior grado di concordanza tra FI-RCP e fonti scientifiche si osserva per le insuline e per i glinidi.

Conclusioni La discordanza tra le diverse fonti d'informazione consultate e la presenza nei FI e RCP di contenuti non supportati da evidenze scientifiche possono alimentare la già diffusa opinione tra le madri e tra i professionisti sanitari che sia necessario interrompere l'allattamento in caso di terapia farmacologica. Emerge pertanto un forte bisogno d'informazioni affidabili e accessibili sull'uso dei farmaci in allattamento.

sofia_sofia_c@hotmail.it

013 - orale

Differenze demografiche e geografiche nell'accesso a cure adeguate per la gestione del diabete di tipo 2

Paola Ballotari[1], Valeria Manicardi[2], Marina Greci[3], Paolo Giorgi Rossi[1]

[1]Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL- ASMN, IRCCS, Reggio Emilia, [2]UOC di Medicina-Ospedale di Montecchio, AUSL di Reggio Emilia, [3]Dipartimento Cure Primarie, AUSL di Reggio Emilia

Introduzione: Le linee guida per la gestione del diabete mellito di tipo 2 (DM2) prevedono due percorsi di cura strutturati (PCS): la gestione integrata del paziente condivisa tra il servizio diabetologico (livello specialistico) e il medico di medicina generale e la presa in carico esclusiva da parte del servizio diabetologico. La letteratura esistente suggerisce che i DM2 non inseriti in un percorso strutturato hanno esiti peggiori in termini di outcomes intermedi e presentano eccessi di rischio di ricovero, d'incidenza di eventi cardiovascolari e di mortalità.

Obiettivo: Descrivere le differenze demografiche e geografiche tra i DM2 in PCS e quelli no.

Metodi: La popolazione in studio è costituita dai DM2 prevalenti al 31.12.2012 nella provincia di Reggio Emilia, desunti dal registro provinciale del diabete. Le variabili indagate sono il sesso, l'età, lo status d'immigrato e il distretto di residenza e la loro relazione con l'adesione ad un PCS o meno. Si è utilizzato il modello logistico multivariato per stimare gli odds ratio (OR) e i relativi intervalli di confidenza al 95% (95% IC) ed è stata calcolata la probabilità dell'interazione fra le variabili considerate.

Risultati: Alla fine del 2012 tra i 27828 DM2, 5235 (18,8%) non erano inseriti in un PCS né lo sarebbero stati nell'arco dei due anni successivi. L'essere donna favoriva tale condizione (OR 1.18 95%IC 1.11-1.26) così come l'essere straniero (OR 1.14 95%IC 1.00-1.30). Inoltre, anche avere un'età elevata risultava essere un fattore determinante (70+ vs. 50-69: OR 1.40 95%IC 1.31-1.50), –in modo più accentuato per le donne rispetto agli uomini e per gli stranieri rispetto agli italiani. La residenza al di fuori del capoluogo di provincia favoriva invece l'adesione ad un PCS, tranne nel caso di un distretto limitrofo al capoluogo per gli italiani al quale si aggiungeva il distretto montano per gli stranieri.

Conclusioni. Lo svantaggio delle donne e degli immigrati conferma i risultati ottenuti da altri studi sulla qualità delle cure del DM2 e suggerisce che eventuali azioni per ridurre le disuguaglianze debbano considerare questi due segmenti di popolazione. La popolazione anziana potrebbe essere esclusa dai PCS per difficoltà oggettive quali la residenza in strutture protette, l'immissione in percorsi di assistenza domiciliare integrata (ADI) o per la presenza di comorbidità importanti, mentre le differenze tra distretti denotano la necessità di armonizzare le procedure di presa in carico e di mantenimento della continuità delle cure.

paola.ballotari@ausl.re.it

014 - orale

Promozione della cultura della sicurezza nelle scuole: efficacia degli interventi sugli infortuni degli studenti

Elena Farina[1], Antonella Bena[1]

[1]Servizio di Epidemiologia, Azienda Sanitaria Locale TO3, Grugliasco, (Torino)

Introduzione. A livello nazionale e internazionale sono stati attuati molti programmi volti alla riduzione degli infortuni e della violenza tra i bambini in età scolastica, tuttavia la maggior parte non è stata sottoposta a valutazione di efficacia. Gli studi sono pochi e si focalizzano su outcome intermedi, quali per esempio l'acquisizione delle conoscenze, piuttosto che su outcome di salute.

Obiettivi. L'obiettivo del presente lavoro è valutare l'impatto sugli infortuni scolastici degli interventi di prevenzione attivati in un gruppo di scuole del Piemonte.

Metodi. E' stato condotto uno studio pre-post con gruppo di controllo. Le unità di intervento sono i plessi (ovvero i singoli edifici scolastici) che hanno attivato progetti riguardanti il tema della sicurezza a scuola nell'anno 2009-2010; le unità di controllo sono state selezionate casualmente tra i plessi che non hanno implementato progetti sulla sicurezza in quel periodo. L'obiettivo generale dei progetti era promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza accrescendo competenze e conoscenze e favorendo l'adozione di comportamenti adeguati. Tutti i progetti hanno combinato tra loro aspetti di tipo: formativo/educativo; informativo/comunicativo; organizzativo.

L'Ufficio Scolastico Regionale ha fornito il numero degli alunni iscritti stratificati per genere e anno scolastico e gli infortuni sono stati richiesti direttamente ai singoli plessi. Sono stati calcolati i tassi di infortunio standardizzati per genere per 5 anni scolastici (dal 2007/2008 al 2011/2012) stratificati per grado della scuola e luogo di accadimento. Per la valutazione di efficacia è stato utilizzato il metodo della differenza nelle differenze (DID).

Risultati. Sono stati registrati 2.918 infortuni accaduti a studenti tra l'01/01/2008 e il 31/07/2012. Per tutti i gradi di scuola i tassi di infortunio accaduti nei locali interni hanno un andamento decrescente nelle unità di intervento e crescente nelle unità di controllo. Il DID calcolato sul totale dei plessi, aggiustato per genere, è -0,002 ($p<0,001$). I DID stratificati per grado della scuola valgono rispettivamente: -0,003 ($p=0,007$) per le primarie, -0,004 ($p=0,041$) per le secondarie di I grado, -0,001 ($p=0,037$) per le secondarie di II grado. Nelle scuole secondarie non si evidenzia un effetto sugli infortuni avvenuti in palestra.

Conclusioni. I progetti valutati erano specificamente diretti alla sicurezza dei locali interni e alle dinamiche relazionali e i risultati delle analisi suggeriscono che abbiano avuto un impatto positivo sugli infortuni nel breve termine. Il punto di forza del lavoro è il metodo quasi-sperimentale utilizzato. Questo lavoro è la dimostrazione che, utilizzando le informazioni disponibili nei sistemi informativi presenti nei singoli istituti scolastici, è possibile misurare l'impatto sulla salute dei programmi di promozione della sicurezza in un contesto reale.

elena.farina@epi.piemonte.it

015 - orale

Studio epidemiologico sullo stato di salute dei residenti in vicinanza dell'aeroporto di Bergamo - Orio al Serio: principali risultati

Alberto Zucchi*, Dario Consonni^, Roberta Ciampichini*, Piero Imbrogno*, Giuseppe Sampietro*, Carmen Tereanu*, Bruno Pesenti*, Giorgio Barbaglio*, Pier Alberto Bertazzi°

* ASL Bergamo; ^ Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico –Milano; ° Università degli Studi di Milano

Introduzione. Studi recenti hanno mostrato come l'esposizione al rumore aeroportuale possa associarsi ad effetti negativi su salute e benessere della popolazione esposta, in particolare come annoyance, ma anche aumento di pressione arteriosa (PA) e disturbi cardiovascolari.
Obiettivi. Studiare il rapporto tra esposizione a rumore e stato di salute degli abitanti residenti nelle vicinanze dell'Aeroporto di Orio al Serio, in particolare nell'ambito delle curve di zonizzazione acustica LVA.

Metodi. Si sono effettuati: uno studio preliminare di incidenza e mortalità dei principali gruppi di patologie, su richiesta degli abitanti e dei loro rappresentanti; uno studio sul consumo di farmaci, quali traccianti di ipertensione, pat.respiratorie, disturbi psichici e gastrici; infine, uno studio trasversale campionario per valutare sul campo, tramite somministrazione di un questionario e misurazione di PA, parametri quali frequenza di ipertensione, annoyance e disturbi del sonno fra la popolazione esposta. Il protocollo utilizzato nello studio è strettamente conforme alla metodologia dello studio multicentrico nazionale SERA.

Risultati. Il tasso di partecipazione allo studio campionario è stato del 57,6%. Il campione è costituito da 400 persone, 166 residenti in zona LVA <60 dB, 164 in zona LVA 60-65 dB, 70 nell'area >65 dB. Per il periodo analizzato e per le patologie considerate, l'analisi epidemiologica descrittiva non ha evidenziato differenze di incidenza e mortalità nel confronto tra le aree in studio e l'area di riferimento (provincia di Bergamo). Lo studio attivo ha evidenziato una chiara relazione tra esposizione a rumore, annoyance e disturbi del sonno, ma non una significativa differenza nei valori di PA, né una differenza nella frequenza di ipertesi tra le tre aree identificate dalle curve isofoniche. Le analisi effettuate attraverso la prevalenza d'uso sul consumo di farmaci hanno evidenziato, nel confronto tra area esposta rispetto all'atteso, in entrambi i generi, un modesto eccesso di consumo, in classe A02 (disturbi gastrici), compreso tra 4 e 12%, e in classe N (sedativi, ansiolitici, ipnotici, antidepressivi), tra 10-13%.

Conclusioni. La non evidenza di impatto sulla PA dei residenti nelle vicinanze dell'Aeroporto di Orio al Serio potrebbe essere determinata dalla relativa "giovinezza" dell'aeroporto; tali disturbi organici potrebbero insorgere dopo un periodo di latenza di diversi anni. Alcuni risultati di questo lavoro, in particolare disturbi del sonno e annoyance, nonché consumo di farmaci sedativi e per disturbi gastrici, sono comunque indicatori negativi di una risposta iniziale, ancorché reversibile, dell'organismo umano all'impatto dell'attività aeroportuale. Sulla base di questi risultati è stata richiesta l'adozione di ulteriori misure di mitigazione e di riduzione dell'esposizione, soprattutto notturna.

azucchi@asl.bergamo.it

016 - orale

Progetto ISOLA II-prevalenza di anticorpi ANA e ENA in una popolazione generale; morbosità e mortalità in 14 anni di osservazione.

Alberto Zucchi*, Carlo Selmi°§, Angela Ceribelli°§, Elena Generali°, Carlo A. Scirè°°, Fausto Alborghetti**, Guido Colloredo#, Luisa Porrati**, Sascha Pfeiffer^, Maria I.S. Achenza°, Maria De Santis°, Francesca Cavaciocchi°, Marco Massarotti°, Valentina Paleari§§, Pietro Invernizzi§§, Torsten Matthias^, Pier Luigi Meroni§

*Servizio Epidemiologia-ASL Bergamo, °Div. Reumatologia e Immunologia Clinica, Humanitas, Milano, §Università di Milano, °°UO Epidemiologia, Società Italiana Reumatologia, Milano, **ASL Bergamo, #Div Med. Interna, Osp. Ponte San Pietro Bergamo, ^Aesku Diagnostics, Wendelsheim, Germany, §§UO Ricerca Clinica, Humanitas Milano

Introduzione. Non c'è accordo in letteratura su prevalenza e significato clinico nel tempo di anticorpi serici anti-nucleo (ANA) e antigeni nucleari estraibili (ENA) quando riscontrati nella popolazione generale. Giustificare un follow-up clinico dei soggetti ANA+ asintomatici rimane tema dibattuto. ANA e ENA rappresentano il segno distintivo di numerose malattie connettivali (CTD), essendo inclusi nella maggior parte dei criteri diagnostici delle CTD. Tuttavia ANA si trova sovente in soggetti sani, a prevalenza variabile (1-20%), anche se gli studi sono generalmente eseguiti in popolazioni selezionate (ie, donatori di sangue). Sono limitati i dati relativi a popolazioni generali non selezionate o il significato clinico nel tempo.

Obiettivi. Determinare prevalenza e valore predittivo per insorgenza di CTD in 14 anni in soggetti positivi agli anticorpi ANA e anti-ENA. Determinare il rischio di insorgenza di cancro e di decesso, per valutare un possibile legame con la positività agli autoanticorpi.

Metodi. Si sono utilizzati i campioni estratti entro uno studio di popolazione nel 1999 (progetto Isola I, 2.828 soggetti di età 18-75), eseguendo su 2490 campioni a disposizione i test ANA e ENA. Si è eseguito poi l'accertamento di diagnosi per CTD e tumori, così come per i decessi tra il 1999 e 2013, attraverso le esenzioni patologia-specifiche. I campioni sono stati analizzati mediante immunofluorescenza indiretta per ANA e test ELISA anti-ENA in sieri ANA+. Il valore predittivo è stato calcolato come rischio assoluto, RR e HR per malattie autoimmuni, CTD, cancro. L'associazione di autoanticorpi con rischio di mortalità è stata valutata dal modello per rischi proporzionali di Cox, grezzo e aggiustato per sesso.

Risultati. Soggetti ANA+ sono stati rilevati nel 18.1% della popolazione (483/2663) a titolo ≥ 1:80 e nel 6.1% (163/2663) a titolo ≥1:160. Le prevalenze ANA ad entrambe le soglie di titolo sono significativamente più elevate ($p<0.0001$) nelle donne rispetto agli uomini. La positività ANA a qualsiasi titolo è associata ad un HR significativo di sviluppare CTD tra il 1999 e il 2013 (HR 4.66; $p=0.011$; HR aggiustato per età e sesso =3.66, $p=0.034$). HR aumenta per titoli più elevati (14.19 per ANA ≥1:160, $p=0.001$.) ANA+ non è associato ad un HR di sviluppare tumori (HR 1.03; $p>0.05$). Infine, 122 soggetti (ANA+: 33/483: 6.8%; ANA-: 89/2180: 4%) sono deceduti tra il 1999 e il 2013, con HR di decesso associato ANA+=1.49, $p=0.047$, e 1.40, $p=0.099$), se aggiustato per età e sesso.

Conclusioni. Gli ANA sono stati utilizzati nel work-up diagnostico dei pazienti con sospetta malattia autoimmune per decenni, ma la loro interpretazione clinica rimane in gran parte soggettiva. Questo studio mostra per la prima volta che ANA+, rilevato in una popolazione non selezionata, aumenta significativamente il rischio di sviluppare CTD, anche se non si conferma associazione con rischio di cancro o sopravvivenza, sia pur con un aumento del 40% di HR di decesso.

azucchi@asl.bergamo.it

017 - orale

IL SISTEMA DI MONITORAGGIO PER L'IDENTIFICAZIONE DELLE NEOPLASIE ASBESTO-CORRELATE A BASSA FRAZIONE EZIOLOGICA.

Stefania Massari[1], Alessandra Binazzi[1], Michela Bonafede[1], Marisa Corfiati, Alessandro Marinaccio [1]

[1] INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, Roma

Introduzione Il bando dell'amianto del 1992 e la lunga latenza delle neoplasie asbesto-correlate inducono a ritenere che le conseguenze, in termini di sanità pubblica, del massiccio utilizzo di amianto non possono considerarsi esaurite.

In questo quadro preoccupante, il contesto normativo ha previsto l'istituzione del Registro Nazionale dei Mesoteliomi per la rilevazione attiva dei casi di mesotelioma maligno. Per quanto riguarda le altre neoplasie attribuibili ad esposizione ad amianto, identificate dalla IARC con evidenza di cancerogenicità sufficiente (tumori del polmone, dell'ovaio e della laringe), o limitata (tumori del colon retto, della faringe e dello stomaco), ancora molto si deve fare.

Obiettivi L'obiettivo di questo studio è descrivere il sistema di monitoraggio dei rischi occupazionali previsto dall'articolo 244 del Decreto Legislativo n. 81 del 2008 che ben si presta all'identificazione dei tumori a bassa frazione eziologica professionale derivanti da esposizione ad amianto.

Metodi L'impianto metodologico è quello degli studi epidemiologici di tipo caso-controllo; i casi sono i soggetti affetti da neoplasia maligna di età compresa tra i 35 ed i 74 anni selezionati da archivi di patologia (Registri tumori di popolazione o Schede di dimissione ospedaliera); i controlli sono tratti dalle Anagrafi territoriali degli assistiti mediante estrazione di un campione casuale appaiato per sesso ed età rispetto ai casi. L'esposizione per i casi e i controlli viene definita a partire dalle storie lavorative estratte dagli archivi contributivi dell'INPS. I rischi relativi per sede e comparto produttivo sono stimati mediante modelli di regressione logistica.

Risultati In attuazione dell'art.244 del D.Lgs 81/2008 sei regioni (Lombardia, Toscana, Lazio, Marche, Campania, Calabria) hanno istituito, con delibera regionale, il Centro Operativo Regionale a bassa frazione eziologica.

In accordo con i documenti di indirizzo nazionale definiti al Capo II, art. 5 del D. Lgs 81/08 e dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, in tutte le Regioni e Province Autonome deve essere sviluppato in modo omogeneo il registro nazionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale e perfezionata l'attività di sorveglianza epidemiologica mediante l'utilizzo del sistema di monitoraggio dei rischi occupazionali qui presentato.

Viene proposta l'architettura del sistema di monitoraggio dei rischi occupazionali individuando gli Enti/Istituti preposti, i loro compiti e le fasi operative per la realizzazione del sistema stesso.

Conclusioni Il quadro di conoscenza dei rischi per le neoplasie occupazionali asbesto-correlate è da approfondire. L'attivazione in modo uniforme, coordinato e efficiente su tutto il territorio nazionale del sistema di monitoraggio dei rischi, qui proposto, rappresenta uno strumento utile per l'identificazione e l'approfondimento delle neoplasie sospette per la definizione certa del nesso causale professionale.

s.massari@inail.it

018 - poster

Sprechi alimentari in 6 scuole trentine. Anno 2014

Igea Boni[1], Maria Grazia Zuccali[2], Vincenzo Bertozzi[3], Marco Niro[4], Laura Battisti[5]

[1] Comunità della Vallagarina – Ufficio istruzione; [2] Azienda provinciale per i servizi sanitari – Dipartimento di prevenzione; [3] Provincia Autonoma di Trento – Istituto di statistica; [4] Provincia Autonoma di Trento – Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente; [5] Provincia Autonoma di Trento – Osservatorio per la salute

Introduzione Le perdite e gli sprechi di cibo che si verificano lungo la filiera agroalimentare sono stimate a circa un terzo della produzione mondiale e implicano consumi inutili di risorse e emissioni di inquinanti.

Nel 2012 il Parlamento europeo lancia la sfida di dimezzare lo spreco alimentare entro il 2025 e di prevenire la produzione di rifiuti alimentari. In Europa la percentuale più elevata di sprechi si ha in corrispondenza di consumo domestico e ristorazione. Un possibile punto di intervento è la ristorazione scolastica. In quest'ottica le Linee ministeriali di indirizzo per la ristorazione scolastica pongono tra le priorità da considerare nell'aggiudicazione del servizio di ristorazione la valutazione e la gestione di eccedenze e avanzi e la riduzione della produzione di rifiuti.

Obiettivi Misurare l'entità degli sprechi alimentari per sviluppare un percorso di educazione alimentare orientato alla loro prevenzione e riduzione.

Metodi Quotidianamente dal 4 al 29 maggio 2014, in 6 mense scolastiche di 5 scuole primarie e 1 scuola secondaria di primo grado della provincia di Trento, personale opportunamente addestrato ha rilevato tramite pesatura, per singola scuola, su una tabella standard riportante il menù del giorno: il numero dei pasti erogati, le quantità di cibo preparato, l'avanzo non servito e lo scarto dei piatti, dettagliatamente per porzione (primo, secondo piatto, contorno cotto e crudo) e per tipologia di preparazione (pasta, minestra, carne, pesce ecc).

Risultati Nelle 4 settimane di studio, corrispondenti a 20 giorni di registrazioni, hanno usufruito del servizio mensa in media quotidianamente 313 studenti e sono stati serviti in totale 142029 piatti per 12609 Kg di alimenti preparati complessivamente. Di questi, 2922 kg (23%) sono stati scartati (in media 146 Kg/die): 891 kg (7%) non sono stati serviti e 2031 kg (16%) sono stati lasciati nei piatti.

Mediamente l'avanzo di cibo corrisponde al 22% sia per il primo che per il secondo piatto, al 32% per il contorno cotto e al 28% per quello crudo con variazioni significative in rapporto alla tipologia di preparazione (es 16% pasta vs 27% minestra; 17% carne vs 27% pesce vs 36% piatto vegetariano).

Conclusione Il presente studio ha evidenziato percentuali importanti di sprechi alimentari. È quindi necessario ripianificare il sistema della ristorazione con l'obiettivo di ridurre gli sprechi per ottenere vantaggi ambientali, sociali e economici. La scuola attraverso la ristorazione scolastica, data la numerosità degli utenti, può diventare uno strumento di sensibilizzazione al problema. In seguito alla diffusione dei risultati di questo studio è stato inserito un intervento nel Piano Provinciale Prevenzione con l'obiettivo di:

- rivisitare i menù con il coinvolgimento/responsabilizzazione dei bambini
- creare gruppi di lavoro per misurare lo spreco individuale e l'impronta ecologica
- ridurre le dimensioni delle portate (possibilità di bis)
- strutturare programmi di donazioni alimentare.

laura.battisti@provincia.tn.it

020 - orale

Dimissioni ospedaliere critiche: l'integrazione ospedale – territorio riesce a rispondere ai bisogni assistenziali?

Carlo Mamo [1], Marco Dalmasso [1], Roberto Gnavi [1], Maurizio Marino [1], Giuseppe Costa [1], Federica Gamna [2] , Giulio Fornero [3]

[1] Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Grugliasco (TO); [2] Dipartimento Riabilitazione e Continuità delle Cure, AOU San Luigi; [3] SC Qualità e Risk Management, AOU Città della Salute, Torino

INTRODUZIONE Nel periodo autunno 2014-primavera 2015, è stato attivato un tavolo di lavoro interaziendale, includente le ASL/AO della Città Metropolitana di Torino, mirato a proporre percorsi prescrittivi in grado di ridurre le richieste inappropriate di esami e visite specialistiche, nonché il sovraffollamento in Pronto Soccorso. Tra le criticità affrontate, la gestione territoriale dei pazienti dimessi dall'ospedale con problemi di non autosufficienza.

OBIETTIVI Il tavolo di lavoro "Dimissioni critiche" si è posto l'obiettivo di valutare se i modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio siano in grado di garantire la continuità delle cure adeguata ai bisogni assistenziali post-dimissione. Si è inteso inoltre valutare se la modalità di dimissione "protetta", attivante servizi socio-sanitari complessi (domiciliari o residenziali) sia in grado di rispondere efficacemente alle necessità dei pazienti con maggiori bisogni assistenziali.

METODI Si sono prodotti indicatori di follow-up dei dimessi considerabili "critici", nonché indicatori di contesto demografico utili alla lettura del confronto tra aree. Come primo set di pazienti "critici" si sono selezionati i residenti in Piemonte dimessi da reparti di "Riabilitazione di 2° livello" (codice reparto: 56) e di "Lungodegenza" (codice reparto: 60); in totale: 44.978 SDO nel periodo 2011-2013. Tali pazienti sono stati seguiti attraverso i flussi di Pronto Soccorso (PS), con due step: a 7 e a 30 giorni a partire dalla data di dimissione.

RISULTATI Il follow-up dei pazienti dimessi da reparti di riabilitazione e lungodegenza evidenzia:

- alti tassi di accesso in PS entro 7 giorni ed entro 1 mese dalla dimissione nelle ASL di Torino e provincia, nel confronto col resto della regione; i valori più alti si hanno nelle ASL TO1-2 per i dimessi da riabilitazione (17% di accesso in PS a 30 giorni) e nella ASL TO5 per i dimessi da lungodegenza (29% a 30 giorni);
- importanti differenze all'interno della regione tra ASL (e nosocomi);
- tassi di accesso in PS differenti per modalità di dimissione: molto alti per le "dimissioni volontarie" e le "dimissioni con attivazione ADI"; rispetto a quest'ultime le "dimissioni protette", riservate sopratutto a pazienti anziani, hanno tassi di accesso in PS più bassi;
- gli accessi in PS dei dimessi "critici" presentano codici di gravità più alti rispetto al totale degli accessi regionali;
- non vi sono differenze significative per quanto riguarda giorno della settimana ed ora negli accessi in PS per i pazienti provenienti da post-acuzie.

CONCLUSIONI I tassi di accesso in PS post-dimissione e le disomogeneità tra aree e tra strutture di ricovero sembrano evidenziare situazioni di difficoltà a gestire sul territorio pazienti "critici" dal punto di vista sociale e sanitario. La modalità di dimissione "protetta" appare in grado di attivare livelli di assistenza territoriali adeguati ai bisogni, ma tale percorso riguarda ancora un ridotto numero di dimessi.

carlo.mamo@epi.piemonte.it

022 - orale

Valutazione del beneficio dello screening sulla qualità della vita dei malati di tumore al colon-retto

LINDA GUARDA*, CRISTINA MAZZI°, CORRADO ROSARIO ASTERIA^ , PAOLO RICCI*

*Osservatorio Epidemiologico ASL provincia di Mantova, ^Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, °Università di Bologna

INTRODUZIONE Lo screening del colon-retto in provincia di Mantova ha avuto avvio nel 2005 e ad oggi copre circa il 48% della popolazione. Mentre i benefici dei programmi di screening sulla prognosi della malattia sono noti, l'interesse è rivolto agli effetti sulla qualità della vita.

OBIETTIVI Valutare l'impatto dello screening non solo in termini di incremento della sopravvivenza in giorni, tal quale o libera dalla malattia, ma anche di qualità della vita.

METODI La popolazione in studio è definita dai casi incidenti 2005-2010 di tumore maligno del colon-retto individuati dal Registro Tumori della provincia di Mantova. Il flusso informativo della specialistica ambulatoriale ha permesso di individuare i soggetti aderenti al programma. La qualità della vita è stata misurata tramite proxy, reperibili dai flussi sanitari correnti e trattati come variabili dicotomiche: chemio o radioterapia (si/no), invasività dell'intervento (si/no), stomia permanente (si/no). Gli OR sono stati calcolati attraverso regressioni logistiche. La spesa sanitaria nei 2 anni successivi alla diagnosi è valutata tramite regressione lineare limitatamente ai sopravviventi a 3 anni dalla diagnosi. La "quantità di vita" è calcolata in giorni di sopravvivenza dalla prima diagnosi, il quantum della "qualità di vita" è calcolato in giorni di vita successivi all'ultimo evento sfavorevole, definito come ricovero ospedaliero con codice di tumore, intervento sulla stomia o sessione di chemio/radioterapia. La valutazione è avvenuta tramite regressione lineare (sui giorni di vita) e regressione logistica (sopravvivente a 3 anni si/no). Tutte le analisi sono corrette per età e genere.

RISULTATI L'aderenza al programma di screening ha un effetto protettivo e statisticamente significativo sul trattamento di radio o chemioterapia (OR=0.35, IC95%: 0.26-0.45), sull'invasività dell'intervento (OR=0.57, IC95%: 0.42-0.78), e sulla necessità di portare una stomia permanente (OR=0.38, IC95%: 0.23-0.64). La probabilità di sopravvivenza a 3 anni dalla diagnosi è più che triplicata (OR=3.34, IC95%: 2.32-4.81) e la sopravvivenza libera da malattia è pari mediamente a 91 giorni in più nei 4 anni dalla diagnosi (IC95%: 37-144).

Tra i sopravviventi a 3 anni, la spesa per ricoveri ospedalieri nei primi due anni è minore di 5508€ (IC95%: 3912-7103), quella per farmaci è minore di 878€ (IC95%: 170-1585), mentre quella per specialistica ambulatoriale è minore di 456€ (IC95%: 75-837)..

CONCLUSIONI Chi partecipa al programma di screening ha nel complesso una miglior prognosi di chi non si sottopone al test: oltre al dato atteso della maggior sopravvivenza, si evidenzia anche una maggior sopravvivenza "libera da malattia", un minor ricorso ad interventi chirurgici particolarmente invasivi, minor necessità di chemio o radioterapia, nonché minore probabilità di stomia permanente. La minore spesa sanitaria suggerisce un minor ricorso alle cure e quindi un migliore stato di benessere.

lindaguar@tin.it

023 - poster

Sigarette elettroniche

Tommaso Grassi°, Giuseppe Gorini*,

* SS Epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), g.gorini@ispo.toscana.it; ° Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Firenze

INTRODUZIONE Le sigarette elettroniche (e-cig) hanno avuto un boom di vendite nel 2013 con un fatturato di 450 milioni di euro mentre nel 2015 il fatturato si è ridotto a 300 milioni di euro. Gli "svapatori" abituali erano 510.000 italiani nel 2013 (1,0% della popolazione) e si sono ridotti a circa 350.000 nel 2015 (0,7%). Oltre l'80% di questi continua a fumare sigarette tradizionali.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è stato quello di fare il punto sulla diffusione, uso e attuali conoscenze sui rischi connessi all'utilizzo delle e-cig in Italia dopo qualche anno dalla loro immissione nel mercato.

METODI Il lavoro è stato centrato sulla revisione di articoli di letteratura inerenti l'argomento, focalizzandosi in particolare su quelli di più recente pubblicazione.

RISULTATI Il mercato delle e-cig è cresciuto molto in pochi anni e ha raggiunto imponenti fatturati che hanno richiamato l'attenzione dell'industria del tabacco. Rispetto alle sigarette classiche, nelle e-cig non sono presenti né tabacco né le sostanze irritanti e cancerogene che si formano durante la combustione. Va tuttavia precisato che molte e-cig contengono nicotina, causa diretta della dipendenza da tabacco e fattore di rischio per malattie cardiovascolari; ma allo stato attuale i pochi studi a disposizione, non sono sufficienti a dimostrare né la chiara efficacia terapeutica delle e-cig né la loro totale innocuità. Le e-cig sollevano quindi dubbi e preoccupazioni per la salute pubblica, in particolare perché manca una chiara normativa del prodotto a livello nazionale e internazionale e gli effetti sulla salute non sono ancora indagati in modo esaustivo. Tra i motivi di preoccupazione si segnala che le e-cig potrebbero rappresentare per i giovani un rischio d'iniziazione al fumo di tabacco e di dipendenza e spaventa la facilità con cui questi dispositivi possono essere modificati per inalare sostanze diverse dal liquido preposto (come cannabis, vodka, vitamine, erbe, aromi). Altra criticità emersa è che la gran parte degli utilizzatori di e-cig sono fumatori che le alternano alle sigarette di tabacco, praticando una forma di "consumo combinato" che non aiuterebbe né a smettere né a ridurre il numero giornaliero di sigarette di tabacco tradizionali. Di contro a quanto esposto sinora, va detto che esiste una porzione ampia di fumatori che non riescono di smettere o di farlo per periodi prolungati; o ancora persone fragili come i pazienti psichiatrici, quelli con poli-dipendenza e situazioni psicopatologiche importanti: per questi la e-cig potrebbe essere una soluzione che riduce il danno e avvicina all'obiettivo.

CONCLUSIONI Le conoscenze ed evidenze attuali sulle e-cig, sia relativamente alla loro diffusione e alle implicazioni sulla salute, sia dal punto di vista normativo sono estremamente frammentarie e spesso controverse. E' dunque auspicabile da parte della comunità scientifica internazionale, un'implementazione della sorveglianza e degli studi rivolti verso questa moderna tecnologia.

tgrassi.esterno@asf.toscana.it

024 - poster

Anche i mozziconi di sigaretta hanno un impatto sull'ambiente e la salute

Tommaso Grassi°, Giuseppe Gorini*, Elisabetta Chellini*, Gianrocco Martino°

* SS Epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), g.gorini@ispo.toscana.it; ° Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Firenze

INTRODUZIONE Il dibattito attorno al fumo di sigaretta è un elemento cardine all'interno della sanità pubblica: se è vero che in Italia, anche grazie alla Legge Sirchia, la prevalenza e l'iniziazione al fumo sono diminuite, è ancor più vero che negli ultimi 25 anni la popolazione adulta compresa fra i 30 e i 59 anni mostra una scarsa tendenza a smettere di fumare. Quello che moltissime persone, fumatori e non, sembrano sottovalutare è che anche il prodotto finale di una sigaretta fumata, il "mozzicone", rappresenta un pericolo per l'ambiente e per la salute dell'uomo.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio è stato quello di approfondire i rischi connessi all'abbandono dei mozziconi di sigaretta al suolo e ripercorrere alcune fasi legislative dedicate all'argomento che si sono verificate in Italia.

METODI Il lavoro si è basato sulla ricerca di articoli di letteratura relativi ai rischi dell'abbandono al suolo dei mozziconi e sulla revisione dei vari iter legislativi avvenuti in Italia per fronteggiare questa criticità.

RISULTATI La combustione del tabacco produce più di 4.000 sostanze chimiche, di cui circa 50 sicuramente cancerogene. Le cicche, quindi, essendo la porzione residuale della combustione delle sigarette e avendo apposite caratteristiche filtranti, ne contengono la gran parte: solitamente si considera che il filtro trattenga il 50% delle sostanze. La sostanza più ricca nel tabacco è la nicotina, un alcaloide volatile facilmente solubile in acqua: si stima che in Italia si rilascino nell'ambiente circa 324 tonnellate di nicotina/anno. Altre sostanze a rischio contenute nei mozziconi sono il Polonio 210 radioattivo e altre volatili come benzene, acetone, formaldeide, toluene. Nei mozziconi, inoltre, sono contenute altre sostanze come idrocarburi policiclici aromatici, catrame, cromo e cadmio. Molti studi hanno dimostrato la tossicità dei mozziconi per gli organismi in ambiente acquatico, evidenziando come anche poche cicche possono rendere tossico un ambiente idrico. Da interviste rivolte ai fumatori è emersa la forte tendenza all'abbandono dei mozziconi al suolo per motivi sia comportamentali che psicologici e questo evidenzia ancor più la necessità da parte degli enti governativi di rivolgere attenzione e legiferare su questo delicato argomento. L'Europa e l'Italia hanno prodotto negli anni alcune proposte interessanti da un punto di vista normativo e proprio per il 2015, è prevista la discussione definitiva per l'entrata in vigore di una legge dedicata.

CONCLUSIONI E' chiaro che sul tema del danno arrecato all'ambiente e alla salute umana da parte dei prodotti del tabacco, regni sovrana l'incertezza sia culturale che normativa, anche se recentemente sembra aumentata la sensibilità sull'argomento da parte delle autorità competenti. Mai come adesso è quindi necessario compiere sforzi condivisi e risoluti per contrastare questo fenomeno ad elevato rischio, supportati anche da nuovi studi che rafforzino le evidenze già emerse negli ultimi anni.

tgrassi.esterno@asf.toscana.it

027 - poster

GLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DELL'ANNO 2014: ANALISI DESCRITTIVA NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELL'ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE.

Salvatore Pisani[1], Maria Gambino[1], Domenico Bonarrigo[1], Lorena Balconi[1], Cristina Degli Stefani[1], Sabina Speziali[1]

[1] UOC Osservatorio Epidemiologico - ASL della Provincia di Varese

Introduzione Gli accessi al pronto soccorso (PS) hanno una particolare rilevanza sia per il significato clinico, che può riguardare patologie acute gravi, sia per il ruolo di filtro che il PS svolge tra i bisogni sanitari territoriali e l'offerta di degenza ospedaliera.

Obiettivi Descrivere per l'anno 2014 la distribuzione degli accessi al PS degli 11 Presidi Ospedalieri (P.O.) provinciali, per codice di gravità, tempi di attesa ed esito in ricovero.

Metodi È stato utilizzato il database degli accessi al PS (secondo il flusso informativo regionale previsto dalla Circ. 6/ SAN/2010). Oltre alla distribuzione per P.O., si è descritta quella per mese, età, sesso e codice di triage. Per l'analisi si è usato il software EPI INFO versione 3.5.3.

Risultati Nel 2014 gli accessi al PS sono stati 398.084 e i PS che mediamente hanno avuto più accessi giornalieri sono stati quello del P.O. Macchi di Varese (174), del P.O. di Busto Arsizio (169) e del P.O. di Gallarate (155). Il mese con maggior numero di accessi è stato giugno, la settimana con maggiore afflusso è risultata la 24^ (corrispondente ad un'ondata di calore di giugno). Il mese con maggior numero di ricoveri da PS è stato marzo.

Nei pazienti residenti, l'età anziana (>64 anni) ed il genere femminile hanno fatto registrare più accessi di PS rispetto all'età giovanile (+24%) ed al sesso maschile (+2%). In tutti i pazienti (residenti e non), invece, si è rilevato che a circa l'1,0% degli accessi è stato assegnato un codice rosso (emergenza), al 12% un codice giallo (urgenza), al 78% un codice verde (urgenza minore) e al 10% un codice bianco (non urgenza).

Dei 398.084 accessi in PS, solo il 12,9% ha richiesto un ricovero in reparto di degenza con un range di 4,9%-20,9% nei vari P.O., mentre il 73,6% è stato dimesso a domicilio. Le patologie numericamente più rappresentate sono state traumatismi o avvelenamenti (25,5%), cause maldefinite (24,0%), malattie respiratorie (5,4%) e cardio-circolatorie (4,6%). I tempi di attesa tra arrivo in PS e presa in carico non sono stati un problema in caso di codice rosso (valore mediano 3'). Per gli accessi con codice verde o bianco i valori mediani sono stati rispettivamente di 25' e 28'. Il tempo mediano di attesa tra arrivo e ricovero passa da un minimo di 81' ad un massimo di 391' nei vari P.O.

Conclusioni Dal quadro epidemiologico generale degli accessi in PS è emersa un'ampia variabilità dei P.O. territoriali, attribuibile verosimilmente a diversità organizzative. In alcuni ospedali, l'analisi della tempistica ha indicato la difficoltà ad ottenere un posto di ricovero, qualora il PS ne avesse determinato la necessità.

Tra i principali presidi ospedalieri, il P.O. Macchi di Varese sostiene un maggior carico assistenziale di ricoveri urgenti con tempi di attesa per il ricovero mediamente più alti. Sono auspicabili azioni per la gestione del sovraffollamento e degli eccessi di ricoveri, alcuni dei quali sono prevedibili in base alla stagionalità.

pisanis@asl.varese.it

028 - poster

LA PREVALENZA DEI SOGGETTI IN ECCESSO PONDERALE SECONDO IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI: ANALISI SPAZIALE E TEMPORALE NELL'ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE – ANNI 2008-2014

Salvatore Pisani[1], Maria Gambino[1], Domenico Bonarrigo[1], Lorena Balconi[1], Cristina Degli Stefani[1], Sabina Speziali[1], Roberto Bardelli[2]

[1] UOC Osservatorio Epidemiologico – ASL della Provincia di Varese; [2] UO Prevenzione malattie a rilevanza sociale e flussi informativi – ASL della Provincia di Varese

Introduzione La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, associato o no ad una maggiore sedentarietà, favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata della vita e ne peggiora la qualità. Nell'ambito della sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), basata su interviste telefoniche, l'eccesso ponderale viene monitorato da 7 anni nell'ASL di Varese. Secondo PASSI, in Italia la prevalenza dell'eccesso ponderale è 41,9% (IC95% 41,5-42,2 - anni 2011-2014), e si mostra costante negli anni.

Obiettivi Scopo di questo lavoro è eseguire un'analisi spaziale e temporale dell'eccesso ponderale a livello locale: l'individuazione di aree a maggior rischio e l'andamento nel tempo possono indirizzare gli interventi di prevenzione.

Metodi In questo lavoro si è considerato l'eccesso ponderale, inteso come l'insieme di sovrappeso e obesità (IMC ≥ 25). È stato utilizzato il database PASSI degli anni 2008-2014, derivante da un campione casuale, stratificato per sesso ed età, di 2145 residenti di 18-69 anni, estratti dai circa 580.000 assistiti dell'anagrafe dell'ASL. L'analisi geografica ha riguardato i 12 Distretti Socio-Sanitari, aggregati in Area Nord (collinare) e Sud (pianeggiante) della provincia. Il trend temporale è stato valutato tramite il test del χ^2.

Risultati La prevalenza dell'eccesso ponderale è pari al 38,0% (IC95% 35,9-40,1), inferiore a quella nazionale, maggiore per gli uomini (47,9%, IC95% 44,9-50,9) rispetto alle donne (28,1%, IC95% 25,4-30,8); è passata da 34,9% del 2008 al 40,9% del 2014, in assenza di una tendenza significativa (χ^2 1,45, p 0,23). Nel Distretto di Luino è risultata più alta (46,7%, IC95% 37,3-56,2), anche se in modo non significativo, così come nell'Area Nord della provincia (38,8%, IC95% 35,7-41,8). La bassa istruzione (48,6%, IC95% 43,7-53,6) e la presenza di molte difficoltà economiche (49,7%, IC95% 39,5-60,0) sono associate alla prevalenza dell'eccesso ponderale, essendo questa significativamente più bassa nei soggetti con alta istruzione o con nessuna difficoltà economica.

Conclusioni In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nell'ASL della Provincia di Varese il 38,0% degli intervistati presenta un eccesso ponderale, senza importanti differenze territoriali. Si evidenzia l'opportunità di mirare gli interventi preventivi su uomini con bassa scolarità e/o basso stato socio-economico. Non avendo riscontrato nei sette anni considerati diminuzioni significative della prevalenza dell'eccesso ponderale, occorre perseguire interventi opportuni, pur in presenza di un contesto socio- economico attualmente sfavorevole.

pisanis@asl.varese.it

029 - orale

Rischio attribuibile per tumore mammario associato a fattori di stile di vita in donne mediterranee in post-menopausa: lo studio EPIC Italia.

Benedetta Bendinelli[1], Melania Assedi[1], Daniela Occhini[1], Sabina Sieri[2], Claudia Agnoli[2], Carlotta Sacerdote[3], Fulvio Ricceri[3], Amalia Mattiello[4], Salvatore Panico[4], Rosario Tumino[5], Graziella Frasca[5], Giovanna Masala[1].

[1] SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze, Italia; [2] SC Epidemiologia e Prevenzione, Dipartimento di Medicina Predittiva e per la Prevenzione, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milan, Italia; [3] Unit of Cancer Epidemiology, Citta' della Salute e della Scienza Hospital-University of Turin and Center for Cancer Prevention (CPO), Torino, Italia; [4] Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II Napoli, Napoli, Italia; [5] Registro Tumori Azienda Sanitaria Provinciale, Ragusa, Italia.

INTRODUZIONE: Il tumore mammario (CaM) è il tumore più frequente e la principale causa di morte per tumore tra le donne nei paesi sviluppati. Alcuni dei principali fattori che modulano il rischio di CaM, quali la storia familiare e riproduttiva, non sono modificabili, tuttavia sono stati identificati una serie di fattori legati allo stile di vita potenzialmente modificabili attraverso interventi di prevenzione primaria. La ridotta attività fisica (AF), l'obesità/ sovrappeso ed il consumo di bevande alcoliche sono tra i più importanti per il CaM in post-menopausa. Più di recente è stato suggerito un possibile effetto di rischio legato all'abitudine al fumo e un possibile ruolo del consumo di verdure, confermato anche in uno studio ad hoc nella coorte italiana.

OBIETTIVI: Valutare, in una coorte di donne mediterranee in post-menopausa, l'associazione con una serie di fattori di rischio noti per il CaM e calcolare il rischio attribuibile di popolazione (RAP) a questi fattori (livello di AF, indice di massa corporea (IMC), consumo di alcool, consumo di verdure e abitudine al fumo)

METODI: Nell'ambito della sezione italiana dello studio europeo multicentrico EPIC sono state reclutate 15.014 donne in post-menopausa. Per ogni partecipante sono disponibili informazioni su alimentazione, abitudine al fumo, consumo di alcool, storia riproduttiva, livello di istruzione, antropometria e AF al lavoro e nel tempo libero all'arruolamento.

RISULTATI: Durante un follow-up medio di 11,6 anni sono stati individuati 538 casi incidenti di CaM in post-menopausa (489 invasivi e 49 in situ). Le analisi condotte tramite modelli di Cox (stratificati per i 5 centri EPIC Italia ed aggiustati per livello educativo, numero di figli, età al menarca, uso di terapia ormonale sostitutiva ed intake calorico giornaliero) hanno confermato un'associazione inversa tra rischio di CaM e livelli crescenti di AF domestica/ ricreativa (=>151.0 MET-h/settimana) ed una associazione diretta con l'essere sovrappeso (IMC=>25) e il consumare alcol (oltre 10g/d). Tenendo conto complessivamente di tutti questi fattori e di un ridotto consumo di verdure (< 200 gr/die) è stato stimato un RAP pari al 37% (95%CI: 5%, 62%) dei casi di CaM in questa popolazione. L'essere fumatrice all'arruolamento appare associato ad un rischio aumentato di CaM al limite della significatività. Considerando anche l'abitudine al fumo il RAP è risultato pari al 43% (95% CI : 5%, 69%).

CONCLUSIONI: Nell'ambito della coorte EPIC circa il 43% dei casi di CaM appare attribuibile ad una serie di fattori lifestyle. Questo risultato è coerente con stime ottenute in altri studi condotti in popolazioni nord europee e nord-americane e conferma il potenziale impatto di una modifica combinata di fattori sia dietetici che di stile di vita nel modulare, anche nelle donne mediterranee, il rischio di CaM in post-menopausa e l'influenza di interventi di prevenzione primaria anche per questa patologia.

b.bendinelli@ispo.toscana.it

030 - orale

Fattori di rischio per la sospensione dell'allattamento al seno: confronto tra bambini figli di donne italiane e figli di donne straniere emigrate

Giuseppe Sampietro[(1)], Anna Barabani[(2)], Luigi Siccardo[(2)], Alberto Zucchi[(1)], Chiara Pezzini[(2)], Vito Brancato[(1)]

[(1)]ASL Bergamo; [(2)]Pediatra Famiglia ASL Bergamo

Obiettivi Individuare possibili fattori di rischio per la sospensione dell'allattamento materno entro una serie di variabili socio-demografiche in una coorte di circa 10.000 bambini.

Metodi Sono stati inclusi tutti i bambini seguiti dalla nascita al compimento del 18° mese di età, nel biennio 2013-2014, da un gruppo di pediatri della provincia bergamasca. Si sono raccolti dati relativi alla sospensione dell'allattamento al seno e all'introduzione del latte vaccino, e dati relativi ad una serie di variabili socio-demografiche in riferimento alla madre (nazione di origine, età materna al momento del parto, situazione familiare, scolarità, attività lavorativa) e ad alcune caratteristiche del bambino alla nascita (età gestazionale, peso, genitura, gemellarità). Per valutare i fattori di rischio legati alla sospensione dell'allattamento è stata condotta un'analisi della sopravvivenza secondo Kaplan-Meier per rappresentare graficamente i trend e utilizzando la regressione di Cox, per stimare gli hazard ratio (HR).

Risultati L'intera coorte comprendeva 10.147 bambini. I bambini sono stati divisi in due subset per nazionalità della madre (Italia vs altre nazioni), selezionando quelli con madre di età compresa tra i 18 e i 39 anni, con un'età gestazionale superiore alle 37 settimane, un peso alla nascita superiore ai 2000 grammi, gemelli e non gemelli. Nel primo modello (figli di madre italiana) sono stati analizzati 6.375 bambini, nel secondo modello (figli di madre straniera) sono stati analizzati 1.824 bambini. Tra i figli di madre italiana sono risultati più elevati gli HR per la scolarizzazione: 1,50 (IC95% 1,38–1,63) per i figli di madri a bassa scolarizzazione vs i figli di madri laureate; 1,30 (IC95% 1,22–1,33) per i figli di madri a media scolarizzazione vs i figli di madri laureate. In questo modello perde la significatività statistica la situazione familiare (donne sole vs donne coniugate o conviventi). Tra i figli di madri straniere invece gli HR più elevati riguardano l'attività lavorativa: 1,57 (IC95% 1,13–2,19) per i figli di madri con lavoro autonomo vs figli di casalinghe; 1,30 (IC95% 1,15–1,47) per i figli di madri con un lavoro dipendente vs i figli di casalinghe. In questo modello la situazione familiare rimane statisticamente significativa.

Conclusioni Questo studio ha permesso di individuare alcuni profili di rischio nella sospensione dell'allattamento al seno differenti tra donne italiane e donne straniere. Sono previsti ulteriori approfondimenti in merito al ruolo legato all'introduzione del latte vaccino.

gsampietro@asl.bergamo.it

031 - poster

Revisione della letteratura riguardante gli effetti sulla salute occupazionale causati dalla dispersione di allergeni di origine vegetale e animale

Nunzia Bellantonio[1], Raffaella Modestino[1], Annarita Wirz[2], Maria Cristina Riviello[3,2], Stefania Massari[4], Maria Concetta D'Ovidio[5]

[1]INAIL - Direzione Centrale Ricerca, Roma; [2]Fondazione Santa Lucia, Roma; [3]CNR-Istituto di Biologia Cellulare e Neurobiologia, Roma; [4]INAIL-Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, Roma; [5]INAIL-Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, M. Porzio Catone (RM)

Introduzione Una percentuale compresa tra il 20-30% della popolazione mondiale soffre di una qualche forma di patologia allergica. Per alcune allergie occupazionali di origine biologica, quale la LAA (Laboratory Animal Allergy) i dati indicano che tra il 10-46% dei lavoratori esposti sviluppano tale allergia.

L'esposizione ad allergeni di origine biologica, vegetale e animale che possono disperdersi nell'ambiente, si verifica in diversi ambiti occupazionali indoor e outdoor. Pollini, funghi, enzimi, lattice, polveri di legno, peli, derivati dermici, urine, saliva di animali, sono solo alcuni esempi di allergeni biologici che possono propagarsi e causare patologie a carico dell'apparato respiratorio, oculare, nasofaringeo e cutaneo.

Obiettivi Obiettivo dello studio è la revisione della letteratura scientifica degli ultimi 5 anni riguardanti la salute occupazionale da allergeni di origine vegetale e animale in ambienti outdoor e indoor.

Metodi La ricerca bibliografica è stata condotta attraverso PubMed utilizzando i termini MeSH (Medical Subjects Heading) associati alla salute e all'esposizione occupazionale, riguardanti gli inquinanti dell'aria o allergeni o pollini, l'ipersensibilità, l'allergia o i disordini respiratori. Le voci bibliografiche sono state analizzate con sistemi di cloud semantiche al fine di evidenziare graficamente il risultato delle ricerche.

Risultati I risultati hanno evidenziato 896 articoli utilizzando la seguente stringa di Ricerca: ((("hypersensitivity"[MeSH Terms] OR "hypersensitivity"[All Fields] OR "allergy"[All Fields] OR "allergy and immunology"[MeSH Terms] OR ("allergy"[All Fields] AND "immunology"[All Fields]) OR "allergy and immunology"[All Fields]) OR ("respiratory tract diseases"[MeSH Terms] OR ("respiratory"[All Fields] AND "tract"[All Fields] AND "diseases"[All Fields]) OR "respiratory tract diseases"[All Fields]) OR "hypersensitivity"[MeSH Terms]) AND (("air pollutants"[Pharmacological Action] OR "air pollutants"[MeSH Terms] OR ("air"[All Fields] AND "pollutants"[All Fields]) OR "air pollutants"[All Fields]) OR ("allergens"[MeSH Terms] OR "allergens"[All Fields]) OR "pollen"[MeSH Terms])) AND (("occupational health"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "health" [All Fields]) OR "occupational health"[All Fields]) OR "occupational exposure"[MeSH Terms]) ANDb "2010/07/10"[PDAT] : "2015/07/08"[PDAT] AND ("2010/07/16"[PDat] : "2015/07/14"[PDat]).

Conclusioni Lo studio delle fonti bibliografiche evidenzia una trattazione in maniera generale della salute occupazionale. Gli articoli pubblicati si riferiscono specificamente a una condizione allergica in particolare, una fonte di esposizione allergica specifica sia vegetale che animale, a misure di prevenzione nei confronti di specifiche condizioni allergiche occupazionali. E' facile estrapolare articoli che si occupano di allergie occupazionali riguardo l'indoor in quanto presente tra i termini Mesh mentre il termine "outdoor/external/outer ecc" non compare.

m.dovidio@inail.it

032 - poster

Allergie di origine vegetale e qualità dell'aria: utilita' delle tecniche molecolari per l'identificazione tassonomica di pollini per la tutela della salute negli ambienti di lavoro

Federica Venanzetti[1], Maria Concetta D'Ovidio[2]

[1]INAIL - Direzione Generale, Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione, Roma; [2]INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, M. Porzio Catone (RM)

Introduzione Le allergie, patologie multifattoriali sotto il controllo genetico e ambientale e con crescente impatto socio-economico, sono sempre più rappresentate tra le malattie occupazionali. Esse comportano un costo sia per il continuo aumento del numero di casi che per l'inabilità temporanea o permanente al lavoro.

Le pollinosi, allergie di origine vegetale, sono caratterizzate dalla massiva produzione di anticorpi (IgE) in risposta agli allergeni pollinici di natura glicoproteica che entrano in contatto con le mucose congiuntivali o delle vie aeree dei soggetti sensibili causando effetti variabili e con vari gradi di severità. Studi epidemiologici segnalano che i pollinosici in Europa superano gli 80 milioni con il 10-20% di prevalenza; in Italia sono stimati circa 9 milioni di casi di allergie respiratorie da pollini.

La Tabella delle malattie professionali (DPR 1124/65 e s.m.i.) comprende in elenco l'asma bronchiale causato da pollini di coltivazioni di oleacee, graminacee e composite. Malgrado l'esposizione ai pollini riguardi soprattutto attività lavorative in ambienti esterni, la platea dei lavoratori potenzialmente esposti deve comprendere anche quelli in ambienti indoor. La caratterizzazione del materiale pollinico aerodisperso è significativa ai fini della valutazione della qualità dell'aria soprattutto nei luoghi con presenza di lavoratori sensibilizzati o allergici.

Obiettivi Individuazione di regioni nucleotidiche taxon-specifiche da utilizzare come marker tassonomici per la messa a punto e standardizzazione di protocolli di identificazione molecolare di pollini aerodispersi. Tale metodologia si pone come alternativa alla tradizionale caratterizzazione morfologica dei granuli pollinici.

Metodi Analisi della letteratura scientifica; analisi bioinformatica di sequenze depositate in banche dati accessibili on-line.

Risultati Le tecniche molecolari consentono la messa a punto di protocolli di identificazione tassonomica rapidi e univoci, da eseguire su DNA genomico estratto da materiale pollinico campionato.

Tramite analisi bioinformatica delle sequenze sono state individuate alcune regioni di DNA utilizzabili come marker molecolari per l'identificazione tassonomica dei granuli pollinici di 15 taxa di particolare interesse nell'ambito delle allergie respiratorie, appartenenti ad Asteraceae, Betulaceae, Brassicaceae, Cupressaceae, Oleaceae, Poaceae e Urticaceae.

La maggior parte di tali marcatori identifica erbacee altamente allergizzanti la cui distribuzione sembra in rapida espansione.

Conclusioni La standardizzazione dei protocolli molecolari consente di superare alcune difficoltà presentate dalla classificazione dei pollini su base morfologica, evitando i fattori di confondimento spesso rappresentati dai caratteri fenotipici. Tale metodologia può trovare applicazione anche nel processo di valutazione del rischio, finalizzato alla tutela della salute dei soggetti esposti agli allergeni pollinici negli ambienti di vita e di lavoro.

m.dovidio@inail.it

033 - orale

Lo studio DAMA: un trial di intervento fattoriale per la valutazione dell'effetto di modifiche dell'alimentazione e del livello di attività fisica in donne in post menopausa sane a rischio aumentato di tumore mammario. Valutazione delle modifiche delle abitudini alimentari e di attività fisica a 2 e 4 anni.

Giovanna Masala[1], Melania Assedi[1], Ilaria Ermini[1], Daniela Occhini[1], Donatella Zagni[1], Saverio Caini[1], Benedetta Bendinelli[1], Calogero Saieva[1], Daniela Ambrogetti[2], Domenico Palli[1].

[1]SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale e; [2]SS Screening mammografico. Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica – ISPO, Firenze

Introduzione Lo studio DAMA (Dieta Attività fisica e Mammografia) è un trial di intervento fattoriale, della durata di 2 anni, in donne in post-menopausa sane a rischio aumentato di tumore mammario per densità mammografica (DM) elevata (DM>50% alla mammografia di screening), per valutare l'effetto di modifiche alimentari e di attività fisica (AF) su una serie di marcatori di rischio (DM, livelli di metilazione, citochine infiammatorie). L'obiettivo dell'intervento alimentare era incrementare il consumo di alimenti vegetali, a bassa densità energetica e a basso indice glicemico e ridurre quello di alimenti di origine animale, di zuccheri e di bevande alcoliche. L'intervento AF mirava a raggiungere almeno un'ora di attività moderata al giorno e un'ora di attività settimanale più intensa

La strategia adottata si è basata sulla combinazione di counseling individuale, attività di gruppo teoriche e pratiche (per l'intervento alimentare lezioni di cucina condotte da cuochi esperti, per l'intervento AF, passeggiate di gruppo e un'ora di palestra settimanale condotta da operatori del progetto) e materiale stampato ad hoc.

Obiettivi Valutare le modifiche alimentari e di AF al termine dell'intervento e a distanza di 2 anni.

Metodi Lo studio ha coinvolto 234 di cui 59 randomizzate a intervento alimentare; 58 a intervento AF ; 57 a entrambi; le restanti 60 hanno ricevuto consigli generali e partecipato ad un incontro di gruppo. A inizio e fine intervento (2 anni) e dopo altri 2 anni le partecipanti hanno compilato questionari EPIC alimentare e stile di vita. Sono stati confrontati i consumi giornalieri medi di una serie di alimenti a inizio e fine intervento all'interno dei gruppi e tra gruppi in relazione all'intervento alimentare (116 vs 118) e le ore medie settimanali di attività nel tempo libero per l'intervento AF (115 vs 119). Per 222 donne sono disponibili anche i dati al quarto anno.

Risultati. Le donne randomizzate a intervento alimentare riferiscono un aumento del consumo di verdura e legumi ($p<0.0001$) e una riduzione del consumo di carni rosse fresche e processate, formaggi ($p< 0.0001$), dolci e bevande alcoliche ($p=0.003$). Nel gruppo di controllo non si evidenziano cambiamenti rilevanti e le differenze tra i due gruppi sono significative. Per quanto riguarda il livello di AF nelle donne randomizzate all'intervento si osserva un aumento significativo delle attività ricreative sia moderate, come camminare, sia più intense ($p< 0.0001$) rispetto a quelle del gruppo di confronto. L'analisi a 2 anni di distanza dal termine dell'intervento evidenzia il permanere di livelli differenziali in alcuni items alimentari e di attività fisica

Conclusioni Un programma strutturato, di media intensità e durata, ha prodotto una serie di cambiamenti significativi rispetto ad un intervento a bassa intensità. Da una analisi preliminare questi cambiamenti sembrano mantenersi, anche se attenuati, a medio termine.

g.masala@ispo.toscana.it

034 - poster

VALUTAZIONE DEGLI STILI DI VITA E CORRELAZIONE FRA COMPORTAMENTI A RISCHIO IN UN CAMPIONE DI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI DELLA PROVINCIA DI PISTOIA

Sandra Fabbri[1], Ilaria Ermini[2], Andrea Querci[1], Valentina Millarini[1]

[1]Fondazione ONLUS Attilia Pofferi, Pistoia; [2]Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

INTRODUZIONE L'adolescenza è un periodo cruciale per lo sviluppo e sarebbe un momento ideale per acquisire la consapevolezza delle scelte, soprattutto quelle di salute. Sappiamo però che negli adolescenti sono presenti dei comportamenti a rischio, quali il fumo, l'abuso di alcol, la sedentarietà e una cattiva alimentazione mentre ci sono poche informazioni sul consumo dei farmaci antidolorifici o FANS . Questo studio indaga gli stili di vita degli adolescenti della provincia di Pistoia.

OBIETTIVI Valutare il consumo di sigarette, alcolici, farmaci antidolorifici o FANS, e la sedentarietà in un campione di adolescenti della provincia di Pistoia. Individuare un'eventuale correlazione fra i vari comportamenti a rischio per la salute.

METODI Dal 2013 al 2015 sono stati effettuati incontri sulla prevenzione primaria e secondaria dei tumori nelle scuole pistoiesi. Prima degli incontri è stato somministrato agli studenti un questionario anonimo creato ad hoc per valutare il consumo di sigarette, di alcol, l'uso di farmaci antidolorifici o FANS, le abitudini alimentari e attività fisica.

I dati sono stati elaborati con il programma Epi Info 6. Le associazioni fra i vari comportamenti a rischio sono in corso di valutazione con metodi statistici più specifici.

RISULTATI Hanno aderito nove istituti superiori, 2587 studenti coinvolti, di età compresa fra 14 e 18 anni. Hanno risposto al questionario 2234 alunni (86%), 53% maschi e 46% femmine. Il 27% dei maschi ed il 30% delle femmine fuma; il 12% dei primi ed il 14% delle seconde lo fa tutti i giorni. Il 68% dei ragazzi ed il 64% delle ragazze dichiara di bere alcolici occasionalmente.

Il 58% dei ragazzi e l'82% delle ragazze usa farmaci antidolorifici o FANS; il 6% dei primi ed il 14% delle seconde li utilizza "spesso".

L'81% dei maschi ed il 62% delle femmine ha praticato attività sportiva nell'ultimo anno. Il 28% dei primi ed il 21% delle seconde è favorevole all'uso di integratori per migliorare le prestazioni sportive. L'8% del campione passa più di due ore al giorno alla tv e più di due ore al pc o videogiochi e il 55% passa meno di due ore al giorno sia alla tv che al pc o videogiochi.

Tra chi beve alcolici, rispetto a chi non beve, è maggiore la percentuale dei fumatori; in particolare chi dichiara di fumare tutti i giorni, (maschi 17% vs 3%; $p<0,001$) (femmine 19% vs 4%; $p<0,001$).

Tra chi fuma, è maggiore la percentuale di chi beve alcolici, rispetto ai non fumatori (91% vs 61% maschi e 86% vs 57% femmine; $p<0,001$ entrambi). Chi fuma, quando esce la sera, beve quantità significativamente maggiori sia di birra, che vino o superalcolici.

Chi fuma o beve tende a consumare più farmaci antidolorifici o FANS rispetto a chi non beve o non fuma.

Chi consuma farmaci antidolorifici o FANS beve o fuma in percentuale significativamente maggiore rispetto a chi non li usa ed è più favorevole all'uso di integratori per migliorare le performance sportive.

CONCLUSIONI Chi passa più di 2 ore alla tv e al pc o videogiochi fuma e beve di più di chi ci passa meno tempo, ha un'alimentazione più scorretta e pratica meno sport.

Avere un comportamento a rischio, nell'adolescenza influenza anche altri comportamenti non corretti, per il mantenimento futuro della propria salute. E' fondamentale quindi agire informando i ragazzi sui rischi che potenzialmente corrono ed educarli a prevenirli.

s.fabbri@fondazionepofferi.org

035 - orale

DAVVERO I LAVORATORI STRANIERI SI INFORTUNANO PIÙ DEGLI ITALIANI? UN' ANALISI E UNA RIFLESSIONE BASA T A SU DA TI AMMINISTRA TIVI INPS- INAIL.

Massimiliano Giraudo, Antonella Bena

S.C. a D.U. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3

INTRODUZIONE La letteratura segnala che i lavoratori stranieri presentano rischi infortunistici più alti dei nativi. Gli studi sono pochi anche perché i database disponibili sono di piccole dimensioni e non contengono informazioni dettagliate sulle caratteristiche individuali e occupazionali. Inoltre la sottonotifica degli eventi condiziona fortemente l'analisi.

OBIETTIVO Analizzare i differenziali di rischio infortunistico nei lavoratori stranieri rispetto agli italiani, complessivamente e nelle principali nazionalità presenti in Italia, tenendo conto dei maggiori fattori occupazionali.

METODI È stato utilizzato il database Whip-Salute, basato su un campione del 7% dei lavoratori del settore privato (fonte INPS), a cui sono stati agganciati gli infortuni sul lavoro (fonte INAIL). I lavoratori sono stati classificati distinguendo i paesi a forte pressione migratoria (PFPM) da quelli a sviluppo avanzato (PSA). Ci si è inoltre focalizzati sulle principali nazionalità presenti in Italia: marocchina, albanese, rumena. Le analisi, relative agli anni 2000-2005, sono ristrette agli uomini, apprendisti/operai, stratificando nei settori economici con un'importante componente straniera: metalmeccanica, edilizia, commercio, trasporti. Sono stati considerati gli infortuni gravi al fine di ridurre il problema della sottonotifica. Sono stati calcolati i RR tenendo conto dell'età e delle caratteristiche occupazionali (anzianità aziendale, qualifica, area di lavoro, dimensione d'impresa, retribuzione, anno d'impiego).

RISULTATI Nella metalmeccanica, tenendo conto dei fattori confondenti, i PFPM presentano un eccesso di rischio di infortunio pari al 76% rispetto ai PSA ($p<0,01$). Questo risultato riflette un rischio più alto in tutte le etnie considerate. Nelle costruzioni, nel commercio e nei trasporti, l'analisi complessiva indica che non esiste differenza tra lavoratori stranieri ed italiani. Analizzando però separatamente le principali nazionalità risulta che i RR sono molto diversi. I marocchini presentano rischi più alti degli italiani nei 3 settori (rispettivamente RR: 1,58; 1,99; 1,36), mentre i lavoratori rumeni nel settore edile e dei trasporti risultano protetti (RR: 0.59; 0,20).

CONCLUSIONI Gli studi sul rischio infortunistico negli stranieri dovrebbero sempre stratificare per attività economica. Nel calcolare il rischio tra PFPM e PSA è necessario tener conto delle specificità delle singole nazionalità per non generare interpretazioni errate. Vi sono settori nei quali le mansioni più pericolose sono affidate sistematicamente agli stranieri di qualsiasi nazionalità. Questo non avviene in altri settori ove, nonostante la presenza di ostacoli culturali e linguistici, alcune nazionalità sono in grado di svolgere mansioni specializzate a minor rischio, anche rispetto ai nativi. È un errore considerare gli stranieri un insieme omogeneo di individui: Whip-Salute è tra i pochi database in Italia che permette di studiare adeguatamente i rischi lavorativi dei migranti.

massimiliano.giraudo@epi.piemonte.it

037 - poster

SALUTE E STILI DI VITA DEGLI STRANIERI IN RESIDENTI IN PIEMONTE

Nucera[1] Andrea, Antoniotti[1] Maria Chiara, Mariani[1] Orietta

[1]ASL NO del Piemonte, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia

INTRODUZIONE La sorveglianza di popolazione PASSI è uno strumento per raccogliere informazioni utili alle azioni di prevenzione e di identificazione di priorità per le azioni di contrasto. I dati raccolti consentono la caratterizzazione della popolazione per variabili sociodemografiche, stili di vita, benessere.

OBIETTIVI Descrivere gli stili di vita degli stranieri residenti in Italia, confrontandoli con gli italiani per l'identificazione di azioni di contrasto nel futuro.

METODI PASSI si basa su campionamento casuale stratificato per classi di età e sesso estratto dalle anagrafi sanitarie. Il protocollo prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano.

Il campione in esame si riferisce a interviste somministrate in Piemonte nel 2010-14 a persone di età compresa tra i 18 e i 49 anni. E'stata esclusa la classe di età 50-69 anni per scarsa numerosità di stranieri.

Le stime regionali si ottengono con pesatura strato-specifica. Il confronto viene valutato per variabili sociodemografiche, stili di vita e benessere. Analisi sviluppate con Epi Info 3.5.1.

RISULTATI Il campione è composto da oltre 10mila interviste, di cui 676 somministrate a stranieri residenti, per lo più provenienti dalla Romania (39%), Marocco (20%), Albania (15%).

Dal confronto per condizioni sociodemografiche emerge che gli stranieri sono mediamente più giovani e le donne in percentuale appena superiore. Tra gli stranieri, esclusi i rumeni che si mostrano simili agli italiani, è meno frequente l'elevata scolarizzazione; viceversa sono più diffusi color che sono sposati/conviventi e che percepiscono maggiori difficoltà economiche, nonostante sia simile la percentuale di lavoratori "occupati e non".

Considerando gli stili di vita, in Piemonte ci sono, in percentuale, più stranieri in sovrappeso, ma non in stato di obesità; come per gli italiani il consumo di frutta e verdura ne interessa la metà. Tra gli stranieri ci sono più fumatori; varia invece la percentuale di bevitori con modalità a rischio. Sono maggiormente diffusi i sedentari.

Considerando il benessere, emerge un'elevata e simile percezione positiva della salute, ma tra gli stranieri sono relativamente meno quelli con sintomi depressivi.

CONCLUSIONI Gli stranieri residenti rappresentano il 7% della popolazione piemontese di 18-49 anni, per lo più provenienti da tre Stati. Mostrano una diversa struttura sociale rispetto agli italiani, in quanto più giovani, meno scolarizzati (soprattutto i magrebini), più stabili a livello familiare, integrati per il lavoro e con un basso livello economico.

Gli slavi sono più fumatori rispetto agli italiani ed egualmente consumatori di alcol a rischio. I magrebini, invece, fumano quanto gli italiani, sono più in eccesso ponderale, ma meno a rischio nel consumo di alcol.

In generale, le percentuali di benessere psicofisico risultano sovrapponibili a quelle degli italiani.

epidemio.nov@asl.novara.it

038 -orale

Impatto del programma di screening colo-rettale sull'incidenza: studio di coorte nella provincia di Reggio Emilia

Massimo Vicentinia,[b], Marco Zappa [f], Claudio Sacchettinia,[b], Enza Di Felicea,[b], Stefania Caroli [a,b], Francesca Ferrari [a,b], Lucia Mangonea,[b], Annamaria Pezzarossi [a,b], Francesca Roncaglia [a,b], Cinzia Camparib,[c], Romano Sassatelli [d], Roberto Sacchero [e], Giuliana Sereni [d], Luisa Paterlini [c], Paolo Giorgi Rossia,[b]

[a)] Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; [b)]Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; [c)]Staff Programmazione e controllo, AUSL Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy; [d)]Unità di gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia; [e)]Unità di endoscopia digestiva, AUSL Reggio Emilia; [f)] Istituto per la cura e la prevenzione oncologica (ISPO), Firenze

Introduzione Alcuni RCT hanno mostrato riduzione della mortalità causa specifica del 23% per chi si sottopone allo screening con test al guaiaco (gFOBT), ma nessuna riduzione dell'incidenza. RCT hanno mostrato che lo screening con sigmoidoscopia riduce la mortalità del 20% e l'incidenza attraverso l'individuazione e il trattamento di lesioni pre-cancerose. Il test immunochimico (FIT) si è dimostrato più specifico e più sensibile del guaiaco soprattutto per le lesioni pre-cancerose. Sulla base di queste evidenze le linee guida Europee raccomandano l'uso del FIT. Non vi sono attualmente, e non sarà più possibile disegnare, RCT che quantifichino l'efficacia del FIT nel ridurre la mortalità e soprattutto l'incidenza.

Obiettivo Valutare l'impatto di un programma di screening con FIT biennale sull'incidenza e la mortalità correlata al cancro del colon retto.

Metodi L'incidenza (1997-2012) è stata studiata attraverso i dati del Registro Tumori. I soggetti con tumore colorettale nati fra il 1923 e il 1962 e in età 50-74 anni, sono stati divisi in base all'esposizione a screening a seconda che il tumore sia stato diagnosticato nel periodo di pre-screening, screening (1°, 2°, 3° e 4° round) e post-screening. La popolazione è stata considerata esposta a screening indipendentemente dall'aver effettuato il test, ma solo sulla base dell'attivazione del programma, in un'ottica intention to screen.

Gli incidence rate-ratio (IRR) sono stati calcolati con un modello multivariato di Poisson aggiustato per sesso ed età.

Inoltre due coorti aperte, una di controllo mai screenata (residenti di 50-69 anni nel 1997) e l'altra di screening (residenti di 50-69 anni nel 2005), sono state seguite per 8 anni per calcolare l'incidenza cumulata e l'incidence-based mortality causa specifica e per tutte le cause.

Risultati L'adesione allo screening è del 64%, circa il 70% ha eseguito almeno un FIT. I tassi di positività e detection rate sono rispettivamente 5.0% e 2.2‰. Gli incidence rate-ratio (IRR) aggiustati per sesso ed età, confrontati col pre-screening sono: 1.60 [95%CI 1.43-1.79], 0.86 [95% CI 0.78-0.94] e 0.59 [95%CI 0.50-0.69] rispettivamente per il primo round, round successivi e post screening.

Rispetto alla coorte di controllo, la coorte screening mostra un rischio di incidenza (IRR) significativamente ridotto dopo 8 anni (IRR 0.90 [95% CI 0.83-0.97]).

L'incidence-based mortality ratio causa specifica è 0.64 [95% CI 0.52-0.68], quello per tutte le cause è 0.73 [95% CI 0.62-0.87].

Conclusioni Uno screening ben implementato ed organizzato basato sul FIT è in grado di ridurre l'incidenza in tutta la popolazione del cancro del colon-retto di circa il 10% dopo 8 anni dall' attivazione. La riduzione di mortalità correlata al cancro del colon retto (CCR) è compresa fra il 27% e il 36%.

Massimo.Vicentini@ausl.re.it

039 - orale

Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul lavoro: il punto di vista dei datori di lavoro e le differenze per dimensione aziendale

Michela Bonafede[1], Marisa Corfiati[1], Diana Gagliardi[1], Fabio Boccuni[1], Matteo Ronchetti[1] , Antonio Valenti[1], Alessandro Marinaccio [1] , Sergio Iavicoli[1]

[1]INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, Roma

INTRODUZIONE Dopo più di cinque anni dall'applicazione del D. Lgs.81/2008 e s.m.i. il progetto INSuLa ha realizzato una survey nazionale sulla percezione del rischio e sul livello generale di consapevolezza della SSL con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema di prevenzione. In particolare il pillar dedicato ai datori di lavoro ha avuto la finalità specifica di indagare la loro percezione per quanto concerne alcuni peculiari aspetti della SSL.

OBIETTIVI L'obiettivo principale di questo lavoro è stato quello di valutare le possibili differenze nella percezione del rischio da parte dei datori di lavoro tra le imprese di diverse dimensioni.

METODI L'indagine è stata condotta su un campione di 1.010 imprenditori. Un questionario costruito ad hoc è stato somministrato attraverso Computer-Assisted Telephone Interviewing (CATI) IDWEB (Gagliardi 2014). Le aziende sono state classificate in base al numero totale di dipendenti in micro (1-9), piccole (10-49), medie (50-249) e grandi (250 e oltre). Sono state svolte analisi descrittive. Le differenze fra i gruppi sono state valutate mediante analisi della varianza e test del chi-quadrato e sono stati utilizzati modelli lineari generalizzati o regressioni logistiche multinomiali, in dipendenza dalla scala di risposta degli item, per andare ad indagare le differenze per la dimensione aziendale prendendo in considerazione anche le maggiori variabili socio-anagrafiche e occupazionali.

RISULTATI Questi alcuni dei risultati principali:

- I datori di lavoro delle microimprese sono risultati meno convinti rispetto dell'utilità delle attività di valutazione e di gestione dei rischi professionali ($p < 0{,}001$) e della loro integrazione nel sistema di gestione aziendale ($p < 0{,}001$) rispetto alle aziende grandi, anche successivamente all'aggiustamento per le principali variabili di confondimento.
- I datori di lavoro delle microimprese percepiscono la SSL più come un obbligo formale che come un valore aggiunto se confrontati con quelli di aziende di grandi dimensioni (OR= 3,34; IC95%=1,36-8,17). Infatti è emerso che i datori di lavoro tendono a percepire più sostenibile investire in SSL con l'aumento delle dimensioni dell'impresa ($p < 0.05$).
- Le microimprese mostrano di percepire la mancanza di consapevolezza, di competenze e di supporto tecnico come barriere meno rilevanti se confrontate con le grandi aziende.
- Il livello di SSL è stato percepito essere invariato e non aumentato dopo l'applicazione del D. Lgs.81/2008 e s.m.i. più dalle micro e piccole rispetto alle aziende di medie e grandi dimensioni (chi quadrato= 20.76 ; $p < 0.01$).

CONCLUSIONI Micro e piccole imprese hanno riportato bisogni ed esigenze specifiche rispetto alla percezione e alla gestione della SSL. Dovrebbero essere implementate politiche e interventi di sanità pubblica per migliorare la SSL nelle piccole e micro imprese tenendo conto delle loro caratteristiche strutturali, economiche e produttive.

m.bonafede@inail.it

040 - poster

Lavoratori esposti a polvere di legno duro: un aggiornamento della stima basata sul database SIREP

Alberto Scarselli, Marisa Corfiati, Davide Di Marzio, Michela Bonafede, Alessandro Marinaccio

Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Settore Ricerca, Certificazione e Verifica, Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale

Introduzione La polvere di legno è classificata dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) come cancerogeno per l'uomo, e in Italia l'istituzione del registro dei lavoratori esposti a polveri di legno duro è obbligatorio per legge dal 2000 (DLgs 66/2000 e succ. mod.). Il termine "legno duro", tradotto dall'inglese "hardwood", fa riferimento generalmente a legni ricavati da alberi della famiglia delle latifoglie quali quercia, faggio, betulla, acero, noce, mogano, frassino e altri. In precedenza, sulla base delle informazioni registrate nel periodo 2000-2011 nella banca dati, denominata SIREP, che raccoglie le notifiche dei registri di esposizione inviate dai datori di lavoro all'INAIL, è stata effettuata una stima dei lavoratori potenzialmente esposti alla polvere di legno duro in alcuni settori di attività economica.

Obiettivi Scopo di questo studio è quello di aggiornare la stima dei lavoratori potenzialmente esposti alla polvere di legno duro nei vari settori industriali con dati aggiornati al 2014, utilizzando la medesima metodologia.

Metodi I dati sono stati estrapolati dai registri di esposizione alle polveri di legno duro (database SIREP, anni 2000-2014) e includono il settore di attività economica, la dimensione della forza lavoro dell'azienda e i lavoratori esposti suddivisi per genere. Il numero di lavoratori potenzialmente esposti alle polveri di legno duro è stato stimato tramite l'utilizzo delle statistiche nazionali sugli occupati in Italia per settore. I settori economici sono stati selezionati sulla base della consistenza delle notifiche pervenute all'INAIL.

Risultati Complessivamente sono stati stimati 162.190 (IC95%: 158.225-166.155) lavoratori potenzialmente esposti a povere di legno duro, la maggior parte dei quali impiegati nel settore della fabbricazione di altri mobili (31.479 lavoratori). Quasi il 90% dei lavoratori potenzialmente esposti è di genere maschile, mentre il settore economico con la percentuale più alta (20%) di aziende che hanno notificato il registro degli esposti all'INAIL (in relazione alle aziende di quel settore secondo i dati del censimento ISTAT del 2001) è risultato quello della fabbricazione di fogli da impiallacciatura, di compensato e di pannelli in legno (codice ATECO 2001: 20.20.0). La zona geografica a più alta densità di lavoratori potenzialmente esposti è il Nordest (2,28% di esposti rispetto ai lavoratori di quell'area), occupati prevalentemente nell'industria del legno e nella fabbricazione di mobili.

Conclusioni La registrazione sistematica delle esposizioni professionali è una preziosa fonte di dati che permette l'individuazione e il monitoraggio di situazioni ad alto rischio per la salute dei lavoratori, e che può contribuire a documentare l'effettiva efficacia dei programmi di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Parole chiave: Polvere di legno duro; Esposizione professionale; Registri; Sistemi di sorveglianza

a.scarselli@inail.it

042 - poster

Analisi della transizione da consumo farmaceutico a diagnosi psichiatrica nella popolazione generale con disagio psichico

Laura Andreoni[(1)], Roberto Bezzi[(2)] e Antonio Giampiero Russo[(1)]

[(1)]Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati – ASL Milano 1; [(2)]CPS Cuggiono, AO Legnano

INTRODUZIONE Il presente studio approfondisce le metodologie disponibili per la quantificazione del fenomeno del disagio psichico nella popolazione generale. Una parte di questi soggetti viene attualmente identificata sulla base del solo consumo di farmaci di tipo psichiatrico e per questi non risulta possibile reperire nei dati di flusso una diagnosi coerente alla tipologia di consumo.

OBIETTIVI L'obiettivo dello studio consiste nel valutare la capacità dei sistemi informativi sanitari di tracciare adeguatamente e prevedere l'evoluzione della storia clinica degli utilizzatori di farmaci psichiatrici individuando quando si verifica la transizione da consumo di farmaci psichiatrici a patologia psichiatrica conclamata.

METODI Studio analitico osservazionale, retrospettivo di coorte basato sui dati di flusso corrente, di tipo sanitario e socio-sanitario. Il periodo di osservazione si riferisce al quinquennio 2008-2012. Sono stati inclusi tutti i casi incidenti tra il 2008 e il 2011, con fruizione esclusiva di antiepilettici specifici (ATC N03), psicolettici (ATC N05) e psicoanalettici (ATC N06). Sono stati seguiti fino al 2012 identificando la transizione da utilizzo di farmaci a diagnosi psichiatrica. Nel momento in cui viene individuata una diagnosi, il soggetto viene quindi classificato sulla base della diagnosi DSM-IV.

RISULTATI Complessivamente, tra il 2008 e il 2012 sono stati registrati 164.596 casi con disagio psichico residenti nella ASL Milano 1 (930.000 residenti, ISTAT 2015), di cui 139.957 con esordio nei primi 4 anni. I consumatori di farmaci in assenza di diagnosi registrata dal sistema costituiscono il 53,5%.

Complessivamente entro il periodo di osservazione il 10,2% transita ad una diagnosi specifica.

Dei 13.538 casi consumatori di N03 all'esordio il 6,1% transita a diagnosi psichiatrica; in particolare, l'1,37% a F4 - Disturbi nevrotici e l'1,20% a F0 - Disturbi psichici di natura organica. Rispetto agli psicolettici (N05), si registrano 2.195 casi incidenti di cui il 21,2% transita a diagnosi psichiatrica; il 6,42% transita a F0, il 4,97% a F2 - Schizofrenia e il 4,01% a F3 - Disturbi dell'umore. Per la categoria Psicoanalettici, si registrano 56.775 casi incidenti, di questi il 9,7% transita ad una diagnosi psichiatrica; in particolare, il 3,03% verso la diagnosi F3, il 2,84% verso F4 e il 2% verso F0.

CONCLUSIONI Circa il 10% dei soggetti identificati esclusivamente come consumatori di farmaci transita entro i 5 anni successivi a una diagnosi psichiatrica specifica. La transizione varia in termini di categoria ed entità a seconda del tipo di farmaci consumati. Dai primi dati emerge la capacità del sistema di classificazione basato sui dati di flusso di intercettare e leggere il fenomeno del disagio psichico esplicitamente diagnosticato anche laddove inizialmente non vi sia evidenza diretta di specifica diagnosi.

laura.andreoni@aslmi1.mi.it

043 - poster

Valutazione della variazione del consumo di alcol in gravidanza determinato da una campagna d'informazione sugli effetti dannosi dell'acool sul feto

Giuseppe Battistella[(1)], Stefania Bazzo[(2)], Patrizia Riscica[(3)], Giuliana Moino[(3)], Giuseppe Dal Pozzo[(4)], Mery Bottarel[(4)],

[(1)]Unità Operativa Complessa di Programmazione e Controllo di Gestione, Azienda ULSS 9 "Treviso", Regione del Veneto; [(2)]European FASD Alliance, Landskrona, Sweden; [(3)]Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 9 "Treviso", Regione del Veneto; [(4)]Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia, Azienda ULSS 9 "Treviso", Regione del Veneto

Introduzione Il consumo di alcol in gravidanza può avere effetti dannosi sullo sviluppo del feto denominati Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). Il FASD è considerato la causa principale non genetica di disabilità. Un'indagine nella popolazione dlel'ULSS di Treviso ha evidenziato che il consumo sociale di alcolici in gravidanza non viene ritenuto un comportamento a rischio. Al fine d'informare la popolazione sugli effetti dannosi dell'acool sul feto nel 2010 l'Azienda ULSS 9 di Treviso ha realizzato la campagna di comunicazione "Mamma Beve, Bimbo Beve". In fase di progettazione della campagna è stata prevista la valutazione d'efficacia. Vista la difficoltà di misurare l'incidenza dei casi di FASD si è scelto di usare come endopoint d'efficacia il consumo di alcol in gravidanza. Attualmente non esiste uno strumento validato e facilmente applicabile per stimare il consumo di alcol durante tutta la gestazione. Il questionario AUDIT-C è validato come strumento di screening nel setting della medicina primaria per l'individuazione dei casi di consumo di alcol a rischio. Lo strumento è stato utilizzato come strumento di misura del consumo di alcol a livello di popolazione, anche in gravidanza, in diversi studi pubblicati su riviste peer-reviewed.

Obiettivi Il primo obiettivo dello studio è la validazione della "reliability" del questionario AUDIT-C, somministrato in un setting ostetrico alla 38^ settimana, per la stima del consumo di alcol nel corso di tutta la gravidanza. Nel caso lo strumento di misura si fosse dimostrato valido, i risultati ottenuti con la misurazione campionaria dei consumi prima e dopo la campagna, avrebbero permesso di stimare la variazione dei consumi nella popolazione target della campagna di comunicazione.

Metodi Il questionario AUDIT-C è stato compilato da due serie cliniche consecutive e indipendenti di donne che accedevano ai due ospedale dell'ULSS 9 di Treviso per il monitoraggio della 38^ settimana di gestazione, rispettivamente nel 2010 e ne 2011 (n=220 e n=239).L'affidabilità è stata valutata misurando la consistenza interna, le correlazioni tra i punteggi dei singoli item e tra questi e il totale, e il potere discriminante. Le tecniche statistiche per la verifica delle differenze tra le due serie di dati sarebbero state definite in base alle caratteristiche psicometriche del questionario.

Risultati Il questionario ha un coefficiente di consistenza interno di 0,565 per il gruppo 2010 e di 0,516 per quello del 2011 (0,542 per la totalità delle gestanti). Il coefficiente di correlazione tra i singoli item e il totale più alto è 0,687, tra i singoli item stessi è 0,675. Il Coefficiente di Discriminazione (Delta di Ferguson) più alto è 0,623.

Conclusioni Il test AUDIT-C, nella versione italiana e auto compilata, sembra dimostrare un'insufficiente affidabilità nel rilevare il consumo di alcol in gravidanza se usato come questionario di rilevazione del consumo in un setting ostetrico.

giusbatt@gmail.com

044 - orale

Valutazione di efficacia di una campagna finalizzata alla creazione della consapevolezza nella popolazione della pericolosità per il feto del consumo di alcool in gravidanza

Giuseppe Battistella[1], Stefania Bazzo[2], Patrizia Riscica[3], Giuliana Moino[3]), Francesco Marini[1], Giuseppe Dal Pozzo[4], Mery Bottarel[4], Mara Padovan[5]

[1]Unità Operativa Complessa di Programmazione e Controllo di Gestione, Azienda ULSS 9 "Treviso", Regione del Veneto; [2]European FASD Alliance, Landskrona, Sweden; [3]Dipartimento per le Dipendenze, Azienda ULSS 9 "Treviso", Regione del Veneto; [4]Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia, Azienda ULSS 9 "Treviso", Regione del Veneto; [5]Università degli Studi di Verona

Introduzione Il consumo di alcol in gravidanza può avere effetti dannosi sullo sviluppo del feto denominati Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). Il FASD è considerato la causa principale non genetica di disabilità. Il consumo di alcolici in Veneto è diffuso e viene considerato una caratteristica culturale. Un'indagine del 2008 a Treviso ha evidenziato che il consumo sociale di alcolici in gravidanza non è ritenuto un comportamento a rischio. Al fine d'informare la popolazione sugli effetti dannosi dell'acool sul feto l'Azienda ULSS 9 di Treviso ha realizzato nel 2010 la campagna di comunicazione "Mamma Beve, Bimbo Beve". L'ULSS di Treviso ha inoltre realizzato, nel 2008-2009, un programma di ricerca-azione con tutto il personale del percorso nascita, finalizzato alla sensibilizzazione sul problema, e nel 2010 un corso di formazione ECM alle ostetriche.

Obiettivi Gli obiettivi dello studio sono:

- Valutazione d'efficacia comunicativa della campagna, in termini di memorizzazione dell'informazione, comprensione del significato e del comportamento suggerito.
- Valutazione d'efficacia educativa dei vari interventi in termini di percezione del problema o del comportamento scorretto in un contesto reale.

Metodi L'efficacia comunicativa è stata valutata tramite un questionario somministrato nel 2011, a un anno dalla conclusione della campagna, a un campione di 694 caregivers che portavano i bambini di 0-2 anni a vaccinarsi. L'efficacia educativa è stata valutata nel 2013 con un survey tramite questionario su due campioni di 150 gravide alla 38^ settimana: uno nei punti nascita dell'ULSS di Treviso, uno nei punti nascita dell'ULSS di Verona, nella quale non è mai stata condotta alcuna campagna o iniziativa specifica. Un questionario simile è stato somministrato contemporaneamente al personale sanitario dei reparti di ostetricia dei medesimi punti nascita. Il confronto incrociato tra gravide e personale sanitario per sede, ha permesso di valutare l'effetto educativo degli interventi.

Risultati L'efficacia comunicativa è risultata elevata, in quanto l'84% dei rispondenti si ricordava l'immagine della campagna, il 93% ha riportato il messaggio corretto e il 53% il comportamento suggerito. I dati non evidenziano differenze significative nella percezione del problema tra le gravide di Treviso e quelle di Verona (48% e 55%, p=0,252), mentre il personale sanitario di Treviso ha una probabilità più alta d'identificare il problema sia dei colleghi di Verona (70% e 56%, p=0,038) sia delle gravide di Treviso (p=0,002).

Conclusioni La campagna informativa, molto efficace dal punto di vista comunicativo, non si è rivelata efficace in termini educativi. Il percorso integrato ha dimostrato invece una significativa efficacia educativa.

giusbatt@gmail.com

045 - orale

Allattamento al seno nei primi mesi di vita e suoi determinanti: i dati della coorte nati Piccolipiù.

Luigi Gagliardi[1], Franca Rusconi[2], Sara Farchi[3], Sonia Brescianini[4], Martina Culasso[3], Domenico Di Lallo[5], Eleonora Fanti[6], Costanza Pizzi[7], Daniela Porta[3], Gherardo Rapisardi[8], Lorenzo Richiardi[7], Luca Ronfani[9], Antonia Stazi[4], Francesco Forastiere[3].

[1]AUSL12 Viareggio; [2]AOU Meyer, Firenze; [3]Epidemiologia SSR Lazio, Roma; [4]CNESP - Istituto Superiore di Sanità, Roma; [5]Regione Lazio, Roma; [6]Agenzia Regionale di Sanità, Firenze; [7]Università di Torino e CPO Piemonte, Torino; [8]ASF, Firenze; [9]IRCCS Burlo Garofolo, Trieste.

Introduzione L'OMS suggerisce che i neonati vengano allattati al seno in maniera esclusiva per i primi 6 mesi di vita e che l'allattamento continui anche dopo l'introduzione degli alimenti solidi.

Obiettivi Studiare l'andamento dell'allattamento al seno nei primi 6 mesi e i suoi determinanti nella coorte Piccolipiù.

Metodi Piccolipiù è una coorte multicentrica di 3328 neonati, arruolata in cinque città italiane (Torino, Trieste, Viareggio, Firenze e Roma) tra ottobre 2011 e febbraio 2015. I possibili determinanti dell'allattamento e confondenti (variabili sociodemografiche, esperienze materne pre- e in gravidanza, variabili legate alla nascita e al neonato) sono stati raccolti da un questionario somministrato alla mamma in gravidanza, e da un questionario alla mamma e all'ostetrica somministrati dopo il parto. L'allattamento al seno è stato valutato secondo l'OMS al momento del ritorno a casa, a 3 e a 5 mesi di vita del bambino sulla base di diari compilati dalla mamma e di un questionario a 6 mesi.

Risultati Abbiamo studiato finora 2736 bambini di età ≥6 mesi. Il 77.9 % dei neonati viene allattato al seno in maniera esclusiva al ritorno a casa, con un cospicuo calo a 3 e 5 mesi (55.2 e 21.4%). Nei tre periodi considerati la proporzione di bambini allattati al seno anche con aggiunte di liquidi, latte artificiale o alimenti solidi, è considerevolmente più elevata: 94.8%, 79.3% e 69.3%. In analisi multivariate, a 3 e a 5 mesi sono positivamente associati ad allattamento esclusivo: un elevato titolo di studio (RR 1.25; [IC95% 1.1-1.4] e RR 1.64 [1.2-2.2]); la frequenza al corso di preparazione alla nascita (RR 1.20 [1.1-1.3] e RR 1.40 [1.1-1.7]); l'avere deciso di allattare al seno in gravidanza (RR 1.68 [1.4-1.9] e RR 2.29 [1.6-3.1]); l'attacco al seno del bambino entro 2 ore dal parto (RR 1.22 [1.1-1.3]; NS a 5 mesi); il fatto che la mamma stessa fosse stata allattata (RR 1.15 [1.1-1.2] e RR 1.17 [1.0-1.4]). La condizione di primipara (RR 0.91 [0.85-0.97] e RR 0.70 [0.6-0.8]) e il parto cesareo (RR 0.90 [0.8-1.0] e RR 0.75 [0.6-0.9]) sono inversamente associati ad allattamento esclusivo. Si evidenziano differenze tra le città, con RR tra 0.85 e 1.10 a 3 mesi, e tra 0.67 e 1.0 a 5 mesi. Per l'allattamento materno non esclusivo i risultati sono analoghi a quelli per allattamento esclusivo ma vi è anche un'associazione con la cittadinanza straniera (RR 1.12 [1.1-1.2] a 3 mesi; RR 1.17 [1.1-1.3] a 5 mesi).

Conclusioni L'allattamento al seno, elevato al ritorno a casa, diminuisce grandemente nei primissimi mesi di vita, in particolare l'allattamento esclusivo. Fattori culturali e motivazionali (scolarità, partecipazione ai corsi preparto, decisione di allattare presa in gravidanza) si affiancano a fattori "classici" quali la pluriparità, il parto vaginale, l'attacco al seno precoce nell'associazione con l'allattamento esclusivo. L'effetto della modalità con cui la mamma stessa è stata allattata può avere spiegazioni transgenerazionali sia biologiche che culturali.

l.gagliardi@neonatalnet.org

046 - orale

Valutazione dei percorsi di cura e dei costi della malattia in una coorte di pazienti con tumore cerebrale

Andrea Pace, Antonio Mastromattei, Valeria Fano, Veronica Villani, Alessio Perrotti, Nicoletta Gioacchini, Marina Cerimele, Marina Capasso, Carlo Saitto

[1] Istituto Nazionale Tumori Regina Elena; [2] Asl Roma C, Roma

Introduzione: I tumori cerebrali rappresentano una patologia a bassa incidenza ed elevati costi sociali e sanitari legati alla complessità dei bisogni assistenziali di questi pazienti, sia nel decorso della malattia che nella fase terminale. L'Istituto Regina Elena (IRE) ha da tempo implementato un progetto di presa in carico di pazienti con tumore cerebrale basato sulla continuità assistenziale tra ospedale e territorio, dimostratosi efficace nel ridurre i ricoveri inappropriati ed i costi complessivi.

Obiettivi: Valutare i costi a carico del Sistema Sanitario in una popolazione di pazienti con tumore cerebrale residenti nel territorio della Asl Roma C (RMC; 550.000 abitanti); valutare l'efficacia del progetto IRE nel contenimento dei costi a fine vita.

Metodi: Dall'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera sono stati selezionati ed inclusi nella popolazione in studio i primi ricoveri per tumore cerebrale (ICD9-CM 191 in qualunque posizione) di residenti nella RMC occorsi nel periodo 2010-2014; sono stati esclusi i ricoveri per la stessa causa osservati nel periodo 2008-09. Lo stato in vita a fine follow-up è stato accertato tramite record linkage con il Registro di mortalità regionale. Per ogni paziente sono stati ricostruiti gli accessi alle strutture sanitarie e i consumi di risorse nel periodo di osservazione tramite l'integrazione con i flussi informativi aziendali dei ricoveri ospedalieri, degli accessi al Pronto Soccorso, delle prestazioni ambulatoriali, dei trattamenti riabilitativi (residenziali e in regime di ricovero) e del consumo di farmaci (territoriale e in erogazione diretta).

Risultati: Nel periodo 2010-2014 sono stati identificati 429 pazienti con primo ricovero per neoplasia cerebrale (55% uomini; età media alla diagnosi: 61 anni; durata media del follow-up: 1,4 anni; tasso di mortalità: 41x100 anni persona). Il costo medio complessivo stimato dai flussi informativi è di circa 22.000€ per paziente (52% ricoveri, 31% prestazioni ambulatoriali). Negli ultimi 6 mesi di vita l'impatto del ricovero ospedaliero sul totale dei costi è del 67%. Nel sottogruppo di pazienti inclusi nel percorso di cure domiciliari palliative neuro-oncologiche (progetto IRE) il costo complessivo negli ultimi mesi di vita è risultato significativamente inferiore a quello degli altri pazienti (differenza media: 2.880€), soprattutto per un minore ricorso al ricovero ospedaliero.

Conclusioni: l'assorbimento di risorse del Sistema Sanitario nei pazienti con tumore cerebrale è elevato e prevalentemente legato al ricorso al ricovero ospedaliero, soprattutto nella fase avanzata della malattia. L'offerta di adeguati PDTA e in particolare la presa in carico precoce da parte di modelli di cure palliative, può favorire una migliore qualità assistenziale e contemporaneamente una riduzione dei costi sanitari diretti.

fano.valeria@aslrmc.it

047 - orale

Interruzione precoce dell'allattamento al seno

Sofia Colaceci[1], Lisa Cedrone[1], Carla Oliva[2]

[1]Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; [2]Azienda Sanitaria Locale Roma H

INTRODUZIONE Negli ultimi anni sono stati molti i richiami all'importanza dell'allattamento al seno come uno dei principali determinanti della salute della persona. Tuttavia, ancora oggi emergono alcune criticità in particolare per quanto riguarda l'avvio dell'allattamento esclusivo e il suo mantenimento per i primi 6 mesi di vita.

OBIETTIVO Descrivere le pratiche di alimentazione neonatale durante la degenza nel punto nascita e a un mese dal parto.

METODI Tra febbraio e luglio 2014 sono stati somministrati 2 questionari a puerpere italiane afferenti ad un punto nascita di terzo livello, selezionate tramite un campionamento di convenienza. Il primo questionario è stato somministrato durante la degenza per rilevare dati socio-anagrafici e ostetrici e calcolare il Breastfeeding Assessment Score (BAS). Il BAS è un punteggio (range 0-10) ottenuto da 5 variabili (età materna, precedenti esperienze di allattamento al seno, numero di poppate difficoltose, intervallo fra le poppate e numero di aggiunte di latte in formula) utilizzato per identificare le donne ad alto (BAS positivo: <8) o basso (BAS negativo: ≥8) rischio di interruzione precoce dell'allattamento. Il secondo questionario è stato somministrato per via telefonica per indagare la modalità di alimentazione neonatale. I dati sono stati sottoposti ad analisi statistica descrittiva e bivariata mediante l'uso del software Epi-Info v.7.

RISULTATI Durante la degenza 210 donne hanno accettato di partecipare all'indagine. Il 39% del campione era costituito da pluripare. Il 42% ha dichiarato di trovare difficoltose tutte le poppate e che il 49% dei neonati riceveva aggiunte di latte artificiale. Ben il 76,3% delle madri ha ottenuto un BAS positivo ed era quindi ad alto rischio di interruzione precoce dell'allattamento.

A distanza di un mese, 177 donne hanno accettato di partecipare all'intervista telefonica (tasso di rispondenza: 84,3%). Il 40,1% ha dichiarato di praticare un allattamento esclusivo, il 16,4% complementare e il 43,5% artificiale. È emerso che le donne con BAS negativo alla degenza avevano maggiori probabilità di allattare al seno (in maniera completa o complementare) rispetto a coloro che avevano ottenuto un BAS positivo (OR 52,0; p<0,05).

Il 41,2% del campione ha dichiarato di essersi rivolto ad un professionista sanitario per ricevere sostegno per l'allattamento dopo la dimissione, nello specifico: pediatra (30), ginecologo (23) e ostetrica consultoriale (20). Le madri che hanno ricevuto sostegno dall'ostetrica risultavano avere maggiori probabilità di allattare esclusivamente a distanza di un mese rispetto alle donne che avevano chiesto supporto ad altre figure professionali (OR 14,5; p<0,05).

CONCLUSIONI Il sostegno prestato sul territorio da figure opportunamente formate sulla promozione delle buone pratiche di alimentazione neonatale e infantile è di fondamentale importanza per intervenire tempestivamente sui problemi che possono inficiare l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno.

sofia_sofia_c@hotmail.it

048 - poster

Effetto dell'Indice di Massa Corporea pregravidico e dell'incremento di peso in gravidanza sugli outcomes neonatali

Chiavarini M.[a], Minelli L.[a], Nucci D.[a], Salmasi L.[b]

[a]Dipartimento di Medicina Sperimentale, sez. Sanità Pubblica, Università Studi Perugia; [b]Dipartimento di Scienze Politiche, Università Studi Perugia

Introduzione: L'alta prevalenza di un inadeguato Indice di Massa Corpore (IMC) e di un inappropriato aumento di peso durante la gravidanza è un importante problema di sanità pubblica. Un IMC pregravidico basso (<18.5 Kg/m2)o elevato(≥25 Kg/m2)e l'aumento di peso durante la gravidanza sono legati ad un aumentato rischio di esiti neonatali avversi quali basso peso alla nascita (LBW), peso elevato alla nascita (HBW) e il parto pre-termine (PTD).

Obiettivi: Valutare l'impatto dell'aumento di peso durante la gravidanza sugli outcomes neonatali: LBW, HBW e PTD.

Metodi: I dati, raccolti tramite questionario, riguardano 1842 donne che hanno partorito presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia.

La classificazione dell'Institute of Medicine del 2009 (IOM 2009)è stata utilizzata per identificare le donne con incremento di peso non adeguato, considerando IMC pregravidico.

Per valutare l'effetto di una modificazione di peso non-normale sugli outcomes LBW/HBW, identificati rispettivamente da un peso alla nascita inferiore a 2,5 Kg o superiore 4,0 Kg, e sulla probabilità di parto prematuro sono stati utilizzati modelli di regressione logistica. Questi indicatori sono associati a cattive condizioni di salute nelle prime fasi di vita e in età adulta.

Risultati:. In accordo con la nostra ipotesi i risultati evidenziano che le donne con un aumento di peso inferiore al normale durante la gravidanza hanno una maggiore probabilità per LBW (OR = 2.195; s.e.= 0,524) e PTD (OR 1.769, s.e. = 0,323), mentre quelli con un aumento di peso maggiore del normale hanno una maggiore probabilità per HBW (OR = 2.439, s.e. = 0,406)

Conclusioni:. I risultati ottenuti dimostrano che un aumento di peso non normale durante la gravidanza può portare ad esiti neonatali indesiderati (aumentano in modo significativo la probabilità di LBW, HBW e PTD): condizione che possono avere conseguenze negative sullo stato di salute attuale e futuro del neonato.

manuela.chiavarini@unipg.it

049 - orale

Celiachia e rischio di patologie autoimmuni: uno studio di coorte di nascita matched con linkage di dati sanitari correnti

Cristina Canova[1], Gisella Pitter[1], Pierantonio Romor[2], Loris Zanier[3], Renzo Zanotti[1], Lorenzo Simonato[1]

[1]Laboratorio di Sanità Pubblica e Studi di Popolazione, Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli Studi di Padova, Padova; [2]Informatica per il Sistema degli Enti Locali (INSIEL) S.p.A., Udine; [3]Servizio di Epidemiologia, Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia, Regione Friuli-Venezia Giulia

Introduzione La celiachia è associata a varie patologie autoimmuni, tra cui il diabete mellito di tipo 1 (DM1) ed iper/ipotiroidismo autoimmune (Ipert/Ipot). Nei soggetti affetti da DM1 o Ipert/Ipot la prevalenza di celiachia è maggiore rispetto alla popolazione generale ed è raccomandato lo screening per tale patologia. Tuttavia, pochi studi longitudinali hanno valutato se soggetti celiaci siano a rischio di sviluppare DM1 e Ipert/Ipot.

Obiettivi Stimare il rischio di DM1, Ipert ed Ipot in una coorte di popolazione composta da bambini e giovani adulti con diagnosi di celiachia, confrontati con matched references appaiati per sesso e anno di nascita.

Metodi Tutti i nuovi nati presenti nell'archivio CeDAP del Friuli-Venezia Giulia nel periodo 1989-2011 sono stati inclusi nella coorte e linkati ad altre fonti di dati sanitarie correnti. I soggetti celiaci sono stati identificati mediante referti anatomo-patologici, dimissioni ospedaliere e/o esenzioni ticket. Per ciascun celiaco sono stati identificati 5 references, campionando dall'intera coorte Cedap soggetti vivi e residenti alla data diagnosi di celiachia (index date), appaiati per sesso e anno di nascita. I casi di DM1, Ipert ed Ipot sono stati identificati attraverso dimissioni ospedaliere e/o prescrizioni farmaceutiche. Il follow-up dei soggetti è iniziato 15 giorni dopo la index date fino alla morte, emigrazione, insorgenza della patologia considerata o fine del follow-up (31 Dicembre 2012). Il rischio di sviluppare patologie autoimmuni dopo la diagnosi di celiachia (o la corrispondente index date nei references) è stato stimato attraverso Hazard Ratios (HRs) utilizzando modelli di regressione di Cox per dati appaiati (comparando il rischio nei soggetti celiaci e references all'interno dello stesso strato). Per esaminare la relazione temporale tra celiachia ed altre patologie autoimmuni, è stato inoltre valutato il rischio di avere una diagnosi di patologie autoimmune precedente l'inizio del follow-up utilizzando regressioni logistiche condizionate per la stima degli odds ratios (ORs).

Risultati Sono stati identificati 1215 soggetti celiaci e 6075 references. Le prevalenza di DM1 e Ipot sono risultate significativamente maggiori nei soggetti celiaci (DM1 n=44, 3,6%; Ipot n=58, 4,8%) rispetto ai references (DM1 n=27, 0,5%; Ipot n=55, 0,9%). Rispetto ai references, i celiaci avevano un rischio più elevato di sviluppare successivamente DM1 (HR: 2,50; IC95% 0,94-6,66) ed Ipot (HR: 4,64; IC95% 2,88-7,46). I soggetti celiaci sono risultati inoltre a rischio di Ipot (OR 6,55; 95% CI 3,61-11,89) e DM1 (OR 12,66; 95% CI 6,96-23,01) verificati prima della diagnosi. L'esiguo numero di soggetti identificati con Ipert (n=4) non ha permesso la valutazione del rischio di tale condizione.

Conclusioni La celiachia è associata ad un rischio aumentato di DM1 e Ipot sia prima che dopo la diagnosi, suggerendo una comune eziologia alla base dello sviluppo di tali patologie. Lo studio indica l'opportunità di prevedere protocolli di screening in soggetti celiaci per identificare precocemente diabete di tipo 1 ed ipotiroidismo autoimmune.

cristina.canova@unipd.it

050 - poster

La rete italiana e la corretta alimentazione. Un modello di promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP)

Fiorisa Lentisco

INAIL, Dipartimento Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale

Introduzione: Stili di vita salutari incidono positivamente sullo stato di salute della popolazione, scongiurando il rischio di malattie croniche non trasmissibili, un onere sempre più pesante per la società contemporanea e globalizzata.

Fra i fattori di malattie croniche non trasmissibili, 5 sono strettamente legati alla alimentazione: pressione sanguigna alta, livello di colesterolo elevato, indice di massa corporea elevato, basso consumo di frutta e verdura, scarsa attività fisica, consumo eccessivo di alcol e fumo di tabacco.

Per affrontare tale scenario, si propongono campagne informative, corsi e progetti di promozione di una corretta alimentazione rivolti a popolazione e aziende. L'INAIL ricerca contribuisce in tale filone, tramite la sua attività come ufficio nazionale di Contatto della rete europea della promozione della salute nei luoghi di lavoro (ENWHP - European Network for Workplace Health Promotion)

Obiettivi: promozione di una alimentazione regolare e sana dei lavoratori, con pasti sani organizzati nelle mense aziendali, distribuzione di opuscoli e cartellonistica ad hoc, fornitura di cibo sano, anche tramite l'utilizzo di macchinette erogatrici di cibi freschi negli ambienti di lavoro; cooperazione in Italia e Europa per promuovere la salute al lavoro, anche in considerazione della multietnicità che si presenta nelle società e nei luoghi di lavoro; partecipazione attiva di lavoratori, datori di lavoro e rappresentati della salute e sicurezza; azioni concrete di promozione della salute in ambito lavorativo, tramite corsi e iniziative; sviluppare studi di fattibilità e valutazione dell'efficacia degli interventi realizzati.

Metodi: sezione web dedicata alla promozione della salute nei luoghi di lavoro in http://ricercascientifica.inail.it/whp/index.asp; progetti di ricerca nazionali e internazionali; questionari (es. questionario per valutare l'opinione del RLS/RLST riguardo al suo ruolo all'interno del sistema di gestione per la tutela della salute); banca dati di modelli di buona pratica di aziende di Italia e estero http://ricercascientifica.inail.it/whp/buonePraticheBD.asp

Risultati: sviluppo di un partenariato con la rete europea ENWHP e paesi consorziati; sviluppo di rete nazionale con reti regionali, Toscana, lazio, Lombardia per la promozione della salute nei luoghi di lavoro; sviluppo di metodologie per affrontare le conseguenze individuali, organizzative e sociali che la cattiva organizzazione dell'ambiente di lavoro causa, riguardo ai fattori di assenza dal lavoro, riduzione della qualità del lavoro, aumento della spesa per il benessere e per la cura medica, e calo della produttività

Conclusioni: avvio della rete nazionale tra regioni, aziende, istituzioni e servizio sanitario nazionale per poter incrementare il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, la promozione della partecipazione attiva e l'incoraggiamento dello sviluppo personale

f.lentisco@inail.it

050 - poster

Uso di latte materno e latte di banca nei neonati gravi pretermine in Toscana: uno studio area-based

Monia Puglia[1], Carolina Amador[2], Cristiana Bosi[3], Monica Da Frè[1], Anna Ingargiola[2], Letizia Magi[4], Elena Martelli[5], Simone Pratesi[6], Emilio Sigali[7], Barbara Tomasini[8], Elena Verucci[9], Fabio Voller[1], Franca Rusconi[1,2] e il gruppo TIN Toscane on-line

[1]Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze; [2]AOU Meyer, Firenze ,[3]Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze; [4]Ospedale San Donato, Arezzo; [5]Ospedale S Stefano, Prato; [6]AOU Careggi, Firenze; [7]AOU Pisana, Pisa; [8]AOU Senese, Siena; [9]Ospedale della Versilia, Viareggio.

Introduzione: Il latte materno è universalmente considerato la miglior risorsa nutrizionale per tutti i neonati. Nei neonati gravi pretermine si è inoltre dimostrato particolarmente importante nel diminuire il rischio di gravi patologie quali l'enterocolite necrotizzante, la sepsi, la displasia broncopolmonare e la retinopatia. Mancano dati italiani area-based sull'utilizzo del latte materno e in particolare del latte umano donato (latte di banca), quello che si usa quando il latte della propria madre non è disponibile, nei neonati gravemente pretermine .

Obiettivi: Scopo dello studio è presentare la prevalenza d'uso di latte materno e di banca in tutti i neonati gravemente prematuri nati in Regione Toscana negli anni 2012-13, alla nascita, durante il ricovero in terapia intensiva neonatale (TIN) e alla dimissione. Questi neonati rappresentano l'1,2 % di tutti i nati vivi.

Metodi: I dati sono stati estrapolati dall'Archivio TIN Toscane on-line, un archivio area-based, che raccoglie tutti i neonati gravemente prematuri (età gestazionale: da 22 a <32 settimane o peso alla nascita da 400 a ≤1500 g) nati in Toscana.

Risultati: Su 740 neonati (età gestazionale mediana 30 settimane, peso alla nascita mediano 1.240 g), 82 sono deceduti durante il ricovero, per lo più durante i primi 7 gg di vita e sono stati esclusi dall'analisi. Il 73,9% dei neonati inizia precocemente, nel 1° giorno di vita, la nutrizione per via enterale (per os o mediante l'impiego di apposite sonde) e il 91% entro il 3° giorno, con latte di banca per il 64,9%, latte artificiale (21,7%), latte materno (12,2%) e materno + artificiale (1,2%). Non vi sono differenze né nella tipologia di latte né nel tempo di inizio della nutrizione enterale in virtù dell'età gestazionale dei neonati. Il 50,4% dei neonati raggiunge la nutrizione enterale completa entro i primi 10 giorni di vita e il 90% entro i primi 30 giorni; il tipo di latte più utilizzato è il latte materno (37,4%), seguito dal latte di banca (29,2%) e dal solo latte artificiale (11,1%). Il 26,9% dei neonati viene dimesso con solo latte materno, il 34,8% con materno e artificiale e il 38,4% con il solo artificiale. L'età mediana alla dimissione è di 48 giorni. I dati alla dimissione indicano un aumento dell'allattamento rispetto a quelli rilevati negli anni 2003-2005 su 581 neonati di pari età gestazionale e peso alla nascita nello studio ACTION (Accesso alle Cure e alle Terapie Intensive Ostetrico-Neonatali): latte materno 25,5%, materno e artificiale 29,9%, solo artificiale 44,6%.

Conclusioni: Il latte di banca è una risorsa importante per la nutrizione enterale precoce nei neonati gravi pretermine in Toscana ed è possibile grazie al lavoro in rete di 6 banche del latte che coprono tutto il territorio. L'uso del latte di banca all'inizio della nutrizione enterale non inficia il successivo allattamento materno che rimane l'allattamento prevalente anche alla dimissione, con prevalenze più elevate rispetto a quelle riportate in letteratura.

monia.puglia@ars.toscana.it

053 - poster

Monitoraggio della rete "Hub & Spoke" per lo stroke della Provincia di Verona: approccio geografico con record linkage di dati amministrativi.

Rina Mirandola[1] , Damiano Salazzari[2] , Federico Tedeschi[2] , Giulia Bisoffi[1] , Francesco Amaddeo[2] , Valeria Donisi[2] , Nicola Micheletti[1] , Marco Manzini[1] , Gruppo di lavoro Stroke provinciale[3]

[1]Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, [2]Università di Verona [3]Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Università di Verona, ULSS20, ULSS21 ULSS22, Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto.

Introduzione: L'ictus rappresenta un importante problema di sanità pubblica, essendo la prima causa di disabilità tra le malattie cardiovascolari. Nel caso di sospetto clinico, il trasporto immediato del paziente al Pronto Soccorso (PS) è prioritario, così come la sua ospedalizzazione, che deve avvenire il più velocemente possibile in un'Unità dedicata. A tal fine diviene necessario ottimizzare non solo la fase di attesa in PS stesso, riducendo il tempo di inizio del trattamento con r-TPA, ma anche la fase pre- ospedaliera, riducendo il tempo di arrivo al PS.

Obiettivi: Il presente studio valuta la performance dell'Hub & Spoke, un modello di Stroke Network per il trattamento dell'ictus acuto. L'approccio utilizza una strategia di record linkage di dati amministrativi di registro, inserita nel contesto di un'analisi di tipo geografico.

Metodi: Lo studio retrospettivo utilizza i registri amministrativi del 118 (chiamata per l'intervento di un'ambulanza), del PS, dei Ricoveri e delle Anagrafi Comunali. I dati sono stati geo-referenziati nell'area di Verona e provincia. I pazienti con diagnosi di ictus acuto nel periodo ottobre 2011-dicembre 2012 sono stati identificati dai dati di ricovero e a partire da tali dati è stato fatto il link agli altri registri.

Caratteristiche socio-demografiche, cliniche, geografiche, ecologiche, tempi e distanze sono state esplorate in relazione alla modalità di raggiungimento del PS. Gli outcome considerati sono l'indice di Barthel alla dimissione e la mortalità durante il ricovero. Sono stati esplorati anche la modalità di raggiungimento del PS, il tempo medio di arrivo al PS, il tempo medio trascorso al PS prima del ricovero, la % di ictus riconosciuti in fase di soccorso mediante l'utilizzo del "protocol stroke code", la % di casi di trombolisi.

Risultati: Esclusi i casi di ri-ospedalizzazione, dai 2700 ricoveri per ictus acuto del periodo indice, si sono inclusi 2575 pazienti. Il linkage con il registro di PS ha identificato 2547 pazienti, che costituiscono il campione di studio (1% non linkabili).

Dei 1711 (67%) giunti al PS con l'ambulanza, il 18% non è presente nei dati del registro del 118: pertanto, i pazienti giunti al PS mediante ambulanza e inclusi nello studio sono 1407. Di questi, 125 (9%) sono stati riconosciuti dai soccorritori come casi di ictus acuto mediante l'applicazione del "protocol stroke code".

Conclusioni: Il presente studio mostra che è possibile valutare la performance dell'Hub & Spoke, un modello di Stroke Network per il trattamento dell'ictus acuto, mediante l'applicazione di una strategia di record linkage di dati amministrativi di registro, inserita nel contesto di un'analisi di tipo geografico. Questa metodologia potrebbe avere ulteriori interessanti sviluppi nel monitoraggio delle operazioni del network stesso e di altri network, quali ad esempio quello dell'infarto acuto del miocardio (AMI Network).

rina.mirandola@ospedaleuniverona.it

054 - poster

Abitudini alimentari e condizione socio-economica negli adolescenti toscani: i risultati dello studio Edit per affrontare le disuguaglianze di salute

Olimpi Nadia*, Gnaulati Lisa*, Monnini Mirko*, Bartolacci Simone*, Cipriani Francesco*, Voller Fabio*

*Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Introduzione Molti studi hanno analizzato l'esistenza di differenze nel pattern alimentare all'interno di gruppi di popolazione che differiscono per livello socioeconomico, misurato in genere dal livello di istruzione o dal reddito. I risultati hanno potenziali effetti rilevanti nell'identificazione di target privilegiati dagli interventi di sanità pubblica e nella massimizzazione della costo-efficacia di questi ultimi.

Obiettivi Valutare negli adolescenti toscani la relazione tra abitudini alimentari e stato socio-economico della famiglia.

Metodi L'indagine EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana) realizzata nel 2015 ha coinvolto 5.077 studenti (2.752 maschi, 2.325 femmine) di età 14-19 anni frequentanti 57 Istituti superiori della Toscana. In ogni Istituto è stato somministrato ad un intero ciclo scolastico un questionario self-report volto ad indagare principali abitudini, stili di vita e informazioni sulla famiglia, tra cui livello di istruzione e condizione professionale dei genitori. L'analisi descrittiva e di possibile associazione (odds ratio–OR) tra comportamenti alimentari, livello di istruzione familiare e stato di occupazione del padre è stata effettuata con software PASW Statistics 18.0.

Risultati Nel 2015, il 46,9% degli adolescenti toscani consuma frutta almeno una volta al giorno, il 34,7% ed il 21,1%, rispettivamente, snack dolci e/o salati e bibite zuccherate e/o gassate con la stessa frequenza. Il consumo di frutta almeno una volta al giorno è più diffuso negli adolescenti che vivono in famiglie con un alto livello di istruzione (51,0%) per ridursi progressivamente al diminuire del grado di istruzione, raggiungendo il 34,2% in quello più basso. Lo stesso trend si osserva per quanto riguarda il consumo quotidiano di verdura ed il consumo settimanale di pesce. Al contrario, il consumo quotidiano di snack dolci e/o salati e di bibite zuccherate e/o gassate è maggiormente diffuso negli adolescenti che vivono in contesti familiari di basso livello di istruzione (rispettivamente, 39% e 29,9%), per raggiungere il livello minimo nelle famiglie più istruite (rispettivamente, 33,1% e 17,9%). Il consumo quotidiano di frutta è più diffuso nei ragazzi il cui padre è occupato (47,1%), rispetto alla condizione in cui il padre è disoccupato (40,7%). Al contrario, il consumo quotidiano di snack dolci e/o salati e bibite zuccherate e/o gassate è più diffuso negli adolescenti che hanno il padre disoccupato (rispettivamente, 40% e 28,7%) rispetto a quelli il cui genitore è occupato (rispettivamente, 34,8% e 21%).

Conclusioni Le abitudini alimentari degli adolescenti toscani sono meno buone tra coloro che vivono in famiglie con genitori di basso livello di istruzione ed in cui almeno un genitore è disoccupato. Il livello socioeconomico rappresenta un fattore che può influire sugli stili di vita e si conferma la necessità di affrontare gli interventi di sanità pubblica in questo ambito sostenendo le fasce più deboli.

nadia.olimpi@ars.toscana.it

055 - poster

Le Ricette tipiche e salutari della Piramide Alimentare Toscana (PAT)

Olimpi Nadia*, Berni Roberto*, Orsini Cristina*, Pepe Pasquale*, Cipriani Francesco*, Voller Fabio*

*Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Introduzione Media e social networks hanno intercettato l'interesse dei consumatori per diete, ricette e tendenze gastronomiche di tutto il mondo e in particolare italiane e toscane, interesse accresciuto dalle informazioni scientifiche sugli effetti benefici della dieta mediterranea. Nell'eccesso d'informazioni il consumatore perde i riferimenti sulla loro credibilità.

Obiettivi Realizzare un ricettario di piatti tipici toscani salutari, accreditato dalle istituzioni del governo toscano, declinando i contenuti della PAT, con riferimento ai valori nutrizionali e ai costi economici.

Metodi Con il supporto della Biblioteca dell'Identità Toscana sono stati raccolti i libri sulle ricette toscane pubblicati dagli anni '80. Ne sono stati selezionati 71, escludendone 270 che non contenevano sufficienti informazioni sulle misure degli ingredienti (volumi, pezzature o pesi). Gli indici dei testi sono stati informatizzati su un database costruito ad hoc classificando la ricetta per tipo di portata e per zona geografica. Con la collaborazione degli istituti alberghieri toscani, un gruppo di esperti gastronomi (cuochi, giornalisti gastronomici, ristoratori) ha espresso un giudizio con voto da 0 a 10 sul grado di tipicità dei piatti, in base al loro nome, rispetto al territorio di riferimento.

Risultati Dai 71 testi di ricette tipiche toscane selezionati, sono state informatizzate 5.735 ricette. Secondo i libri pubblicati, le zone gastronomiche toscane risultano: Lunigiana, Garfagnana, Massa-Carrara, Versilia, Lucca e Piana di Lucca, Pistoia e Montagne Pistoiesi, Prato, Firenze, Mugello, Casentino, Val di Chiana, Valtiberina, Arezzo, Chianti, Valdarno, Val d'Elsa, Pisa, Livorno, Siena, Grosseto, Maremma, Amiata. Quindi tutte le 10 province, più 11 zone all'interno di queste. La quota maggiore di ricette era ascrivibile alla Toscana (31,3%), seguita dalla zona fiorentina (16,4%), dalla Lunigiana (10,1%) e dalla Maremma (8,2%). La maggiore quota di piatti era rappresentata da secondi (32,7%), seguita da primi (29,1%) e dolci (19,6%). Le ricette più citate sono acquacotta (n=39), pappa al pomodoro (n=37), fegatelli (n=34), panzanella e castagnaccio (n=33), cenci (n=31). L'analisi dei voti degli esperti ha generato una graduatoria di tipicità per ogni provincia e zona gastronomica toscana.

Conclusioni E' stato trovato un primo consenso sulle caratteristiche di tipicità delle zone gastronomiche toscane. Seguirà un ulteriore lavoro di consenso, realizzato dagli stessi gruppi di esperti, per individuare le modalità di preparazione ritenute più tipiche. Per quest'ultime, verrà stimato il contenuto in nutrienti e micronutrienti. La versione del piatto con il migliore profilo nutrizionale, entrerà a far parte del volume "Le ricette tipiche e salutari della Piramide Alimentare Toscana", corredati dal costo economico. Saranno pubblicate le ricette tipiche della PAT per prevenzione oncologica, cardiovascolare, diabete, osteoporosi, salute dentale, sport, gravidanza, infanzia, anziani. Il completamento del lavoro, corredato dalla diffusione mediatica, è previsto per giugno 2016.

nadia.olimpi@ars.toscana.it

056 - poster

Le abitudini alimentari della popolazione adulta italiana: l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examnation Survey

Simona Giampaoli[1], Vittorio Krogh[2], Sara Grioni[2], Luigi Palmieri[1], Massimo Michele Gulizia[3] e Diego Vanuzzo[3] a nome del gruppo di ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey

[1]Istituto Superiore di Sanità, Roma; [2]Fondazione IRCCS , Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; [3]Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – Heart Care Foundation, Firenze

Obiettivo: Descrivere i comportamenti alimentari della popolazione Italiana adulta raccolti nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey, indagine condotta fra il 2008 e il 2012.

Disegno: indagine trasversale condotta in tutte le regioni; popolazione eleggibile: campioni casuali di popolazione residente, stratificata per età e genere, arruolata in un comune di ciascuna regione, 440 persone ogni 1.5 milioni di abitanti.

Setting e partecipanti: 8714 persone esaminate, con tutti i dati disponibili per questa analisi; tasso di partecipazione 53%

Principali misure: sono stati misurati stili di vita, fattori di rischio e condizioni a rischio. I comportamenti alimentari sono stati raccolti attraverso il questionario EPIC, che include frequenza di consumo degli alimenti, porzioni e modalità di consumo; i comportamenti alimentari e i nutrienti sono presentati per macroaree; il consumo di sodio e potassio sono stati misurati anche attraverso l'escrezione nelle urine delle 24 ore; i dati sono confrontati con il "modello mediterraneo" descritto nell'indagine alimentare condotta negli anni '60.

Risultati: I comportamenti alimentari sono salutari in parte della popolazione: solo il 30% ha un consumo adeguato di verdura e di pesce; solo il 10 % fa uso di dolci/torte una volta a settimana come raccomandato. Fra i nutrienti il consumo calorico dovuto ai grassi saturi e agli zuccheri risulta molto alto. Confrontati con il modello mediterraneo degli anni '60 il consumo di cereali, patate e legumi è ridotto alla metà, mentre carni, formaggi, latte e in particolare i dolci sono più che raddoppiati.

Conclusioni: prendendo in considerazione la distribuzione dei fattori di rischio e le condizioni ad alto rischio come sovrappeso/obesità, che affliggono quasi il 75% della popolazione adulta, l'ipertensione che colpisce il 50%, l'ipercolesterolemia nel 35%, e il diabete nel 11-7%, sono urgenti azioni di comunità per migliorare l'alimentazione della popolazione. Inoltre è necessario diffondere nella popolazione la cultura della riduzione del consumo di sale, di olio d'oliva e di vino a causa del loro alto valore energetico e suggerire il consumo di porzioni modeste.

simona.giampaoli@iss.it

057 - poster

INDAGINE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA RIGUARDO L'OBESITÀ E I PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

Nunzia Bellantonio[1], Maria Rosaria Marchetti[2], Raffaella Modestino[1], Maria Concetta D'Ovidio[3], Tiziana Paola Baccolo[2]

[1]INAIL - Direzione Centrale Ricerca, Roma; [2]INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, Roma; [3]INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale, Monte Porzio Catone (Roma)

Introduzione Secondo il Center for Disease Control and Prevention (CDC), in Europa più della metà della popolazione adulta è in sovrappeso mentre negli Stati Uniti il sovrappeso e l'obesità colpiscono attualmente il 60% della popolazione adulta di cui il 15,5% è obesa. In Italia il 31% della popolazione fra i 18 e i 69 anni (età lavorativa) è in sovrappeso e il 10% obeso. L'obesità è maggiore nelle regioni meridionali (10,9%) rispetto a quelle settentrionali (9,5%), aumenta dopo i 35 anni ed è più frequente nel sesso maschile. Il tasso crescente di obesità ha notevoli ripercussioni nel mondo del lavoro e i settori con maggiore prevalenza sono i trasporti, la sicurezza, le costruzioni e i servizi di pulizia. Gli obesi sono maggiormente esposti a infortuni sul lavoro, sviluppano più facilmente la sindrome del tunnel carpale, hanno maggiore suscettibilità per le malattie muscolo-scheletriche, cardiovascolari, diabete di tipo II, aumentata sensibilità a sostanze chimiche e ad agenti infettivi; sono anche più predisposti ad ammalare se esposti a rischi lavorativi come le vibrazioni localizzate (angiopatia o neuropatia).

Obiettivi Obiettivo dello studio è la revisione della letteratura scientifica riguardante i programmi sull'alimentazione svolti nei luoghi di lavoro per proporre percorsi conoscitivi ai lavoratori sulla corretta alimentazione.

Metodi La ricerca bibliografica è stata condotta attraverso PubMed utilizzando i termini MeSH (Medical Subjects Heading) associati all'obesità e ai programmi di nutrizione o dieta nei luoghi di lavoro utilizzando la stringa di ricerca: ("workplace"[MeSH Terms] AND ("nutrition policy"[MeSH Terms] OR "diet"[MeSH Terms])) AND "obesity"[MeSH Terms] AND "humans"[MeSH Terms]. Le voci bibliografiche sono state analizzate con sistemi di cloud semantiche al fine di evidenziare graficamente il risultato delle ricerche.

Risultati Lo studio delle fonti bibliografiche ha evidenziato 38 records di cui alcuni erano analisi di review. Quasi tutti gli studi hanno sottolineato la necessità di adottare programmi "allargati" nei luoghi di lavoro per combattere il sovrappeso e l'obesità (modifica dell'offerta alimentare dei punti di ristorazione, aumento dell'attività fisica, cambiamento dello stile e abitudini di vita, etc.). Infatti, gli articoli pubblicati non trattavano la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso con la sola dieta ma confermavano la necessità della concomitante e regolare pratica dell'attività fisica.

Conclusioni Le attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro riguardo l'alimentazione sono in grado di diffondere capillarmente le informazioni sull'utilità dell'adozione di corretti stili di vita e non della sola dieta che, oltre a migliorare/mantenere la salute dei dipendenti, possono avere ricadute positive sulla produttività aziendale.

m.dovidio@inail.it

060 - orale

La riduzione del consumo di sale nella popolazione: un'azione coordinata a più voci.

Giuliana Rocca, Alessandra Maffioletti, Lucia Fontana, Lucia Antonioli, Roberto Moretti, Roberto Capello, Pasquale Strazzullo, Simona Giampaoli, Cinzia Lo Noce

ASL Bergamo, Dipartimento Prevenzione, Servizio Medicina Preventiva di Comunità, Servizio Igiene alimenti e nutrizione; Direzione Sanitaria, Servizio Promozione della salute; Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; Presidente ASPAN Bergamo e Regione Lombardia; Università Federico II, Napoli

Introduzione La diminuzione dell'assunzione di sale con la dieta è un importante obiettivo di salute pubblica : un consumo eccessivo determina un aumento della pressione arteriosa che a sua volta aumenta il rischio di insorgenza di gravi malattie, come l'infarto e l'ictus. Accanto a questo un adeguato apporto di potassio è fondamentale per preservare le caratteristiche della alimentazione mediterranea tipica del nostro paese.

Obiettivi Dare attuazione all'iniziativa regionale "Con meno sale nel pane c'è più gusto e...guadagni in salute", accordo siglato il 31 dicembre 2010 tra Regione Lombardia e Unione Regionale Panificatori Lombardia

Metodi Le Associazioni di categoria promuovono la produzione e vendita di pane con ridotto contenuto di sale (dal 2%al 1,7% riferito alla farina), rispettando gusto, fragranza e qualità, e senza differenza di prezzo. L'ASL attiva la collaborazione con le associazioni di categoria interessate; rende disponibili sui siti aziendali l'elenco dei panificatori/panifici aderenti; realizza iniziative di comunicazione sui benefici per la salute determinati da una ridotta assunzione di sale nell'alimentazione; promuove l'iniziativa presso gli estensori dei capitolati d'appalto per le ristorazioni collettive sanitarie, socio sanitarie e scolastiche; esamina un campione di popolazione adulta, scelta in modo casuale per valutare le azioni di prevenzione intraprese.

Risultati Coinvolgimento delle ristorazioni scolastiche (994) della provincia di Bergamo, per un totale di 71447 pasti al giorno. Accordo con i MAP ed i pediatri di libera scelta per sostenere il progetto. Promozione dell'iniziativa nelle Aziende inserite nel la rete WHP. Promozione dell'iniziativa nella rete locale dei gruppi di cammino attraverso il giornalino. Partecipazione ad un'indagine nel Comune di Seriate (4 panifici aderenti)coordinata dall'ISS per valutare il consumo di sale nella popolazione, nell'ambito del progetto "Azioni relative alla riduzione del consumo di sale in Italia: verifica delle ricadute dell'accordo con i panificatori e programma "Meno sale più salute" 2012-2015 " . A Seriate il consumo medio di sale al giorno, valutato attraverso l'escrezione di sale nelle urine delle 24 ore in un campione casuale della popolazione adulta, è risultato pari a circa 9 grammi negli uomini ed 7 nelle donne, ben oltre l'apporto di sale raccomandato dall'OMS (5g), ma tendenzialmente inferiore alla media nazionale. Nello stesso campione di popolazione, l'apporto alimentare di potassio, indicatore attendibile del consumo di frutta e verdura, è risultato intorno a 2g, molto al di sotto del target (>3.9g), in linea con la media nazionale.

Conclusioni La riduzione del consumo di sale è un obiettivo possibile se condiviso e perseguito dai diversi attori della comunità. Grazie all'impegno di tutti è cresciuta l'attenzione della popolazione sul problema. Dal punto di vista della salute pubblica è interessante notare che accanto alla riduzione del consumo di sale, è importante sostenere un adeguato consumo di verdura e frutta.

grocca@asl.bergamo.it

061 - poster

Promozione dell'allattamento al seno come diritto di salute per ogni bambino calabrese

Anna Domenica Mignuoli[(a)]; Caterina Azzarito[(a)]; Dario Macchioni[(a)]; Paola Scardetta[(b)]

[(a)]Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria; [(b)]Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Introduzione: La regione Calabria registra alti tassi di obesità infantile nel contesto nazionale. L'allattamento al seno prolungato è un fattore protettivo. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-20 ha approvato, nell'ambito della prevenzione dell'obesità e sovrappeso infantile un progetto biennale (piano 12) per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Per riferimento si assumono i tassi di allattamento al seno esclusivo alla dimissione e completo a sei mesi registrati in Calabria dall'indagine campionaria condotta dall'ISS nel 2002, risultati pari al 32% alla dimissione e 12% al sesto mese.

Obiettivi: Implementare del 10% la percentuale di donne che allattano in maniera esclusiva al momento della dimissione ospedaliera e in modo completo al sesto mese di vita.

Materiali e metodi: Sono stati realizzati corsi di formazione per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno secondo il modello OMS/UNICEF, a cui hanno partecipato gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita sia ospedalieri che territoriali; sono state implementate alcune attività: corsi di accompagnamento alla nascita, visite domiciliari in puerperio e sostegno all'avvio dell'allattamento al seno presso i punti nascita. La stima delle nuove percentuali di allattamento è stata acquisita mediante uno studio osservazionale condotto intervistando donne residenti in Calabria con questionario strutturato al momento della dimissione (viso a viso) e a sei mesi (telefono).

Risultati: Lo studio osservazionale di prevalenza è stato realizzato nei 12 punti nascita nel periodo 1-30 novembre 2011 e 1-30 maggio 2012. Dall'elaborazione dei 1.571 questionari è emerso che il 53% del campione intervistato dichiara di allattare in maniera esclusiva il proprio bambino al momento della dimissione ospedaliera. Tra i fattori maggiormente associati risultano: la modalità del parto (spontaneo: 58,1% VS T.C.: 38,9%); il tempo di attacco al seno (<=1h: 68% VS >1h: 40%); uso del ciuccio (sì: 42% VS no: 58%). Dalle interviste eseguite al sesto mese, è emerso che allattava al seno in maniera completa il 21% delle donne e gli stessi fattori risultano associati.

Conclusioni: Dallo studio emerge che dall'indagine condotta nel 2002 dall'ISS la percentuale di donne che allattano al seno in Calabria è migliorato sia al momento della dimissione che al sesto mese di vita dei bambini. Infatti si è passati dal 32% nel 2002 al 53% nel 2012, mentre al sesto mese di vita si è passati dal 12% al 21%.

anna.mignuoli@regcal.it

062 - poster

La ricerca partecipata: l'esempio del DIANAWEB per il miglioramento della prognosi del tumore al seno attraverso internet.

Vincenza Gianfredi[1]; Milena Villarini[2]; Chiara Lanari[2]; Daniele Nucci[3]; Massimo Moretti[2]; Tiziana Marzulli[1]; Giuliana Gargano[4]; Alessandra Borgo[4]; Anna Villarini[4]

[1]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento Medicina Sperimentale , Università degli studi di Perugia; [2]Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (Unità di Sanità Pubblica), Università degli Studi di Perugia; [3]Dipartimento di Medicina Sperimentale, Centro Sperimentale per la Promozione della Salute, Università degli Studi di Perugia; [4]Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

Introduzione. Il carcinoma mammario (CM) in Italia è il tumore più frequente nelle donne (29% di tutti i tumori) che, pur mostrando un trend di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi in aumento, rimane la prima causa di morte per tumore tra le donne (tasso stimato di recidive a 5 anni dalla diagnosi: 11%). Tra i fattori di rischio (FR) modificabili coinvolti nello sviluppo e nella prognosi del CM, un ruolo importante sembra svolgerlo lo stile di vita. Il Progetto DianaWeb è uno spin-off del Progetto DIANA5, trial randomizzato multicentrico, finalizzato alla prevenzione delle recidive del CM attraverso uno stile di vita sano.

Obiettivo. L'obiettivo di DianaWeb è costruire una coorte di donne con CM per ottenere informazioni sul ruolo, in prevenzione terziaria, dell'alimentazione e dell'attività fisica, e per restituire, alle pazienti le conoscenze scientifiche più avanzate circa il miglioramento della prognosi.

Metodi. È stato allestito un sito (http://www.dianaweb.org/) con il quale si può aderire allo studio, compilare questionari sullo stile di vita, fornire dati anamnestici, antropometrici, clinici e altro. Sul sito sono inoltre disponibili informazioni scientifiche circa la problematica oncologica, consigli su nutrizione e attività fisica, avvisi delle attività alle quali le donne possono partecipare (corsi di cucina, conferenze, ecc.).

Risultati. Il progetto, iniziato a gennaio 2015 ha reclutato, ad oggi (30/06/2015), 663 pazienti. Tra queste 408 non hanno ancora inviato la documentazione richiesta, 52 non hanno ancora compilato i questionari e 203 (31%) sono attive nello studio. Le donne coinvolte hanno una età media di 50 ± 9 anni e presentano un buon livello culturale (44.3% diploma, 46.8% laurea). L'impiegata è la professione maggiormente svolta (46.3%). Il 91.1% dei soggetti non fuma e il 54.2% svolge attività fisica moderata (almeno 30 min/die). La totalità (99.5%) è però affetta da sindrome metabolica (MetS): il 70.4% presenta 4 FR e il 24.6% tutti e 5. I dati (SPSS for Windows, 18) mostrano che il 77.3% aderisce parzialmente alle raccomandazioni WCRF (World Cancer Reserch Found). In particolare emerge un frequente consumo di cereali integrali (27.1%) e derivati come: pane (22.17%), pasta (25.12%) e riso (24.63%). Inoltre l'83.74% e il 60.6% consumano rispettivamente almeno 2 porzioni a settimana di legumi e di pesce, come suggerito dall'ultima edizione della Piramide Alimentare Mediterranea. Si evidenzia poi, una correlazione positiva, non statisticamente significativa, tra aderenza al WCRF e grado di istruzione (Rho di Spearman= 0.08 p= 0.261).

Conclusioni. I dati presentati descrivono il baseline delle donne con CM attive nel progetto. Al momento si evidenzia una forte prevalenza di MetS ma anche una parziale adesione alle raccomandazioni del WCRF. Ciò lascia presupporre alti livelli di compliance alle raccomandazioni fornite e la possibilità, aumentando l'adesione alle stesse, di ridurre i FR (es. MetS) migliorando la prognosi.

vincenza.gianfredi@studenti.unipg.it

063 - poster

L'iniziativa BISON (Bloodstream Infections and Sepsis Outcomes measurement Network): overview sistematica degli outcome impiegati nelle revisioni sistematiche riguardanti i trattamenti per sepsi e/o batteriemia

Annalisa De Silvestri, Federica Manzoni, Cristina Capittini, Valeria Scotti, Luigia Scudeller.

Unità di Epidemiologia Clinica e Biostatistica, Direzione Scientifica, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, ITALY; Per conto del gruppo di lavoro sulla batteriemia e la sepsi (della Società Europea di Microbiologia Clinica e di Malattie Infettive (ESGBIS).

Introduzione I trial clinici che studiano la sepsi e la batteriemia (S/BSI) mostrano un'ampia varietà di endpoint.

Obiettivi Valutare il potenziale spreco/perdita di lavoro di ricerca dovuto ad una mancanza di accordo sulle misure di outcome impiegate negli studi clinici randomizzati sulla sepsi e la batteriemia

Metodi Overview di revisioni sistematiche da parte di un gruppo di lavoro multidisciplinare. La ricerca bibliografica è stata effettuata utilizzando le seguenti banche dati MEDLINE, Cochrane Library e del Database of Abstracts of Reviews of Effects. I criteri di inclusione sono stati: revisione sistematica per l'efficacia del trattamento di sepsi e/o batteriemia, in pazienti adulti, con pubblicazione posteriore al 2004. Da ogni revisione sistematica abbiamo estratto il numero di trial e dei pazienti arruolati e gli outcome indagati; per ogni outcome abbiamo indicato se fosse primario o secondario e il numero di studi e di pazienti. Il protocollo della overview sistematica è disponibile online (PROSPERO CRD42015016617)

Risultati Dei 426 record iniziali, sono stati selezionati 65 full text. Ad oggi, 12 report sono stati valutati e 3 inclusi, con 41 trial. Il numero mediano di pazienti per trial era 34 (range 9-1305), il numero medio di outcome era 2 (range 1-7, totale 100).

La mortalità era l'outcome primario in 37 trial e l'outcome secondario nei rimanenti 4. La mortalità è stata valutata in 14 modi diversi e il 14% dei pazienti non è stato metanalizzato. Il 51% degli outcome non è stato metanalizzato.

Conclusioni Anche a partire da un campione di report accuratamente selezionati (solo studi clinici randomizzati inclusi nella recisione sistematica), abbiamo rilevato un'ampia variabilità di outcome impiegati, anche per quanto riguarda un outcome "forte" come la mortalità: se tutti gli studi clinici randomizzati avessero utilizzato il medesimo outcome, il numero di report utili per la metanalisi sarebbe aumentato del 14 %. Sarebbe necessario un consensus per definire un insieme di outcome di base per lo studio e la valutazione di sepsi/batteriemia.

a.desilvestri@smatteo.pv.it

064 - orale

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 1998-2012: 10 anni di sorveglianza delle malattie cardiovascolari e dei fattori di rischio nella popolazione adulta italiana per livello socio-economico

Luigi Palmieri[1], Diego Vanuzzo[2], Chiara Donfrancesco[1], Cinzia Lo Noce[1], Lorenza Pilotto[2], Massimo Michele Gulizia[2] e Simona Giampaoli[1] a nome del gruppo di ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey

[1] Istituto Superiore di Sanità, Roma; [2] Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – Heart Care Foundation, Firenze

Introduzione: La sorveglianza ed il monitoraggio dell'andamento delle malattie cardiovascolari (MCV) e dei loro fattori di rischio nella popolazione adulta italiana sono fondamentali sia perché queste malattie sono ancora la principale causa di morte nel nostro paese, sia perché, insieme alle loro condizioni di rischio, sono largamente prevenibili. Gli aspetti socio-economici (SE) incidono pesantemente sulla prevalenza delle malattie cardiovascolari, degli stili di vita e delle principali condizioni a rischio.

Obiettivi: Valutare l'andamento delle MCV, stili di vita, fattori e condizioni a rischio nei livelli SE della popolazione adulta italiana nei 10 anni tra il 2002 ed il 2012.

Metodi: Sono stati esaminati due campioni indipendenti di popolazione adulta italiana di età 35-74 anni arruolata nelle 20 regioni in modo casuale nel periodo 1998-2002 (n=9.612) e nel periodo 2008-2012 (n=8.141). E' stato valutato l'andamento, a 10 anni di distanza, delle medie dei principali fattori di rischio continui, e della prevalenza degli stili di vita, delle condizioni ad alto rischio e delle MCV dividendo la popolazione in 2 livelli SE classificati utilizzando il livello d'istruzione come proxy: 'SE-Alto' (Scuola Superiore, Università) e 'SE-Basso' (Scuola Elementare, Media). I dati per i confronti sono stati standardizzati utilizzando la Popolazione Europea Standard.

Risultati: in 10 anni la prevalenza dell'abitudine al fumo diminuisce negli uomini (dal 32% al 23%) e nelle donne (dal 23% al 20%), così come il livello medio di pressione arteriosa sistolica (da 136 mmHg a 133 negli uomini e da 132 mmHg a 127 nelle donne). Aumenta la prevalenza di ipercolesterolemia che nel 2012 raggiunge il 35% negli uomini ed il 37% nelle donne, e di obesità che si attesta al 25% in entrambi i sessi. La prevalenza di infarto del miocardio rimane stabile (1,6% negli uomini; 0,5% nelle donne), quella di ictus diminuisce negli uomini (dall'1,2% allo 0,7%); la prevalenza di diabete non cambia nei 10 anni considerati (12% negli uomini; 8% nelle donne). Nella classe SE-Basso i fattori di rischio hanno avuto un andamento, ed hanno mantenuto una condizione, più sfavorevole rispetto al livello SE-Alto: ad esempio, la prevalenza di ipertensione diminuisce nella popolazione, ma nel SE-Alto è del 4% per gli uomini e dell'8% per le donne più bassa rispetto al SE-Basso (50% vs 54% negli uomini; 34% vs 42% nelle donne); gli uomini fumatori decrescono del 6% nel SE-Basso (28% nel 2012) e dell'8% nel SE-Alto (20%); le fumatrici calano dello 0,8% nel SE-Basso e del 4,1% nel SE-Alto attestandosi intorno al 21% nel 2012 in entrambi i livelli SE.

Conclusioni: Il carico delle MCV e dei loro fattori di rischio resta alto nella popolazione adulta italiana, ma in particolare in quella con livello SE meno elevato. Esso richiede continue azioni di prevenzione, sia a livello di comunità che a livello individuale, che siano sempre più mirate alle diverse condizioni SE della popolazione.

luigi.palmieri@iss.it

066 - poster

Open Data a servizio dell'Open Government: l'esempio dell'Atlante della mobilità sanitaria della popolazione residente nei comuni della ASL MILANO 1

Monica Sandrini[(1)], Maria Luisa Clementi[(2)], Giancarlo Fabbro[(2)] e Antonio Russo[(1)]

[(1)]Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati – ASL Milano 1; [(2)]Inferenze, Milano

INTRODUZIONE L'accesso semplificato a informazioni aggiornate traccia uno scenario di interazione tra la pubblica amministrazione, il cittadino, e tutte le forme di aggregazione di portatori di interesse, basato sulla fiducia e sulla compartecipazione alle scelte, che configura una nuova modalità decisionale: l'Open Government. Questo progetto recepisce i fondamenti della riforma del Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs. 82/2005 e modifiche successive), con cui il Legislatore ha inteso recepire espressamente la dottrina dell'Open Data, sollecitando le Amministrazioni ad aprire il proprio patrimonio informativo.

OBIETTIVI Presentare uno strumento che permetta l'accesso tramite web alle informazioni relative alla mobilità sanitaria della popolazione residente nei comuni della ASL Milano 1.

MATERIALI E METODI Lo strumento è sviluppato in linguaggio PHP, utilizza un motore MySQL e si basa su di una struttura di datawarehouse che normalizza, integra e rende disponibili le informazioni contenute nei flussi sanitari della ASL Milano 1. Lo strumento consente di interrogare più flussi integrati in funzione di criteri definiti a priori. I dati sono presentati in tabelle, georeferenziati su mappa dinamica.

RISULTATI Sono stati elaborati e immessi nel portale i dati relativi ai seguenti ambiti: Prestazioni di specialistica ambulatoriale, Ricoveri, Acquisto farmaci, Accessi al Pronto soccorso e ai Centripsicosociali. Per ogni argomento sono stati resi disponibili i dati degli anni 2013-2014 e primo semestre 2015. I dati sono aggregati per periodo, tipologia di prestazione specialistica ambulatoriale e centri psicosociali, per diagnosi/DRG di ricovero, per gruppo anatomico (ATC) dei farmaci e tipologia di triage per il pronto soccorso; è possibile arrivare a un dettaglio specifico per argomento. I dati possono essere liberamente scaricati in formati aperti e neutri rispetto agli strumenti necessari per la fruizione e possono essere riutilizzati da qualunque soggetto interessato.

CONCLUSIONI Avere dati disponibili di buona qualità il cui accesso sia semplice e la cui lettura sia agevolata, fa sì che l'evoluzione del concetto di trasparenza si concretizzi nella possibilità per la collettività di accedere liberamente all'informazione, premessa necessaria al controllo pubblico sull'operato della pubblica amministrazione, a favore di processi decisionali condivisi.

monica.sandrini@aslmi1.mi.it

067 - poster

Abitudini alimentari in donne con cancro mammario. Risultati del questionario EPIC

Daniele Nucci[1], Cristina Abati[2,3], Andrea Rocca[4], Vincenza Gianfredi[5], Manuela Chiavarini[1]

[1] Dipartimento di Medicina Sperimentale, sezione di Sanità Pubblica Università degli Studi di Perugia; [2]Facultat de Medicina, Universitat de Lleida; [3]Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (Unità di Sanità Pubblica), Università degli Studi di Perugia; [4]Dipartimento di Oncologia Medica, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS, Meldola (Forlì-Cesena); [5]Dipartimento Medicina Sperimentale, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Perugia

Introduzione. Le malattie non trasmissibili, come i tumori, sono tra i maggiori problemi di salute globale. L'American Institute for Cancer Research (AICR), stima al 30% i tumori direttamente riconducibili all'alimentazione. Nel 2007 il World Cancer Research Fund (WCRF) dopo una revisione degli studi scientifici su alimentazione e tumori, ha pubblicato raccomandazioni ritenute valide in prevenzione primaria e terziaria. In Italia, i LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione Italiana), stabiliscono i valori nutrizionali per una dieta quali-quantitativamente corretta.

Obiettivi: Valutazione delle abitudini alimentari in donne con carcinoma mammario (CM) in diversi stadi di malattia.

Metodi: Lo studio, osservazionale trasversale, eseguito mediante la somministrazione del questionario di frequenza alimentare (FFQ) -EPIC (European Prospective Into Cancer and Nutrition) ha reclutato 190 pazienti (pz) dell'IRCCS di Meldola affette da CM. Il software NAF (Nutrition Analysis of Food Frequency Questionnaire) è stato usato per elaborare i dati, mentre STATA/MP 10.1 for Windows, per il test di confronto tra i gruppi (G1, G2, G3).

Risultati: Il 31% delle pz reclutate ha aderito allo studio (G1: 19 pz in terapia adiuvante; G2: 20 pz con malattia avanzata; G3: 21 pz in follow-up). Il consumo medio, di diversi nutrienti e alimenti nelle pz considerate, discosta dalle raccomandazioni del WCRF e dei LARN. Nei 3 gruppi, il consumo di carni conservate e bevande zuccherate, non ammesso dal WCRF (raccomandazioni 3 e 5), risulta essere rispettivamente di 20,1 g e 23,2 g. Altra raccomandazione disattesa è quella riguardante il consumo di frutta e verdura (raccomandazione 4) che risulta essere per i tre gruppi di 366,4 g (vs i600 g del WCRF).Si registrano inoltre differenze significative nei tre gruppi per il consumo giornaliero di: pasta e cereali non integrali, (G1: 66,3g (±27,3); G2: 51.34g (±32,6); G3: 76.1g (±26,8); p-value 0,0250), cereali integrali (G1: 3,6 g (±5,8); G2: 2,8g (±5,05); G3: 0,0g (0,0); p-value 0,0023), pesce (G1: 28,9g (±15,4); G2: 30,9g (±23,23); G3: 17,23g (±20,5); p-value 0,0181), snacks (G1: 2,1g (±2,8); G2: 0,7g (±1,56); G3: 0,11g (±0,36);p-value 0,0014). L'intake giornaliero di macronutrienti, nei tre gruppi, si discosta dai LARN ma non si osservano differenze significative, che si registra invece per la Vitamina D (G1: 2,47µg (±1,04); G2: 2,47µg (±1,03); G3: 1.68µg (±0.83); p-value0.0187) il cui valore è altamente sotto i livelli raccomandati (15µg).

Conclusioni I dati descritti evidenziano una scarsa adesione da parte delle donne con CM, alle raccomandazioni del WCRF e dei LARN. È quindi necessario, al fine di ridurre i fattori di rischio e le recidive, attivare dei programmi di promozione della salute e prevenzione terziaria mirati al miglioramento delle abitudini alimentari non in linea con le raccomandazioni della comunità scientifica.

daniele.nucci@unipg.it

068 - orale

La promozione della salute attraverso i social media e le applicazioni per smartphone e tablet

Eugenio Santoro

Dipartimento di Epidemiologia, IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Introduzione Social media, social network, tablet, smartphone e le loro applicazioni stanno profondamente influenzando il modo di comunicare degli italiani, soprattutto tra i più giovani.

Obiettivi La comunicazione attraverso questi dispositivi, vista anche la loro costante diffusione, non poteva non avere ripercussioni nel mondo della salute dove esistono già diverse applicazioni e dove un numero sempre crescente di osservatori, medici e comunicatori suggerisce una loro definitiva integrazione in programmi per la promozione della salute e per il monitoraggio e la prevenzione delle malattie.

Risultati Iniziano a comparire i primi studi randomizzati che, sebbene ancora di piccole dimensioni, evidenziano come una community costruita su Facebook possa aumentare l'attività fisica di giovani pazienti sopravvissuti a una malattia oncologica, o come una community costruita su Twitter possa aiutare i pazienti a perdere peso grazie ai suggerimenti periodici di un dietologo e alla loro partecipazione/interazione.

Altri ancora dimostrano come le online communities rivolte al malato (attraverso le quali i pazienti possono condividere le proprie storie, esperienze, obiettivi raggiunti ed eventualmente i propri dati), aiutano a tenere maggiormente sotto controllo la glicemia in pazienti con diabete di tipo 2, ad aumentare il tasso di vaccinazioni anti-influenzali e a incrementare l'attività fisica.

Tra le oltre 100.000 applicazioni mediche presenti sui vari App Stores sono disponibili applicazioni che permettono di tenere sotto controllo il peso modificando gli stili di vita attraverso programmi dietetici e sessioni di esercizio fisico, e applicazioni che, attraverso l'impiego di appositi sensori collegati allo smartphone o al tablet, permettono di tenere sotto controllo i parametri vitali dei pazienti.

Anche in questo caso iniziano a comparire le prime prove di efficacia. Studi randomizzati hanno infatti dimostrato come l'uso di applicazioni per smartphone e tablet aumenta in modo significativo il controllo glicemico nei pazienti affetti da diabete di tipo 1, mentre altri dimostrano come tali strumenti riescano ad aumentare l'adesione a programmi di riabilitazione cardiaca da parte di pazienti sottoposti a un intervento di cardiochirurgia.

Altri studi dimostrano poi che tali strumenti possono dare un prezioso supporto alla lotta al fumo, alle droghe, all'abuso di alcol e nella prevenzione delle principali malattie ad elevato impatto sociale, tra cui quelle cardiovascolari.

Conclusioni I tempi sono maturi anche in Italia per iniziare a fare ricerca in questo ambito e a pensare ai social media e alle applicazioni per smartphone (ma anche alle cosiddette "tecnologie indossabili") come strumenti per la promozione della salute da inserire (se efficaci) in appositi piani di prevenzione delle malattie.

eugenio.santoro@marionegri.it

069 - poster

Valutazione della campagna di offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-HPV nel distretto 1 della ASLdi Rieti a 6 anni dalla sua introduzione.

Margherita Sbarbati, Stefano Marci, Roberto Dionisi, Pasqualina Scacciafratte, Maria Giuseppina Troiano, Ada Patacchiola, Cinzia Nulli, Elena Battisti, Attilio Mozzetti

U.O. Consultorio Pediatrico- Vaccinazioni dell'infanzia - ASL di Rieti

Introduzione Il vaccino anti-papillomavirus (HPV) protegge le donne da forme invasive e pre-invasive del carcinoma della cervice uterina da virus HPV 16 e 18 ed è disponibile in Italia dal 2007. Nel Lazio, il vaccino tetravalente (Gardasil) è somministrato gratuitamente alle ragazze dodicenni fino al compimento del 18° anno e con pagamento agevolato per le maggiorenni fino all'età massima consentita in scheda tecnica. Dal 2014 inoltre è stata approvata una schedula a 2 dosi anziché 3 per le ragazze da 9-13 anni, che dovrebbe rendere il programma vaccinale di più facile attuazione. Non si sono però raggiunti ancora, a livello nazionale e regionale i livelli di copertura vaccinale (CV) prefissati dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccini 2012-2014. La corretta informazione della popolazione, il potenziamento dell'organizzazione delle strutture vaccinali e la realizzazione di una offerta integrata di vaccinazione per l'adolescente che includa le vaccinazioni previste per quella fascia di età, sembrano migliorare l'adesione alla vaccinazione. Nel Distretto 1 della ASL di Rieti è stata avviata una campagna rivolta alla popolazione femminile target, mettendo in atto, fin dal 2008, le suddette strategie.

Obiettivi. Il lavoro valuta l'aderenza alla vaccinazione anti-HPV delle ragazze tra 11 e 18 anni, nei 6 anni successivi alla sua introduzione (2008-2014).

Metodi: le nate dal 1996 al 2003 sono state chiamate per la vaccinazione al compimento degli undici anni, con lettera d'invito ed opuscolo informativo sulle altre vaccinazioni previste in questa fascia d'età (difterite-tetano-pertosse, meningococco, morbillo-parotite-rosolia e varicella). Sono stati inoltre implementati programmi di informazione nelle scuole ed ai genitori in occasione di appuntamenti per altre vaccinazioni. La CV è stata calcolata come numero di dosi somministrate fino al 31/12/2014 alla popolazione femminile delle suddette coorti di nascita residente ISTAT all'1/1/2014.

Risultati: sono state invitate 2563 ragazze, di cui 1961 (73,3%) hanno effettuato la 1a dose e 1819 (71%) la 2a. Le CV più alte si hanno per la coorte di nascita 1998: 88,3% per la 1° dose, 86,8% per la 3° e CV superiori all'80% per le tre dosi per le ragazze nate nel 1997. Per le coorti del 2000 e 2001 si osserva un lieve calo delle CV che rimangono superiori all'80% per la 1° dose, ma scendono rispettivamente al 78 e 76,3% per la 2°. Restano al di sotto del 70% le CV per le coorti 2002 e 2003. Si è osservato che le CV per singola coorte continuano ad aumentare nei 3-4 anni successivi alla 1° chiamata. Non sono mai stati riportati eventi avversi gravi, ma dolore lieve- moderato nella sede di inoculazione nel 60% delle vaccinate e febbre nel 5% dei casi.

Conclusioni: le strategie attuate nel distretto 1 sembrano influire positivamente sul raggiungimento di CV soddisfacenti e più elevate rispetto alle CV regionali e nazionali, anche se si osserva una certa lentezza nella popolazione ad accettare l'offerta vaccinale.

m.infantile@asl.rieti.it

070 - poster

I Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) nelle ASL del nord Italia: indagine conoscitiva sulla cultura degli operatori rispetto alla sicurezza del paziente/utente

Autori: Carmen Tereanu*, Giuseppe Sampietro*, Lucia Antonioli*, Bruno Pesenti*, Luca Sala**, Dania Brioschi**, Michela Viscardi***, Roberto Cecchetti***, Chiara Prati****, Massimo Arvati****, Giorgio Barbaglio*.

*ASL Bergamo,**ASL Biella, ***ASL Monza e Brianza, ****ASL di Mantova

Introduzione. Il progetto internazionale IRIDE promosso dall'ASL di Bergamo porta l'attenzione sui fattori controllabili del rischio per i pazienti/utenti (cultura organizzativa, procedure, competenze e abilità professionali, dotazioni strutturali e tecnologiche, sistemi di qualità, ecc) nelle ASL del nord Italia.

Obiettivi: Esplorare la cultura degli operatori dei SIAN rispetto alla sicurezza degli utenti e confrontarla con altri servizi del Dipartimento di Prevenzione Medico (DPM).

Metodi. Tutti gli operatori di 4 DPM del nord Italia hanno ricevuto via web la versione italiana del Hospital Survey on Patient Safety Culture, sviluppato dalla AHRQ-USA. Lo strumento originale comprende 42 items raggruppati in 12 "dimensioni" della cultura. Le risposte sono basate su una scala Likert di 5 punti. Per ciascuna "dimensione", la percentuale delle risposte positive indica: a) >75%: forte sviluppo della stessa; b)50% -75%: area di miglioramento; c) < 50%: risultato scarso. Uno studio preliminare sui nostri dati ha dimostrato che le proprietà psicometriche dello strumento sono accettabili per 10 "dimensioni" (33 items). Una volta validato lo strumento, sono state eseguite delle statistiche descrittive delle risposte per tipologia di servizio e l'insieme dei DPM.

Risultati: Hanno risposto 479 operatori (tasso di risposta: 70%). Il 35% erano del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), il 27% del Servizio di Prevenzione e Salute negli Ambienti di Lavoro (PSAL), il 15% del SIAN e il resto di altre aree/servizi. In linea con il SISP, lo PSAL e l'insieme dei DPM, il SIAN ha mostrato 4 "dimensioni" (su 10 valutate) discretamente sviluppate: "l'apertura alla comunicazione" (63,5%), "la capacità di lavoro di squadra all'interno delle unità operative" (52,1%), "la frequenza di segnalazione degli errori" (51,7%) e "le aspettative da parte del responsabile e azioni per la promozione della sicurezza dei pazienti/utenti" (50,5%). Tutte le altre dimensioni sono apparse scarse, con score variabili tra il 27,8% per "capacità di lavoro di squadra tra le unità operative" e il 42,2% per "apprendimento organizzativo e miglioramento continuo". Al lato opposto, hanno mostrato diverse "dimensioni" della cultura della sicurezza fortemente sviluppate la Direzione e il suo staff (4 "dimensioni") e il Laboratorio di Sanità Pubblica (3 "dimensioni").

Conclusioni. Questo tipo di indagine, realizzato per la prima volta nel settore della Prevenzione italiano, ha evidenziato la necessità di aumentare la sensibilizzazione degli operatori del SIAN rispetto alla sicurezza dell'utente. La cultura della sicurezza necessita di maggior potenziamento per "l'apprendimento organizzativo e il miglioramento continuo", "il supporto della Direzione nella sicurezza dei pazienti/utenti", "il feedback e la comunicazione riguardo all'errore", "la capacità di lavoro di squadra tra le unità operative", "i passaggi di consegne e transizioni" e "la messa in atto di risposte all'errore non punitive".

ctereanu@asl.bergamo.it

071 - orale

Interventi di popolazione per contrastare l'epidemia da prodotti insalubri

Giuseppe Gorini

SS Epidemiologia ambientale occupazionale - Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

Introduzione I prodotti insalubri (cibi conservati ad alto contenuto di sale, grassi o zuccheri, bevande gassate, alcol e tabacco) sono tra i fattori di rischio più importanti per le malattie croniche. Molti interventi di prevenzione delle malattie croniche si concentrano sul cambiamento degli stili di vita a livello individuale, senza affrontare la problematica con un approccio di popolazione, normativo, com'è quello utilizzato in altri ambiti di sanità pubblica, come quello delle vaccinazioni o delle acque potabili.

Obiettivi Presentare interventi di popolazione per contrastare l'epidemia da prodotti insalubri: normative che entrano nel merito del profitto e degli obiettivi dell'impresa e regolamentazioni classiche di tipo comando-controllo.

Metodi Review di Letteratura su strategie di policy per contrastare l'epidemia da prodotti insalubri.

Risultati Sono state selezionate 3 strategie:

- 1A. Regolamentazione basata sul raggiungimento di obiettivi prefissati: è possibile tentare di allineare gli obiettivi di profitto delle industrie con quelli di sanità pubblica, obbligando le industrie, con una normativa specifica, ad assumersi la responsabilità di ridurre le conseguenze dannose dei loro prodotti, facendo in modo che siano le stesse industrie a scegliere il modo migliore per realizzare tutto ciò tramite modifiche nei prodotti venduti o interventi di prevenzione e trattamento nella popolazione che compra i prodotti dell'azienda. Questa è la strategia usata nell'ambito della Convenzione Quadro per il cambiamento climatico delle Nazioni Unite.
- 1B. "Health Footprint": sviluppare un sistema di etichettatura dei prodotti insalubri ispirato al sistema del "carbon footprint", indicatore che misura l'impatto sul clima globale dei gas serra generati da un'organizzazione o un prodotto. L'etichetta "health footprint" esprimerebbe il carico di malattia associato ad uno specifico prodotto insalubre, con possibilità per l'industria di impegnarsi a ridurre tale impatto e con successivo cambiamento in positivo dell'etichetta.
- 2. Regolamentazione dei ricavi: è utilizzata in Europa come mezzo di protezione sociale dal monopolio delle utenze (luce, gas), situazione molto simile a quella del mercato dei prodotti insalubri. Per quanto riguarda il tabacco, permetterebbe un aumento delle entrate dello stato di circa €500 milioni l'anno in Italia senza aumentare il prezzo al dettaglio.
- 3. Regolamentazioni comando-controllo: regolamentazione del contenuto di sale negli alimenti in Sud Africa e Convenzione Quadro per il controllo del tabagismo dell'OMS.

Conclusioni L'approccio di popolazione, sia con leggi che limitano le attività delle industrie di prodotti insalubri, sia con regolamentazioni che entrano nel merito degli obiettivi delle multinazionali, deve essere ancora sviluppato nelle sue potenzialità, soprattutto in questo momento di crisi economica, dove strategie di tipo individuale o interventi su popolazioni a rischio sono troppo costose.

g.gorini@ispo.toscana.it

072 - poster

Modalità di allattamento in un campione di figli di donne immigrate residenti nel "Municipio delle Torri" di Roma

Sofia Colaceci[1], Emanuela Scardino[1], Serena Laurenti[1 2], Lucia Ercoli[1 2], Rosaria Alvaro[1], Ersilia Buonomo[1]

[1]Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; [2]Istituto di Medicina Solidale Onlus – Roma

INTRODUZIONE La promozione dell'allattamento al seno è un rilevante obiettivo di salute pubblica, considerati gli innumerevoli vantaggi per madri e bambini. In Italia l'allattamento al seno è al di sotto dei livelli raccomandati da OMS/UNICEF e questo trend sembra includere anche le donne immigrate come riportato dalla studio di Zuppa et al. nel 2010 (allattamento prevalente alla dimissione: 54.8% immigrate vs. 46.3% italiane; p<0.001).

OBIETTIVO Valutare le modalità di allattamento e svezzamento in un campione di figli di donne immigrate.

METODI Tra novembre 2014 e marzo 2015, presso il Servizio di Medicina Solidale del Policlinico Universitario Tor Vergata, sono state arruolate donne che avevano partorito da almeno 6 mesi tra il 2010 e il 2014. I dati, rilevati attraverso la consultazione delle cartelle cliniche e la somministrazione di un questionario validato, sono stati sottoposti ad analisi descrittiva e bivariata mediante l'utilizzo di software statistico SPSS v.20.0.

RISULTATI Il campione è composto da 50 donne immigrate, principalmente rumene (36) e nigeriane (9) con età media di 27 anni. Il 72% è disoccupato. Il primo accesso al servizio ambulatoriale è avvenuto in media alla 19° settimana di gestazione. L'86% ha espletato il parto per via vaginale e il 46% ha avuto un contatto immediato pelle a pelle con il neonato. Per quanto riguarda l'allattamento: il 32% (16) delle donne ha allattato esclusivamente al seno per un periodo inferiore a 4 mesi e il 38% (19) per 6 mesi. Soltanto 3 donne hanno prolungato l'allattamento esclusivo dopo 6 mesi. Importante notare è che il 24% (12) dichiara di aver allattato esclusivamente per meno di un mese oppure solo con formula sin dalla nascita. Per quel che riguarda l'allattamento misto, il 26% dichiara di utilizzare la formula come complemento al latte materno. Di conseguenza più del 50% delle donne (29) fa ricorso alla formula, motivando per lo più la scelta con la soggettiva percezione di "insufficienza di latte".

La scelta del tipo di formula è stata orientata prevalentemente dal consiglio medico (8) e dalla maggiore disponibilità dello stesso nei punti vendita a basso costo (4). Tre donne hanno dichiarato di aver cambiato marca di latte in favore di una più economica. Il costo medio mensile della formula è stato di 55 euro. Il 22% (11) non ha avuto alcun tipo di sostegno durante l'allattamento, mentre il 68% (34) è stato supportato dall'ostetrica o altri professionisti. Il mancato sostegno si associa ad un aumento significativo del rischio di ricorso al latte in formula (OR 6.4; IC95% 1.2-34 p<0,05).

CONCLUSIONI Il tardivo accesso all'assistenza ostetrica e l'elevato ricorso alla formula evidenziano la duplice necessità di puntare sull'offerta attiva del servizio e di implementare le attività di counselling e di educazione sanitaria nel percorso nascita, al fine di migliorare la crescita dei bambini immigrati e meglio integrare le nuove europee nel nostro sistema sanitario.

sofia_sofia_c@hotmail.it

073 - orale

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA E DIFFERENZIALI SOCIO-ECONOMICI IN ITALIA SECONDO I DATI DELLA SORVEGLIANZA PASSI

Giuliano Carrozzi[1], Letizia Sampaolo[2], Francesco Venturelli[3], Lara Bolognesi[1], Nicoletta Bertozzi[4], Laura Sardonini[4], Gianluigi Ferrante[5], Elisa Quarchioni[5], Maria Masocco[5], Stefania Salmaso[5]

[1]Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; [2]Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia e Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; [3]Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica, Università di Modena e Reggio Emilia; [4]Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Romagna, Cesena; [5]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Il consumo adeguato di frutta e verdura svolge un ruolo protettivo per la prevenzione delle patologie cardiovascolari e dei tumori. La sorveglianza PASSI indaga il consumo quotidiano di frutta e verdura come proxi di una corretta alimentazione. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-18 pone tra gli obiettivi di salute conseguire un incremento del 10% nel consumo di almeno 3 porzioni quotidiane rispetto al valore del 2013 (46.7%).

Obiettivo. Studiare l'associazione tra il consumo di frutta e verdura e le principali variabili socio-demografiche e analizzarne l'andamento temporale.

Metodi. Sono state analizzate 152.215 interviste telefoniche a persone con 18-69 anni raccolte in Italia dalla sorveglianza PASSI nel periodo 2011-14 (tasso di risposta 84%). La relazione tra il consumo di frutta e verdura e i principali fattori socio-economici è stata indagata attraverso stratificazioni e modelli di regressione logistica e l'evoluzione temporale mediante l'analisi delle serie storiche.

Risultati. A livello nazionale quasi tutte le persone intervistate (97%) mangiano quotidianamente frutta o verdura: il 49% ne consuma 1-2 porzioni, il 38% 3-4 e il 10% le 5 o più raccomandate. La percentuale di chi consuma almeno 3 porzioni quotidiane di frutta e verdura (48%), indicatore proposto dal PNP, cresce con l'età (dal 37%, IC95% 35.4-37.3, tra i 18-24enni al 56%, IC95% 55.9-56.9, tra i 50-69enni) ed è più alta tra le donne (54%, IC95% 53.3-54.2, rispetto al 42%, IC95% 41.1-42.1, degli uomini), tra chi ha un livello socio-economico alto (51%, IC95% 50.7-51.9, rispetto al 45%, IC95% 44.1-45.4, di chi ha un livello basso) e nelle regioni del Nord (53%, IC95% 52.1-53.0, rispetto al 42%, IC95% 40.9-42.2, di quelle del Sud). I risultati sono confermati dall'analisi logistica che individua consumi maggiori e statisticamente significativi nei 50-69enni (OR=2.38, IC95% 2.26-2.50), nelle donne (OR=1.65, IC95% 1.61-1.70), tra chi ha un alto livello socio-economico (OR=1.45 IC95% 1.40-1.50), tra gli italiani (OR=1.10, IC95% 1.03-1.16) e in chi vive al Nord (OR=1.47, IC95% 1.43-1.52). Nel periodo 2008-14 la prevalenza del consumo di 3 o più porzioni mostra una riduzione significativa tra i 35-49enni (p=0.036) e i 50-69enni (p=0.001) e tra chi ha un basso livello socio-economico (p<0.001). Osservando l'andamento delle singole porzioni appare una riduzione significativa per le zero porzioni (p=0.010) e per le 5 o più (p=0.006) e un aumento per le 1-2 porzioni (p=0.012); anche nelle regioni settentrionali e centrali si registra la riduzione per le 5 o più e nelle prime si evidenzia un aumento significativo per le 3-4.

Conclusioni. I dati mostrano come il consumo di frutta e verdura sia fortemente influenzato da variabili socio-economiche. Le informazioni ricavate dovrebbero essere tenute in considerazione dai gruppi di lavoro dei Piani Regionali della Prevenzione anche in un'ottica di equità e contrasto alle disuguaglianze di salute.

g.carrozzi@ausl.mo.it

074 - poster

Sorveglianza sindromica: l'esperienza durante EXPO 2015

Anan Judina Bastiampillai[1], Eugenia Maria Gabrielli, Alessandra Piatti[2], Danilo Cereda[2], Maria Gramegna[2], Carlo Di Pietrantonj[3]

[1]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano; [2]Direzione Generale Salute Regione Lombardia; [3]Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive – SeREMI ASL Alessandria

INTRODUZIONE In caso di mass gathering la letteratura suggerisce l'utilizzo della sorveglianza sindromica. È stata sperimentata nel 2006 in Piemonte in concomitanza delle olimpiadi invernali, nel 2011 sulla popolazione immigrata, in seguito all'aumentato flusso migratorio ed ora è presente a livello nazionale. La Lombardia aderisce alla sorveglianza nazionale con il PS di 1 ospedale di Milano. In occasione di EXPO 2015 (mass gathering di lunga durata, 20 milioni di visitatori attesi da 147 Paesi) la sorveglianza sindromica sul territorio lombardo è stata ampliata. L'obiettivo è identificare precocemente minacce alla salute pubblica integrandosi con le informazioni e i segnali generati da altre sorveglianze.

OBIETTIVI Descrivere il modello di sorveglianza sindromica implementata per EXPO e presentare i risultati preliminari.

METODI Il sistema di sorveglianza sindromica implementato si basa sulla trasmissione bisettimanale degli accessi in 12 PS della Lombardia relativi a 13 sindromi di interesse: sindrome respiratoria con febbre; diarrea con presenza di sangue senza altri segni di sanguinamento; sindrome gastroenterica senza sangue nelle feci; febbre con rash; linfoadenite con febbre; sindrome neurologica acuta; sindrome itterica acuta; sindrome neurologica periferica (similbotulinica); lesione acuta localizzata; sindrome emorragica acuta; sepsi o shock non spiegati; stato comatoso; morte inspiegata.

Il metodo prevede di confrontare il numero giornaliero di accessi in PS per sindrome con il numero di casi atteso (ottenuto come media dei casi nei 7 giorni precedenti). E' calcolata la distanza, in termini probabilistici, tra casi osservati e attesi, utilizzando tre soglie di allerta per indicare la presenza di un eccesso di casi nella specifica giornata. Il segnale di allerta è identificato quando si osserva un eccesso di casi per più di due giornate consecutive, ovvero quando si registra il superamento di una delle soglie di allerta per più di due giorni consecutivi.

RISULTATI Dal 1 Maggio al 30 Giugno 2015 i soggetti che si sono rivolti ad uno dei 12 PS sono 146391: il 6,6% ha presentato una sindrome respiratoria con febbre; 1,7% ha presentato una sindrome gastroenterica senza sangue; 1,3% ha presentato una sindrome gastroenterica con sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi e il 2,5% ha presentato febbre con rash in linea con i dati nazionali. Non sono mai state superate le soglie di allerta per più di due giorni consecutivi e non sono stati riscontrati scostamenti significativi del numero di accessi rispetto il numero di casi attesi.

CONCLUSIONI La sorveglianza sindromica assicura un monitoraggio adeguato all'evento di massa rappresentato da EXPO: garantisce il monitoraggio delle sindromi oggetto di osservazione integrandosi con i sistemi di sorveglianza già esistenti e la diffusione dei dati alle ASL del territorio. Nei primi due mesi di valutazione non ha evidenziato eventi di rischio per la salute pubblica.

anan.bastiampillai@unimi.it

075 - poster

Valutazione della concordanza tra la diagnosi di malformazione presente sulla scheda di dimissione ospedaliera rispetto alla revisione manuale su cartella

Luigi Fonte[1], Rosalba Distefano[1], Midiala Pinon[2] e Antonio Giampiero Russo[1]

[1]Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati – ASL Milano 1; [2]Dipartimento PAC – ASL Milano 2

INTRODUZIONE: Il registro delle malformazioni congenite rappresenta uno degli strumenti fondamentali per la verifica e il monitoraggio dello stato di salute di una popolazione. La sua implementazione risulta particolarmente onerosa in quanto per il reperimento delle informazioni relative alla malformazione, è necessario verificare manualmente la documentazione sanitaria al fine di confermare la diagnosi. La verifica manuale da parte di operatori sanitari specializzati risulta quindi onerosa .

OBIETTIVI: Validare un algoritmo per la selezione delle malformazioni congenite finalizzato alla riduzione delle cartelle cliniche da visionare stimando la precisione della codifica delle SDO,.

METODI: Le cartelle cliniche relative ad assistiti dell'ASL Milano 1 nati tra il 2010 ed il 2011 afferenti a tutti gli ospedali della Lombardia sono state estratte mediante algoritmo basato sulle regole di classificazione del Centro Europeo per la sorveglianza delle malformazioni congenite (EUROCAT). La codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) è stata verificata manualmente da operatori sanitari specializzati. I risultati della codifica manuale delle malformazioni sono stati confrontati con quelli derivabili dall'analisi delle codifiche delle SDO al fine di ottenere informazioni sulla concordanza stratificata per tipologia di malformazione.

RISULTATI: Sono state analizzate le cartelle cliniche di 659 bambini contenenti almeno un codice di malformazione congenita nella SDO. La codifica manuale delle malformazioni è stata eseguita utilizzando l'ICD10 e quindi transcodificando da ICD9. Il confronto della concordanza è stato effettuato stratificando nelle 11 categorie di malformazioni congenite per distretto anatomico. Utilizzando la codifica a 5 digit solamente 2 categorie (malformazioni congenite del sistema respiratorio e del sistema digestivo) raggiungono una concordanza superiore al 90%, mentre con 4 digit superano il 90% anche le malformazioni congenite del sistema nervoso e quelle degli organi genitali. Invece, utilizzando i primi 3 digit sono 8 le categorie con una concordanza superiore al 90%, mentre solamente 3 categorie (malformazioni congenite dell'occhio, orecchio, faccia e collo, malformazioni e deformità congenite del sistema muscoloscheletrico, e "altre malformazioni congenite") non raggiungono tale valore.

CONCLUSIONI: In base ai risultati ottenuti vi è la possibilità di identificare e codificare automaticamente sulla base della diagnosi contenuta nelle SDO 8 categorie di malformazioni su 11, sacrificando la specificità della diagnosi attribuita ma ottenendo un notevole risparmio di risorse con il fine di avere un sistema rapido per la valutazione dello stato di salute della popolazione. Per alcune categorie di malformazioni rilevabili dalle SDO – che rappresentano circa il 20% nella nostra casistica – è necessario, invece, procedere ad una revisione sistematica.

luigi.fonte@aslmi1.mi.it

076 - orale

Utilizzo delle scheda di dimissione ospedaliera per l'identificazione delle infezioni post- operatorie

Luigi Fonte, Maria Quattrocchi e Antonio Giampiero Russo

Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati – ASL Milano 1

INTRODUZIONE: tra le infezioni correlate all'assistenza quelle legate ad un intervento chirurgico rivestono un ruolo importante in termini di morbilità e di assorbimento di risorse. La corretta identificazione di queste infezioni può essere rilevante sia per intraprendere percorsi di miglioramento del rischio clinico, sia per valutare le performance ospedaliere.

OBIETTIVI: verificare l'attendibilità della codifica riportata in Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) per l'individuazione delle infezioni correlate ad interventi chirurgici.

METODI: sono stati identificati gli interventi chirurgici ortopedici per frattura del femore e gli interventi di chirurgia addominale maggiore relativi agli erogatori della ASL Milano 1 nel corso del 2013. Per un campione di interventi è stata estratta la documentazione sanitaria di rilievo. In particolare è stata revisionata la cartella clinica del ricovero relativo all'intervento e quelli del mese successivo all'intervento. Inoltre sono state prese in considerazione le prescrizioni di antibiotici e le prestazioni ambulatoriali nel mese successivo all'intervento. Si è quindi verificata la concordanza tra la codifica presente in SDO e la rilevazione da documentazione sanitaria da parte di un operatore esperto utilizzando il Kappa di Cohen.

RISULTATI: complessivamente gli interventi nel corso del 2013 sono stati 1537. E' stato estratto un campione casuale di 679 interventi (572 femore, 107 addome). Considerando la codifica di infezione post- operatoria presente tra i codici di diagnosi dell'ricovero indice dell'interevento, o dei successivi, la concordanza rispetto alla revisione della documentazione sanitaria appare complessivamente appena discreta (K=0,6), buona per i gli interventi addominali (K=0,8) e scarsa per quelli al femore (K=0,3). La sensibilità complessiva della rilevazione di una infezione così considerata è del 53%, mentre la specificità è del 99%. Ampliando la lista di codici diagnosi presenti in SDO anche a codifiche non specifiche di infezione esclusivamente post-operatoria si riesce ad ottenere un modesto aumento della sensibilità al 63%, ottenendo però una riduzione della specificità al 92%, e complessivamente una netta riduzione della concordanza (K complessivo=0,3; K addome=0,6; K femore=0,1).

CONCLUSIONI: l'analisi identifica la presenza di numerose criticità nell'utilizzo della codifica delle diagnosi presenti in SDO, con una grossa variabilità dei risultati per gli interventi selezionati. Si ritiene interessante ampliare il campione e le tipologie di interventi selezionati al fine di verificare per quali categorie di interventi possano essere eventualmente utilizzate le codifiche in SDO per l'identificazione delle infezioni post-operatorie. Attività di verifica delle infezioni ospedaliere devono essere sviluppate per implementare azioni di audit presso le Aziende Ospedaliere finalizzate anche al miglioramento della codifica delle SDO nell'ambito specifico delle infezioni post-operatorie.

luigi.fonte@aslmi1.mi.it

077 - orale

DEFINIZIONE DI UN SET DI INDICATORI DEL PROCESSO DI DIAGNOSI E CURA DEL TUMORE POLMONARE TRAMITE METODO DELPHI-MODIFICATO E PRESENTAZIONE DEGLI INDICATORI CALCOLATI SULLA POPOLAZIONE DI DUE ASL DELLA PROVINCIA DI MILANO

Anita Andreano[1] e Antonio Giampiero Russo[2]

[1]Centro di Biostatistica per l'Epidemiologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Milano Bicocca; [2]Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati – ASL Milano 1

INTRODUZIONE Misurare l'aderenza dei percorsi diagnostico-terapeutici alle linee guida è fondamentale per intraprendere azioni mirate per governare l'appropriatezza e comprenderne le ragioni della mancata aderenza.

OBIETTIVI Presentare un set di indicatori che esplorino il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con tumore polmonare.

METODI Mediante metodo Delphi modificato, è stato sviluppato un set di indicatori per misurare l'aderenza del percorso diagnosticoterapeutico del tumore polmonare alle linee guida. Gli indicatori selezionati sono stati calcolati sui casi incidenti rilevati dal registro tumori della Provincia di Milano (circa 1,6 milioni di ab.) nel periodo 2007-2012, mediante i dati contenuti nel registro tumori e i flussi sanitari (schede di dimissione, flussi delle prestazioni ambulatoriali, farmaceutica territoriale e File F). Gli indicatori sono stati stratificati per: classe di età, indice di Charlson e stadio. La variabilità degli indicatori è stata analizzata a livello di distretto.

RISULTATI sono stati identificati 5.420 casi di tumore polmonare incidente di cui l'8.4% a piccole cellule. L'età media della corte è di 70 anni, il 74% dei pazienti sono maschi ed il 40% ha un indice di Charlson ≥1. La sopravvivenza a 5 anni è del 14%. Gli indicatori relativi alla tempestività della diagnosi/organizzazione mostrano che il 30% dei pazienti aveva metastasi alla diagnosi. L'83% dei pazienti ha avuto un intervallo tra il tempo di primo contatto e la prima terapia ≤ 60 giorni (56% ≤ 30gg), mentre il 65% dei pazienti operati ha avuto un intervallo tra la prima TC o PET e l'intervento ≤ 60 giorni (39% ≤ 30gg). Per la fase diagnostica/stadiazione, si evidenzia che solo il 69% dei pazienti non deceduti entro 3 mesi è stato sottoposto a TC del torace alla diagnosi; 74% a TC o PET. Complessivamente, il 57% dei pazienti è stato sottoposto a conferma istologica. Riguardo alla terapia, il 41% dei pazienti non ha ricevuto alcun trattamento oncologico, mentre il 19% ha ricevuto come primo trattamento la chirurgia, il 31% la chemioterapia, il 9% la radioterapia. L'87% dei tumori non a piccole cellule in stadio IIIIa, ed il 67% di quelli a piccole cellule in stadio I, è stato sottoposto ad intervento chirurgico curativo. Il 34% dei pazienti in stadio I-II ha ricevuto chemioterapia adiuvante. Il 44% dei pazienti in stadio IV ha effettuato almeno un trattamento chemioterapico. Il 10% dei pazienti è stato sottoposto a trattamento medico antitumorale nel mese precedente il decesso. Per numerosi indicatori è presente una eterogeneità territoriale tra i diversi distretti.

CONCLUSIONI misurare l'aderenza alle linee guida, mediante sistemi di indicatori basati sui dati di un Registro Tumori, è il primo fondamentale passo per programmare interventi che migliorino la qualità delle cure effettivamente erogate, aumentandone contemporaneamente l'appropriatezza, e diminuiscano le disuguaglianze di accesso al trattamento.

anita.andreano@unimib.it

079 - orale

Le abitudini alimentari dei bambini di 8-9 anni in Italia e il contesto familiare: i dati del sistema di sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE 2014

Paola Nardone[1], Marta Buoncristiano[1], Enrica Pizzi[1], Laura Lauria[1], Daniela Galeone[2], Angela Spinelli[1], Gruppo OKkio alla SALUTE 2014[3]

[1]Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; [2]Ministero della salute, Segretariato generale, Roma; [3]http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/

INTRODUZIONE Investire nella promozione dei corretti stili alimentari, in particolare nell'età evolutiva, è una strategia preventiva fondamentale per migliorare l'attuale e il futuro stato di salute della popolazione; l'alimentazione scorretta, infatti, oltre ad essere responsabile di numerosi disagi fisici e psicologici in adulti, bambini e adolescenti, se concomitante all'inattività fisica può favorire lo sviluppo di patologie cronico-degenerative. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, dal 2007 promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, permette di raccogliere informazioni sugli stili alimentari e sul contesto familiare dei bambini di 8-9 anni.

OBIETTIVO Delineare il profilo alimentare dei bambini della scuola primaria alla luce delle informazioni raccolte e indagare la percezione dei genitori riguardo la quantità di cibo assunta dai propri figli.

METODI Indagini epidemiologiche a cadenza biennale su campioni rappresentativi della popolazione a livello nazionale, regionale e in alcuni casi aziendale. Il metodo di campionamento è "a grappolo" e le unità primarie di campionamento sono le classi terze delle scuole primarie la cui lista è fornita dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Le informazioni sono raccolte mediante questionari diretti ai bambini, genitori, insegnanti e dirigenti scolastici e le misure antropometriche sono rilevate da operatori sanitari appositamente formati e con procedure standardizzate.

RISULTATI La raccolta dati 2014 (la quarta) ha coinvolto 48.426 bambini, 50.638 genitori e 2.672 classi terze, con un tasso di rifiuto del 3,3%. Il 31,3% (IC95% 30,8-31,9) dei bambini fa una colazione non adeguata, l'8,0% (IC95% 7,7-8,4) non consuma la prima colazione e il 51,7% (IC95% 49,5-54,0) assume alimenti ad elevato contenuto calorico per la merenda di metà mattino. L'abitudine dei bambini a non consumare la prima colazione risulta più marcata nelle regioni meridionali (Sud: 13%; Centro: 7%; Nord: 5%) e nelle famiglie in cui i genitori hanno un basso titolo di studio. Anche l'assunzione di una merenda abbondante è maggiormente frequente al Sud. Il 25,4% (IC95% 24,8-25,9) consuma frutta e/o verdura meno di una volta al giorno e il 41,2% (IC95% 40,5-41,9) assume quotidianamente bevande zuccherate e/o gassate. Entrambi questi comportamenti sono più frequenti tra i figli di genitori con livello di istruzione basso, tra i residenti nelle regioni del Sud e, in generale, nei maschi. Tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, solo il 29% ritiene che il proprio figlio assuma una quantità di cibo eccessiva e tale percentuale è più bassa al Sud (Sud: 26%; Centro: 32%; Nord: 30%).

CONCLUSIONI I comportamenti alimentari non salutari nei bambini in Italia sono ancora molto diffusi e non omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale così come la percezione non accurata dei genitori circa la quantità di cibo assunta dai propri figli.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della salute-CCM

paola.nardone@iss.it

080 - orale

Disuguali a tavola, ma non troppo: le differenze sociali nell'alimentazione in Italia prima e durante la crisi

Michele Marra[1], Alessandro Migliardi[1], Giuseppe Costa[2]

[1]Servizio di epidemiologia sociale, ASLTO, Regione Piemonte; [2]Università di Torino

Introduzione: la dieta mediterranea e la sua diffusione vengono spesso indicate come uno dei fattori esplicativi della bassa mortalità e del minor impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute della popolazione italiana.

Tuttavia, gli studi comparativi si sono basati spesso sull'analisi quasi esclusiva del consumo di frutta e verdura, senza considerare la presenza o meno di disuguaglianze sociali nel consumo di altri alimenti e tralasciandone soprattutto l'andamento temporale, così come le principali differenze per fascia di età e area geografica. In particolare, poco esplorato è stato l'impatto della crisi economica sui comportamenti alimentari dei differenti sottogruppi di popolazione.

Obiettivi: descrivere i comportamenti alimentari con riferimento alle differenze sociali, misurate attraverso il titolo di studio, al genere, al territorio e alla fascia di età. Verificare inoltre se i cambiamenti nel tempo delle abitudini alimentari possono essere attribuiti alla crisi economica o se costituiscono tendenze di più lungo periodo.

Metodi: sono state calcolate prevalenze e frazioni attribuibili al titolo di studio, aggiustate per età, delle esposizioni della popolazione italiana con almeno 20 anni a consumi alimentari scorretti, secondo le indicazioni dell'Oms e di fonti di letteratura, utilizzando l'indagine Istat multiscopo annuale nelle edizioni dal 2005 al 2012. Sono stati presi in considerazione due periodi differenti, pre e post inizio della crisi e sono state testate le differenze tra i due periodi e verificata la presenza di un eventuale punto di rottura rispetto ai trend di lungo periodo attribuibile alla recessione economica.

Risultati: si evidenziano disuguaglianze di carattere sociale (a sfavore dei meno istruiti soprattutto nel consumo di alimenti ricchi di sale, di carni, carboidrati e in quello deficitario di pesce) e geografico (si registra un eccesso nel consumo di carni, grassi e di carboidrati nel nord-ovest, minor consumo di frutta e verdura e maggior abitudine a saltar la colazione nel sud e nelle isole). L'impatto della crisi c'è stato (riduzione del consumo di frutta e verdura, incremento di snack, riduzione dei quantitativi di carne e pesce nella dieta, aumento del consumo dei legumi e riduzione dell'utilizzo di grassi scadenti), ma di entità minore a quanto previsto. Inoltre al contrario dei trend di lungo periodo, la crisi sembrerebbe aver diminuito le disuguaglianze sociali, almeno nel consumo eccessivo di carni e carente di pesce e frutta.

Conclusioni: gli italiani non sempre hanno abitudini alimentari corrette e i trend di lungo periodo stanno in parte peggiorando la situazione. Tuttavia la tenuta della dieta mediterranea non sembrerebbe essere minacciata gravemente dalla crisi economica, che ha avuto in realtà effetti ambivalenti e parrebbe aver mitigato le disuguaglianze. La mancanza di dati relativi alla quantità e alla qualità degli alimenti potrebbe in parte intaccare le stime calcolate, tuttavia non sembrerebbero poter modificare l'orientamento dei fenomeni rilevati.

michele.marra@epi.piemonte.it

081 - poster

Identificazione dei casi di diabete tipo 2 da fonti di dati eterogenee: la strategia del progetto EMIF

G. Roberto[1], I. Leal[2], N. Sattar[3], K. Loomis[4], P. Avillach[2], P. Egger[5], R. van Wijngaarden[6], D. Ansell[7], S. Reisberg[8], M. Tammesoo[9, 10], H. Alavere[9, 10], A. Pasqua[11], L. Pedersen[12], J. Cunningham[13], L. Tramontan[14], M.A. Mayer[15], R. Herings[6], P. Coloma[2], F. Lapi[1], M. Sturkenboom[2], J. van der Lei[2], M. Schuemie[16, 17], P. Rijnbeek[2] and R. Gini[1]

[1]Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Osservatorio di Epidemiologia, Firenze, Italy; [2]Department of Medical Informatics, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Netherlands; [3]British Heart Foundation Glasgow Cardiovascular Research Centre, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom; [4]Pfizer Worldwide Research and Development, Groton, Connecticut, United States; [5]GlaxoSmithKline, Worldwide Epidemiology GSK, Stockley Park West, Uxbridge, United Kingdom; [6]PHARMO Institute for Drug Outcomes Research, Utrecht, Netherlands; [7]The Health Improvement Network, Cegedim Strategic Data Medical Research Ltd, London, United Kingdom; [8]Quretec, Software Technology and Applications Competence Center, University of Tartu, Tartu, Estonia; [9]Estonian Genome Center, University of Tartu; [10]Tartu University Hospital; [11]Health Search, Italian College of General Practitioners and Primary Care, Firenze, Italy; [12]Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hosptial, Aarhus, Denmark; [13]University of Manchester, Manchester, United Kingdom; [14]Arsenàl.IT Consortium, Veneto's Research Centre for eHealth Innovation, Treviso, Italy; [15]IMIMHospital del Mar Medical Research Institute and Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain; [16]Janssen Research & Development, Epidemiology, Titusville, New Jersey, United States; [17]Observational Health Data Sciences and Informatics, New York, New York, United States.

Introduzione Il progetto EMIF (European Medical Information Framework) mira a sviluppare una infrastruttura informatica che faciliti lo svolgimento di studi epidemiologici multi-database di elevata qualità attraverso il riutilizzo combinato di fonti di dati eterogenee tra loro. All'interno del progetto è stata definita una procedura che permette di identificare i soggetti con una patologia, e l'identificazione del diabete di tipo 2 (T2DM) è stata utilizzata come caso di studio.

Obbiettivi Stabilire una lista di algoritmi standard per l'identificazione dei pazienti con T2DM in fonti di dati eterogenee tra loro, descrivere le combinazioni di algoritmi standard raccomandate dagli esperti locali per identificare T2DM nella propria fonte di dati, e stabilire l'impatto dei singoli algoritmi standard sulla popolazione totale di casi identificata in ogni fonti di dati.

Metodi Sono state utilizzate 8 fonti di dati da 6 Stati europei: 3 di medicina generale (MG), 3 record linkage di varie fonti (RL), 1 ospedaliera (H) e 1 da biobanca (BB). È stata creata una lista di algoritmi standard per l'identificazione di T2DM. Ciascun algoritmo utilizza pattern di record da un unico dominio di dati: diagnosi, prescrizioni farmaceutiche, risultati di laboratorio o utilizzo di test diagnostici. Lo Unified Medical Language System è stato utilizzato per l'armonizzazione semantica dei sistemi di codifica. Gli esperti locali hanno raccomandato una specifica combinazione logica di algoritmi (algoritmo composito) da utilizzare come strategia d'identificazione del T2DM nella propria fonte di dati. Il numero totale di casi di T2DM identificati per database è stato espresso come percentuale della popolazione registrata nel database. Per ciascuna fonte di dati è stata calcolata la percentuale di casi identificati identificativa ciascun componente dell'algoritmo composito.

Risultati Gli algoritmi compositi identificano una percentuale di soggetti che varia tra il 4.1% ed il 7.5% nelle RL, da 6.8% a 8.6% nelle MG, 3.5% in BB e 15.7% in H. Tutti utilizzano almeno un componente basato sulle diagnosi tranne una RL in cui si raccomanda l'uso delle sole prescrizioni. Sul totale dei casi identificati, gli algoritmi basati sulle diagnosi contribuiscono per il 93-100% nelle MG, per il 100% in BB e H e per il 15-73% nelle RL. Gli algoritmi basati sulle prescrizioni identificano tra l'81% e il 100% dei casi nelle RL e dal 58% all'83% nelle MG.

Conclusioni L'identificazione di T2DM nelle MG, H e BB analizzate si basa principalmente sulle diagnosi mentre nelle RL le prescrizioni farmaceutiche apportano il contributo preponderante. L'approccio di standardizzazione degli algoritmi permette di comparare i risultati estratti da fonti di dati altrimenti non confrontabili. Questo processo può essere ripetuto per qualsiasi patologia, mettendo in luce punti di forza e debolezze di ciascuna fonte, e permettendo di condurre analisi di sensibilità per discutere l'eterogeneità nei risultati degli studi.

giuseppe.roberto@ars.toscana.it

082 - poster

IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO IN REGIONE VENETO

Veronica Casotto, Ugo Fedeli, Eliana Ferroni, Elena Schievano, Mara Pigato, Elisabetta Pinato, Nicola Gennaro, Michele Pellizzari, Francesco Avossa, Mario Saugo

Sistema Epidemiologico Regionale SER – Regione Veneto

INTRODUZIONE Il diabete mellito è una malattia cronica che richiede frequenti monitoraggi e interventi sui livelli glicemici e fattori di rischio, finalizzati alla prevenzione delle complicanze acute e croniche. La prevalenza del diabete è in continua crescita a causa dell'aumento dell'obesità, sedentarietà e invecchiamento della popolazione.

OBIETTIVI Valutare l'assistenza al paziente diabetico attraverso l'utilizzo di indicatori di processo.

METODI L'integrazione dei flussi informativi sanitari correnti (schede di dimissione ospedaliera, farmaceutica, esenzione) ha permesso l'identificazione dei pazienti diabetici. È stato definito paziente diabetico colui che nell'arco dell'ultimo anno ha avuto almeno due prescrizioni, in date distinte, di un farmaco per il diabete, presenta esenzione ticket attiva per diabete o ha avuto, negli ultimi quattro anni, almeno un ricovero con menzione di diabete mellito. Per l'accertamento dello stato in vita è stata utilizzata l'anagrafe regionale, mentre per il monitoraggio dell'assistenza il flusso della specialistica ambulatoriale. Sono stati considerati i pazienti prevalenti al 01/01/2013, vivi e residenti in Veneto al 31/12/2013.

RISULTATI La prevalenza del diabete è del 5% (n=243.489). La popolazione diabetica è una popolazione adulta (età media 68 anni), con una maggiore presenza maschile (54%) e, nel 4% dei casi, si tratta di cittadini stranieri. Nel corso del 2013, il 5% dei diabetici è deceduto o si è trasferito in altra regione. Nel panorama regionale le aziende sanitarie si caratterizzano per una forte variabilità nel monitoraggio dell'assistenza al paziente diabetico. La valutazione dell'emoglobina glicata (almeno due monitoraggi l'anno) varia dal 32% al 61; complessivamente a livello regionale la proporzione è del 44% e sale al 75% qualora si consideri un'unica valutazione annua.

Il monitoraggio del profilo lipidico varia dal 58% all'82% (valore medio regionale: 67%) ed il controllo della microalbuminuria dal 20 al 72% a fronte del dato regionale del 47%. Solo il 25% dei pazienti diabetici effettua un esame della retina nell'anno, mentre se si considerano due anni la proporzione sale al 42%.

CONCLUSIONI Gli archivi sanitari rappresentano una base utile per individuare la popolazione diabetica e monitorare gli indicatori di processo. I risultati del nostro studio mostrano una grande variabilità intra-regionale di tali indicatori. Per ridurre queste differenze è necessaria una tempestiva identificazione delle criticità, attraverso sistemi di sorveglianza atti a monitorare la patologia tenendo conto delle caratteristiche demografiche, cliniche e farmacologiche della popolazione diabetica.

veronica.casotto@regione.veneto.it

083 - poster

Determinanti dell'adesione ad indicatori di presa in carico di pazienti con diabete non insulino-trattato

Eliana Ferroni, Veronica Casotto, Mara Pigato, Ugo Fedeli, Elena Schievano, Elisabetta Pinato, Nicola Gennaro, Michele Pellizzari, Francesco Avossa, Mario Saugo

Sistema Epidemiologico Regionale SER – Regione Veneto

Introduzione Le linee guida nazionali suggeriscono di monitorare il controllo glicemico, i fattori di rischio cardiovascolare, e l'insorgenza di complicanze precoci nei pazienti diabetici. L'aderenza alle linee guida può essere misurata attraverso indicatori di processo della presa in carico del paziente.

Obiettivi Valutare l'influenza delle caratteristiche dei pazienti e dei rispettivi Medici di Medicina Generale (MMG) sull'adesione ad alcuni indicatori di processo in Veneto.

Metodi I pazienti diabetici non insulino-trattati di età 18-84 anni sono stati selezionati attraverso il linkage di tre fonti informative (schede di dimissione ospedaliera, farmaceutica, esenzioni). Nei soggetti identificati a gennaio 2013 ed ancora assistiti a fine anno (escludendo deceduti ed emigrati fuori Regione), è stata valutata l'esecuzione annuale dei seguenti esami di laboratorio: emoglobina glicata (HbA1c), microalbuminuria, profilo lipidico, utilizzando i dati della specialistica ambulatoriale. Le variabili a livello del paziente includevano: sesso, età, cittadinanza, profilo terapeutico, pregressi ricoveri per complicanze della patologia, esecuzione di una visita specialistica (proxy di afferenza al Centro Anti-Diabetico-CAD). Le variabili del MMG includevano: sesso, età, numero di assistiti, numero di assistiti diabetici, ed uno score sull'atteggiamento proattivo nella presa in carico del paziente cronico, misurato attraverso un questionario. L'associazione di tali variabili con l'esecuzione di due test HbA1c nel 2013 è stata indagata con un modello di regressione di Poisson multilivello, utilizzando come variabile di stratificazione dei diabetici la presenza di una visita al CAD.

Risultati Tra i 139.935 pazienti inclusi, più del 70% aveva eseguito almeno un test HbA1c nel 2013, ma solo il 40% aveva eseguito due determinazioni nel corso dell'anno, come indicato dalle linee guida. Il profilo lipidico è stato valutato nel 67% dei pazienti, mentre la microalbuminuria in meno della metà dei soggetti. Queste percentuali erano inferiori per i pazienti immigrati e aumentavano con l'età fino alla classe 65-74 anni. I pazienti afferenti ai CAD erano generalmente meglio controllati rispetto a quelli senza visita specialistica. In quest'ultimo gruppo di pazienti, alcune caratteristiche del proprio MMG come il sesso femminile (RR 1,07; 1,01-1,12), la giovane età (RR 1,14; 1,05-1,23), ed un più alto punteggio nello score di attitudine alla presa in carico proattiva dei pazienti (1,21 1,14-1,28), erano associati ad una migliore adesione agli indicatori di processo.

Conclusioni Lo studio dimostra che diversi fattori legati sia alle caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti, sia alle attitudini dei MMG, influenzano l'esecuzione di test indicati dalle linee guida. E' necessario sviluppare strategie attive rivolte ad una frazione rilevante di pazienti che, non presi in carico dai CAD e probabilmente non afferenti nemmeno al proprio MMG, non eseguono alcun accertamento.

eliana.ferroni@regione.veneto.it

084 - poster

REINTERVENTI ENTRO 30 GIORNI DALLA RESEZIONE PRIMARIA PER CANCRO DEL COLON-RETTO (CRC)

Nicola Gennaro°, Eliana Ferroni°, Salvatore Pucciarelli§, Angelo Chiappetta*, Graziella Giacomazzo°, Matteo Rebonato*, Donato Nitti §, Mario Saugo°

° Sistema Epidemiologico Regionale SER – Regione Veneto; § Dipartimento di chirurgica, oncologia e gastroenterologia, Università di Padova; * Unità di chirurgia – ULSS 4 Alto Vicentino – Regione Veneto.

Introduzione Gli esiti del trattamento chirurgico del cancro del colon-retto (CRC) variano ampiamente in relazione alle caratteristiche dei pazienti, del tumore e della scelta terapeutica nonché alle modalità organizzative della struttura di ricovero.

Obiettivo Scopo di questo studio è individuare i fattori clinici ed organizzativi in grado di influenzare il rischio di reintervento entro 30 giorni in pazienti con una resezione primaria per CRC.

Metodi Attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera sono stati selezionati tutti i pazienti di età ≥18 anni e residenti in Veneto, con diagnosi di cancro del colon o del retto e sottoposti ad intervento chirurgico primario in elezione nel periodo 2005-2013. L'esito in studio è il reintervento entro 30 giorni, definito sulla base di un algoritmo specifico a partire dai codici di intervento. I fattori di rischio considerati sono stati: età, sesso, numero di ricoveri ordinari effettuati nell'anno precedente, pregressa chirurgia addominale, sede anatomica della resezione colorettale, approccio chirurgico (laparotomia o laparoscopia), anno di intervento e volume operatorio annuale delle singole Unità Operative (UO). Il volume operatorio è stato stratificato in 3 categorie attraverso l'uso dei terzili: basso (2 – 50) medio (51 - 83) ed alto volume (84+) L'associazione tra le variabili in studio e l'esito è stata misurata attraverso gli Odds Ratios (OR) calcolati attraverso un modello logistico.

Risultati Nel periodo analizzato sono stati effettuati 21.979 interventi chirurgici elettivi per cancro colorettale. Il 57,8% degli interventi ha riguardato pazienti di sesso maschile, mentre il 77,3% aveva un'età compresa tra 50 e 79 anni. Il tasso di reintervento a 30 giorni da una resezione elettiva primaria per cancro colorettale è risultato essere del 5,5%. A parità di altri fattori, il rischio di reintervento era più elevato nei pazienti di sesso maschile, in quelli di età <50 anni e >80 anni, in coloro che erano stati ricoverati nell'anno precedente, nei pazienti con tumore al retto e in quelli operati per via laparoscopica. L'associazione tra volume operatorio e reintervento a 30 giorni è risultata statisticamente significativa per le resezioni rettali nelle UO a volume medio (OR 0,75, IC 95% 0,56-0,99) e per i pazienti operati in laparoscopia nelle UO ad alto volume (OR 0,69, IC 95% 0,51-0,98).

Conclusioni La relazione volume-esito è risultata statisticamente significativa nei pazienti con tumore del retto e per quelli operati per via laparoscopica. L'implementazione di indicatori di volume ospedaliero può rappresentare una valida strategia per migliorare la qualità e gli esiti a breve e a medio termine della chirurgia oncologica colorettale.

nicola.gennaro@regione.veneto.it

085 - poster

Variabilità del geocoding degli indirizzi dai database anagrafici degli assistiti

Luigi Fonte e Antonio Giampiero Russo

Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati – ASL Milano 1

INTRODUZIONE: In sanità pubblica può essere utile conoscere la corretta localizzazione abitativa dei soggetti al fine di poter valutare le esposizioni residenziali, eventuali cluster spaziali di malattie, ed in genere per valutare le esposizioni ambientali. La disponibilità della corretta geolocalizzazione spesso manca e bisogna quindi provvedere al geocoding degli indirizzi attraverso metodiche specifiche. Inoltre i dati amministrativi normalmente disponibili non sono adattati a permettere questo processo e introducono grosse problematiche in termini robustezza del dato di partenza.

OBIETTIVI: Confrontare due sistemi di geocoding degli indirizzi (uno gratuito ed uno commerciale), partendo da dati di residenza provenienti da database amministrativi sanitari.

METODI: Dall'anagrafe sanitaria regionale degli assistiti della Lombardia sono stati estratti, attraverso un processo di campionamento casuale, 2500 indirizzi che sono stati sottoposti a processo di geocoding mediante il software disponibile gratuitamente Google Earth (GE) ed al software commerciale Streetmap Premium (SP), un modulo aggiuntivo di ArcGIS. Sono stati analizzati i risultati in termini di avvenuto geocoding dell'indirizzo e di distanza tra coordinate risultanti mediante le due metodiche.

RISULTATI: L'utilizzo di GE ha permesso il geocoding dell'87% degli indirizzi, mentre SP l'ha effettuato nel 100% dei casi. Bisogna pero precisare che SP ha precisato di aver individuato nel 39% dei casi l'indirizzo col civico, nel 18% dei casi la strada senza civico, e nel restante 43% la sola città. Tale dettaglio del risultato non è fornito dalla procedura di GE. La distanza mediana complessiva tra punti individuati da GE e SP è risultata essere 199 metri. Il risultato stratificato per precisione di SP è: se indirizzo con numero civico differenza mediana=32 metri, se indirizzo senza numero civico differenza mediana=140 metri, se identificazione sola città differenza mediana=789 metri.

CONCLUSIONI: La recente disponibilità di software gratuiti per il geocoding potrà aiutare la diffusione delle tecniche di analisi spaziale in sanità pubblica. È necessario però prestare attenzione nella scelta del software, effettuata principalmente in base alle necessità dell'analisi, poiché può influenzare notevolmente i risultati ottenuti. Vantaggio indubbio dei software commerciali a pagamento è che sono in grado di elaborare grandi quantità di indirizzi (mentre per esempio la limitazione della versione gratuita di GE è 2500 indirizzi per singola interrogazione) e forniscono quasi sempre un geocode dell'indirizzo imputato. Tuttavia l'incapacità di identificare correttamente la localizzazione di indirizzi da anagrafe sanitaria, restituendo come risultato solo il centro del comune, può non essere critico in territori con molti comuni di piccole dimensioni mentre può esserlo se le analisi vengono effettuate in centri urbani di grandi dimensioni.

luigi.fonte@aslmi1.mi.it

086 - orale

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva in gravidanza in una coorte residente nella ASL MI1 nel quadriennio 2011-2014

Maria Teresa Greco, Laura Andreoni e Antonio Giampiero Russo

Osservatorio Epidemiologico e dei Registri Specializzati - ASL Milano 1

Introduzione Nel corso degli ultimi anni il Ministero della Salute ha promosso iniziative per incentivare l'uso corretto ed appropriato dei farmaci in gravidanza, in quanto i dati riportati in letteratura evidenziano un consumo piuttosto elevato (tra il 50 ed il 90% delle gravidanze) sia di principi attivi comunemente prescritti in gravidanza sia di farmaci classificati dalla FDA come teratogeni o inappropriati per trimestre di gravidanza. Partendo da questi presupposti abbiamo voluto utilizzare le fonti informative sanitarie disponibili nella ASL Milano 1 per descrivere i consumi di farmaci delle donne che hanno partorito negli anni 2011-2014 e per studiare possibili variabili associate alla prescrizione di farmaci classificati dalla FDA come teratogeni o inappropriati.

Obiettivi Obiettivo di questo studio è di valutare sia le prescrizioni di farmaci in una coorte di donne gravide residenti nella ASL Milano 1 nel quadriennio 2011-2014 sia possibili determinanti associati all'utilizzo di principi attivi classificati dalla FDA come a rischio teratogeno o potenzialmente inappropriati per trimestre di gravidanza.

Metodi Tramite tecniche di record linkage sono state assegnate tutte le prescrizioni farmaceutiche (classe A) assunte in gravidanza e nei 3 mesi precedenti il concepimento alle donne residenti nella ASL Milano 1 che hanno partorito nel quadriennio 2011-2014. Dalla lista FDA sono stati estratti i farmaci classificati come potenzialmente teratogeni e inappropriati. Variabili socio-demografiche e informazioni riguardanti il parto sono state estratte dai CEDAP.

Risultati Nel triennio 2011-2014 sono stati registrati 32.117 parti per 29.695 donne residenti nella ASL Milano 1. L'età media era di 32,4 anni e il 56% erano primipare. Nel 62,7% delle gravidanze si registrava almeno 1 prescrizione farmacologica, in particolare nell'ultimo trimestre (38.7%). I farmaci più prescritti erano: l'acido folico e i suoi derivati (20,1%), il ferro bivalente (13,3%) e i derivati del pregnene (9,7%). Farmaci classificati dalla FDA come potenzialmente teratogeni erano prescritti nello 0,75% mentre nell'11,5% delle gravidanze si assumevano farmaci inappropriati per trimestre di gravidanza. Fattori associati al consumo di farmaci inappropriati o teratogeni erano: l'età maggiore di 35 anni (OR=1,6), la cittadinanza europea (OR=1,5), la scolarità medio-alta (OR=1,2), la primiparità (OR=1,8) e la presenza di precedenti aborti (OR=1,7).

Conclusioni Nella nostra popolazione il consumo di farmaci in gravidanza è in linea con quanto riportato nelle altre realtà italiane sia in termini di frequenza sia di tipologia. E' stata evidenziata un elevata prescrizione di principi attivi classificati come inappropriati per trimestre di gravidanza, inoltre, è presente un pattern molto specifico che identifica le donne che li assumono. Attualmente sono in corso di valutazione associazioni con specifiche categorie di farmaci (progesterone, anti-ipertensivi, antiepilettici e eparinici).

maria.teresa.greco@aslmi1.mi.it

087 - orale

Consumo di bevande alcoliche e rischio di tumori epiteliali nella coorte EPIC-ITALIA

Calogero Saieva[1], Saverio Caini[1], Marco Ceroti[1], Francesca Fasanelli[2,3], Fulvio Ricceri[3], Claudia Agnoli[4], Sara Grioni[4], Amalia Mattiello[5], Maria Santucci De Magistris[5], Rosario Tumino[6], Caterina Martorana[6], Giovanna Masala[1]

[1]SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale, Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze; [2] Human Genetics Foundation (HuGeF), Torino; [3] Unit of Cancer Epidemiology, Citta' della Salute e della Scienza, Hospital-University e Center for Cancer Prevention (CPO), Torino; [4] SC di Epidemiologia e Prevenzione, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; [5]Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II, Napoli; [6]Registro Tumori Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa, Ragusa;

Introduzione Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica in termini di morbosità e mortalità, è uno dei principali fattori di rischio "evitabili" di malattia, ed è considerato un cancerogeno certo per l'uomo.

Obiettivi L'obiettivo principale del presente studio è valutare nella coorte italiana del progetto EPIC l'associazione tra consumo di bevande alcoliche, riferito all'arruolamento e medio pesato nel corso della vita fino all'arruolamento, e rischio di tumori epiteliali considerati nel loro complesso.

Metodi EPIC-Italia è la sezione italiana di un ampio studio prospettico europeo su "dieta e tumori", condotto nel periodo 1993 - 1998. Al momento dell'arruolamento nello studio, svolto in 5 centri (Torino e Varese nel Nord-Italia, Firenze nel Centro, e Napoli e Ragusa nel Sud-Italia) sono state raccolte mediante questionari standardizzati dettagliate informazioni sul consumo di bevande alcoliche (all'arruolamento e a differenti età nel corso della vita) per 44.477 adulti sani. Per ciascun partecipante sono stati calcolati il consumo di alcol riferito all'arruolamento e una media pesata del consumo di alcol alle differenti età prima dell'arruolamento. Sono inoltre disponibili informazioni relative alle abitudini alimentari e allo stile di vita, e un campione di sangue aliquotato in una apposita banca biologica. Nel corso del follow-up (media:11,4 anni) sono stati identificati tramite un protocollo standardizzato 2.640 tumori epiteliali incidenti. Per calcolare i rischi di tumore e i relativi intervalli di confidenza al 95% sono stati utilizzati modelli multivariati di regressione di Cox stratificati per centro e sesso, e aggiustati per potenziali fattori di confondimento.

Risultati Nella popolazione in studio si evidenzia un consumo medio di alcol all'arruolamento moderato (24,3 g/die negli uomini e 10,7 g/die nelle donne). Il consumo medio pesato nel corso della vita sino all'arruolamento nello studio è 23.6 g/die negli uomini e 6,9 g/die nelle donne. Il consumo di bevande alcoliche riferito all'arruolamento è positivamente associato con il rischio di tumori epiteliali nelle donne (ptrend = 0,01) e nei fumatori (ptrend = 0,02). Il consumo medio di bevande alcoliche pesato nel corso della vita risulta un fattore di rischio per i tumori epiteliali nell'intera coorte (ptrend = 0,005). E' emersa una significativa interazione tra il consumo di alcol e la durata dell'abitudine al fumo (p = 0,015 per il consumo di alcol all'arruolamento, e p = 0,006 per il consumo medio pesato nel corso della vita).

Conclusioni In questa ampia popolazione italiana, caratterizzata da un consumo moderato di bevande alcoliche (soprattutto vino), il consumo di alcol, in particolare quello medio pesato nel corso della vita, risulta un fattore di rischio per lo sviluppo di tumori epiteliali. Tale effetto appare modulato dall'abitudine al fumo.

c.saieva@ispo.toscana.it

088 - poster

Determinanti sociali dello stato di salute della popolazione con 65 anni e più: i dati di PASSI d'Argento 2012-2013

Amalia De Luca[1], Giuliano Carrozzi[2], Benedetta Contoli[3], Marco Cristofori[4] e Gruppo tecnico - scientifico nazionale Sorveglianza PASSI e Passi d'Argento*

[1]UOC Epidemiologia, Asp Cosenza; [2]Dipartimento di Sanità Pubblica, Ausl Modena; [3]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute (Cnesps) – Iss, Roma; [4]Unità operativa Sorveglianza e Promozione della salute, Ausl Umbria 2 Orvieto (Tr)

Introduzione: la sorveglianza di popolazione Passi d'Argento, oggi a regime in Italia, voluta dal Ministero della Salute e dalle Regioni e con il coordinamento del CNESPS (ISS), permette di misurare e comprendere diversi aspetti di salute della popolazione con 65 anni e più, non solo stili di vita e condizioni di malattia, ma anche alcuni determinanti sociali che hanno influenza sullo stato di salute dell'anziano.

Obiettivi: stimare nel pool di ASL che hanno partecipato all'indagine 2012-2013, la prevalenza dei determinanti sociali nella popolazione con 65 anni e più.

Metodi: l'indagine è stata effettuata nelle 19 Regioni e Province autonome partecipanti, mediante estrazione dall'anagrafe sanitaria dei residenti non istituzionalizzati di un campione rappresentativo della popolazione con 65 anni e più con metodo casuale semplice, stratificato per classi di età, o a cluster. Le informazioni sono state raccolte, da parte di operatori sociali e sanitari appositamente formati, attraverso un questionario strutturato e standardizzato, validato a livello internazionale, con intervista telefonica o faccia a faccia, ricorrendo, in caso di ostacoli di natura fisica o psichica, ad un familiare o altra persona di fiducia (proxy). L'analisi è stata condotta su dati pesati del pool nazionale, mediante Epi-Info e Stata; gli IC sono calcolati al 95%.

Risultati: nel corso del 2012-2013 sono stati intervistati 24.129 ultra64enni, donne 56,4% (55,8 – 57,0); tasso di risposta 88,5%, intervento del proxy 22,6%; età media 75,2 anni per gli uomini e 76,4 anni per le donne; il 60,9% (60,0-61,9) è coniugato, il 59,9% (58,9-60,4) ha un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare). Vive da solo il 20,7% (19,9-21,4); riferisce di arrivare a fine mese senza difficoltà economiche solo il 41,7% (40,7-42,7). Ben il 48,7 % (47,8-49,7) dichiara di non ricevere nessun aiuto per le attività che non riesce a fare da solo, mentre ha almeno un problema nell'abitazione il 73,6% (72,8-74,3). Infine, dichiara di avere difficoltà (qualche o molte) a raggiungere i servizi della Asl il 33,9% (32,9-34,8), l'ambulatorio del MMG il 25,4% (24,6-26,2), la farmacia il 25,2% (24,4-26.0), i servizi del Comune il 31,4% (30,5-32,3), i negozi di generi alimentari il 26,0% (25,2-26,8), i supermercati e i centri commerciali il 33.5% (32,5-34,4). Esiste un gradiente Nord-Sud per tutte le variabili descritte, a sfavore delle regioni meridionali.

Conclusioni: Passi d'Argento ha permesso di stimare la prevalenza dei principali determinanti sociali che possono influenzare la qualità di vita delle persone con 65 anni e più e sulla maggior parte dei quali è possibile intervenire con azioni intersettoriali coordinate e congiunte. La sorveglianza, ormai a regime in quasi tutte le Regioni e le Province autonome, consentirà anche di documentare e valutare nel tempo gli interventi correttivi messi in atto.

gadel8@hotmail.com

089 - poster

LE DIFFERENZE DI GENERE NELLA MORTALITA' IN TOSCANA DAL 1987 AL 2012.

Andrea Martini, Lucia Giovannetti, Elisabetta Chellini.

SS Epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

Introduzione: Nel nostro paese, secondo ISTAT, nel 2012 le femmine hanno una speranza di vita alla nascita pari a 84,5 anni mentre i maschi 79,4. A 65 anni di età si registra una positiva evoluzione della sopravvivenza media, attualmente di 21,9 anni per le donne e di 18,4 per gli uomini, in tutte le ripartizioni geografiche e con riduzioni di differenze di genere e territoriali; essa va attribuita alla riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori maligni, che insieme costituiscono oltre il 70% di tutti i decessi in Italia, che ha permesso nel 2012 di aumentare la vita media di 2,1 anni in entrambi i generi.

Obiettivi: Descrivere la differenza di mortalità tra i generi in regione Toscana nel periodo 1987-2012.

Metodi: Sono stati calcolati tassi annuali standardizzati sulla popolazione europea sui dati del Registro di Mortalità Regionale per il periodo 1987-2012 distinguendo per sesso. Sono stati anche calcolati i rischi relativi di morte dei maschi sulle femmine per fasce di età e per l'intero periodo di osservazione.

Risultati: A fronte di un invecchiamento della popolazione generale si osservano nel 2012 4.267 decessi in più (+20,1%) nelle donne rispetto a 26 anni prima, ma tassi standardizzati decisamente ridotti, che passano da 529,2 (IC95%: 524,4-534,0) a 364,8 per 100.000 (IC95%: 359,0-370,6). Negli uomini, invece, si osservano soltanto 35 decessi in più nell'ultimo anno rispetto al primo, ma un decremento ancora più forte dei tassi standardizzati che passano da 937,2 (IC95%: 929,5-944,9) a 577,7 per 100.000 (IC95%: 569,2- 586,2). Anche la mortalità prematura presenta un forte decremento in entrambi i sessi, ma in maniera più forte nel sesso maschile (-48% rispetto al -41% nelle donne). I rischi relativi di decesso maschi su femmine mettono in evidenza un rischio maggiore degli uomini in quasi tutte le fasce di età, ma in particolare nella fascia 15-34 anni. Per causa di morte si registrano rischi significativi maggiori dei maschi per le malattie dell'apparato circolatorio, malattie del sistema respiratorio e traumatismi ed avvelenamenti in tutte le fasce di età, per i disturbi psichici e comportamentali per i decessi avvenuti prima dei 44 anni. Al contrario per le donne si registrano rischi maggiori per le malattie osteomuscolari e del connettivo.

Conclusioni: In Toscana, come in Italia, il sesso maschile presenta un decremento maggiore di mortalità ed in particolare una maggiore riduzione della mortalità prematura. Questo è legato anche all'aumento della sopravvivenza media, evidenziabile dall'aumento della speranza di vita alla nascita che ha visto una crescita di 6 anni per gli uomini e di 4 anni per le donne nell'intero periodo. Il fenomeno è da ascrivere agli importanti progressi conseguiti sul fronte della prevenzione primaria, ma anche ad una sempre maggiore efficacia dei trattamenti chirurgici e di prevenzione secondaria e poi in generale ad una buona efficienza del sistema sanitario regionale.

a.martini@ispo.toscana.it

090 - poster

Le condizioni socio-economiche dei partecipanti alla coorte di nuovi nati Piccolipiù: eterogeneità e potenzialità di ricerca.

Costanza Pizzi[1], Liza Vecchi Brumatti[2], Martina Culasso[3], Cristina D'Ippolito[4], Sara Farchi[3], Francesco Forastiere[3], Luigi Gagliardi[5], Veronica Montelatici[6], Antonella Ranieli[5], Luca Ronfani[2], Franca Rusconi[6], Virgilia Toccaceli[3], Lorenzo Richiardi[1] e il Gruppo PICCOLIPIU'

[1] Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino e CPO-Piemonte; [2] Istituto Burlo Garofolo, Trieste; [3]Dipartimento di Epidemiologia del SSR, Regione Lazio- ASL RME, Roma; [4]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità –Roma; [5] Ospedale Versilia, AUSL 12, Viareggio; [6] AOU Meyer, Firenze

Introduzione: La coorte di nuovi nati Piccolipiù è stata avviata durante un periodo di forte crisi economico-finanziaria, che ha interessato tutta l'Europa e in particolare l'Italia. La raccolta di diverse informazioni sulle caratteristiche socio-economiche dei partecipanti alla coorte all'arruolamento e in fasi successive dello studio rappresenta quindi un'opportunità per studiare l'effetto della situazione socio-economica sulle condizioni di vita dei partecipanti e del conseguente stato della loro salute.

Obiettivi: Descrivere la condizione socio-economiche delle famiglie partecipanti allo studio Piccolipiù e l'andamento nel tempo di alcune importanti caratteristiche.

Metodi: Piccolipiù è una coorte italiana multicentrica di 3328 neonati, arruolata in cinque città italiane (Torino, Trieste, Viareggio, Firenze e Roma) tra ottobre 2011 e febbraio 2015. Questa analisi include i 1576 bambini che al 30 giugno avevano completato sia il questionario baseline che quelli dei follow-up a 12 e 24 mesi. Le caratteristiche socio-economiche sono state raccolte attraverso diversi questionari somministrati alle mamme al momento del reclutamento, e a 12 e 24 mesi di vita del bambino. In particolare si sono raccolti i dati sul titolo di studio di entrambi i genitori, il loro stato occupazionale all'arruolamento e a 12 e 24 mesi di vita, il reddito mensile complessivo della famiglia a 12 mesi di vita del bambino, e alcune informazioni sull'accudimento del bambino durante il primo anno di vita. I risultati sono presentati, come prevalenze, considerando i cinque centri insieme.

Risultati: Circa il 50% delle mamme e il 30% dei padri riportano un alto livello di educazione (laureati). Per quanto riguarda la condizione professionale, al momento dell'arruolamento sia tra le madri che tra i padri circa il 60% risulta dipendente a tempo indeterminato, mentre il 4% e il 2% rispettivamente risultano disoccupati. Tra le madri questa prevalenza sale all'8% all'anno di età del figlio e rimane invariata al compimento dei 2 anni di vita. Il 50% delle famiglie dichiara di avere un reddito familiare netto inferiore ai 2500 € mensili, mentre solo il 7.5% guadagna complessivamente più di 4000 € al mese. Si osserva inoltre che all'anno di età circa un quarto dei bambini frequenta il nido, con un 16% di mamme che al di fuori dell'asilo nido si occupano da sole del bambino, mentre l'80% riceve un aiuto continuativo da parte dei parenti, specialmente dai nonni.

Conclusioni: Lo studia mostra una discreta eterogeneità nelle caratteristiche socio-economiche delle famiglie partecipanti alla coorte Piccolipiù, e evidenzia alcune condizioni importanti, quali l'aumento di disoccupazione nelle donne dopo la nascita dei figli e l'importante ruolo dei nonni nell'accudimento dei figli. Queste caratteristiche insieme ad alcune informazioni aggiuntive saranno utilizzate per valutare il livello di insicurezza delle famiglie e come questo influenzi lo stato di salute dei bambini nel tempo.

costanza.pizzi@unito.it

091 - orale

L'allattamento al seno nei primi due anni di vita del bambino rilevato in occasione delle sedute vaccinali

Enrica Pizzi[1], Laura Lauria[1], Marta Buoncristiano[1], Paola Nardone[1], Angela Spinelli[1], Serena Battilomo[2] e il Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni.

[1]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma;
[2]Direzione Generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma

INTRODUZIONE L'allattamento al seno, esclusivo fino a 6 mesi e comunque fino ai 2 anni di età, come raccomandato dall'OMS, è oggetto di forti azioni di promozione e di campagne informative, date le consolidate evidenze scientifiche di effetti positivi sulla salute del bambino e della madre. L'allattamento al seno è un'informazione rilevata dal Sistema di Sorveglianza sperimentale sui determinanti di salute nel bambino da prima del concepimento ai due anni di vita inclusi nel programma GenitoriPiù, promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con 5 Regioni (Campania, Calabria, Marche, Puglia, Veneto), l'ASL Milano e l'Università Ca' Foscari Venezia.

OBIETTIVI Riportare i risultati parziali di prevalenze di allattamento al seno e di allattamento esclusivo al seno a vari mesi di vita del bambino rilevate dal Sistema di Sorveglianza sperimentale in occasione delle sedute vaccinali.

METODI Ciascuna Regione/ASL ha identificato da 1 a 4 Distretti sanitari da coinvolgere nella sorveglianza per un totale di 13 Distretti. La raccolta dei dati si sta realizzando in tutti i Centri Vaccinali presenti nei Distretti individuati tramite un questionario rivolto alle madri durante le sedute vaccinali. Per ciascun Distretto sono stati previsti 4 campioni rappresentativi riferiti alle 3 dosi vaccinali DTP e al gruppo di tutte le altre vaccinazioni. Il campione totale sarà costituito da circa 14.000 madri. Il questionario, che raccoglie informazioni su alcuni determinanti di salute tra cui l'allattamento al seno, viene somministrato con modalità diverse (autocompilato dalle madri o compilato dall'operatore) in funzione delle caratteristiche organizzative dei Distretti. La raccolta è iniziata a gennaio 2015 e terminerà a novembre 2015.

RISULTATI I risultati qui riportati sono riferiti a dati parziali relativi ad una copertura dei campioni complessivi per Distretto che varia dal 44,5% al 100% e ad un numero di interviste che varia da 375 a 1723. Il tasso di rispondenza varia dall'87,9% al 100%. La percentuale di donne che non hanno mai allattato al seno varia da 0 a 9,3%. La prevalenza di allattamento al seno per i bambini fino a meno di 6 mesi di età varia dal 41,8% all'80,1%; da 6 a meno di 13 mesi varia da 23,4% a 47,8%; da 13 a 24 mesi varia dal 12,0% al 33,3%. La prevalenza di allattamento esclusivo al seno per i bambini fino a meno di 3 mesi di età varia da 19,4% a 62,0%; da 3 a meno di 4 mesi varia da 13,3% a 56,7%; da 4 a meno di 6 mesi varia da 3,1% a 39,4%.

CONCLUSIONI I risultati, basati su dati parziali, mostrano una grande variabilità nelle prevalenze di allattamento e di allattamento esclusivo al seno con valori tendenzialmente più bassi al sud. Anche se le differenze rilevate potrebbero in parte essere attribuite alle diverse modalità utilizzate per la raccolta dei dati, si evidenzia la necessità di azioni forti per il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute-CCM

enrica.pizzi@iss.it

092 - orale

VARIANTI GENETICHE E INTERAZIONE GENE-ASBESTO NEL MESOTELIOMA PLEURICO

Sara Tunesi[1,2], Daniela Ferrante[1], Dario Mirabelli[2,3], Silvano Andorno[1], Marta Betti[4], Giovanni Fiorito[5,6], Simonetta Guarrera[5,6], Elisabetta Casalone[5,6], Monica Neri[7], Donatella Ugolini[8], Stefano Bonassi[7], Giuseppe Matullo[5,6], Irma Dianzani[4], Corrado Magnani[1,3].

[1]Dipartimento di Medicina Traslazionale – Unità di Statistica Medica e Epidemiologia, CPO Piemonte and Università del Piemonte Orientale, Novara; [2]Centro di Epidemiologia and Prevenzione in Oncologia (CPO), Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino; [3]Centro interdipartimentale "G. Scansetti", Università di Torino, Torino; [4]Dipartimento di Scienze della Salute, Università del Piemonte Orientale, Novara; [5]Human Genetics Foundation, Torino; [6]Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino, Torino; [7]Unità di Epidemiologia Clinica e Molecolare, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma; [8]Dipartimento di Medicina Interna, Università di Genova e IRCSS AOU San Martino-IST-Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova.

INTRODUZIONE L'esposizione ad asbesto (EA) è il principale fattore di rischio per il mesotelioma maligno della pleura (MMP). Tuttavia meno del 10% dei soggetti altamente esposti all'asbesto sviluppa MMP, suggerendo il possibile coinvolgimento di altri fattori nel processo di carcinogenesi. La relativa rarità del MMP, anche tra soggetti appartenenti a coorti altamente esposte all'asbesto, e l'osservazione di cluster familiari hanno suggerito l'esistenza di una componente genetica nell'eziologia del MMP.

OBIETTIVI Al fine di valutare i fattori di rischio genetici che possono modulare il rischio di MMP dopo esposizione ad amianto è stato condotto uno studio di associazione caso-controllo a livello dell'intero genoma (GWAS). Per le varianti genetiche (SNPs) più significative individuate è stata indagata la possibile interazione con l'EA.

METODI Il campione in studio ha compreso 407 casi di MMP e 389 controlli provenienti da Casale Monferrato, Torino, Genova e La Spezia. Sia per l'EA che per i genotipi è stata utilizzata una classificazione binaria: esposti/non esposti per l'EA e portatori/non portatori di variante genetica. Nel GWAS, mediante regressione logistica, sono stati testati 330879 SNPs per l'associazione con MMP aggiustando per esposizione ad asbesto, età, sesso, centro di reclutamento e cluster delle componenti principali (PCA). Sono stati considerati significativi gli SNP aventi un p-value <1.5x10-7. Per ciascuno degli SNP individuati dalle precedenti analisi è stata valutata l'interazione tra genotipo ed EA utilizzando sia un modello additivo che un modello moltiplicativo. La deviazione dal modello additivo è stata indagata utilizzando l'indice di eccesso di rischio (RERI) e l'indice di sinergia (SI). Gli intervalli di confidenza sono stati calcolati mediante il "delta method". La deviazione dal modello moltiplicativo è stata valutata mediante regressione logistica multivaribile includendo uno SNP alla volta, EA, l'interazione SNP×EA ed aggiustando per età, sesso, centro di reclutamento e PCA. La significatività dell'interazione moltiplicativa è stata valutata confrontando il modello contenente l'interazione ed il modello senza interazione mediante likelihood ratio test.

RISULTATI Dall'analisi di regressione sono stati identificati 15 SNP (rs2236304, rs742109, rs1508805, rs2501618, rs4701085, rs4290865, rs9536579, rs7632718, rs9833191, rs3801094, rs7841347, rs10519201, rs5756444, rs10815216, rs73034881) associati con il rischio di MMP. Sei di questi (rs1508805, rs2501618, rs4701085, rs4290865, rs10519201, rs763271) hanno mostrato deviazione dal modello additivo, quattro dei quali (rs1508805, rs2501618, rs4701085, rs10519201) deviano anche dal modello moltiplicativo.

CONCLUSIONI I risultati ottenuti hanno consentito di identificare 15 SNPs il cui allele variante è associato all'insorgenza del MMP. Alcune di queste varianti hanno mostrato di avere, secondo diversi modelli di interazione, un effetto combinato con l'EA nel processo di carcinogenesi.

sara.tunesi@med.uniupo.it

093 - poster

INDAGINE SULLE CONOSCENZE E ABITUDINI ALIMENTARI DELLE FAMIGLIE CON BAMBINI DAI 0 AI 3 ANNI

Vincenzo Baldo, Cinzia Braida, Titze Thomas

Introduzione L'obesità infantile è in aumento, ed è un fattore predisponente di sovrappeso e obesità in età adulta, e quindi di malattie croniche di primaria importanza. Le evidenze più recenti, infatti, hanno dimostrato che la nutrizione nella prima infanzia influisce sulla salute dell'individuo in tutte le età successive. Nonostante questo, in provincia di Gorizia manca ad oggi uno studio che indaghi le abitudini alimentari dei bambini dai 0 ai 3 anni e le conoscenze dei loro genitori, responsabili della loro alimentazione.

Obiettivi

OBIETTIVO GENERALE:

Valutare le conoscenze alimentari dei genitori al fine di offrire all'ASS 2 elementi per poter progettare interventi mirati di promozione della salute.

OBIETTIVI SPECIFICI:

Individuare l'eventuale correlazione fra le fonti di informazione del genitore e le sue conoscenze alimentari

Ipotizzare un intervento per promuovere corretti stili alimentari

Materiali e metodi È stato somministrato un questionario auto redatto che permettesse di reperire le informazioni necessarie. Esso è stato consegnato ai genitori della provincia di Gorizia, attraverso i 17 nidi d'infanzia che hanno aderito all'indagine. 353 genitori lo hanno riconsegnato compilato, costituendo così il campione oggetto dello studio. Per valutare le conoscenze dei genitori è stato predisposto all'interno del questionario un test che prevedeva l'inserimento di alcuni alimenti nei quadranti di un semaforo. A seconda delle conoscenza dei genitori riguardo degli alimenti, a ciascuno di essi è stato assegnato un punteggio

Risultati È presente un numero rilevante di bambini e genitori in sovrappeso e obesi, in linea con i dati riscontrati a livello nazionale, rispettivamente 8% e 24%. I fattori individuati dallo studio che incidono maggiormente sul BMI del bambino sono, in ordine decrescente, il titolo di studio del genitore, le conoscenze del genitore, il BMI del genitore. Dai dati è emerso che il pediatra riveste il ruolo di fonte d'informazione principale, mentre l'Azienda Sanitaria n°2 "Isontina" riveste un ruolo marginale.

Conclusioni I dati rilevati confermano la necessità di interventi di educazione e promozione della salute sul tema dell'alimentazione nella prima infanzia, che, grazie ai risultati dello studio, potranno essere più mirati e meglio strutturati.

thomas_titze@live.it

094 - ORALE

Biomonitoraggio sulla matrice "unghie" di un campione di residenti nell'area circostante l'impianto di incenerimento urbano di Modena

Maria Giulia Gatti[1], Petra Bechtold[1], Giovanna Barbieri[1], Laura Iacuzio[2], Lucia Borsari[3], Alice Casari[4], Angela Ferrari[3], Elena Righi[3], Giulia Quattrini[1], Emanuele Botosso[2], Eugenia Carluccio[2], Bianca Gherardi[4], Francesco Soncini[2], Alessandra Schiavi[1], Andrea Ranzi[4], Paolo Lauriola[4], Gabriella Aggazzotti[3], Carlo Alberto Goldoni[1]

[1]Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; [2]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia; [3]Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica Università di Modena e Reggio Emilia ; [4]Centro Tematico Regionale Ambiente & Salute, Arpa Emilia Romagna

Introduzione e obiettivi: In corso di Autorizzazione Integrata Ambientale per l'ampliamento dell'inceneritore urbano (Provincia di Modena; 2007), è stato attivato dal Servizio Epidemiologia locale uno studio di biomonotoraggio su un campione di esposti. In una prima fase, per valutare l'esposizione recente ad IPA e Metalli, lo studio è stato effettuato sulle urine. In questa fase la relazione tra esposizione esterna e livelli interni è apparsa plausibile per gli IPA e debole per i metalli. Nella seconda fase, qui descritta, per indagare esposizioni croniche, sono stati ricercati alcuni metalli su campioni di unghie dei piedi.

Metodi: Tra novembre 2013 e maggio 2014 sono stati arruolati circa 500 soggetti. Il campionamento ha previsto: stratificazione per livello espositivo, età e sesso. L'esposizione è stata misurata utilizzando le mappe di ricaduta (PM10) del 2° semestre 2013 e del 1° 2014. Sulle unghie dei soggetti sono stati ricercati: Cadmio (Cd), Cromo (Cr), Manganese (Mn), Nichel (Ni). Per il controllo dei confondenti sono state raccolte informazioni anagrafiche, antropometriche, di stile di vita, su storia residenziale e lavorativa, su consumo di farmaci e stato di salute. Analisi di regressione multivariata sono state condotte per ogni analita.

Risultati: Tra i 4 metalli, il Cadmio ha presentato più del 50% delle rilevazioni al di sotto del limite di rilevazione, i restanti hanno mostrato i seguenti indici di tendenza centrale e dispersione (Media, Mediana, ES; UM µg/g): Cr 1.34, 0.51, 2.80; Mn 0.39, 0.25, 0.54; Ni 1.07, 0.28, 3.06. Le relazioni significative osservate nei modelli sono state le seguenti. Il Cromo ha evidenziato relazioni positive col titolo di studio, il sesso femminile, la cittadinanza italiana, l'utilizzo frequente di tintura per i capelli (1v/mese) e la presenza di trucco permanente. Il Manganese ha mostrato relazioni col sesso femminile, l'esposizione lavorativa a metalli, il trascorrere tempo all'aperto, l'attività di edilizia casalinga, l'essere portatore di endoprotesi, il consumo di cibi locali, di vino rosso e l'utilizzo di riscaldamento a legna. Cromo e Manganese, inoltre, hanno mostrato una relazione coi quartili più alti di esposizione ad inceneritore rispetto al primo; questa tendenza si mostra con la medesima variabile espressa in modo continuo. Il nichel, infine, ha presentato relazioni con l'età giovanile, l'uso frequente di bigiotteria, la presenza di amalgame dentarie e col consumo di pomodori; nessuna relazione significativa con l'esposizione ad inceneritore.

Conclusioni: i risultati sono apparsi in linea con osservazioni di letteratura pertanto sembra che, per Ni, Mn e Cr, la matrice utilizzata possa considerarsi affidabile nella valutazione dell'esposizione di lunga durata. Il Cd, invece, è sospettato di scarso accumulo nelle unghie. Alla luce di queste conclusioni, le relazioni descritte con l'esposizione all'inceneritore appaiono di interesse e dovranno essere opportunamente valutate.

gi.gatti@ausl.mo.it

095 - orale

Sorveglianza epidemiologica sulla frequenza di tumori.

Lorenzo Cecconi[1], Dolores Catelan[1,2],Giorgia Stoppa[3], Lucia Miligi[3], Sara Piro[3], Emanuele Crocetti[4], Gianfranco Manneschi[4], Alessandro Barchielli[5], Annibale Biggeri[1,2]

[1]Dip. di Statistica, Informatica, Applicazioni "G.Parenti", Firenze; [2]SC di Biostatistica , ISPO Istituto per lo studio e la prevenzione Oncologica, Firenze; [3]SS di Epidemiologia ambientale ed Occupazionale , ISPO-Istituto per lo studio e la prevenzione Oncologica, Firenze; [4]AIRTUM; [5]SS Infrastruttura registri-Registro Tumori Toscano, ISPO Istituto per lo studio e la prevenzione Oncologica, Firenze

Introduzione. Nella sorveglianza epidemiologica spaziale o spazio-temporale siamo interessati ad identificare variazioni della frequenza di malattia rispetto ad un livello di riferimento. In letteratura sono usati vari metodi ma tutti tengono conto del problema di molteplicità dei test, vuoi come controllo globale del tasso di falsi positivi vuoi come meno conservativa procedura di controllo del tasso di falsi positivi tra le ipotesi nulle dichiarate false. Poco è stato discusso sull'utilizzo di informazioni aggiuntive – nel caso geografico su fonti di emissioni di sostanze nocive ad esempio – per migliorare la performance in termini di falsi positivi/falsi negativi nella identificazione di aree divergenti.

Obiettivi. Incorporare nella modellazione statistica informazioni a priori per esplorare la presenza di cluster di malattia all'interno di un insieme di comuni correggendo simultaneamente per i test multipli e ottimizzando il rapporto falsi positivi/falsi negativi.

Metodi. Specificazione di un modello gerarchico Bayesiano a tre livelli per ottenere per ciascuna area la probabilità di classificazione (probabilità dell'ipotesi nulla) corretta per test multipli. Informazioni specifiche vengono considerate al fine di specificare una funzione di perdita ottimale relativamente al rapporto falsi positivi / falsi negativi.

Risultati. Vengono presentati due esempi. Il primo riguarda la prevalenza di tumori del sistema linfoematopoietico (anni 2001-2010) negli uomini residenti nei 377 comuni della Sardegna. Il secondo l'incidenza di tumori infantili (anni 1996-2007) nei 51 comuni delle province di Firenze e Prato. In entrambi gli esempi fermarsi allo scrutinio delle probabilità di classificazione senza esplorare differenti e informative funzioni di penalizzazione porta a risultati difficilmente interpretabili e fortemente conservativi.

Conclusioni. In un contesto di sorveglianza e quindi fortemente caratterizzato in senso decisionale, fermarsi alla valutazione delle probabilità di classificazione comporta una forte perdita di informazione e nasconde le assunzioni soggiacenti. Una esplorazione di differenti e informative funzioni di penalizzazione permette di apprezzare criticamente il peso dei falsi positivi vs i falsi negativi.

cecconi@disia.unifi.it

096 - orale

La sopravvivenza dei pazienti dializzati incidenti in Regione Veneto: analisi della coorte 2007-2010

Giorgio Donà*, Veronica Casotto§, Maurizio Nordio*, Francesco Antonucci*, Saugo Mario§

* Registro Veneto di Dialisi e Trapianto, § Sistema Epidemiologico Regionale

INTRODUZIONE I pazienti in trattamento emodialitico presentano una mortalità molto più elevata rispetto a quella della popolazione generale, e rispetto ai pazienti prevalenti, la mortalità nei pazienti incidenti è ancora più elevata nei primi mesi dall'inizio del trattamento.

OBIETTIVIValutare la sopravvivenza precoce (1 anno) e tardiva (3 anni) e l'impatto dei parametri registrati all'inizio del trattamento sulla sopravvivenza.

METODI L'analisi è stata condotta su una coorte di pazienti veneti residenti che hanno iniziato il trattamento dialitico nel periodo 2007-2010 (Registro Veneto Dialisi e Trapianto). Per l'accertamento dello stato in vita è stata utilizzata l'anagrafe regionale, mentre per le cause di decesso il Registro di Mortalità Regionale. Per valutare l'associazione di variabili demografiche e nefrologiche con la mortalità sono stati stimati gli Hazard Ratios (HR), tramite regressione di Cox.

RISULTATII pazienti incidenti residenti e notificati in Veneto, nel periodo 2007-2010, sono 2.221. Si tratta prevalentemente di pazienti di sesso maschile (64%) con età media al primo trattamento di 64,7 anni. Per quanto riguarda la tipologia di trattamento il 77% è stato trattato con dialisi extracorporea, il 22% con dialisi peritoneale e l'1% ha subito un trapianto di rene preemptive. In più della metà dei pazienti (53%) era presente ipertensione al momento dell'inizio del trattamento sostitutivo, nel 24% diabete e nel 28% una cardiopatia. Le principali cause di decesso sono le patologie cardiovascolari, la malattia renale, i tumori ed il diabete. La probabilità di sopravvivenza ad un anno dall'inizio del trattamento è dell' 84%, a due del 72% e a tre del 63%. Anno di incidenza e sesso non presentano differenze significative di sopravvivenza mentre l'età è un fattore fortemente discriminante. Le variabili nefrologiche rilevate al momento dell'inizio del trattamento dialitico significativamente associate alla sopravvivenza sono: nefropatia di base (rispetto alle Glomerulonefriti primarie, le Glomerulonefriti secondarie tra le quali è compresa la diabetica presentano un rischio di mortalità quasi tre volte superiore (HR 2,99 ; 2,03-4,39)), e tipo di accesso dialitico (rispetto ai portatori di fistola artero-venosa, i portatori di catetere venoso centrale temporaneo presentano un HR di 1,75 (1,47-2,07) e i portatori di catetere venoso permanente un HR di 0,84 (0,65,1,09)).

CONCLUSIONILa sopravvivenza precoce dei pazienti incidenti è influenzata da vari fattori, tra cui il care predialitico, le caratteristiche del paziente, le modalità del trattamento. I risultati dell'analisi univariata e multivariata mostrano come la mortalità sia maggiormente influenzata dalle caratteristiche del paziente rispetto alle modalità di trattamento. Ulteriori analisi sono necessarie per valutare il ruolo del care predialitico.

giorgio.dona@regione.veneto.it

097 - orale

I risultati del progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni

Serena Donati[1], Marta Buoncristiano[1], Alice Maraschini[1] , Ilaria Lega[1], Silvia Andreozzi[1], Mauro Bucciarelli[1] e il Gruppo di lavoro ISS – Regioni[2]

[1]Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva – CNESPS, Istituto Superiore di Sanità Roma; [2]Simona Asole, Vittorio Basevi, Monica Da Frè, Gabriella Dardanoni, Domenico Di Lallo, Valeria Dubini, Camilla Lupi, Luisa Mondo, Marcello Pezzella, Renato Pizzuti, Arianna Polo, Raffaella Rusciani, Daniela Spettoli, Fabio Voller.

Introduzione Il monitoraggio della mortalità e morbosità materna, mediante un'attenta revisione dell'appropriatezza degli interventi sanitari, promuove la salute perinatale. Gli ostacoli maggiori alla rilevazione delle morti materne sono materne sono: la bassa frequenza relativa e la conseguente difficoltà nella produzione di stime stabili, l'errata notifica dovuta alla complessità della definizione che richiede la conoscenza non solo del decesso, ma anche delle cause e del suo timing.

Obiettivi Implementare un modello di sorveglianza attiva della mortalità materna in alcune Regioni Italiane distribuite sull'intero territorio nazionale e validarne l'efficacia nel produrre rilevazioni affidabili e nel raccogliere le informazioni utili a prevenire i decessi evitabili.

Metodi Il progetto coinvolge 6 regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) che coprono il 49% dei nati in Italia e prevede una duplice modalità di rilevazione delle morti materne:

- retrospettiva, mediante record-linkage tra registri di mortalità e schede di dimissione ospedaliera.
- prospettica, mediante segnalazione dei casi incidenti da parte degli oltre 300 presidi sanitari pubblici e privati dotati di ostetricia e/o terapia intensiva, unità coronarica, stroke unit. Ogni morte materna viene notificata e sottoposta ad audit multi-professionale all'interno del presidio sanitario, ad Indagine Confidenziale da parte di un comitato multiprofessionale e a verifica centrale in ISS.

Risultati Attraverso il record-linkage, negli anni 2006-2010 sono state rilevate 128 morti materne pari ad una sottostima del 59% del rapporto di mortalità materna (MMR=9,8/100.000 nati vivi) rispetto al dato ISTAT (4,0) con ampia variabilità tra Regioni: 4,6 in Toscana e 13,4 in Campania. L'emorragia ostetrica è la causa più frequente delle morti dirette (51,6%) seguita dall'ipertensione (19,4%), tromboembolia (11,3%) e sepsi (4,8%). L'età ≥35 anni, il basso livello di istruzione e il taglio cesareo sono condizioni associate ad un maggior rischio di mortalità materna. Dal 2013 al 2015 i presidi sanitari hanno notificato 39 casi di morte materna di cui 29 sono stati sottoposti ad indagine confidenziale. Per 12 casi l'assistenza è stata definita appropriata e non migliorabile, per 5 è stata definita migliorabile anche se con esito non evitabile e per i rimanenti 12 migliorabile con possibile modifica dell'esito.

Conclusioni La sorveglianza ostetrica fornisce informazioni dettagliate sull'assistenza ricevuta dalle donne decedute favorendo l'identificazione di eventuali criticità assistenziali o organizzative indispensabili per promuovere interventi volti alla prevenzione dei decessi evitabili stimati in letteratura pari al 50% del totale delle morti materne. Nel 2015, grazie ad un nuovo finanziamento del Ministero della Salute, la sorveglianza ostetrica prosegue con l'estensione alla Lombardia e alla Puglia facendo salire la copertura al 73% dei nati del Paese.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute – CCM

serena.donati@iss.it

098 - poster

Le iniziative del sistema di sorveglianza ostetrica ISS-Regioni sui near miss da emorragia del post partum

Serena Donati[1], Alice Maraschini[1], Marta Buoncristiano[1], Ilaria Lega[1], Silvia Andreozzi[1], Mauro Bucciarelli[1] e il Gruppo di lavoro ISS – Regioni[2]

[1] Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva – CNESPS, Istituto Superiore di Sanità Roma; [2] Simona Asole, Vittorio Basevi, Monica Da Frè, Gabriella Dardanoni, Domenico Di Lallo, Valeria Dubini, Camilla Lupi, Luisa Mondo, Marcello Pezzella, Renato Pizzuti, Arianna Polo, Raffaella Rusciani, Daniela Spettoli, Fabio Voller.

Introduzione La distribuzione di frequenza delle cause di mortalità e grave morbosità materna rilevata dal sistema di sorveglianza ostetrica ISS-Regioni vede al primo posto l'emorragia del post partum (EPP). La condizione offre un ampio margine di evitabilità e la sua incidenza risulta maggiore rispetto ad altri Paesi socialmente avanzati. Si è ritenuto pertanto urgente organizzare una serie di iniziative di ricerca e di formazione volte da un lato a migliorare la conoscenza di questa emergenza ostetrica, e dall'altro a promuovere l'aggiornamento dei professionisti sanitari.

Obiettivi Rilevare e analizzare i casi incidenti di near miss da EPP e/o rottura d'utero e/o placentazione anomala invasiva e/o isterectomia del post-partum; offrire a medici e ostetriche un corso formazione a distanza (FAD) accreditato ECM; predisporre una linea guida sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS.

Metodi Da settembre 2014 l'ISS, in collaborazione con le regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia, che coprono il 49% dei nati del Paese, ha avviato una raccolta prospettica population-based dei casi incidenti di near miss ostetrici segnalati via web da 246 presidi dotati di ostetricia. Nel 2014-15 è stato offerto gratuitamente un corso FAD basato sulla simulazione di casi clinici che permettono al partecipante di cimentarsi con la gestione di problemi abituali e di valutare la propria capacità di applicazione delle nozioni acquisite nella pratica quotidiana. Nel 2015 è stata avviata la realizzazione di una linea guida (LG) evidence-based adottando la metodologia del SNLG-ISS.

Risultati A luglio 2015 sono stati segnalati 312 casi di near miss: 157 EPP, 116 placentazioni anomale invasive, 28 isterectomie peri partum e 11 rotture d'utero. Oltre alla stima del tasso di morbosità materna grave per causa, l'analisi dei dati permetterà di valutare l'appropriatezza clinica e organizzativa dei percorsi assistenziali adottati al fine di identificare aree di criticità e definire modelli operativi di aggiornamento per i professionisti sanitari.
In 12 mesi, oltre 6.000 professionisti hanno partecipato alla FAD in tutto il Paese e 5.596 hanno acquisito 12 crediti ECM esprimendo un giudizio positivo in termini di rilevanza, qualità ed efficacia del corso nel 99% dei casi.
La LG Intrapartum care del NICE e Il rapporto Management of Postpartum Hemorrhage dell'AHRQ sono stati identificati quali documenti di riferimento per la LG. Il panel, definito in collaborazione con le società scientifiche, si è riunito per la prima volta a giugno 2015 e ha definito i quesiti clinici e gli outcome di interesse.

Conclusioni Le iniziative descritte coinvolgono e rafforzano la rete dei referenti del progetto di sorveglianza della mortalità materna. Infatti i near miss, al contrario delle morti materne, rappresentano dei successi terapeutici e come tali sono un'occasione preziosa per facilitare la diffusione della pratica del confronto tra pari e la costruzione di una cultura "no blame".

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM

serena.donati@iss.it

099 - orale

Com'è amara la vita: la dieta ipoglicidica per classe sociale tra i diabetici in Italia nelle indagini multiscopo Istat sulla salute 2005 e 2013.

C. Piccinelli[1], P. Carnà[2], A. d'Errico[2]

[1]Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche – Università di Torino; [2]Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3, Regione Piemonte, Grugliasco (Torino)

Introduzione Dal 2000 al 2012 la percentuale di diabetici in Italia è passata dal 3,7% al 5,5% (dati ISTAT 2012). La dieta ipoglicidica (DIG) è il principale intervento, dopo la terapia farmacologica, per il controllo di questa patologia cronica. Non ci sono indagini pubblicate in Italia che studino la diffusione della dieta ipoglicidica tra i diabetici e quanto questa differisca per strato sociale di appartenenza.

Obiettivi Obiettivo di questo studio è valutare la relazione tra la classe sociale e l'attitudine a seguire una DIG tra pazienti diabetici in Italia e se tale relazione sia cambiata tra il 2005 ed il 2013.

Materiale e metodi E' stato adottato un disegno di studio trasversale su base di popolazione, che utilizza i dati raccolti dalle indagini multiscopo Istat 2005 e 2013, restringendo alla popolazione diabetica di età 40-80 anni. Come variabile proxy della classe sociale è stato considerato il livello d'istruzione stratificato in quattro categorie (laurea, diploma scuola media superiore, diploma scuola media inferiore, licenza elementare o meno).

Per le analisi è stato utilizzato un modello di regressione di Poisson con stimatore robusto della varianza, controllato per alcune variabili come sesso, area geografica, BMI, utilizzo di farmaci antidiabetici e per un indicatore di presenza e gravità di malattie croniche.

Risultati La proporzione di diabetici che dichiarano di seguire una DIG si riduce tra il 2005 e il 2013 di quasi il 10% in entrambi i generi. L'analisi di regressione mostra che nel 2005 non vi sono differenze significative nella DIG per livello di istruzione, mentre nel 2013 i laureati presentano una prevalenza significativamente più alta rispetto a tutte le altre categorie di istruzione ($p<=0.01$ per tutte). L'anno di rilevazione risulta un significativo modificatore di effetto della relazione tra livello di istruzione e DIG, con una riduzione nel 2013, rispetto al 2005, della sua prevalenza in tutte le categorie inferiori alla laurea, che raggiunge la significatività statistica tra i diplomati ($p=0.006$) e tra i soggetti con licenza elementare o meno ($p=0.016$). Al contrario, tra i laureati la proporzione di soggetti che seguono la DIG non cambia significativamente (dal 57.9% al 56.3%).

Conclusioni Lo studio dimostra una significativa riduzione tra il 2005 e il 2013 nella proporzione di DIG tra i pazienti diabetici, che ha riguardato solo i soggetti diabetici con titolo di studio inferiore alla laurea. Tra le possibili interpretazioni di questi risultati, il maggiore costo della DIG, rispetto a diete ricche di carboidrati, potrebbe aver condizionato le classi sociali meno abbienti a ridurne l'utilizzo durante la crisi. Un'altra possibilità è che la comunicazione ai pazienti diabetici, da parte degli operatori sanitari o dei media, sull'importanza di seguire una DIG indipendentemente dall'assunzione di farmaci, si sia indebolita negli ultimi anni e a risentirne siano stati soprattutto i soggetti meno istruiti.

cristianopiccinelli@gmail.com

100 - orale

Abitudini alimentari e composizione del latte materno: Lo studio MediDiet

Autori: Ferraroni Monica[1], Bravi Francesca[1], Wiens Frank[2], Stahl Bernd[2], Bertino Enrico[3], Decarli Adriano[1], Moro Guido[4]

[1] Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano; [2] Human Milk Research, Danone, Utrecht, The Netherlands; [3] S.C. Neonatologia dell'Università Città della Salute e della Scienza. Torino; [4] Associazione Italiana delle Banche del Latte Donato ONLUS, Milano

Introduzione Il latte materno non risulta possedere una composizione omogenea, diversamente dalle formule, e la sua composizione risulta influenzata da diversi fattori tra cui quelli genetici, ambientali, lo stile di vita e le abitudini alimentari della madre. In particolare la dieta di una donna in allattamento può influenzare la composizione del latte attraverso diverse vie metaboliche tra loro connesse che producono sia una modulazione diretta, sia effetti indiretti.

Obbiettivi L'obbiettivo principale dello studio è quello di verificare come varia la composizione del latte materno nelle donne con abitudini alimentari che con modalità diverse si discostano da un regime alimentare classificabile come "dieta mediterranea". Si vuole inoltre studiare se la composizione del latte materno è maggiormente influenzata dai consumi alimentari della madre a breve, a medio o a lungo termine. Verranno presentati alcuni risultati dello studio, con particolare attenzione alle informazioni che caratterizzano l'alimentazione della madre durante l'allattamento.

Metodi Le informazioni raccolte si riferiscono a 300 donne sane che hanno partorito un figlio sano presso 5 ospedali sede di Banche del latte donato. Ogni donna ha donato un campione di latte e risposto ad un questionario strutturato, somministrato da personale addestrato, volto a raccogliere dati demografici, clinici ed antropometrici della madre e del bambino, alcune informazioni sullo stile di vita e i dati relativi al prelievo di latte. Le informazioni relative alle abitudini alimentari erano articolate in 4 distinte sezioni: 1) dieta abituale durante l'allattamento; 2) dieta negli ultimi due giorni prima del prelievo; 3) consumo alimentare la sera prima del prelievo; 4) consumo alimentare la mattina del prelievo, prima della donazione del latte.

Risultati Delle 300 donne partecipanti allo studio 110 sono di Torino, 23 di Firenze, 46 di Roma, 20 di Palermo e 101 di San Giovanni Rotondo. L'età media è di 33 anni (SD=4.1 anni) senza differenze statisticamente significative tra i centri. Tranne a San Giovanni Rotondo dove il 51% circa delle donatrici si dichiara casalinga, la professione più dichiarata è quella di impiegata. L'aderenza alla dieta mediterranea calcolata tramite MDS (Trichopoulou 1995) indica una bassa aderenza (MDS< 3) nel 38% delle donatrici. Sorprendentemente tale aderenza risulta superiore al nord (MDS > 7 =8.2%) rispetto al sud (MDS > 7=2.5%).

Conclusioni Oltre alle caratteristiche generali delle donatrici che hanno accettato di partecipare allo studio MediDiet, verranno presentati dati che permettono di valutare le diverse modalità di scostamento dalla dieta mediterranea, come base preliminare per le analisi successive che permetteranno di identificare l'importanza della tipologia alimentare sulla composizione del latte materno.

monica.ferraroni@unimi.it

101 - orale

ANALISI DELLA RELAZIONE TRA SOPRAVVIVENZA E ADERENZA AI PERCORSI DIAGNOSTICI-TERAPEUTICI NEL TUMORE DELLA MAMMELLA, A PARTIRE DA DATI DI REGISTRO E FLUSSI SANITARI CORRENTI.

Anita Andreano[1], Maria Grazia Valsecchi[1], Antonio Giampiero Russo[2]

[1]Centro di Biostatistica per l'Epidemiologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Milano Bicocca; [2] Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati – ASL Milano 1.

INTRODUZIONE Le linee guida nel trattamento dei tumori si basano sull'evidenza di miglioramento della sopravvivenza, per le diverse procedure diagnostiche e terapeutiche, ottenuta in trial clinici. Questi sono eseguiti in condizioni controllate e per popolazioni selezionate, spesso escludendo gli anziani e le persone con gravi comorbidità. Pertanto, è importante valutare l'impatto delle linee guida stesse sulla popolazione generale.

OBIETTIVI Indagare la relazione tra sopravvivenza ed aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici, specifici per età e stadio, a partire da registri tumori e database amministrativi in una popolazione di pazienti con tumore mammario.

METODI La popolazione in studio è costituita da tutti i casi incidenti 2007-09 di tumore della mammella, non metastatici alla diagnosi e senza precedenti tumori, rilevati dal registro tumori della Provincia di Milano (circa 1,6 milioni di abitanti). Abbiamo individuato 9 percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base di età, stadio e radicalità dell'intervento, ciascuno costituito da 4-8 procedure che, secondo la letteratura, hanno un impatto sulla sopravvivenza. Il rispetto di ciascuna procedura è stato misurato tramite un indicatore dicotomico precedentemente sviluppato a partire da registri tumori e flussi sanitari correnti. Per ciascuna paziente, è stata calcolata la proporzione (p) di indicatori positivi sul totale di quelli previsti nel percorso assegnatole. Abbiamo definito come aderenti al percorso le pazienti con $p \geq 0.75$, non aderenti se $p < 0.75$, e investigato la relazione tra sopravvivenza e aderenza mediante un modello di Cox, pesato per l'inverso del propensity score di aderenza. Quest'ultimo è stato stimato con un modello di regressione logistica, includendo come covariate età, stadio, grading e indice di Charlson.

RISULTATI Delle 3430 pazienti della coorte, sono state escluse quelle per cui il percorso diagnostico-terapeutico non è condiviso (212 non operate, 313 sottoposte a trattamento neoadiuvante, 149 in stadio I che hanno subito intervento radicale) e quelle di cui non è noto lo stadio (n=138, 4%). La sopravvivenza a 5 anni delle 2618 pazienti analizzate è dell'89% (IC95% 88-91). Stratificando per il solo stadio, la sopravvivenza a 5 anni delle pazienti con percorso aderente vs. non aderente è: stadio I, 97 vs. 95%; stadio II, 91 vs. 88%; stadio III, 77 vs.63%. L'hazard ratio di decesso per le pazienti aderenti vs. non aderenti, stimato dal modello di Cox pesato, è 0.7 (IC 95%, 0.5-0.9). Abbiamo inoltre effettuato un'analisi di sensibilità, usando come cut-off per l'aderenza p=0.5, in cui persiste l'effetto dell'aderenza sulla sopravvivenza.

CONCLUSIONI Una maggiore aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici basati sull'evidenza migliora la sopravvivenza delle pazienti con tumore mammario anche a livello di una popolazione non selezionata, in particolare per età e comorbidità.

anita.andreano@unimib.it

104 - poster

Uso di ACE-inibitori/Sartani in prevenzione secondaria: confronto tra indicazioni alla dimissione e prescrizioni registrate nel flusso informativo regionale delle prescrizioni di farmaci

Ursula Kirchmayer[1], Flavia Mayer[1], Mirko Di Martino[1], Davide Renzi[2], Nera Agabiti[1], Valeria Fano[3], Danilo Fusco[1], Marina Davoli[1]

[(1)]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio, Roma; [(2)]ASL Roma D; [(3)]ASL Roma C

Il presente studio è stato finanziato con i fondi del bando di farmacovigilanza 2011 della Regione Lazio.

INTRODUZIONE In ambito dello studio "Valutazione dell'impatto del Decreto Commissariale Ad Acta della Regione Lazio sull'uso dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (ACE-Inibitori e Sartani) in prevenzione secondaria nelle malattie cardiovascolari" è stata effettuata una raccolta dati da cartella clinica, comprese le indicazioni relative alla terapia farmacologica alla dimissione per un campione di pazienti dimessi con diagnosi cardiovascolare dall'Ospedale Grassi di Ostia nel periodo 2009-2011. Tali dati sono utili per confrontare le indicazioni con i reali consumi desunti dai registri reginali sulle prescrizioni territoriali (Farm) e ad erogazione diretta (FarmED).

OBIETTIVI Confrontare le indicazioni da cartella clinica sulla prescrizione di ACE-inibitori/Sartani alla dimissione con le prescrizioni registrate in Farm e FarmED in un campione di pazienti dimessi dopo un evento cardiovascolare.

METODI Per un campione di 697 pazienti sono state raccolte le indicazioni sulla terapia con ACE-inibitori/Sartani nella lettera di dimissione e sono state desunte le prescrizioni dei farmaci in studio da Farm/FarmED nei 30 giorni successivi alla dimissione dal ricovero indice. E' stata valutata la concordanza della scelta del farmaco tra le due fonti a livello del principio attivo. E' stato fatto un focus sui pazienti per i quali non risultava concordanza, per valutare se si trattava di un cambiamento tra ACE-Inibitori e Sartani oppure se si trattava di un cambiamento tra due principi attivi appartenenti allo stesso gruppo chimico.

RISULTATI Per 392 pazienti (56.2%) la lettera di dimissione indicava terapia con ACE-Inibitori o Sartani. Per questi risulta una concordanza a livello del principio attivo con i dati dei sistemi informativi Farm/FarmED per 301 pazienti (76.8%). Tra i 91 pazienti con prescrizioni non concordanti, la maggior parte non risultava avere prescrizioni. Nel caso in cui era indicato un ACE-Inibitori nella lettera di dimissione, il 19.2% assumeva un altro ACE-inibitore, il 7.7% un Sartano e il 73.1% non aveva prescrizioni. Per i pazienti con indicazione di un Sartano nella lettera di dimissione, il pattern non concordante delle prescrizioni da Farm/FarmED era il seguente: il 20.5% assumeva un altro Sartano, il 12.8% un ACE-Inibitore ed il 66.7% non assumeva nessuno dei due.

CONCLUSIONI Il presente confronto tra indicazioni da lettera di dimissione e dati disponibili da Farm/FarmED dimostra una buona concordanza. La maggior parte delle prime prescrizioni dopo la dimissione corrispondeva al principio attivo indicato nella lettera di dimissione. Relativamente all'alta percentuale di non prescrizioni nonostante la indicazione alla dimissione, la finestra temporale dei 30 giorni dopo la dimissione potrebbe aver portato a non identificare prescrizioni tardive. Un altro limite risulta dal fatto che il campione era composto dai soli pazienti dimessi da una singola struttura ospedaliera e non permette quindi di generalizzare i risultati.

u.kirchmayer@deplazio.it

105 - poster

Validazione dei dati del registro delle prescrizioni di farmaci in due campioni di pazienti anziani nella Regione Lazio

Ursula Kirchmayer [(1)], Flavia Mayer [(1)], Maria Basso [(2)], Raimondo De Cristofaro [(2)], Nadia Mores [(3)], Giovanna Cappai [(1)], Nera Agabiti [(1)], Danilo Fusco [(1)], Marina Davoli [(1)], Giovanni Gambassi [(4)]

[(1)] Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio, Roma; [(2)] Dipartimento di Scienze Mediche, U.O. di Malattie Emorragiche e Trombotiche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rom; [(3)]Dipartimento di Farmacologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [(4)] Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Il presente studio è stato finanziato con i fondi del bando di farmacovigilanza 2011 della Regione Lazio

INTRODUZIONE Nell'ambito di uno studio sull'utilizzo dei farmaci nella popolazione anziana della regione Lazio è stata effettuata una raccolta di dati da cartella clinica, comprese le informazioni sull'utilizzo dei farmaci.

OBIETTIVI Validare le informazioni disponibili nel registro delle prescrizioni di farmaci (Farm) nella regione Lazio mediante il confronto con dati derivati dalla revisione delle cartelle cliniche in due setting assistenziali.

METODI Sono stati raccolti i dati relativi a due campioni di pazienti anziani (65+ anni): 1) pazienti ricoverati tra ottobre 2010 e gennaio 2014 nel Centro di Medicina dell'Invecchiamento del Policlinico Gemelli di Roma (CEMI) e 2) pazienti residenti in 4 residenze sanitarie assistite (RSA) di Guidonia tra settembre 2007 e febbraio 2014. L'informazione relativa al consumo di farmaci era desunta dalle cartelle cliniche elettroniche. La validazione si basa sul confronto dei dati raccolti dai centri (gold standard) con le prescrizioni registrate in Farm a livello di paziente. La data indice era la dimissione dal CEMI o per le RSA la data di inizio terapia per ogni farmaco e paziente. Considerando l'approssimazione di queste date, il linkage con Farm per i farmaci in classe A al livello del gruppo chimico (ATC al 4° livello) è stato eseguito usando finestre temporali di 1-6 mesi intorno alla data indice.

RISULTATI Sono state analizzate 9,352 prescrizioni relative a 1,493 pazienti del CEMI e 8,000 prescrizione di 537 residenti in RSA. Allargando la finestra temporale, la concordanza tra le due fonti aumenta dal 62.4% (1 mese) al 77.8% (6 mesi) per il CEMI, e dal 44.7% al 61.6% per le RSA. La proporzione dei record concordanti varia notevolmente tra diversi gruppi di farmaci. Per i pazienti del CEMI la migliore concordanza si osserva per i farmaci cardiovascolari (1 mese 88.9%, 6 mesi 99.2%), i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (1 mese 86.4%, 6 mesi 97.5%), i farmaci respiratori (1 mese 84.1%, 6 mesi 96.2%), e i farmaci per il sistema genito-urinario ed ormoni sessuali (1 mese 81.1%, 6 mesi 96.5%). Per i residenti delle RSA le percentuali più elevate riguardano i farmaci antineoplastici (1 mese 83.3%, 6 mesi 100.0%), i farmaci cardiovascolari (1 mese 76.4%, 6 mesi 97.5%), i farmaci per il sistema genito-urinario ed ormoni sessuali e per il sistema nervoso centrale (1 mese 75.0% per entrambi, 6 mesi 91.7% e 96.5%, rispettivamente).

CONCLUSIONI I dati registrati in Farm dimostrano una buona concordanza con le informazioni raccolte ad hoc, soprattutto per i farmaci usati nelle principali terapie croniche. Le differenze osservate tra le due diverse fonti si spiegano in parte con la diversa composizione dei pazienti e delle loro patologie, con il fatto che in RSA alcuni farmaci largamente usati vengono acquistati a livello di struttura e non a livello del paziente, ed infine con le diverse modalità di raccolta dati.

u.kirchmayer@deplazio.it

106 - poster

Polifarmacoterapia nella popolazione anziana della Regione Lazio

Flavia Mayer [(1)], Ursula Kirchmayer [(1)], Maria Basso [(2)], Raimondo De Cristofaro [(2)], Nadia Mores [(3)], Giovanna Cappai [(1)], Nera Agabiti [(1)], Danilo Fusco [(1)], Marina Davoli [(1)], Giovanni Gambassi [(4)]

[(1)] Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio, Roma; [(2)] Dipartimento di Scienze Mediche, U.O. di Malattie Emorragiche e Trombotiche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [(3)] Dipartimento di farmacologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma ; [(4)] Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione L'invecchiamento della popolazione comporta una maggiore prevalenza di patologie croniche, che invariabilmente richiedono trattamenti farmacologici. Di conseguenza, è in crescita nei pazienti anziani la polifarmacoterapia che aumenta il rischio di interazioni tra farmaci e l'insorgenza di eventi avversi. Sono scarse le conoscenze sui consumi dei farmaci nella popolazione anziana italiana.

Obiettivi Il presente studio trasversale mira a descrivere l'uso di farmaci nella popolazione anziana della Regione Lazio e identificare le caratteristiche individuali associate alla polifarmacoterapia.

Metodi Sono stati arruolati tutti gli assistiti con almeno 65 anni, vivi e residenti nel Lazio alla fine del 2010. Della popolazione in studio sono state analizzate le caratteristiche sociodemografiche e le comorbidità, identificate eseguendo un record linkage con il sistema informativo ospedaliero nel periodo 2009-2010. Il consumo di farmaci durante il 2010 è stato desunto dal registro dei farmaci dispensati a livello territoriale (Farm) e ad erogazione diretta (FarmED). La polifarmacoterapia è stata definita come l'uso di 6+ farmaci diversi nello stesso anno, al livello del gruppo chimico (ATC 4° livello).

Risultati Nel periodo in studio, nella regione Lazio erano vivi ed assistiti 1,122,864 anziani. Di questi, il 59.8% erano donne e il 48.8% aveva almeno 75 anni. Quasi un terzo (28.3%) era stato ricoverato in ospedale nel biennio precedente, principalmente per malattie cardio-e cerebrovascolari, diabete e tumori. Tra i residenti nel comune di Roma il 16.9% viveva in aree di basso livello socio-economico.

Pochi anziani non avevano prescrizioni nel 2010 (6.8%), mentre il 58.8% era esposto a polifarmacoterapia. Gli utilizzatori di polifarmacoterapia erano più spesso donne (59.7%), anziani (54.5% di 75+ anni), affetti da comorbidità (37.2%) e residenti in aree più deprivate (19.2%).

Conclusioni Nel Lazio la polifarmacoterapia è molto diffusa tra gli anziani. Le stime di consumi sono da considerarsi conservative, dato che i farmaci non rimborsabili dal servizio sanitario regionale non sono tracciabili nei sistemi informativi.

Il presente studio è stato finanziato con i fondi del bando di farmacovigilanza 2011 della Regione Lazio.

f.mayer@deplazio.it

107 - orale

MOBI – KIDS: Rischio di tumori cerebrali ed esposizione a campi a radiofrequenza nei bambini e negli adolescenti: l'esperienza Toscana

Sara Piro [1], Lucia Miligi[1], Valentina Cacciarini[1], Annamaria Badiali[1], Simona Verdi[1], Iacopo Sardi[2], Silvia Farina[2], Lorenzo Genitori[3], Flavio Giordano[3], Annamaria Buccoliero[4], Antonio Messineo[5], Franco Ammannati[6], Lorenzo Bordi[6], Marco Farsi[7], Maria Luisa Siliani[8], Andrea Valeri[9], Francesco Spina[10], Mirko Lombardi[11], Paola Marini[11], Giuseppe Oliveri[12], Giovanni Marcocci[13], Elisabetta Verdelli[14], Carla Vindigni[15], Maria Cristina Epifani[16], Giuseppe Lippi[17], Adele Caldarella[18], Regina Mura[3], Barbara Spacca[3], Milena Guidi[2] , Marta Betti[5], Aurora Mariani[5], Andrea Boschi[6], Giacomo Tiezzi[12]

[1]S.S di Epidemiologia Ambientale ed Occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze; [2]S.S di neuro-oncologia della Clinica Pediatrica 1, Dipartimento attività integrate di pediatria internistica, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze; [3]U.O di neurochirurgia, Dipartimento neurosensoriale, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze; [4]SOD Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Firenze; [5]U.O Chirurgia Pediatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Firenze; [6]Neurochirurgia 1, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; [7]Chirurgia generale Oncologica, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; [8]Dipartimento DEA e chirurgia generale e d'urgenza, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; [9]Dipartimento DEA e Chirurgia generale e d'urgenza 1 mininvasiva, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; [10]Degenza chirurgica C, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; [11]U.O Chirurgia generale, ASL1 Massa e Carrara, Massa e Carrara; [12]U.O.C.A Neurochirurgia, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese,Siena; [13]Chirurgia Pediatrica, Ospedale San Donato di Arezzo, Arezzo; [14]Staff Direzione Aziendale ASL 8 di Arezzo, Arezzo; [15]U.O.C Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena; [16]U.O. di Epidemiologia della Azienda ASL 4, Prato; [17]Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata, ASF, Firenze; [18]SS di Epidemiologia Clinica Descrittiva, Istituto per lo studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

Introduzione Il rapido incremento dell'utilizzo del cellulare tra gli adolescenti ha generato un interesse sui possibili effetti sulla salute dell'esposizione a radiofrequenze (RF). Se c'è un rischio è più probabile che sia elevato tra gli utilizzatori in queste fasce di età perché il loro sistema nervoso, in fase di sviluppo, potrebbe essere sensibile all'effetto delle radiazioni. Se gli adolescenti utilizzano il cellulare in modo intenso in età precoce la probabilità di avere una maggior esposizione cumulativa alle RF nella vita sarà più alta.

Obiettivo Lo studio caso-controllo internazionale (MOBI-KIDS) coordinato dalla dott.ssa E. Cardis del CREAL di Barcellona e a livello Italiano dal Prof. F. Merletti della SC Epidemiologia dei tumori, dell'Università degli studi di Torino e che coinvolge 4 regioni in Italia, ha l' obiettivo di valutare il potenziale effetto cancerogeno dell'esposizione a RF da telefoni cellulari sul sistema nervoso centrale (SNC) nei bambini e negli adolescenti.

Metodi I casi inclusi nello studio sono pazienti di età compresa tra 10 e 24 anni con una diagnosi di tumore cerebrale primitivo, diagnosticato durante il periodo di studio (settembre 2011 - dicembre 2014) in Regione Toscana, previa approvazione dei comitati etici. Sono esclusi i pazienti affetti da sindromi genetiche note. Ai soggetti viene sottoposta un'intervista diretta tramite questionario informatizzato volta a raccogliere informazioni su variabili demografiche, potenziali fattori di rischio in particolare riguardanti l'uso del telefono cellulare e dati clinici. I casi sono

intervistati entro un anno dalla diagnosi ed i controlli entro un anno dall'intervista al caso. E' stata effettuata anche una raccolta di saliva per condurre lo studio sulla suscettibilità genetica del tumore cerebrale.

Per valutare l'esposizione a RF inoltre viene chiesto ai soggetti l'autorizzazione per accedere al traffico telefonico dai 5 principali gestori italiani. Vengono inoltre raccolte le immagini TC e/o RM per stabilire la localizzazione e dimensione del tumore.

Risultati In Toscana sono stati reclutati nel periodo in studio 43 casi dai reparti di neurochirurgia e neuro-oncologia di cui intervistati 34 (tra questi anche 5 casi delle altre regioni) e 6 casi con incidenza superiore ad 1 anno che quindi non sono stati intervistati. La collaborazione con i reparti di chirurgia di numerose AOU toscane ci ha dato la possibilità di poter contattare 62 controlli di cui 44 intervistati ad oggi. I soggetti sono stati collaborativi e 27 casi e 31 controlli disponibili anche alla raccolta del campione biologico.

Conclusioni L'esperienza fatta in Toscana ha mostrato una buona collaborazione instaurata in particolare con alcuni ospedali, anche se difficoltà sono state invece incontrate in un' area della Toscana. La collaborazione con un Ospedale pediatrico è stata molto importante e preziosa per recuperare i casi anche per le altre regioni, la partecipazione dei casi e dei controlli e delle loro famiglie è stata buona.

s.piro@ispo.toscana.it

108 - orale

MORTALITA' PER INCIDENTI STRADALI E SUICIDI TRA I MASCHI IN TOSCANA UTILIZZANDO LA NUOVA POPOLAZIONE STANDARD EUROPEA.

Grassi Tommaso[2] , Andrea Martini[1] , Lucia Giovannetti[1] , Elisabetta Chellini[1] .

[1]SS Epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze; [2]Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

Introduzione: In Italia ed in Toscana tra i maschi i suicidi hanno superato gli incidenti stradali che al contrario continuano a diminuire grazie agli interventi di contrasto che sono stati attivati negli ultimi anni. In Toscana nel 2012 si sono avuti 11,1/100.000 decessi per incidente stradale e 13,3/100.000 per suicidi (tassi grezzi). I suicidi hanno presentato tassi standardizzati in diminuzione fino al 2004 e in aumento dal 2005 al 2012. Più della metà dei suicidi sono avvenuti in ultra-60enni. Il 20% dei deceduti per incidente stradale sono nella fascia 15-24 anni, ma presentano una distribuzione bimodale con un primo picco in età giovanile ed un secondo picco in età anziana (>75aa).

Obiettivi: Analisi dell'andamento della mortalità per suicidi e incidenti stradali in Toscana utilizzando popolazioni standard diverse.

Metodi: Utilizzando i dati del Registro di Mortalità Regionale toscano sono stati estratti i decessi per suicidio e per incidente stradale e sono stati calcolati i tassi standardizzati di mortalità annuali utilizzando come standard prima la popolazione europea del 1976 e poi quella aggiornata da Eurostat nel 2012. Sono stati calcolati i cambiamenti percentuali annuii medi (EAPC) di tutti gli andamenti presentati.

Risultati: Utilizzando come popolazione standard dei tassi standardizzati la popolazione europea 1976 l'incrocio tra la curva dei suicidi e quella degli incidenti stradali avviene solo nel 2012. Se al contrario utilizziamo come standard la popolazione europea rivista da Eurostat nel 2012 il sorpasso avviene nel 2011. L'andamento degli incidenti stradali è in forte decremento e il suo EAPC rimane intorno al 4% sia che si utilizzi come standard la popolazione del 1976 sia che si utilizzi quella del 2012. Al contrario i suicidi presentano un trend in leggero decremento con un rialzo dal 2005. Comunque l'EAPC calcolato sui tassi per suicidio sull'intero periodo con standard Europa1976 risulta -1,2%, quello con standard Europa 2012 risulta pari a -1,9%.

Conclusioni: la procedura di standardizzazione dei tassi è importante per confrontare tra loro popolazioni con struttura per età diversa. La scelta di popolazioni tipo diverse può portare a risultati diversi. In genere come standard si utilizza una popolazione con una struttura per età intermedia rispetto alle popolazioni messe a confronto, non naturale o del tutto fittizia. Se si utilizza come standard una popolazione giovane per descrivere fenomeni più frequenti nelle classi più anziane i tassi risultano più bassi ed il trend ha una minore pendenza. I decessi avvenuti nelle ultime classi di età, come è tipico dei suicidi, pesano maggiormente se viene utilizzato uno standard più anziano e più vicino alla popolazione vera (standard Europa 2012). E' questa la popolazione standard che dovremmo utilizzare tutti in analogia a quanto fatto da ISTAT.

tgrassi.esterno@asf.toscana.it

109 - poster

ALLATTAMENTO MATERNO NEL PRIMO ANNO DI VITA: STIMA ATTRAVERSO LE RILEVAZIONI IN PEDIATRIA DI BASE

Silvano Piffer, Lucia Bombarda, Mariangela Pedron, Riccardo Pertile

Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Introduzione Il monitoraggio dell'allattamento materno (AM) nel primo anno di vita del bambino è fortemente raccomandato dagli organismi internazionali. La proporzione di lattanti allattati a seno e allattati al seno in modo esclusivo per almeno sei mesi è un indicatore potente della promozione dell'allattamento al seno nella comunità.

Obiettivi Valutare il decremento dell'AM nel primo anno di vita in una coorte di nati e la sua variabilità in relazione ad alcune caratteristiche.

Metodi Si è considerata la coorte di nati 2012, calcolando l'AM alla nascita, desumibile dalle schede Cedap. Sulla base delle schede informative pediatriche ai 12 mesi, compilate dai Pediatri di libera scelta (PLS) al bilancio di salute dei 12 mesi si è calcolata la proporzione di puerpere che ha mantenuto l'AM dopo la nascita ed il suo decremento mensile. Su questa base si è calcolata la proporzione di puerpere allattanti almeno sei mesi e allattanti in modo esclusivo per almeno 6 mesi. E' stata fatta una valutazione anche secondo il distretto di residenza, il pediatria del bambino e l'effetto dell'età gestazionale (nato a termine vs. pretermine).

Risultati Dai dati Cedap 2012 emerge che il 96% delle madri ha allattato alla nascita (tutte le tipologie di allattamento). Questa proporzione cade all'82% al primo mese riducendosi fino al 57,6% al 6° mese. La proporzione di puerpere allattanti in modo esclusivo al 6° mese di vita del bambino è pari al 41,2%. Al 6° mese sono allattati al seno il 57,6% dei nati a termine (in modo esclusivo il 41,4%) ed il 56,8% dei nati pretermine (in modo esclusivo il 38,3%). La proporzione di allattati a 6 mesi non presenta variazioni rilevanti secondo il distretto di residenza. Un'ampia variabilità emerge in relazione al pediatra di libera scelta, con un range variante, per l'allattamento materno nel complesso a 6 mesi dal'1,4 all'82,9% e per l'allattamento esclusivo a 6 mesi dallo 0 al 78%.

Conclusioni Il libretto pediatrico consegnato ad ogni nato presso i punti nascita della provincia di Trento, consente alla famiglia ed al pediatra del bambino, attraverso le registrazioni puntuali nel corso dei bilanci di salute, di monitorare lo sviluppo psicofisico ed i problemi subentranti. Le schede informative, da compilare ai bilanci di salute del 12° mese, 6°-13° anno, da parte del pediatra di libera scelta, consente alla struttura sanitaria di monitorare la popolazione pediatrica per coorte di nascita. Questo strumento può consentire di monitorare anche il mantenimento dell'AM nel corso del primo anno di vita. I dati confermano la caduta del tasso di AM nei passaggi dal punto nascita al primo mese di vita e dal primo al secondo mese di vita, una sostanziale sovrapposizione tra nati a termine e nati prematuri ed una forte eterogeneità degli indicatori per singolo pediatra. Gli indicatori generati potrebbe essere utilizzati, concordemente con la pediatria di base, per fissare dei potenziali obiettivi di salute da raggiungere nel primo anno di vita.

riccardo.pertile@apss.tn.it

110 - orale

PREVALENZA E CARATTERISTICHE DELLE EPATITI VIRALI CRONICHE E DI ALTRE MALATTIE INFETTIVE NELLE STRUTTURE DETENTIVE IN ITALIA

Cristina Stasi[1,2], Caterina Silvestri[1], Eleonora Fanti[1], Gianrocco Martino[1], Giorgio Bazzerla[3], Sandro Libianchi[4], Teresa Di Fiandra[5], Fabio Voller[1]

[1]Osservatorio di epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana – Firenze (Italy); [2]Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze – Firenze (Italy); [3]U.O. Cure primarie Distretto Nord, Azienda ULSS 9 Treviso (Italy); [4]U.O. Medica, Casa di reclusione e 3° Casa circ.le Rebibbia – Roma (Italy); [5]Direzione generale della Prevenzione sanitaria, Ministero della Salute – Roma (Italy)

Introduzione. La salute della popolazione carceraria ha esigenze complesse dovute alla combinazione di diversi fattori. In particolare quelli che concorrono alla trasmissione delle malattie infettive sono: il sovraffollamento, i ritardi nella diagnosi, l'accesso limitato all'acqua, a sapone o biancheria pulita e la mancanza di dispositivi atti a ridurne il rischio di trasmissione, come preservativi, attrezzature per tatuaggio o aghi sterili. Numerosi studi hanno evidenziato che le malattie trasmissibili più rappresentate tra i detenuti sono il virus dell'epatite C (HCV), il virus dell'epatite B (HBV), il virus dell'immunodeficienza umana/sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV/AIDS), ma anche altre malattie sessualmente trasmesse (come la gonorrea o la sifilide), il virus dell'epatite A e malattie a trasmissione aerea come la tubercolosi, solitamente in percentuali più alte rispetto alla popolazione generale.

Obbiettivi. Valutare la prevalenza e le caratteristiche di alcune malattie infettive in 6 regioni italiane, al fine di poter supportare i decisori politici sui programmi di prevenzione e trattamento da adottare.

Metodi. Abbiamo progettato una cartella clinica informatizzata usando il linguaggio di programmazione Pyton. Il software convertiva i dati personali del detenuto in un codice alfanumerico. Le diagnosi di HBV, HCV, HIV e di altre infezioni venivano effettuate in accordo alla International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification. Di 17.089 soggetti, sono stati arruolati nello studio 15.751 (M = 14.835; F = 869; Transgender: 47), corrispondente al 92,2% (l'età media era di 39,6 anni; il 94,2% erano maschi). L'analisi dei dati è stata condotta a fine 2014 - inizio 2015.

Risultati. Le malattie infettive più frequenti risultavano HCV, HBV e HIV (7%, 2% e il 2% rispettivamente). La confezione HIV/virus epatitici era di 1%. Quando abbiamo diviso i pazienti in gruppi d'età, nella coorte di pazienti con HCV, HIV e coinfetti HIV/virus epatitici la più alta prevalenza veniva registrata nel gruppo di età > 45 anni, mentre nella coorte di pazienti HBV, nel gruppo di età >31 anni. Per quanto riguarda il genere, il gruppo dei transgender risultava quello più colpito da entrambi i virus dell'epatite e anche da HIV. Inoltre, abbiamo trovato una prevalenza maggiore nel sesso femminile, rispetto al sesso maschile, nei soggetti infetti da HCV e HIV. Questa prevalenza risultava invertita nei soggetti infetti da HBV. Il rischio di contrarre HCV, HBV, HIV era associato all'età, ad un precedente periodo di detenzione e alla tossicodipendenza.

Conclusioni. La prigione è uno dei principali serbatoi d'infezioni, data l'alta prevalenza delle infezioni da HCV, HBV e HIV, rispetto alla popolazione generale. Misure di prevenzione e specifici protocolli di trattamento potrebbero essere strategici per diminuire la diffusione delle malattie infettive ed evitare le complicanze a lungo termine.

cristina.stasi@ars.toscana.it

111 - poster

LO STATO DI SALUTE DEI DETENUTI ITALIANI

Fabio Voller[1], Caterina Silvestri[1], Gianrocco Martino[1], Eleonora Fanti[1], Giorgio Bazzerla[2], Fabio Ferrari[3], Marco Grignani[4], Sandro Libianchi[5], Antonio Maria Pagano[6], Franco Scarpa[7], Cristina Stasi[1,8], Teresa Di Fiandra[9].

[1]Osservatorio di epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana – Firenze (Italy)

[2]U.O. Cure primarie Distretto Nord, Azienda ULSS 9 Treviso (Italy); [3]SS Servizi Disabili, Azienda USL 5 "Spezzini" - La Spezia (Italy); [4]Dipartimento Salute Mentale, Azienda USL 1 Umbria (Italy); [5]U.O. Medica, Casa di reclusione e 3° Casa circ.le Rebibbia – Roma (Italy); [6]Superamento OPG e Salute mentale in carcere, Azienda sanitaria locale Salerno (Italy); [7]UOC Salute in carcere, Azienda USL 11 Empoli (Italy); [8]Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze – Firenze (Italy); [9]Direzione generale della Prevenzione sanitaria, Ministero della Salute – Roma (Italy)

Introduzione. Molti studi internazionali hanno dimostrato come la popolazione detenuta sia caratterizzata da un'alta prevalenza di persone con gravi condizioni di salute e, nonostante si tratti di una popolazione anagraficamente giovane, vi si rileva una prevalenza nettamente superiore, rispetto alla popolazione generale, di disturbi psichici, di dipendenza da sostanze psicotrope, di malattie infettive e di alcune patologie croniche, soprattutto a carico dell'apparato gastrointestinale. Inoltre, la maggior parte dei detenuti, tornando liberi, porterà con sé malattie che potranno potenzialmente rappresentare un rischio per la salute di tutta la comunità.

Obiettivi. Descrivere le caratteristiche generali della popolazione detenuta in Italia e lo stato di salute delle persone che accedono alle carceri.

Metodi. Progettazione di una cartella clinica informatizzata usando il linguaggio di programmazione Pyton. Il software convertiva i dati personali del detenuto in un codice alfanumerico. Le diagnosi erano effettuate in accordo all'International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification. Di 17.089 soggetti, sono stati arruolati nello studio 15.751 (M = 14.835; F = 869; Transgender: 47), corrispondente al 92,2% (l'età media era di 39,6 anni; il 94,2% erano maschi). L'analisi dei dati è stata condotta a fine 2014 - inizio 2015.

Risultati. Il progetto ha coinvolto, complessivamente, 57 strutture detentive di 5 regioni italiane e di una ASL di un'ulteriore regione (per un totale del 28% dei soggetti detenuti in Italia) dove, al 3 febbraio 2014, giorno del censimento, risultavano presenti 17.279 detenuti, di cui 193 minorenni. Nel campione complessivo dello studio il 32,5% dei detenuti (N=5.120) non presenta alcuna patologia mentre il 67,5% (N=10.631) era affetto da almeno una patologia. Il 67% degli uomini era risultato affetto da almeno una patologia (N=9.934), percentuale che saliva nel genere femminile (75%; N=652) e nei transgender (95,7%; N=45). La presenza di malattia correlava in maniera lineare con l'età dei detenuti. Gli italiani risultavano maggiormente affetti da almeno una patologia rispetto a quelli stranieri (74% vs. 63,3%). Le patologie più frequenti sono risultate: il disturbo psichico (41,3%), le malattie dell'apparato digerente (14,5%), le malattie infettive (11,5%), le malattie del sistema circolatorio (11,4%), le malattie endocrine, metaboliche e del sistema immunitario (8,6%), le malattie dell'apparato respiratorio (5,4%).

Conclusioni. I detenuti hanno una prevalenza elevata di disturbi psichici, malattie infettive, dell'apparato digerente e dell'apparato cardiovascolare. E' pertanto necessaria l'attuazione di una serie di azioni preventive in grado di migliorare le condizioni di vita dei detenuti, adottando protocolli di cura idonei, con un potenziamento dell'intero processo assistenziale.

fabio.voller@ars.toscana.it

113 - orale

Impatto dell'intensità e della tempestività di attivazione delle Cure Domiciliari Palliative Oncologiche (CPDO) sul luogo del decesso

Michele Pellizzari, Francesco Avossa, Elisabetta Pinato, Nicola Gennaro, Elena Schievano, Veronica Casotto, Mara Pigato, Ugo Fedeli, Eliana Ferroni, Maria Cristina Ghiotto*, Franco Figoli*, Mario Saugo

Sistema Epidemiologico Regionale SER – Regione Veneto; *Coordinamento Regionale Cure Palliative e Lotta contro il dolore – Regione Veneto

Introduzione Negli ultimi anni diversi provvedimenti normativi e di programmazione sanitaria nazionale e regionale hanno consolidato reti integrate di cure palliative oncologiche, valorizzando anche l'utilizzo dell'Hospice a supporto degli interventi di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche(CPDO), a fronte di specifiche esigenze cliniche ed assistenziali.

Obiettivi Valutare l'impatto dei programmi di CPDO in Veneto sul luogo del decesso.

Metodi Per individuare i residenti di età 18-85 anni, deceduti per tumore solido tra marzo e dicembre 2013, è stato effettuato un linkage tra i flussi Schede di Dimissione Ospedaliera(SDO) 2007-13, Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare(SIAD) 2012-13 e Hospice 2013 con il Registro delle Cause di Morte. La finestra di esposizione alle CPDO è stata definita tra 90-16 giorni prima del decesso, ed è stata caratterizzata per intensità(<2/2-3/4+ accessi/settimana), tempestività(primo accesso effettuato almeno 30 giorni prima del decesso) e rispetto alla successiva attivazione dell'Hospice a supporto delle CPDO. Sono state considerate come covariate: sesso, genere, stato civile, residenza in comune con azienda ospedaliera, sede del tumore primitivo, indice di Charlson da SDO(dal 2007 a 90 giorni dal decesso). I Risk Ratio e le percentuali aggiustate di decesso in ospedale sono stati stimati con un modello di Poisson robusto. L'analisi è stata ristretta a 15/21 ULSS con accurata registrazione degli accessi del Medico di Medicina Generale.

Risultati Negli ultimi 9 mesi del 2013 sono deceduti per tumore solido 5.379 individui; sono stati esclusi i pazienti entrati direttamente in Hospice(505) e a domicilio per meno della metà del periodo di esposizione(354) in quanto potenzialmente ineleggibili per le CPDO. Dei rimanenti 4.520 deceduti, il 47,5% non era stato inserito in un programma di CPDO; il 27,5%, il 13,2% e l'11,8% ha ricevuto rispettivamente <2, 2-3 e 4 accessi/settimana nel periodo di esposizione; il 44,4% ha avuto una presa in carico a domicilio almeno 30 giorni prima del decesso e l'11,3% è stato successivamente ricoverato in Hospice. La percentuale di deceduti in ospedale, aggiustata per tutte le altre covariate, è pari rispettivamente al 42,6%, 31,7% e 26,6% in chi ha ricevuto <2, 2-3 e 4 accessi/settimana con un'attivazione tempestiva, al 46,4%, 34,6% e 29,0% in chi ha avuto un'attivazione tardiva delle CPDO ed al 3,4% in chi ha avuto un accesso in Hospice a supporto delle CPDO. Viceversa, tra chi non è entrato in un programma di CPDO i morti in ospedale sono il 53,5%. Analoghe differenze sono state osservate rispetto al numero di giorni di ricovero medico ordinario effettuati negli ultimi 15 giorni di vita.

Conclusioni Sia l'intensità che la tempestività della presa in carico in CPDO costituiscono elementi molto rilevanti per ridurre il numero di ospedalizzazioni nel fine vita oncologico e possono contribuire a definire un'alternativa di servizio più rispondente ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie.

michele.pellizzari@regione.veneto.it

114 - poster

Correlazione tra esposizione ad Arsenico e Bicarbonato nelle popolazioni di 101 province italiane sul tasso di mortalità per malattie ischemiche

Di Gregori V. , Dinelli E.

UO Microbiologia, Dipartimento di Scienze di Medicina Diagnostica e Sperimentale, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna. Via Massarenti, 9 40126 Bologna ; Dipartimento di Scienze Biologiche, Geologiche e Ambientali, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna. Piazza di Porta San Donato, 1 40126 Bologna

Introduzione: L'arsenico è un elemento molto conosciuto e studiato soprattutto per i possibili effetti negativi sulla salute che può avere quando popolazioni sono esposte ad elevate concentrazioni. La via di esposizione principale è rappresentata dalla assunzione di acque arricchite nell'elemento, che in molte aree mostrano, per cause naturali, concentrazioni superiori alle soglie di qualità raccomandate da Organizzazione Mondiale della Sanità e da normative nazionali. Gli effetti più evidenti e studiati sulla salute sono quadri clinici legati a lesioni dermatologiche, anche se l'esposizione cronica sembra avere effetti anche a livello cadiovascolare.

Obiettivi: Valutare la correlazione tra arsenico e bicarbonato presenti nelle acque potabili ed il tasso di mortalità per malattie ischemiche.

Metodi: Le concentrazioni di arsenico e bicarbonato nelle acque di rete di 101 capoluoghi di provincia italiani derivano da dati ricavati nell'ambito di un progetto di caratterizzazione di acque imbottigliate e di rete organizzato dal gruppo di geochimica dell'EuroGeoSurvey. I tassi di mortalità suddivisi per provincia derivano dal database di HFA di ISTAT. I dati sono stati elaborati attraverso analisi di regressione lineare singola e multivariata e Poisson multilivello per esposizione non costante ad HCO3-.

Risultati: Tasso di mortalità e bicarbonato mostrano distribuzioni simili, mentre l'arsenico ha una distribuzione fortemente asimmetrica. Le regressioni lineari con il tasso di mortalità mostrano i seguenti parametri: Beta As= 0.0312; Beta HCO3-=0.0010; F=0.7315; F=0.683; R2=0.0012; 0.0017, suggerendo una buona precisione statistica e la collinearità tra le variabili.

Nel modello multivariato, arsenico e bicarbonato mostrano proporzionalità diretta senza significatività statistica (Beta As= 0.238 e Beta HCO3-=0.0028) ma con il loro stesso aggiustamento anche la significatività migliora.(IC 95%= -0.159- 0.206(As); -0.00549 - 0.0111 (HCO3-)).

L'analisi Poisson multilivello secondo una esposizione non costante di bicarbonato evidenzia una riduzione del tasso di mortalità all'aumentare dell'arsenico ed il risultato è significativo (Beta = -3.436; P= 0.0000).

Conclusioni: I risultati segnalano una leggera correlazione positiva tra concentrazione di As e tasso di mortalità ischemica, anche se la numerosità campionaria è troppo bassa per evidenziare una modifica reale e la derivazione dei dati da' luogo alla introduzione del tema della fallacia ecologica. L'analisi multilivello evidenzia una significativa modifica per l'arsenico suggerendo, in presenza di bicarbonato in soluzione, un effetto riduttivo sul tasso di mortalità per malattie ischemiche. L'influenza del bicarbonato e della sua concentrazione variabile induce una modifica dell'effetto dell'arsenico, se considerato singolarmente, che verrà valutata ad una scala più dettagliata a livello comunale e distrettuale.

valentina.digregori2@unibo.it

115 - poster

Il sostegno "da mamma a mamma" come strategia di promozione della salute e di empowerment per l'allattamento.

Shevawn O'Connor, Carla Scarsi, Angela Giusti

La Leche League Italia ONLUS

INTRODUZIONE L'allattamento è il modo fisiologico di nutrire e accudire i bambini. Il sostegno tra pari, "da mamma a mamma", è una delle strategie efficaci per l'empowerment delle madri e dei bambini, con esiti dimostrati in un significativo aumento dei tassi di esclusività e durata allattamento. La Leche League è un'associazione internazionale di volontariato, non a scopo di lucro attiva nella creazione di luoghi, reti e culture del sostegno, nella divulgazione e formazione scientifica, e aderisce al Codice Internazionale OMS/UNICEF per la Commercializzazione dei sostituti del Latte Materno.

OBIETTIVO Presentare il contributo de La Leche League Italia al sostegno all'allattamento e alla promozione della salute delle madri e dei bambini.

METODI L'attività di sostegno tra pari è strutturata in consulenze, incontri e offerta informativa. Le Consulenti de LLL accompagnano gratuitamente le madri nella normale gestione dell'allattamento. Il numero telefonico nazionale garantisce un servizio di consulenza 7/7, 8h-20h. Le Consulenti sono donne che hanno allattato e che, dopo un accurato tirocinio, possono aiutare altre donne. LLL è autrice di numerose pubblicazioni destinate alle madri e ai professionisti. Nelle comunità locali LLL certifica i Baby Pit Stop, esercizi commerciali che si impegnano a favorire l'allattamento fuori casa.

L'attività tecnico-scientifica per i professionisti sanitari avviene attraverso collaborazioni con i servizi sanitari, convegni e seminari, l'area dedicata sul sito e la rivista di aggiornamento www.lagazzettadellaprolattina.it. LLL collabora attivamente con l'Accademia Americana di Pediatria, l'OMS, l'UNICEF, è membro della coalizione internazionale WABA, del Tavolo Tecnico sull'Allattamento del Ministero della Salute e della CIANB.

RISULTATI Nel 2014 erano presenti in Italia 104 consulenti e 20 tirocinanti, attivi 70 gruppi in 17 diverse Regioni, con una maggiore concentrazione nel Centro-Nord. Durante l'anno, il numero di contatti telefonici, e-mail e via SMS/ Whatsapp sono stati 15.432. Di questi, 2.080 sono avvenuti attraverso il numero unico, 767 attraverso gli Help Form dal sito. Sono stati tenuti in totale 637 incontri, con una presenza di 5.375 adulti (madri, padri, nonni, altri soggetti interessati, escluse le consulenti) e 2.762 bambini. Nelle comunità locali sono attualmente presenti 181 Baby Pit Stop, prevalentemente nelle Regioni del Centro-Nord.

Il sito web ha raggiunto 1.831.297 visualizzazioni da parte di 463.591 utenti singoli. Le registrazioni a La Gazzetta della Prolattina sono 940, di cui 640 operatori sanitari/associazioni e 300 genitori.

CONCLUSIONI LLL 60 anni fa ha proposto un modello per garantire in tutto il mondo che le mamme allattino serenamente, a costo zero e migliorando la salute pubblica. È necessario un riconoscimento, anche a livello istituzionale, dell'efficacia del sostegno tra pari e l'inclusione dei gruppi di sostegno da-mamma-a-mamma nella rete dei servizi e nella comunità, in un approccio multisettoriale.

relazioni.esterne@lllitalia.org

116 - poster

ATTIVITA' FISICA IN MONTAGNA E GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE UN'IDEA INNOVATIVA DAL TRENTINO

Prestini A.*, Samaja M. **, Bellotti Z.***, Baldo E.*** *

*Dirigente Medico. Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica centro sud, Dipartimento di Prevenzione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento. Guida Alpina e Responsabile dell'Ambulatorio di Medicina di Montagna; **Università di Milano, Direttivo LIFC Nazionale e responsabile della Ricerca Scientifica FC;***Direttore Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica centro sud, Dipartimento di Prevenzione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento; ****Direttore Unità Operativa Pediatria, Ospedale di Rovereto. Responsabile del Centro Fibrosi Cistica dell'APSS Trento .

Introduzione I cambiamenti climatici, il crescente bisogno di ri-avvicinarsi alla natura, l'importanza di una sana attività fisica nella gestione delle malattie croniche, sono la base del progetto Respira all'aria aperta con la tua Guida Alpina, partito nel 2014 in collaborazione tra Lega Italiana Fibrosi Cistica Trentino Onlus, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Guide Alpine Trentine, e Università di Milano.

Obiettivi L'ambiente di montagna del Trentino e le sue tradizioni alpinistiche rappresentano formidabili risorse per la promozione dell'attività fisica nel rispetto della natura e la sostenibilità ambientale. Ciò è vero non solo per le persone sane ma anche per quelle affette da molte patologie croniche. Questo progetto si prefigge l'obiettivo di incoraggiare questi i pazienti a intraprendere attività fisica in montagna nelle sue diverse forme, mettendo in rete guide alpine, associazioni di malati e servizi sanitari.

Metodi Nelle patologie cronico-degenerative gli interventi terapeutici e preventivi sono di grande rilevanza, richiedono impegno fisico e psicologico, ma spesso hanno un impatto negativo sull'organizzazione familiare. Le poche alternative valide per praticare attività sportive in città per tali pazienti nei mesi invernali sono il nuoto, la palestra e l'atletica, ma la ripetitività e la noia possono indurre intolleranza. Inoltre il cambiamento climatico in corso rende sempre più difficile la permanenza nelle grandi città durante la stagione estiva. Le attività alpinistiche non sono mai state prese in grande considerazione e spesso vengono considerate pericolose e non adatte non solo a malati, ma anche ai sani.

Risultati Primo corso di formazione dedicato alle Guide Alpine per proporsi come accompagnatori di malati di patologie croniche, in grado di adottare linee di condotta adeguate a renderne sicuro e piacevole l'approccio alla montagna. Il paziente, di concerto con il proprio Medico e con la Guida, ha un approccio personalizzato, adatto come intensità, durata dello sforzo fisico, esposizione all'altezza e agenti potenzialmente dannosi. L'attività quotidiana, praticata in zone climatiche particolarmente favorevoli, viene svolta con maggior motivazione, intesa non solo come terapia per la malattia, ma anche per raggiungere in sicurezza mete spesso precluse anche ai coetanei sani. Aumenta l'autostima e la sicurezza nei propri mezzi, attraverso la consapevolezza di poter raggiungere obiettivi che all'inizio sembravano fuori portata. Viene favorita l'integrazione in gruppi con miglioramento delle dinamiche interpersonali e sociali.

Conclusioni L'Assessorato alla Salute della Provincia Autonoma di Trento ha approvato con delibera del 29 Giungo 2015 n° 1077 il Piano Provinciale della Prevenzione, inserendo il progetto Guide alpine per guadagnare salute. Si è giunti infine alla Prima giornata di sensibilizzazione su fibrosi cistica, trapianto e sport, programmata ad Arco di Trento per il 25 Agosto.

antonio.prestini@apss.tn.it

117 - poster

Arsenico urinario e consumo di latte nei risultati del CCM SEpiAs

Elisa Bustaffa*, Fabrizio Minichilli*, Alessio Coi*, Liliana Cori*, Fabrizio Bianchi*

* Unità di Epidemiologia Ambientale e Registri di Patologia, Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Pisa

INTRODUZIONE L'arsenico inorganico (Asi) è classificato dalla IARC come cancerogeno certo per l'uomo. Per i gruppi e le popolazioni non o marginalmente esposte all'arsenico attraverso l'esposizione occupazionale o attraverso l'acqua destinata al consumo umano, il cibo rappresenta la via principale di esposizione ad arsenico. In letteratura è ormai ben nota l'associazione tra esposizione a prodotti a base di grano e acqua potabile e concentrazioni di Asi mentre sono pochi gli studi che prendono in considerazione il gruppo alimentare del "latte e prodotti caseari".

Ciononostante, secondo l'ultimo report dell'EFSA (2014) per la popolazione generale il contributo principale all'esposizione ad Asi nella dieta è fornito dal gruppo "prodotti processati a base di grano (non a base di riso)" seguito da "latte e prodotti caseari".

OBIETTIVI L'obiettivo di questo studio, sviluppato nell'ambito del progetto SEpiAs (Sorveglianza Epidemiologica in aree contaminate da As), è valutare l'incremento di arsenico inorganico urinario (Asi-U) nei consumatori di latte e derivati rispetto ai non consumatori.

METODI Lo studio prende in esame quattro aree italiane, due caratterizzate da inquinamento da arsenico di origine naturale (Amiata e Viterbese) e due caratterizzate da inquinamento da arsenico di origine antropica (Taranto e Gela). I partecipanti al progetto (271 soggetti) hanno compilato un questionario che prevede anche una parte relativa alle abitudini alimentari. Su tutto il campione e separatamente per area e per sesso sono stati calcolati i Rapporti tra Medie Geometriche (RMG) per valutare l'associazione tra Asi-U e consumo di latte aggiustati per la suscettibilità genetica.

RISULTATI Tra i risultati emersi dall'analisi del questionario, emergono indicazioni di interesse per quanto riguarda l'associazione con i livelli medi di Asi-U ed il consumo di latte in prevalenza intero, sia per le donne sul campione totale ($p<0,001$) e dell'area di Viterbo ($p=0,020$) e Gela ($p=0,071$) sia per l'insieme dei due sessi nei campioni di Taranto ($p=0,049$). Risultati degni di attenzione emergono anche per il consumo di latte di produzione propria/locale nel campione totale ($p=0,010$) e in quello dell'Amiata ($p=0,020$), per ambedue i sessi.

CONCLUSIONI SEpiAs è il primo studio a livello nazionale che fornisce un segnale significativo per quanto riguarda l'associazione tra consumo di latte e concentrazione di Asi, in linea con quanto riportato dall'EFSA.

Questo risultato suggerisce di non trascurare il latte negli studi di biomonitoraggio umano e in quelli di dieta totale finalizzati alla caratterizzazione dell'esposizione ad arsenico.

elisa.bustaffa@ifc.cnr.it

118 - orale

Accesso alla PTCA e mortalità dopo IMA nello Studio Longitudinale Romano: andamenti temporali dei differenziali per livello di istruzione nel periodo 2001-2012

Laura Cacciani, Anna Maria Bargagli, Nera Agabiti, Claudia Marino, Giulia Cesaroni, Marina Davoli

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio

INTRODUZIONE È noto che il basso livello socioeconomico può influenzare negativamente l'accesso a procedure efficaci, quali l'Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA) dopo infarto miocardico acuto (IMA), anche nei paesi con sistema sanitario universalistico, e la mortalità. In Italia sono disponibili poche evidenze aggiornate sul tema, e nessuna valuta gli andamenti temporali di lungo periodo in coorti numerose.

OBIETTIVI Studiare in una coorte di residenti a Roma con un primo ricovero per IMA (STEMI) gli andamenti temporali dell'associazione tra livello di istruzione e: 1) accesso alla PTCA entro 2 giorni; 2) mortalità a 30 giorni.

METODI Sono stati arruolati i residenti a Roma al 21.10.2001 di età 35-74 anni ricoverati nel Lazio (fonte SDO) per un primo episodio di IMA tra il 21.10.2001 e il 20.10.2012. Sono stati calcolati gli odds ratio (OR), aggiustati per età, sesso (previa verifica di assenza di interazione) e presenza di patologie associate, dell'associazione tra titolo di studio dichiarato al censimento 2001 (nessuno, elementare, secondaria inferiore, secondaria superiore, post maturità) e accesso alla PTCA entro 2 giorni o mortalità a 30 giorni (fonte ReNCaM) per cause naturali dopo IMA. L'analisi è stata ripetuta in 4 periodi di tempo di uguale ampiezza (2 anni e 9 mesi).

RISULTATI Durante gli 11 anni di follow-up sono stati ricoverati per un primo episodio di IMA 14.295 individui: il 4,3% non aveva titolo di studio mentre il 12% aveva almeno un diploma post maturità, gli uomini erano il 73%, l'età mediana all'evento è risultata di 66 anni. La proporzione media di periodo dei pazienti ai quali è stata offerta la PTCA entro 2 giorni dal ricovero è risultata pari al 51%, passando dal 19% nel 2001 al 73% nel 2012; la mortalità a 30 giorni è risultata pari all'8,1%, passando dall'8,6% all'8,3%. L'OR aggiustato per età e sesso dell'associazione tra titolo di studio più elevato vs. nessuno e PTCA è risultato pari a 1,43 (IC95%:1,18-1,73) nell'intero periodo. L'OR nel primo periodo (2001-2003) è risultato pari a 2,05 (IC95%:1,35-3,12), mentre nei 3 periodi successivi non sono emersi differenziali. L'aggiustamento per patologie associate non ha modificato le associazioni. Per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni non vi è evidenza di associazione con il livello di istruzione.

CONCLUSIONI L'accesso alla PTCA entro 2 giorni dal ricovero per IMA ha mostrato un andamento temporale crescente, con differenziali per livello di istruzione evidenziabili solo tra il 2001 e il 2003, a fronte di una mortalità a 30 giorni stabile nel tempo e senza evidenza di disuguaglianze. I risultati suggeriscono che le persone più istruite possono avere maggiore accesso a procedure chirurgiche efficaci, soprattutto in prossimità della loro introduzione. Va tenuto presente che l'accertamento diagnostico mutato nel tempo e le modifiche nell'uso dell'ICD-9-CM possono avere parzialmente distorto i risultati.

l.cacciani@deplazio.it

119 - poster

Ospedalizzazione dei cittadini stranieri nel Lazio ed evoluzione temporale negli anni 2005-2014

Laura Cacciani, Anna Maria Bargagli, Nera Agabiti, Marina Davoli

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio

INTRODUZIONE La presenza straniera nel Lazio è aumentata nell'ultimo decennio, raggiungendo 636.524 unità nel 2015 (ISTAT). Le problematiche di salute dei cittadini stranieri sono legate in parte al paese di origine e al motivo dell'emigrazione e possono essere modulate dal tempo di permanenza nel paese ospite. Per una corretta programmazione dell'assistenza sanitaria è utile descrivere l'uso dei servizi di cura da parte degli stranieri.

OBIETTIVI Descrivere le caratteristiche dell'ospedalizzazione degli stranieri nel Lazio, con particolare attenzione a quelli provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), e confrontarle con quelle degli italiani nel periodo 2005-2014.

METODI Sono stati analizzate 11.665.197 dimissioni ospedaliere avvenute nel Lazio tra il 2005 e il 2014 usando i dati del Sistema Informativo Ospedaliero regionale. È stata condotta un'analisi descrittiva con un approccio proporzionale, stratificata per anno di ricovero e area di provenienza (Italia; PFPM; Paesi a Sviluppo Avanzato, PSA), usando informazioni su sesso, età e cause di ricovero raggruppate secondo i capitoli dell'ICD-9-CM.

RISULTATI Nel periodo in studio, le percentuali di dimissioni ospedaliere di stranieri provenienti rispettivamente da PFPM e PSA sono risultate mediamente pari al 6,1% e allo 0,5%, maggiormente a carico delle femmine (63% e 64% contro il 53% degli italiani), con un'età media al ricovero di 29 anni per i PFPM contro 47 e 49 anni rispettivamente per i PSA e per l'Italia. L'analisi delle dimissioni per causa mostra un ricorso all'ospedalizzazione prevalentemente per gravidanza e parto tra le donne da PFPM (40% contro 20% per i PSA e 12% per l'Italia), mentre tra i maschi i codici V (fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) sono risultati i più frequenti tra gli stranieri provenienti da PFPM (18% vs. 10% per i PSA e 11% e per l'Italia), seguiti dai traumatismi (12% per i PFPM, 13% per i PSA, 7% per l'Italia). L'analisi temporale mostra un incremento delle dimissioni degli stranieri da PFPM (da 8% nel 2005 a 10% nel 2014), a fronte di un decremento sia per i PSA (da 10% a 9%) sia per gli Italiani (da 13% a 8%). Tra i PFPM, la gravidanza e il parto rappresenta la causa più frequente in tutti gli anni considerati (42% nel 2005 e 39% nel 2014) tra le donne, mentre tra gli uomini ricorrono maggiormente i codici V (da 14% nel 2005 a 19% nel 2014), seguiti dai traumatismi (da 14% a 11%).

CONCLUSIONI Il nostro paese garantisce l'assistenza sanitaria agli stranieri regolarmente soggiornanti e le cure urgenti a prescindere dalla regolarità giuridica. Nel decennio considerato gli stranieri hanno assorbito mediamente quasi il 7% delle prestazioni ospedaliere nel Lazio, avvenute soprattutto per motivi fisiologici legati al parto tra le donne e ai traumatismi (secondi ai codici V) tra gli uomini. Nonostante i limiti noti dell'analisi proporzionale, usata in mancanza di denominatori, si delinea una popolazione straniera in buona salute che tuttavia, per quanto riguarda gli uomini, subisce probabilmente gli effetti di attività lavorative e stili di vita rischiosi per la salute.

l.cacciani@deplazio.it

120 - poster

L'uniformità nel comportamento sessuale e le differenze di genere: i risultati dello studio EDIT 2015

Silvestri C, Berti C, Innocenti F, Olimpi N, Orsini C, Monnini M, Voller F.

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Introduzione Malattie sessualmente trasmissibili (MST) o infezioni sessualmente trasmesse (IST) rimangono un problema crescente in tutto il mondo. Gran parte di queste sono contratte in età adolescenziale, a causa del mancato uso del profilattico, con conseguenze sanitarie che, in alcuni casi, possono compromettere la loro vita futura.

Obiettivi Indagare i cambiamenti delle abitudini sessuali nella popolazione studentesca 14-19 anni residente in Toscana. Anni 2008 – 2011 - 2015.

Metodi L'indagine EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana) ha coinvolto 5.077 studenti (2.752 maschi e 2.325 femmine) di età 14 - 19 anni, frequentanti 57 Istituti della Toscana. All'interno di ogni Istituto è stato somministrato, ad un intero ciclo scolastico, un questionario self-report costruito con lo scopo di indagare le principali abitudini e gli stili di vita adolescenziali. Per i comportamenti sessuali è stato utilizzato la versione italiana della sezione corrispondente dello Youth Risk Behavior Surveillance – Unted States, 2013. L'analisi descrittiva e di possibile associazione (odds ratio – OR) con altri comportamenti, è stata effettuata con software PASW Statistics 18.0.

Risultati Il 42,2% degli studenti coinvolti si dichiara sessualmente attivo, valore che interrompe il trend in ascesa osservato negli anni precedenti. L'uso del profilattico continua a ridursi passando dal 65% registrato nel 2008 al 60% del 2011 fino al 59% del 2015. Il trend negativo è dovuto quasi esclusivamente al genere femminile che perde tre punti percentuali passando dal 53,7% del 2011 al 51% del 2015. Infatti, nel genere femminile al crescere dell'età si osserva una forte riduzione dell'uso del profilattico che nelle 19enni raggiunge addirittura il 35,2% rispetto al 43,4% e al 45,2% osservato nelle rilevazioni precedenti (2008 e 2011). Questo risulta legato prevalentemente all'aumentato uso di anticoncezionali orali che nelle 19enni rappresenta circa il 38% dei metodi utilizzati. All'aumentare del numero dei partner sessuali, si conferma una riduzione dell'uso del profilattico che dal 66,6% dichiarato da coloro che hanno avuto 1 partner sessuale, passa al 51,3% nel caso di 3 partner o più. Nel genere femminile la diminuzione risulta ancora più marcata (1 partner: 59,2%; 3 partner o più: 40,4%).

Conclusioni Fra i giovani l'uso del profilattico continua a registrare un trend negativo. In particolare, il genere femminile, appare ancora molto attento nel prevenire gravidanze indesiderate ma poco nei confronti delle malattie a trasmissione sessuale. L'uniformità comportamentale fra i due generi, osservata nel corso di questi anni, in questo caso sembra a svantaggio delle ragazze le quali, vivendo una maggior libertà sessuale, si espongono a rischi maggiori per la propria salute.

caterina.silvestri@ars.toscana.it

121 - poster

Come sta cambiando il fenomeno del bullismo: i risultati dell'indagine EDIT 2015

Silvestri C, Berti C, Innocenti F, Olimpi N, Orsini C, Monnini M, Voller F.

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Introduzione Il bullismo rappresenta un fenomeno che coinvolge i giovani di tutto il mondo. In linea con le modificazioni sociali e tecnologiche avvenute nel corso degli ultimi anni, questo comportamento ha subìto profonde trasformazioni passando da azioni agite "direttamente" a forme "indirette" eseguite via web con una conseguente spettacolarizzazione dell'atto.

Obiettivo Indagare i cambiamenti, in termini di prevalenza e di messa in atto, del fenomeno del bullismo nella popolazione studentesca 14-19 anni residente in Toscana. Anni 2008 – 2011 - 2015.

Metodi L'indagine EDIT svolta nel 2015 (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana) ha coinvolto 5.077 studenti (2.752 maschi e 2.325 femmine) di età 14 - 19 anni, frequentanti 57 Istituti della Toscana. All'interno di ogni Istituto è stato somministrato, ad un intero ciclo scolastico, un questionario self-report costruito con lo scopo di indagare le principali abitudini e gli stili di vita adolescenziali. Per il bullismo è stata utilizzata la forma rivisitata del questionario di Olweus (1978; 1991), già utilizzato in precedenti ricerche, a cui è stato aggiunto la variabile riguardante il cyberbullismo. L'analisi descrittiva e di possibile associazione (odds ratio – OR) con altri comportamenti, è stata effettuata con software PASW Statistics 18.0.

Risultati Nel 2015, il 16,2% degli studenti di età compresa fra i 14 e i 19 anni ha subito una prepotenza da parte di un proprio coetaneo, valore inferiore al 2011 dove la percentuale era il 19,2%. Diminuiscono soprattutto i furti e le aggressioni fisiche mentre risultano in aumento le prese in giro e gli scherzi pesanti che rappresentano, rispettivamente, il 21,6% e il 18,8% delle azioni. Il luogo in cui vengono agite non è più l'ambiente circostante la scuola ma la scuola stessa.

Circa il 22% dei ragazzi vittime di prepotenze, l'hanno subita via web con una differenza di genere che vede le femmine maggiormente coinvolte (F: 30,2%; M:13,8%). Il cyberbullismo avviene soprattutto attraverso insulti con messaggi istantanei (WhatsApp) (25,6%), seguiti dalle telefonate mute (18,1%) e dalle minacce via SMS. Il 6,6% delle vittime di cyberbullismo ha visto le proprie foto/video on line.

Le azioni di bullismo sono messe in atto perché rappresentano il modo più efficace per risolvere le cose.

Conclusioni Alla luce di questi risultati, riteniamo di fondamentale importanza le "Linee di orientamento per azioni di prevenzione e di contrasto al bullismo e al cyberbullismo" elaborate dal Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca nell'aprile 2015 che prevedono, fra i vari interventi, la formazione all'utilizzo consapevole della rete. Anche dai nostri risultati, infatti, aumentano le azioni agite tra i banchi di scuola anche utilizzando strumenti informatici sempre più di facile accesso in questa fascia di età.

caterina.silvestri@ars.toscana.it

122 - poster

Abitudini alimentari, peso corporeo e distress psicologico negli adolescenti toscani e potenziali ricadute diagnostico-terapeutiche

Olimpi N, Silvestri C, Monnini M, Gnaulati L, Bartolacci S, Cipriani F, Voller F.

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Introduzione Molti studi hanno documentato l'associazione tra obesità e distress psicologico. I potenziali meccanismi con cui il distress potrebbe influire sull'aumento del peso includono cambiamenti neurormonali ed effetti dello stesso distress su comportamenti alimentari e pratica dell'attività fisica. La direzione della relazione tra obesità e distress psicologico rimane, tuttavia, incerta, e viene indicato anche che possa essere bidirezionale.

Obiettivi Valutare negli adolescenti toscani la relazione tra abitudini alimentari, stato nutrizionale e livello di distress psicologico.

Metodi L'indagine EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana) realizzata nel 2015 ha coinvolto 5.077 studenti (2.752 maschi e 2.325 femmine) di età 14 - 19 anni, frequentanti 57 Istituti superiori della Toscana. In ogni Istituto è stato somministrato ad un intero ciclo scolastico un questionario self-report volto ad indagare le principali abitudini e gli stili di vita degli adolescenti. Per la valutazione di sovrappeso, obesità e magrezza abbiamo calcolato il Body Mass Index (BMI) in base ai dati autoriferiti di peso e altezza e utilizzato i cut-off pubblicati in letteratura. L'analisi descrittiva e di possibile associazione (odds ratio – OR) tra comportamenti alimentari, classe di peso e distress è stata effettuata con software PASW Statistics 18.0.

Risultati Nel 2015, il 17,7% degli adolescenti toscani è risultato avere un alto distress psicologico (10,1% nei maschi e 25,6% nelle femmine). Nei maschi, la quota di soggetti con un elevato distress risulta crescente all'aumentare del BMI, passando dall'8,7% nella categoria dei sottopeso al 15,1% di quella degli obesi. Nelle femmine, la percentuale di soggetti con elevato distress è più alta nelle sottopeso (32,4%) e nelle obese (37,3%), seguite dalle sovrappeso (30,5%) e normopeso (24,3%). In entrambi i generi, la quota di soggetti con elevato distress è più alta in coloro che consumano frutta "raramente o mai" (13,5% nei maschi e 29,4% nelle femmine) rispetto a chi ne consuma quotidianamente (9,9% nei maschi e 24,2% nelle femmine) o settimanalmente. Nelle femmine la quota di soggetti con elevato distress è più alta in coloro che consumano bibite almeno una volta al giorno (29,5%), e decresce in chi ne consuma settimanalmente (26,3%) o raramente/mai (22,4%). Lo stesso andamento si osserva per il consumo di snack.

Conclusioni Nelle adolescenti toscane si evidenzia una condizione di maggior distress psicologico tra coloro che hanno peggiori abitudini alimentari e che presentano uno stato nutrizionale non adeguato (sottopeso o obesità). Nei maschi si conferma solo la relazione tra alto distress psicologico ed eccesso di peso, e quella tra cattive abitudini alimentari e livello di distress psicologico è meno evidente. Si sottolinea l'importanza della valutazione del distress psicologico nei soggetti con inadeguato stato nutrizionale al fine di ristabilire un corretto bilancio energetico, con attenzione alle differenze esistenti nei due generi.

nadia.olimpi@ars.toscana.it

124 - poster

Uso di lampade e lettini solari: un' indagine tra gli utenti del ambulatorio di dermatologia di prevenzione del melanoma dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze

Lucia Miligi[1], Alessandra Chiarugi[2], Alessandra Benvenuti[1], Paolo Nardini[2], Iole Pinto[3], Andrea Salvadori[1], Barbara Cortini[1]

[1]SS Epidemiologia ambientale ed occupazionale ISPO-Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze; [2]Ambulatorio di dermatologia di prevenzione del melanoma ISPO-Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze; [3]Laboratorio di Sanità pubblica della ASL 7, Siena

Introduzione Nel 2009 il gruppo di esperti nominato dalla IARC, l'Agenzia Internazionale di ricerca sul Cancro, ha valutato come certa l'associazione tra l'uso di apparecchiature per l'abbronzatura emettenti radiazione ultraviolette (UV) e il melanoma della pelle e dell'occhio (IARC Monografia 100 D: radiazioni). L'uso di questi dispositivi è una pratica molto diffusa in particolare in Nord Europa e in USA , poche sono le informazione sull'uso nel nostro paese.

Obiettivi Conoscere in una popolazione che afferisce ad un ambulatorio di prevenzione del melanoma l'utilizzo, la frequenza di uso e le motivazioni nel ricorrere a lettini/lampade abbronzanti a UV.

Metodi E' stato preparato un questionario composto da una parte generale per raccogliere informazioni su età, sesso, titolo di studio, lavoro all'aperto, esposizione ricreativa al sole, una parte specifica per chi ha utilizzato dispositivi abbronzanti ed una sezione compilata dal dermatologo durante la visita per raccogliere dati obiettivi ed anamnestici. La popolazione in studio è rappresentata dai soggetti afferenti all'ambulatorio di prevenzione del melanoma da marzo a maggio 2012. Analisi descrittive di frequenza sono state condotte sull'uso e frequenza d'uso dei dispositivi abbronzanti e di altre variabili di interesse.

Risultati 882 soggetti hanno partecipato all'indagine di cui 58,3 donne (514) e 41,7% uomini. L'età media è 43 anni (range 14-86). La maggior parte dei soggetti ha una istruzione elevata (33.6% diploma scuola superiore 25.3% laurea). In questa popolazione il 37.2 % (328) dei soggetti ha fatto uso di dispositivi abbronzanti, di cui il 27% di uomini e 73% di donne. Dei 328 utilizzatori il 65% ha tra i 18 e 30 anni, l'età media della prima seduta è 26 anni (range 14-70), il 74% inizia sotto i 30 anni. Il 76.4% ne fa uso 1-4 volte l'anno ed il 9,3% 1-3 volte al mese, il 45% dei soggetti dichiara inoltre di sapere che le lampade/lettini favoriscono i tumori della pelle. Rispetto alle motivazioni d'uso il 44% dichiara di farne uso per preparare la pelle al sole, il 22% per avere tutto l'anno l'abbronzatura o per migliorare l'aspetto della pelle (21%). Il 50 % dei soggetti ha un fototipo basso, un alto numero di nei (38%) e presenza di nevi atipici (50%), inoltre il 10% dei soggetti ha familiarità per melanoma.

Conclusioni Dalla popolazione in studio emerge che il 37% utilizza dispositivi UV per l'abbronzatura artificiale. Chi li utilizza ha titolo di studio elevato e sono sopratutto donne. La frequenza di uso però non è elevata anche se un 9% ne fa uso 1-4 volte al mese. Dall'indagine emerge che ne viene fatto uso anche in presenza di fattori di rischio come un alto numero di nevi, presenza di nevi atipici e la familiarità. In conclusione questo lavoro, nonostante che la popolazione in studio sia selezionata in quanto afferisce ad una ambulatorio di prevenzione del melanoma, ha fornito utili informazioni per formulare messaggi di prevenzione primaria per una maggiore consapevolezza sulla pericolosità della UV artificiali.

l.miligi@ispo.toscana.it

125 - poster

Stime di Prevalenza di Malformazioni Congenite Rare integrando Registro delle Malattie Rare e Registro dei Difetti Congeniti: l'esempio della Regione Toscana

Coi Alessio[1], Santoro Michele[1], Pieroni Federica[2], Pierini Anna[1], Bianchi Fabrizio[1,2]

[1] Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Unità di Epidemiologia Ambientale e Registri di Patologia, Pisa; [2] Fondazione Toscana "Gabriele Monasterio", Pisa

Introduzione Le Malattie Rare (MR) sono patologie croniche debilitanti e talvolta fatali caratterizzate da una prevalenza minore di 5 casi su 10.000. Tra le oltre 500 MR dotate di codice di esenzione, il gruppo delle malformazioni congenite (MC) è il più numeroso. EUROCAT stima che, in Europa, circa il 12-15% dei malati rari è affetto da MC rare. Alcune MC rare sono difficilmente diagnosticabili alla nascita e quindi spesso non rilevate dai Registri MC. L'uso integrato di diversi sistemi informativi sanitari può contribuire a ridurre la sottonotifica delle MC rare. Per molte di esse inoltre non sono disponibili in letteratura stime di prevalenza.

Obiettivi Lo studio ha la finalità di fornire stime di prevalenza, nel primo anno di vita, di MC rare, attraverso l'uso integrato del Registro Toscano Difetti Congeniti (RTDC) e del Registro Toscano Malattie Rare (RTMR).

Metodi Sono stati estratti dal RTMR tutti i casi di MR afferenti al gruppo delle MC osservati dal 2007 al 2013. Per lo stesso periodo, sono stati estratti dal RTDC i casi di MC identificati attraverso una mappatura tra codici di esenzione RN (riportati nel RTMR) e codici ICD10 (nel RTDC). Una procedura di record linkage tra dati estratti dal RTMR e dal RTDC ha permesso di identificare i casi del RTMR, diagnosticati entro un anno dalla nascita, non inclusi nel RTDC. Tali casi sono stati aggiunti a quelli già inclusi nel RTDC, andando così a costituire un dataset integrato delle MC rare. Per ciascuna malformazione sono state calcolate stime di prevalenza per 100.000 nati con un intervallo di confidenza del 95% (IC95%).

Risultati Per le 48 MC rare identificate sono stati osservati complessivamente 448 casi (199,9 casi per 100.000 nati, IC95%: 181,8-219,3) di cui 126 (28%) identificati tramite il RTMR. Le stime di prevalenza di alcune delle MC rare selezionate sono:atresia esofagea con/senza fistola tracheo-esofagea, 23,6 (IC95%: 17,7-30,9); sindrome di Turner, 29,0 (IC95%: 22,4-37,0); sindrome di Klinefelter, 14,3 (IC95%: 9,8-20,2); atresia biliare, 6,7 (IC95%: 3,7-11,0); sindrome di Poland, 2,7 (IC95%: 1,0-5,8); sindrome di Williams, 1,8 (IC95%: 0,5-4,6).

Conclusioni La definizione di una mappatura RN-ICD10 e la procedura di linkage tra dati estratti dal RTMR e dal RTDC ha permesso di validare le informazioni dei due registri. In particolare, l'uso di differenti fonti informative ha permesso, in alcuni casi, di specificare meglio la diagnosi alla nascita e di fornire informazioni mancanti. I risultati mostrano che casi di MC molto rare per le quali risulta difficile effettuare una diagnosi alla nascita sono talvolta inclusi nel RTMR ma non nel RTDC.

La procedura di integrazione di dati provenienti dai due Registri ha contribuito a ridurre la sottonotifica di casi di MC rare. L'attività di registrazione integrata e l'approccio metodologico applicato in questo studio potrebbe essere utile in altri contesti nazionali o internazionali per migliorare l'attività di sorveglianza delle MC rare.

alessio.coi@ifc.cnr.it

126 - orale

SOLUZIONI OPERATIVE ED ASPETTI QUALITATIVI PER LA GEOCODIFICA DI POPOLAZIONI IN AMBITO SANITARIO.

Ferrante M.1, Carnà P.2, Pontillo A.2, Pollina Addario S.3, Migliardi A.4, Scondotto S.3

1 Dipartimento di Culture e Società, Università degli Studi di Palermo; 2 Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3; 3 Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana; 4 Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3

Introduzione L'utilizzo dei Geographic Information Systems (GIS) in ambito sanitario, continua a ricevere grande attenzione. La disponibilità di informazioni sulla localizzazione degli individui, consente di effettuare associazioni territoriali sulle cause delle patologie, nonché di indagare aspetti legati alla distribuzione dei servizi sanitari ed all'equità di accesso alle cure.

Obiettivi Analizzare le principali problematiche e le soluzioni operative per la geocodifica di popolazioni e proporre un indice di qualità della geocodifica di cui poter tenere conto in sede di analisi.

Metodi Come caso studio vengono illustrate le fasi che hanno portato alla georeferenziazione di indirizzi residenziali di 12 Comuni Siciliani, attraverso l'utilizzo di due procedure di georeferenziazione. Un primo metodo ha utilizzato un record linkage probabilistico tramite un indice basato sulla similarità di Jaccard con tabelle ufficiali degli indirizzi Istat e l'impiego di software per la fase di georeferenziazione degli indirizzi. Il secondo metodo si è basato su un record linkage tramite ricerca fulltext (in Sql) ed ha utilizzato servizi web-based per la georeferenziazione. Dopo aver proposto un indice sintetico di qualità del processo di georeferenziazione, vengono confrontati i risultati derivanti dalle due procedure in termini di copertura e qualità.

Risultati Considerando livelli alti dell'indice di qualità di georeferenziazione, e grazie all'integrazione dei risultati derivati dalle due procedure, la percentuale di indirizzi geocodificati è risultata circa l'80%. Guardando ai risultati di elevata qualità per entrambe le procedure utilizzate non si rilevano differenze rilevanti in termini di distanza tra le coordinate derivanti dalle due procedure. Tuttavia, i risultati evidenziano migliori performance della procedura che ha fatto ricorso al servizio web-based in termini di copertura (+40% circa di indirizzi geocodificati, rispetto alla procedura software-based), mentre il 9.2% di indirizzi che non sono stati ben georeferenziati con il servizio web-based hanno trovato una corrispondenza tramite procedura software.

Conclusioni La geocodifica di popolazioni può assistere il management sanitario in diversi modi: può aiutare a meglio comprendere la relazione tra esposizioni ambientali e stato di salute, consente di identificare comunità a maggiore rischio di salute, nonché a comprendere le ragioni di natura territoriale che possono avere un'influenza sullo stato di salute degli individui. Dati i limiti insiti in ciascuno dei metodi utilizzati, l'impiego di un indice di qualità di georeferenziazione assieme all'integrazione dei risultati dei due metodi, consente di ottenere un notevole miglioramento dei risultati, e di valutare l'attendibilità del processo di geocodifica in sede di analisi.

mauro.ferrante@unipa.it

127 - orale

Abitudini alimentari dei bambini e multiculturalità: i dati del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE 2014

Marta Buoncristiano[1], Angela Spinelli[1], Paola Nardone[1], Enrica Pizzi[1], Laura Lauria[1], Daniela Galeone[2], Gruppo OKkio alla SALUTE 2014

[1] Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; [2] Ministero della salute, Segretariato generale, Roma

INTRODUZIONE La presenza sempre più considerevole di bambini di origine straniera, che nella scuola primaria rappresentano il 9% sul totale degli iscritti (MIUR 2014), fa crescere l'interesse verso la conoscenza delle loro abitudini e dei loro consumi alimentari. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie informazioni sulle abitudini alimentari dei bambini, la cittadinanza dei genitori e altre variabili socio-demografiche.

OBIETTIVI Confrontare le abitudini alimentari dei bambini con genitori stranieri con quelle dei figli di genitori italiani e valutare eventuali differenze nei fattori associati.

METODI La rilevazione è condotta su un campione di alunni di classe 3a della scuola primaria ottenuto tramite campionamento a grappoli. L'informazione sulla prima colazione viene raccolta chiedendo ai bambini cosa hanno mangiato la mattina prima di recarsi a scuola, mentre le informazioni sul consumo quotidiano di frutta e verdura e su quello di bevande zuccherate e/o gassate sono raccolte tramite un questionario compilato dal genitore. Le associazioni tra abitudini alimentari e caratteristiche dei genitori (titolo di studio, stato ponderale) e del bambino (ripartizione geografica di residenza, sesso ed età) sono valutate tramite analisi di regressione logistica stratificate per cittadinanza dei genitori.

RISULTATI Nel 2014, hanno partecipato all'indagine 48.426 bambini, di questi 4.079 avevano genitori entrambi stranieri e 2.284 un genitore italiano e uno straniero. I figli di genitori stranieri mostrano, pur con differenze per area geografica di provenienza, un maggior consumo quotidiano di frutta e/o verdura (genitori italiani: 74,3% IC95% 73,6-74,9; genitori misti: 74,5% IC95% 72,0-76,8; genitori stranieri: 80,1% IC95% 78,4-81,7) ma anche un più alto consumo di bevande gassate e/o zuccherate (rispettivamente: 37,8% IC95% 37,0-38,6; 48,4% IC95% 45,5-51,4; 63,0% IC95% 60,8-65,1). Per quanto riguarda la prima colazione non si rilevano forti differenze. Il livello di istruzione dei genitori agisce come fattore protettivo rispetto al rischio di assumere abitudini alimentari non sane. L'effetto protettivo è tuttavia maggiore tra i figli di genitori italiani rispetto ai bambini con genitori stranieri. Nel caso di basso consumo di frutta e/o verdura, il titolo di studio non risulta associato per i figli di genitori stranieri (istruzione media vs. bassa: OR=1,07 IC95% 0,81-1,41; istruzione alta vs. bassa: OR=1,17 IC95% 0,83-1,67) a differenza di quanto accade per i figli di italiani (rispettivamente: OR=0,76 IC95% 0,71-0,82 e OR=0,47 IC95% 0,43-0,52).

CONCLUSIONI Le scorrette abitudini alimentari sono molto diffuse, sia tra bambini con genitori italiani che tra quelli con genitori stranieri. Emergono, tuttavia, alcune diversità che sono riconducibili, almeno in parte, a differenze nella cultura di provenienza della famiglia.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della salute-CCM

laura.lauria@iss.it

128 - poster

DIETA GLUTEN-FREE (DGF) IN SOGGETTI CELIACI E QUALITA' DELLA VITA

Immordino P. [1], Ferrante M. [2], Marras A.[3], Casuccio A.[1], Scondotto S.[3]

[1]Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G.D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo; [2]Dipartimento di Culture e Società, Università degli Studi di Palermo; [3]Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana

Introduzione La celiachia è una malattia sistemica autoimmune innescata dall'ingestione di glutine in individui geneticamente predisposti. Nell'adulto le presentazioni atipiche con sintomi extraintestinali e gastrointestinali aspecifici sono sempre più comuni. In particolare, la celiachia può indurre cambiamenti psicologici nell'individuo affetto, influenzando principalmente la percezione del benessere. Una dieta rigorosamente priva di glutine (DGF) da seguire per tutta la vita rappresenta l'unica terapia disponibile. Tuttavia, il rispetto rigoroso di una DGF può potenzialmente influenzare la qualità di vita del celiaco e, d'altra parte, l' atteggiamento e le aspettative del paziente hanno un impatto sostanziale sul rispetto della DGF.

Obiettivi. Analizzare gli effetti della DGF in pazienti celiaci su alcune dimensioni della qualità della vita.

Metodi Come caso studio vengono analizzati i dati relativi all'indagine multiscopo Istat sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013. A partire dai soggetti che hanno dichiarato di essere celiaci, è stata analizzata, tramite modelli regressivi, la relazione tra la presenza di una DGF ed alcuni indicatori sulla percezione dello stato di salute, quali indice di stato fisico (PCS), psicologico (MHS) e mentale (MH), al netto di caratteristiche socio-demografiche e comportamentali (titolo di studio, risorse economiche familiari, ripartizione geografica, età, genere ed abitudine al fumo) dei soggetti in studio.

Risultati Dall'indagine multiscopo Istat 2013, la percentuale di soggetti che ha dichiarato di essere affetto da celiachia è di circa lo 0.6%. Di questi, il 47.3% circa afferma di osservare una DGF. I risultati delle analisi mostrano un'associazione diretta tra la presenza di una DGF e indice di stato fisico (Beta=1.773, p-value=0.018), mentre non sembra esservi associazione tra l'osservanza di una DGF e indice di stato psicologico (MCS) e mentale (MH).

Conclusioni Dopo la diagnosi di celiachia, il paziente deve accettare da un lato l'impatto biologico del convivere con una malattia cronica, dall'altro, il bisogno di aderire ad una dieta restrittiva che richiede importanti cambiamenti di stile di vita permanenti con un impatto psicosociale rilevante. Diversi studi hanno dimostrato che tutti questi cambiamenti hanno un impatto negativo sulla qualità della vita dei pazienti. D'altra parte però alcuni autori dimostrano come la qualità della vita, così come i sintomi, migliorino con la terapia dietetica.

Il nostro studio conferma una relazione positiva tra DGF e qualità della vita in termini di indice di stato fisico, confermandone l'importanza come unica terapia ad oggi disponibile nella remisione dei sintomi. Tuttavia, sarebbero necessari studi longitudinali volti a determinare se tale effetto sulla qualità della vita sia permanente nel tempo.

palmira.immordino@gmail.com

129 - poster

Analisi sui consumi alimentari di un campione di soggetti esposti all'inceneritore di Modena: periodo 2012-2014

Laura Iacuzio [1]; Maria Giulia Gatti [2]; Petra Bechtold [2]; Giovanna Barbieri [2]; Lucia Borsari [3]; Alice Casari [4]; Francesco Soncini [1]; Eugenia Carluccio [1]; Emanuele Bottosso [1]; Maria Floramo [1]; Letizia Sampaolo [5]; Lara Bolognesi [2]; Bianca Gherardi [4]; Andrea Ranzi [4]; Paolo Lauriola [4]; Giuliano Carrozzi [2]; Carlo Alberto Goldoni [2]

[1] Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Modena e Reggio Emilia; [2]Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; [3]Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica Univ. di Modena e Reggio Emilia; [4]Centro Tematico Regionale, ARPA ambiente e salute; [5]Dipartimento di Economia, Università Ca' Foscari, Venezia e Dip. di Sanità Pubblica, AUSL Modena

Introduzione e obiettivi: in corso di Autorizzazione Integrata Ambientale (Provincia di Modena; 2007) per l'ampliamento dell'inceneritore urbano, è stato attivato, dal Servizio Epidemiologia, uno studio trasversale su un campione di esposti per individuare biomarkers di esposizione e caratterizzare i residenti in prossimità dell'impianto. Ad hoc, sono state raccolte informazioni sui consumi alimentari (EPIC) i cui andamenti, confrontati con la sorveglianza PASSI, sono l'oggetto del presente abstract.

Metodi: sono state arruolate 1000 persone: 500 nel periodo Novembre 2012-Aprile 2013 e 500 nello stesso periodo dell'anno successivo. Il campionamento ha previsto stratificazione per esposizione, età e sesso. Sono state rilevate caratteristiche personali, stili di vita e variabili antropometriche e analizzati, con modelli di regressione, i consumi alimentari noti come fattori di rischio o protettivi delle principali malattie croniche. Gli andamenti sono stati valutati per zona di residenza identificata dalle ricadute degli inquinanti emessi dall'impianto e il campione, rappresentativo della popolazione modenese esposta, è stato confrontato col campione PASSI 2008-13 (distretto di Modena; 838 interviste).

Risultati: il campione in studio è risultato di 946 soggetti (469 maschi; 477 femmine) di età 18-69 anni. Di seguito sono descritte alcune relazioni osservate positive (+) e negative (-). BMI relazioni (+) sesso maschile, età, IV quartile espositivo; relazioni (-) istruzione, attività fisica. Intake di alcool: relazioni (+) sesso maschile, età, attività fisica, fumo, intake calorico, istruzione; relazioni (-) cittadinanza straniera, intake di lipidi. Frutta e verdura: relazioni (+) sesso femminile, età, stato civile coniugato, intake calorico; relazioni (-) intake di sodio, II e III quartile espositivo. L'analisi per zona abitativa evidenzia alcune differenze per quanto riguarda BMI e assunzione di sodio e di frutta e verdura. La distribuzione per sesso, età e cittadinanza è sovrapponibile a quella di PASSI, il livello di istruzione è invece sbilanciato a favore del titolo di studio più alto (72% LC 65-78 vs 64% LC 61-67). Il confronto con PASSI mostra nel campione in studio una maggior presenza di obesi (20% LC 17-24 vs 12% LC 10-15) e di consumatori di frutta e verdura (5 porzioni/die: 22% LC 18-27 vs 10% LC 8-12), risulta invece simile la distribuzione del BMI e del consumo di frutta e verdura per età, sesso e variabili socio-economiche. Il consumo di alcool non è risultato confrontabile.

Conclusioni: I risultati presentano interessanti relazioni tra consumi e variabili di genere e socio economiche; alcune differenze sono emerse per zona abitativa. Gli andamenti mostrano alcune diversità con PASSI anche dovute al metodo di acquisizione del campione e delle informazioni (il BMI in studio è misurato, riferito in PASSI). Tali difformità saranno da considerare opportunamente nel corso di futuri confronti interni ed esterni.

l.iacuzio@ausl.mo.it

131 - orale

Bambini ed adolescenti stranieri ammalati di tumore: dati del Registro dei Tumori Infantili del Piemonte dal 1965 al 2011

Milena Maule, Maria Luisa Mosso, Daniela Alessi, Carlotta Sacerdote, Benedetto Terracini, Franco Merletti

Registro dei Tumori Infantili del Piemonte; Epidemiologia dei Tumori; Università degli Studi di Torino e AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

INTRODUZIONE All'inizio del 2015 vi erano in Italia più di 5 milioni di stranieri, circa l'8% della popolazione, di cui il 20% con meno di 18 anni. La letteratura riporta prognosi peggiori per i bambini ammalati di tumore nati all'estero rispetto ai bambini italiani, con differenze dal 53% di sopravvivenza a 10 anni per gli stranieri al 71% per gli italiani. I bambini stranieri possono essere: (i) nati all'estero e residenti in Italia, (ii) nati e residenti in Italia con cittadinanza non italiana (migranti di II generazione), (iii) nati e residenti all'estero ma temporaneamente in Italia.

OBIETTIVI Questo studio si propone di identificare e studiare le caratteristiche dei casi di tumore nei bambini con cittadinanza non italiana residenti in Piemonte (gruppi (i) e (ii)).

METODI Il RTIP è un registro di popolazione che include i casi incidenti di tutti i tumori maligni e benigni intracranici tra i residenti in Piemonte con età 0-14 anni (1965-2011) e 15-19 (2000-2011). Raccoglie data e luogo di nascita, data e residenza alla diagnosi, residenza all'ultimo follow-up e stato in vita, aggiornato presso gli Uffici Anagrafici. Dal 1995 viene registrata la cittadinanza. Si analizza la distribuzione ed il trend temporale della proporzione di bambini con cittadinanza non italiana registrati nel RTIP (e dunque residenti in Piemonte) e se ne confrontano le caratteristiche con i bambini italiani registrati in termini di periodo di diagnosi, tipo di tumore, età alla diagnosi, area geografica di origine e sopravvivenza cumulativa.

RISULTATI Dal 1965 al 2011 sono stati registrati 5269 casi di tumore fra i residenti in Piemonte da 0 a 19 anni. La proporzione di cittadini stranieri va da 0% fino al 1994 a 1% nel 1995-99, 3% nel 2000-04, 9% nel 2005-09 e 5% nel 2010-11 (p per il trend <0.001), con un totale di 117 bambini, 58 dei quali nati in Italia (migranti di II generazione). I paesi di provenienza più rappresentati sono Albania (15%), Romania (22%) e Marocco (24%). Fra i bambini da 0 a 14 anni, le leucemie sono il 34% per gli stranieri (32% per gli italiani, p=0.77)), linfomi 3% (12%, p=0.01), tumori cerebrali 20% (23%, p=0.43)) e tumori embrionali 32% (21%, p=0.02). Dal 1995 al 2011 si sono osservati 22 decessi in 117 stranieri e 396 decessi in 2208 italiani. Il follow-up mediano per i 2 gruppi è di 3.8 e 6.4 anni, rispettivamente. Non si osservano differenze statisticamente significative nella sopravvivenza cumulativa a 5 anni dalla diagnosi: 79% (IC 95% 70-86) per gli stranieri e 83% (81-84) per gli italiani, p=0.54.

CONCLUSIONI I bambini stranieri ammalati di tumore residenti in Piemonte non hanno tassi di sopravvivenza inferiori ai loro coetanei italiani. E' possibile che le prognosi peggiori osservate in letteratura riguardino gli stranieri non residenti e siano legate a fattori socioeconomici, culturali e clinici che ostacolano l'accesso a cure specialistiche e che risultano invece assenti o mitigate fra gli stranieri effettivamente residenti nel territorio.

milena.maule@unito.it

132 - orale

Prevalenza della Sclerosi Multipla nel Lazio: uso di un algoritmo basato sui dati dei Sistemi Informativi Sanitari

Anna Maria Bargagli[1], Paola Colais[1], Nera Agabiti[1], Flavia Mayer[1], Fabio Buttari[2,3], Diego Centonze[2,3], Marta Di Folco[4], Ada Francia[4], Simonetta Galgani[5], Claudio Gasperini[5], Manuela Giuliani[6], Massimiliano Mirabella[7], Viviana Nociti[7,8], Carlo Pozzilli[6], Marina Davoli[1], per il Gruppo Sclerosi Multipla della Regione Lazio

[1]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Roma; [2]Centro per la Sclerosi Multipla, Dipartimento Neuroscienze, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma; [3]IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo (INM) Neuromed, Pozzilli; [4]Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università 'Sapienza', Roma; [5]Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale S. Camillo Forlanini, Roma; [6]Centro Sclerosi Multipla, Ospedale S.Andrea, Università 'Sapienza', Roma; [7]Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [8]Istituto di Neuroriabilitazione, Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

Introduzione La sclerosi multipla (SM) è la prima causa non traumatica di disabilità tra i giovani adulti e ad essa sono associati elevati costi sanitari e sociali. I dati disponibili sulla prevalenza della SM nell'Italia centrale sono molto scarsi e si riferiscono, come nel resto del paese, solo ad aree comunali o provinciali.

Obiettivi

1. Stimare la prevalenza di SM al 31/12/2011 nel Lazio e la sua distribuzione geografica utilizzando un algoritmo basato sui Sistemi Informativi Sanitari (SIS);
2. Stimare la proporzione di pazienti presenti sia nella popolazione identificata dai SIS sia in quella arruolata presso cinque centri clinici del Lazio ad alto volume di attività.

Metodi I casi di SM sono stati identificati dagli archivi del Sistema Informativo Ospedaliero, delle prescrizioni Farmaceutiche ad Erogazione Diretta e delle Esenzioni (periodo: gennaio 2006-dicembre 2011). L'algoritmo prevedeva la presenza di almeno una delle seguenti condizioni: ricovero per SM (diagnosi principale o secondaria) (codice ICDIX CM 340.0); almeno 1 prescrizione di Interferone β1a o Interferone β1b o Glatiramer Acetato o Natalizumab; esenzione specifica per SM (codice 046.340). Sono state calcolate la prevalenza grezza e specifica per età e genere al 31/12/2011. Per confrontare la prevalenza tra ASL e distretti, sono state calcolate le stime aggiustate per genere ed età utilizzando un modello di regressione di Poisson. Per stimare la proporzione di pazienti presenti negli archivi dei centri e inclusi anche nella popolazione identificata attraverso i SIS, è stata applicata una procedura di record linkage deterministico tra i due archivi.

Risultati L'algoritmo basato sui SIS ha identificato 7377 persone con SM residenti ed assistite nel Lazio al 31/12/2011. La prevalenza grezza è pari a 130,5/100000 (IC 95%: 127,5-133,5), 89,7/100000 e 167,9/100000 per gli uomini e le donne, rispettivamente. Il rapporto maschi/femmine è di poco inferiore a 1:2. I valori di prevalenza più elevati sono stati osservati nelle fasce di età 35-44 e 45-54 anni, senza differenze tra generi. Sono state evidenziate differenze significative nella prevalenza della SM tra ASL e distretti, con stime che variano tra 96,3/100000 (IC 95%: 86,4-107,3) nella ASL di Latina a 169,6/100000 (IC 95%: 147,6-194,9) in quella di Rieti. Una proporzione pari all'82% dei pazienti presenti negli archivi dei centri è stata ritrovata nella popolazione identificata dai SIS.

Conclusioni Lo studio ha prodotto per la prima volta in Italia una stima della prevalenza della SM a livello regionale utilizzando un algoritmo basato sui dati dei SIS. E' stato evidenziato che il Lazio è un'area ad alto rischio per la SM, seppure con una certa eterogeneità nella distribuzione geografica. Sebbene la prevalenza calcolata dai database amministrativi possa rappresentare una sottostima di quella reale, i SIS costituiscono un'importante fonte di informazioni per la sorveglianza epidemiologica e la programmazione dell'assistenza sanitaria.

Il presente progetto è stato finanziato nell'ambito del bando di farmacovigilanza della Regione Lazio 2011.

a.bargagli@deplazio.it

133 - poster

Efficientamento del sistema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive per EXPO

Eugenia Gabrielli[1], Anan Judina Bastiampillai[1], Flavia Riccardo[2], Silvia Declich[2], Maria Grazia Caporali[2], Martina Del Manso[2], Carlo Di Pietrantonj[3], Danilo Cereda[4], Alessandra Piatti[4], Maria Gramegna[4]

[1]Scuola di Specializzazione in Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano; [2]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità; [3]Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive – SeREMI ASL Alessandria ; [4]UO Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria, Direzione Generale Salute – Regione Lombardia

INTRODUZIONE EXPO 2015 rappresenta un mass gathering, protratto nel tempo, con 20 milioni di visitatori attesi da 147 Paesi e caratterizzato da un'aumentata mobilità della popolazione. Scopo della sorveglianza durante EXPO 2015 è identificare precocemente i rischi in sanità pubblica, validarli ed investigarli per mettere in atto le appropriate misure di controllo. La struttura globale del sistema di sorveglianza ha previsto la formazione di un nucleo di Epidemic Intelligence che valuta e integra i segnali provenienti dalla Indicator Based Surveillance (IBS, costituita da sorveglianza malattie infettive e sorveglianza sindromica) e quelli provenienti dalla Event Based Surveillance (EBS, ovvero la sorveglianza basata sugli eventi che utilizza notizie captate da fonti informali quali media e internet tramite piattaforme di biosorveglianza).

OBIETTIVI Descrivere la sorveglianza implementata in corso di EXPO e presentare i risultati preliminari.

METODI Per quanto concerne l'IBS, la sorveglianza delle malattie infettive utilizza l'applicativo già MAINF per l'inserimento delle notifiche e l'elaborazione dei dati in tempi rapidi. Il sistema di Sorveglianza Sindromica si basa sulla trasmissione bisettimanale dei dati relativi agli accessi per sindrome in 12 Pronto Soccorso e 3 Presidi di Primo Intervento dell'area lombarda, per confrontarli con la media della settimana precedente. Il monitoraggio riguarda 13 sindromi, di cui 4 di maggior interesse (sindrome respiratoria con febbre, sindrome gastroenterica senza sangue nelle feci, diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi, febbre con rash). Viene definito superamento della soglia di allerta il rilevamento di un eccesso di casi per più di due giornate consecutive. L'EBS si basa sul monitoraggio di notizie online ricercate attraverso fonti web ad accesso pubblico e gratuito (Medisys e Google Alert) con filtri specifici per le malattie infettive di interesse, in collaborazione con ISS che conduce la EBS a livello nazionale. A cadenza settimanale viene diffuso un bollettino con gli esiti delle sorveglianze.

RISULTATI La sorveglianza sindromica nei mesi di maggio e giugno non ha mai registrato il superamento della soglia di allerta per più di due giorni consecutivi. Nella prima fase della sorveglianza EBS (1°maggio-30 giugno) sono state identificate 381 notizie, di cui 8 ritenute rilevanti e sottoposte a validazione. 6 notizie sono risultate già presenti nel sistema di sorveglianza basata su indicatori, mentre 2 non sono state confermate.

CONCLUSIONI Il sistema di sorveglianza predisposto in occasione di EXPO 2015 ha finora mostrato un buon livello di integrazione tra i sistemi di sorveglianza in uso (IBS) e quelli di nuova implementazione (EBS). L'EBS svolge un ruolo complementare rispetto alle capacità di sorveglianza esistenti e potrebbe rappresentare un utile strumento integrativo da continuare ad utilizzare anche dopo EXPO.

eugenia.gabrielli@unimi.it

134 - orale

Aderenza ai trattamenti farmacologici per la Sclerosi Multipla: uno studio di popolazione nel Lazio

Flavia Mayer[1], Nera Agabiti[1], Anna Maria Bargagli[1], Silvia Cascini[1], Fabio Buttari[2,3], Diego Centonze[2,3], Marta Di Folco[4], Ada Francia[4], Simonetta Galgani[5], Claudio Gasperini[5], Manuela Giuliani[6], Massimiliano Mirabella[7], Viviana Nociti[7,8], Carlo Pozzilli[6], Marina Davoli[1], per il Gruppo Sclerosi Multipla della Regione Lazio

[1]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Roma;[2]Centro per la Sclerosi Multipla, Dipartimento Neuroscienze, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma; [3]IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo (INM) Neuromed, Pozzilli; [4]Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università 'Sapienza', Roma; [5]Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale S. Camillo Forlanini, Roma; [6]Centro Sclerosi Multipla, Ospedale S.Andrea, Università 'Sapienza', Roma; [7]Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [8]Istituto di Neuroriabilitazione, Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

Introduzione I farmaci per la Sclerosi Multipla (SM), definiti modificanti il decorso della malattia (DM), riducono la frequenza e l'intensità delle riacutizzazioni e rallentano l'insorgenza della disabilità. La somministrazione parenterale e l'occorrenza di effetti collaterali limitano la compliance al trattamento. Numerosi studi hanno valutato l'aderenza e la persistenza nelle terapie DM nel loro insieme; sono più scarse le evidenze relative ai singoli farmaci.

Obiettivi Stimare l'aderenza e la persistenza per i seguenti farmaci: Interferone β1a i.m.(INFβ1a IM), Interferone β1a s.c.(INFβ1a SC), Interferone β1b(INFβ1b), Glatiramer Acetato(GA), Natalizumab(NA), utilizzando i dati dei Sistemi Informativi Sanitari regionali.

Metodi La popolazione in studio è costituita da residenti nel Lazio (18-65 aa), affetti da SM (pregresso ricovero,diagnosi ICD IX CM 340.0/esenzione ticket codice 046.340) con almeno una prescrizione per un farmaco DM nel periodo 01/01/2008-12/31/2010.Il follow-up minimo è di 24 mesi, compreso tra la data della prima prescrizione (data indice) e il 31/12/2012. Sono stati considerati solo pazienti naïve (nessuna prescrizione nei 12 mesi precedenti la data indice). La misura di aderenza utilizzata è il Medication Possession Ratio (MPR) calcolata come proporzione di giorni coperti dal farmaco in un periodo di 730 giorni. Sono definiti stati aderenti i pazienti con MPR≥80%. I possibili determinanti dell'aderenza sono stati indagati con un modello di regressione logistica. La persistenza è stata stimata con il metodo Kaplan-Meier; i predittori dell'abbandono sono stati studiati applicando un modello di Cox.

Risultati La popolazione in studio è costituita da 1823 pazienti distribuiti in 5 coorti farmaco-specifiche: INFβ1a IM (N=405,22.2%), INFβ1a SC (N=524,28.7%), INFβ1b (N=439,24.1%), GA (345,18.9%), NA (110, 6.0%).L'età media della popolazione è di 39 aa, il 68% è costituito da donne. La proporzione di pazienti aderenti varia tra il 51.4% per l'INFβ1a IM al 39.9% per l'INFβ1b. L'età avanzata (>55aa), la presenza di comorbidità e le terapie con INFβ1a SC e INFβ1b sono predittori della bassa aderenza. A 12 mesi, nella coorte trattata con INFβ1a IM una proporzione maggiore di pazienti (63%) è ancora in trattamento rispetto alle altre coorti (p<0.0001). Il tipo di farmaco (INFβ1b, INFβ1a SC e NA) e l'età (>55aa) sono forti determinanti dell'abbandono del trattamento.

Conclusioni L'aderenza e la persistenza ai farmaci DM nei pazienti con SM nel Lazio non sono ottimali e presentano differenze tra le diverse terapie. La conoscenza dei fattori che limitano la compliance ha una grande rilevanza ai fini del raggiungimento del successo terapeutico e quindi del mantenimento del migliore livello di salute possibile in una patologia cronica e progressivamente invalidante. Va osservato, come limite dello studio, che sono stati inclusi nell'analisi solo i trattamenti iniettivi, non le terapie orali di recente introduzione, che probabilmente avranno un ben altro impatto sull'aderenza al trattamento.

Il presente progetto è stato finanziato nell'ambito del bando di farmacovigilanza della Regione Lazio 2011.

f.mayer@deplazio.it

135 - orale

Donne vittima di violenza: Valutazione dei profilo di rischio attraverso il ricorso AL Pronto soccorso

Enrica Lapucci[1], Sara Farchi[1], Marina Davoli[1], Paola Michelozzi[1]

[1]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL/RME, Roma

INTRODUZIONE Il fenomeno della violenza e del maltrattamento delle donne costituisce un evento con un notevole impatto sia in termini di costo sociale che sanitario. Nel 2014, l'ultima indagine Istat riporta che una donna su tre ne è stata vittima nel corso della vita. La violenza contro le donne rimane uno dei fenomeni sociali più nascosti a causa di numerosi fattori tra cui il fatto che gli abusi avvengono spesso in ambito familiare, la scarsa consapevolezza e la difficoltà di riconoscimento del maltrattamento o l'occultazione da parte delle vittime. Tenendo conto che in vittime di violenza gli episodi sono spesso ripetuti con conseguenze di salute di lungo periodo e croniche, è sempre più consolidato il ruolo che i servizi sanitari possono avere nella prevenzione del fenomeno.

OBIETTIVI Valutare frequenza e caratteristiche di ricorso ai servizi di emergenza per individuare fattori di accesso che possono costituire degli eventi avversi "sentinella" riconducibili all'episodio di violenza

METODI È stata ricostruita la coorte di accessi in PS per aggressione riferita alle donne in età 15 anni e più residenti nel Lazio nel biennio 2013-2014. Per ogni caso di violenza identificato, sono state valutate le visite in PS precedenti in un periodo di 3 anni. Vengono descritti i fattori socio-demografiche e clinici dei casi di violenza e degli accessi in PS precedenti

RISULTATI Nel biennio 2013-2014, sono stati notificati 18082 accesi per aggressione(1,14% delle visite in PS) corrispondenti a 15787 donne(prevalenza 6‰). Nel 1,3% era confermata la diagnosi di abuso o maltrattamento(ICD-9CM 995.8). Le donne con un accesso per aggressione mostravano un'età media più bassa (41 anni std15) rispetto alla popolazione femminile con almeno un accesso in PS per altra causa(50 anni std21). I casi di aggressione sono risultati per il 77% di donne residenti a Roma e in particolare nell'area metropolitana del comune di Roma(49%) ma senza forti differenze rispetto agli accessi per altra causa(75%). Infine, la composizione per cittadinanza mostra una presenza maggiore di straniere(26% vs 16%). Nei tre anni precedenti l'episodio di aggressione, il numero medio di visite al pronto soccorso per ogni donna è stato di 4,0 contro una media generale di 2,2 accessi ripetuti. Le diagnosi più frequenti associate alle visite precedenti l'aggressione sono state contusioni(ICD-9CM 920-924:11%), dolori addominali(ICD-9CM 789:7%), disturbi nevrotici(ICD-9CM 300-316:5%) e più in generale malattie del sistema nervoso(ICD-9CM 320-389:4%) e complicanze di cure mediche(ICD-9CM 999:9,8%)

CONCLUSIONI La violenza di genere è un fenomeno ancora per molti aspetti sommerso; questa prima analisi esplorativa si allinea a risultati noti in letteratura e mostra che le donne più giovani, straniere e residenti nelle aree metropolitane mostrano profili di rischio più elevato. I dati dei sistemi informativi sanitari consentono di identificare eventi a rischio, come accessi ripetuti al PS, dolori ricorrenti e stress emotivo, consentendo di definire importanti eventi sentinella utili per identificare sospette vittime di violenza nel momento di accesso al pronto soccorso

e.lapucci@deplazio.it

136 - poster

Progetto "Piccolipiù in forma. Alimentazione sana e movimento per crescere bene". Sperimentazione e valutazione di un sito interattivo per la prevenzione dell'obesità infantile in età prescolare

S.Farchi[1], F.Asta[1], D.Porta[1], M.T.Menzano[2], B. Ferrucci[3], N. Di Blasio[3], , L.Richiardi[4], F. Rusconi[5], L.Ronfani[6], L.Gagliardi[7], A.Stazi[8], S.Scondotto[9], P. Michelozzi[1] e il gruppo Piccolipiù

[1]Dipartimento di Epidemiologia del SSR della Regione Lazio; [2]Ministero della Salute; [3]Think2it

Introduzione L'obesità in età pediatrica è un problema rilevante ed rappresenta un fattore di rischio per patologie croniche dell'adulto. Il piano d'azione dell'UE per il contrasto all'obesità infantile pone la famiglia come attore principale per promuovere una dieta corretta e per contrastare la sedentarietà dei bambini. Crescente è l'interesse verso l'utilizzo dei nuovi media per interventi di promozione della salute. Uno degli aspetti più interessanti del web 2.0 è l'elevato livello di interazione sito-utente che permette di realizzare una comunicazione collaborativa e dinamica. Il numero di utenti dei social network in Italia è molto numeroso ed è in forte aumento l'utilizzo dei dispositivi mobili per le connessioni.

Obiettivi Obiettivo del presente progetto, finanziato dal CCM-Ministero della Salute, è quello di realizzare un sito per la prevenzione dell'obesità infantile in età prescolare ed effettuare una valutazione dell'impatto potenziale del suo utilizzo.

Metodi Il sito rivolto ai genitori e ai bambini di circa 4 anni conterrà le informazioni per una corretta alimentazione e per la promozione di uno stile di vita non sedentario nei bambini. Sarà un sito con un livello elevato di interattività con materiali video e da scaricare (brochure, video di ricette culinarie, attività di gioco). Verrà inoltre realizzata un'applicazione per smartphone e contenuti visibili tramite facebook e youtube. La valutazione si articolerà in tre fasi: 1) valutazione nella popolazione aderente alla coorte Piccolipiù. I bambini verranno invitati ad effettuare una visita medica con misura dei parametri antropometrici e obiettivi, per poter valutare a distanza di tempo l'efficacia dei contenuti del sito per la riduzione del rischio di obesità a seconda dei profili individuali di salute. I genitori compileranno un questionario prima e dopo l'accesso alla piattaforma per misurare le conoscenze, le attitudini ed i propri comportamenti prima e dopo l'intervento; 2) Case study per la valutazione della fattibilità dell'intervento tra la popolazione generale. A questo scopo verranno invitate a partecipare le famiglie dei bambini di circa 3-4 anni residenti a Palermo per valutare la realizzabilità di un intervento in larga scale sia tramite un questionario on line compilato dalle famiglie, che utilizzando gli analytics comunemente utilizzati per valutare l'impatto di un sito; 3) valutazione del potenziale impatto sulla salute e sulla prevalenza di obesità. Per questo verranno combinati i risultati sui cambiamenti dei comportamenti con dati di letteratura sull'evidenza dell'associazione tra i comportamenti e l'obesità in età scolare e dati di prevalenza provenienti da altri progetti complementari condotti in questo campo in Italia. Il progetto è partito ad Aprile 2015 e durerà fino ad aprile 2017. Verrà presentato il sito, gli strumenti interattivi elaborati ed il disegno di studio per le valutazioni di efficacia dell'intervento.

Conclusioni Il progetto permetterà di stimare il contributo dell'intervento sulla modificazione dei comportamenti, indicando la possibile riduzione del rischio di obesità infantile in caso di applicazione su una popolazione più ampia.

s.farchi@deplazio.it

137 - orale

Fattori associati al consumo precoce di bevande zuccherate: risultati dello studio Piccolipiù

S.Farchi[1], M.Culasso[1], F. Rusconi[2], M.L. Guidotti[2], F.Merletti[3], C.Pizzi[3], L.Ronfani[4], L.Vecchi Brumatti[4], L.Gagliardi[5], A.Ranieli[5], S.Alviti[6], A.Arnofi[6], F. Forastiere e il gruppo Piccolipiù

[1]Dipartimento di Epidemiologia, SSR del Lazio, Roma; [2]AOU Meyer, Firenze; [3]Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino e CPO-Piemonte; [4]Istituto Burlo Garofolo, Trieste; [5]Ospedale Versilia, AUSL 12, Viareggio; [6]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità-Roma

Introduzione Il consumo di calorie derivanti da liquidi zuccherati è associato ad un aumentato rischio di soprappeso/ obesità. Gli zuccheri aggiunti vengono definiti "calorie vuote" e, se non sono associati ad un minor apporto calorico di altri alimenti, possono causare uno scompenso metabolico. L'assunzione di bevande zuccherate è anche associata al rischio di carie dentali. Le buone pratiche raccomandano perciò di non utilizzare bevande con zuccheri aggiunti nell'alimentazione della primissima infanzia.

Obiettivo del presente studio è quello di descrivere i fattori associati ad un consumo precoce di bevande zuccherate e succhi di frutta dei bambini arruolati nella coorte italiana Piccolipiù.

Metodi Piccolipiù è una coorte italiana multicentrica di 3328 neonati, arruolata in cinque città italiane (Torino, Trieste, Viareggio, Firenze e Roma) tra ottobre 2011 e febbraio 2015. A 12 mesi di vita le famiglie dei bambini arruolati hanno compilato un questionario alimentare con la frequenza di consumo di 48 alimenti.

Tutti i bambini di 12 mesi che assumevano bevande zuccherate e succhi di frutta almeno una volta al giorno sono stati considerati "consumatori precoci" (CP). È stata valutata l'associazione tra il consumo precoce di bevande zuccherate e succhi di frutta ed alcuni fattori raccolti al baseline e nel questionario dei sei mesi di vita (sesso del bambino e centro di arruolamento, età e titolo di studio della mamma, reddito familiare, parità, abitudine al fumo prima della gravidanza, BMI pre gravidanza, peso alla nascita e svezzamento precoce-definito come coloro i quali hanno introdotto cibi solidi prima del 4° mese) attraverso modelli di regressione logistica univariata e multivariata.

Risultati Al 30 giugno 2015, 2144 famiglie hanno compilato il questionario a 12 mesi. Il numero di bambini CP di bevande zuccherate e succhi di frutta risultano pari al 7%. L'età della madre risulta essere un fattore fortemente associato al consumo di bevande zuccherate (ORetà materna<25vs>40=3.39, 95% IC:1.36-8.49), a più alto rischio di essere CP sono i figli di madri fumatrici prima della gravidanza (OR=1.58, 95% IC:1.08-2.33), i figli di mamme sottopeso (OR=2.16, 95% IC:1.29-3.63) ed i secondi (o più) figli (OR=1.58, 95% IC 1.07-2.32). Il peso alla nascita del bambino, il sesso e lo svezzamento precoce, e il centro di nascita non risultano associati. Il reddito familiare, il titolo di studio della mamma e l'obesità materna sono significativamente associati solo nei modelli univariati. Un'analisi preliminare ha evidenziato come i CP abbiano consumi più elevati di altri alimenti calorici come i biscotti, le torte, il prosciutto, il cioccolato, il burro e lo zucchero.

Conclusioni Lo studio Piccolipiù ha messo in evidenza alcuni fattori di rischio per il consumo precoce di bevande zuccherate che a sua volta può associarsi ad una dieta altamente calorica. Questi dati forniscono elementi utili per le campagne di prevenzione dell'obesità infantile

s.farchi@deplazio.it

138 - orale

Caratteristiche neonatali e materne associate all'introduzione precoce di cibi solidi nella coorte Piccolipiù.

Daniela Porta[1], Martina Culasso[1], Laura Chiesi[2], Luigi Gagliardi[3], Emanuela Medda[4], Lorenza Nisticò[4], Lorenzo Richiardi[5], , Antonella Ranieli[3], Luca Ronfani[6] , Franca Rusconi[2], Tullia Todros[7] , Liza Vecchi Brumatti[6],Francesco Forastiere[1], e il Gruppo PICCOLIPIU'.

[1]Dipartimento di Epidemiologia, SSR del Lazio- ASL RME, Roma; [2]AOU Meyer, Firenze; [3]Ospedale Versilia, AUSL 12, Viareggio; [4]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità-Roma; [5] Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino e CPO-Piemonte; [6]Istituto Burlo Garofolo, Trieste; [7] Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università di Torino-

Introduzione: L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda dal 2001 l'allattamento esclusivo al seno nei primi 6 mesi di vita e solo a seguire l'introduzione di cibi solidi. D'altra parte, diversi studi condotti negli ultimi anni danno indicazioni per una modifica di queste raccomandazioni, suggerendo di iniziare ad introdurre i cibi solidi tra il 4° e il 6° mese di vita. L'introduzione precoce potrebbe rappresentare un problema soprattutto per un eccessivo carico di sostanze proteiche e zuccheri associati allo sviluppo di soprappeso e obesità.

Obiettivi: Studiare i determinanti dell'introduzione precoce dei cibi solidi prima del 4° mese di vita nella coorte di nati Piccolipiù.

Metodi: Piccolipiù è una coorte multicentrica di 3328 neonati, arruolata in cinque città italiane (Torino, Trieste, Viareggio, Firenze e Roma) tra ottobre 2011 e febbraio 2015. A 6 mesi le mamme dei bambini arruolati hanno compilato un questionario relativo all'allattamento, alla salute, al sonno e all'introduzione di cibi solidi. Le informazioni sulle caratteristiche della mamma prima e al momento della nascita e sulle caratteristiche del neonato sono state raccolte tramite questionari al momento dell'arruolamento. E' stata studiata la possibile associazione tra l'introduzione di alimenti solidi prima dei 4 mesi di vita e il centro di arruolamento, variabili relative al bambino (tipo di allattamento al ritorno a casa e al primo mese di vita, peso alla nascita) e alla mamma (età al parto, livello di istruzione, parità, abitudine al fumo, ritorno al lavoro nei primi 12 mesi di vita, inclinazione ad allattare al seno). L'associazione è stata espressa tramite Odds Ratio (OR) e relativi Intervalli di Confidenza al 95% (IC95%), derivanti da modelli di analisi logistica univariata e multivariata.

Risultati: Al 30 giugno 2015, 2871 bambini (86.3%) hanno completato il follow-up a 6 mesi. Su 2567 mamme che hanno risposto alla domanda relativa all'introduzione di cibi solidi, 158 (6.2%) hanno risposto di aver introdotto almeno un alimento prima dei 4 mesi e 2164 (84.3%) mamme tra 4 e 6 mesi. L'analisi multivariata ha evidenziato un'associazione tra introduzione precoce (meno di 4 mesi) e centro di arruolamento (Trieste vs Roma: OR=0.15, IC95%= 0.07-0.32), età della mamma (>40anni vs <25: OR=0.17, IC95%= 0.06-0.49), livello di istruzione della mamma (alto vs basso: OR=0.28, IC95%= 0.16-0.48), ritorno al lavoro entro 6 mesi (OR=2.14, IC95%= 1.35-3.42).

Conclusioni: Lo studio mostra un alto livello di adesione alle raccomandazioni sull'introduzione dei cibi solidi. Tra le mamme non aderenti, lo studio ha permesso di identificare le fasce di popolazione a maggior rischio, in particolare le mamme più giovani e meno istruite. Inoltre sono state evidenziate notevoli differenze tra le città Italiane arruolate. Tali indicazioni possono essere utili per individuare ed attuare le attività di prevenzione.

d.porta@deplazio.it

139 - orale

La televisione a 2 anni di vita nella coorte di nati Piccolipiù.

Martina Culasso[1], Silvia Narduzzi[1], Maria Luisa Guidotti[2], Luigi Gagliardi[3], Luana Penna[4], Daniela Porta[1], Antonella Ranieli[3], Assunta Rasulo[5], Luca Ronfani[6], Franca Rusconi[2], Mirian Salemi[4], Morena Trevisan[7], Liza Vecchi Brumatti[6], e il Gruppo PICCOLIPIU'.

[1]Dipartimento di Epidemiologia, SSR del Lazio, Roma; [2]AOU Meyer, Firenze; [3]Ospedale Versilia, AUSL 12, Viareggio; [4]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità-Roma; [5]AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e CPO-Piemonte; [6]Istituto Burlo Garofolo, Trieste; [7]Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino e CPO-Piemonte

Introduzione: E' stato ben descritto in letteratura che i comportamenti sedentari, in particolare guardare molto la televisione, sono predittori di obesità anche più importanti dell'attività fisica. Conoscere i fattori di rischio di questi comportamenti è importante per poter implementare interventi di prevenzione in paesi ad alta prevalenza come l'Italia.

Obiettivi: Descrivere la frequenza con cui i bambini della coorte di nati Piccolipiù guardano la televisione e i fattori sociali e familiari ad essa associati.

Metodi: Piccolipiù è una coorte italiana multicentrica di 3328 neonati, arruolata in cinque città italiane (Torino, Trieste, Viareggio, Firenze e Roma) tra ottobre 2011 e febbraio 2015. A 24 mesi le mamme hanno compilato un questionario sulla salute, la dieta e le abitudini di vita di mamma e bambino. Le informazioni sulle caratteristiche della mamma, prima e al momento della nascita, sono state raccolte all'arruolamento tramite questionari. L'uso frequente della televisione (1 o più ore al giorno verso meno di 1 ora) è stato descritto in termini assoluti e in associazione a indicatori di stato socio-economico (istruzione della madre e del padre, reddito familiare), variabili materne (età al parto, abitudine al fumo, stress psicologico e ritorno al lavoro a 2 anni dal parto), informazioni sul bambino come frequenza del nido, comportamenti legati all'uso della TV a 2 anni (con chi la guarda, cosa fa mentre la guarda), comportamenti alimentari non raccomandati (consumo di spuntini frequenti durante la giornata, consumo di merende dolci e salate).

Risultati: Al 30 giugno 2015, 1772 bambini (53.2%) hanno completato il follow-up a 24 mesi. Complessivamente il 61.4% dei bambini di 2 anni guardano la TV per una o più ore al giorno. Solo il 5% dei bambini è risultato non guardarla mai. I bambini che guardano molta televisione hanno una maggiore probabilità, rispetto a quelli che ne vedono poca, di guardarla da soli (75% vs 25%) o con la tata (80% vs 20%), e di guardarla mentre fanno qualcos'altro, come mangiare o giocare (76% vs 24%). Anche l'abitudine di spuntini frequenti durante la giornata è più frequente tra i bambini che guardano molta TV rispetto a chi ne guarda poca (74% vs 26%). I bambini che non frequentano l'asilo sono assidui utilizzatori di televisione (70% vs 54.6%). Infine, guardare frequentemente la TV è risultato associato ad una bassa età della mamma, ad un basso livello di istruzione dei genitori, ad un basso reddito familiare.

Conclusioni: Il nostro studio rivela una frequenza elevata di bambini che guardano la TV molto precocemente e mostra alcuni comportamenti e fattori associati. Analisi più approfondite ci potranno dare indicazioni sugli aspetti legati al comportamento di chi accudisce il bambino, sui quali si potrebbe agire per ridurre l'uso della TV.

m.culasso@deplazio.it

140 - orale

IL RITARDO NELL'ACCESSO AL TRATTAMENTO DEI TUMORI DELLA MAMMELLA: È UN PROBLEMA DI DISUGUAGLIANZA SOCIALE O SOLO UN PROBLEMA ORGANIZZATIVO?

Antonio Russo[1], Aldo Bellini[2], Cesare Cislaghi[3] e Mario Braga[3]

[1]Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati ASL Milano 1; [2]Direttore Sanitario ASL Milano 2; [3]AGENAS

INTRODUZIONE i tumori della mammella rappresentano il primo tumore in termini di incidenza e mortalità, sono oggetto di uno screening programmato e, per il loro impatto sulla salute, hanno linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con tutti i professionisti che si occupano di diagnosi e trattamento.

OBIETTIVI analizzare la relazione tra il tempo intercorso dalla diagnosi strumentale all'intervento chirurgico e alcune variabili sociodemografiche individuali e aggregate.

METODI sono stati utilizzati i casi incidenti di tumore della mammella rilevati dal registro tumori della Provincia di Milano (1,6 Mil. di ab.) nel periodo 2007-2012. Utilizzando i sistemi di datawarehouse sanitari, è stata identificata la data della prima procedura diagnostica (mammografia/ecografia). Per ciascun caso sono stati ricostruiti, a livello individuale, istruzione, professione e stato civile e, su base comunale, il quintile dell'indice di deprivazione al 2001.

Sono stati calcolati il tempo tra la procedura diagnostica e l'intervento chirurgico principale, e la proporzione di casi con trattamento entro 60 giorni dalla procedura diagnostica. Tramite modelli di regressione logistica è stata valutata l'associazione tra ritardo diagnostico e variabili sociodemografiche.

RISULTATI sono stati identificati 7.938 casi di cui 835 (10%) non operati. L'analisi è stata effettuata sui soli casi trattati chirurgicamente, tra i quali risulta mancante il livello di istruzione nel 5%, la professione nello 0,7% e lo stato civile nel 14%. Il 41.6% dei casi riceve il trattamento chirurgico entro 60 gg dalla diagnosi: il 32% con licenza elementare vs il 46% dei laureati; il 42% degli operai vs il 41 dei professionisti/impiegati e il 37% dei disoccupati/ temporaneamente occupati; il 42% delle donne sposate vs il 40% degli altri stati civili. L'indice di deprivazione non mostra differenze tra i vari quintili, mentre il 42% vs 34% nei casi con età inferiore vs superiore a 80 anni. L'analisi con un modello logistico, che include come dummy tutte le variabili sociodemografiche, evidenza una associazione inversa significativa di tutte le categorie rispetto alla istruzione elementare e alla professione di operaio, fatta eccezione per gli occupati temporanei/disoccupati (OR 1.45; IC95% 1.14-1.86). Anche avere più di 80 anni si associa a un ritardo al trattamento (OR 1.79; IC95% 1.51-2.13).

CONCLUSIONI La Breast Unit, recentemente identificata nell'ambito della legge sugli standard minimi, prevede l'effettuazione della chirurgia entro 60 giorni dalla mammografia, infatti nell'ambito dello screening, un ritardo di oltre due mesi potrebbe vanificare parte del beneficio acquisito. I dati derivati da flussi sanitari correnti mostrano una relazione tra il ritardo al trattamento, lo stato socioeconomico e l'età avanzata, individuando l'esistenza di una disuguaglianza di accesso che deve essere oggetto di ulteriore approfondimento, a vari livelli, di chi si occupa di sanità pubblica.

antonio.russo@aslmi1.mi.it

141 - orale

Valutazione della variazione temporale del rischio di mesotelioma e di tumore del polmone nelle coorti di esposti per lavoro ad amianto.

Corrado Magnani[1], Laura Ancona[2], Antonio Baldassarre[3], Vittoria Bressan[4], Tiziana Cena[1], Elisabetta Chellini[5], Francesco Cuccaro[6], Daniela Ferrante[1], Patrizia Legittimo[7], Ferdinando Luberto[8], Alessandro Marinaccio[9], Stefano Mattioli[7], Simona Menegozzo[10], Enzo Merler[4], Lucia Miligi[5], Dario Mirabelli[11], Marina Musti[3], Enrico Oddone[12], Venere Pavone[13], Patrizia Perticaroli[14], Aldo Pettinari[14], Roberta Pirastu[15], Alessandra Ranucci[1], Elisa Romeo[2], Orietta Sala[16], Corrado Scarnato[13], Stefano Silvestri[17] ed il gruppo di lavoro per il progetto*

*Il Gruppo di lavoro comprende anche: Maria Nicoletta Ballarin [4], Francesco Barone-Adesi [18], Carol Brentisci [11], Barbara Cortini [5], Stefania Curti [7], Manuela Gangemi [11], Paolo Girardi [4], Francesco Gioffrè [4], Giuseppe Gorini [5], Lucia Mangone [8], Francesco Marinelli [7], Pasqualina Marinilli [13], Chiara Panato [4], Francesca Roncaglia [8], Cinzia Storchi [8], Antonella Stura [11], Sara Tunesi [1], Massimo Vicentini [8], Simona Verdi [5], Anna Maria Nannavecchia [19], Lucia Bisceglia [20]

[1]Dipartimento di Medicina Traslazionale - Università del Piemonte Orientale e CPO Piemonte, Novara; [2]Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio, Roma; [3]Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Medicina del Lavoro "B. Ramazzini", Università degli Studi di Bari "A. Moro"; [4]Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma. SPISAL AULSS 16, Padova; [5]SS Epidemiologia Ambientale Occupazionale, ISPO, Firenze; [6]ASL di Barletta-Andria-Trani; [7]Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna, e Unità di Medicina del Lavoro, AOU S.Orsola-Malpighi, Bologna; [8]Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia e Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS Reggio Emilia; [9]INAIL, Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale, Laboratorio di epidemiologia occupazionale e ambientale ; [10]Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, Napoli; [11]Unità di Epidemiologia dei Tumori, Università di Torino e CPO Piemonte; [12]Dipartimento di Sanità pubblica, medicina sperimentale e forense, Università di Pavia. Pavia; [13]Dipartimento di Sanità Pubblica, Area PSAL, Azienda USL Bologna; [14]Dipartimento Prevenzione, SPSAL, Area Vasta 2, ASL Marche, Senigallia; [15]Dipartimento di Biologia e Biotecnologie Charles Darwin, Sapienza Università di Roma; [16]ARPA Emilia-Romagna, Sezione provinciale di Reggio Emilia; [17]ISPO, Firenze; [18]Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy; [19]IRCCS Giovanni XXIII Oncologico Bari, RT Puglia; [20]ARES Puglia

Introduzione La IARC valuta certa l'associazione tra esposizione ad amianto e mesotelioma, tumori del polmone, laringe e ovaio e limitata per i tumori di faringe, stomaco e colon retto. La possibile diminuzione del rischio dopo la cessazione dell'esposizione e dopo latenze superiori a 40 anni è dibattuta. La legge 257/1992 ha determinato un esperimento naturale che consente di misurare su ampia scala l'andamento del rischio di patologia da amianto tra gli ex esposti. Lo studio include coorti di lavoratori esposti ad amianto in Italia già studiate, in modo da poter disporre di dati già validati in breve tempo ed ha le dimensioni necessarie per valutare separatamente il rischio per le donne.

Metodi I settori produttivi principali sono: produzione di manufatti in cemento amianto, costruzione e manutenzione di rotabili ferroviari, cantieristica navale, in 11 regioni. Sono state raccolte le informazioni per stimare i livelli medi di esposizione per azienda e periodo: periodo dell'uso di amianto; varietà mineralogiche; frazione di esposti "attivi" e "passivi" sul totale; frequenza delle lavorazioni; dati ambientali e di letteratura; stime di esposizione. Obiettivo è una stima della "esposizione ponderata" nel periodo e un indice aziendale di rischio, confrontabile tra le diverse aziende e per diversi periodi di calendario, corredato di un indice che esprime il grado di incertezza. Il follow-up di mortalità

delle singole coorti è stato aggiornato dai singoli ricercatori delle coorti in studio almeno al 31.12.2010. Lo stato in vita e la causa di morte sono stati raccolti con i consueti metodi (anagrafi assistiti, richiesta nominativa a comuni ed ASL, data-base di mortalità regionale, secondo la disponibilità nelle diverse aree). I ricercatori hanno anche provveduto alla codifica della causa di morte secondo ICD. L'incidenza di mesotelioma verrà rilevata in collaborazione con il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM). I tassi di mortalità di riferimento sono stati aggiornati al 2012, in collaborazione con l'ISS.

Risultati L'insieme delle coorti è composto da 55.540 soggetti dei quali 15.064 nella produzione di cemento-amianto. La coorte include 6.430 donne. Il 54,2% dei soggetti risulta vivo al follow-up, il 42,6% deceduto, 0,4% emigrato e il restante 2,8% non è stato rintracciato al follow-up. La causa di morte è nota per il 93,3%. Risultano 2.700 decessi per tumore del polmone, 785 per tumore primitivo della pleura, 189 del peritoneo e 475 per asbestosi. Risultati saranno presentati in sede di convegno.

Discussione Il follow-up di mortalità è stato condotto utilizzando da parte di ciascun centro i metodi tradizionali (richieste nominative ai comuni e alle ASL) poiché non è stato ottenuto l'auspicato e richiesto contributo informativo da ISTAT e INPS. Oltre all'obiettivo principale di valutazione dell'andamento del rischio nel tempo, si prevede che lo studio possa consentire ulteriori risultati, quali: fornire un quadro coerente del rischio di patologie da esposizione occupazionale ad amianto in Italia; valutare il rischio per quelle neoplasie ancora in discussione e valutare il rischio per le donne.

corrado.magnani@cpo.it

142 - poster

VARIAZIONI TEMPORALI DEGLI EFFETTI A BREVE TERMINE DELL'INQUINAMENTO ATMOSFERICO A ROMA DAL 1998 AL 2014

Autori: Renzi Matteo [(1)]; Stafoggia Massimo [(1)];Faustini Annunziata [(1)]; Cesaroni Giulia [(1)]; Forastiere Francesco [(1)]

[(1)] Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio, Roma, Italia

Introduzione: L'associazione tra inquinamento atmosferico e mortalità è stata ampiamente analizzata negli studi epidemiologici, tuttavia ancora non si sa molto sull'evoluzione temporale durante lunghi periodi.

Obiettivi: Valutare la relazione temporale tra inquinamento atmosferico e mortalità giornaliera a Roma durante il periodo 1998-2014.

Metodi: Sono stati considerati 359,447 decessi per cause naturali a Roma nel periodo 1998-2014, relativi a soggetti di età 35+ anni residenti nella città. Abbiamo considerato come esposizioni le concentrazioni giornaliere di materiale particolato (PM10 e PM2.5), biossido d'azoto (NO2), biossido di zolfo (SO2) e monossido di carbonio (CO). Abbiamo utilizzato un'analisi di serie temporale aggiustata per trend di lungo periodo e fattori metereologici. Le associazioni sono state stimate su tutto il periodo e per singoli anni aggiungendo al modello opportuni termini d'interazione tra inquinante ed anno.

Risultati: Le concentrazioni medie annue di tutti gli inquinanti sono diminuite sostanzialmente durante il periodo di studio, con percentuali di decremento tra un massimo di 90% per l'SO2 ed un minimo di 28% per NO2. Su tutto il periodo, tutti gli inquinanti sono risultati significativamente associati con i decessi per cause naturali: la mortalità presenta un aumento a lag 0-1 del 1.27% (95% IC = 0.90-1.64) e 0.19% (0.13-0.26) per incrementi di 10 µg/m3e 1 mg/m3rispettivamente per PM10 e CO. Invece a lag 0-5 la mortalità aumenta del 3.03% (2.44-3.63), 1.75% (0.87–2.64) e 2.36% (1.61-3.11) per incrementi di 10 µg/m3per NO2 e PM2.5 ed 1 µg/m3per SO2. Le stime annuali degli effetti degli inquinanti atmosferici non mostrano un trend temporale evidente, con effetti leggermente decrescenti sull'intero periodo ma marcate variazioni anno per anno.

Conclusioni: Le concentrazioni degli inquinanti atmosferici sono diminuite sostanzialmente durante gli ultimi vent'anni a Roma. Questo però non ha determinato una variazione negli effetti sulla mortalità in termini relativi, anche se si può stimare una riduzione sull'impatto complessivo come conseguenza della riduzione delle concentrazioni. Ulteriori ricerche sono in corso per valutare come le principali misure legislative atte al ridurre le emissioni antropogeniche durante il periodo d'analisi potrebbero aver influenzato la composizione del materiale particolato.

m.renzi@deplazio.it

143 - orale

L'uso del propensity score nella valutazione degli effetti della esposizione cronica a inquinamento atmosferico nello studio longitudinale romano

Giulia Cesaroni [(1)], Joel Schwartz [(2)], Chiara Badaloni [(1)], Silvia Narduzzi [(1)], Marina Davoli [(1)], Gerard Hoek [(3)], Bert Brunekreef [(3)], Francesco Forastiere [(1)]

[(1)]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Roma; [(2)] Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA ; [(3)] Institute for Risk Assessment Sciences, Utrecht University, Utrecht, Netherlands

INTRODUZIONE Diversi studi di coorte hanno messo in evidenza un'associazione tra esposizione cronica ad inquinamento atmosferico e mortalità, ma finora non sono stati usati modelli di inferenza causale.

L'obiettivo dei modelli causali è quello di imitare al meglio uno studio randomizzato controllato. Gli studi randomizzati equilibrano la distribuzione delle covariate tra trattati e non trattati, esposti e non esposti. I propensity score costituisco un metodo per imitare uno studio randomizzato perché sono punteggi bilancianti: nei soggetti con lo stesso propensity score la distribuzione delle covariate considerate è la stessa tra esposti e non esposti.

OBIETTIVI Analizzare lo studio longitudinale romano per evidenziare gli effetti dell'inquinamento sulla mortalitàutilizzando modelli di inferenza causale.

METODI Lo studio longitudinale romano è la coorte dei residenti a Roma al censimento della popolazione nel 2001, seguiti fino al 2010. L'esposizione all'indirizzo di residenza al 2001 (a NO2, PM10, Coarse, PM2.5 e PM2.5-Absorbance) è stata ottenuta grazie ai modelli land use regression sviluppati nell'ambito del progetto europeo ESCAPE (European Study of Cohorts on Air Pollution Effects).Abbiamo selezionato più di un milione di adulti di 30+ anni al 2001. I dati a disposizione sono informazioni individuali (sesso, età, istruzione, occupazione,settore di occupazione, stato civile, luogo di nascita, precedenti ospedalizzazioni per diabete, BPCO e ipertensione) e di contesto (indice di posizione socioeconomica e di reddito per sezione di censimento, tasso di disoccupazione per quartiere). Abbiamo stimato unPSper ogni inquinante utilizzando tutte le variabili disponibili: abbiamo stimato l'esposizione dati i possibili confondenti.Abbiamo suddiviso la popolazione in decili del PS. In ogni decile del propensity score i soggetti hanno caratteristiche non correlate all'esposizione. Abbiamo utilizzato modelli di Cox stratificati per sesso e decili del PS per valutare l'effetto dell'esposizione sulla mortalità non accidentale.

RISULTATI Abbiamo trovato un incremento di rischio all'aumentare dell'esposizione cronica. Per 10 µg/m3 di incremento di PM2.5si osserva un aumento di mortalitàdel 5%, per 10 µg/m3 di aumento di PM10 e NO2, o di 20 µg/m3 di NOx, l'aumento di rischio è del 2%. Per 10 µg/m3 di aumento di coarse il rischio è del 4% in più e per un'unità di aumento di PM2.5-Absorbance è del 3%.L'effetto dell'esposizione agli ossidi di azoto in modelli multipli è risultata essere indipendente dagli altri inquinanti.

CONCLUSIONI L'esposizione cronica ad inquinamento dell'aria ha un effetto sulla salute della popolazione di Roma. Sotto l'ipotesi che non ci siano fattori di confondimento non considerati, o che il nostro set di variabili sia così ampio che anche le covariate non osservate siano correlate con il nostro set e quindi controllate, l'utilizzo di modelli causali permette di stabilire una relazione causale tra esposizione ed esito.

g.cesaroni@deplazio.it

144 - orale

Il ruolo del percorso di cura nella sopravvivenza ad un anno dopo infarto acuto del miocardio.

Martina Ventura, Valeria Belleudi, Nera Agabiti, Mirko di Martino, Paolo Sciattella, Riccardo Di Domenicantonio, Marina Davoli, Danilo Fusco.

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio

Introduzione. Numerosi studi hanno valutato gli outcomes delle singole fasi (emergenza, acuzie e post-acuzie) del percorso assistenziale per il trattamento dell'infarto acuto del miocardio (IMA); poco è noto sull'effetto integrato del percorso.

Obiettivo. Valutare il ruolo integrato del percorso di cura in termini di sopravvivenza ad un anno dall'insorgenza di IMA.

Metodi. Sono stati selezionati dal registro delle cause di morte e dal sistema informativo ospedaliero gli infarti incidenti per i residenti del Lazio con età ≥18 aa. nel periodo 2011-2013. La storia clinica del paziente è stata definita ricercando i ricoveri e il consumo di farmaci precedente l'insorgenza di IMA. A parità delle caratteristiche demografiche e cliniche, per ciascun soggetto sono state calcolate, attraverso modelli logistici multivariati, la probabilità di arrivo in ospedale e le probabilità condizionate di sopravvivere a 30 gg dall'ammissione e di sopravvivere 365 gg post-dimissione, rispettivamente per le fasi di emergenza, acuta e post-acuta.

La probabilità di sopravvivere ad un anno da IMA è stata calcolata come prodotto delle tre probabilità precedenti.

Differenti scenari di qualità del percorso di cura sono stati definiti in termini di: tempestività dell'emergenza (tempo di percorrenza tra la residenza e l'ospedale più vicino), performance ospedaliera nel trattamento della fase acuta (numero e tempestività della ptca sul totale degli STEMI), trattamento farmacologico della fase post-acuta (numero di farmaci tra: antiaggreganti, betabloccanti, statine e sartani). Il rapporto tra la probabilità di sopravvivenza ad un anno (RP) ed i relativi intervalli di confidenza bayesiani (BIC95%) tra chi effettua il percorso di cura migliore (tempestività-emergenza<20', ospedale di ricovero con performance ottima, trattamento farmacologico completo) e il percorso peggiore (tempestività-emergenza≥20', ospedale di ricovero con performance insufficiente, trattamento farmacologico scarso) è stato calcolato per il paziente medio e al variare del genere e della classe di età.

Risultati. Sono stati identificati 29.392 IMA (61,8% maschi; età media=73). La mortalità extra-ospedaliera era pari al 27,9%. Tra i 21.184 soggetti arrivati in ospedale il 41,4% presentava un ricovero per STEMI con una mortalità dell'11,3% nella fase acuta e del 5,6% nella fase post-acuta per i sopravvissuti alla fase acuta. Per un paziente di gravità media l'RP era pari a 1.40 (BCI95%=1.26-1.60). Tale rapporto rimaneva invariato al variare del genere, mentre si osservavano variazioni importanti per classi di età: RP=1.13 (BCI95%=1.09-1.20) per chi aveva meno di 65 anni verso un RP=2.39 (BCI95%=1.86-3.26) per gli ultra 85 anni.

Conclusioni. La probabilità di sopravvivere a un anno dopo IMA dipende fortemente dal percorso di cura intrapreso, migliorare le performance nelle diverse fasi ed in particolare nella fase post-acuta può portare ad un notevole risparmio di vite, in particolare per i soggetti più anziani.

m.ventura@deplazio.it

145 - poster

Stima della prevalenza della popolazione affetta da demenza attraverso l'uso dei sistemi informativi sanitari nel Lazio

Claudia Marino, Anna Maria Bargagli, Nera Agabiti, Marina Davoli

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Roma

INTRODUZIONE La demenza è una patologia neurodegenerativa con un alta prevalenza nelle popolazioni anziane e costi socio sanitari elevati. Sono necessarie stime di occorrenza affidabili ed aggiornate per premettere una corretta programmazione e organizzazione della rete assistenziale.

OBIETTIVI Stimare la prevalenza della popolazione affetta da demenza nel Lazio attraverso l'uso dei Sistemi Informativi Sanitari regionali (SIS).

METODI Sono considerati affetti da demenza tutti gli individui di età ≥ 65 anni residenti e assistiti nella Regione Lazio al 31 dicembre 2013 (fonte:Anagrafe Assistiti), che nei 5 anni precedenti alla data di stima soddisfino almeno una delle seguenti condizioni: aver avuto almeno un ricovero con diagnosi principale o secondaria di demenza (fonte: Sistema Informativo Ospedaliero, SIO); avere almeno una prescrizione di farmaci inibitori reversibili dell'acetilcolinesterasi o antagonisti del recettore dell'acido N-metil-D- aspartico (fonti:Farmaceutica ad Erogazione Diretta e territoriale, FarmED/FARM); avere una esenzione ticket per demenza o malattia di Alzheimer attiva nel 2013 (fonte:archivio delle esenzioni, ESE). I casi sono identificati attraverso procedure di record linkage tra gli archivi dei diversi SIS. E' stata calcolata la prevalenza totale e specifica per classi di età (65-74, 75-84, 85+) (per 100 residenti), con i relativi limiti di confidenza (IC95%), utilizzando come denominatore la popolazione residente e assistita nel Lazio alla data di stima.

RISULTATI Sono stati identificati nel Lazio 34.271 individui affetti da demenza; la prevalenza stimata è pari al 2,88% (IC95% 2,85-2,91). La prevalenza aumenta con l'età passando da 0,75% (IC95% 0,73-0,78) nella classe 64-74 anni al 7,.44% (IC95% 7,31-7,57) in quella 85+ anni. La farmaceutica è la fonte che contribuisce di più all'identificazione dei casi (61,9%) seguita dal SIO (52,1%) e dalle esenzioni (5,0%); i contributi assoluti delle tre fonti sono 44,4%, 36,3% e 1,3%, rispettivamente.

CONCLUSIONI Le stime di prevalenza ottenute sono consistenti con quelle riportate da altri studi condotti in Italia con metodologie analoghe. E' noto che la prevalenza stimata con studi epidemiologici ad hoc basati su dati clinici risulta essere più alta, con una prevalenza di 3 volte superiore nella fascia di età 65-84. Nell'anno 2013, l'ISTAT stima un valore analogo a quello del presente studio nella classe di età 65-74, mentre per la classe di età 75+ ottiene una prevalenza di 1,5 volte più alta. I dati della letteratura evidenziano che le metodologie basate sull'uso dei SIS producono una sottostima della prevalenza della malattia nella popolazione. Questi primi risultati sottolineano la necessità di integrare l'algoritmo con i dati provenienti da altri SIS, quali quelli dell'Assistenza Specialistica e dell'Assistenza Domiciliare, già disponibili nel Lazio, e quello dell'Assistenza Territoriale in via di sviluppo nella regione.

c.marino@deplazio.it

146 - orale

Diossine nelle uova: una fonte unica?

Ubaldo Natangelo [(a)], Rosanna Desiato [(a)], Paolo Grandi [(b)], Maria Cesarina Abete [(a)], Stefania Squadrone [(a)], Marco Montafia [(b)], Giuseppe Ru [(a)].

[(a)]Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta – via Bologna 148, 10154 Torino; [(b)]Azienda Sanitaria Locale Vercelli - Servizio Veterinario " Area C" – Corso M. Abbiate 21, 13100 Vercelli

INTRODUZIONE. Policlorodibenzo-p-diossine (PCDD), policlorodibenzofurani (PCDF) e policlorobifenili diossina-simili (DL-PCB) sono composti semi-volatili che si formano come sottoprodotti indesiderati di molte attività industriali e processi di combustione. Entrano nelle catena alimentare attraverso l'ingestione di foraggi contaminati destinati agli animali, concentrandosi nei loro prodotti (latte, carne, uova) e giungono all'uomo attraverso la via alimentare che rappresenta oltre il 90% dell'esposizione. In Piemonte, in Provincia di Vercelli, sono stati riscontrati livelli inaccettabili di PCDD/F e dl-PCB in uova deposte da galline ovaiole allevate all'aperto, le cui concentrazioni eccedevano i limiti massimi consentiti per legge. La probabile fonte di contaminazione era una fonderia di alluminio di seconda fusione.

OBIETTIVI. Lo scopo di questo studio era (1) valutare la salubrità di alcuni alimenti prodotti in loco (uova), (2) utilizzare gli stessi alimenti per valutare l'estensione della contaminazione ambientale.

MATERIALI E METODI: nel periodo compreso tra l'aprile del 2008 e il settembre 2013 è stata condotta un'attività di biomonitoraggio per il controllo della presenza di policlorobifenili diossino-simili (dl-PCB), policlorobifenili non diossino-simili (ndl-PCB), furani e diossine (PCDD/F) nei prodotti di origine animali da parte dei Servizi Veterinari. Sono stati prelevati 45 campioni di uova deposte da galline allevate all'aperto in 15 cascine localizzate all'interno di un raggio di 5 km dalla fonderia. I campioni sono stati analizzati con l'impiego della gascromatografia accoppiata a spettrometria di massa ad alta risoluzione (GC-HRMS). Per definire la distribuzione spazio-temporale della contaminazione si è ricorso all'utilizzo di modelli di regressione lineare.

RISULTATI: oltre il 60% delle uova campionate superavano i livelli massimi previsti per PCDD, PCDF e dl-PCB. I livelli di dl-PCB riscontrati hanno mostrato valori mediani doppi rispetto a quelli evidenziati per PCDD/F. Inoltre, sia i livelli di concentrazione di PCDD/F che quelli dei dl-PCB nelle uova diminuivano all'aumentare della distanza delle aziende campionate dall'impianto. L'analisi dei trend temporali non hanno evidenziato alcuna variazione nel corso del periodo di studio.

CONCLUSIONI: il nostro lavoro ha evidenziato un trend negativo tra la distanza degli allevamenti dalla fonte primaria d'emissione e la concentrazione di PCDD/F e dl-PCBs nelle uova, confermando il biomonitoraggio animale come valido supporto per chiarire l'origine di una contaminazione ambientale. I nostri risultati sono stati utilizzati per attuare nuove strategie per la gestione del rischio e per effettuare campagne di informazione/sensibilizzazione a beneficio delle categorie maggiormente esposte (diffusione delle buone pratiche agricole per ridurre l'accumulo di inquinanti negli alimenti prodotti in loco).

ubaldo.natangelo@izsto.it

147 - poster

Incidenza dell'ictus nella popolazione immigrata in Veneto

Ugo Fedeli, Eliana Ferroni, Mara Pigato, Francesco Avossa, Michele Pellizzari, Nicola Gennaro, Elena Schievano, Veronica Casotto, Elisabetta Pinato, Mario Saugo

Sistema Epidemiologico Regionale – SER, Regione Veneto

Introduzione Dalla letteratura internazionale emerge come la mortalità per ictus sia più elevata nella popolazione immigrata, con differenze a seconda dell'area di provenienza. Dati sull'incidenza di ictus negli immigrati sono invece scarsi, per lo più limitati al Nord Europa ed agli Stati Uniti.

Obiettivi Lo studio si propone di valutare l'incidenza di ictus nella popolazione immigrata residente nel Veneto, per area di provenienza.

Metodi La popolazione in studio era rappresentata da tutti i residenti nella Regione Veneto di età 20-59 anni. I dati di popolazione disaggregati per età, sesso e Paese di cittadinanza – utilizzato per definire le aree di provenienza - sono stati ottenuti dal Censimento 2011. Le cittadinanze sono state raggruppate in Europa orientale, Nord Africa, Africa Sub Sahariana, Asia Meridionale, altri Paesi asiatici, America centro-meridionale ed una categoria residuale per i Paesi industrializzati. A partire dall'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono stati identificati gli eventi di ictus verificatisi nel periodo 2008-2013. Sono stati considerati i ricoveri con diagnosi principale di emorragia subaracnoidea (codice ICD-9-CM 430), emorragia cerebrale (431), ictus ischemico (433.1 con DRG medico e 434.1) o non specificato (436). I trasferimenti tra ospedali per acuti e le riammissioni entro 28 giorni dalla data del primo ricovero sono stati ricondotti allo stesso evento. Un'analisi parallela è stata condotta prendendo in considerazione solo il primo evento verificatosi nello stesso soggetto nel periodo indagato. Sono stati calcolati i tassi specifici per sesso e classe quinquennale di età separatamente nei residenti italiani e stranieri. Per ciascuna area di provenienza, sono stati calcolati i tassi standardizzati di incidenza (SIR), mediante standardizzazione indiretta con i tassi osservati nella popolazione italiana come riferimento.

Risultati Sono stati rintracciati 6.640 eventi di ictus ospedalizzati, di cui il 10,5% negli immigrati. Nel complesso della popolazione immigrata, i tassi erano significativamente più elevati rispetto agli Italiani, più tra gli uomini (SIR 1,50, 1,37-1,65) che tra le donne (SIR 1,16, 1,02-1,31). Il rischio è risultato particolarmente elevato negli immigrati provenienti dall' Africa Sub Sahariana (uomini SIR 3,25, 2,72-3.88; donne SIR 2,98, 2,13-4,17). Tassi elevati inoltre si sono riscontrati in entrambi i sessi negli immigrati dall'Asia Meridionale e da altri Paesi asiatici, nelle donne provenienti dall' America centro-meridionale, e negli uomini dall'Europa Orientale. Risultati sovrapponibili si ottengono considerando solamente il primo evento verificatosi nello stesso soggetto.

Conclusioni Analisi condotte sugli eventi ospedalizzati confermano l'aumentato rischio di ictus negli immigrati evidenziato dagli studi di mortalità, soprattutto per i soggetti provenienti dall'Africa Sub Sahariana.

ugo.fedeli@regione.veneto.it

148 - poster

Tumore maligno del testicolo: validazione dei dati SDO e recenti trend temporali

Emanuela Bovo°, Stefano Guzzinati°, Manuel Zorzi°, Angelo Paolo Dei Tos°, Elena Schievano*, Ugo Fedeli*, Mario Saugo*

°Registro Tumori del Veneto; *Sistema Epidemiologico Regionale – SER, Regione Veneto

Introduzione I dati dei Registri Tumori indicano un aumento dell'incidenza del tumore maligno del testicolo in Italia. Secondo modelli predittivi, tale trend è destinato a perdurare nei prossimi anni in tutta l'Europa meridionale.

Obiettivi Lo studio si propone di validare l'utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per la stima dell'incidenza del tumore del testicolo, e di aggiornare il trend temporale di questa neoplasia nella Regione del Veneto a partire dai dati SDO.

Metodi Per la validazione, sono stati considerati i casi incidenti del Registro Tumori del Veneto (RTV) con diagnosi ICD10 C62 ed età 15-54 anni nel periodo 2006-2008. Per la medesima classe di età, sono state selezionate le SDO con diagnosi di tumore maligno del testicolo (ICD9-CM 186 in qualsiasi posizione) e intervento di orchiectomia monolaterale o bilaterale (62.3-62.4 in uno dei codici di intervento). Sono stati calcolati sensibilità e valore predittivo positivo della selezione SDO rispetto al dato RTV. Inoltre, sono stati calcolati i tassi standardizzati di intervento per tumore maligno del testicolo (standard=popolazione europea), ed è stata calcolata la variazione percentuale annua (APC) dei tassi nel periodo 2000-2013. Infine, è stata indagata la variabilità geografica mediante calcolo dei tassi bayesiani empirici standardizzati (EBR) di orchiectomia per cancro del testicolo dei 582 Comuni del Veneto.

Risultati I casi incidenti di tumore maligno del testicolo in età compresa tra i 15 e i 54 anni registrati da RTV tra il 2006 ed il 2008 sono 216. Tra questi, 198 corrispondono alla definizione SDO, che risulta quindi avere una sensibilità pari al 91,7%. I casi di orchiectomia per tumore maligno del testicolo in età 15-54 anni individuati tramite SDO nel 2006-2008 sono 222, relativi a 221 soggetti. Tra questi 200 sono registrati in RTV come casi di tumore maligno del testicolo, ed altri 5 sono stati recuperati manualmente, risultando casi incidenti al di fuori dell'area o del periodo di copertura di RTV; il Valore Predittivo Positivo risulta pari al 92.8%.

Nel periodo 2000-2013 il tasso di orchiectomia per tumore maligno del testicolo mostra un picco di 18.7 per 100,000 nella classe di età 20-25 anni. Il tasso standardizzato mostra un incremento percentuale annuo pari al 3.7% (Intervallo di Confidenza al 95%: 2.7-4.7%). La distribuzione degli EBR mostra due aree con aumento dei tassi di patologia comprendenti Comuni del basso bellunese e dell'alto trevigiano, ed alcuni Comuni prossimi alla laguna di Venezia.

Conclusioni L'individuazione tramite le SDO dei casi di orchiectomia per tumore maligno del testicolo tra 15 e 54 anni mostra sensibilità e valore predittivo positivo soddisfacenti nel confronto con la registrazione di casi incidenti. Il trend temporale degli interventi nel periodo 2000-2013 risulta in rilevante crescita. La metodologia consente di indagare anche la variabilità geografica dell'incidenza della neoplasia.

ugo.fedeli@regione.veneto.it

149 - poster

LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DEI TUMORI NASO-SINUSALI E LA PREVENZIONE DEI RISCHI DI ESPOSIZIONE

Alessandra Binazzi[1], Michela Bonafede[1], Marisa Corfiati[1], Davide Di Marzio[1], Stefania Massari[1], Alberto Scarselli[1], Silvia Eccher[2], Anna Maria Cacciatore[3], Carolina Mensi[4], Paolo Galli[5], Lucia Miligi[6], Roberto Calisti[7], Elisa Romeo[8], Liana Veronico[9], Andrea Bucciarelli[9], Silvia Naldini[10], Dario Orsini[10], Alessandro Franchi[11], Alessandro Marinaccio[1]

[1] INAIL, Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del lavoro e ambientale, Roma; [2] Centro Operativo Regionale per i tumori naso-sinusali della Provincia Autonoma di Trento (COR TuNS Valle d'Aosta), Unità Sanitaria Locale, UOPSAL Trento; [3] Centro Operativo Regionale per i tumori naso-sinusali Piemonte, Azienda Sanitaria Locale CN1, Cuneo; [4] Centro Operativo Regionale per i tumori naso-sinusali Lombardia, Dipartimento di Medicina Preventiva, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, e Università degli Studi di Milano. Milano; [5] Centro Operativo Regionale per i tumori naso-sinusali Emilia-Romagna, AUSL Imola, Dipartimento di Sanità Pubblica, UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL), Imola; [6] Centro Operativo Regionale per i tumori naso-sinusali Toscana, Istituto per lo studio e la prevenzione dei tumori. SS di Epidemiologia Ambientale ed Occupazionale. Firenze; [7] Centro Operativo Regionale per i tumori naso-sinusali Marche, ASUR Marche, Zona Territoriale 8, Dipartimento di prevenzione, SPreSAL Civitanova Marche; [8] Centro Operativo Regionale per i tumori naso-sinusali Lazio, Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ASL RME – Regione Lazio, Roma; [9] INAIL, Consulenza Statistico Attuariale ; [10] INAIL, Sovrintendenza Sanitaria Centrale; [11] Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale, Sezione di Anatomia Patologica.

INTRODUZIONE:I tumori dei seni nasali e paranasali (TuNS) rappresentano la neoplasia per la quale la componente eziologica professionale – assieme ai mesoteliomi - è maggiormente rilevante. La IARC ha valutato le polveri di legno e cuoio, il nickel, il fumo di tabacco, il radio 226 e 228, e la produzione di alcool isopropilico come agenti con evidenza certa di cancerogenicità per l'uomo per la sede TuNS. Nella popolazione l'incidenza è molto bassa (0,8 casi per 100.000 residenti negli uomini e 0,3 nelle donne), mentre è rilevante la frazione di casi negli esposti agli agenti causali.

OBIETTIVI: Descrivere le attività del Registro Nazionale dei Tumori Nasali e Sinusali (ReNaTuNS), riferendo i dati aggregati acquisiti dalle esperienze di sorveglianza in corso e approfondendo specifici temi relativi all'eziologia e ai settori professionali coinvolti.

METODI: Il ReNaTuNS si sviluppa attraverso la ricerca attiva dei casi a livello di popolazione e la ricostruzione individuale delle modalità di esposizione tramite intervista sulle storie professionali, residenziali e familiari dei soggetti ammalati. Attualmente sono attivi i registri regionali dei TuNS del Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Lazio.

RISULTATI: L'archivio del ReNaTuNS comprende 1.352 casi, rilevati dal 1989 al 2012. L'età media alla diagnosi è di 66,2 anni. Gli uomini sono il 73,4%, le donne il 26,6%. Il tasso medio di incidenza nel periodo 2010-2011 è 0,86 negli uomini e 0,31 nelle donne. Le modalità di esposizione sono state approfondite per 900 casi (66,6% dei casi registrati). Gli agenti cancerogeni più frequenti sono le polveri di legno (49,4%) e di cuoio (39,6%), seguiti da solventi (11,4%), cromo (4,9%) e formaldeide (4,5%). Sono state portate alla luce significative circostanze di esposizione per i lavoratori del legno e delle pelli, ma anche riferite ad ambiti occupazionali inattesi ed atipici, mostrando il ruolo che può svolgere la sorveglianza epidemiologica anche per la prevenzione primaria.

CONCLUSIONI: Il primo rapporto ReNaTuNS documenta le attività del sistema di sorveglianza epidemiologica dei cai incidenti di TuNS. In Italia il tema è di particolare rilevanza per il numero di esposti ai fattori di rischio (in molti casi con scarsa consapevolezza) e le opportunità di interventi di prevenzione primaria. Rimangono tuttavia alcuni punti critici, come la parziale copertura territoriale del Registro, la difformità interregionale nelle procedure di classificazione e codifica, la capacità di analisi epidemiologica dei dati aggregati e la dimensione degli approfondimenti di ricerca a partire dai dati nazionali. Un'attività sistematica e coordinata di ricerca attiva dei casi di TuNS e di analisi dell'esposizione è uno strumento prezioso per l'epidemiologia, il supporto alle attività di tutela assicurativa e la prevenzione dei rischi.

a.binazzi@inail.it

150 - orale

La movimentazione di amianto e conseguenze sulla mortalità degli addetti alla Compagnia Lavoratori Portuali (CLP) di Venezia

Vittoria Bressan [1], Paolo Girardi [1,2], Maria Nicoletta Ballarin [3], Enzo Merler [1]

[1] Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma, Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (SPISAL), AULSS 16, Padova; [2] Sistema Epidemiologico Regionale, Regione Veneto, Padova; [3] SPISAL, AULSS 12, Venezia

Introduzione L'Italia ha importato amianto facendolo pervenire anche attraverso navi. Dal 1960 al 1980 al porto di Venezia ne sono state scaricate 142.000 tonnellate. La movimentazione avveniva occasionalmente in funzione degli arrivi. La movimentazione di merci al porto è svolta unicamente dagli addetti della CLP, tutti di genere maschile. Il lavoro, impegnativo dal punto di vista fisico, poteva essere sostenuto da soggetti di elevata prestanza fisica. Le tipologie di imballaggio e movimentazione dell'amianto sono variate: dapprima sacchi in juta, poi di carta o plastica; dapprima manuale, successivamente attraverso imbragatura e gru. La movimentazione è sempre stata svolta in assenza di sistemi di protezione. L'intensità dell'esposizione non è stata documentata.

Obiettivi Valutare la mortalità degli addetti alla movimentazione di amianto al Porto di Venezia.

Metodi E' svolto uno studio di mortalità sulla coorte degli addetti della CLP, identificati attraverso i Libri Matricola, al lavoro al 1960 o assunti entro il 1980, seguiti nel follow-up fino al 30.10.2012, calcolando Rapporti Standardizzati di Mortalità (RSM) sui tassi della popolazione del Veneto. L'incidenza di MM e TP è conosciuta attraverso informazioni del Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma e del Registro Tumori del Veneto. Diversi addetti della CLP sono stati oggetto di sorveglianza sanitaria, raccogliendo informazioni sull'abitudine al fumo ed effettuando una stima dell'esposizione cumulativa ad amianto (Ballarin et al, G It Med Lav Erg, 2004).

Risultati Sono inclusi nello studio 1770 soggetti. 850 sono i deceduti al termine del follow-up (per 38 non è nota la causa di decesso).

- Il RSM per tutte le cause è simile all'atteso (RSM 0.99, IC 95% 0,93-1,06), con un marcato deficit nei decessi per malattie cardiovascolari (RSM 0,75, IC 95% 0,66-0,86), malattie respiratorie (RSM 0,64, IC 95% 0,45-0,92) e per cause violente (RSM 0,51, IC 95% 0,35-0,72).
- L'eccesso statisticamente significativo nei decessi per tumore primitivo pleurico (TPP) (23 decessi; RSM 12,55, IC 95% 8,34-18,88) e per tumori del polmone (TP) 143 decessi; RSM 1,33, IC 95% 1,13-1,57) determina un eccesso nei decessi per tumore maligno (387 decessi, RSM 1,21, IC 95% 1,09-1,34).
- L'incidenza di mesotelioma è maggiore di quanto rilevato attraverso la mortalità.
- La quasi totalità dei decessi per TPP e l'85% dei decessi per TP sono avvenuti dopo una latenza di almeno 20 anni.
- Non sono presenti decessi per asbestosi.

Conclusioni La coorte esaminata è la prima analizzata per addetti a questa attività. Il profilo della mortalità conferma che il lavoro coinvolgeva soggetti selezionati (effetto lavoratore sano), in relazione al rilevante impegno fisico richiesto dal lavoro. L'esposizione ad amianto ha negativamente influito sulla mortalità determinando un importante numero di decessi per mesotelioma e un eccesso nella mortalità per tumore polmonare.

vittoria.bressan@sanita.padova.it

151 poster

Conferma di tumori asbesto-correlati in uno studio di coorte su addetti a costruzione e riparazione di mezzi ferroviari.

Paolo Girardi[1,2], Vittoria Bressan[1], Francesco Gioffrè[3], Margit Eder[4], Enzo Merler[1]

[1]Registro regionale Veneto dei casi di mesotelioma, SPISAL AULSS 16, Padova; [2]Sistema Epidemiologico regionale,Regione Veneto, Padova; [3]SPISAL AULSS 16, Padova; [4]SPISAL AULSS 15, Cittadella (Pd)

Introduzione Nella produzione e riparazione di carrozze ferroviarie è stato utilizzato in Italia amianto crocidolite come isolante. Sono noti negli esposti elevate frequenze e aumentati rischi di mesotelioma.

Obiettivi Analizzare la mortalità per Tumore primitivo pleurico (TPP) e Tumore polmonare (TP) negli addetti di due ditte della stessa proprietà (Officine Meccaniche Stanga, OMS; Officina Meccanica Cittadella, OMC), insediate in provincia di Padova, dove si è svolta attività coibentazione e decoibentazione di amianto su mezzi ferroviari. Risultano tra gli addetti diversi casi di TPP ed è stata svolta una sorveglianza sanitaria dopo la cessazione dell'attività a rischio. Una precedente valutazione sulla mortalità relativa agli addetti presenti dal 1946 al 1999, con follow-up al 2001 evidenziava un eccesso di TPP e TP, quest'ultimo ritenuto presente solamente nei lavoratori che avevano cessato l'impiego prima del 1960 e non esposti ad amianto (Tessari, Med Lav 2004).

Metodi Sono stati identificati i dipendenti delle due ditte utilizzando libri matricola. Sono inclusi nello studio di coorte solo i soggetti esposti ad amianto: al lavoro dal 1956 per OMS, dal 1964 per OMC e assunti entro il 1986. Di questi è stato ricercato lo stato in vita al 31/10/2012, la causa di morte, ricostruita l'esperienza di lavoro. Sono inclusi nello studio 1.775 addetti per OMS, 895 per OMC. In un sottoinsieme di lavoratori sottoposto ad accertamenti sanitari sono disponibili informazioni su mansione, fumo e una stima dell'esposizione cumulativa ad amianto. Sono stati calcolati Rapporti Standardizzati di Mortalità (RSM), con Intervallo di Confidenza al 95% (IC), utilizzando regressione di Poisson e i tassi della popolazione del Veneto.

Risultati L'analisi si basa su 65.633 persone anno per OMS, 34.180 per OMC. Entrambe le coorti presentano aumenti, statisticamente significativi, per decessi per TPP: 41 casi per OMS (RSM 17,11; IC 12,69-23,64), 8 TPP per OMC (RSM 7,33; IC = 3,76-14,41). Per il TP, l'RSM è statisticamente significativo solo per la coorte OMS (138 casi; RSM 1,36; IC 1,16-1,62) e non per OMC (51 casi, RSM 1,21; IC 0,92-1,60), dove tuttavia è presente un aumento del rischio in chi è entrato al lavoro nel periodo '70-'80 (10 casi, RSM 1,87; IC 1,01-3,47). Nelle due coorti tra i soggetti sottoposti a visita medica il 61,1% (OMS) ed il 60,4% (OMC) dichiarava di essere fumatore o ex fumatore.

Conclusioni Si conferma l'elevato rischio di mesotelioma la cui differente mortalità tra le due coorti è conseguenza del diverso anno d'inizio dell'esposizione ad amianto. L'eccesso statisticamente significativo di TP è presente negli esposti ad amianto e non è spiegato dall'elevata percentuale di fumatori nelle coorti simile a quella della popolazione generale (nell'indagine DOXA del 1965 il 60% degli uomini risultava fumatore). Ulteriori analisi serviranno per la verifica di profili lavorativi a maggior rischio e l'esistenza di periodi di tempo nella produzione in cui il rischio di cancro era diverso.

paolo.girardi@sanita.padova.it

152 - orale

Mortalità dei migranti italiani che hanno lavorato alla miniera di amianto crocidolite di Wittenoom, Western Australia: confronto con quella degli addetti anglofoni e con la popolazione generale italiana

Alison Reid[1], Enzo Merler[2] Susan Peters[3] Nimashi Jayasinghe[3], Philip Franklin[3],Vittoria Bressan [2], Nicholas H de Klerk[3, 4], Arthur WB Musk[3]

[1]School of Public Health, Curtin University, Western Australia, Australia; [2]Registro regionale Veneto dei casi di mesotelioma, SPISAL AULSS 16, Padova; [3]School of Population Health, University of Western Australia, Australia; [4]Telethon Institute for Child Health Research, University of Western Australia, Australia

Introduzione Lo sviluppo dell'Australia è stato pianificato aumentando la popolazione, favorendo la stabilizzazione di migranti. L'interesse italiano all'emigrazione ha portato ad accordi bilaterali per una migrazione assistita (350.000 emigranti, 1950-1966), rivolta a uomini giovani, single, che ottenevano gratis il viaggio accettando due anni di lavoro non qualificato. L'estrazione di crocidolite a Wittenoom (1947-1966), ha coinvolto 6.493 uomini. Comportava esposizioni elevate all'origine di un "disastro": al 2007 risultano insorti 348 mesoteliomi. Le condizioni di lavoro scoraggiavano la permanenza di australiani e vi era continua necessità di reclutare addetti, cercandoli tra i migranti. A Wittenoom hanno lavorato 1.031 italiani, in generale, all'inizio del periodo in Australia.

Obiettivi Valutare la mortalità tra i lavoratori registrati Wittenoom come "British" (australiani o di ascendenza inglese) rispetto agli italiani, con l'ipotesi che la condizione di migrante sia stata associata a esposizioni e rischi maggiori.

Metodi Il follow-up della coorte di Wittenoom è al 2009. Per identificare gli italiani rientrati in Italia sono stati utilizzati il Fondo pensioni e la registrazione degli italiani residenti all'estero (AIRE). I decessi attesi per British e italiani sono stati calcolati sulla popolazione del Western Australia. La mortalità degli italiani (tutti, rimasti in Australia, ritornati) è confrontata con l'atteso calcolato sulla popolazione italiana. Modelli di regressione di Cox sono stati usati per interpretare l'esposizione cumulativa rispetto alla mortalità. Sono calcolati gli anni di vita produttiva persa (YPLL65).

Risultati Il 28,7% degli italiani è ritornato in Italia (297 soggetti). Tra i 1031 italiani si sono verificati 551 decessi, 59 per tumore pleurico (TP), 14 per tumore peritoneale (Tp), 70 per tumore polmonare (LC), 31 per pneumoconiosi. Nei ritornati i decessi sono 181, 17 per TP, 3 per Tp, per 20 per LC, 7 per pneumoconiosi. Rispetto ai British gli italiani hanno durata del lavoro a Wittenoom (202 vs 100 giorni) e esposizione cumulativa (9,25 vs 4,85 ff/ml anno) doppia. Per entrambi è presente un eccesso di TP e Tp, doppio e statisticamente significativo per gli italiani (SMR 16,7 vs 8,39). L'SMR per il LC è 1,6 vs 1,16, con abitudini al fumo simili. L'analisi di regressione considerando l'esposizione cumulativa attenua i rischi rilevati. Nel confronto con i tassi nazionali, gli italiani mostrano un deficit nei decessi per malattie cardiovascolari, spiegabile come effetto migrante sano, e per tumore del colon. Tutte le altre cause esaminate sono in eccesso. Gli anni di vita produttiva persi sono 2.481.

Conclusioni Il periodo di lavoro a Wittenoom ha profondamente segnato la salute degli italiani che vi hanno lavorato, con frequenze e rischi elevatissimi per malattie da amianto. La mortalità nettamente più marcata rispetto a quella dei British è indicativa di una discriminazione verso i migranti.

enzo.merler@sanita.padova.it

153 - orale

Lo studio FUCSAM: follow up oncologico e stili di vita - Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

Livia Giordano1, Carlo Senore1, Maria Piera Mano1, Marinella Mistrangelo2, Andrea Pezzana3, Federica Gallo1, Concetta Finocchiaro4, Paolo Bellingeri5, Norma DePiccoli6, Monica Viale2, Oscar Bertetto2.

[1]CPO Piemonte - Unità di Epidemiologia - A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino ; [2]Dipartimento Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta - A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino ; [3]SoSD Dietetica e Nutrizione Clinica - Ospedale San Giovanni Bosco - Torino; [4]SC DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA - A.O. Citta' della Salute e della Scienza di Torino; [5]Unità Operativa Cure Palliative - ASL Alessandria; [6]Psicologia di Comunità e Sociale - Dipartimento di Psicologia - Università di Torino

Introduzione Sovrappeso e sedentarietà sono associati ad un maggior rischio di cancro della mammella (CM) e del colon-retto (CCR) e ad una peggior prognosi in caso di malattia conclamata. Una alimentazione caratterizzata da un elevato carico glicemico può stimolare la produzione di insulina che promuove la proliferazione cellulare e inibisce l'apoptosi delle micro metastasi, favorendo la progressione di tumori già manifestatisi clinicamente. Studi condotti su pazienti con CM o CCR hanno mostrato una riduzione delle recidive, della mortalità causa specifica e per tutte le cause nei pazienti con livelli più elevati di attività fisica dopo la diagnosi. Le visite di follow-up possono rappresentare momenti in cui offrire indicazioni per cambiamenti dello stile di vita e per rinforzare il messaggio in incontri successivi, modulandolo in relazione alle difficoltà e ai progressi segnalati. Obiettivi Valutare la fattibilità, l'accettabilità e l'impatto di un intervento sullo stile di vita rivolto ai pazienti in follow-up per CCR e CM.

Metodi In occasione della prima visita di follow-up, tutti i pazienti con nuova diagnosi di CCR e CM, trattati presso i Gruppi Interdisciplinari Cure della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, ricevono da un operatore specificatamente formato un counseling sullo stile di vita. Per ogni paziente vengono raccolti dati antropometrici e metabolici. I pazienti sono anche indirizzati presso associazioni di volontariato e/o strutture locali che organizzano iniziative per promuovere l'attività fisica o favorire cambiamenti dell'alimentazione.

Risultati In 12 mesi (06-14/06-15), sono stati reclutati 617 pazienti: 491 con CM e 126 con CCR, rispettivamente il 26% e l'8% della stima dei casi trattati nello stesso periodo dai centri aderenti (range: 9,4%-70,4% per i CM e 1%-37,6% per il CCR). Più dell'80% dei soggetti arruolati ha un età > 50 anni. Tutti hanno ricevuto un opuscolo informativo, ma solo il 70% ha ricevuto l'indicazione a partecipare a programmi per il cambiamento degli stili di vita nel contesto di residenza. Il 53% delle donne con CM risultava sovrappeso/obesa ed il 74% aveva un girovita fuori norma (> 80 cm). Tra gli arruolati con una diagnosi di CCR, il 63% degli uomini e il 35% delle donne risultava sovrappeso/obeso con un girovita al di fuori dei parametri consigliati nel 59% delle donne e nel 66% degli uomini (>90cm). In entrambi i gruppi il 40% dei soggetti risultava iperteso. Il 17% delle donne con CM presentava una sindrome metabolica contro il 24% degli uomini e il 25% delle donne con CCR. L'analisi dell'impatto dell'intervento sui parametri antropometrici e metabolici è in corso.

Conclusioni Le caratteristiche dei soggetti arruolati giustificano l'inserimento nel percorso di follow-up di un intervento sullo stile di vita. Le difficoltà osservate nel reclutamento evidenziano problemi di gestione logistica dell'intervento, ma anche la necessità di sensibilizzare gli operatori, in particolare nel caso del CCR, a questa tipologia di approccio.

livia.giordano@cpo.it

154 - poster

La malattia celiaca in Sicilia: un'analisi della prevalenza per gli anni 2010-2013

Immordino P.[1], Cernigliaro A.[2], Casuccio A.[1], Pollina Addario S. [2], Scondotto S.[2]

[1] Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G.D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo; [2] Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana

Introduzione La prevalenza della celiachia in Italia si attesta allo 0,7%. In Sicilia, sono disponibili diverse fonti informative per identificare i casi di celiachia. Il sistema di rilevazione nazionale afferisce alle Reti HUB e SPOKE, nell'ambito delle quali il paziente, attraverso l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), acquisisce il diritto al ritiro periodico di alimenti e alle prestazioni specialistiche. All'elenco, trasmesso dalle ASP agli Organi centrali anonimamente, sfuggono coloro che non si rivolgono ai servizi assistenziali dedicati. Altro sistema di rilevazione è la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), nominativa, che identifica solo coloro che necessitano di un ricovero. Infine, l'archivio regionale assistiti contiene informazioni nominative sulle esenzioni, risultando anche questo non esaustivo: non tutti richiedono l'esenzione, per altri l'esenzione per celiachia è mascherata da quella per reddito.

Obiettivi Descrivere la prevalenza della celiachia in Sicilia, calcolando la sensibilità dei sistemi informativi per la rilevazione della patologia.

Metodi L'uso delle fonti informative disponibili ha permesso di identificare i casi prevalenti di celiachia in Sicilia nel periodo 2010-2013. Sono stati utilizzati: l'archivio delle schede di rilevazione delle ASP; il flusso SDO (malattia celiaca-ICD-9-CM 579.0); l'archivio regionale assistiti (cod. esenzione: malattia celiaca-RI0060). Per stimare il sommerso è stato applicato il metodo cattura-ricattura ricorrendo ai soli flussi nominativi, utilizzando un modello Log lineare a doppia fonte, incrociando i database attraverso un sistema di linkage deterministico. Per entrambi le fonti è stata stimata la sensibilità.

Risultati Nel 2013 le ASP registrano 12.357 celiaci con una prevalenza pari a 0,25%. Nel periodo 2010-2013 le SDO hanno identificato 5.287 ricoveri per celiachia, di cui il 50% in prima diagnosi. Al netto dei ricoveri ripetuti, sono stati identificati 3.907 soggetti. L'archivio regionale assistiti ha individuato 372 celiaci. Il metodo cattura-ricattura ha stimato un sommerso di 11.349 soggetti (IC95% 9.238,76-13.941,24), ed una prevalenza totale dell'0,78% (IC95% 0,68-0,91). L'analisi evidenzia, altresì, una sensibilità stimata pari al 25% (IC95% 21,4-28,9) per le SDO e allo 3,2% (IC95% 2,7-3,7) per l'archivio regionale assistiti.

Conclusioni L'analisi dei flussi informativi ha permesso di stimare il carico di malattia celiaca sul territorio, evidenziando una prevalenza appena superiore ai dati italiani riportati in letteratura. La prevalenza rilevata dalle ASP è invece inferiore al dato nazionale. Tuttavia i flussi disponibili in Sicilia, da soli, risultano non sufficientemente informativi nell'identificare i soggetti celiaci, pertanto è necessario mettere a punto un sistema coordinato di informazioni in grado di rendere uniforme il percorso assistenziale, consentendo così una migliore tracciabilità dei casi e quindi una migliore gestione dell'assistenza specifica.

palmira.immordino@gmail.com

155 - orale

Stima dei decessi per tumore attribuibili a stili di vita in Italia e nelle regioni italiane nel 2012

Francesca Battisti, Tommaso Grassi^, Giuseppe Gorini, Andrea Martini, Giulia Carreras, Elisabetta Chellini

SS Epidemiologia ambientale occupazionale - Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze; ^ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Firenze

Introduzione Il 63% dei decessi occorsi nel 2008 a livello mondiale sono stati causati da malattie croniche non trasmissibili; di questi il 21% è dovuto a patologie tumorali. L'OMS ha individuato tra i maggiori responsabili delle patologie croniche 4 fattori di rischio: consumo di tabacco, alimentazione scorretta, inattività fisica e consumo eccessivo di alcol, che chiameremo "stili di vita". Anche la Comunità Europea e l'Italia negli ultimi anni hanno sviluppato strategie come "Gaining Health" e "Guadagnare salute", atte a contrastare questi 4 fattori tramite un approccio globale e integrato.

Obiettivi Calcolare per l'Italia e le regioni italiane la mortalità per tumori attribuibili agli stili di vita nel 2012.

Metodi Sono stati utilizzati i dati di mortalità ISTAT 2012 per regione italiane, sesso, sede tumorale ed il rischio attribuibile ai 4 fattori di rischio per sede tumorale calcolato per l'Italia e desumibile dai dati del Global Burden of Disease, ultimo aggiornamento (2010). Sono stati raccolti i dati di prevalenza per l'Italia e per le regioni italiane dei 4 fattori di rischio dall'indagine Passi, ultimo aggiornamento disponibile, variabile a seconda delle regioni nel periodo 2008-2013.

Risultati In Italia nel 2012 80.425 decessi per tumore sono attribuibili agli stili di vita, il 46% della mortalità tumorale; 40.704 decessi sono attribuibili al consumo di tabacco, pari al 34% dei decessi per tumore negli uomini e al 9% di quelli nelle donne; 5.478 sono attribuibili a consumo eccessivo di alcol, il 3% dei decessi per tumori in entrambi i sessi; 24.739 sono attribuibili a fattori legati alla dieta e all'eccesso ponderale, il 15% dei decessi per tumori negli uomini ed il 13% nelle donne, mentre 9.504 sono attribuibili a sedentarietà, il 3% della mortalità per tumore nei maschi e ben l'8% nelle femmine. Si notano aumenti rispetto alla media nazionale nella quota parte attribuibile al fumo in Campania e Lazio nei maschi (35%-36%), e nel Fiuli-Venezia Giulia e nel Lazio per le femmine (11%). Si notano inoltre diminuzioni significative rispetto alla media nazionale nella quota parte attribuibile al fumo negli uomini del Molise, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Marche e Umbria (29%-31%) e nelle donne della Sardegna, Calabria, Basilicata, Puglia e Molise (7%). Queste variazioni sono in parte legate ad una differente prevalenza di questi stili di vita occorsa nelle varie regioni nelle ultime 4 decadi che ha avuto un impatto sulla mortalità per tumori. Sono discussi i risultati in base ai dati di prevalenza sugli stili di vita per regione dall'indagine Passi.

Conclusioni Queste stime permettono di quantificare per la prima volta l'impatto degli stili di vita sui decessi per tumore in Italia: 54.000 negli uomini e 26.000 decessi per tumore nelle donne sono attribuibili a stili di vita. Questi dati sottolineano l'importanza di sviluppare interventi di prevenzione primaria sui 4 stili di vita.

g.gorini@ispo.toscana.it

156 - poster

Profilo di salute della popolazione calabrese - Indagine qualitativa sulla percezione dei cittadini dello stato di salute, dei problemi e delle possibili azioni da intraprendere - Regione Calabria - Indagine 2013

Caterina Azzarito, Anna Domenica Mignuoli (Dipartimento Tutela della Salute, Regione Calabria, Catanzaro) - Maria Beatrice Grasso, Domenico Cocciolo, Espedito Morano (Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia) - Paola Scardetta (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità)

Dipartimento Tutela della Salute, Regione Calabria, Catanzaro -

Introduzione: lo studio realizzato dal gruppo della RespCalabria. Gli aspetti quantitativi riguardanti lo stato di salute della popolazione calabrese, riportanti la misura del problema e la significatività statistica, vengono integrati con una raccolta di dati qualitativi che rispecchiano l'opinione di gruppi di interesse, di organizzazioni e della gente comune.

Obiettivi: registrazione della percezione che i gruppi sociali hanno su: concetto di salute; problemi di salute ; determinanti positivi e negativi; partecipazione dei cittadini alle scelte di salute.

Materiali e metodi: protocollo, campionamento, griglia semi strutturata delle domande, guida facilitatore, scheda osservatore, materiali d'indagine: lettera invito, consenso informato, scheda dati personali. Lo studio si è basato sull'approccio fenomenologico ed i dati sono stati raccolti tramite focus group. L'analisi, la codifica e la classificazione dei contenuti sono state effettuate con l'utilizzo del software NVIVO9.

Risultati: I partecipanti ai focus group hanno espresso che la salute è un bene fondamentale. Il concetto di salute viene percepito come uno stato di benessere, una condizione, un equilibrio bio-psico sociale con una assenza di malattia. Attraverso il proprio vissuto, i "problemi di salute" che destano una maggiore preoccupazione riguardano la salute fisica e mentale, ambientale e sociale, con una apprensione specifica sull'organizzazione dei servizi sanitari. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici, identificati dai partecipanti, influiscono positivamente e negativamente sulla salute. Per conquistare il massimo potenziale di salute occorre agire e controllare i "determinanti di salute", più o meno modificabili attraverso interventi di sanità pubblica, promozione della salute intersettoriale e riorganizzazione dei servizi socio-sanitari che pesano sul benessere individuale e della comunità. Il cittadino sente il bisogno di partecipare attivamente alle decisioni in tema di salute; chiede di essere ascoltato attraverso modalità e strumenti che lo facciano sentire più vicino a chi decide; reclama una maggiore formazione e informazione sui temi della salute. Esige una maggiore trasparenza, ritiene necessario un contatto diretto con i decisori e una migliore partecipazione del MMG.

Conclusioni: l'integrazione dei risultati dell'indagine qualitativa e dei dati della quantitativa, permetterà una visione completa del profilo di salute della popolazione calabrese.

c.azzarito@regcal.it

157 - orale

Sorveglianza delle Malformazioni Congenite nei Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche: il Progetto RISCRIPRO-SENTIERI

Michele Santoro[1], Fabrizio Minichilli[1], Anna Pierini[1], Sonia Marrucci[2], Gianni Astolfi[3], Lucia Bisceglia[4], Pietro Carbone[5], Susanna Conti[6], Paolo Contiero[7], Gabriella Dardanoni[8], Ivano Iavarone[9], Paolo Ricci[10], Gioacchino Scarano[11], Fabrizio Bianchi[1,2] e il Riscripro-Sentieri Working Group

[1]Unità di Epidemiologia Ambientale e Registri di patologia, IFC-CNR, Pisa; [2]Fondazione Toscana G. Monasterio, Pisa; [3]Registro IMER - Dipartimento di Scienze biomediche e chirurgico specialistiche dell'Università di Ferrara; [4]Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia; [5]Centro Nazionale Malattie Rare, ISS; [6]Ufficio di Statistica, ISS; [7]Registro Malformazioni Congenite della Lombardia; [8]Osservatorio Epidemiologico Regione Siciliana; [9]Dipartimento ambiente e connessa prevenzione primaria, ISS; [10]Osservatorio Epidemiologico ASL di Mantova; [11]Registro Campano dei Difetti Congeniti

Introduzione RISCRIPRO-SENTIERI è un Progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute il cui obiettivo principale è valutare la salute riproduttiva nei Siti di Interesse Nazionale per la bonifica (SIN). RISCRIPRO affronta per la prima volta, a livello nazionale e in modo standardizzato, il tema del rischio di Esiti Avversi della Riproduzione (EAR) nelle popolazioni residenti in siti contaminati. La disponibilità di stime di occorrenza di diversi EAR è rilevante per offrire stime di rischio di effetti con tempi brevi di induzione-latenza, andando a completare il quadro epidemiologico riferito ad esiti sanitari (mortalità, ospedalizzazione, incidenza oncologica) con tempi di latenza più lunga studiati nell'ambito del Progetto SENTIERI.

Obiettivi L'obiettivo di questo studio è stimare il rischio di Malformazioni Congenite (MC) nei SIN coperti da Registri delle MC.

Metodi Sono stati studiati complessivamente 18 SIN. Sono stati analizzati i casi di MC validati dai Registri riferiti a nati e interruzioni di gravidanza per anomalia fetale nel periodo 1992-2011. Per le aree parzialmente coperte da Registro sono stati utilizzati specifici algoritmi, sviluppati e testati nell'ambito del Progetto, per la selezione di casi di MC dai flussi sanitari routinari. Sono stati calcolati Rapporti di Prevalenza (RP) con Intervallo di Confidenza al 90% (IC90%) per il totale e per 12 sottogruppi di MC. Le analisi sono state svolte separatamente per ciascun SIN utilizzando la Regione come area di riferimento.

Risultati Nel periodo in studio sono stati osservati 2.379.856 nati, di cui 329.637 nei Comuni che costituiscono i SIN. Sono stati analizzati complessivamente 51.694 casi di MC, di cui 7.845 da madri residenti nei SIN. Una stima preliminare del RP per il totale delle MC nei SIN analizzati è pari a 1,06 (IC90%: 0,99-1,13). In 5 SIN sono stati osservati eccessi di MC cardiache (RP da 1,22 (IC90%: 1,02-1,45) a 1,56 (IC90%: 1,42-1,72)); in 4 SIN eccessi di MC dei genitali (RP da 1,44 (IC90%: 1,19-1,73) a 2,27 (IC90%: 1,52-3,27)); in 4 SIN eccessi di MC del digerente (RP da 1,65 (IC90%: 1,13-2,34) a 1,91 (IC90%: 1,30-2,70)).

Conclusioni Lo studio ha permesso di identificare alcuni SIN con un profilo di rischio di MC più critico. I Registri MC si sono rivelati valide fonti informative per effettuare valutazioni epidemiologiche del rischio riproduttivo nei siti contaminati. Il Progetto RISCRIPRO ha evidenziato pertanto la necessità di potenziare la rete e le metodologie di raccolta dati dei Registri MC al fine di rafforzare ulteriormente le azioni di sorveglianza e ricerca epidemiologica. L'analisi di altri EAR, condotta nell'ambito del Progetto, ha consentito di ampliare il quadro conoscitivo del profilo di salute riproduttiva della popolazione residente nei SIN. I risultati di RISCRIRPO potranno essere utilizzati per supportare appropriate politiche di sanità pubblica e identificare aree prioritarie di approfondimento per la ricerca in ambito ambiente-salute riproduttiva.

michele.santoro@ifc.cnr.it

158 - poster

PERCEZIONE DEI PERICOLI ALIMENTARI E DELLE MISURE PER FRONTEGGIARLI: UNA SURVEY NELLA MICROIMPRESA IN PIEMONTE

Davide Vercellino[1], Valeria D'Errico[1], Paola Barzanti[1], Luca Nicolandi[2], Marcello Caputo[3], Mauro Negro[3], Mauro Cravero[4], Gianfranco Corgiat Loia[4], Giuseppe Ru[1].

[1]Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, Struttura di Biostatistica, Epidemiologia e Analisi del Rischio: via Bologna, 148 - 10154 Torino; [2]Azienda Sanitaria Locale TO4, Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche: via Po, 11 - 10034 Chivasso (TO) ; [3]Azienda Sanitaria Locale CN1, Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale: via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo; [4]Regione Piemonte, Assessorato Sanità, Settore Prevenzione e Veterinaria: Corso Regina Margherita, 153 bis - 10122 Torino

INTRODUZIONE A partire dal 2004 la legislazione europea in materia di igiene degli alimenti definisce i requisiti che gli operatori del settore alimentare (OSA) devono soddisfare per tutelare la salute del consumatore. L'applicazione delle disposizioni comunitarie risulta particolarmente difficile nel piano di autocontrollo (PA) delle microimprese alimentari, a causa delle ridotte risorse economiche e di personale: per tale segmento produttivo la DG SANTE prevede la possibilità di applicare procedure semplificate che la Regione Piemonte ha codificato con la Determinazione Dirigenziale 692/2012.

OBIETTIVI Con questo studio si è valutato come gli operatori delle microimprese alimentari siano consapevoli dei pericoli associati agli alimenti, quale sia la loro percezione dell'utilità del PA e la loro conoscenza delle possibilità di semplificazione.

METODI Un campione di OSA di microimprese delle filiere carne (macelli, macellerie e gastronomie), latte (caseifici e gelaterie) e ristorazione (bar, trattorie, ristoranti) è stato intervistato telefonicamente con un questionario strutturato e pre-validato. Le imprese sono state selezionate dall'anagrafe regionale con campionamento casuale, stratificato per ASL. La numerosità campionaria prevista era di 90 interviste per filiera in modo che, con un livello di confidenza del 95%, l'errore massimo di stima fosse compreso nel range 4,5-10,5%.

RISULTATI Hanno risposto alla survey 187 microimprese di cui 79 della filiera carne (C), 72 latte (L) e 36 ristorazione (R). Alla domanda su quali siano i tre possibili principali pericoli per il consumatore, il 77% degli OSA delle tre filiere segnala pericoli biologici, il 30% chimici, il 9% fisici, mentre l'11% non sa rispondere (domanda a risposta multipla, totale>100). Il 92% degli intervistati (94% R, 92% C, 89% L) ritiene che il PA sia utile per prepararsi ai controlli ufficiali, il 90% (94% R, 92% L, 84% C) che fornisca maggiori garanzie per produrre alimenti sani, il 79% (83% R, 81% C, 72% L) che aiuti a gestire meglio le fasi produttive e il 51% (59% C, 56% L, 39% R) che aumenti la fiducia da parte dei clienti .Il 43% degli intervistati (47% R, 46 % C, 35 % L) è a conoscenza delle opportunità di semplificazione: solo 1/4 delle aziende ha sfruttato però tali possibilità, con buona soddisfazione.

CONCLUSIONI La consapevolezza degli OSA in merito a tutte le tipologie di pericolo per i consumatori risulta ancora non adeguata. Nonostante ciò è maturata, senza sostanziali differenze tra filiere, una buona consapevolezza dell'utilità del PA, anche se più come strumento di adempimento burocratico che di valorizzazione della qualità dei prodotti. Dai risultati emerge inoltre che la fiducia da parte del cliente, secondo gli OSA della filiera R, è determinata dal PA in misura minore rispetto alle altre due filiere. Le possibilità semplificative hanno incontrato in generale una risposta favorevole da parte degli OSA, tuttavia appare necessario migliorarne la pubblicizzazione.

Davide.Vercellino@izsto.it

159 - poster

Alimentazione sana, attività fisica e prevenzione dell'obesità: uno studio qualitativo delle percezioni di genitori e figli in Calabria - Indagine 2015

Caterina Azzarito, Anna Domenica Mignuoli, Dario Macchioni (Dipartimento Tutela della Salute, Regione Calabria, Catanzaro) - Paola Scardetta (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità)

Dipartimento Tutela della Salute, Regione Calabria, Catanzaro -

Introduzione: In Calabria obesità e sovrappeso in età pediatrica sono diffusi in maniera preoccupante più di un terzo dei bambini di 8-9 anni osservati presenta un eccesso ponderale: il 24,70% era in sovrappeso ed il 14,4% obeso nel 2012 (fonte: Okkio alla salute 2012).

Obiettivi: conoscere il punto di vista, le opinioni, le percezioni, le credenze dei bambini (età 8-9 anni) e dei loro genitori riguardo agli ostacoli sociali e ambientali ad una sana alimentazione, attività fisica per la prevenzione dell'obesità infantile.

Materiali e metodi: La raccolta dei dati è stata effettuata con metodologia focus group e interviste semi-strutturate su campione di bambini di 8-9 anni frequentanti III^ classe della scuola primaria e relativi genitori, di tre aree della Calabria Nord, Centro e Sud. L'analisi, la codifica e la classificazione dei contenuti sono state effettuate con software NVIVO9.

Risultati: Nel raccogliere le opinioni è emerso che i bambini e i genitori sono ben informati sul valore di salute dei diversi cibi e sui benefici dell'attività fisica. I bambini privilegiano regolarmente cibi non sani e trascorrono il loro tempo libero in occupazioni sedentarie, mentre i genitori, pur riconoscendo che la famiglia deve educare i propri figli a saper mangiare e la scuola deve attuare un programma di educazione alimentare, hanno attribuito alla cattiva alimentazione, pressione dei coetanei, messaggi pubblicitari di cibi non sani, distributori automatici di merendine e bibite, sedentarietà, carenza di strutture ricreative e sportive, le cause favorenti il sovrappeso e l'obesità. Gli ambienti in cui i bambini trascorrono il loro tempo non fornisce una sistematica opportunità di coinvolgere le famiglie e i bambini a mangiar sano, alla promozione dell'attività fisica e agli sforzi di prevenzione dell'obesità, di conseguenza non può essere trascurato l'utilità potenziale dell'ambiente scuola come base per le strategie di intervento. A tal fine i genitori hanno manifestato la necessità di una interazione della scuola con le famiglie, ritenendo utile anche il supporto di personale dei servizi sanitari.

Conclusioni: Nonostante gli alti livelli di conoscenza di bambini e genitori sui cibi salutari e l'attività fisica, questa non si trasforma in rapporti di comportamenti salutari coerenti. Genitori e figli si sono dimostrati entusiasti e ricettivi a strategie innovative, finalizzate al superamento degli ostacoli per un sano stile di vita. La pianificazione di specifici programmi di promozione della salute saranno un'arena in cui sviluppare strategie pratiche, simultanee e inclusive per prevenire l'obesità nei bambini,attraverso una progettazione partecipata, per decidere una varietà di pianificazioni ed assicurare che i messaggi coerenti giungano ai bambini e ai loro genitori.

c.azzarito@regcal.it

160 - poster

PREVALENZA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO IN SICILIA: UN'ANALISI DELLO SVANTAGGIO SOCIOECONOMICO DI CONTESTO E ALTRI FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI (ANNO 2015).

Cernigliaro A.[1],Immordino P.[2], Miceli P.[1], Scondotto S.[1], Pomo R.[3], Bosco G.[4], Cammarata M.C.[4], Canzoneri G.[4], Casuccio N.[4], Cuccia M.[4], Di Pietro E.[4], Giurdanella F.[4], Strazzanti A.[4], Zagami F.[4]

[1] Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana; [2] Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G.D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo; [3] Ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli, Palermo; [4] Aziende Sanitari Provinciali della Sicilia

INTRODUZIONE I benefici dell'allattamento materno, esclusivo per i primi 6 mesi di vita, sono universalmente riconosciuti; bassi indici e cessazione precoce invece hanno importanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche comportando maggiori spese per i sistemi sanitari e contribuendo ad aumentare le disuguaglianze in salute. Gli attuali tassi di esclusività e durata dell'allattamento al seno sono globalmente al di sotto dei livelli raccomandati dall'OMS. In accordo con i dati Istat, in Italia le donne che allattano al seno sono aumentate dall'81,1% nel 2005 all'85,5% nel 2013; in aumento anche la durata del periodo di allattamento con una media nazionale di 4,1 mesi attestandosi, in Sicilia, al valore più basso di 3,5 mesi. Frequenza, durata, esclusività e promozione dell'allattamento materno sono indici della qualità complessiva del sistema sanitario pubblico in ambito di salute materno-infantile.

OBIETTIVI Valutare la prevalenza dell'allattamento materno in Sicilia, tenendo conto anche dei diversi livelli di svantaggio sociale ed economico e di altri fattori di rischio associati.

METODI Dal 1 al 31 maggio 2015, in occasione dell'accesso al primo ciclo vaccinale dei neonati nelle Aziende Sanitarie Provinciali della Sicilia è stato somministrato un questionario per monitorare l'efficacia di una campagna informativa di prevenzione della Sindrome improvvisa da Morte in Culla (SIDS). Dai questionari sono state ricavate informazioni sul neonato, la madre e l'ambiente di vita. Sono state analizzate le risposte riguardanti l'allattamento: "materno", se esclusivo al seno; "misto" se integrato con latte adattato; "artificiale" se alimentato esclusivamente con latte adattato. Per valutare gli effetti dello svantaggio di contesto, è stato utilizzato un indice di posizione socioeconomica, costruito per la Sicilia, su base comunale a partire dall'ultimo censimento Istat.

RISULTATI Sono stati analizzati, preliminarmente, il 45% dei questionari somministrati (2.800) per la SIDS. Il 31,1% delle madri dichiarava di alimentare il figlio esclusivamente con latte materno, il 45,7% con latte artificiale e il 23,1% con latte misto. La pratiche dell'allattamento esclusivo al seno è risultata associata con lo svantaggio socioeconomico ($p<0,05$), risultando più basse nelle madri che vivono in condizioni di maggiore disagio (RR 2,20); l'80,3% dei neonati risultava nato a termine. La prematurità e le pratiche del "rooming in" e del "bed in"sono risultate associate con l'allattamento materno ($p<0,05$), rappresentandone il primo un fattore di rischio (RR=1,27) i secondi dei fattori protettivi (rispettivamente RR=0,86 e RR=0,47).

CONCLUSIONI L'utilizzo dei dati derivanti dall'indagine sulla SIDS ha permesso di descrivere la prevalenza dell'allattamento al seno in Sicilia, evidenziando dei tassi inferiori rispetto alla media nazionale. L'analisi di contesto ha evidenziato un'associazione tra lo svantaggio socioeconomico e l'allattamento materno. Si confermano le evidenze in letteratura sull'associazione del "rooming in", del "bed in" e la nascita pretermine con l'allattamento esclusivo al seno.

achille.cernigliaro@regione.sicilia.it

161 - orale

Mortalità e svantaggio sociale ed economico in Sicilia (anni 2004-2014): uso di due indicatori sintetici a confronto in un'applicazione di sanità pubblica.

Achille Cernigliaro[1], Nicola Caranci[2], Alessandro Migliardi[3], Antonello Marras[1], Sebastiano Pollina Addario[1], Salvatore Scondotto[1].

[1] Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana; [2] Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna; [3] Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute ASL Torino 3

Introduzione Mortalità, assistenza sanitaria, e prevenzione sono generalmente associati al livello culturale, economico e sociale di famiglie e individui. Una popolazione svantaggiata sperimenta maggiori livelli di mortalità e ricorso ai servizi, oltreché minore adesione ai programmi di prevenzione. Gli indici sintetici di posizione socioeconomica (PSE) a livello di aggregato geografico sono spesso usati, anche in luogo di quelli individuali, per correggere le stime di rischio calcolate sulla base di una specifica associazione ad un'esposizione o, più semplicemente, per descrivere i livelli di rischio per esiti di salute in funzione dei diversi livelli di PSE. La recente disponibilità dei dati del censimento Istat 2011 ha permesso di aggiornare, per la Sicilia, l'indice sintetico di PSE, utilizzando le medesime dimensioni di svantaggio dell'indice di deprivazione costruito per Italia al 2001, a sua volta ricalibrato sull'ambito regionale.

Obiettivi Descrivere le differenze tra due indicatori sintetici PSE costruiti sulla base dei censimenti 2001 e 2011, valutando lo spostamento delle stime di rischio di mortalità nella popolazione residente in Sicilia.

Metodi A partire dai censimenti Istat 2001 e 2011, sono stati costruiti due indicatori sintetici di PSE con le medesime dimensioni della deprivazione (bassa istruzione, disoccupazione, condizioni abitative e familiari) e gli stessi indicatori e trasformazioni algebriche, a livello di comune. Per valutare la similitudine tra gli indici è stato calcolato il coefficiente di correlazione e quello di concordanza, pesati per la popolazione residente. Gli scostamenti nelle stime di rischio per la salute basate sui due indici, sono stati valutati tramite le stime dei rapporti tra tassi (e IC95%) di mortalità, tratti dai dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte della popolazione residente nei comuni della Sicilia (0, 1-17, 18-64 e 65+ anni), per il periodo 2004-2014.

Risultati L'analisi di confronto tra gli indici di posizione socioeconomica (2001 e 2011) ha evidenziato una correlazione (r di Pearson) pari a 0,91 e una concordanza del (k di Kohen) 65%. L'analisi della mortalità evidenzia per il quintile più deprivato (Vs quintile meno deprivato) dei rischi significativamente amentati nella popolazione adulta (PSE2001 RR=1,19; PSE2011 RR=1,16) e negli anziani (PSE2001 RR=1,06; PSE2011 RR=1,03).

Conclusioni I due indici di PSE presentano un'elevata correlazione ed un discreto livello di concordanza. L'utilizzo degli indici, per la descrizione dell'associazione con la mortalità, ha evidenziato che i rischi nella popolazione mantengono la medesima direzione di rischio accresciuto sulle classi a maggiore svantaggio socioeconomico. Nella considerazione che i dati contemplano un momento storico con importanti cambiamenti determinati dalla crisi economica, l'uso di una misura antecedente e una successiva al suo inizio può portare a una descrizione coerente di fenomeni di sanità pubblica, seppure richieda cautela nella lettura dell'intensità dei rischi.

achille.cernigliaro@regione.sicilia.it

162 - poster

L'attività fisica nella popolazione di 65 anni ed oltre: i dati del sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento

Contoli Benedetta[1], Masocco Maria[1], Ferrante Gianluigi[1], Minardi Valentina[1], Penna Luana[1], Perra Alberto[1], Possenti Valentina[1], Quarchioni Elisa[1] , Stefania Salmaso[1], Gruppo Tecnico

[1] Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione Promuovere un invecchiamento sano, creare ambienti favorevoli e adeguare i sistemi sanitari alle esigenze di una popolazione sempre più anziana, sono gli obiettivi che l'OMS Europa cerca di conseguire all'interno del framework offerto dall'"Action plan on healthy ageing 2012-2016".

L'attività fisica è un elemento chiave nel raggiungimento degli obiettivi della strategia di invecchiamento attivo per la sua capacità di preservare l'indipendenza funzionale degli anziani, mantenere buona la loro qualità di vita e ridurre al minimo il rischio di cadute e le loro tragiche conseguenze.

Obiettivi Il sistema di sorveglianza sulla popolazione italiana over64enne PASSI d'Argento (PdA) con esplicito riferimento al modello healthy and active ageing dell'OMS, vuole fornire informazioni sullo stato di salute e la qualità della vita della popolazione anziana e descrivere i livelli di attività fisica utilizzando il Physical Activity Scale for Elderly people (PASE), un questionario validato a livello internazionale e specifico per la popolazione anziana.

Metodi Il PASE permette di stimare il livello di attività fisica riferita ai 7 giorni precedenti l'intervista considerando le attività comunemente svolte da persone anziane nel tempo libero, nelle attività domestiche e nel lavoro o volontariato. Il punteggio PASE "quantifica" il livello di attività fisica dell'anziano e consente di caratterizzare i diversi sottogruppi della popolazione. A valori elevati di PASE corrispondono elevati livelli di attività fisica.

Risultati Tra il 2012-2013 PDA ha raccolto informazioni su 24.129 persone di 65 anni ed oltre. il valore medio del punteggio PASE è pari al 95,6 (IC 95%: 94,4-96,8), con range 1,4-390. Il punteggio PASE si riduce significativamente con l'avanzare dell'età e drasticamente a partire dagli 85 anni. I valori del PASE sono più bassi fra le donne (91,8), tra coloro che hanno molte difficoltà economiche ad arrivare a fine mese (84,6) e tra chi ha un basso livello di istruzione (92,4). Chi consuma da 1 a 3 farmaci al giorno ha un punteggio PASE pari a 100,2 che si riduce significativamente a 83,2 fra chi ne consuma di più; anche chi riferisce di essere affetto da 2 o più malattie croniche, fra quelle indagate, ha un punteggio PASE più basso (82,0) di chi non riferisce alcuna cronicità (104,2) o al più una (94,8).

Conclusioni Con il sistema di sorveglianza PdA, attraverso l'utilizzo del PASE, si riesce, per la prima volta in Italia, a stimare il livello di attività fisica di un ampio campione rappresentativo della popolazione anziana e a individuare i fattori associati a scarsi livelli di attività fisica. Ai fini dell'azione, i risultati possono fornire informazioni importanti per la programmazione di interventi di promozione dell'attività fisica adattati ai diversi gruppi della popolazione anziana.

Vista l'efficacia e la fattibilità dello strumento PASE per gli anziani in ambito epidemiologico, è possibile pensare ad un utilizzo diffuso dello strumento a medici e altri operatori del sistema sociale o sanitario.

benedetta.contoli@iss.it

164 - poster

Studio dei determinanti della distribuzione del BMI in una coorte di bambini di tre anni. Le potenzialità del modello di regressione quantile

Serena Broccoli[12], Laura Bonvicini[12], Elena Ferrari[3], Francesca Ferrari[12], Anna Maria Davoli[3], Simone Storani[4], Eletta Bellocchio[4], Paolo Giorgi Rossi[12]

[1]Servizio Interaziendale di Epidemiologia, Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia, Italy
[2]Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS, Reggio Emilia, Italy; [3]Pediatra di Libera Scelta, Reggio Emilia, Italy;
[4]Programma Cure Primarie, Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia, Italy

Introduzione L'epidemia di obesità infantile è oggi riconosciuta come uno dei più importanti problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Diversi studi dimostrano che, nei paesi industrializzati, l'aumento della prevalenza di bambini sovrappeso e obesi non è legata ad un incremento del BMI nell'intera popolazione, ma piuttosto ad un incremento del BMI tra i percentili più alti. La regressione quantile consente la stima dell'associazione tra fattori di rischio e i percentili della distribuzione dell'outcome, tenendo conto di eventuali confondenti. Quest'analisi non necessita della classificazione dei soggetti in classi di peso secondo cut-off predefiniti (controversi nei bambini di 3 anni).

Obiettivo Valutare l'impatto di fattori di rischio per l'obesità infantile sull'intera distribuzione del BMI.

Metodi I pediatri di libera scelta della provincia di Reggio Emilia hanno rilevato il BMI dei bambini al bilancio di salute dei 3 anni dall'1/7/2013 al 31/3/2015 (N=8127). Oltre al BMI sono state rilevate informazioni su possibili fattori di rischio per l'obesità infantile definiti a priori. Gli z-score relativi ai valori di BMI, calcolati secondo i criteri CDC, sono stati utilizzati come variabile di outcome e il titolo di studio e il BMI della madre, il diabete gestazionale, la nascita pretermine, l'essere piccolo per l'età gestazionale (SGA) e l'allattamento al seno come variabili esplicative. L'associazione è stata testata con un modello di regressione quantile corretto per sesso, età del bambino e cittadinanza.

Risultati La copertura della rilevazione è stata dell'85%, simile tra generi e più alta per gli italiani. La prevalenza di sovrappeso e obesi è dell'11% e 4% rispettivamente. L'aumento del BMI materno aumenta tutti i percentili di BMI z-score. L'aumentare di un punto di BMI materno ha un effetto di +0.05 (IC95% 0.03;0.06) sul 10° percentile e di +0.06 (IC95% 0.05;0.07) sul 90° percentile. L'alto titolo di studio della mamma riduce l'ampiezza della distribuzione aumentando i percentili più bassi (10° β=+0.15 IC95% 0.02;0.29) e diminuendo i percentili più alti (90° β=-0.07 IC95% -0.20;0.05), configurandosi quindi come fattore protettivo sia per i sovrappeso/obesi che per i sottopeso. Essere pretermine riduce di -0.46 (IC95% -0.71;-0.21) il 10° percentile del BMI z-score e solo di -0.10 il 95° (IC95% -0.29;0.10), cioè è fattore di rischio per i sottopeso, ma influenza poco il BMI di sovrappeso e obesi. Lo stesso andamento si osserva per gli SGA (10° β=-0.64 IC95% -0.84;-0.44 – 90° β=-0.21 IC95% -0.36;-0.06).

Conclusioni Le variabili analizzate influenzano la distribuzione del BMI in modo non uniforme. I risultati che si ottengono studiando l'effetto medio dei fattori di rischio tramite regressione logistica non sono esaustivi. L'analisi suggerisce che sono fattori di rischio per sovrappeso e obesità il basso titolo di studio e il sovrappeso materno. Il basso titolo di studio materno l'essere pretermine e SGA sono fattori di rischio per i sottopeso.

serena.broccoli@ausl.re.it

165 - poster

Mortalità nella Provincia di Taranto

Simona Leogrande[1], Valeria Siciliani[1], Simona Carone[2], Michele Latagliata[1], Margherita Tanzarella[2], Claudia Galluzzo[2], Antonia Mincuzzi[3], Sante Minerba[3]

[1]CSA - Centro Salute e Ambiente ASL Taranto ; [2]Registro Tumori ASL Taranto; [3]S.C. Statistica Epidemiologia ASL Taranto

Introduzione: L'area della Provincia di Taranto è stata più volte oggetto di studi epidemiologici e ambientali da cui è emerso uno stato di salute della popolazione fortemente compromesso, in particolare sono stati evidenziati per la città di Taranto eccessi di mortalità per malattie cardiovascolari, dell'apparato respiratorio e per varie sedi tumorali.

Obiettivi: Realizzare un report che permetta di effettuare una valutazione completa e aggiornata della mortalità nell'intera Provincia di Taranto. Esso intende comunicare l'argomento in modo semplice e facilmente fruibile sia ai cittadini che agli stakeholder.

Metodi: Il report si compone di singole schede dettagliate per causa di morte nelle quali vengono calcolati i principali indicatori epidemiologici: tassi grezzi, tassi età-specifici, tassi standardizzati diretti e indiretti, stimatori bayesiani e nelle quali viene condotta un'analisi dei trend temporali. Sono stati utilizzati i dati di mortalità del Registro Rencam Regione Puglia dell'OER degli anni 2001-2010 codificati in ICD-IX e i dati del Registro Rencam ASL TA anni 2011-2012 codificati in ICD-X.

Risultati: Nella Provincia di Taranto nel 2011 vi sono stati 5246 decessi, 2648 uomini e 2598 donne. Le cause di morte più frequenti per entrambi i sessi sono state le malattie ipertensive (l'11% sul totale), le malattie cerebrovascolari (9%) e le malattie ischemiche del cuore (9%). Si rileva una maggiore frequenza di decessi per malattie ischemiche del cuore e tumore maligno della trachea dei bronchi e dei polmoni negli uomini, mentre tra le donne risultano più frequenti le malattie ipertensive e malattie cerebrovascolari.

Dall'analisi dei rapporti standardizzati di mortalità (SMR) si evidenziano, ad esempio, per il SIN eccessi di mortalità per tumore maligno della trachea dei bronchi e dei polmoni del 24% nei maschi e 18% nelle donne, per tumore della vescica del 14% nei maschi e 6% nelle donne, per tumore della mammella del 10% nelle donne e per Infarto acuto del Miocardio del 13% nei maschi.

Conclusioni: Il report è il primo di un'auspicabile lunga serie di aggiornamenti annuali. Rappresenta una risposta ai bisogni informativi e comunicativi della cittadinanza ed è parte di un progetto più esteso che mira a monitorare in modo continuo e consolidato lo stato di salute della popolazione della provincia di Taranto soprattutto per la presenza di eccessi di rischio per alcune patologie verosimilmente associate ad inquinamento ambientale nelle aree a ridosso dell'Area industriale.

simona.leogrande@libero.it

166 - orale

Associazione tra stato socioeconomico e complicanze a lungo termine in una coorte di pazienti diabetici della regione Lazio

Alessandro Rosa, Valeria Belleudi, Luigi Pinnarelli, Katia Bontempi, Nera Agabiti, Danilo Fusco, Marina Davoli

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio

Introduzione Il livello socio-economico (SES) risulta essere associato con il diabete, mostrando una maggiore prevalenza dei pazienti diabetici nei livelli più bassi. Il ruolo del SES sugli esiti e sulla qualità della cura del diabete è ancora dibattuto.

Obiettivo Valutare la relazione tra livello di istruzione e complicanze a lungo termine in una popolazione diabetica.

Metodi La popolazione diabetica residente e assistita nella Regione Lazio al 31/12/2013, di età≥35 anni, è stata identificata ricercando un ricovero ospedaliero per diabete (ICD-9-CM: 250) nei 6 anni precedenti la data di stima, e/o l'acquisto di almeno 2 ricette per anno di insulina o farmaci antidiabetici (ATC: A10) nei 4 anni precedenti e/o la presenza di un'esenzione per diabete (codice 013) a partire dal 2005.

Sono stati selezionati i soggetti con almeno un ricovero nei 2 anni precedenti la stima ed attraverso tali ricoveri è stata ricostruita la storia clinica del paziente. È stato considerato come indicatore di stato socio-economico il titolo di studio in 5 livelli: nessuno, elementare, media-inferiore, media-superiore, laurea.

Per ogni paziente l'insorgenza di complicanze a lungo termine (complicanze cardiovascolari, neurologiche, renali e oculari) è stata ricercata nel Sistema Informativo Ospedaliero nell'anno successivo a quello di stima.

La relazione tra complicanze a lungo termine del diabete e il titolo di studio è stata indagata attraverso un modello logistico con cui sono stati stimati gli Odds Ratio (OR,[IC95%]) grezzi ed aggiustati per genere, età e tutti i fattori di rischio identificati, tra tutti quelli ipotizzati mediante una procedura stepwise..

Risultati La popolazione diabetica al 31/12/2013 è pari a 372,196 pazienti; i soggetti che presentano almeno un ricovero nei due anni precedenti sono il 30,6%.

L'età media della coorte è di 69,4 anni, con una maggioranza di individui di sesso maschile (51.8%).

I fattori di rischio maggiormente associati all'insorgenza di complicanze a lungo termine risultano essere: età (OR=2.4[2.3-2.6] per i soggetti con ≥80 anni), infarto pregresso (OR=1.3[1.2-1.4]), cardiopatie ischemiche subacute e croniche (OR=1.8[1.7-1.9]), insufficienza cardiaca (OR=1.9[1.8-2.0]), nefropatie croniche (OR=2.4[2.2-2.5]) e malattie cerebrovascolari (OR=1.4[1.3-1.5]).

Il rischio di complicanze del diabete a lungo termine aumenta al diminuire del livello d'istruzione (OR=1.10 p-trend<0.001). In particolare, rispetto ai soggetti laureati, i soggetti con livello di istruzione media-superiore presenta un aumento del rischio di complicanze del 18% che arriva al 59% per i soggetti senza alcun titolo.

Conclusioni Il livello di istruzione risulta associato con l'insorgenza di complicanze a lungo termine nella popolazione diabetica. I risultati dello studio indicano la necessità di ridefinire le attività di chronic disease management del diabete e ridurre le disuguaglianze di accesso dei pazienti diabetici a interventi sanitari efficaci nella regione Lazio.

a.rosa@deplazio.it

167 - orale

Alimentazione Inadeguata e Altri Fattori di Rischio Individuali per la Salute in Aree a Forte Pressione Ambientale della Sicilia.

Achille Cernigliaro[1], Patrizia Miceli[1], Giovanna Fiumanò[2], Rosanna Milisenna[2], Alfonso Nicita[2], Irene Torre[2], Anna Maria Cardinale[2], Franco Belbruno[2], Maria Angela Randazzo[2], Giuseppe Ferrera[2], Ranieri Candura[2], Salvatore Scondotto[1] e Gruppo di coordinamento nazionale PASSI.

[1]Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana; [2]Referenti delle Aziende Sanitarie Provinciali della Sicilia

Introduzione In Sicilia, le aree di Augusta-Priolo, Gela e Milazzo, sono state dichiarate a Rischio Ambientale per la presenza di rilevanti poli industriali. Biancavilla inserita è stata inserita tra i SIN per la presenza di materiale lavico a natura asbestiforme. Negli anni la sorveglianza epidemiologica è stata intensa, descrivendo il profilo di salute delle popolazioni residenti. I rischi rilevati, sebbene presentino plausibilità biologica per diversi determinanti ambientali in queste aree, sono comunque a componente multifattoriale comprendendo rischi individuali, modificabili attraverso l'adesione ai comportamenti salutari. I fattori ambientali amplificano i rischi per la salute proprio nei soggetti con scarsa adesione ai corretti stili di vita. Il sistema di Sorveglianza PASSI rappresenta uno strumento per descrivere i fattori di rischio nella popolazione, ed oggi uno strumento per monitorare i determinati di salute nelle aree a forte pressione ambientale anche alla luce dell'avviato Piano Straordinario di Interventi Sanitari nelle Aree a Rischio Ambientale della Sicilia.

Obiettivi Descrivere l'adesione alle corrette abitudini alimentari e agli stili di vita salutari, nella popolazione residente nelle Aree a forte pressione ambientale in Sicilia.

Metodi Corretta alimentazione e fattori di rischio modificabili sono valutati utilizzando il Sistema di Sorveglianza PASSI (anni 2008-2013), utilizzando il campione rappresentativo di adulti (18-69 anni) residenti in Sicilia. La popolazione in studio è costituita dai residenti nei comuni delle Aree a rischio ambientale di Augusta-Priolo, Gela, Milazzo e Biancavilla. Il rischio per i fattori indagati (alimentazione, sedentarietà e fumo) è stato calcolato sul confronto regionale, calcolando gli Odds Ratio (OR) e i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%, aggiustando per sesso, età e livello di istruzione.

Risultati Sono state raccolte, nei sei anni in studio, 8.083 interviste. Nell'area di Augusta Priolo è più elevato il rischio di obesità (RR=1,84) e sedentarietà (RR=2,27) ed è scarso il consumo di frutta e verdura (RR=6,97). Nell'area di Gela è più elevata l'abitudine al fumo (RR=1,66) ed è scarso il consumo di frutta e verdura (RR=3,12). Nell'area di Milazzo, sono più elevate alcune condizioni legate al rischio cardiovascolari (colesterolemia RR=1,99; ipertensione RR=1,31 n.s). Infine nel SIN di Biancavilla non si esprimo significativi eccessi di rischio nella popolazione.

Conclusioni Lo studio evidenzia nelle popolazioni delle aree a rischio ambientale della Sicilia specifici livelli di rischio, diversificati e attribuibili anche a peculiari stili di vita che potenzialmente hanno contribuito a modificarne il profilo di salute in queste aree sottoposte a pressione ambientale. Anche a Biancavilla l'abitudine al fumo, che potrebbe amplificare gli effetti dell'esposizione alle fibre asbestiformi, risulta nella media regionale. L'uso del Sistema di Sorveglianza PASSI, potenzialmente orientabile verso specifici fattori di rischio, se meglio calibrato su particolari gruppi di popolazione, rappresenta un importante strumento a basso costo, a disposizione delle Istituzioni di sanità pubblica per descrivere con maggiore precisione il rischio per la salute attribuibile agli stili di vita e ai determinati ambientali.

achille.cernigliaro@regione.sicilia.it

168 - orale

SOTTOTIPI DI LINFOMA E ABITUDINI ALIMENTARI IN UNA ZONA DEL MEDITTERRANEO

Marina Padoan[1], Mariagrazia Zucca[3], Sonia Sanna[3], Maria Grazia Ennas[3], Corrado Magnani[1,2], Pierluigi Cocco[4]

[1]Unità di Statistica Medica e SCDU Epidemiologia dei Tumori, Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Alessandria, Novara, Vercelli e CPO-Piemonte, Novara; [2]Unità di Epidemiologia dei Tumori, CeRMS e CPO-Piemonte, Università di Torino; [3]Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Citomorfologia, Università degli Studi di Cagliari; [4]Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Sezione di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Cagliari

Introduzione: Negli ultimi decenni, l'incidenza di Linfoma non Hodgkin (NHL), è in aumento sia in Sardegna, sia nel resto del mondo. Precedenti studi hanno evidenziato che la dieta può influenzare il rischio di differenti sottotipi di linfoma.

Obiettivi: Valutare l'associazione tra rischio di linfoma e dei suoi principali sottotipi, e la dieta nell'isola mediterranea della Sardegna. Si intende indagare tramite uno studio caso-controllo se gli alimenti tipici della dieta mediterranea possano influenzare il rischio di linfoma e/o sottotipi specifici.

Metodi: Nel 1998-2004 sono stati selezionati 322 casi incidenti di linfoma e 446 controlli di popolazione residenti nella regione Sardegna. I soggetti sono stati intervistati tramite un questionario che includeva la frequenza di assunzione di 112 prodotti alimentari. Il rischio associato al consumo di alcuni alimenti è stato analizzato tramite la regressione logistica multivariata aggiustando per età, sesso e istruzione scolastica.

Risultati: Il rischio complessivo di linfoma è elevato per una frequenza di assunzione di carni bovine >2 volte a settimana (OR = 1.4, 95% CI 1.0-1.9) e di pizza (OR = 1.8, 95% CI 1.1-3.1). Abbiamo inoltre osservato un rischio elevato di linfomi associato alla frequente assunzione di pollo arrosto ben cotto, e un'associazione inversa con l'aumentare dell'assunzione di verdure a foglia, ma solo nelle donne. Non si è rilevata un'associazione con latticini o frutti di mare. L'adesione alla dieta mediterranea risulta un fattore protettivo per il Linfoma diffuso a grandi cellule di tipo B (DLBCL).

Conclusioni: In accordo con alcuni dati della letteratura, i nostri risultati suggeriscono che alcuni alimenti possano modulare il rischio di alcuni sottotipi di linfoma, soprattutto nel sesso femminile. L'adesione ad una dieta mediterranea non sembra apportare una protezione per lo sviluppo di linfoma, tranne per il sottotipo DLBCL.

marina.padoan@med.uniupo.it

169 - orale

Stato Nutrizionale e Abitudini Alimentari nella Popolazione Siciliana Ultrasessantacinquenne. Sistema di Sorveglianza Passi D'Argento

Cernigliaro A.[1], Belvedere G.[2], Alcamo R.[2], Catanese G.[2], Carlino V.[2], Scondotto S.[1], Ferro M.P.[1], Contoli B.[3], Quarchioni E.[3], Dominguez L.J.[2], Barbagallo M.[2] e Gruppo tecnico nazionale Passi D'Argento

[1] Osservatorio Epidemiologico – Assessorato della Salute – Regione Siciliana; [2] Università degli Studi di Palermo, Scuola di Specializzazione in Geriatria, U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, A.O.U.P. "P. Giaccone" di Palermo; [3] CNESPS – Istituto Superiore di Sanità

Introduzione L'aumento del numero degli anziani è una realtà legata al miglioramento delle condizioni di vita, portando con sé un carico economico e sociale per l'aumento delle malattie cronico-degenerative. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha messo a punto una linea strategica denominata "active ageing" per rafforzare l'"invecchiamento attivo". L'alimentazione è un cardine imprescindibile nel determinismo dell'invecchiamento di successo. Il sistema di sorveglianza "Passi d'Argento" si pone come obiettivo la stima dello stato di salute della popolazione anziana e contribuisce alla promozione di politiche di invecchiamento attivo.

Obiettivo Descrivere lo stato nutrizionale e le abitudini alimentaria degli anziani in Sicilia.

Metodi In Sicilia, sono state intervistate 1.081 persone con 65+ anni, individuate con campionamento a cluster a 2 stadi di rappresentatività regionale; le interviste sono state eseguite nel 2012 previo utilizzo del Mini Mental State Examination per valutare l'orientamento spazio-temporale dell'anziano. Un "Proxy" interveniva in caso di supporto. I criteri su cui si è stata basata la valutazione dello stato nutrizionale degli intervistati sono stati: il numero di porzioni di frutta e verdura consumati al giorno; la misurazione dell'indice di massa corporea (IMC) e la condizione odontostomatologica.

Risultati Il 47% degli anziani in Sicilia è in sovrappeso, il 15% obesi, il 37% mostra valori di IMC nella norma mentre l'1% è sottopeso. Il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura è più frequente tra le persone con 65-74 anni (50%) rispetto ai 75+ (37%), tra i soggetti con alto livello di istruzione (54%) rispetto ai soggetti poco istruiti (37%), tra coloro che sono economicamente benestanti (60%) rispetto ai meno abbienti (41%) e tra gli intervistati a basso rischio di disabilità (67%) rispetto ai sottogruppi con disabilità (25%) o a rischio di disabilità (41%); minima è la differenza tra uomini (42%) e donne (45%). Il 23% delle persone con 65 anni e più riferisce di avere problemi di masticazione, sono soggetti con più di 74 anni (28%), di basso livello di istruzione (26%), con difficoltà economiche (29%) e con disabilità (54%). Il 21% di questi, peraltro, non si reca dal dentista, perchè non pensa di averne bisogno (67%) o non lo ritiene opportuno (15%); meno spesso perchè il costo risulta eccessivo (9%). I risultati siciliani rispetto al pool nazionale hanno mostrato livelli superiori per eccesso ponderale (+2%), e i problemi di masticazione (+9%), inferiori per il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura (-2%).

Conclusioni L'indagine "Passi D'Argento" ha evidenziato un'elevata prevalenza di candizioni di criticità per la salute degli anizani rappresentando die fattori che portano all'aggravarsi di patologie soprattutto dismetaboliche, cardiovascolari, osteoarticolari, la carenza di nutrienti si associa anche ad una maggiore fragilità. In Sicilia è alta prevalenza di anziani in eccesso ponderale. I dati raccolti mostrano bassi consumi di frutta e verdura ed evidenziano frequenti problemi odontostomatologici. I dati raccolti dal sistema di sorveglianza "Passi d'Argento" sono di fondamentale importanza per avviare specifici programmi di prevenzione volti al miglioramento delle condizioni di vita degli ultrasessantacinquenni e ad una riduzione die costi sociali e sanitari.

achille.cernigliaro@regione.sicilia.it

170 - poster

IL FEMICIDIO IN TOSCANA NEL 2006-2013, UTILIZZANDO DUE FONTI INFORMATIVE

Elisabetta Chellini[1], Valentina Filardi[2], Daniela Bagattini[3], Valentina Pedani[3], Andrea Martini[1]

[1] SS Epidemiologia ambientale occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze; [2] Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria Università degli Studi di Firenze; [3] Osservatorio Sociale Regionale toscano

Introduzione: Con il termine femicidio si indica la forma più estrema di violenza intenzionale sulla donna perché donna. Nessuno degli studi sinora effettuati hanno utilizzato più fonti informative per stimare la dimensione del fenomeno.

Obiettivi: Stima dei casi di femicidio in Toscana nel 2006-2013 a partire da due forti informative, i certificati di decesso e la rassegna stampa.

Metodi: Studio descrittivo che ha considerato i casi di omicidio di donne toscane avvenuti nel 2006-2013. estratti dall'archivio del Registro di Mortalità Regionale toscano e i casi di femicidio avvenuti in Toscana nello stesso periodo, oggetto di attenzione da parte della stampa, estratti dall'archivio della Casa delle donne per non subire violenza di Bologna. Al fine di controllare l'accuratezza dei dati sono state esaminate anche altre informazioni dei mass media disponibili in internet. Sono stati calcolati i tassi età e cittadinanza specifici e il trend dei tassi standardizzati annuali. Mediante inoltre un modello di analisi cattura-ricattura è stata stimata la completezza delle due fonti informative considerate.

Risultati: Gli omicidi di donne toscane sono risultati 72 nel periodo in esame di cui il 62,5% definibili veri e propri femicidi. I femicidi archiviati dalla Casa delle donne di Bologna sono risultati 57. Al termine del controllo di qualità delle informazioni disponibili anche su internet sono stati identificati 63 femicidi di cui il 71,4% identificabili come omicidi sul certificato di morte. I 47 femicidi di donne italiane sono distribuiti in tutte le classi di età con la più alta frequenza osservabile nella classe >80 (27,7%), mentre i 16 femicidi rilevati in donne straniere sono tutti in soggetti di età < ai 49 anni. Complessivamente la stima dei femicidi è risultata pari a 81,1 (IC 95%: 75,3-86,9) con un completezza del RMR pari al 76.3% e della stampa pari all'82,9%. La concordanza tra le due fonti è risultata pari al 59,2%. La gran parte dei casi sono femicidi intimi causati da partner o ex-partner, di cui 18 si sono poi suicidati mentre 4 hanno tentato il suicidio. Ben 38 sono gli orfani prodotti da questi casi.

Conclusioni: I femicidi sono meglio connotabili sulla base delle informazioni della stampa piuttosto che da quelle dei certificati di morte. Le due fonti informative non sono in grado da sole di identificare tutti i casi di femicidio che spesso vengono considerati legati a gesti folli piuttosto che ad un continuum di violenze pregresse perpetrate nei confronti delle vittime da parte dei propri aggressori. Per contrastare il fenomeno è necessario attivare un sistema di sorveglianza che utilizzi tutte le possibili fonti informative, incluse le informazioni sui casi che vengono perseguiti dalla magistratura, che sono peraltro già oggetto di attenzione e valutazione nelle pubblicazioni di EURES.

e.chellini@ispo.toscana.it

171 - orale

Approccio Incidence based mortality per la valutazione della riduzione di mortalità per carcinoma prostatico nello studio randomizzato europeo sullo screening per tumore della prostata (ERSPC)

Carlotta Buzzoni[1], Donella Puliti[1], Alessandro Barchielli[1], Marco Zappa[1] e Jonas Hugosson[2] per ERSPC Working[2] Group (ERSPC Working Group: Auvinen A, Roobol MJ, Carlsson S, Moss SM, Puliti D, de Koning HJ, Bangma CH, Denis LJ, Kwiatkowski M, Lujan M, Nelen V, Paez A, Randazzo M, Rebillard X1, Tammela TL14, Villers A, Hugosson J, Schröder FH, Zappa M)

[1] SC Epidemiologia Clinica e Descrittiva e Registri, ISPO – Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze; [2] http://www.erspc.org

INTRODUZIONE Lo Studio randomizzato europeo sullo screening per tumore della prostata (ERSPC) ha evidenziato una riduzione della mortalità (-21%) per tumore della prostata (TP) tra i soggetti sottoposti a screening con test del PSA. É stato ipotizzato che questo risultato fosse dovuto (almeno in parte) al miglior trattamento del gruppo in studio rispetto a quello di controllo piuttosto che all'anticipazione diagnostica. Non è possibile verificare tale ipotesi valutando la sopravvivenza dei casi per stadio alla diagnosi a causa della possibile presenza di sovradiagnosi.

OBIETTIVI Indagare il meccanismo che ha determinato la riduzione di mortalità attraverso la valutazione del numero di decessi occorsi nei 2 bracci per stadio alla diagnosi con un approccio di incidence based mortality.

METODI Il database dello studio ERSPC raccoglie informazioni su incidenza e mortalità di TP occorsi nei 2 bracci. Sono state selezionate informazioni su braccio, centro, stadio, Gleason, PSA, età, tempo di sopravvivenza, stato in vita e definite 4 categorie di rischio alla diagnosi: 1-basso, 2-intermedio, 3-elevato, 4-malattia metastatica; anche il livello del PSA (≤100/>100) è utilizzato come criterio per identificare la presenza di metastasi. Le informazioni mancanti sullo stadio sono state imputate con imputazioni multiple. É stato calcolato il rapporto tra tassi (RR) di mortalità nel braccio in studio e braccio di controllo (reference) per ogni categoria di rischio. I risultati sono stati confrontati con i già pubblicati RR d'incidenza. Le analisi sono state condotte su base intention-to-treat.

RISULTATI Sono stati randomizzati 72891 e 89352 soggetti nel braccio in studio e di controllo rispettivamente, tra i quali sono stati osservati 350 e 536 decessi per TP. Il 38% dei decessi nel braccio in studio e il 59% in quello di controllo riguardano soggetti con TP metastatici. I RR di mortalità sono elevati per la categoria di rischio 1 (1.76, 95%IC:1.13-2.72) e 2 (1.24, 0.92-1.97), uguale a 1 per la categoria 3 (1.04, 0.77-1.41) e inferiore a 1 per i TP metastatici (0.53, 0.43-06.65). Gli andamenti dei RR per categoria di rischio sono simili per incidenza e mortalità, salvo per il gruppo 1, dove il RR di mortalità è inferiore.

CONCLUSIONI Per le categorie di rischio 2,3 e 4 le variazioni di incidenza e mortalità sono della medesima entità, in particolare l'incidenza dei TP metastatici si riduce del 40%; la mortalità tra i pazienti con TP metastatici si riduce del 47%. L'omogeneità delle variazioni nei due indicatori suggerisce che aumenti e diminuzioni dell'incidenza (categoria 2: +25% circa, categoria 4: -40% circa) si ripercuotano in maniera proporzionale sulla mortalità. Fa eccezione la categoria 1 dove l'aumento d'incidenza è superiore a quello di mortalità: ciò è dovuto

verosimilmente alla sovradiagnosisi, concentrata in questo gruppo. In ogni categoria le differenze di mortalità sembrano attribuibili a variazioni di incidenza. Questi risultati confermano come la riduzione complessiva della mortalità sia legata all'anticipazione diagnostica, piuttosto che a differenze di trattamento nei due gruppi.b

carlotta.buzzoni@gmail.com

172 - poster

Consigli forniti dal personale sanitario agli assistiti per il miglioramento dello stile di vita nella popolazione 18-69 anni: confronto tra i dati 2011-2014 e 2007-2009 del sistema di sorveglianza PASSI nella ASL 10 di Firenze

Martina Chellini[1], Guglielmo Bonaccorsi[2], Giorgio Garofalo[3], Rossella Cecconi[3]

[1]Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; [2]Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze; [3]Coordinamento Aziendale PASSI, ASL 10 Firenze

Introduzione In Europa le malattie croniche sono la prima causa di mortalità e morbosità e il loro impatto sulla salute e sui Sistemi Sanitari acquista rilevanza negli anni. Gli ultimi Piani Sanitari della Regione Toscana prevedono per il personale sanitario un ruolo di primo piano nell'indirizzare le scelte degli assistiti verso corretti stili di vita, in particolare riguardo a fumo, alcol, alimentazione e attività fisica. La letteratura evidenzia l'efficacia dell'intervento diretto sull'assistito nel promuovere comportamenti favorevoli alla salute, specie se svolto nell'ambito di un contesto di promozione della salute multiprofessionale.

Obiettivi Stimare la prevalenza di persone che ricevono consigli da parte degli operatori sanitari sui comportamenti corretti per la salute per il periodo 2011-2014 e confrontarla con quella del 2007-2009.

Metodi I dati sono estratti dal sistema di sorveglianza PASSI su 2336 interviste per il 2011-2014 e 1145 per il 2007-2009 ai residenti nella ASL10 di Firenze di età 18-69 anni.

Risultati Nei due periodi esaminati, fumatori, ex fumatori e non fumatori si aggirano intorno al 30, 26, 43% senza grosse variazioni. Analogamente, nei due rispettivi periodi, al 50% e al 52% dei fumatori è stato consigliato di smettere. Il 41% del campione svolge attività fisica adeguata, il 42% è parzialmente attivo e il 17% non svolge attività fisica (35%, 44%, 21% nel 2007-2009). In entrambi i periodi circa il 38% delle persone ha ricevuto il consiglio di fare movimento. Il 19% del campione è un consumatore di alcol a rischio (forte bevitore e/o bevitore "binge"), percentuale pari a 22 nel 2007-2009. Di questi, solo l'8% ha ricevuto il consiglio di moderare il consumo di alcol, contro il 10% del periodo precedente. Il 4% dei soggetti risulta sottopeso, il 60% normopeso, il 30% sovrappeso e il 7% obeso (3%, 56%, 31%, 10% nel 2007-2009). L'eccesso ponderale è passato dal 41 al 36% della popolazione, di questi, ha seguito una dieta il 23% e la segue ad oggi il 26%. Il 50% delle persone in sovrappeso e il 90% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso, contro il 51% e 84% del 2007-2009. La sedentarietà riguarda il 19% delle persone sovrappeso e il 21% di quelle obese, 20 e 29 sono invece le percentuali del periodo precedente.

Conclusioni I dati mostrano un variabile miglioramento nel tempo seppur gli operatori sanitari non riservano la stessa attenzione ai diversi fattori di rischio: raramente i bevitori a rischio sono invitati a modificare il loro comportamento; più frequente ma ancora non sufficiente è l'interesse per la pratica dell'attività fisica e per l'abitudine al fumo. Risultati più incoraggianti sono stati ottenuti per quanto riguarda l'attenzione all'alimentazione: le percentuali mostrano apprezzabili miglioramenti. Dai dati rilevati emerge la necessità di sensibilizzare il personale sanitario e dotarlo di strumenti appropriati per affrontare con i propri assistiti le problematiche legate ai non corretti stili di vita.

mchellini.esterno@asf.toscana.it

173 - poster

L'associazione tra fattori ambientali e cancro tra le donne residenti nella provincia di Gorizia è confusa dallo stile di vita, dall'esposizione occupazionale e dalle variabili sociodemografiche?

Luigi Castriotta[1,2], Ettore Bidoli[3], Valentina Rosolen[2], Andrea Gini[3], Diego Serraino[3], Fabio Barbone[1,2,4].

[1]Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine; [2]Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine; [3]IRCCS Centro di Riferimento Oncologico di Aviano; [4]Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università degli Studi di Trieste

INTRODUZIONE I dati relativi al periodo 1995-2007, provenienti dal Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia e pubblicati a novembre 2011, mostravano nelle donne dell'Area Vasta Trieste-Gorizia presunti eccessi di mortalità, incidenza o ridotta sopravvivenza per tutti i tumori ed in particolare per i tumori del colon-retto, del polmone, della mammella, dell'ovaio, della vescica, il mesotelioma (tutte le sedi) ed il melanoma cutaneo. Alcuni di questi eccessi riguardavano un'area limitata della provincia di Gorizia, il Distretto Basso Isontino.

OBIETTIVI Analizzare la distribuzione geografica dell'incidenza, nelle femmine, di tumori per tutte le sedi e per specifiche sedi (polmone, mammella e vescica), nel periodo 1995-2009;

Stimare l'effetto di confondenti come fumo, alcol, livello socio-economico ed esposizione occupazionale, utilizzando dati raccolti su base ecologica, attraverso il calcolo del confounding risk ratio (CRR).

METODI Per le neoplasie selezionate, sono stati calcolati: i tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea, i rapporti tra tassi di incidenza standardizzati (RR) ed i CRR. Questi ultimi sono stati calcolati sia facendo riferimento ai dati ecologici sia ipotizzando diversi scenari di prevalenza dei fattori confondenti e di associazione confondente-malattia. Sono state considerate esposte, rispettivamente, le residenti nella provincia di Gorizia (nel confronto con il resto della regione) e le donne del Distretto Basso Isontino (nel confronto con l'Alto Isontino). Le informazioni su scala ecologica sui confondenti derivano da studio PASSI, banche dati della regione FVG e censimenti ISTAT della popolazione 2001 e 2011.

RISULTATI I tassi di incidenza ed i relativi IC95% (espressi per 100.000 abitanti) della provincia di Gorizia per i tumori di polmone, mammella e vescica nel periodo 1995-2009 risultano rispettivamente: 20.7 (18.6-23.1), 125.5 (119.6-131.7), 11.1 (9.6-12.9); quelli regionali (provincia di Gorizia esclusa): 20.4 (19.6-21.2), 125.3 (123.1-127.5), 9.4 (8.9-10). I tassi di incidenza del Basso Isontino sono: polmone 22.0 (18.9-25.2), mammella 123.8 (115.3-132.3), vescica 13.3 (8.9-17.6), quelli dell'Alto Isontino per le stesse sedi, rispettivamente: 19.6 (16.6-22.5), 127.5 (119.1-135.9) e 9.2 (7.2-11.3). Considerando la residenza nel Basso Isontino, il fumo quale confondente e sotto diverse ipotesi di CRR: Il RR di tumore del polmone risulta 1,12 e varia da 0,73 a 1,54; il RR di tumore alla mammella è 0,97 e varia da 0,93 a 1,02; il RR tumore alla vescica è 1,45 e risulta variare da 1,33 a 1,59.

CONCLUSIONI I risultati relativi al tumore della vescica sembrerebbero suggerire una maggiore incidenza di questa neoplasia nel territorio Isontino rispetto al resto della regione ed in particolare nel Distretto Basso Isontino. L'utilizzo di dati aggregati, per valutare l'effetto di fattori confondenti, presenta interessanti potenzialità mostrando come, a seconda dei diversi scenari, i RR possano modificarsi.

castriotta.luigi@aoud.sanita.fvg.it

175 - poster

STIMA DELLA PREVALENZA E DELL'INCIDENZA DI DIABETE MELLITO IN ETA' PEDIATRICA E GIOVANILE NEL LAZIO 2011-2014

Giovanna Cappai [(1)], Valeria Belleudi [(1)], Nera Agabiti [(1)], Danilo Fusco [(1)], Marina Davoli [(1)]

Dipartimento di Epidemiologia, Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Roma

Introduzione: Il diabete mellito costituisce un problema di sanità pubblica con costi sanitari e sociali rilevanti. Rappresenta inoltre una delle più importanti cronicità dell'età evolutiva. Numerose sono le esperienze di stima di occorrenza di diabete tramite l'utilizzo di Sistemi Informativi Sanitari (SIS) sulla popolazione adulta mentre ancora poche sono le misure prodotte riferite alla popolazione pediatrica/giovanile e sull'insorgenza del diabete in queste fasce di età.

Obiettivi: Stimare la prevalenza e l'incidenza della popolazione diabetica in età pediatrica e giovanile nel Lazio attraverso l'utilizzo di SIS.

Metodi: Attraverso l'uso integrato dei SIS è stato definito come paziente diabetico chi presentava: almeno un ricovero per diabete (ICD-9-CM: 250.xx) nei 6 anni precedenti (fonte: Sistema Informativo Ospedaliero), e/o almeno 2 prescrizioni l'anno di insulina o farmaci antidiabetici (ATC: A10) in uno dei 4 anni precedenti (fonte: Farmaceutica Territoriale e Diretta), e/o un'esenzione per diabete (013) a partire dall'anno 2005 (fonte: Registro Esenzioni). Sono considerati casi prevalenti le persone così identificate e vive al 31 dicembre dell'anno di stima. I soggetti con prima evidenza di diabete nell'anno di stima sono considerati incidenti. Le stime sono riferite alla popolazione residente e assistita nel Lazio nell'anno di stima (fonte: Anagrafe degli Assistiti 2011-2014) e classificata nelle seguenti fasce di età: bambini (1-10 anni), adolescenti (11-17 anni), giovani adulti (18-34 anni). Sono stati calcolati i tassi annui di prevalenza ed incidenza per 1000 persone, specifici per fascia di età e separatamente per genere, con relativi intervalli di confidenza (IC).

Risultati: Nell'anno 2014 sono stati identificati 15.713 casi prevalenti e 2.615 incidenti, circa il 72% è rappresentato da femmine, i giovani adulti costituiscono oltre l'80%. I tassi di prevalenza crescono con l'età per entrambi i generi (maschi: 1,5, 4,0 e 6,6). Tra le femmine si registrano tassi del 40% e del 190% superiori ai maschi negli adolescenti e nei giovani adulti rispettivamente. Anche i tassi di incidenza risultano crescere con l'età. Le adolescenti e giovani adulte hanno tassi di incidenza pari al 1.2 (IC 95%: 1,0-1,3) e 3,2 (IC 95%: 3,1-3,4), valori 2 e 3,5 volte quello dei maschi di pari età. Nel periodo 2011-2014 le stime di incidenza risultano sostanzialmente stabili nelle prime 2 classi di età mentre appare lieve l'incremento sulle giovani adulte.

Conclusioni: Lo studio contribuisce a dare stime di prevalenza ed incidenza del diabete mellito in una fascia di età vulnerabile come l'età pediatrica e giovanile in cui possono essere opportune strategie di prevenzione. L'uso integrato dei SIS si conferma uno strumento indispensabile per il monitoraggio dello stato di stato di salute della popolazione, per la programmazione e la valutazione dell'assistenza sanitaria.

g.cappai@deplazio.it

177 - orale

Indagine epidemiologica sui lavoratori del Terminal T3 dell'Aeroporto di Fiumicino in relazione all'incendio del 7 Maggio 2015

Daniela D'Ippoliti[1], Enrica Santelli[1], Francesco Forastiere[1], Manuela De Sario[1], Orietta Angelosanto[2], Marcello De Masi[2], Marina Davoli[1], Paola Michelozzi[1]

[1]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL/RME, Roma; [2]ASL RM/D – Dipartimento di Prevenzione

Introduzione La notte del 7 Maggio 2015 si è verificato un esteso incendio all'Aeroporto di Fiumicino che ha interessato l'area del Terminal T3. Nelle settimane successive i lavoratori che prestano servizio in tale area sono stati potenzialmente esposti a sostanze inquinanti di diversa natura emesse durante episodi di incendi (monossido di carbonio, PM2.5, ossidi di azoto, VOC, IPA), oltre a PCB e diossine derivanti da combustione di materiale plastico/ elettrico. I dati ambientali disponibili (fonte ARPA Lazio, ISS) indicano il superamento dei valori limite di legge per diverse sostanze tra cui diossine, IPA e alcuni metalli. L'inalazione di tali sostanze è associabile ad una serie di effetti acuti sulla salute (disturbi respiratori, gastrointestinali, irritazione cute e mucose).

Obiettivi E' stata disegnata un'indagine epidemiologica per stimare il tasso di attacco per diversi esiti sanitari nelle settimane dopo l'incendio, valutare l'esposizione dei lavoratori e il loro stato di salute, costituire un database per follow-up sanitari.

Metodi L'indagine è svolta in collaborazione con la ASL RMD attraverso:

- Questionario individuale online: per raccogliere informazioni su esposizione, incidenza di sintomi in relazione all'incendio, stili di vita e storia clinica dei lavoratori.
- Sorveglianza sanitaria: comprende visita medica pneumologica, esami ematochimici e prove funzionali dell'apparato respiratorio (spirometria, saturazione).
- Sono state acquisite le liste dei lavoratori delle aziende operanti presso il Terminal T3 con le attività svolte e i turni di lavoro. L'esposizione individuale stimata da questionario viene messa in relazione con il gradiente di rischio dell'area in studio (area rossa, colpita direttamente dall'incendio, area gialla, con accesso limitato e sottoposta a procedure di sicurezza dei lavoratori, area verde, aperta al pubblico) e con le misure ambientali disponibili. Si stima che siano stati coinvolti circa 2500 lavoratori.

Risultati L'acquisizione dati da questionario è in corso. I dati preliminari (n=450 lavoratori) indicano un'età media dei lavoratori di 37 anni (49% donne), il 62% sono addetti ad attività di pulizie/sicurezza. Nelle tre settimane successive all'incendio il 45% ha lavorato nelle aree rossa/gialla, il 40% riporta sintomi respiratori, 30% disturbi agli occhi/ cefalea, 10-15% sintomi gastrointestinali o irritazioni della cute/mucose. E' in corso la visita medica pneumologica, esami ematochimici e spirometria.

Conclusioni L'indagine consentirà di descrivere il livello di esposizione individuale e valutare gli effetti acuti sulla salute. La valutazione dell'impatto sulla salute dei lavoratori esposti nel caso di incidenti come quello verificatosi all'Aeroporto di Fiumicino è tuttavia complessa a causa della difficoltà di ricostruire l'esposizione individuale nei diversi momenti successivi all'incendio e anche in relazione agli interventi di bonifica messi in atto e ai protocolli per la protezione dei lavoratori.

d.dippoliti@deplazio.it

178 - orale

DIABETE GESTAZIONALE E COMPLICANZE NEONATALI E MATERNE NELLA REGIONE LAZIO, ANNI 2010- 2013.

Federica Asta[1], Patrizia Schifano[1], Nera Agabiti[1], Annamaria Bargagli[1], Marina Davoli [1], Paola Michelozzi[1]

[1]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

Introduzione Secondo stime prodotte in vari studi la prevalenza del diabete mellito gestazionale (DMG) varia dall' 1 al 14% di tutte le gravidanze, a seconda della popolazione studiata e dei test diagnostici utilizzati. Pochi studi hanno valutato l'associazione tra il DMG e le complicanze sia materne che neonatali.

Obiettivi Stimare l'associazione tra la presenza di DMG ed esiti avversi nella madre e nel bambino nella regione Lazio tra il 2010 ed il 2013 ed identificare potenziali modificatori d'effetto di tale associazione.

Metodi Sono stati identificati tutti i parti di donne con età compresa tra i 15 ed i 55 anni avvenuti tra il 2010 ed il 2013 nel Lazio a partire dai Certificati di assistenza al parto (Cedap). Sono stati inclusi nello studio solo i parti di donne per le quali è stato possibile effettuare, tramite un codice univoco ed anonimizzato, un record linkage tra la scheda Cedap e la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) per parto.

Sono stati definiti come casi di DMG tutte le donne per le quali, nella SDO del parto o in un qualunque ricovero avvenuto durante la gravidanza, fosse presente il codice ICD9-CM 648.8 (DMG) in qualunque campo di diagnosi, oppure donne con uso di insulina/antidiabetici orali (ATC A10) durante la gravidanza riportati dal sistema informativo della farmaceutica. Gli esiti studiati sono: nati pretermine (nascite tra la 22a e la 36a settimana di gestazione), taglio cesareo (sia in elezione che d'urgenza), distocia della spalla e macrosomia (nati con peso >=4000g). Le donne con diabete cronico o con parti gemellari sono state escluse dall'analisi. L'associazione tra DMG ed i vari esiti è stata stimata con modelli di regressione logistica multivariati controllando per caratteristiche socio-demografiche e di stato di salute della madre.

Risultati La popolazione in studio è composta da 203.027 parti; tra questi sono stati identificati 4.409 (2.2%) casi di DMG. I modelli aggiustati per età della madre, cittadinanza, titolo di studio, settimana di gestazione, genere del neonato, numero di parti e patologie della madre suggeriscono la presenza di un'associazione significativa tra il DMG e nascita pretermine (OR:1.30; IC95% 1.17-1.45), parto cesareo (OR:1.43; IC95% 1.32-1.54) e macrosomia (OR:2.00; IC95% 1.79-2.25). Il rischio di distocia della spalla risulta più elevato nelle donne con DMG ma non in modo significativo (OR:1.74; IC95% 0.64-4.73). L'età rappresenta un modificatore d'effetto nello studio dell'associazione tra cesareo e DMG soprattutto nelle donne con età superiore ai 36 anni; mentre la cittadinanza, in particolare le donne di altri paesi europei (non UE) risulta essere un modificatore d'effetto per la macrosomia.

Conclusioni I risultati suggeriscono l'esistenza di un maggiore rischio delle donne con DMG di complicanze sia neonatali che materne. Una rapida e corretta diagnosi di DMG, anche nelle forme con lievi alterazioni metaboliche, è fondamentale per ridurre l'incidenza di esiti avversi della gravidanza.

f.asta@deplazio.it

179 - orale

Ondata di calore luglio 2015: quale impatto sulla mortalità giornaliera nelle città italiane?

Manuela De Sario[1], Francesca de'Donato[1], Matteo Scortichini[1], Federica Asta[1], Enrica Santelli[1], Annamaria de Martino[2], Marina Davoli[1], Paola Michelozzi[1]

[1]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Lazio - ASL/RME, Roma ; [2]Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Prevenzione e Controllo Malattie (CCM), Roma

INTRODUZIONE In molti paesi Europei ed in Italia è stata evidenziata negli anni passati una riduzione dell'effetto delle elevate temperature sulla mortalità, in parte attribuibile agli interventi di prevenzione attivati nell'ultimo decennio. Recentemente nel nostro paese il livello di attenzione sul tema si è drasticamente ridotto con il rischio che l'inasprirsi degli eventi estremi possa determinare nuovamente effetti drammatici sulla salute soprattutto delle fasce a maggior rischio. Tra fine giugno e la prima metà del mese di luglio 2015 si è registrata un'ondata di calore di particolare intensità e durata in tutta l'Europa, con temperature record mai registrate negli ultimi 100 anni, oltre sette gradi celsius al di sopra delle medie stagionali.

OBIETTIVI Valutare l'impatto dell'ondata di calore sulla mortalità e sugli accessi in pronto soccorso nelle città italiane dove sono attivi i sistemi di allarme e discutere le possibili implicazioni di sanità pubblica.

METODI Nelle 27 città italiane dove sono operativi i sistemi Heat Health Watch Warning sono stati utilizzati i dati del sistema rapido di sorveglianza della mortalità giornaliera della popolazione residente, per valutare incrementi della mortalità rispetto al valore di riferimento (baseline). In una rete di strutture sentinella è stato monitorato il numero di accessi giornalieri al Pronto Soccorso rispetto al riferimento. L'ondata di calore è stata definita sulla base delle condizioni di allarme (livelli 2/3 del bollettino) dei sistemi HHWW.

RISULTATI I maggiori incrementi di temperatura apparente massima sono stati registrati nelle città del Centro-Nord, con picchi di temperatura apparente massima intorno ai 40°C in diverse città. Durante l'ondata di calore (1-18 luglio) in tutte le città sono stati osservati incrementi di mortalità, pari a oltre 130 decessi in eccesso nella popolazione di 65+ anni nelle grandi aree urbane di Torino (+42%), Milano (+42%) e Roma (+26%). Per gli accessi al pronto soccorso si evidenziano incrementi a Roma, Milano, Venezia e Bologna (tra +24% e +41% circa). Una valutazione complessiva ed il confronto con l'incremento osservato durante le ondate di calore in anni precedenti saranno effettuati a conclusione dell'estate attraverso modelli di serie temporale.

CONCLUSIONI I dati disponibili sottolineano che condizioni di rischio intense e prolungate come quelle del mese di luglio 2015 rappresentano ancora un rischio per la salute della popolazione, specie dei sottogruppi più suscettibili e sottolineano la necessità di non ridurre il livello di attenzione, in particolare nelle grandi aree urbane. Gli scenari dei cambiamenti climatici indicano incrementi nel rischio di eventi meteorologici futuri sempre più estremi rispetto ai quali è necessario potenziare la capacità adattativa dei sistemi sanitari, agendo contemporaneamente sul contrasto ai cambiamenti climatici in atto, attraverso scelte politiche e stili di vita individuali a basso impatto ambientale.

m.desario@deplazio.it

180 - poster

INCIDENZA DI MESOTELIOMA MALIGNO IN UNA COORTE DI LAVORATORI DELL'AMIANTO

Ferrante D[1], Mirabelli D[2,3], Terracini B[2,3], Magnani C[1,3]

[1]Unità di Statistica Medica, Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale e CPO-Piemonte, Novara; [2] Unità di Epidemiologia dei Tumori, CPO Piemonte e Università di Torino; [3]Centro Interdipartimentale "G. Scansetti" per lo studio degli amianti e di altri particolati nocivi, Torino

Introduzione: L'asbesto è un cancerogeno professionale ed ambientale riconosciuto. Da tempo è noto come la durata di esposizione ad amianto ed il tempo trascorso dalla prima esposizione (latenza) siano associati ad un rischio aumentato di sviluppare diverse neoplasie. A tal fine abbiamo studiato l'incidenza di mesotelioma maligno (MM) in una delle più importanti coorti di lavoratori esposti ad amianto, lo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, attivo dal 1912 al 1986.

Obiettivi: Obiettivo dello studio è valutare l'incidenza di MM nella coorte di 3434 lavoratori dello stabilimento "Eternit" di Casale Monferrato in servizio al 1950 o assunti successivamente (1950-1986) con un periodo di follow-up superiore a 40 anni.

Metodi: I casi incidenti di MM sono stati identificati, per il periodo 1990-2012, utilizzando un linkage nominativo con il Registro dei Mesoteliomi Maligni (RMM) del Piemonte che costituisce il Centro Operativo Regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM). I tassi di incidenza sono stati standardizzati con metodo indiretto utilizzando come riferimento i tassi della popolazione piemontese nel periodo corrispondente.

Risultati: Nel periodo 1990-2012, considerando solo i casi "certi" secondo classificazione ReNaM, tra gli uomini si sono osservati 54 casi di mesotelioma pleurico (attesi 2,24; Rapporto Standardizzato di Incidenza (SIR): 24,1 IC95%: 18,1 – 31,5) e tra le donne 22 casi (attesi 0,38; SIR 58,6 IC95%: 36,7-88,7). Nello stesso periodo, per quanto riguarda il mesotelioma peritoneale, si sono osservati 27 casi tra gli uomini (attesi 0,18; SIR 149,2 IC95%: 98,3-217,1) e 9 casi tra le donne (attesi 0,04; SIR 235,1 IC95% 107,5-446,3). Un incremento dei SIRs si è evidenziato in particolare dopo i 30 anni di latenza; anche se 9 casi di mesotelioma pleurico e 1 caso di mesotelioma peritoneale sono stati osservati prima dei 30 anni di latenza.

Conclusioni: Lo studio conferma l'elevato incremento del rischio di MM. Le analisi successive consentiranno di approfondire la relazione con la durata di esposizione, la latenza ed il tempo trascorso dalla cessazione dell'esposizione.

daniela.ferrante@med.uniupo.it

181 - orale

Eventi meteorologici avversi e traumatismi da incidente stradale: un'analisi di serie temporale.

Scortichini Matteo [(1)], de'Donato Francesca K[(1)], Farchi Sara[(1)], Paola Michelozzi[(1)]

[(1)]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

INTRODUZIONE: Eventi meteorologici (caldo, freddo, piogge) possono aumentare il rischio di traumatismi causati da incidenti stradali nelle aree urbane: alcuni studi hanno evidenziato effetti delle piogge sull'aumento del rischio di traumatismi da incidenti stradali mentre studi sugli effetti delle elevate e basse temperature sono scarsi.

OBIETTIVI: L'obiettivo di questo studio è stimare la relazione tra eventi meteorologici estremi (pioggia, caldo, freddo) e traumatismi da incidente stradale nella città di Roma.

METODI: Un'analisi di serie storica giornaliera è stata condotta per stimare l'effetto delle piogge e delle temperature estreme sui traumatismi da incidente stradale nella città di Roma nel periodo 2003-2008. Lo studio include tutti gli accessi in Pronto Soccorso(PS) per i quali il luogo del trauma è stato classificato come "strada". La temperatura media giornaliera è stata modellata tramite una spline, mentre la pioggia è stata introdotta nel modello con una variabile dicotomica. Inoltre i giorni di ondata di calore sono stati definiti tramite una variabile dicotomica. Le due esposizioni sono state considerate nel modello ognuna come possibile confondente dell'altra. Altri confondenti considerati sono stati il giorno della settimana, i giorni di festività e un trend di lungo periodo. Il livello medio giornaliero di biossido di azoto (NO_2) è stato utilizzato quale proxy dell'intensità del traffico. Il modello è stato stratificato per genere e classi di età (15-34, 35-64 e 65+).

RISULTATI: 281074 accessi in PS (media giornaliera pari a 128) sono stati osservati nel periodo di studio nel Comune di Roma. Il RR di traumatismi in giorni di pioggia è pari a 1.09 (IC:1.08–1.11) nella classe di età 15-34, 1.08 (IC:1.07–1.10) nei 35-64 e 1.00 (0.97–1.03) nei 65+. Un rischio maggiore si osserva tra le giovani donne (1.16 e 1.10 nelle 15-34 e 35-64 rispettivamente), mentre nessun effetto si osserva nelle donne 65+. Al contrario negli uomini il rischio più basso si osserva tra i giovani (1.06 e 1.07 nei 15-34 e 35-64), mentre si osserva un effetto significativo delle precipitazioni negli uomini 65+ (1.05,IC:1.00–1.09). L'effetto del freddo (per temperature inferiori ai 6°C, 10° percentile della temperatura nel periodo in studio) è pari a RR=1.01 (IC:1.01–1.02) per una riduzione di 1°C. L'effetto non varia per genere ed età. Nel periodo estivo non è stato evidenziato un effetto di incremento della temperatura, mentre si osserva un effetto significativo nei giorni di ondata di calore nella classe di età 35-64, più elevato negli uomini (1.05, IC:1.01–1.09) che nelle donne (1.03,IC:1.00–1.08).

CONCLUSIONI: Lo studio evidenzia una relazione tra condizioni meteorologiche e traumatismi da incidente stradale a Roma, con un effetto non solo delle precipitazioni, ma anche delle temperature estreme. Questi risultati sono importanti nell'ottica della pianificazione di misure di prevenzione, specie considerando che i soggetti a maggior rischio sono i più giovani.

m.scortichini@deplazio.it

182 - orale

Associazione tra caldo, inquinamento dell'aria e durata della gestazione: quali sono le settimane di gestazione maggiormente suscettibili? Analisi di due coorti di nascita basate su dati di popolazione, a Roma e Barcellona

Patrizia Schifano[1], Xavier Basagana[2], Federica Asta[1], Marina Davoli[1], Paola Michelozzi[1]

[1] Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio; [2] Centre for Research in Environmental Epidemiology (CREAL), Barcelona, Spain

Introduzione L'associazione tra caldo ed inquinamento e durata della gestazione è ormai sufficientemente riconosciuta in letteratura, ma ancora non ci sono evidenze consistenti su quali siano le settimane maggiormente suscettibili a tali esposizioni.

Abbiamo stimato l'effetto della temperatura massima apparente (TMA) e dell'inquinamento dell'aria sul rischio di nascita per settimana di gestazione.

Metodi Sono state costruite due coorti di nascita su base di popolazione, a Roma (2001-2010) e Barcellona (2007-2012), utilizzando procedure di record linkare tra database amministrativi abbiamo. Abbiamo analizzato i livelli della temperatura massima apparente (TMA), PM10, O3 e l'NO2 durante il periodo caldo (1° Aprile - 31 Ottobre).

Attraverso un modello di Cox, con il tempo di gestazione come unità temporale, abbiamo stimato gli hazard ratio (HR) di nascere, specifici per settimana di gestazione, per l'incremento di una unità dei livelli delle variabili di esposizione. I modelli sono stati aggiustati per trend di lungo periodo, mese, e caratteristiche cliniche e demografiche della madre.

Risultati Le coorti includono 78,633 nascite (5.5% pretermine) a Roma e 27,255 (4.5% pretermine) a Barcellona. Gli HR più alti in relazione all'aumento di un grado di TMA sono risultati quelli relativi all'esposizione tra la 22° e la 26° settimana, con un valore di 1.065, (95% IC 1.05-1.08) a Roma e di 1.069 (95% IC 1.04-1.10) a Barcellona, e decrescono rispettivamente a 1.026 (95% IC 1.02-1.03) e 1.023 (95% IC 1.02-1.03) alla 36° settimana di gestazione. Livelli di associazione analoghi sono stati osservati per incrementi di una unità di misura del PM10 e dell'NO2, aggiustando per TAM. L'ozono ha mostrato trend per settimana di gestazione simili agli altri inquinanti ma livelli di associazione più deboli.

Conclusioni Abbiamo riscontrato un incremento del rischio di nascita all'aumentare dei livelli di TAM, PM10, NO2 ed O3 in modo coerente sia a Roma che a Barcellona. Tali rischi decrescono al crescere della settimana di gestazione, e sono massimi nella seconda metà del secondo semestre, di fatto confermando l'associazione tra queste esposizioni e il rischio di nascita pretermine. Questi risultati, insieme alle altre evidenze emerse negli ultimi 10 anni in letteratura dovrebbero essere considerate da chi opera in sanità pubblica per disegnare ed implementare misure di prevenzione mirate.

p.schifano@deplazio.it

183 - poster

Impatto sull'incidenza e la mortalità per cancro del colon retto del programma di screening colorettale nell'ULSS 4 "AltoVicentino"

Alessandra Dal Zotto[(1)], Flavio Banovich[(1)], Franco Bassan[(1)], Giuseppe Borin[(1)], Stefano Rigon[(1)], Roberto Toffanin[(1)], Stefano Guzzinati[(2)], Manuel Zorzi[(2)], Ugo Fedeli[(3)]

[(1)]Azienda ULSS 4 Altovicentino, Thiene (VI); [(2)]Registro Tumori del Veneto, Regione Veneto, Padova; [(3)]Sistema Epidemiologico Regionale – SER, Regione Veneto, Padova

Introduzione E' stato dimostrato che i programmi di screening colorettale riducono sia l'incidenza sia la mortalità da carcinoma colorettale (CCR). Questo studio ha valutato l'impatto di un programma di screening sui tassi di incidenza e mortalità nella popolazione target e nella coorte degli aderenti allo screening confrontata con quella dei non aderenti.

Metodi A fine 2004 nell'Azienda ULSS 4 AltoVicentino è stato avviato un programma di screening basato sulla ricerca del sangue occulto fecale, proposto con cadenza biennale ai circa 45.000 residenti di età 50-69 anni. Sono stati calcolati i tassi di incidenza e mortalità causa-specifici nella popolazione residente e i relativi APC (Annual Percent Change, con IC95%). Sono state costituite una coorte degli aderenti ed una dei non aderenti allo screening, che sono state confrontate per incidenza e incidence based mortality, con valutazione dei tassi cumulativi con metodo di Kaplan-Meier e stima degli Hazard Ratio (HR) con IC95% con il modello di Cox (Cox proportional hazard model).

Risultati Dal 2005 al 2012 il tasso di incidenza di CCR nei residenti 50-69enni si è ridotto da 125,2 per 100.000 a 63,6 per 100.000, con una riduzione annuale media superiore all'8% (APC -8,5; IC95% da -13,3 a -3,4). I tassi di mortalità nei residenti 50-74enni sono scesi da 52,6 x 100.000 nel 2001 a 30,7 x 100.000 nel 2012 (APC -2,53; IC95% da -5,67 a 0,72). Lo studio di coorte ha riguardato 61.820 soggetti, con un follow up medio di 5,6 anni. Negli aderenti allo screening l'incidenza ha mostrato un picco iniziale seguito da un calo, con valori inferiori ai non aderenti a partire dal 3° anno di screening. L'incidenza cumulativa negli aderenti è superiore a quella nei non aderenti fino al 6° anno di screening, poi le curve si incrociano con valori più elevati in questi ultimi. Il modello di Cox evidenzia un eccesso del 28% del rischio di diagnosi di CCR nella coorte degli aderenti (HR 1,28; IC95% 0,98-1,68). L'incidence based mortality mostra valori sovrapponibili tra le due coorti fino al secondo anno di follow-up, a cui fa seguito una forbice che si allarga progressivamente, con valori superiori tra i non aderenti, che registrano un rischio di decesso triplicato rispetto agli aderenti (HR 2,99; IC95% 1,83-4,87).

Conclusioni Nell'arco di 8 anni dall'avvio del programma di screening si è osservato un dimezzamento dei tassi di incidenza e ad una progressiva riduzione della mortalità. Il trend in riduzione di entrambi gli indicatori non era ancora stabilizzato a fine studio, per cui è possibile che l'impatto dello screening sia ancora maggiore rispetto a quello osservato. Questo risultato è riconducibile almeno a tre fattori: l'estensione degli inviti ottimale, che raggiunge costantemente tutta la popolazione target; l'adesione all'invito estremamente elevata (mai scesa sotto il 75% degli invitati); l'utilizzo di un test immunologico, che ha una performance nettamente superiore rispetto al guaiaco utilizzato nei trial storici.

manuel.zorzi@regione.veneto.it

184 - poster

Uso di farmaci antidiabetici tra le donne, prima, durante e dopo la gravidanza: risultati del progetto EUROmediCAT

Pierini Anna[1], Gini Rosa[2], Neville Amanda Julie[3], Puccini Aurora[4], Giusti Angela[5], Maggini Marina[5]

[1]Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Unità di Epidemiologia Ambientale e Registri di Patologia, Pisa; [2]Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze; [3]Azienda Ospedaliera di Ferrara - Centro di Epidemiologia, Università di Ferrara; [4]Servizio Politica del Farmaco, Regione Emilia Romagna; [5]Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità

Introduzione Nell'ambito del progetto FP7 EUROmediCAT "Safety of medication use in pregnancy" (www.euromedicat.eu) sono stati approfonditi l'uso e la sicurezza dei farmaci in gravidanza, nel loro complesso e per quattro classi specifiche, tra cui i farmaci antidiabetici. L'interesse per questi farmaci è dovuto all'aumento della prevalenza del diabete tra le donne in età fertile, cui si aggiunge il diabete gestazionale che insorge nel 2-10% delle gravidanze in Europa, e al rischio di complicazioni ed esiti avversi della gravidanza, nel caso di diabete non diagnosticato o non controllato.

Obiettivi Stimare la prevalenza dell'uso di farmaci antidiabetici tra le donne, prima, durante e dopo la gravidanza.

Metodi Sono stati analizzati sette database sanitari in Danimarca, Norvegia, Olanda, Italia (Emilia Romagna e Toscana), Galles e resto del Regno Unito. Sono stati identificati tutti i parti che si sono verificati nel periodo 2004-2010 e tutte le prescrizioni di farmaci antidiabetici, dispensate o emesse (solo per UK), nel periodo compreso tra l'anno precedente ed il successivo alla gravidanza.

Risultati Nel periodo 2004-2010, su 1.082.673 nati (vivi o morti), è stata osservata una prevalenza di prescrizioni di antidiabetici nell'anno precedente alla gravidanza compresa tra 0,27% (IC95% 0,25-0,30) in Toscana e 0,45% (IC95% 0,43-0,47) in Norvegia. Essa risulta in aumento nel periodo in studio per tutti i paesi. Durante la gravidanza le prescrizioni raggiungono un picco durante il terzo trimestre, con il maggiore aumento riscontrato per la Toscana (+722%) ed una prevalenza di prescrizioni tripla rispetto alle altre regioni (2,2%). In Emilia Romagna l'incremento osservato è più ridotto (+232%) e la prevalenza pari a 1,0%. In Toscana, nonostante l'elevata prevalenza di prescrizioni alla fine della gravidanza, dopo la nascita la prevalenza diminuisce fino a raggiungere valori simili a quelli osservati prima della gravidanza.

Conclusioni Mentre alcune variazioni delle prescrizioni in gravidanza osservate tra i database potrebbero riflettere reali differenze nella prevalenza del diabete, le differenze osservate in Italia sono probabilmente dovute alle diverse politiche di screening adottate nelle due regioni nel periodo di studio: screening gratuito con curva da carico di glucosio offerto a tutte le donne toscane tra la 24a-28a settimana, screening offerto solo alle donne a rischio in Emilia Romagna. La prevalenza di prescrizione dopo la gravidanza osservata in Toscana non è diversa da quella relativa al periodo prima della gravidanza, evidenziando che lo screening ha identificato pochi nuovi casi di diabete. I risultati conseguiti rappresentano uno stimolo per intraprendere uno studio comparativo tra diverse regioni italiane sulle politiche di screening del diabete gestazionale, sull'impatto che queste hanno sull'uso di farmaci antidiabetici in gravidanza, e sulle conseguenze a breve e medio termine sulla salute delle madri e dei bambini.

apier@ifc.cnr.it

186 - orale

Rischio di ospedalizzazione successiva alla prima dialisi nel Lazio: differenze per titolo di studio, età e genere.

Claudia Marino, Nera Agabiti, Anna Maria Bargagli, Laura Cacciani, Salvatore Di Giulio°, Anteo Di Napoli^, Marina Davoli

Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio, Roma; °Dipartimento di Nefrologia, Ospedale S.Camillo Forlanini, Roma ^Comitato Scientifico Registro Nazionale Dialisi e Trapianto

Introduzione I pazienti in emodialisi cronica hanno un alto rischio di ospedalizzazione dovuta a età elevata e comorbidità. La loro ospedalizzazione, in particolare per malattie del sistema circolatorio, è una misura utilizzata come proxy di qualità delle cure. Studi che valutino le disuguaglianze negli esiti delle cure tra i dializzati sono limitati.

Obiettivi Stimare l'occorrenza di primi ricoveri per cause cardiache in una coorte di pazienti incidenti per emodialisi cronica nel Lazio e valutare l'effetto di titolo di studio, età e genere.

Metodi Dal Registro Regionale Dialisi e Trapianto del Lazio (RRDTL) è stata estratta una coorte di pazienti incidenti per emodialisi (anni 2009-2012), età 35+ anni, residenti. Tramite record-linkage, è stata valutata la residenza in base alle informazioni dell'anagrafe assistiti, sono state desunte informazioni sull'ospedalizzazione dal Sistema Informativo Ospedaliero e quelle relative al decesso dal Registro Nominativo Cause di Morte. Per ogni paziente della coorte è stato effettuato il follow-up dalla data di prima emodialisi al 31/12/2014 (minimo di 2 anni). Sono stati calcolati i tassi di primo ricovero in regime ordinario per malattie del sistema circolatorio (ICD9CM 390-459 diagnosi principale). E' stata calcolata la probabilità cumulativa di primo ricovero applicando il metodo di Kaplan-Meier. E' stato utilizzata la regressione di Cox per stimare l'associazione di titolo di studio, età e genere e l'esito in studio, aggiustando per variabili identificate da letteratura (comorbidità, ematocrito, albuminemia, positività per epatite C, livello di autosufficienza), previa verifica di assenza di interazione.

Risultati Sono stati arruolati 2919 pazienti, 36% donne, età media 70 anni; il 40% ha al più la licenza elementare, il 95% almeno una comorbidità. La proporzione di pazienti con un ricovero per cause cardiache è del 38%(IC95% 35-41), il tasso è 16,8*100 anni persona (IC95% 15,8-17,8). Il 5% dei ricoveri si osservano entro i 30 giorni e il 50% dopo 4 anni e 9 mesi. L'età risulta associata in maniera significativa all'esito in studio; persa come riferimento la classe di età inferiore (35-49 anni) si osserva un trend crescente dell'HR che va da 1,8 (50-64anni) a 2,3 (85+anni). Non si evidenziano associazioni significative né per il genere né per il titolo di studio. I fattori individuali che risultano associati in maniera significativa con l'esito sono: diabete (HR 1,2), cardiopatia (HR 1,7), malattie vascolari periferiche (HR 1,4) e non autosufficienza (HR 1,2).

Conclusioni Lo studio dimostra l'utilità dell'uso integrato di registri, quale il RRDTL, con gli archivi dei sistemi informativi sanitari per la costruzione di misure di qualità dell'assistenza. La popolazione in dialisi cronica è particolarmente vulnerabile. Conoscere i fattori individuali e di sistema correlati con l'eccesso di rischio è utile a promuovere interventi finalizzati a ridurre ospedalizzazioni e costi.

c.marino@deplazio.it

187 - orale

Effetti delle temperature sui ricoveri ospedalieri per cause specifiche in 16 città italiane

Stefano Zauli Sajani[a], Simone Giannini[a], Matteo Scortichini[b], Francesca de'Donato[b], Michela Leone[b], Manuela De Sario[b], Paola Michelozzi[b], Paolo Lauriola[a], Gruppo collaborativo CLIMA

[a] Agenzia regionale prevenzione e ambiente dell'Emilia-Romagna, Direzione tecnica, Centro tematico regionale ambiente e salute, Modena; [b] Dipartimento di epidemiologia SSR Lazio - ASL RME, Roma

Introduzione La relazione fra temperatura ed eventi avversi per la salute è stata indagata in diverse aree climatiche. Nelle regioni temperate sono stati evidenziati incrementi di mortalità sia per le alte che per le basse temperature.

Obiettivi L'obiettivo di questo studio è valutare gli effetti della temperatura sul rischio di ospedalizzazione in 16 città italiane per il periodo 2006-2010.

Metodi Sono stati considerati i ricoveri urgenti sia per l'insieme delle cause naturali sia per patologie del sistema respiratorio e cardiovascolare. La relazione tra ricoveri e temperatura è stata analizzata a livello città-specifico utilizzando un modello non lineare a lag distribuiti (DLNM). L'analisi è basata su funzioni cross-basis definite da una B-spline quadratica per la temperatura media giornaliera e da una spline cubica naturale per i lag. È stata impostata una finestra temporale massima di 15 giorni per catturare l'effetto cumulato della temperatura e per indagare l'effetto dell'harvesting. Le stime città-specifiche sono state successivamente combinate, adottando metodi di metanalisi ad effetti casuali al fine di ottenere stime sia a scala nazionale che per aree geografiche. Per gli effetti del caldo è stato calcolato il rischio relativo associato al 95° percentile rispetto al 90°, mentre per quelli del freddo sono stati considerati il 5° e il 10° percentile.

Risultati Le metanalisi causa-specifiche hanno evidenziato un incremento dei ricoveri urgenti per patologie respiratorie sia per le alte che per le basse temperature. Relativamente a queste cause gli effetti cumulati, espressi come incrementi percentuali, sono risultati pari a 5.7% (95% CI: 4.1% - 7.5%) per il caldo e a 2.9% (95% CI: 1.5% - 4.3%) per il freddo. All'interno delle patologie respiratorie, le stime più elevate sono state ottenute per le bronchiti, con incrementi, per il caldo, pari a 14.2% (95% CI: 3.1% - 26.5%) e, per il freddo, a 5.2% (95% CI: 0.1% - 10.5%). L'analisi per aree geografiche non ha mostrato differenze rilevanti tra nord, centro e sud. Solo per le patologie respiratorie, gli incrementi di rischio sono risultati più marcati nel settentrione in corrispondenza ai valori più estremi di temperatura (soprattutto per le alte temperature). Il fenomeno dell'harvesting è emerso in maniera particolarmente evidente per le patologie cardiovascolari, e in forma più ridotta per le patologie respiratorie.

Conclusioni L'effetto più rilevante della temperatura è stato riscontrato per le patologie respiratorie mentre effetti più limitati sono stati osservati per le patologie cardiovascolari e per l'insieme delle patologie naturali. Incrementi di rischio più elevati, sia per il caldo che per il freddo, sono stati identificati nelle regioni settentrionali.

szauli@arpa.emr.it

188 - orale

Incidenza e variabilità tra settori di ricovero delle Emorragie Post-Parto presso l'Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna di Torino: uno studio retrospettivo Caso-Controllo.

Zarovska Adriana[1], Massarotto Valeria[2], Castiglione Anna[1], Ciccone Giovannino[1], Evangelista Andrea[1], Poppa Giuseppina[2], Lombardo Pietro[2]

[1] SC Epidemiologia dei Tumori U, SSCVD Epidemiologia clinica e valutativa, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, CPO-Piemonte e Università degli Studi di Torino; [2] Ospedale Ostetrico Ginecologico S.Anna, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

INTRODUZIONE L'Emorragia Post Parto (EPP), che in Europa ha un'incidenza tra 1.7% e 5.5%, rappresenta la principale causa di mortalità materna ed è considerato un importante indicatore della qualità dell'assistenza materno-infantile. In conseguenza di una serie di casi di EPP verificatisi nel 2011 presso l'Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna di Torino (OSA) è stato condotto un Audit Clinico per valutare l'incidenza delle EPP e la sua variabilità all'interno dei settori di ricovero.

OBIETTIVI Stimare l'incidenza delle EPP presso l'OSA nel 2011. Valutare i rischi di EPP a livello di settore di ricovero tenendo conto dei fattori di rischio materni, prenatali e intraparto.

METODI E' stato condotto uno studio caso-controllo su base ospedaliera selezionando i casi e i controlli tra i parti avvenuti nell'OSA nel 2011. In base ai dati del Centro Trasfusionale sono stati identificati come casi tutte le madri per le quali è stata necessaria la trasfusione di almeno una sacca di emazie al parto o al puerperio. I controlli sono stati selezionati in rapporto 2:1 con campionamento casuale semplice tra le partorienti che non hanno necessitato di trasfusione di emazie nello stesso periodo. I fattori di rischio (prenatali e intraparto) per EEP sono stati individuati mediante una rassegna della letteratura e rilevati nei casi e nei controlli attraverso la consultazione delle cartelle cliniche. Per ciascuno dei 6 settori di ricovero dell'OSA, organizzati su 3 livelli di intensità di cura (1 bassa, 4 media, 1 alta), sono stati calcolati i rapporti tra il numero dei casi osservati e quelli attesi (SMR) tenendo conto dei fattori di rischio di EPP, utilizzando le probabilità predette di un modello di regressione logistica che includeva tra le variabili indipendenti i principali fattori individuati dalla rassegna di letteratura e rilevabili dalle cartelle cliniche.

RISULTATI Su un totale di 7613 parti nel 2011 sono stati identificati 110 casi (incidenza di EPP: 1.44%, IC95% 1.19 – 1.74) e campionati 228 controlli. Rispetto ai casi attesi nella popolazione in studio di 338 soggetti, nel settore a bassa intensità i casi di EPP sono risultati significativamente inferiori (11/21, SMR 0.52, IC95% 0.21-0.83) a differenza del settore a più elevata intensità che ha evidenziato una proporzione di casi significativamente più elevata (28/14, SMR 2.05, IC95% 1.28-2.81). Tenendo conto dei fattori di rischio delle EPP ed utilizzando le probabilità predette dal modello di regressione logistica per il calcolo degli attesi, nessun settore di ricovero ha mostrato un numero di casi significativamente più elevato rispetto agli attesi, con un SMR di 0.75 (IC95% 0.30-1.19) e 1.23 (IC95% 0.77-1.68) per i settori a bassa ed alta intensità di cura, rispettivamente.

CONCLUSIONI Lo studio ha dimostrato un'incidenza di EPP nella media e non ha mostrato importanti variabilità tra i settori di ricovero dopo aggiustamento per i principali fattori di rischio.

adriana-zarovska@hotmail.com

189 - orale

GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI AFFETTI DA BPCO (PDTA) - IL MODELLO NELLA ASL RME E LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA

Anna Roberti, Emanuela Biazzo, Maria Teresa Miceli, Donatella Biliotti, Giulio De Gregorio, Duilio Dainotto, Maria Luisa Agneni, Anna Zoppegno, Paolo Antonucci, Nera Agabiti[§], Silvia Cascini[§], Marina Davoli[§], Mauro Goletti per il Gruppo di Lavoro PDTA BPCO ASL RME

Azienda Sanitaria Locale ASL RME; [§]Dipartimento di Epidemiologia Servizio Sanitario Regionale Lazio

Introduzione L'evidenza scientifica sull'efficacia dell'implementazione di percorsi di gestione integrata per le patologie croniche (PDTA), in particolare per la BPCO, non è conclusiva.

Obiettivo Stimare l'impatto del PDTA BPCO nella ASL RME in termini di a) uso delle risorse, b) esiti clinici tra i per i pazienti BPCO residenti nella ASL RME beneficiari dell'intervento e c) gradimento dell'intervento da parte dei MMG e degli infermieri.

Metodi Disegno: studio osservazionale di coorte con valutazione "prima-dopo". Partecipano allo studio 1283 pazienti arruolati nel PDTA da parte dei 75 MMG nella ASL RME (4 distretti) identificati sulla base dei Sistemi Informativi Sanitari (algoritmo standardizzato che utilizza sia il SIO sia il FARM al 31/12/2012). Validati dagli stessi MMG, i pazienti sono stati stadiati secondo la classificazione GOLD. Si definisce "intervento" l'insieme della attività di formazione e di audit nell'ambito del PDTA, coordinate dai Distretti, che hanno coinvolto i MMG partecipanti nel periodo tra il 01/01/2013 e il 30/06/2014. Sono stati calcolati diversi indicatori di esito applicando procedure standardizzate di record linkage tra la popolazione arruolata ed i Sistemi Informativi Sanitari (ospedaliero, farmaceutica, specialistica, emergenza). Sono state confrontate le misure di esito tra l'ultimo semestre 2012 (prima dell'intervento) e l'ultimo semestre 2013 (dopo l'intervento). E' stata inoltre effettuata l'analisi di regressione segmentata delle serie storiche interrotte (valori mensili). E' stata eseguita una valutazione qualitativa della soddisfazione dei MMG e degli infermieri sulla base dei questionari ad hoc.

Risultati Il confronto del periodo "prima" con il "dopo" ha mostrato: un aumento delle prescrizioni farmaceutiche raccomandate nelle Linee Guida (es: LABA/ICS da 42% a 52% nel Distretto XIX), una maggiore frequenza di visite pneumologiche (da 8,5% a 15,1%) e di spirometrie (da 11,9% a 16,9%), una leggera diminuzione dei ricoveri ospedalieri soprattutto nel confronto tra ultimo semestre 2012 e primo semestre 2014 (tasso da 15,5% a 13,5%). Si osserva una discreta disomogeneità tra i 4 distretti nei diversi indicatori. L'esame delle risposte ai questionari ai MMG ed agli infermieri su vari aspetti del percorso e delle procedure ha rivelato una valutazione "soddisfacente/ buona" per la maggior parte degli items.

Conclusioni Il PDTA sperimentato nella ASL RME si è rivelato un valido modello di gestione assistenziale. Strumenti come la formazione inter-professionale, l'audit clinico con discussione critica sulle proprie performance, il monitoraggio attivo e l'intervento dedicato degli infermieri hanno aumentato la consapevolezza tra i MMG della necessità di maggiore accuratezza della diagnosi, favorito l'appropriatezza terapeutica secondo linee guida, ottenuto incoraggianti risultati in termini di esiti clinici e posto le basi per la futura strutturazione "a sistema" della gestione integrata ospedale-territorio.

n.agabiti@deplazio.it

191 - poster

L'integrazione dei principali flussi informativi sanitari: un esperienza in Regione Calabria.

Salvatore Lopresti, Giuseppe Andrea De Biase.

Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro.

Introduzione: L' opportunità di disporre di contenuti informativi originati da una vista integrata, seppur intesa come punto di partenza, rappresenta la fase di avvio per lo sviluppo e il consolidamento di processi strutturati di controllo e monitoraggio, a supporto della Programmazione Sanitaria, basati sull'applicazione di metodiche di classificazione della popolazione anche per patologie croniche e sulla valutazione analitica dell'assorbimento di risorse, e orientati all'analisi del percorso di assistenza.

Obiettivi: Lo studio ha l'obbiettivo di realizzare una base dati sperimentale utilizzando i principali flussi informativi sanitari quale strumento operativo di supporto alle analisi epidemiologiche della popolazione e alla programmazione sanitaria.

Metodi: Sono stati utilizzati modelli di feature selection e di integrazione delle fonti informative, attraverso tecniche di record linkage deterministico.

L'approccio metodologico considera le informazioni sull'assistenza erogata dal SSR all'utente attraverso la quantificazione del consumo di prestazioni prodotte in termini di output, classificandolo in relazione alla tipologia di popolazione osservata su differenti piani di aggregazione. Questi sono caratterizzati da elementi di natura anagrafica e da elementi di natura sanitaria che i punti di erogazione (assistenza ospedaliera/territoriale) trasferiscono al Sistema Informativo Regionale, attraverso l'alimentazione delle fonti informative.

Risultati: L'insieme di popolazione prodotto dall'operazione di record linkage tra l'Anagrafe Regionale Scelte e Revoche e l'Anagrafe del Sistema Tessera Sanitaria, anno 2012, rileva un volume di popolazione residente pari a 2.005.713 a fronte di una popolazione ISTAT regionale di 1.958.418. L'integrazione con i Flussi Informativi Sanitari (Schede di Dimissione Ospedaliera, Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali e Farmaceutica Territoriale) comporta un incremento della popolazione di riferimento dettato dal reclutamento di codici individuali registrati come residenti nei flussi di prestazioni sanitarie, ma privi di riscontro nella fonte integrata dell'Anagrafe. La popolazione rilevata risulta per circa il 25% affetta da patologia cronica, il 50% non cronica/con consumo di prestazioni sanitarie e il 25% senza prestazioni sanitarie. Il 47% delle cronicità afferiscono alla classe "07 Cardiovasculopatia".

Conclusioni: Le fonti informative rappresentano il punto di partenza per lo sviluppo di modelli di integrazione dell'informazione finalizzati alla generazione di processi basati sull'applicazione di algoritmi specifici (health care tracers) per lo studio della popolazione non solo nelle sue caratteristiche demografiche, ma anche in quelle cliniche (Chronic Diseases).

I risultati rappresentano un primo tentativo di osservazione che deve tener conto del progressivo consolidamento di un processo di miglioramento della qualità e della completezza del dato trattato.

giuseppe.debiase@regcal.it

192 - poster

Mobilità passiva e inappropriatezza in sanità. Una ricerca nella Regione Calabria

Lopresti S, De Biase G A.

Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro.

Introduzione: La mobilità sanitaria è un diritto dei cittadini che possono rivolgersi a qualsiasi struttura, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta ai propri bisogni. Spesso produce inappropriatezza e fa aumentare i costi senza modificare la qualità dell'assistenza.Obiettivi:

La **finalità** del presente lavoro è l'approfondimento del fenomeno della mobilità passiva ospedaliera dei cittadini residenti in Calabria nell'anno 2011 e l'analisi dei casi di inappropriatezza.

Metodi: L'analisi condotta ha utilizzato esclusivamente la base di dati dei ricoveri ospedalieri e in day Hospital (Flusso A) erogati, in altre regioni, a cittadini residenti in Calabria nell'anno 2011. Per l'analisi dell'attività di ricovero inappropriata sono stati calcolati gli indicatori di potenziale inappropriatezza secondo alcuni dei criteri di calcolo previsti negli allegati della TUC. Il record-linkage tra SDO e matrice delle distanze è stato effettuato sulla base del codice ISTAT assegnato a ciascun comune, mentre delle strutture si è considerato il codice a 6 cifre.

Risultati: Il numero totale dei ricoveri effettuati in strutture sanitarie extraregionali, in favore di cittadini calabresi, nell'anno 2011 è stato pari a 61.627, con una riduzione di circa il 3% rispetto all'anno precedente. Il corrispondente importo richiesto è stato di € 210.114.838,39 (-2% rispetto all'anno precedente) con un addebito medio per abitante pari ad € 105,45. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è risultato pari a 30.45 (per 1.000 abitanti), il peso medio dei ricoveri risulta pari a 1,099 e l'addebito medio per ricovero pari a € 3.406,41. La quota dei DRG chirurgici sul totale ricoveri è di oltre il 45%. Il maggior numero di ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale dei ricoveri eseguiti all'interno di ciascuna Regione di destinazione sono stati effettuati nell'ACISMOM (59,26%), seguono ABRUZZO (51,34%), UMBRIA (48,14%), BOLZANO (47%), il BAMBIN GESU' (46,02%). Nell'analisi dei DRG "maldefiniti" si è riscontrata la presenza di una struttura campana nella quale sono state effettuate 145 prestazioni sanitarie relative al DRG "maldefinito" 424 (Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale) con un addebito di oltre un milione di euro.

Conclusioni: Dalle analisi effettuate si evidenziano alcune anomalie nell'appropriatezza di alcune prestazioni eseguite in determinate strutture di alcune regioni. Tali situazioni possono essere oggetto di confronto nell'ambito degli accordi bilaterali con le regioni interessate, al fine di ridurre eventuali comportamenti opportunistici. Risulterà, inoltre, opportuno monitorare negli anni successivi tali criticità così da verificare se le stesse risultano permanenti nel tempo.

giuseppe.debiase@regcal.it

193 - poster

La sorveglianza delle malformazioni congenite in Regione Calabria

Giuseppe Andrea De Biase[a], Dario Macchioni[a], Anna Domenica Mignuoli[a], Michele Grandolfo[b], Salvatore Lopresti[a]

[a]Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro; [b] Istituto Superiore di Sanità

Introduzione: Le anomalie congenite sono errori della morfogenesi, determinati in parte da fattori genetici. L'esposizione della madre e del feto a fattori teratogeni noti (infettivi, fisici, chimici, patologie materne) causa circa il 9-10% dei difetti, mentre il 65% ha un'eziologia non nota. Le malformazioni congenite, considerate singolarmente, sono di solito rare, ma la loro prevalenza complessiva alla nascita (diagnosticati entro la prima settimana di vita) è circa del 2-3%. La loro frequenza varia da un caso su circa 150-200 nati per le cardiopatie congenite complessivamente considerate a un caso ogni circa 11.000-12.000 nati per la gastroschisi. Nel loro insieme sono numericamente importanti, interessando circa il 5-6% dei bambini entro l'anno di vita.

Obiettivi: Questo studio ha lo scopo di migliorare le conoscenze sulle malformazioni congenite in Regione Calabria nell'anno 2013 attraverso lo sviluppo di un procedimento formale per collegare e integrare i flussi correnti SDO e CeDAP con il registro regionale delle malformazioni congenite (RRMC) per valorizzare diverse fonti informative e creare un unico database.

Metodi: E' stato costruito un algoritmo che esegue inizialmente un'operazione di ricerca e identificazione dei casi malformati a partire dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera e successivamente verifica la presenza dei casi individuati anche nei flussi del Certificato di assistenza al parto CeDAP e Registro Regionale delle Malformazioni Congenite RRMC.

Risultati: L'integrazione del flusso del Registro Regionale delle Malformazioni Congenite (RRMC) con le schede di dimissione ospedaliere (SDO) e con il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP), ha permesso di ottenere la completa copertura dei punti nascita della Regione Calabria, per un totale di 16.282 nati sorvegliati.

La natimortalità registrata tra i nati sorvegliati è risultata pari al 4,3 per 1.000.

I casi con almeno un codice ICD-9-CM compreso nell'intervallo 740-759 nelle Schede di Dimissione Ospedaliera sono stati 1.307, sono stati esclusi i casi ritenuti "minori" in accordo con le indicazioni del registro europeo EUROCAT. Sono stati rilevati 81 casi con malformazione nel flusso CeDAP e 215 nel registro RRMC. I diversi flussi hanno contribuito alla costruzione del registro regionale integrato di malformati. I casi con malformazioni congenite "accertati", nei diversi flussi sono stati 449 (250 maschi e 199 femmine) con una prevalenza alla nascita pari al 27,6 per 1.000.

Conclusioni: L'accertamento multiplo dei casi di malformazione è necessario perché le informazioni dei singoli flussi (SDO e CeDAP) non possono identificare tutti casi. I sistemi di registrazione e sorveglianza, per essere completi devono integrarsi con le altre realtà epidemiologiche esistenti (flussi correnti).

giuseppe.debiase@regcal.it

194 - poster

Programmi di screening del cervico-carcinoma: un' indagine "SWOT" nella Regione Calabria.

Giuseppe Andrea De Biase[a], Carmela Bianchi[b], Domenico Gullà[a] e Filomena Zappia[c].

[a]Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie, Regione Calabria, Catanzaro, [b]Azienda sanitaria provinciale di Cosenza; [c] Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria.

Introduzione: Gli screening oncologici, costituiscono un "profilo assistenziale complesso", basato su evidenze scientifiche. Coinvolgono un elevato numero di professionalità e diverse strutture che devono integrarsi al fine di raggiungere gli obiettivi di salute preposti.

Il cancro della cervice uterina è un tumore della sfera genitale femminile il cui impatto si è drasticamente ridotto, grazie alla prevenzione attuata dall'uso del Pap-test nei programmi di screening. L'adesione ai programmi di screening mediante Pap test per la diagnosi precoce del cervico-carcinoma, nonostante l'inserimento nei LEA, risulta, in Calabria, inferiore alla media nazionale (ONS, sorveglianza PASSI).

Obiettivi: Al fine di conoscere le opinioni degli operatori sanitari variamente interessati agli screening, sulle ragioni della bassa adesione, è stata effettuata un'analisi SWOT.

Metodi: Tale analisi costituisce uno strumento semplice ed efficace di pianificazione strategica, che evidenzia i principali fattori interni (forza e debolezza) ed esterni (opportunità e minacce) al contesto di analisi. Sono state riportate e sintetizzate tutte le opinioni espresse da diversi operatori sanitari con differenti competenze professionali nell'ambito del SSR. Le informazioni raccolte sono state rappresentate attraverso una mappa mentale che ha consentito di aggregare tutti i concetti e di elaborare delle raccomandazioni finali. In seguito, sono stati categorizzati in unità di informazione tutte le riflessioni comuni e sintetizzati in un'unica SWOT.

Risultati: L'indagine evidenzia che lo screening organizzato in Calabria è attivo e ben regolamentato e che i centri di riferimento aziendali sono dotati di un efficiente software gestionale. Gli stakeholders segnalano una carenza di sensibilità nei management aziendali che, a dispetto del fatto che la diagnosi precoce del cervico-carcinoma sia una LEA, non sembrano assumere atteggiamenti consequenziali, consentendo una carenza di risorse umane e finanziarie dedicate agli screening e una inadeguatezza delle strutture erogatrici, accentuate dalle limitazioni imposte dal piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria. Le maggiori criticità sono rappresentate dalla carenza di risorse umane e finanziarie e dalla scarsa attenzione del management aziendale e degli operatori sanitari nei confronti della prevenzione dei tumori femminili.

Conclusioni: Nella prospettiva di un necessario miglioramento del sistema regionale di screening, sarebbe opportuno attivare strategie di promozione e comunicazione più efficaci, finalizzate ad aumentare nelle donne la conoscenza e a promuovere cambiamenti nei loro comportamenti, superando possibili fattori culturali ostacolanti (credenze, tabù, opinioni) e favorendo il ricorso consapevole agli screening raccomandati (in luogo dei troppo usati screening volontari).

giuseppe.debiase@regcal.it

195 - orale

"STUDIO MULTICENTRICO ITALIANO SULL'INTERAZIONE GENI-AMBIENTE NELL'EZIOLOGIA DEI LINFOMI: ATTIVAZIONE DEL RECETTORE ARILICO (AhR) COME BIOMARCATORE DELL'ESPOSIZIONE ALLA TCCD"

Sanna S[1], Ennas MG[1], Zucca M[1], Padoan M[2], Gambelunghe A[4], Scarpa A[5], Ferri GM[6], Miligi L[7], Di Lollo S[8], Muzi G[4], Magnani C[2,3], Campagna M[9], Cocco PL[9]

[1]Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Citomorfologia, Università degli Studi di Cagliari; [2]Unità di Statistica Medica e SCDU Epidemiologia dei Tumori, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Alessandria, Novara, Vercelli e CPO-Piemonte, Novara; [3]Unità di Epidemiologia dei Tumori, CeRMS e CPO-Piemonte, Università di Torino; [4]Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Perugia; [5]Direttore del Dipartimento di Patologia e Diagnostica, Università degli Studi di Verona; [6]Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Bari; [7]Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, ISPO Firenze; [8]Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale (DCMT), Università degli Studi di Firenze; [9]Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Sezione di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Cagliari

Introduzione: Numerosi studi hanno evidenziato l'associazione di alcune forme tumorali e linfomi non Hodgkin, con l'esposizione a 2,3,7,8 TCDD (tetrachlorodibenzo-p-dioxin) e policlorobifenili (PCB) coplanari.

Obiettivi: L'esposizione a diossine, un noto fattore di rischio per linfomi, è uno dei principali eventi capaci di attivare il recettore arilico (AhR). Obiettivo di questo studio è l'esame dell'attivazione AhR in relazione al rischio di linfomi, ed in particolare di linfomi a cellule B, nell'ambito dello studio multicentrico Italiano sull'interazione geni-ambiente nell'eziologia dei linfomi.

Metodi: Il siero dei casi e controlli partecipanti allo studio, potenzialmente portatore del contaminante in grado di legare il recettore AhR, è esposto al contatto con cellule HepG2, transfettate con specifici sistemi reporter contenenti la sequenza DRE specifica per la sua attivazione a monte del gene reporter della luciferasi. Il legame tra i contaminati ed il recettore AhR causa la trascrizione di geni implicati nella detossificazione di xenobiotici e l'attivazione del gene della luciferasi. L'intensità di luce generata viene valutata tramite saggio luminometrico Dual-Luciferase Assay ed è direttamente proporzionale alla concentrazione e potenza dello xenobiotico inducente (TCDD e/o altri agenti AhR induttori).

Risultati: Al momento attuale, sono stati valutati i sieri di 304 casi e di 174 controlli. I risultati preliminari hanno dimostrato una prevalenza di attivazione AhR nel 25,7% casi e nel 20,1% dei controlli (chi quadrato = 1,88; p 0 0,17). I restanti risultati saranno presentati in sede congressuale.

Conclusioni: Indipendentemente dall'induttore specifico, il test permette di valutare in maniera economica il ruolo dell'attivazione del recettore AhR nel processo di linfomagenesi. Il dosaggio della TCDD, quale possibile causa dell'attivazione AhR potrà essere applicato solo ai sieri risultati positivi, mediante gas- cromatografia accoppiata a spettrometria di massa ad alta risoluzione GC-MS con una notevole riduzione dei costi.

soni.sa@hotmail.it

196 - orale

Un piano di sorveglianza nella "Food Valley" prodotti agro-zootecnici in aree potenzialmente esposte, prima e dopo la messa in esercizio del nuovo impianto per l'incenerimento dei rifiuti di Parma.

Gaia Fallani*, Alessandra Rampini**, Elisa Mariani*, Rosanna Giordano*, Maurizio Impallomeni*

*Azienda Unità Sanitaria Locale, Dipartimento di Sanità Pubblica, via Vasari 13/A, Parma; **Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Scienze Biomediche Biotecnologiche e Traslazionali, via Volturno 39, Parma

Introduzione. Il nuovo impianto di incenerimento dei rifiuti di Parma è stato avviato in esercizio provvisorio il 30 aprile 2013 e in esercizio definitivo il 30 agosto 2013. Già in fase autorizzativa (VIA/AIA) le prescrizioni imponevano il monitoraggio della salute e della qualità ambientale delle produzioni agricole tipiche. Considerati i dati riportati nella VIA era plausibile ipotizzare un contributo non significativo dell'inceneritore alla concentrazione di inquinanti, particolarmente in matrici provenienti da una zona già fortemente antropizzata; tuttavia è importante ricordare che nella zona sono presenti note filiere di produzione quali Parmigiano, conserve e prodotti tipici locali.

Obiettivi. Lo scopo del monitoraggio qui presentato è stato quello di indagare la qualità di alcune matrici agro-zootecniche, relativamente alla concentrazione di inquinanti organoclorurati e metalli a partire dal periodo immediatamente precedente alla messa in esercizio dell'impianto di incenerimento, proseguendo la sorveglianza nella fase post operam.

Metodi. È stato costruito un modello di deposizione sulla base del quale è stato possibile identificare l'area di presunto maggior impatto e le aree ove l'impatto è da considerarsi trascurabile. Sono state quindi selezionate un numero sufficiente di aziende collocate in entrambe le aree e, a partire dall'anno 2011, sono stati prelevati campioni di fieno, latte vaccino, pomodoro, frumento e cucurbitacee. Nelle matrici sono stati ricercati diossine, furani, poli cloro bifenili e vari metalli (Pb, Cr, Cd, Cu, Ni, Mn, Zn, As, Hg, Mo, Al, Sb, Ag, Co, Fe, Se, U, Tl, V). Sono stati quindi eseguiti confronti temporali (ante operam vs. post operam) e spaziali (maggior impatto vs. impatto trascurabile).

Risultati. Tutti i campioni sono risultati ampiamente al di sotto dei livelli di azione (e quindi dei tenori massimi) indicati nei riferimenti normativi. La presenza di organoclorurati è stata rilevata quasi esclusivamente nel latte (unica matrice a base lipidica) mentre nei vegetali risulta di maggior interesse il profilo dei metalli. Già nei campionamenti ante operam, si sono osservate alcune differenze temporali nella concentrazione di organoclorurati nel latte e di alcuni metalli nelle matrici vegetali, tuttavia tali differenze non suggeriscono un trend. Dal 2011 al 2013 non è stata rilevata alcuna differenza fra area di maggior impatto e area di controllo né prima né dopo la messa in esercizio dell'impianto.

Conclusioni. La concentrazione di inquinanti segue talvolta delle oscillazioni periodiche probabilmente dovute a confondenti ambientali già presenti nell'ante operam, che coinvolgono generalmente sia le aziende in area di maggior impatto che quelle in area di controllo. Nelle fasi successive del progetto si cercherà di investigare più approfonditamente il contributo di confondenti quali per es. precipitazioni e traffico veicolare.

gfallani@ausl.pr.it

197 - poster

MODALITA' PRESCRITTIVE ED ESITI ASSISTENZIALI: CONFRONTO TRA MODELLI ORGANIZZATIVI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN REGIONE PIEMONTE

Monagheddu C*, Crosetto L*, Berrino A*, Giustetto G**, Pagano E*, Merletti F***, Ciccone G*

* SSCVD Epidemiologia Clinica e Valutativa - AOU San Giovanni Battista di Torino e CPO Piemonte; ** Medico di medicina generale convenzionato con il SSN, Presidente OMCeO di Torino; ***SC Epidemiologia dei Tumori-U-Città della Salute e della Scienza presidio AOU San Giovanni Battista di Torino

Introduzione Il Medico di Medicina Generale (MMG) rappresenta il punto di riferimento territoriale per la presa in carico dei problemi di salute della popolazione e per l'integrazione tra cure primarie e secondarie. All'approccio tradizionale del medico singolo, è stato progressivamente affiancato il modello associativo (semplice, di gruppo, di rete), con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità dei pazienti e di favorire percorsi assistenziali basati sulla continuità e sull'appropriatezza. In Regione Piemonte questi modelli associativi sono abbastanza diffusi, ma mancano valutazioni comparative del loro impatto in termini di processo e di esiti dell'assistenza.

Obiettivi Misurare l'impatto della medicina generale in associazione (semplice, rete, gruppo) rispetto al MMG che opera in forma individuale attraverso indicatori di processo e di esito assistenziale.

Metodi Studio retrospettivo sulla popolazione di assistiti dai MMG della Regione Piemonte nell'anno 2013. I dati sono stati ottenuti attraverso il record-linkage di flussi amministrativi regionali (Banca dati operatori sanitari, Archivio Unico Regionale degli Assistiti, SDO, prescrizioni farmaceutiche territoriali, specialistica ambulatoriale). Sulla base di un'analisi della letteratura sono stati identificati alcuni indicatori, in parte calcolati sulla popolazione complessiva degli assistiti (tasso di accesso inappropriato in pronto soccorso; tasso di ospedalizzazione per BPCO) e in parte sulla coorte di pazienti diabetici (indicatore di monitoraggio: dosaggio di emoglobina glicata almeno una volta l'anno + almeno due tra microalbuminuria, profilo lipidico e fundus). Gli indicatori sono stati stratificati per età e genere e confrontati in base alle modalità associative (individuale, semplice, gruppo e di rete) con standardizzazione diretta.

Risultati Nella regione Piemonte nel 2013, sono stati inclusi nelle analisi 3016 MMG con 3867085 assistiti, di cui 254052 diabetici. Il 20.7% dei MMG lavora in forma individuale, il 23.1% in associazione semplice, il 26.8% in gruppo ed il 29.2% in rete. La distribuzione dei modelli organizzativi è eterogenea sul territorio regionale, mentre non sembrano esserci differenze demografiche tra gli assistiti dei diversi modelli. Il 57,84% dei diabetici ha ricevuto un monitoraggio come da linee guida. Nel 2013 gli accessi impropri in pronto soccorso ed il tasso di ospedalizzazione per BPCO sono stati il 4.6% e il 2.21 x 1000. I tassi standardizzati con metodo diretto per ciascuno degli indicatori non evidenziano differenze significative tra i modelli organizzativi.

Conclusioni Questo è il primo studio in Piemonte sulle modalità prescrittive dei MMG in base al modello associativo. Questi primi risultati sottolineano l'importanza di una valutazione più approfondita per contribuire ad una migliore programmazione futura e un utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse del SSN.

chiara.monagheddu@cpo.it

198 - poster

Studio multicentrico sui cartellini di dimissione neonatale (CDN): applicazione del Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno

Angela Giusti[1], Sofia Colaceci[2], Stefania Nichinonni[3], Anita Del Brocco[2], Amani Mohamed Abdel Halim[2], Patrizia Vadacca[4], Anna Domenica Mignuoli[5], Margherita Locatelli[6], Stefania Conti[6], Edda Pellegrini[6], Nadia Rovelli[6], Antonella Nespoli[7]

[1] Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; [2]Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata;[3]Rete Ostetriche Formatrici in Allattamento - Lazio; [4]Asl Lecce; [5]Dipartimento Tutela della Salute, Regione Calabria; [6]Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, sezione A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo; [7]Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Milano-Bicocca

INTRODUZIONE Nel 1981 è stato introdotto il Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno con lo scopo di proteggere l'allattamento e assicurare l'uso appropriato dei sostituti del latte materno, regolandone la commercializzazione e la distribuzione. L'Italia, seppur parzialmente, ha ratificato il Codice con il DM 500/1994, in seguito sostituito dal DM 82/2009, le cui violazioni sono sanzionate ai sensi del D.lgs 84/2011. Tale normativa vieta ai punti nascita di dotarsi di cartellini di dimissione neonatale (CDN) corredati di uno spazio predefinito per le prescrizioni dei sostituti del latte materno che, qualora necessarie, devono riportare l'indicazione terapeutica e le informazioni per il loro uso più appropriato. Inoltre, la Baby Friendly Hospital Iniziative, promossa dall'OMS/UNICEF e recepita nel nostro Paese dalle linee di indirizzo del Ministero della Salute, raccomanda che i contenuti dei CDN siano utili ed esaustivi, poiché spesso unica fonte informativa scritta rilasciata dal punto nascita ai genitori.

OBIETTIVO Ottenere informazioni sui CDN in uso nelle strutture ospedaliere presenti nelle zone oggetto dello studio per valutarne la qualità e la conformità al DM 82/2009.

METODI Attraverso la rete di ostetriche attive nei consultori di Lazio, Lombardia, Puglia e Calabria, sono state contattate le madri di bambini di età ≤6 mesi. Previo consenso informato e cancellazione dei dati personali di madre e bambino, sono stati raccolti i CDN, tra il 1 Dicembre 2012 e il 30 Giugno 2014. Sono state effettuate un'analisi qualitativa, con l'uso del software NVivo v.10, e quantitativa, mediante Epi-Info v.7.

RISULTATI Sono stati raccolti 308 CDN rilasciati da 39 punti nascita ciascuno dei quali usa un proprio modello. Emerge che sebbene nella totalità di questi sia dichiarata la superiorità del latte materno, 27 presentano uno spazio prestampato per l'eventuale prescrizione di sostituti, in contrasto con le indicazioni del DM 82/2009, mentre 30 non contengono un campo sul tipo di alimentazione neonatale adottata durante la degenza e solo 17 riportano riferimenti alla struttura ospedaliera o alla rete dei servizi a cui rivolgersi dopo la dimissione. L'analisi dei 308 CDN raccolti, mostra inoltre che tra le madri di bambini dimessi in buone condizioni di salute, il taglio cesareo si associa alla prescrizione di marca di latte artificiale nel CDN (OR=2,57, IC95% 1,51-4,44, p<0,05) rispetto al parto vaginale.

CONCLUSIONE Le raccomandazioni e i principi del Codice Internazionale costituiscono una base essenziale per la riuscita dell'allattamento e, nel nostro studio, si evidenziano ampi margini di miglioramento dei contenuti del CDN. A tale scopo, è possibile ipotizzare un formato unico di CDN che, anche seguendo le indicazioni del Ministero della Salute, costituisca lo strumento informativo e di raccordo nella rete dei servizi, soprattutto nei casi in cui l'avvio dell'allattamento richieda una maggiore attenzione.

angela.giusti@iss.it

199 - orale

Indici di infiammazione sistemici e mortalità per tutte le cause in soggetti HIV positivi: uno studio di coorte multicentrico (coorte MASTER)

Elena Raffetti[1], Francesco Donato[1], Salvatore Casari[2], Filippo Castelnuovo[3], Laura Sighinolfi[4], Alessandra Bandera[5], Franco Maggiolo[6], Nicoletta Ladisa[7], Massimo di Pietro[8], Chiara Fornabaio[9], Simona Digiambenedetto[10], Eugenia Quiros-Roldan[2].

[1]Unità di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia, Brescia; [2]Divisione Universitaria di Malattie Infettive Spedali Civili di Brescia- Università degli Studi di Brescia; [3]Divisione Ospedaliera di Malattie Infettive Spedali Civili, Brescia; [4]Malattie Infettive Nuovo Polo Ospedaliero di Cona, Ferrara; [5]Malattie Infettive Ospedale San Gerardo di Monza, Monza; [6]Malattie Infettive Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo; [7]Clinica di Malattie Infettive Policlinico di Bari, Bari; [8]Malattie Infettive S.M. Annunziata , Firenze; [9]Malattie Infettive Istituti Ospitalieri di Cremona, Cremona; [10]Clinica di Malattie Infettive Policlinico A. Gemelli- Università Cattolica di Roma, Roma

Introduzione. Il rapporto neutrofili linfociti (NLR) e il rapporto piastrine linfociti (PLR) sono due biomarcatori di infiammazione, che sono predittivi di mortalità in soggetti con varie malattie croniche, soprattutto malattie cardiovascolari e tumori. Due studi da noi attuati hanno mostrato che l'NLR e il PLR erano associati ad un aumentato rischio di morte in soggetti HIV positivi con tumore solido e linfoma. Fino ad ora nessuno studio ha però valutato il ruolo di questi fattori sulla mortalità per tutte le cause in pazienti con infezione da HIV.

Obiettivo. L'obiettivo dello studio era di valutare l'associazione dell'NLR e del PLR con il rischio di morte in pazienti HIV positivi.

Metodi. È stato condotto uno studio di coorte multicentrico dal 2000 al 2012 includendo i soggetti HIV positivi naïve al trattamento antiretrovirale. Le associazioni dell'NLR e del PLR con la mortalità per tutte le cause sono state valutate attraverso modelli proporzionali Cox sia tempo indipendenti che tempo dipendenti. Si è inoltre inserito nei modelli, un cubic-spline term per l'NLR e il PLR per valutare una possibile relazione non lineare tra i valori dei biomarcatori e il rischio di morte.

Risultati. 8230 pazienti (73.1% maschi) con un'età media di 38.4 anni (deviazione standard: 10.1) sono stati arruolati. Durante un follow-up mediano di 3.9 anni, 539 pazienti sono morti. Valori di PLR inferiori a 100 e superiori a 200, rispetto a valori di PLR compresi tra 100 e 200, e valori di NLR uguali e maggiori di 2, rispetto a valori di NLR inferiori a 2, erano associati con un aumento significativo del rischio di morte sia in analisi univariata che multivariata. Usando un modello multivariato con cubic-spline terms per l'NRL e il PLR , si è trovato un incremento lineare del rischio di morte per valori di NLR superiori a 1.1, ed un maggior rischio di morte per valori di PLR più bassi e più alti di 120.

Conclusioni. I nostri dati suggeriscono che l'NLR e il PLR potrebbero riflettere la severità delle alterazioni sistemiche dei processi infiammatori e coagulativi portando ad un'aumentata mortalità nei pazienti HIV positivi.

e.raffetti@unibs.it

200 - poster

Vita sessuale, modalità di approccio e d'uso dei contraccettivi espressi dagli studenti del Cdl in Servizio Sociale dell'Università degli Studi di Trieste

Modonutti G.B., Costantinides F.

Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

Il contrasto alla gravidanza indesiderata ed alla diffusione delle malattie sessualmente trasmesse (MST) trovano nella contraccezione un valido strumento di prevenzione e promozione della salute.

Pertanto, abbiamo chiesto -2011/2013- a 208 studenti (M:7,2;F:92,8%) del Cdl in Servizio Sociale dell'Università degli Studi di Trieste, futuri operatori della salute -FOS- (19-41 aa, età media 21,4aa), di rispondere alle domande proposte da una scheda questionario sulla vita sessuale agita, sulle modalità di approccio e d'uso dei contraccettivi

Nel corso dell'ultimo anno l'84,6% dei FOS ha avuto una vita sessuale attiva (M:80,0%;F:85,0%) condivisa con 1-8 partners (pp) (M:1-4pp;F:1-8pp), in media 1,4pp (M:1,3pp;F:1,4pp), con i quali hanno avuto 0,02-15 rapporti sessuali alla settimana (M:0,02-5,0rap/set;F:0,02-14,0rap/set), mediamente 2,3rap/set (M:1,6rap/set;F:2,3rap/set)

L'87,0% dei FOS coinvolti (M:66,7%;F:88,6%;p<0,025) afferma di aver già fatto ricorso alla contraccezione (M: 66,7%; F:88,6%;p<0,0), evento realizzatosi per la prima volta fra i 13 ed i 26 anni, in media a 17,1aa, per l'84,5% utilizzando il condom -CD- (M: 100%;F:83,5%), per il 12,8% ricorrendo alla pillola –PI- (M:20,0%;F:12,4%) ed il 2,8% al coitus interruptus -CI- (M:0,0%;F:2,9%)

Attualmente fanno uso di contraccettivi il 68,3% dei FOS (M:53,3%;F:69,4%), il 54,2% dei quali utilizza la PI (M: 37,5%;F:55,2%), il 52,1% fa ricorso al CD (M:100%;F:49,3%; p<0,01), l'8,5% al CI (M:0,0%;F:9,0%) e l'1,4% allo IUD (M:0,0%;F:1,5%).

Per quanto riguarda il "prossimo futuro", l'83,2% dei FOS pensa di fare ricorso alla "contraccezione" (M:53,3%;F: 85,5%;p<0,005), il 63,0% usando la PI (M:37,5%;F:64,2%), il 53,2% il CD (M:100 %;F:50,9%;p<0,01), il 6,5% pensa di avvalersi del CI (M:25,0%;F:6,7%), il 2,3% dello "IUD" (M:0,0%;F:2,4%) e lo 0,6% del metodo ritmico (M:0,0%;F: 0,6%)

E' opinione condivisa dal 58,7% dei FOS che la PI sia "il contraccettivo più congeniale al rapporto di coppia" (M: 33,3% F:60,6%;p<0,05), qualità che il 37,5% attribuisce al CD (M:33,3%;F:37,8%), il 2,9% allo "IUD" (M:0,0%;F: 3,1%), l'1,9% riconosce al "diaframma" (M:0,0%;F:2,1%) e l'1,4% al CI (M:0,0%;F:1,6%)

La promiscuità, il numero e la frequenza dei rapporti sessuali, il precoce -32,4% prima dei 18aa- diffuso e non sempre prudente approccio alla contraccezione, l'utilizzo attuale e futuro dei metodi contraccettivi evidenziano la necessità di anticipare, estendere e incentivare gli interventi mirati alla prevenzione delle MST e delle gravidanze indesiderate

modonuttigb@gmail.com

201 - poster

Stili di vita in gravidanza: modalità di approccio, d'uso e percezione del rischio nei confronti delle bevande alcoliche espressi da una popolazione di gestanti in Friuli-Venezia Giulia (2007/2013)

Modonutti G.B..Leon, L.

Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES) - Trieste

I comportamenti quotidiani - ad es. l'uso delle bevande alcoliche-, spesso sottovalutati, possono rappresentare un importante fattore di rischio per la salute della gestante e del nascituro

Allo scopo di valutare lo stile di vita e la diffusione dei comportamenti a rischio in gravidanza, nel periodo 2007/2013, è stata proposta a 603 gravide (Ge) -età fra 18 e 46aa, età media 31,8aa, età gestazionale 32,6 settimane- afferenti per i normali controlli all'ambulatorio di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Civile di Tolmezzo (UD), la compilazione di una scheda questionario in grado di acquisire informazioni sull'anagrafe, le modalità di approccio, d'uso, gli atteggiamenti e la percezione del rischio espressa nei confronti delle bevande alcoliche (Ba)

La maggioranza delle gestanti (Ge:85,1%; p<0,0005) ha già assaggiato le Ba, lo ha fatto fra i 3 ed i 33aa, in media a 16,6aa, il 53,6% prima dei 18 anni

Le gestanti bevitrici (Gb:59,2%) -consumano in media 4,6+7,03 g/die di alcol anidro (g/die)- prevalgono (p<0,0005) sulle non bevitrici (Gnb:40,8%), le bevitrici occasionali (Goc:43,0%;<5,0g/die) decisamente (p<0,0005) sulle bevitrice abituali (Gab:16,3%; >5,0 g/die) L'uso delle Ba avviene prevalentemente pasteggiando, modalità con la quale le Gb bevono in media 3,4g/die -75,1% della dieta alcolica media (DAM)-, mentre inferiore (p<4,24496E-11) e pari a 1,1g/die (24,9%DAM) è il consumo alcolico quotidiano fuori pasto Il vino con 2,8 g/die fornisce il maggior contributo alla DAM (60,9%), più contenuti (V vs B: p<8,5E-11;V vs SA: p<2,4E-09) ed equivalenti a 0,8g/die e 1,0g/die sono rispettivamente i consumi di birra (18,2%DAM) e di superalcolici (20,9%DAM)

Benchè in gravidanza l'uso degli alcolici sia sconsigliato il 7,3% delle gestanti beve in media >10,0 g/die quantità ritenuta a "maggior rischio di problemi psico medico sociali alcol correlati per una donna adulta sana" (Gr) Ancora, nel corso dell'ultimo anno l'intossicazione acuta da alcol ha interessato l'8,5% delle gestanti (Gi)

Nel 66,7% delle famiglie delle Ge si fa uso di bevande alcoliche, il 62,9% delle Ge abita con un marito/compagno bevitore, convivenza che coinvolge le Gbe (72,8%) decisamente (p<0,0005) più delle Gnb (48,4%). Le Gb conviventi con Fb (76,5%) prevalgono (p<0,0005) sulle Gb che vivono con famigliari non bevitori (Fn:52,4%), così come le Goc e Gab rilevate nelle Fb (Goc: 48,3%; Gab:19,7%) sono più numerose (Goc:p<0,005; Gab: p<0,05) di quelle presenti nelle Fn (Goc: 32,3,3%; Gab:10,1%) In misura meno marcata le Gr e quelle Gi conviventi con Fb (Gr:13,6%;Gi: 5,8%) prevalgono su quelle presenti nelle Fnb (Gr:11,9%;Gi:2,2%)

La sperimentazione e l'uso precoce e diffuso delle bevande alcoliche, l'ampio utilizzo che trova nel vino l'alcolico preferito, la convivenza con FB, caratterizza le gestanti coinvolte, una parte delle quali - per il bere quotidiano e gli episodi di IAA - manifestano scarsa sensibilità ed un atteggiamento pericolosamente permissivo nei confronti dei rischi alcol correlati

modonuttigb@gmail.com

202 - orale

Revisione sistematica e metanalisi dell'incidenza e dei fattori di rischio per epatocarcinoma in soggetti con infezione cronica da virus dell'epatite B

Elena Raffetti[1], Giovanna Fattovich[2], Francesco Donato[1]

[1] Unità di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia, Brescia; [2] Dipartimento di Medicina, Università di Verona, Verona

Introduzione. Il rischio di epatocarcinoma (HCC) nei soggetti con infezione cronica da virus dell'epatite B (HBV) può variare in diversi contesti clinici e non è ancora ben definito.

Obiettivo. L'obiettivo dello studio era di valutare il tasso di incidenza di HCC e i fattori di rischio ad esso associati in soggetti con infezione cronica da HBV e non sottoposti a trattamento antiretrovirale.

Metodi. Si è effettuata una revisione sistematica e metanalisi degli studi presenti in Medline, Embase e nella Cochrane Library fino ad Ottobre 2014. Sono stati inclusi solo studi di coorte e trial con misure di incidenza di HCC in soggetti con HBV non trattati, in relazione allo stato di malattia, età, genere ed area geografica. Il tasso di incidenza di HCC e il relativo intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) sono stati estratti da ogni studio ed è stata poi calcolata una stima complessiva del tasso di incidenza attraverso un modello ad effetti random. È stata, inoltre, valutata l'eterogenità tra gli studi ed è stata effettuata una meta-regressione.

Risultati. Sono stati inclusi 73 studi per un totale di 347859 partecipanti e 3472 casi di HCC. Nei portatori asintomatici, il tasso di incidenza di HCC era 0.07 (95%CI: 0.05-0.09), 0.19 (0.07-0.31) e 0.42 (0.21-0.63) per 100 anni-persona in Europa, Nord America (circa il 70% delle coorti era costituito da soggetti asiatici) e Asia Orientale, rispettivamente. Nei portatori inattivi, il tasso di incidenza era 0.03 (0.0-0.10) e 0.06 (0.02-0.10) in Europa e Asia Orientale, rispettivamente, e 0.17 (0.02-0.62) in un unico studio in Nord America. Nei soggetti con epatite cronica, il tasso di incidenza era 0.12 (0.0-0.27) e 0.49 (0.32-0.66) in Europa e Asia Orientale, rispettivamente, e 0.48 (0.22-0.91) nello studio nordamericano. Nei soggetti con cirrosi compensata, il tasso di incidenza era di 2.03 (1.30-2.77), 2.89 (1.23-4.55) e 3.37 (2.48-4.26) in Europa, Nord America e Asia Orientale, rispettivamente. Un'alta eterogenità tra gli studi è stata trovata negli studi asiatici, con un indice I2 che passava dal 50.8% in quelli che includevano i portatori inattivi al 99.4% in quelli sui portatori asintomatici. La meta-regressione ha mostrato un aumento significativo del tasso di incidenza di HCC per lo stato di malattia (da portatori inattivi ai portatori asintomatici, soggetti con epatite cronica e con cirrosi compensata), età e percentuale di maschi. Si è visto un aumento del tasso di incidenza negli studi asiatici rispetto a quelli europei, che però non rimaneva significativo aggiustando per età.

Conclusioni. Il rischio di sviluppare HCC nei soggetti con infezione cronica da virus dell'epatite B è associato a età, genere e stato di malattia epatica.

e.raffetti@unibs.it

203 - poster

Score Q e rischio cardiovascolare: analisi di una coorte di diabetici modenesi seguiti in gestione integrata

Giulia Quattrini[(a)], Gianfranco De Girolamo[(a)], Karin Bonora[(a)], Carlo Alberto Goldoni[(a)], Monica Lorenzini[(b, c)], Silvia Riccomi[(b, c)], Oreste Capelli[(c)], Valentina Solfrini[(c)]

[(a)]Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio, Dipartimento Sanità Pubblica, Azienda USL, Modena; [(b)]Dipartimento Aziendale Cure Primarie, Azienda USL, Modena (c) Programma Aziendale Governo Clinico, Azienda USL, Modena

INTRODUZIONE In provincia di Modena l'Azienda USL promuove, nell'ambito del "Progetto Diabete", la gestione integrata da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) dei pazienti con diabete di tipo 2. A partire dai dati raccolti dai MMG relativi al 2011 è stato avviato lo studio osservazionale "Q-home". Per ogni paziente, sulla base di 4 informazioni (HbA1c, pressione arteriosa, colesterolo e micro albuminuria), viene calcolato un punteggio sintetico: lo Score Q. Sviluppato nell'ambito degli studi QuED e QUASAR e proposto recentemente dall'Associazione Medici Diabetologi, tale punteggio rappresenta un indice crescente di buona qualità di cura ricevuta e si è dimostrato essere in grado di predire l'incidenza successiva di eventi cardiovascolari.

OBIETTIVI Valutare la relazione tra incidenza di eventi cardio-cerebrovascolari (ECCV) e il punteggio Score Q, calcolato per l'anno 2011, in una coorte di diabetici del progetto Diabete.

METODI La coorte di diabetici assistita dai MMG e in gestione integrata nel corso del 2011 è stata seguita per un follow-up di 3 anni (01/01/2012 - 31/12/2014) per identificare gli eventi ECCV. Come ECCV sono stati considerati gli eventi cardiaci ischemici acuti e le malattie cerebrovascolari tramite: ricoveri ospedalieri ordinari (diagnosi principale ICD9-CM: 410, 411, 413 e 430-436 rispettivamente) e decessi (cause di morte ICD10: I20-I22, I24 e I60-I66, G45 rispettivamente). Per ogni soggetto, il periodo di follow-up è stato valutato come differenza tra il 01/01/2012 e la data minore tra: primo ricovero indice, data di decesso, data fine assistenza, data fine periodo.
Gli Incidence Rate Ratio (IRR) rispetto il punteggio Score Q (<=10, 10-|20,>20) sono stati stimati con un modello di Poisson corretto per genere, età, tipologia di trattamento per diabete (Insulina, trattamento orale, nessun farmaco) e presenza o meno di un ECCV pregresso.

RISULTATI La coorte di diabetici analizzata è costituita da 11669 soggetti di cui il 52,8% sono maschi, con età media di 71 anni (± 11,7). Il 73,5% dei pazienti ha uno score Q >20, il 3,7% <=10. Il tasso di ECCV per i maschi risulta pari a 33 su 1000 anni persona, mentre per le femmine è 21 su 1000 anni persona. L'IRR aggiustato ha evidenziato un rischio significativamente più elevato per i pazienti con score Q <=10 e tra 10 e 20 rispetto a un valore >20: rispettivamente di 1,7 [1,3; 2,3] e 1,2 [1,0; 1,4].

CONCLUSIONI Lo studio ha confermato per la coorte di diabetici modenesi in gestione integrata la presenza di una relazione statisticamente significativa tra lo score Q e l'incidenza di eventi ECCV. Questo avvalora l'esigenza di migliorare il livello di cure, soprattutto di coloro che hanno riportato livelli bassi di score Q. Sarà obiettivo di una prossima analisi verificare se a tale miglioramento dello score Q corrisponderà un'effettiva riduzione del rischio.

g.quattrini@ausl.mo.it

204 - orale

Sovrappeso e obesità tra gli immigrati in Italia: evidenze dall'indagine multiscopo ISTAT sugli stranieri

Donatella Mandolini[1], Anteo Di Napoli[1], Alessandra Rossi[1], Gianfranco Costanzo[1], Monica Perez[2], Alessio Petrelli[1]

[1]Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); [2]Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)

Introduzione Negli ultimi dieci anni la popolazione straniera residente in Italia è più che raddoppiata, passando da 2,4 milioni nel 2005 (4,1% della popolazione totale) a oltre 5 milioni nel 2015 (8,3% del totale). L'INMP e l'ISTAT hanno avviato una collaborazione per studiare lo stato di salute della popolazione straniera in Italia rispetto a fattori di rischio legati agli stili e alle condizioni generali di vita.

Obiettivi Indagare le differenze nella condizione di sovrappeso/obesità nella popolazione immigrata residente per area di provenienza e l'effetto di fattori di rischio quali le abitudini alimentari e la discriminazione sul lavoro.

Metodi Lo studio è stato condotto sulla popolazione straniera residente a partire dai risultati dell'indagine "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta dall'ISTAT (2011-2012), su un campione di oltre 20 mila cittadini stranieri di cui circa 15 mila nella fascia di età 18-64 anni. La condizione di sovrappeso/obesità, definita per Indice di Massa Corporea (IMC) ≥25, è stata assunta come variabile esito di un modello logistico multivariato, nel quale i determinanti sono la discriminazione sul lavoro e le abitudini alimentari, mentre età, genere, istruzione, cittadinanza e durata della permanenza in Italia sono variabili assunte come potenziali confondenti.

Risultati La popolazione target ha in media 38,0 anni di età (DS=10,9), è composta in prevalenza da donne (56%) ed è mediamente in Italia da 10 anni (mediana; RIQ:6-14). Le aree di origine, rispetto alla cittadinanza, sono: Europa (60,8%), Africa (18,8%), Asia (13,8%), America (6,7%). Rispetto alle persone dell'Europa Occidentale, la probabilità di sviluppare sovrappeso/obesità risulta inferiore per chi proviene dall'Estremo Oriente (OR=0,60; IC95%=0,48-0,75) e più elevata tra le persone dell'Europa orientale (OR=1,39; IC95%=1,18-1,66) e delle Americhe (OR=1,53; IC95%=1,23-1,90). Si osserva una probabilità di sovrappeso/obesità più alta tra gli immigrati che riferiscono di aver subito discriminazioni sul lavoro (OR=1,15; IC95%=1,05-1,27). Le abitudini alimentari sembrano modificare le differenze per area geografica di provenienza: l'uso prevalente di piatti tipici italiani attenua l'effetto protettivo per sovrappeso/obesità osservato tra gli asiatici orientali (OR=0,73; IC95%=0,44-1,20), mentre incrementa il rischio per americani (OR=1,59; IC95%=1,14-2,22), asiatici centro-occidentali (OR=1,59; IC95%=1,08-2,34) ed europei dell'est (OR=1,70; IC95%=1,35-2,16).

Conclusioni L'alimentazione basata prevalentemente su piatti tipici italiani si associa a un maggior rischio di sovrappeso/obesità per gli stranieri o comunque a una riduzione dell'effetto protettivo di questo fattore, presumibilmente per l'acquisizione di abitudini alimentari occidentali meno virtuose spesso legate al consumo di cibi di bassa qualità, anche in funzione delle abitudini nei paesi di provenienza. Si evidenzia, inoltre, un effetto negativo della discriminazione sul lavoro sul sovrappeso/obesità che, tuttavia, per la natura trasversale dell'indagine, non può essere immediatamente spiegato in termini di associazione causale.

petrelli@inmp.it

205 - orale

ATTIVITÀ FISICA EXTRASCOLASTICA NEI BAMBINI EMILIANO-ROMAGNOLI E DIFFERENZIALI SOCIO-DEMOGRAFICI SECONDO I DATI DELLA SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE

Marina Fridel[1], Paola Angelini[1], Roberto Roveta[2], Giuliano Carrozzi[2] per conto del gruppo di lavoro regionale OKkio alla Salute dell'Emilia-Romagna

[1]Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna; [2]Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena

Introduzione. Come sottolineato da "La carta dell'attività fisica" di Toronto, un livello di attività regolare induce numerosi benefici e contribuisce, con l'alimentazione, al mantenimento dello stato di salute in tutte le età.

Obiettivo. Analizzare l'associazione tra l'attività fisica extrascolastica svolta dai bambini nel tempo libero e i principali fattori socio-demografici in Emilia-Romagna.

Metodi. Sono state analizzate 5.318 interviste OKkio 2014 ai genitori di bambini di terza elementare delle scuole dell'Emilia-Romagna (tasso risposta 95%). L'attività fisica extrascolastica è stata indagata valutando il numero di giorni in cui i bambini praticano almeno un'ora di attività fisica, definendo attivi quelli che la svolgono per 4 giorni o più. La relazione con i fattori socio-demografici è stata studiata mediante modelli di regressione logistica.

Risultati. Nell'analisi logistica univariata le variabili significative sono: genere femminile (OR=0.64, IC95% 0.57-0.73), consumo di bibite gassate (OR=0.86, IC95% 0.76-0.99), utilizzo di videogiochi (OR=0.55, IC95% 0.32-0.93), TV in camera (OR=0.84, IC95% 0.72-0.97), eccesso ponderale in entrambi genitori rispetto ad entrambi normopeso (OR=0.79, IC95% 0.64-0.97), consumo quotidiano di almeno un frutto o una verdura (OR=1.16, IC95% 0.99-1.36), elevato titolo di studio di entrambi i genitori rispetto a bassa scolarità di entrambi (OR=1.33, IC95% 1.10-1.61) e dimensione del Comune, che mostra un gradiente inverso al numero di abitanti (si passa, rispetto per quelli con meno di 10.000 abitanti da OR=0.81, IC95%0.68-0.96 per quelli tra 10.000-50.000 abitanti a OR=0.61, IC95% 0.48-0.79 per quelli metropolitani).

Il modello logistico multivariato conferma i fattori significativi evidenziati da quelli univariati: genere femminile (OR=0.65, IC95% 0.56-0.74), consumo di bibite gassate (OR=0.83, IC95% 0.71-0.97), utilizzo videogiochi (OR=0.53, IC95% 0.29-0.99), consumo di frutta e verdura (OR=1.20, IC95% 1.02-1.41), elevato titolo di studio dei genitori rispetto al basso (OR=1.30, IC95% 1.03-1.65), zona geografica (che passa, rispetto alla categoria di riferimento, da OR=0.80, IC95% 0.67-0.97 per quelli con 10.000-50.000 abitanti a OR=0.51, IC95% 0.40-0.66 per quelli metropolitani) mentre si aggiungono l'età del bambino (OR=1.16, IC95% 1.003-1.33) e la cittadinanza straniera di entrambi i genitori rispetto ad entrambi italiani (OR=1.33, IC95% 1.05-1.68).

Conclusioni. Le analisi indicano che la sedentarietà infantile si associa positivamente e negativamente a diversi determinati individuali, del contesto famigliare e del grado di urbanizzazione dell'area di residenza. Informazioni che dovrebbero essere prese in considerazione da chi pianifica gli interventi di promozione della salute nei bambini favorendo quindi sia programmi integrati tra attività fisica e alimentazione sia interventi di pianificazione urbana.

g.carrozzi@ausl.mo.it

206 - poster

GLI EFFETTI DELLA CRISI ECONOMICA SULLO STATO DI SALUTE IN TOSCANA

Francesco Innocenti*, Francesca Ierardi**, Andrea Vannucci**, Fabio Voller*.

* Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana; ** Osservatorio di Qualità ed Equità, ARS Toscana.

Introduzione La crisi economica iniziata nel 2008 ha avuto forti ripercussioni in vari ambiti, non ultimo quello dello stato di salute. I flussi amministrativi correnti forniscono informazioni in grado di cogliere solo alcuni degli aspetti del cambiamento generato dalla recessione, per questo ARS Toscana ha deciso di effettuare un'indagine con lo scopo di acquisire nuova conoscenza in questo contesto.

Obiettivi Individuare i gruppi di popolazione che risultano maggiormente colpiti dalla crisi in termini di salute.

Metodi È stato estratto un campione rappresentativo a livello regionale toscano, costituito da 2.400 adulti (maschi 47,5%), stratificato rispetto a quattro classi di età (18-35, 36-50, 51-70, 71+). L'indagine è stata effettuata telefonicamente somministrando un questionario con il quale sono stati indagati alcuni stili di vita (consumo di alcol e tabacco, attività fisica, alimentazione, gioco d'azzardo, etc.) e il ricorso ai servizi sanitari (analisi del sangue, radiografie/ecografie/tac, risonanze magnetiche, gli interventi chirurgici, le visite specialistiche). Sono state calcolate le principali statistiche descrittive e realizzata una cluster analysis utilizzando il metodo gerarchico di Ward.

Risultati Il 18,5% del campione fuma tabacco, il 40,5% consuma alcolici, il 18,1% gioca con denaro. Le verdure e ortaggi freschi/congelati sono gli alimenti che hanno fatto rilevare i maggiori aumenti, seguiti dai legumi mentre le principali diminuzioni sono da imputare a carne, dolci e pesce fresco.

Per quanto riguarda il ricorso ai servizi, la maggior parte delle prestazioni indagate sono effettuate in strutture pubbliche, dove le persone si recano per ragioni legate ad una "maggior fiducia", mentre chi si rivolge a strutture private lo fa per i "minori tempi di attesa".

In base ai risultati della cluster analysis sono 2 i gruppi che spiegano la maggior parte della variabilità dei dati: il primo è costituito da adulti (18-50 anni), prevalentemente occupati con diploma superiore, con valori elevati negli stili di vita (fumo, alcol, gioco con denaro, sport). Il secondo, costituito da anziani (50 anni e più), prevalentemente pensionate con titolo di studio basso, rivelano una minore deprivazione rispetto all'altro gruppo, per quanto riguarda tutte le categorie alimentari, e un maggior ricorso alle prestazioni sanitarie. Per studiare nel modo più appropriato il campione sono stati individuati 8 gruppi finali, le cui caratteristiche saranno descritte in modo approfondito in sede di convegno.

Conclusioni Gli indicatori socio-economici suggeriscono che la recessione stia volgendo al termine, tuttavia gli effetti da essa innescati sono ancora latenti e, specie nell'ambito della salute, saranno i prossimi anni quelli che mostreranno le reali conseguenze. In Toscana, secondo l'indagine di ARS, le persone maggiormente colpite appartengono al gruppo dei "deprivati" e sono prevalentemente femmine pensionate di età maggiore di 50 anni con titolo di studio basso mentre al contrario il gruppo che sembra aver risentito meno degli effetti negativi della crisi, i "privilegiati", sono pensionati di età 51-70 anni con titolo di studio medio-alto.

francesco.innocenti@ars.toscana.it

207 - orale

I fattori di rischio degli incidenti stradali tra i giovani toscani

Francesco Innocenti, Fabio Voller

Osservatorio di Epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS)

Introduzione La principale causa di incidente stradale è l'eccesso di velocità, si tratta tuttavia della "causa finale" che ha provocato l'evento, ovvero quella riportata nei verbali delle Forze dell'ordine, mentre le reali cause che hanno spinto al superamento dei limiti di velocità, ovvero la guida in condizione psico-fisica alterata e le distrazioni al volante, non vengono rilevate.

Obiettivi Identificare i fattori di rischio associati agli incidenti stradali che coinvolgono adolescenti in Toscana.

Metodi L'indagine EDIT, acronimo di Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana, nel 2015 ha coinvolto 5.077 studenti (2.752 maschi e 2.325 femmine) di età 14 - 19 anni, frequentanti 57 Istituti della Toscana. All'interno di ogni Istituto è stato somministrato, ad un intero ciclo scolastico, un questionario self-report costruito con lo scopo di indagare i comportamenti alla guida e gli stili di vita adolescenziali.

In questo lavoro sono state effettuate analisi descrittive e disegnato un modello di regressione logistica, corretto per età e genere, in cui la variabile risposta è "incidenti stradali sì/no".

Risultati L'analisi si focalizza sul sottogruppo dei "guidatori abituali" (40,4% del totale), rispetto al quale il 41,1% ha dichiarato di aver effettuato almeno un incidente durante la guida di un mezzo (-5% rispetto al 2011). Il 24,8% ha guidato almeno una volta nell'ultimo anno dopo aver bevuto troppo mentre il 18,3% dopo aver assunto sostanze stupefacenti, il 23,8% fumando una sigaretta e il 43,1% parlando al cellulare.

Secondo il modello di regressione logistica, in cui tutti i fattori indagati sono statisticamente significativi, il rischio più basso di incidente è associato a guidare in condizioni di stanchezza (OR=1,3). Sorprende come la guida dopo aver bevuto troppo riveli un dato più basso delle aspettative (OR=1,5), in linea con un fattore di rischio ritenuto minore, ovvero fumare una sigaretta durante le guida. Ascoltare musica ad alto volume durante la guida rivela un OR=1,6 mentre è lievemente superiore il dato riferito alla guida dopo aver assunto sostanze stupefacenti (OR=1,7). La variabile del modello che più di ogni altra comporta il maggior rischio di incorrere in un sinistro è la guida in condizioni di ritardo (OR=2,2).

Conclusioni I risultati di questo lavoro permettono di affermare che, oltre ai noti fattori di rischio associati agli incidenti, ovvero la guida sotto l'effetto di alcol e droghe, ne esistono altri, fra l'altro attuati molto più frequentemente da parte degli utenti della strada, che rivelano un rischio a volte maggiore di incorrere in un sinistro.

Tali evidenze sono riferibili solo al campione di adolescenti toscani mentre sarebbe interessante, quanto appropriato, che fosse l'Istituto Nazionale di Statistica a rilevare queste informazioni.

francesco.innocenti@ars.toscana.it

208 - poster

Individuare soggetti con BPCO dai flussi amministrativi: lo studio MATRICE-BPCO dell'Agenas su quattro regioni italiane

Rosa Gini[1], Riccardo Di Domenicantonio[2], Eliana Ferroni[3], Alessandro Pasqua[4], Giuseppe Roberto[1], Milena Martigli Jiang[1], Sebastiano Pollina Addario[5], Stefano Sforza[6], Mina De Gennaro[7], Valeria Belleudi[2], Nera Agabiti[2], Mirko Di Martino[2], Danilo Fusco[2], Marina Davoli[2], Mario Saugo[3], Francesco Lapi[4], Salvatore Scondotto[5], Eleonora Verdini[6],Vito Piazzolla[7], Giulia Dal Co[8], Mariadonata Bellentani[8]

[1]Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze; [2]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Roma; [3]Servizio Epidemiologico Regionale del Veneto, Padova; [4]Società Italiana di Medicina Generale, Firenze ; [5]Regione Siciliana, Palermo; [6]Regione Emilia-Romagna, Bologna; [7]Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, Bari; [8]Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma

INTRODUZIONE La broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) ha grave impatto in termini di salute e uso di risorse. Monitorare i soggetti con BPCO da flussi amministrativi (F) presenta serie criticità: la patologia non è diagnosticata in setting ospedaliero, e le terapie sono indicate anche per l'asma.

OBIETTIVI Confrontare le popolazioni individuate da F con le popolazioni individuate da altre fonti.

METODI Sono stati selezionati tutti i soggetti di età 45+ al 1/1/2014 residenti in Emilia-Romagna (ER), Toscana (T), Puglia (P) e Sicilia (S) dalle seguenti fonti: anagrafi sanitarie regionali, database della medicina generale (HSD) e Indagine Multiscopo (M). Ciascuno dei soggetti estratti dalle anagrafi sanitarie è stato classificato sulla base di 10 algoritmi candidati a identificare pazienti con BPCO da F: quattro basati su diagnosi ospedaliere e sei basati su pattern di uso di farmaci respiratori. Di ciascun algoritmo e delle loro combinazioni è stata calcolata la prevalenza sulla popolazione in studio. Da HSD sono stati selezionati i soggetti con registrazione di diagnosi di BPCO e/o asma, e chi ha avuto almeno cinque prescrizioni di farmaci respiratori nel 2013. Da M sono stati selezionati i soggetti che hanno dichiarato di avere la BPCO. Le prevalenze sono state calcolate da tutte le fonti e confrontate.

RISULTATI I soggetti in studio sono 8,6 milioni da F, 171mila da HSD e 5078 da M. La prevalenza di BPCO è in percentuale in ER 5,8 e 5,5 rispettivamente da HSD e da M; in T 5,4 e 7,1; in P 6,7 e 9,5; in S 5,7 e 8,7. Le prevalenze dei soggetti con diagnosi ospedaliera negli ultimi 5 anni sono rispettivamente 2,2; 1,7; 1,0; 2,6, di cui un terzo circa con diagnosi nell'ultimo anno e un quarto o meno con diagnosi principale, tranne in P. Aggiungere soggetti con vari pattern di uso di farmaci respiratori negli ultimi tre anni porta le prevalenze a essere paragonabili a quelle di HSD, tranne in S dove sono sovrastimate del 30%; e a essere sottostimate tra il 10 e il 30% rispetto a quelle di M, tranne in ER. In HSD i soggetti con asma sono il 6,3%, lo 0,7% ha entrambe le diagnosi e l'uso di farmaci respiratori individua nel 54% dei casi soggetti con BPCO e nel 34% dei casi soggetti con asma.

CONCLUSIONI Il trend nord-sud di prevalenza di BPCO da HSD risulta meno accentuato che da M. I soggetti con diagnosi ospedaliera, pur durante un lungo periodo, sono molto meno della metà dei soggetti stimati con BPCO da HSD e M, in tutte le regioni. Tuttavia tra essi in tre regioni un'alta percentuale non presenta la BPCO come diagnosi principale del ricovero, e non necessariamente quindi ha uno stadio della patologia avanzato. Aggiungere soggetti in trattamento porta le stime di prevalenza a cifre comparabili con le altre fonti, ma il confronto con HSD mostra che la misclassificazione tra questi soggetti potrebbe essere intorno al 45%. Gli studi che utilizzano F per individuare la BPCO dovrebbero tener conto di queste limitazioni con apposite analisi di sensibilità.

rosa.gini@ars.toscana.it

209 - poster

Contaminazione da tallio dell'acqua potabile a Pietrasanta (LU): risultati preliminari del biomonitoraggio umano.

Daniela Nuvolone[1], Cristina Aprea[2], Gianfranco Sciarra[2], Francesco Cipriani[1], Silvano Bertelloni[3], Stefano Pieroni[4], Ida Aragona[4]

[1]Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze; [2]Laboratorio di Sanità Pubblica, AUSL Siena; [3]Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana, Pisa; [4]Dipartimento di Prevenzione e Igiene Pubblica, AUSL Viareggio

INTRODUZIONE: da ottobre 2014 il comune di Pietrasanta ha emesso divieti di utilizzo dell'acqua potabile in alcune zone del territorio comunale per il riscontro occasionale di livelli di tallio (Tl) superiori al limite EPA di 2 µg/l. Per la sua rarità in natura, il Tl non rientra nei parametri di controllo per la potabilità delle acque. Pochissimi sono gli studi epidemiologici sugli effetti sanitari sull'uomo, limitati perlopiù ai casi di intossicazione per esposizioni ad alte dosi. L'esposizione è cessata quando il gestore dell'acquedotto ha escluso la sorgente di approvvigionamento contaminata e sostituito parzialmente le tubature della rete di distribuzione. Per verificare l'entità dell'esposizione e gli effetti sanitari sulla popolazione, è stato organizzato uno studio epidemiologico.

OBIETTIVI: valutare l'esposizione al Tl negli abitanti del comune di Pietrasanta interessati dalla contaminazione di acqua potabile con tale metallo.

METODI: sono state condotte in tempi diversi delle campagne di biomonitoraggio umano, mediante la determinazione dei livelli di tallio nelle urine (metodo ICP/MS). Sono stati previsti 2 campionamenti: uno entro 30 giorni dalla data di emissione dell'ordinanza di divieto d'uso dell'acqua (campionamento A), il secondo a circa due mesi di distanza (campionamento B). L'86% dei partecipanti ha effettuato entrambi i campioni. Un'ulteriore quota di campioni si è aggiunta nei mesi successivi alla prima ordinanza di divieto. Oltre ad un campione di controllo, come valori di riferimento sono stati adottati quelli della Società Italiana Valori di Riferimento (SIVR).

RISULTATI: ad oggi sono stati analizzati 637 campioni di urine del campionamento A e 700 campioni del campionamento B (circa il 17% degli abitanti dell'area contaminata). La media geometrica del campione A è 0.42 µg/l (min-max: 0.005-8.96 µg/l). Coerentemente con la cessazione dell'esposizione, nel campionamento B è stata rilevata una riduzione dei valori urinari di Tl (0.29 µg/l; min-max: 0.005-5.44 µg/l). Il 42,5% dei campioni nel gruppo A ed il 20,9% di quelli del gruppo B, presenta concentrazioni di Tl maggiori di 0.5 µg/l (95° percentile dei valori di Tl della popolazione SIVR, 2011). È stata osservata una correlazione diretta tra i livelli urinari di Tl e i valori del metallo nell'acqua potabile delle varie aree interessate.

CONCLUSIONI: la popolazione di Pietrasanta esposta al Tl presenta valori urinari di tale metallo mediamente superiori a quelli di riferimento. Sebbene livelli urinari di Tl inferiori a 5 µg/l non siano ritenuti probabile causa di effetti significativi sulla salute (revisione OMS, 1996) e la maggioranza della popolazione di Pietrasanta presenti valori medi al di sotto di tale valore, la rarità di studi sul Tl impone la massima cautela e un accurato follow-up degli abitanti dell'area interessata all'esposizione. Lo studio a Pietrasanta fornirà un contributo innovativo sulle conoscenze degli effetti sanitari di esposizioni croniche a Tl.

daniela.nuvolone@ars.toscana.it

210 - poster

Valutazione dell'uso delle SDO per l'integrazione del Registro Regionale Malformazioni Congenite della Sicilia

Gaspare Drago[1], Elisa Tavormina[1,2], Giovanna Fantaci[1,2], Fabio Cibella[1], Gabriella Dardanoni[2]

[1]Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Biomedicina e Immunologia Molecolare - Palermo;
[2]Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico – Assessorato Salute Regione Siciliana

Introduzione I Registri delle Malformazioni Congenite (RMC) rappresentano un fondamentale strumento sia ai fini della sorveglianza e della prevenzione delle malformazioni congenite che per la valutazione e la programmazione sanitaria. La capacità dei RMC di identificare tutti i casi in modo coerente e standardizzato è un requisito fondamentale per effettuare studi epidemiologici ed eziologici. In tale contesto il flusso regionale dei dati SDO può rappresentare uno strumento utile per l'integrazione dei dati del Registro riguardanti le malformazioni congenite diagnosticate dalla nascita fino al primo anno di vita.

Obiettivi Scopo del presente studio è la valutazione della congruenza tra i dati registrati da SDO e la notifica dei casi al Registro Siciliano delle Malformazioni Congenite (RSMC).

Metodi Mediante l'utilizzo di un algoritmo di selezione (Astolfi et al, 2013) le SDO con codice ICD9-CM 740.0-759.9 sono state suddivise in: Escluse (malformazioni minori), Valide e Da Valutare. Ai 59 centri che nella Regione avevano ricoverato malformazioni sono state richieste le cartelle cliniche relative a tutti i casi Da Valutare, e a un campione di quelle Valide. Le cartelle cliniche sottoposte a verifica sono state valutate per la presenza di errori anagrafici (che impedissero il linkage con i casi del Registro), congruità tra esami diagnostici effettuati e diagnosi di dimissione, completezza delle informazioni in merito alla diagnosi e adeguatezza della codifica ICD9-CM. Complessivamente sono state sottoposte a verifica 4.050 cartelle cliniche per il periodo 2009/2013, tuttavia sono state prese in considerazione solo 1.410 cartelle cliniche (1.099 relative a SDO Da Valutare e 311 a SDO Valide) del biennio 2012/2013 per la migliore copertura dei dati, in quanto più difficile recuperare in archivio i vecchi casi.

Risultati Mediante algoritmo sono stati identificati dalle SDO 8.110 casi ricoverati tra il 2009 e il 2013 in strutture del territorio siciliano; di questi il 20% è stato escluso perché riguardante malformazioni minori, il 30% è risultato Valido e il 49% Da Valutare. Sono state rese disponibili per la verifica il 79% delle cartelle esitate come Da Valutare ed il 59% di quelle Valide. Il 43% delle SDO Valide è stato ritrovato già segnalato al Registro contro il 32% delle SDO Da Valutare. La verifica della cartella clinica, escludendo i dati relativi ai casi già linkati al Registro, ha mostrato che il 96% delle SDO esitate come Valide sono casi effettivamente da registrare, mentre fra le SDO esitate come Da Valutare l'88% sono casi da registrare e il 4% non sono valutabili. Considerando il totale delle SDO, linkate al Registro e non linkate, il 98% delle SDO Valide ed il 90% delle SDO Da Valutare sono casi da registrare.

Conclusioni L'utilizzo delle informazioni provenienti dal flusso dati SDO fornisce un potente strumento per una integrazione di dati funzionale al RSMC.

gabriella.dardanoni@regione.sicilia.it

211 - poster

I sistemi nazionali di sorveglianza dei casi di mesotelioma e un'analisi comparativa di mortalità e incidenza

Pierpaolo Ferrante[1], Alessandra Binazzi[1], Marisa Corfiati[1], Marina Mastrantonio[2], Raffaella Uccelli[2], Claudia Branchi[1], Alessandro Marinaccio[1].

[1]Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL), Dipartimento di medicina, epidemiologia e igiene del lavoro e ambientale, laboratorio di epidemiologia occupazionale e ambientale, Roma, Italia; [2]Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA), Roma, Italia.

INTRODUZIONE In molti Paesi del mondo il consumo di amianto è ancora estremamente rilevante nonostante siano noti i danni indotti dall'inalazione delle sue fibre. Per la lunga latenza, anche nei paesi dove è stato bandito (come in Italia) è oggi in corso un'epidemia di malattie asbesto correlate.

OBIETTIVI Questo studio ha per obiettivi la descrizione dei sistemi di sorveglianza dei mesoteliomi maligni (MM) attivi nel mondo ed il confronto dei dati disponibili in Italia sull'incidenza e la mortalità.

METODI E' stata condotta una revisione bibliografica della letteratura disponibile sui sistemi di sorveglianza epidemiologica dei MM attivi nel mondo ed un'analisi comparativa fra i dati dei decessi (di fonte ISTAT) e dei casi incidenti per MM (rilevati dalla rete del registro nazionale dei Mesoteliomi, ReNaM) nel periodo (2003,2006-2008), anni di sovrapponibilità dei due sistemi di registrazione ed in cui l'adozione della X versione del sistema internazionale di codifica dei decessi (ICD) consente di distinguere il MM (C45.0) dal tumore della pleura (C38.4).

RISULTATI In Italia, Francia, Australia e Corea del Sud sono presenti sistemi di sorveglianza epidemiologica con ricerca attiva e ricostruzione individuale anamnestica dell'esposizione ad amianto tramite un questionario standard; in Olanda, Germania, Nuova Zelanda le esperienze si basano sulle richieste di riconoscimento di malattia professionale e/o sulle segnalazioni spontanee, mentre nel Regno Unito sulla registrazione dei decessi per causa. Pur non disponendo di specifici registri sull'incidenza del MM, i Paesi Scandinavi presentano un sistema efficace di connessione dei dati censuari con i registri tumori su tutto il territorio nazionale e negli Stati Uniti, oltre ai registri di mortalità per causa specifica, è attivo un sistema di indagine campionaria dei casi incidenti. Nei paesi dove l'amianto è correntemente usato (Cina, India, ex Unione Sovietica) è assente ogni attività di registrazione sistematica degli effetti. Il numero di decessi per MM è vicino a quello dei casi incidenti di MM con diagnosi certa, mentre l'ordine di grandezza dei decessi per tumore della pleura "non MM" è lo stesso dei casi incidenti con minore livello di certezza diagnostica.

CONCLUSIONI: I sistemi di sorveglianza epidemiologica dei casi di MM attualmente attivi risultano poco omogenei per finalità e metodi di ricerca. I Paesi ancora consumatori di amianto tendono a evitare forme di sorveglianza sistematica degli effetti sulla salute. L'analisi comparativa tra i casi incidenti con minore livello di certezza diagnostica e i decessi per tumore della pleura "non MM" suggerisce estrema cautela nell'escludere che tali decessi siano in realtà casi per i quali l'età avanzata e le condizioni di salute abbiano impedito l'approfondimento diagnostico e depone per la necessità di analisi epidemiologica della loro distribuzione spazio-temporale.

pierpaolo.ferrante.74@gmail.com

212 - orale

ANALISI GEOGRAFICA DELL'INCIDENZA DI TUMORI INFANTILI NELLE PROVINCE DI FIRENZE E PRATO*

Autori : Giorgia Stoppa[1], Dolores Catelan[5,3], Lucia Miligi[1], Annibale Biggeri[5,3], Lorenzo Cecconi[5], Laura Grisotto[5,3], Sara Piro[1], Emanuele Crocetti[2,4], Gianfranco Manneschi[2], Alessandro Barchielli[2]

[1]SS di Epidemiologia ambientale ed Occupazionale , ISPO- Istituto per lo studio e la prevenzione Oncologica, Firenze; [2]SS Infrastruttura registri-Registro Tumori Toscano, ISPO Istituto per lo studio e la prevenzione Oncologica, Firenze;[3]SC di Biostatistica , ISPO Istituto per lo studio e la prevenzione Oncologica, Firenze; [4]AIRTUM; [5]Dipartimento di Statistica,Informatica, Applicazioni "G.Parenti", Università degli studi di Firenze

Introduzione: I tumori infantili nel loro complesso sono una patologia rara in età pediatrica, tra questi le leucemie sono i più comuni. Le conoscenze sull'eziologia ed i fattori di rischio sono ancora limitate e il presentarsi di anche solo una coppia di tumori infantili è fonte di preoccupazione nelle comunità in particolare per la possibilità che siano implicate esposizioni ambientali. Atlanti di incidenza o prevalenza di queste patologie sono stati pubblicati ma la variabilità geografica e temporale di queste patologie resta ancora poco chiarita nella comunità scientifica.

Obiettivi: Obiettivo di questo studio è lo studio della variabilità spaziale dei tumori infantili nell' area coperta dal Registro Tumori Toscano (RTT), provincia di Firenze e di Prato.

Metodi: Si sono considerati i casi incidenti del Registro Tumori Toscano per il periodo 1997-2006 nei 51 comuni delle province di Firenze e Prato per le classi di età 0-19 anni. Per la suddivisione delle singole sedi e morfologie tumorali è stata utilizzata la classificazione internazionale per i tumori infantili (ICCC-3) e la transcodifica è stata effettuata utilizzando i codici morfologici e topografici da ICD-O-3 in uso presso il Registro Tumori. Sono stati calcolati i rapporti standardizzati d'incidenza (SIR). Il numero di casi attesi è stato calcolato seguendo la standardizzazione interna indiretta e classificando la popolazione in 4 classi d'età (0-4, 5-9,10-14,15-19). La variabilità campionaria è stata filtrata specificando una serie di modelli Bayesiani gerarchici: il modello Poisson Gamma e il modello di Besag York and Mollié (BYM). Abbiamo utilizzato i rischi relativi a posteriori e la probabilità a posteriori di essere in eccesso rispetto alla media delle due provincie per produrre una serie di mappe cartografiche. Risultati: Soffermandoci su tutte le cause nel periodo in studio sono stati osservati 295 casi nei maschi e 255 nelle femmine. Le mappe evidenziano un certo eccesso di rischio per i residenti nel comune di Firenze la cui interpretazione è difficile e potrebbe anche essere legata a problemi di copertura della registrazione. I modelli con componente spazialmente strutturata (BYM) sono fortemente influenzati dalle assunzioni a priori e introducono un indebito trend spaziale in situazioni come questa con dati fortemente sparsi.

Conclusioni Questo è il primo lavoro di rappresentazione cartografica dell'incidenza dei tumori infantili con i dati del Registro Toscano Tumori. Le analisi suggeriscono un problema di copertura del registro per i non residenti nel comune di Firenze.

** Questo lavoro ha ricevuto un finanziamento dall'Istituto Toscano Tumori nell' ambito del Grant Proposal 2010*

g.stoppa@ispo.toscana.it

213 - orale

Il ruolo della discriminazione sul lavoro e dell'integrazione sociale sullo stato di salute mentale percepito dagli immigrati in Italia

Anteo Di Napoli[1], Donatella Mandolini[1], Alessandra Rossi[1], Rosaria Gatta[1], Gianfranco Costanzo[1], Monica Perez[2], Alessio Petrelli[1]

[1]Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); [2]Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)

Introduzione L'INMP e l'ISTAT hanno avviato una collaborazione per studiare lo stato di salute della popolazione immigrata residente in Italia. La presenza di cittadini stranieri residenti in Italia è aumentata durante l'ultimo decennio, raggiungendo oltre 5 milioni di persone nel 2015 (8,3% dei residenti). L'impatto del fenomeno sull'integrazione sociale, in particolare sui luoghi di lavoro, necessita pertanto di essere approfondito. L'effetto della discriminazione sulla salute fisica e mentale non è stato ancora ben documentato.

Obiettivi Il presente studio si propone di indagare l'effetto di eventuali discriminazioni sul luogo di lavoro e del livello di integrazione sullo stato di salute mentale percepito tra la popolazione immigrata residente in Italia.

Metodi Lo studio è stato condotto sulla popolazione straniera residente a partire dai risultati dell'indagine "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" dell'ISTAT (2011-2012), su un campione di oltre 20 mila stranieri, di cui circa 16.000 nella fascia di età 14-64 anni residenti in Italia. L'indagine raccoglie informazioni su variabili demografiche e socioeconomiche, percorso migratorio, discriminazione, integrazione, storia lavorativa, stato di salute, utilizzo dei servizi sanitari, ecc. Lo stato di salute mentale percepito è stato misurato attraverso il "Mental Component Summary" (MCS) del questionario SF-12, trasformato in una variabile dicotomica scegliendo il decimo percentile del MCS come valore soglia e usato come esito in tre diversi modelli logistici multivariati. Le variabili considerate come determinanti nei tre modelli sono state: discriminazione sul lavoro, senso di solitudine in Italia, elevato livello di soddisfazione per la propria vita (punteggio superiore a 7 su una scala da 0 a10). Età, genere, titolo di studio, cittadinanza, durata della permanenza in Italia, sono stati considerati potenziali confondenti.

Risultati L'età media nella fascia di età 14-64 è di 36,8 anni (DS=11,7), il 44,6% sono maschi, il 15,2% possiede un basso titolo di studio. La durata mediana della permanenza in Italia risulta pari a 10 anni (RIQ:6-14). Il continente di origine: Europa (60,7%), Africa (18,8%), Asia (13,8%), America (6,7%). I modelli evidenziano una probabilità più alta di un cattivo stato di salute mentale percepito tra gli immigrati che hanno dichiarato di aver subito discriminazioni sul lavoro (OR=2,02; IC95%=1,77-2,30), tra quelli che hanno indicato di sentirsi soli in Italia (OR=3,05; IC95%=2,71-3,44) e tra quelli che non indicano un elevato punteggio di soddisfazione per la propria vita (OR=2,72; IC95%=2,44-3,04).

Conclusioni Lo studio evidenzia che la discriminazione sul luogo di lavoro è fortemente associata a un cattivo stato di salute mentale percepito dai cittadini stranieri. Come atteso, riferire senso di solitudine e un basso livello di soddisfazione per la propria vita si associa a un cattiva percezione della propria salute mentale. È pertanto necessario promuovere e attuare non solo politiche di tutela dalle discriminazioni dei lavoratori, ma anche iniziative di inclusione sociale per favorire l'integrazione degli stranieri che vivono in Italia.

dinapoli@inmp.it

214 - orale

Depressione post partum: chi è a rischio? Analisi di una coorte di neomadri in ASL Milano 1

Maria Elena Gattoni[1,2], Laura Andreoni[1] e Antonio Giampiero Russo[1]

[1]Osservatorio Epidemiologico e Registri Specializzati ASL MI 1; [2]Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano

Introduzione: Gli studi presenti in letteratura hanno riscontrato un tasso di incidenza di depressione post partum (DPP) molto variabile, dallo 0,5 al 60%. Ciò è dovuto principalmente a tre fattori: i differenti contesti culturali, l'utilizzo di differenti metodologie di ricerca e la mancata distinzione fra la depressione post partum vera e propria e una forma molto meno grave chiamata baby blues.

Obiettivi: scopo dello studio è stato stimare l'incidenza della depressione post partum in una popolazione di una ASL della provincia di Milano ed identificarne i principali fattori di rischio.

Metodi: la coorte è costituita da 8.477 donne che hanno partorito nel territorio di ASL Milano 1 nell'anno 2012. I dati sulle partorienti sono desunti dal flusso CEDAP e sono stati incrociati con le informazioni contenute nella Banca Dati del Disagio Psichico, basata sull' utilizzo integrato dei flussi informativi sanitari. L'associazione tra DPP e i fattori di rischio considerati è stata stimata mediante modelli di regressione logistica.

Risultati: Il 5,8% delle neomadri del campione ha sperimentato una DPP. Sono stati analizzati in univariata i potenziali fattori di rischio, aggiustati per età materna, afferenti a tre aree principali: caratteristiche socio-economiche del nucleo famigliare, andamento della gravidanza/parto e condizioni del neonato. L'età materna > 35 anni (OR 1,28), nazionalità italiana (1,28), stato civile di separata/divorziata/vedova (2,29), presenza di una elevata differenza di età con il partner (1,27), essere disoccupata (1,47), partner con basso livello di scolarizzazione (1,42) o con lavoro poco qualificato (1,39) sono i principali fattori di rischio. Un elevato livello di istruzione materno (0,70) e di status lavorativo (0,66) rappresentano, invece, fattori protettivi.

Un parto gemellare (1,62), operativo (1,24), un decorso di gestazione patologico (1,41), un neonato non vitale (5,17), sottopeso (1,52) o prematuro (1,39) costituiscono ulteriori fattori di rischio da considerare.

Utilizzando un modello di regressione logistica multivariata i predittori indipendenti significativamente associati sono: l'età >35 anni (OR 1,24; IC95% 0,99-1,57), stato civile di separata/divorziata/vedova (2,47; 1,59-3,84), un partner con un lavoro poco qualificato (1,74; 1,32-2,30), un elevato status lavorativo materno (0,62; 0,41-0,94), un bambino non vitale (5,77; 1,77-18,73) e avere un parto operativo (1,25; 0,99-1,57).

Conclusioni: La DPP ha pesanti ricadute non solo sulla salute della donna, ma anche sui figli e sul partner, costituendo motivo di sofferenza per tutto il nucleo familiare. Per potere implementare programmi di screening e progetti di prevenzione primaria e secondaria è fondamentale innanzitutto stimare la dimensione del fenomeno e valutare quali caratteristiche, nel nostro territorio e nella nostra cultura, costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo di DPP, in particolare delle forme più gravi.

dott.meg@gmail.com

215 - poster

L'ATLANTE REGIONALE DEI TUMORI IN SICILIA – INCIDENZA ANNI 2003-2011.

Usticano A.[1], gruppo dei referenti dei Registri Tumori della Sicilia[2]; Dardanoni G.[1], Scondotto S.[1]

[1]Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Assessorato della Salute Regione Siciliana; [2]Candela G.; Contino M.L.; Madeddu A.; Sciacca S.; Traina A.; Tumino R.; Vitale F.

Introduzione La Regione Siciliana ha costituito la Rete Siciliana dei Registri Tumori (L.R. 8 febbraio 2007, n. 2) che si avvale dei registri , accreditati presso l'AIRTUM, di Palermo, Ragusa, Siracusa, Trapani e Catania-Messina. Le restanti province sono attribuite ai Registri territorialmente attigui già riconosciuti: la provincia di Agrigento al Registro di Trapani, la provincia di Caltanissetta al Registro di Ragusa, la provincia di Enna al Registro di Catania.

Obiettivi Aggiornamento dei dati di incidenza della Rete Siciliana dei Registri tumori con riferimento al periodo 2003-2011 e pubblicazione dei nuovi dati sull'Atlante Sanitario della Sicilia e sul S.I.R.I.E.

Metodi Si è effettuato l'aggiornamento del database , al fine di elaborare analisi di incidenza, prevalenza, mortalità e sopravvivenza e fare confronti a livello comunale, distrettuale, provinciale, regionale e nazionale. Sono stati considerati tutti i casi incidenti registrati tra il 2003 e il 2011 dai Registri Tumori Siciliani, che hanno contribuito per i propri anni di copertura della registrazione. Sono stati calcolati: numero medio annuale dei casi, tasso grezzo, rischio cumulativo a 0-74 anni, tassi specifici per età, tassi standardizzati sulla popolazione europea e il corrispondente intervallo di confidenza al 95.

Risultati I nuovi casi di tumore maligno, escluso la cute non melanomi, registrati dai Registri Tumori attivi in Sicilia nel periodo 2003-2011 sono risultati 174.153, 94.291 fra gli uomini (54,1%) e 79.862 fra le donne (45,9%). Tra gli uomini le sedi tumorali più frequenti sono: prostata (15.904 nuovi casi pari al 16,9% di tutti i tumori), polmone (14.754 casi, con il 15,6%), vescica (12.659 casi, con il 13,4%) e colon-retto (12.251 casi, 13,0%). Per le donne le sedi tumorali più frequenti risultano: mammella (22.904 nuove diagnosi ed una percentuale del 28,7%), colon-retto (10.632 casi, 13,3%) e tiroide (5.292 casi, 6,6%). I tassi standardizzati su base europea per tutti i tumori escluso la cute non melanoma mostrano valori più elevati tra gli uomini (397,1 su 100.000) rispetto alle donne (304,9 su 100.000).

Conclusioni: L'Atlante regionale oncologico ha lo scopo di descrivere con elevato livello di dettaglio la distribuzione geografica dei principali indicatori di impatto dei tumori su una ampia popolazione e permette di effettuare confronti tra aree differenti dell'Isola. L'incidenza della patologia neoplastica nell'insieme delle aree coperte e nel periodo di osservazione rimane ancora al di sotto della media nazionale.

antonella.usticano@gmail.com

216 - poster

L'INCIDENZA DEI TUMORI NEI SIN DELLA SICILIA

Usticano A.[1], gruppo dei referenti dei Registri Tumori della Sicilia[2]; A. Cernigliaro[1], Dardanoni G.[1], Scondotto S.[1]

[1]Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Assessorato della Salute Regione Siciliana; [2]Candela G.; Contrino M.L.; Madeddu A.; Sciacca S.; Traina A.; Tumino R.; Vitale F.

Introduzione In Sicilia sono stati individuati quattro Siti di Interesse Nazionale (SIN): Augusta-Priolo, Gela, Milazzo e Biancavilla. Negli ultimi anni la sorveglianza epidemiologica in questi siti è andata intensificandosi al fine di migliorare la prevenzione, la diagnosi e la cura delle patologie associate agli inquinanti. Diversi studi epidemiologici hanno evidenziato un'associazione tra esposizione alla pressione ambientale in questi siti ed alterazione delle condizioni di salute. E' in atto in Sicilia un Programma Straordinario di interventi sanitari nelle aree a rischio ambientale che prevede il potenziamento della sorveglianza epidemiologica attraverso il ricorso alla base dati Regionale dei Registri Tumori.

Obiettivi Descrivere l'incidenza dei tumori nelle popolazioni residenti nei comuni della Sicilia ricompresi nei SIN per integrare la valutazione del relativo profilo di salute.

Metodi La base-dati della Rete Siciliana dei Registri Tumori è stata aggiornata con i dati di incidenza per il periodo 2003-2011. Sono stati eseguiti due livelli di confronto: con i comuni delle aree limitrofe e con la Regione. Sono stati calcolati i rapporti standardizzati di incidenza (SIR) e il corrispondente intervallo di confidenza al 95%, stratificando per genere e causa nel confronto locale. Nel confronto con la Regione si è tenuto conto anche del nuovo indice di deprivazione costruito su base comunale considerando i dati dell'ultimo censimento ISTAT disponibile.

Risultati Il SIN di Biancavilla, nel confronto locale, mostra eccessi d'incidenza per Mesotelioma negli uomini (SIR 479,10) e soprattutto nelle donne (SIR 1162,06) e, solo negli uomini, per il tumore maligno della Pleura (SIR 615,26). Nel SIN di Gela si evidenzia un eccesso di incidenza negli uomini nel confronto locale, sia per il tumore dello Stomaco (SIR 132,25) che per il tumore di Trachea, Bronchi e Polmone (SIR 116,31). Per le donne si evidenzia l'eccesso solo per il tumore dell'Ovaio (SIR 141,68). Nel SIN di Milazzo il confronto locale mostra negli uomini eccessi d'incidenza per Mesotelioma (SIR 1119,14) e per Sarcoma di Kaposi (SIR 414,80). Per le donne si evidenziano eccessi d'incidenza per Tutti i tumori (escluso la cute) (SIR 113,08), Colon-retto (SIR 127,73), Trachea, Bronchi e Polmone (SIR 192,50) e Mammella (SIR 124,93). Infine a Priolo si osservano eccessi negli uomini per Tutti i tumori (SIR 107,31), Melanoma della pelle (SIR 168,31), Mesotelioma (SIR 373,65), Prostata (SIR 119,32) ed infine per Linfoma di Hodgkin (SIR 178,82). Mentre per le donne si registrano eccessi di incidenza per il tumore del Fegato e delle Vie Biliari (SIR 143,06), Mesotelioma (SIR 1959,12) e Linfoma di Hodgkin (SIR 123,32).

Conclusioni I dati d'incidenza rilevati attraverso la base dati Regionale dei Registri Tumori confermano il particolare impatto di alcune categorie diagnostiche nei SIN della Sicilia. L'analisi condotta anche su riferimento locale fornisce un ulteriore e innovativo confronto su base regionale.

antonella.usticano@gmail.com

217 - poster

Quanto sono utilizzati in Italia i farmaci biosimilari? Uno studio retrospettivo sull'uso degli agenti stimolanti l'eritropoiesi negli anni 2009-2013

Ylenia Ingrasciotta[1], Francesco Giorgianni[1], Jenny Bolcato[2], Alessandro Chinellato[2], Roberta Pirolo[2], Daniele Ugo Tari[3], Chiara Troncone[3], Andrea Fontana[4], Valentina Ientile[1], Rosa Gini[5], Domenico Santoro[1], Mariacarmela Santarpia[6], Armando Genazzani[7], Ilaria Uomo[8], Maurizio Pastorello[8], Walter Sebastiano Pollina Addario[9], Salvatore Scondotto[9], Pasquale Cananzi[10], Achille Patrizio Caputi[1], Gianluca Trifirò[1]

[1]Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Università di Messina, Messina; [2]Servizio farmaceutico, ULSS9, Treviso; [3]ASL Caserta-1, Caserta; [4]Unità di Biostatistica, IRCCS ''Casa Sollievo della Sofferenza'', San Giovanni Rotondo, FG; [5]Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze; [6]Oncologia medica, Dipartimento di Patologia Umana, Università di Messina, Messina; [7]Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Università ''A. Avogadro'', Novara; [8]Dipartimento di Farmacia, ASL Palermo, Palermo; [9]Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana, Palermo; [10]Centro Regionale Siciliano di Farmacovigilanza, Servizio 7-Farmaceutica, Assessorato della Salute, Regione Siciliana, Palermo

INTRODUZIONE L'alto costo dei farmaci, in particolare biologici, è un tema critico per la sostenibilità dei sistemi sanitari universali. Una volta che scade il brevetto di un farmaco biologico, possono essere sviluppati e testati i farmaci biosimilari, che possono essere introdotti nel mercato dopo l'approvazione delle agenzie regolatorie sulla base di studi comparativi. Nel 2007 i primi biosimilari degli agenti stimolanti l'eritropoiesi (ESA) sono stati approvati nell'Unione Europea.

OBIETTIVI Esplorare i pattern prescrittivi di ESA in quattro ampie aree geografiche italiane, dove sono stati attuati diversi interventi di politica sanitaria per promuovere l'uso dei farmaci biosimilari nell'uso corrente.

METODI E' stato condotto uno studio retrospettivo di farmacoutilizzazione, sugli anni 2009–2013. Le fonti dati erano i sistemi informativi sanitari della regione Toscana e delle aziende sanitarie locali (ASL) di Caserta, Palermo, e Treviso. Sono stati calcolati la tipologia, la prevalenza d'uso e i pattern di switching tra i diversi ESA (biosimilari e prodotti di riferimento), stratificati per indicazione d'uso, nel tempo e nei diversi centri.

RISULTATI Complessivamente 49.491 pazienti sono stati trattati con ESA nei quattro centri nel periodo in studio. Di questi, 41.286 pazienti (83.4%) erano nuovi utilizzatori. La prevalenza d'uso di ESA è cresciuta dal 2,9 al 3,4 per 1000 abitanti negli anni 2009–2011, ma è poi diminuita (3,0 per 1000 nel 2013). La proporzione di utilizzatori di biosimilari è cresciuta dall'1,8% nel 2010 al 33,6% nel 2013, con aumenti più evidenti a Treviso (da 0.0 a 45.0%) e Toscana (da 0,7 a 37,6%) che a Caserta (da 7,5 a 22,9%) e Palermo (da 0,0 a 27,7%). Durante il primo anno di terapia si verificava frequentemente lo switch tra i diversi ESA (17,0%), molto più frequentemente verso il prodotto di riferimento piuttosto che verso il biosimilare.

CONCLUSIONI Complessivamente la prevalenza d'uso di ESA è lievemente diminuita negli anni in studio, mentre l'uso degli ESA biosimilari, specialmente nei nuovi utilizzatori, è cresciuto in modo significativo, anche se in modo eterogeneo tra le quattro aree geografiche in studio. Il frequente fenomeno dello switch può condizionare l'efficacia della farmacovigilanza. Sono necessarie nuove strategie per favorire la penetrazione nel mercato di nuovi farmaci a costi ridotti, come i biosimilari, ed è importante individuare le politiche sanitarie più efficaci nel ridurre la spesa farmaceutica e ottimizzare i benefici dei pazienti in tutte le regioni.

rosa.gini@ars.toscana.it

218 - poster

Latte materno: il buon inizio della sana alimentazione. A che punto siamo in Italia?

Luisa Mondo[d], Adriano Cattaneo[a], Roberta Crialesi[b], Lisa Francovich[b],Lidia Gargiulo[b], Angela Giusti[c], Laura Iannucci[b], Raffaella Rusciani[d]

[a)] Epidemiologo; [b)] Istat- Direzione delle statistiche sociali e ambientali- SAN; [c)] ISS-Cnesps; [d)] Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASLTO3

INTRODUZIONE L'allattamento è fondamentale per la salute a breve e lungo termine del bambino, della madre, della società e dell'ambiente. Nella Strategia Globale per l'Alimentazione di Lattanti e Bambini dell'OMS (2002) si raccomanda l'allattamento esclusivo fino a 6 mesi e continuato fino a 2 anni e oltre.

OBIETTIVI Analizzare i determinanti del mancato allattamento ed evidenziare le differenze nella durata media ed esclusività in base alle caratteristiche socio demografiche e di assistenza post-partum.

Presentare i principali indicatori relativi all'allattamento in Italia, calcolati per la prima volta secondo le definizioni OMS, idonei al confronto internazionale.

METODI Analisi dei dati dell'indagine campionaria ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (2012-2013). Alle domande sull'allattamento ha risposto un campione di 4900 donne che hanno avuto un figlio nei 6 anni precedenti la data dell'intervista, distribuite su tutto il territorio nazionale. I risultati sono analizzati per cittadinanza, titolo di studio, età e residenza ripartizione geografiche tramite modelli logistici multivariati, basati su quesiti di tipo retrospettivo. Per i confronti internazionali sono stati usati indicatori calcolati secondo le definizioni OMS.

RISULTATI L'85,5% delle intervistate allattano o hanno allattato. Si tratta principalmente di donne con titolo di studio medio alto, straniere, residenti al Nord e Centro, che hanno partorito con parto spontaneo, che attaccano precocemente al seno e possono tenere in camera il neonato durante il ricovero senza somministrazione di altri alimenti. L'allattamento esclusivo per i primi 6 mesi di vita mostra livelli ancora contenuti: la prevalenza si attesta al 42,7% La durata media dell'allattamento esclusivo è di 4,1 mesi L'allattamento sia esclusivo esclusivo che misto termina più precocemente in donne italiane, sottoposte a taglio cesareo e che hanno attaccato più tardivamente al seno neonati che hanno assunto invece latte artificiale o glucosata.

Attualmente l'Italia è l'unico paese dell'Unione Europea a potersi confrontare a livello internazionale situandosi in una posizione intermedia tra paesi in la maggior parte delle donna allatta e quelli in cui si osservano i tassi più bassi.

CONCLUSIONI Per il buon avvio dell'allattamento occorre incrementare la percentuale di donne che allattano fin dalla prima ora (evitando somministrazione di altri alimenti). Per il suo proseguimento sono importanti iniziative di protezione, promozione e sostegno (tutela delle mamme lavoratrici, corretta informazione indipendente da interessi commerciali, gruppi di auto mutuo aiuto e punti di sostegno presso i consultori).

luisa.mondo@epi.piemonte.it

219 - orale

ESITI AVVERSI RIPRODUTTIVI DA CEDAP NEI SITI DI INTERESSE NAZIONALE PER LE BONIFICHE: IL PROGETTO RISCRIPRO-SENTIERI

Fabrizio Minichilli[1], Michele Santoro[1], Sonia Marrucci[2], Gianni Astolfi[3], Achille Cernigliaro[4], Paolo Contiero[5], Gabriella Dardanoni[4], Vanda Pironi[6], Paolo Ricci[6], Gioacchino Scarano[7], Fabrizio Bianchi[1,2] e il Riscripro-Sentieri Working Group

[1]Unità di Epidemiologia Ambientale e Registri di patologia, IFC-CNR, Pisa; [2]Fondazione Toscana G. Monasterio, Pisa; [3]Registro IMER - Dipartimento di Scienze biomediche e chirurgico specialistiche dell'Università di Ferrara; [4]Osservatorio Epidemiologico Regione Siciliana; [5]Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; [6]Osservatorio Epidemiologico ASL di Mantova; [7]Registro Campano dei Difetti Congeniti

INTRODUZIONE Il Progetto "RISCRIPRO-SENTIERI" finanziato dal CCM del Ministero della Salute ha valutato a livello nazionale e in modo standardizzato la salute riproduttiva in alcuni Siti di Interesse Nazionale per la bonifica (SIN). Tra gli Esiti Avversi della Riproduzione (EAR) che rappresentano una importante fonte conoscitiva per la sorveglianza epidemiologica di eventi a breve termine, oltre alle malformazioni congenite (MC), sono da annoverare il Basso Peso alla nascita (BP), le Nascite Pretermine (NP), i nati con basso peso per età gestazionale - Small for Gestional Age (SGA).

OBIETTIVO Stimare i rischi aggiustati per covariate materne di BSP, NP, SGA in alcuni SIN rispetto alla Regione/ASL di appartenenza.

METODI Sono stati analizzati 13 SIN dislocati nel territorio nazionale e con disponibilità degli archivi CedAP. Il numero medio annuo di nati analizzati nel periodo 2004-2013 è stato di 182.906 (34% della media nazionale). Le analisi di ogni indicatore di EAR sono state svolte separatamente per ciascun SIN. L'associazione di rischio tra EAR e residenza nel SIN è stata valutata mediante Odds Ratio (OR) aggiustato per variabili considerate dalla letteratura come fattori di rischio di EAR (Ordine di gravidanza, Sesso, Titolo di studio, Origine della madre, Età materna).

RISULTATI Per gli EAR analizzati è stata evidenziata una eterogeneità (stimata tramite indice di Higgins I2) statisticamente significativa degli OR per SIN (ORNP: da 0,67 a 1,21; I2=78% p<0,001); ORSGA: da 0,79 a 1,19; I2=88% p<0,001; ORBP: da 0,72 a 1,24; I2=76% p<0,001). Dai risultati del periodo complessivo 2004-2013 e di quello più recente (2009-2013), si sono evidenziati alcuni SIN con un profilo di rischio più critico accomunati da presenza di impianti chimici/petrolchimici, raffinerie e area portuale: in un SIN si notano eccessi di BP (OR=1,24; IC90%:1,05-1,47), quest'ultimo in aumento nell'ultimo periodo (OR=1,30; IC90%:1,03-1,62), e di SGA (OR=1,12; IC90%: 1,03-1,21), eccesso che si riduce nel periodo più recente; in un SIN si evidenzia un eccesso di SGA (OR=1,19; IC90%:1,14-1,25) che aumenta nel periodo più recente (OR=1,39; IC90%:1,31-1,49); in un SIN si evidenziano eccessi di NP (OR=1,19; IC90%:1,11-1,27) che permane nel periodo di studio più recente, e di BP (OR=1,13; IC90%:1,02-1,24) che si riduce nel periodo più recente.

CONCLUSIONI Lo studio degli EAR nell'ambito del progetto RISCRIPRO ha completato il quadro descrittivo del profilo della salute riproduttiva della popolazione residente nei SIN, ha fornito indicazioni di possibile rilevanza eziologica da approfondire mediante studi epidemiologici in grado di ridurre i limiti metodologici degli studi descrittivi, e ha permesso di identificare alcuni SIN con maggiori priorità di approfondimento. In conclusione, RISCRIPRO rappresenta una base di partenza per l'attivazione di un sistema di sorveglianza della salute riproduttiva nei SIN in grado di identificare priorità per azioni di sanità pubblica.

minichilli@ifc.cnr.it

220 - poster

"Food Situations Questionary". Analisi della neofobia alimentare nell'infanzia.

Flavia Caturano, Alda Cosola e Andrea Nucera.

ASL TO3 PINEROLO – COLLEGNO (TO).

INTRODUZIONE. Il lavoro di ricerca è interessato a capire come si sviluppano le abitudini alimentari a partire dall'infanzia. Questo studio considera il comportamento alimentare come complesso e determinato da una serie di fattori: biologici, psicologici, contestuali e sociali. Si sostiene l'ipotesi che le abitudini alimentari possono essere fortemente influenzate dal contesto familiare e sociale in cui il bambino cresce e che il questionario "Food Situations Questionary", ideato e validato da R. Loewen e P. Pliner della Toronto University nei primi anni di questo secolo e tradotto e validato per la prima volta in Italia da A. Cosola e G. Paltrinieri, possa essere un valido strumento predittivo del comportamento alimentare durante l'età scolare nel contesto italiano. La scelta di soffermarsi sugli aspetti contestuali e sociali offre la possibilità di poter intervenire su questi fattori, ciò non potrebbe essere possibile sui fattori biologici-genetici.

OBIETTIVI. Supportare gli studi di prevenzione e promozione della salute già a partire dall'età evolutiva, attraverso una migliore comprensione dei fattori che incidono sulle scelte alimentari. Analizzare casi di studio nel contesto della regione Campania che presenta il più alto tasso di obesità infantile a livello europeo allo scopo di poter trarre elementi conoscitivi da un contesto particolarmente sensibile per poi implementarli in altri contesti nazionali.

METODI. Il questionario è stato somministrato ad un campione di 264 bambini, in una età compresa tra i sette e i nove anni, dell'Istituto D'Aosta Scura del Comune di Napoli. L'elaborazione statistica si è concentrata sull'analisi delle variabili: genere; età; contesto familiare e contesto sconosciuto.

RISULTATI. Il questionario attraverso l'analisi del comportamento neofobico alimentare ci ha permesso di capire che in determinate fasce di età e in determinati contesti i bambini risultavano più o meno neofobici. Il genere non è stato considerato significativo, mentre per l'età e il contesto, i bambini più piccoli (7-8 anni) risultavano meno neofobici in contesti familiari ma più neofobici in contesti sconosciuti, viceversa invece per i bambini più grandi (8-9 anni). Inoltre per poter capire questo tipo di "apprendimento alimentare", i dati sono stati correlati con le più recenti ricerche nel campo delle neuroscienze. A fronte di questa correlazione, si è riscontrata una possibile connessione tra il comportamento neofobico alimentare e lo sviluppo neuronale durante l'età evolutiva.

CONCLUSIONI. I risultati conseguiti confermano l'utilità dello strumento nel contesto di applicazione. Attualmente si sta svolgendo la medesima ricerca presso il Comune di Torino. Il gruppo di ricerca sta continuando a sviluppare l'approccio intrapreso.

In futuro è auspicabile capire se questi interventi realmente promuovono il mantenimento di comportamenti alimentari salutari e come rispondono altri tipi di contesti e culture.

caturanoflavia@yahoo.it

221 - poster

Confronto tra italiani e immigrati sui fattori associati alla prescrizione medica di una dieta

Alessandra Rossi[1], Anteo Di Napoli[1], Lidia Gargiulo[2], Gianfranco Costanzo[1], Alessio Petrelli[1]

[1]Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); [2]Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)

Introduzione È noto che un'alimentazione scorretta per apporto calorico, varietà e qualità di nutrienti sia predittiva dello sviluppo di numerose patologie croniche, cardiovascolari, metaboliche, cancro, nonché di rischio di morte precoce. Il 10% dei residenti in Italia è straniero, con stili di vita, anche in ambito alimentare, diversi dai nativi. L'INMP e l'ISTAT hanno avviato una collaborazione per studiare lo stato di salute della popolazione immigrata residente in Italia.

Obiettivi Il presente studio si proponeva di confrontare cittadini italiani e stranieri rispetto ad alcuni fattori associati alla prescrizione medica di una dieta.

Metodi È stato analizzato un campione di 10.290 persone residenti in Italia, (9.755 italiani e 535 stranieri) derivato dall'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT (2012-2013). Nel presente studio abbiamo valutato attraverso un modello logistico multivariato i fattori associati alla probabilità di seguire una dieta in seguito a prescrizione medica, assumendo come determinante la macroarea geografica di provenienza (rispetto all'Italia). Età, genere, classificazione dell'indice di massa corporea (sottopeso, normopeso, sovrappeso/obeso), motivo di prescrizione della dieta, area di residenza in Italia, erano i potenziali confondenti.

Risultati Nel campione analizzato, rispetto agli stranieri, più frequentemente gli italiani seguivano una dieta (12,6% vs. 8,3%) e avevano problemi di salute come suo motivo (62,2% vs. 56,2%). Gli italiani sovrappeso/obesi erano superiori agli stranieri (50.0% vs. 48.4%). Una dieta era stata prescritta da un medico tra gli italiani più che tra gli stranieri (52,6% vs. 47,1%). I risultati del modello logistico multivariato hanno mostrato maggiore probabilità di seguire una dieta per sovrappeso/obesità (OR=1,72; IC95%=1,57-1,88) e per problemi di salute (OR=3,15; IC95%=2,85-3,48). Si osservano inoltre differenze per macroarea di provenienza: rispetto agli italiani, si osserva una probabilità di seguire una dieta per prescrizione medica maggiore per i nord-africani (OR=1,57; IC95%=1,00-2,46) e minore per gli europei dell'est (OR=0,67; IC95%=0,51-0,87). Nessuna differenza si osserva invece confrontando tutti gli immigrati vs gli italiani (OR=0,91; IC95%=0,75-1,10).

Conclusioni Solo il 12% di persone dichiara di seguire una dieta, a fronte di una prevalenza di sovrappeso/obesità in Italia stimata intorno al 40%, secondo i dati del sistema di sorveglianza Passi. I risultati dello studio evidenziano che soprattutto fattori clinici (sovrappeso/obesità e problemi di salute) determinano la prescrizione medica di una dieta, indipendentemente dalla cittadinanza. Non sembrerebbero osservarsi sostanziali differenze tra italiani e stranieri nel ricevere indicazioni teoricamente appropriate sugli stili di vita alimentari. Tuttavia differenze si osservano per area di provenienza, ad esempio tra i nord-africani e gli europei dell'est.

alessandra.rossi84@gmail.com

223 - orale

Associazione tra esposizioni occupazionali ed ambientali e mortalità. Studio di coorte dei residenti nell'area industriale di Civitavecchia

Lisa Bauleo[(1)]; Carla Ancona[(1)]; Stefania Massari[(2)]; Chiara Antonucci[(1)]; Simone Bucci[(1)]; Roberto Sozzi[(3)]; Marina Davoli[(1)]; Francesco Forastiere[(1)].

[(1)] Dipartimento di Epidemiologia del SSR – Regione Lazio; [(2)] INAIL - Dipartimento di Medicina, Epidemiologia e Igiene del Lavoro e Ambientale; [(3)] Agenzia regionale per la Protezione Ambientale – Regione Lazio

Introduzione: l'area di Civitavecchia è stata caratterizzata fino agli anni '60 dalla presenza di diverse fonti di pressioni ambientale: tre centrali elettriche (due attualmente attive), un cementificio (chiuso) e un porto commerciale (funzionante). La valutazione dell'impatto della componente ambientale sulla salute è controverso in quanto è difficile separare gli effetti di emissioni di origine industriale, esposizione occupazionale e stato socioeconomico (SES).

Obiettivo: valutare l'effetto dell'esposizione occupazionale e dell'esposizione ad inquinanti di origine industriale sulla mortalità nella coorte dei residenti nell'area di Civitavecchia, aggiustando per SES.

Metodi: dagli archivi anagrafici dei comuni di Civitavecchia, Allumiere, Santa Marinella, Tolfa e Tarquinia è stata selezionata la coorte dei residenti nel periodo 1996-2010 seguiti per l'accertamento dello stato in vita fino al 2013. All'indirizzo di residenza è stato attribuito il SES della sezione di censimento e la concentrazione, stimata utilizzando modelli di dispersione Lagrangiani, del PM di origine industriale, NOx da traffico, PM da combustione di biomasse. Il dataset dei versamenti contributivi INPS è stato utilizzato per reperire informazioni sul settore di attività lavorativa (tra cui servizi, edilizia, agricoltura, costruzioni meccaniche) e mansione nel periodo 1974-2004 per ogni soggetto. L'associazione tra esposizione occupazionale e ambientale e mortalità è stata valutata con un modello di Cox tenendo conto di genere, età, periodo, SES, regione di nascita, settore di impiego e mansione, PM industriale, NOx da traffico, PM da combustione di biomasse (HR e IC 95%).

Risultati: la coorte è composta da 100.288 residenti di età 18+ (48% uomini, 42% SES basso-medio basso) di cui 44.812 lavoratori (18% impiegati nei servizi e 6% nell'edilizia). Le concentrazioni degli inquinanti scelti come traccianti sono molto correlate tra di loro (r=0.78 tra PM da porto e PM da cementificio). L'esposizione a PM emesso da centrali elettriche e cementificio (variazione tra il 5 e il 95 percentile) nel passato è associata ad un aumento del rischio di morte per cause naturali (HR=1.10 IC95% 1.04-1.16) e tumorali (HR=1.22 IC95% 1.11-1.33) e per tumore del polmone (HR=1.24 IC95% 1.03-1.50). Allo stesso tempo, i lavoratori del settore edile mostrano eccessi di rischio di morte per cause naturali, tutti i tumori e tumore del polmone (HR=1.09 IC95% 1.00-1.18, HR=1.20 IC95% 1.06-1.36, HR=1.32 IC95% 1.06-1.64, rispettivamente).

Conclusioni: sono emerse associazioni indipendenti tra concentrazioni di PM di origine industriale, attribuibile all'inquinamento prodotto nei passati decenni dagli impianti presenti nell'area, e occupazione nel settore edile con la mortalità, al netto dell'effetto del SES. La correlazione tra le diverse fonti industriali, geograficamente vicine, rende difficile stabilire il contributo univoco di ciascuna.

l.bauleo@deplazio.it

224 - orale

Un'infrastruttura informatica a supporto di studi epidemiologici multicentrici su sistemi informativi sanitari: il software open source TheMatrix

Rosa Gini[1], Emanuele Carlini[2], Stefano Gualdi[1], Patrizio Dazzi[2], Federico Forte[1], Riccardo Didomenicantonio[3], Giulia Dal Co[4], Mariadonata Bellentani[4], Massimo Coppola[2], Sebastiano Pollina Addario[5], Stefano Sforza[6], Mina De Gennaro[7], Salvatore Scondotto[5], Eleonora Verdini[6],Vito Piazzolla[7], Raffaele Perego[2], Francesco Cipriani[1]

[1]Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze; [2]Istituto di Scienza e Tecnologie dell'Informazione "A. Faedo", Consiglio Nazionale delle Ricerche, Pisa; [3]Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, Roma; [4]Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma; [5]Regione Siciliana, Palermo; [6]Regione Emilia-Romagna, Bologna; [7]Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, Bari

INTRODUZIONE In molti paesi sono in sviluppo infrastrutture che consentono l'analisi distribuita di dati sanitari. Questa architettura prevede che i dati vengano trattati all'interno delle istituzioni che li hanno in custodia, ma con un software comune. Ogniqualvolta che si sviluppa un protocollo di studio, i partner ricevono il software e lo eseguono. Il risultato del trattamento è un dataset che contiene unicamente i dati necessari per l'analisi prevista dal protocollo. I dataset vengono conferiti alla sede del ricercatore principale, che provvede all'analisi statistica. Le risorse messe a disposizione dai partner locali possono essere così essere usate per discutere il disegno di studio, stendere il protocollo e discutere i risultati, invece che per programmare i software locali. In Italia è stato sviluppato un software open source chiamato TheMatrix, che facilita l'analisi distribuita dei sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle regioni. All'interno del progetto MATRICE-BPCO dell'Agenas è stato utilizzato TheMatrix per svolgere uno studio sui sistemi informativi di quattro regioni italiane (Emilia-Romagna, Toscana, Puglia e Sicilia).

OBIETTIVI Testare l'infrastruttura informatica di TheMatrix in quattro regioni.

METODI Sono stati registrati i tempi di esecuzione dei passaggi e l'impegno dei soggetti coinvolti. La numerosità delle popolazioni estratte dal software è stata comparata con la numerosità delle popolazioni registrate nell'anagrafe ISTAT. I risultati dello studio sono stati discussi con i partner locali per individuare criticità nella qualità del dato risalenti alla modalità del trattamento.

RISULTATI In due regioni (Emilia-Romagna e Toscana) il software era già installato, nelle altre due (Puglia e Sicilia) l'installazione è avvenuta durante il progetto. In queste ultime, il processo ha richiesto circa due settimane-persona di attività di un referente locale, distribuite nel periodo in cui veniva sviluppato il protocollo di studio (circa quattro mesi). Il supporto centrale ha fornito documentazione e assistenza telefonica. Nelle altre due regioni l'impegno per aggiornare l'installazione è stato di due giorni-persona. Quando il protocollo è stato completato, il programmatore di TheMatrix ha sviluppato e testato lo script per il trattamento del dato in sei giorni. Tra il momento della trasmissione dello script e il conferimento dei dataset aggregati risultanti dal trattamento è trascorsa una settimana. La numerosità della popolazione trattata da TheMatrix e ricavata dall'anagrafe dell'ISTAT, rispettivamente, è stata di 4.546.664 e 4.446.354 in Emilia-Romagna, di 3.725.329 e 3.750.511 in Toscana, di 3.804.735 e 4.090.266 in Puglia, di 4.990.343 e 5.094.937 in Sicilia. La discussione dei risultati dello studio non ha rilevato criticità riferibili alla modalità del trattamento.

CONCLUSIONI L'infrastruttura di TheMatrix consente lo svolgimento in tempi rapidi di studi epidemiologici multicentrici da sistemi informativi su ampie popolazioni.

rosa.gini@ars.toscana.it

225 - poster

L'accuratezza delle cause di morte e la stima dei trend: il caso della cervice uterina

Pamela Mancusoa[b], Claudio Sacchettini[ab], Massimo Vicentini[ab], Stefania Caroli[ab], Paolo Giorgi Rossi[ab]

[a)] Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL, Reggio Emilia [b)] Arcispedale Santa Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia

Introduzione La riduzione di mortalità per cancro della cervice uterina è, insieme alla riduzione dell'incidenza, l'obiettivo ultimo dei programmi di screening. La codifica delle cause di morte per questa sede è migliorata negli anni, ma risulta essere ancora inaccurata, il che rende difficile una valutazione corretta dei trend temporali. Attualmente non è possibile apprezzare una variazione significativa della mortalità nel periodo 1997-2009 APC= -6.0 [95% CI: -12.8, 1.4].

Obiettivi Valutare l'accuratezza della registrazione delle cause di morte e stimare il trend di mortalità per cancro della cervice uterina attraverso il metodo dell'Incidence Based Mortality (IBM) utilizzando i dati del Registro Tumori.

Metodi Dal registro mortalità (RM) si sono estratti i decessi per cervice (ICD-X: C53), utero corpo (ICD-X: C54) e utero NAS (ICD-X: C55) relativi ai residenti a Reggio Emilia dal 1997 al 2013. Questi soggetti sono stati confrontati con il Registro Tumori (RT) per verificare la sede topografica di incidenza al fine di valutarne l'accuratezza della codifica delle cause di morte nel tempo e per età.

Utilizzando il RT è stata poi costruita una coorte di casi di tumore alla cervice incidenti dal 1997 al 2009 ciascuno con follow-up individuale di 5 anni. Sono stati calcolati IBM causa-specifica (ICD-X=C51-C58 escluso C56) e per tutte le cause, grezza e standardizzata (pop europea) e Annual Percentage Change (APC) per la valutazione del trend.

Risultati I decessi estratti dal RM e presenti nel RT sono 269 (32 per cervice, 76 per utero corpo, 161 per utero NAS). 28 dei 32 deceduti per cervice sono risultati incidenti per cervice, 63 dei 76 deceduti per corpo utero avevano un tumore del corpo utero. Dei 161 deceduti per utero NAS, 80 avevano un tumore del corpo utero, 45 della cervice, 28 dell'utero NAS, 5 della vagina e 3 di altri organi genitali non specificati. Solo il 34% dei casi con cancro della cervice che risultano morti per un cancro all'utero riporta correttamente la sede cervicale.

La IBM grezza per tutte le cause diminuisce significativamente negli anni, APC= -7.7 [95% CI: -13.3, -1.7]. Il trend in diminuzione è confermato anche dall'andamento della IBM standardizzata, APC= -9.5 [95% CI: -17.1, -1.1]. Anche la IBM grezza causa-specifica diminuisce, APC= -6.5 [95% CI: -12.7, 0.2]. Non si osservano miglioramenti della sopravvivenza nel periodo (r2= 0.02 p=0.6), mentre l'incidenza mostra una diminuzione (APC= -6.6 [95% CI: -10.0, -3.0]).

Conclusioni La mortalità dei casi incidenti dal 1997 al 2009, grezza e standardizzata, per tutte le cause e causa specifica, mostra un trend in diminuzione. Il calo di mortalità è proporzionale al calo di incidenza mentre, il lieve e non significativo aumento della sopravvivenza, non ha avuto un effetto rilevante.

L'impatto sulla diminuzione di mortalità è ritenuto quindi attribuibile per la maggior parte all'effetto dello screening sull'incidenza, piuttosto che al miglioramento delle terapie negli anni.

pamela.mancuso@ausl.re.it

226 - orale

Abitudini alimentari e disuguaglianze sociali: l'esperienza della collaborazione EPIC-Italia

Fulvio Ricceri[1, 2], Francesca Fasanelli[2], Maria Teresa Giraudo[3], Sabina Sieri[4], Valeria Pala[4], Giovanna Masala[5], Ilaria Ermini[5], Maria Concetta Giurdanella[6], Caterina Martorana[6], Amalia Mattiello[7], Paolo Chiodini[8], Paolo Vineis[9,10], Carlotta Sacerdote[2].

[1]Unità sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO 3, Grugliasco (TO); [2]Unità di Epidemiologia dei Tumori – CERMS, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino e AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Centro per la Prevenzione Oncologica (CPO Piemonte); [3]Dipartimento di Matematica "G. Peano", Università degli Studi di Torino; [4]Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva, Unità di Epidemiologia e Prevenzione, Fondazione IRCSS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, Italia; [5]Struttura complessa di Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale, Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze, Italia; [6]Registro dei tumori, Dipartimento di Oncologia, Ospedale Civile - M.P.Arezzo, Ragusa, Italia; [7]Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II, Napoli, Italia; [8]Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva Seconda Università di Napoli, Italia; [9]Fondazione di Genetica Umana (HuGeF), Torino, Italia; [10]School of Public Health, Imperial College, London, Regno Unito

Introduzione Diversi studi epidemiologici hanno evidenziato che le disuguaglianze sociali sono in relazione con una più alta incidenza e mortalità per malattie croniche come il diabete, le malattie cardio-cerebrovascolari, le malattie respiratorie ed alcuni tumori epiteliali. Varie componenti biologiche e di stili di vita sono state associate in diverse popolazioni al livello socioeconomico (SES); esempi sono: il basso peso alla nascita, gli alti livelli di cortisolo diurno causati dallo stress psicologico, l'abitudine al fumo, l'attività fisica, l'obesità e la dieta. Fra questi fattori, la dieta è uno dei meno studiati, in particolare in Italia.

Obiettivi Obiettivo principale di questo lavoro è studiare come le abitudini alimentari siano diverse in relazione al SES della popolazione.

Metodi Lo studio è stato condotto nella sottocoorte italiana dello studio europeo EPIC, una coorte prospettica multicentrica disegnata con l'obiettivo di indagare i rapporti tra dieta, stili di vita e sviluppo di malattie cronico-degenerative. Le variabili dietetiche, raccolte attraverso un dettagliato e validato questionario alimentare, sono state analizzate per gruppi di alimenti. E' stato inoltre utilizzato l'indice di dieta mediterranea italiana (IMI), un indice ricavato dal questionario alimentare e costruito specificamente per valutare l'adesione alla dieta mediterranea nella popolazione italiana. Come proxy del SES è stata utilizzata una misura dell'istruzione standardizzata per centro EPIC, coorte di nascita e genere. Tale misura (Indice Relativo di disuguaglianza – RII) è stata divisa in terzili e le differenze di consumo alimentare per i tre terzili sono state analizzate separatamente per macroaree di residenza e per genere e valutate con il test di Kruskal-Wallis.

Risultati Sono state analizzate le abitudini alimentari di 14.469 uomini e 31.674 donne. In media, i soggetti che sono nel primo terzile di RII (maggiore istruzione) hanno un consumo alimentare che privilegia cibi noti come più salutari (verdura, yogurt, pesce, tè, al nord l'olio d'oliva e al sud la frutta) laddove i soggetti appartenenti al terzile più basso di RII hanno un consumo alimentare che privilegia cibi noti come meno salutari (carne, carne processata e bibite analcoliche). Al centro e al sud, si può notare un'associazione positiva tra istruzione e IMI, associazione che si può osservare anche al nord, se si suddivide la popolazione in soggetti nati al centro-nord o nati al sud.

Conclusioni Si conferma anche per l'Italia la stretta relazione fra il livello di istruzione e le abitudini alimentari, seppure con peculiarità geografiche e di genere. In generale, come atteso, le persone più istruite scelgono alimenti più salutari ma anche più costosi (pesce anziché carne, yogurt rispetto agli snack, verdure fresche rispetto a cibi conservati). Questi risultati permettono di annoverare la dieta tra i principali determinanti di un peggiore stato di salute nella popolazione italiana più svantaggiata.

fulvio.ricceri@unito.it

227 - poster

L'ampliamento dello screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni a Reggio Emilia: impatto su incidenza e stadio alla diagnosi.

Sacchettini Claudio[ab], Mancuso Pamela[ab], Caroli Stefania[ab], Vicentini Massimo[ab], Mangone Lucia[ab], Giorgi Rossi Paolo[ab]

[a)] Servizio Interaziendale di Epidemiologia, Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia, Italy; [b)] Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS, Reggio Emilia, Italy

Introduzione: Nel 2010 si è attuato, in applicazione del DGR 105/2009, l'ampliamento dell'invito allo screening mammografico alle donne residenti e domiciliate in regione Emilia-Romagna alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni.

Obiettivi: Valutare se l'ampliamento dello screening ha modificato l'incidenza del tumore alla mammella e la distribuzione per stadio alla diagnosi

Metodi: È stata calcolata la distribuzione per stadio in tre periodi differenti 1/1/2005-30/04/2010 (pre-ampliamento), 1/5/2010-30/4/2011 (primo anno di ampliamento), 1/5/2011-31/12/2011 (secondo anno di ampliamento) nelle fasce d'età <45, 45-49, 50-51.

Per le stesse fasce d'età e per i casi infiltranti e in situ è stato calcolato il trend temporale del tasso grezzo di incidenza.. Le popolazioni (ISTAT) sono state prese al primo gennaio dell'anno di riferimento. Sono stati calcolati i tassi di incidenza specifici per fascia di età per i tre periodi in studio e si confrontano le distribuzioni per stadio.

Risultati: Il totale dei tumori infiltranti è 590 nel periodo pre-screening, 130 nel primo anno e 77 nel secondo anno di ampliamento. Le forme in situ sono 96 nel pre-screening, 16 nel primo anno e 15 nel secondo anno.

Nella fascia d'età <45 anni i tassi di incidenza rimangono stabili nel tempo, senza variazioni temporali di distribuzione per stadio. Nella fascia d'età 45-49 dopo l'ampliamento si osserva un aumento di incidenza dello stadio I nel primo anno di ampliamento rispetto al periodo precedente (da 115.9/100000 a 155.7/100000) per poi calare nel secondo anno (138.9/100000). Gli stadi in situ e IV invece non mostrano cambiamenti rilevanti nel confronto tra periodi.

Nella fascia 50-51 anni, ossia per la fascia di età che nel secondo anno dopo l'ampliamento passa dal I round di chiamata attiva al II round, si è verificata una diminuzione di stadio I (82.2/100000 nel primo anno di ampliamento rispetto al 149.1/100000 del periodo precedente). Nella stessa fascia di età, per i restanti stadi (in situ, II, III, IV e non noto) non vi è una numerosità sufficiente per valutare eventuali variazioni.

Conclusioni: L'ampliamento dello screening alla fasce d'età 45-49 partito nel 2010 ha portato per questa fascia d'età un tasso specifico più alto per lo stadio I. Contemporaneamente nella fascia d'età 50-51, ossia per i casi in cui nell'ultimo periodo ci si aspetta un beneficio dell'ampliamento dello screening, si è verificata in una riduzione d'incidenza.

claudio.sacchettini@ausl.re.it

229 - orale

DIETA MEDITERRANEA E RISCHIO DI CANCRO DEL COLON-RETTO: UN'ANALISI DI MEDIAZIONE

Francesca Fasanelli[1], Fulvio Ricceri[1, 2], Alex Francia[1], Daniela Zugna[1], Maria Teresa Giraudo[3], Vittorio Krogh[4], Sara Grioni[4], Amalia Mattiello[5], Salvatore Panico[5], Giovanna Masala[6], Saverio Caini[6], Rosario Tumino[7], Graziella Frasca[7], Paolo Vineis[8], Carlotta Sacerdote[1].

[1]SC Epidemiologia dei Tumori, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e Università di Torino, Centro per la Prevenzione Oncologica (CPO Piemonte), Italia; [2]Unità sovra zonale di Epidemiologia, ASL TO 3, Grugliasco (TO), Italia; [3]Dipartimento di Matematica "G. Peano", Università degli Studi di Torino, Italia; [4]Unità di Epidemiologia e Prevenzione, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, Italia; [5]Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Napoli Federico II, Napoli, Italia; [6]Struttura complessa di Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale, Istituto per lo Studio e Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze, Italia; [7]Registro Tumori Azienda Sanitaria Provinciale Ragusa, Ragusa, Italia; [8]MRC-PHE Centre for Environment and Health, School of Public Health, Imperial College, London, UK e Human Genetics Foundation (HuGeF), Torino, Italia.

Introduzione Diversi studi epidemiologici hanno dimostrato che una maggiore aderenza alla dieta mediterranea ha un effetto protettivo sullo sviluppo di diverse malattie cronico-degenerative, tra cui il cancro del colon-retto. Per spiegare tale effetto sono stati ipotizzati diversi meccanismi clinici e biologici.

Obiettivi Il lavoro è volto ad esaminare il ruolo dell'obesità centrale (misurata come rapporto circonferenze vita-fianchi) come potenziale mediatore della relazione tra dieta mediterranea e cancro del colon-retto all'interno della sezione italiana dello studio EPIC.

Metodi Abbiamo utilizzato come misura sintetica di aderenza alla dieta mediterranea l'Italian Mediterranean Index (IMI), uno score da 0 a 11 calcolato sulla base del consumo di diversi alimenti (elevato consumo di pasta, verdure mediterranee, frutta, legumi, olio di oliva e pesce; basso consumo di bevande analcoliche, burro, carne rossa e patate; alcol). Utilizzando il modello di Cox, è stato calcolato l'effetto totale dell'IMI categorizzato in 4 categorie (0-1, 2-3, 4-5 e 6-11) sul rischio di cancro del colon-retto. Abbiamo quindi stimato l'effetto indiretto (mediato) e diretto (non mediato) della dieta sul rischio di cancro del colon-retto estendendo la tecnica del weighting approach per mediatori multipli ad outcomes di sopravvivenza.

L'analisi di mediazione è stata condotta considerando dapprima il solo rapporto circonferenze vita-fianchi e quindi introducendo altri possibili mediatori. I confondenti considerati nelle analisi sono stati età, fumo, sesso, centro di appartenenza, attività fisica e titolo di studio.

Risultati In una coorte di 47169 soggetti, seguiti in media per 14 anni, si sono sviluppati 566 tumori incidenti del colon-retto. Una maggiore aderenza alla dieta mediterranea è associata ad un rischio significativamente decrescente di cancro del colon-retto (HR:0.55, 95% CI: 0.37-0.85 per la quarta categoria rispetto alla prima, p-trend<0.05). L'effetto totale è maggiormente spiegato dall'effetto diretto della dieta sul cancro del colon-retto (HR: 0.57, 95% CI: 0.38-0.89), mentre l'effetto indiretto mediato dalla circonferenza vita-fianchi sembra essere minimo (HR:0.96, 95% CI: 0.88-1.05). Altri mediatori aggiuntivi saranno studiati successivamente.

Conclusioni Il nostro studio evidenzia come l'aderenza alla dieta mediterranea possa essere protettiva rispetto allo sviluppo di cancro del colon-retto.

L'effetto protettivo della dieta mediterranea sullo sviluppo del cancro del colon-retto è in minima parte mediato da un indice di adiposità centrale quale il rapporto circonferenza vita-fianchi.

carlotta.sacerdote@cpo.it

230 - orale

Biomonitoraggio di PCB e diossine in un gruppo di allevatori con aziende limitrofe al termovalorizzatore di Torino: risultati ante-operam e misure di sanità pubblica

Antonella Bena[1], Elena Farina[1], Manuela Orengia[1], Elena De Felip[2], Anna Laura Iamiceli[2], Rosanna Desiato[3], Ubaldo Natangelo[3], Stefano Gatto[4], Giuseppe Ru[3]

[1]Servizio di Epidemiologia, Azienda Sanitaria Locale TO3, Grugliasco, (Torino); [2]Dipartimento Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, Istituto Superiore di Sanità, Roma; [3]Osservatorio Epidemiologico, Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte Liguria e Valle d'Aosta; [4]Igiene degli Allevamenti, Azienda Sanitaria Locale TO3, Grugliasco, (Torino)

Introduzione. A Torino è attivo il programma SPoTT che prevede, tra l'altro, la determinazione di diossine e PCB nella popolazione residente nei pressi del termovalorizzatore. Nella popolazione generale più del 90% dell'esposizione a queste sostanze è rappresentata dalla dieta. Gli alimenti che maggiormente contribuiscono sono quelli di origine animale. Animali nutriti al pascolo o allevati "a terra" possono assumere insieme al foraggio quantità non trascurabili di suolo che, se contaminato, provoca un accumulo di queste sostanze nella carne, nel latte o nelle uova. SPoTT coinvolge anche un gruppo di allevatori che presumibilmente consuma alimenti di produzione propria e locale in misura maggiore rispetto alla popolazione generale.

Obiettivi. Descrivere i risultati delle determinazioni ante-operam di diossine e PCB in un gruppo di allevatori che svolgono la propria attività in zone limitrofe al termovalorizzatore e illustrare le attività di sanità pubblica adottate per ridurre l'esposizione.

Metodi. Sono stati coinvolti 13 allevatori di sesso maschile (età media 53 anni) sul cui siero sono state misurate le concentrazioni di PCDD, PCDF, DL-PCB e NDL-PCB.

Risultati. Mediana (P50) e media di PCDD/F sono 24.4 e 22.7 pgWHO-TE97/g lb. I DL-PCB presentano valori di P50 e media pari a 32.9 e 31.8 pgWHO-TE97/g lb. I valori di tossicità equivalente di sommatoria (TEQ) presentano stime di P50 e media di 58.3 e 54.5 pgWHOTE97/g lb. Le concentrazioni cumulative di Σ30NDL-PCB presentano stime di P50 e media di 519 e 794 ng/g lb. Tutti i valori sono superiori a quelli rilevati nella popolazione generale dell'area. Le analisi riguardano un piccolo gruppo non rappresentativo della categoria indagata di età più elevata della popolazione generale. Sulla base dei dati raccolti, tuttavia, si può ritenere probabile che gli allevatori siano stati esposti a livelli superiori a quelli della popolazione generale per i contaminanti organici considerati. Sono quindi state intraprese misure di sanità pubblica volte a: 1. verificare la commercializzazione dei prodotti zootecnici; 2. ridurre l'esposizione; 3. avviare un intervento formativo/informativo per la diffusione di buone pratiche di allevamento.

Conclusioni. La contaminazione ambientale da diossine e PCB cui gli allevatori in studio sono stati esposti, non dipende dall'inceneritore ma discende dalla convivenza forzata degli insediamenti zootecnici con quelli di tipo industriale. Questo rappresenta un importante problema di sanità pubblica che può riguardare molte zone urbane e suburbane e che dovrebbe essere affrontato adeguatamente. Gli studi di biomonitoraggio delle popolazioni urbane esposte a inquinanti organici persistenti devono tenere conto dell'esistenza di sottogruppi che riconoscono vie di esposizione specifiche che possono portare ad una sovrastima dei risultati. Tali sottogruppi devono essere controllati al fine di monitorare adeguatamente i livelli di contaminazione dell'area. Nel 2016 è previsto il follow-up con il quale sarà possibile verificare l'efficacia delle misure adottate.

antonella.bena@epi.piemonte.it

231 - poster

Stima dei tumori della mammella falsi positivi da studi di accuratezza diagnostica: una revisione sistematica

Nereo Segnan, Silvia Minozzi, Antonio Ponti, Cristina Bellisario, Sara Balduzzi, Marien González-Lorenzo, Silvia Gianola, Paola Armaroli

SCDO Epidemiologia dei tumori, CPO Piemonte, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Obiettivi Valutare la frequenza di diagnosi istologiche false positive di tumore della mammella in donne con sospetto di lesione maligna che effettuano una core needle biopsy (CB) e/o una escissione chirurgica (EC).

Materiali e metodi Revisione sistematica di studi che valutano l'accuratezza diagnostica dell'esame istologico da CB (test indice) confrontato con quello del pezzo operatorio (reference standard), e di studi di riproducibilità dei patologi nella diagnosi istologica (CB, EC). Ricerca effettuata su PubMed, Embase e Cochrane library entro il 1/4/2014. almeno due autori hanno selezionato in modo indipendente gli studi potenzialmente rilevanti, hanno estratto i dati e valutato la qualità metodologica attraverso l'uso di checklist validate. Outcome: 1) tasso di falsi positivi (TFP): percentuale di diagnosi istologiche riclassificate da maligne alla CB a benigne alla EC, o da cancri invasivi alla CB a carcinomi intraduttali alla SE; 2) misclassificazione di diagnosi istologiche benigne in maligne (MBM), e statistica K negli studi di riproducibilità.

Risultati Sono stati identificati 6039 abstract, 103 articoli sono stati revisionati e 36 studi sono stati infine inclusi.

CB vs EC: 15 studi valutano il TFP dell'esame istologico da CB, in casi diagnosticati nel 1990-2007. In 10 studi che includono 42152 lesioni screen detected, il TFP varia da 0% a 7%.

MBM, statistica K: 21 studi valutano la riproducibilità di 2 o più letture dello stesso vetrino. Tra gli studi con campioni consecutivi, casuali o stratificati di tutti i vetrini la MBM alla CB varia dallo 0.25% al 1.96% (3 studi), alla EC da 0.69% a 1.17% (2 studi). K varia alla CB da 0.83 a 0.98 (4 studi), e da 0.86 a 0.94 alla EC (3 studi). Tra gli studi con campioni arricchiti MBM varia da 1.36% a 4.39% (5 studi), K da 0.57 a 0.86. Tra gli studi con casi selezionati per una seconda opinione MBM varia da 0.29% a 12.16% (6 studi), K è riportato in 2 studi (0.48 e 0.5)

Conclusioni TFPe MBM possono contribuire in modo non trascurabile alla sovradiagnosi, variando il TFP alla CB da 0% a 7% e la MBM da 0.25% a 12.2%. Quando si considerano la dimensione e la qualità metodologica degli studi, si può stimare che circa l'1% delle lesioni siano classificate maligne quando benigne. Questo risultato probabilmente è conservativo, poiché la MBM aumenta negli studi di accuratezza in cui sono inclusi campioni arricchiti o solo casi selezionati per una seconda opinione

paola.armaroli@cpo.it

232 - orale

Biomonitoraggio di metalli urinari nella popolazione residente nei pressi del termovalorizzatore di Torino

Monica Chiusolo[1], Ennio Cadum[1], Martina Gandini[1], Alessandro Alimonti[2], Beatrice Bocca[2], Anna Pino[2], Enrico Procopio[3] , Giuseppe Salamina[4], Antonella Bena[5].

[1]Dipartimento di Epidemiologia e Salute Ambientale, ARPA Piemonte, Torino; [2]Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria, Istituto Superiore di Sanità, Roma; [3]Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione. ASL TO3, Susa (Torino); [4]Centro Controllo Malattie - Dipartimento di Prevenzione. ASL TO1, Torino; [5]Servizio di Epidemiologia, Azienda Sanitaria Locale TO3, Grugliasco, (Torino)

INTRODUZIONE: Nell'agosto del 2013 è stata avviata l'attività del termovalorizzatore di Torino. Al contempo è stato implementato un sistema di sorveglianza dello stato di salute della popolazione residente (SPoTT) nei pressi dell'impianto che prevede un monitoraggio tossicologico con misurazione di metalli, PCDD/F, PCB e OH-IPA.

OBIETTIVI: Presentare i risultati del confronto delle misurazioni di metalli nelle urine effettuate prima dell'entrata in funzione dell'impianto (tempo T0) ed a un anno dall'avvio (tempo T1) nella popolazione residente.

METODI: E' stato selezionato un campione di 394 soggetti (età 35-69 anni) composto da 198 residenti nell'area più prossima all'impianto (esposti) e da 196 residenti in un'area di Torino non interessata dalle ricadute delle emissioni dell'impianto (controlli). Tramite questionario sono state raccolte informazioni sullo stile di vita, sulle abitudini alimentari e fumo e sullo stato di salute.

Sono dosati nelle urine i metalli di cui si prescrive il monitoraggio nell'Autorizzazione Integrata Ambientale, cui ne sono stati aggiunti altri indicativi di inquinamento a traffico veicolare (iridio, palladio, platino, rodio) o di emissioni industriali (berillio).

Il confronto temporale è stato effettuato con un modello pre-post per dati appaiati usando il test dei ranghi con segno di Wilcoxon. Inoltre è stata fatta una comparazione tra il gruppo di esposti ed il gruppo di controllo.

RISULTATI: Al follow-up ha partecipato il 93.7% del campione (369 soggetti). Il confronto temporale evidenzia che le concentrazioni al T1 di quasi tutti i metalli sono risultate significativamente inferiori, rispetto al T0, con variazioni dal 12 al 57%. Uniche eccezioni il cromo (significativamente aumentato del 18%) e nichel e platino (invariati). Dalla valutazione delle differenze tra aree di esposizione è emerso che iridio, manganese, platino, rodio e antimonio sono diminuiti in misura maggiore nell'area di esposizione, mentre il tallio è diminuito maggiormente nei non esposti. Le concentrazioni di cromo risultano aumentate maggiormente nell'area di esposizione, anche se il confronto delle differenze T0-T1 con l'area di controllo non è statisticamente significativo.

CONCLUSIONI: L'andamento in diminuzione dei metalli nelle urine è stato segnalato anche in altre città europee e nello studio Moniter della regione Emilia Romagna. Sono in corso approfondimenti riguardanti la definizione dell'esposizione a livello individuale ad altri inquinanti ambientali quali il particolato (PM10 e PM2.5), a traffico veicolare, a particolari lavorazioni e la valutazione dell'influenza di altri fattori quali l'abitudine al fumo.

monica.chiusolo@arpa.piemonte.it

233 - orale

Lo screening organizzato per ridurre le disuguaglianze di accesso alla prevenzione: il caso dello screening della cervice uterina. PASSI 2008-14.

Elisa Quarchioni[1], Valentina Minardi[1], Gianluigi Ferrante[1], Valentina Possenti[1], Benedetta Contoli[1], Maria Masocco[1], Stefania Salmaso[1], Gruppo Tecnico Passi

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

Introduzione In Italia, la neoplasia del collo dell'utero è uno dei tumori più frequenti nelle donne. Esiste la possibilità di una diagnosi precoce e le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione di programmi di screening organizzati, basati su un invito attivo da parte delle Asl alle donne fra i 25-64 anni e l'offerta di un percorso assistenziale e terapeutico definito e gratuito. L'esecuzione dello screening cervicale (Pap test e/o HPV test) è raccomandata ogni 3 anni.

Obiettivi Stimare l'andamento nel tempo (2008-2014) della copertura dello screening organizzato della cervice uterina e valutarlo in funzione della condizione economica delle donne 25-64anni.

Metodi Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) stima la quota di donne fra i 25 e i 64 anni di età che si sottopone a screening cervicale (Pap-test e/o HPV test) a scopo preventivo, nei tempi raccomandati, aderendo a programmi organizzati dalle Asl oppure su iniziativa spontanea (determinata grazie all'informazione sul costo sostenuto per sottoporsi all'esame). I cambiamenti temporali sono stati analizzati attraverso modelli di serie storiche sulla base di stime mensili con l'utilizzo del software statistico R.

Risultati Dal 2008 al 2014, il 77% delle donne in età 25-64 riferisce di essersi sottoposto nel corso dei tre anni precedenti l'intervista a screening cervicale a scopo preventivo: il 40% ha aderito ai programmi offerti dalle ASL e il 37% lo ha fatto di propria iniziativa. L'adesione ai programmi di screening organizzati varia in funzione di importanti differenze. Ricorrono infatti più frequentemente allo screening spontaneo le donne di 35-49 anni (42%), quelle più istruite (45% laurea vs 22% licenza elementare), senza difficoltà economiche (42% vs 30% con molte difficoltà) e le cittadine italiane (38% vs 25% straniere). Di converso, allo screening organizzato aderiscono di più le donne di 50-64 anni (46%), meno istruite (42% licenza elementare vs 36% laurea) e le straniere (46% vs 40% italiane), mentre non si rilevano differenze significative rispetto alle difficoltà economiche riferite (38%-41%). Tra il 2008 e il 2014 la copertura dello screening cervicale passa 77% al 78%; aumenta l' adesione ai programmi di screening organizzati (dal 38% al 43%), ma si riduce (anche se in modo non statisticamente significativo) la quota di chi si sottopone spontaneamente a screening, (dal 38% al 35%). L'analisi di trend conferma che una minore adesione allo screening da parte di chi riferisce difficoltà economiche rimane costante nel tempo, ma è evidente che nello screening organizzato tale differenza sia più contenuta.

Conclusioni Negli ultimi anni è aumentata la copertura dello screening della cervice uterina, soprattutto grazie all'incremento dell'adesione ai programmi organizzati, la cui offerta contribuisce a ridurre le disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi sanitari.

elisa.quarchioni@iss.it

234 - poster

Dietary pattern a priori in epidemiologia nutrizionale: forze e debolezze

Valeria Edefonti, Marta Rossi, Monica Ferraroni

Laboratorio di Statistica Medica, Biometria, ed Epidemiologia "G. A. Maccacaro", Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

Introduzione I dietary pattern - combinazioni di componenti alimentari atti a riassumere la dieta nel suo complesso, o fattori chiave della dieta, per una popolazione - hanno avuto una notevole attenzione in epidemiologia nutrizionale negli ultimi decenni. Le persone, infatti, non consumano nutrienti o alimenti singoli, ma combinazioni di cibi. Inoltre, i componenti della dieta possono interagire tra loro, complicando la ricerca di associazioni tra singoli fattori dietetici e malattie. In un approccio a priori, i dietary pattern sono indici che includono cibi/nutrienti supportati da linee guida correnti, raccomandazioni di esperti, o una specifica composizione della dieta (i.e. dieta Mediterranea o vegetariana). Molti di essi sono stati proposti, validati, e analizzati in relazione al rischio di varie patologie.

Obiettivi Desideriamo perseguire gli obiettivi seguenti: a) identificare una possibile tassonomia dei dietary pattern a priori che li distingua per struttura, e non per tipo/quantità di componenti alimentari in essi inclusi; b) caratterizzare i dietary pattern a priori esistenti in base alla loro composizione e proprietà statistiche.

Metodi Si è effettuata una ricerca su PubMed degli indici a priori disponibili in letteratura a partire dal 1990. Si sono esaminati gli indici individuati con riferimento al loro costrutto (i.e. numero e peso delle componenti, numero di cut-off, presenza di un riferimento interno/esterno per i cut-off, sistema di punteggio) e alle loro proprietà statistiche (i.e. distribuzione empirica, statistiche descrittive di sintesi). Diversi indici di aderenza alla dieta mediterranea sono stati utilizzati per mostrare come l'associazione con una specifica patologia e la relativa interpretazione possano variare al variare della diversa struttura dell'indice.

Risultati Si propone una tabella descrittiva contenente i più utilizzati dietary pattern a priori, organizzati in base al relativo costrutto e proprietà statistiche. Seguono alcune considerazioni sulle diverse possibilità interpretative offerte dalle varie strutture. Inoltre, si discutono le questioni aperte dell'eventuale aggiustamento per energia totale all'interno delle componenti e dell'attribuzione di un differente peso a ciascuna componente rispetto al punteggio totale. Infine, si valuta l'associazione tra diversi indici di dieta mediterranea e i tumori, con particolare attenzione alla relazione tra struttura dell'indice e metodo di rilevazione dell'intake alimentare.

Conclusioni Il presente contributo propone una panoramica sui dietary pattern a priori ponendo in risalto gli aspetti di costruzione e composizione, indipendentemente dagli specifici cibi/nutrienti in essi presenti. Questo facilita l'identificazione di strutture simili per costrutto ed interpretazione nell'insieme degli indici a priori. Questo può essere importante, data la grande attenzione ottenuta dagli indici in generale, e dalla dieta mediterranea in particolare, durante EXPO 2015.

valeria.edefonti@unimi.it

235 - poster

L'allattamento al seno: caratteristiche socio-demografiche e profili di rischio delle donne che allattano. Passi 2014.

Elisa Quarchioni[1], Valentina Possenti[1], Gianluigi Ferrante[1], Maria Masocco[1] , Valentina Minardi[1], Stefania Salmaso[1], Gruppo Tecnico Passi

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

Introduzione Il latte materno costituisce il miglior alimento per il neonato, in quanto fornisce tutti gli elementi nutritivi nelle giuste proporzioni, esercitando inoltre un'influenza biologica ed emotiva unica sulla salute dei bambini e su quella delle madri. Così come durante la gravidanza, anche durante la lattazione alcuni comportamenti, quali ad esempio il tabagismo o il consumo di alcol, possono risultare particolarmente dannosi per il bambino.

Obiettivi Stimare la percentuale di donne tra i 18 e i 49 anni che hanno partorito nel corso degli ultimi dodici mesi e allattano al seno al momento dell'intervista. Studiare le caratteristiche sociodemografiche di questo gruppo di popolazione e i loro comportamenti relativi al fumo di sigaretta e al consumo di alcol.

Metodi In tutte le Regioni e Province Autonome, la sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) raccoglie in continuo informazioni sullo stato di salute e sui comportamenti connessi alla salute nella popolazione adulta italiana (18-69 anni), attraverso interviste telefoniche realizzate da operatori sanitari con un questionario standardizzato. Dal 2014 viene somministrata una domanda sull'allattamento al seno. Sono state analizzate 11.503 interviste a donne 18-49 anni, raccolte nel 2014.

Risultati Nel 2014, in Italia, il 4% delle donne 18-49enni dichiara di aver partorito nei 12 mesi precedenti l'intervista e, di questo, il 53% di allattare. Tale percentuale è maggiore tra le straniere (70%), tra le donne residenti nel Centro Italia (58%), tra le 18-34enni (57%) e tra quelle con un lavoro dipendente (55%).

Confrontando gli stili di vita delle allattanti con quelli del resto della popolazione femminile 18-49 anni, si osserva che la percentuale di fumatrici è di 12% vs 23% e la percentuale di donne che consumano alcolici è di 28% vs 43%.

Conclusioni Da questa analisi preliminare emerge che l'allattamento al seno è praticato da poco più della metà di donne che hanno partorito nel corso degli ultimi dodici mesi.

La cittadinanza straniera, la residenza nel Centro Italia, l'età più giovane e la stabilità lavorativa sono verosimilmente elementi favorenti l'allattamento al seno. Per quanto riguarda lo stile di vita adottato dalla donna che allatta al seno, le quote di coloro che fumano sigarette e consumano alcol sebbene siano minori rispetto a quelle nella popolazione generale sono comunque considerevoli, attestandosi rispettivamente a più di un decimo e più di un quarto. Il monitoraggio dei comportamenti legati alla salute assunti dalle donne in particolari fasi della vita, quali la gravidanza e l'allattamento, è fondamentale non solo per le ricadute sulla salute del nascituro/neonato ma anche per la donna stessa che può approfittare di queste fasi per adottare scelte di vita salutari.

elisa.quarchioni@iss.it

236 - orale

DISEASE MAPPING IN AREE GEOGRAFICHE DI PICCOLE DIMENSIONI. CONFRONTO TRA DUE MODELLI BAYESIANI.

Nicola Bartolomeo[1], Simona Leogrande[2], Sabrina Triggiani[1], Paolo Trerotoli[1], Antonia Mincuzzi[2], Sante Minerba[2], Gabriella Serio[1].

[1]Dip. di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, Università degli Studi di Bari Aldo Moro ; [2]S.C. Statistica Epidemiologia ASL Taranto

Introduzione Il Disease Mapping è una tecnica utilizzata in epidemiologia per rilevare cluster spaziali di patologia causati da vari fattori di rischio. Quando le aree geografiche sono di piccole dimensioni si pone il problema della presenza di eccessi di zero per la stima dei rischi.

Obiettivi Lo studio si prefigge di confrontare due modelli bayesiani di disease mapping attraverso differenti criteri quali convergenza dei parametri, "fitting" del modello, accuratezza delle stime ed effetto finale sulle mappe.

Metodi I modelli posti a confronto per la rappresentazione spaziale dei rischi sono quello proposto da Besag, York e Molliè (BYM) e lo "zero-inflated Poisson" (ZIP). Entrambi utilizzano la distribuzione di Poisson e una distribuzione condizionale auto regressiva (CAR) per includere l'autocorrelazione spaziale. Il modello è formulato come segue: logμi=logEi+γ0 +γ1 deprivi+bi+hi Per BYM O i ~Poisson(μi); Mentre nel modello ZIP è: O i ~ (pi* Poisson(μi)+ (1-pi)* Poisson(0)); dove:

- Oi è il numero di ricoveri osservati nell'area i-esima;
- Ei è il numero di ricoveri attesi nell'area i-esima;
- deprivi è l'indice di deprivazione nell'area i-esima;
- bi è la componente strutturata degli effetti spaziali random attribuita a priori secondo il modello Conditional AutoRegressive (CAR);
- hi è la seconda componente non strutturata degli effetti spaziali random per la quale si assume una distribuzione a priori Normale (0; τh).

La componente strutturata bi è stata costruita considerando come "circostanti" all'area i-esima quelle presenti in un raggio di 500 metri. Il rischio relativo è stato così determinato: RR= exp (γ0 + γ1 depriv i + b i + hi)
I modelli sono stati applicati agli episodi di ricovero avvenuti a Taranto nel periodo 2001-2010 per tutte le cause di Tumore, per "Tumore del Polmone" e per "Tumore alla Pleura", per le quali la presenza di aree con zero casi è differente. La georeferenziazione è stata effetuata sulla base dell'indirizzo di residenza. I dati sono stati elaborati utilizzando il software SAS 9.3 e Winbugs14, mentre le mappe sono state realizzate utilizzando «Quantum Gis».

Risultati Le stime dei RR sono state ottenute dopo 100000 iterazioni con un burn-in di 25000. In tutte le patologie, sia γ0 che γ1 raggiungono la convergenza, valutata attraverso le diagnostiche presenti nel pacchetto CODA del software R, e il Deviance Information Criterion (DIC) risulta più basso nel BYM. Sia nei parametri che nei RR le stime risultano accurate sulla base del calcolo dell'MC-error. Le mappe dei RR derivanti da entrambi i modelli risultano sovrapponibili dal punto di vista grafico.

Conclusioni Il modello BYM ha mostrato una migliore capacità di fitting, ma se l'obiettivo è quello di ottenere una buona qualità di rappresentazione grafica dei RR nelle aree di interesse, la scelta tra i due modelli è indifferente.

nicola.bartolomeo@uniba.it

237 - poster

L'uso della sigaretta elettronica in Italia. Passi 2014.

Elisa Quarchioni[1], Gianluigi Ferrante[1], Paolo D'Argenio[1], Valentina Minardi[1], Valentina Possenti[1], Benedetta Contoli[1], Luana Penna[1], Maria Masocco[1], Stefania Salmaso[1], Gruppo Tecnico PASSI

[1]Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione La sigaretta elettronica (e-cig) è un dispositivo in grado di produrre un aerosol che consente di provare un sapore e una sensazione simili a quelle provocate dal fumo di tabacco, con la differenza sostanziale che, mancando la combustione, il rischio cancerogeno è teoricamente più basso. Finora, oltre alla mancanza di prove certe dell'efficacia delle sigarette elettroniche per smettere di fumare e della loro sicurezza a lungo termine, esistono solo poche informazioni in Italia sul loro uso.

Obiettivi Stimare nella popolazione italiana adulta la percentuale d'uso di e-cig a) totale, b) per caratteristiche socio-demografiche, c) per comportamento tabagico al momento dell'intervista.

Metodi PASSI è un sistema di sorveglianza che raccoglie in continuo informazioni su comportamenti connessi alla salute nella popolazione adulta italiana attraverso un questionario standardizzato somministrato con intervista telefonica. A partire dal 2014 è stata introdotta nel questionario una domanda relativa all'uso di e-cig, che consente di stimarne la prevalenza d'uso. Sono state analizzate 36.960 interviste telefoniche a persone adulte 18-69enni, raccolte nel 2014 (tasso di risposta 87%).

Risultati Nel 2014, In Italia, l'1,9% degli adulti dichiara di fare uso di e-cig. Si tratta di un'abitudine più frequente nella popolazione maschile (2,5%), nella fascia di età di 35-49 anni (2,4%), nelle persone con molte difficoltà economiche (3,0%) e nei residenti del Cento Italia (2,3%). Non si rilevano differenze di uso associate al livello di istruzione. L'analisi sull'uso della e-cig in funzione del comportamento tabagico al momento dell'intervista mostra un uso maggiore tra i fumatori di sigaretta di tabacco (5,5%), rispetto agli ex-fumatori (2,3%) e ai non fumatori (0,1%). Nel sottogruppo di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista, l'uso della e-cig sale al 9,1% vs. il 3,8% di coloro che dichiarano di non aver mai tentato di smettere di fumare nei precedenti 12 mesi. Tra gli ex-fumatori di sigarette di tabacco si apprezza una grande differenza tra chi ha smesso di fumare da meno di 12 mesi (il cui uso della sigaretta elettronica è del 9,5%) e chi da oltre un anno (1,6%).

Conclusioni In Italia, quasi due adulti su cento usano la e-cig. La maggior parte ne fa un uso combinato con la sigaretta di tabacco. Tra i fumatori di tabacco, quelli che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno tentato di smettere, rappresentano il gruppo a più alta prevalenza d'uso di e-cig. Tra gli ex-fumatori di tabacco, invece, solo una minoranza utilizza la e-cig: ove supporti l'astinenza, tale uso potrebbe essere positivo per la salute. Tra chi non ha mai fumato tabacco, una percentuale molto piccola dichiara di usare la e-cig: questa tipologia d'uso potrebbe rappresentare un pericolo per la potenziale induzione della dipendenza da nicotina.

elisa.quarchioni@iss.it

238 - orale

Distanza dal Pronto Soccorso pediatrico e visite non urgenti in Friuli Venezia Giulia.

Francesca Valent, Anna Busolin

Servizio epidemiologia e flussi informativi, Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, Udine

Introduzione. Il sovraffollamento dei Pronto Soccorso (PS) è un fenomeno universale e in crescita nel tempo. La presentazione al PS per motivi non urgenti è una delle cause di questo fenomeno.

Obiettivi: Valutare se e come la distanza tra l'abitazione e il più vicino PS pediatrico influenzi gli accessi per motivi non urgenti nella popolazione pediatrica del Friuli Venezia Giulia.

Metodi. Lo studio è stato condotto utilizzando le basi dati amministrative del Sistema informativo sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia. Abbiamo estratto per il 2014 tutti i record di accessi di pazienti <16 anni con codice bianco al triage dai database dei 3 PS pediatrici della regione (Pordenone, Trieste e Udine). Dal database delle residenze di tutti gli assistiti regionali, che contiene le coordinate geografiche per la maggior parte dei soggetti, sono stati estratti gli indirizzi georeferenziati dei bambini visitati in PS e della restante popolazione <16 anni e sono stati selezionati per l'analisi tutti i bambini residenti entro un raggio di 20 km da un PS pediatrico. Per questi soggetti, abbiamo calcolato la distanza lineare tra il PS e la residenza e raggruppato le distanze in 7 corone circolari: <2; 2-4; 4-6; 6-8; 8-10; 10-15; e 15-20 km. In ciascuna corona, abbiamo calcolato il tasso annuale di visite in PS ed il rispettivo intervallo di confidenza al 95%.

Risultati. Nel 2014, sono state registrate 12055 visite con codice bianco al triage, corrispondenti al 24.7% di tutte le visite ai tre PS pediatrici della regione. Per l'87% dei bambini visitati erano disponibili le coordinate geografiche dell'indirizzo di residenza (N=10327). Nonostante il tasso di visite per motivi non urgenti fosse molto diverso tra i 3 PS, in tutti abbiamo osservato una riduzione progressiva dalla corona più interna alla più esterna. Complessivamente, il tasso è calato da 163,5 / 1000 anni-persona per i residenti entro 2 km a 26,6 per quelli residenti a 15-20 km, con differenze lievi tra le corone 6-8, 8-10 e 10-15 km.

Conclusioni. L'analisi dei dati del sistema informativo sanitario del Friuli Venezia Giulia ha permesso di mostrare, in maniera relativamente rapida, priva di recall bias e senza necessità di campionamento, che la vicinanza ai PS pediatrici si associa con un maggior utilizzo di queste strutture per problemi non urgenti. È necessario approfondire i motivi specifici che rendono conveniente per i residenti nei pressi dei PS recarsi a queste strutture anziché rivolgersi ai Pediatri di Libera Scelta per problematiche di salute non urgenti.

francesca.valent@regione.fvg.it

239 - orale

INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA

Fantaci G.[1], Ferrante M.[2], Pollina Addario S.[1], Tavormina E.[1], Marras A.[1], Scondotto S.[1]

[1] Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana; [2] Dipartimento di Culture e Società, Università degli Studi di Palermo

Introduzione:La gravidanza, il parto ed il puerperio sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato. Gli standard nazionali prevedono la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, e l'abbinamento per pari complessità di attività delle UU.OO. ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/ pediatriche, riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali. I punti nascita privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiologica e medico pediatrica attiva h 24, o di risorse umane e di attrezzature adeguate non dovrebbero prendere in carico nascite a rischio. Anche il trasferimento del neonato subito dopo la nascita, in presenza di condizioni predittive di rischio per il neonato al momento del parto, rappresenta un indicatore di cattiva gestione del percorso clinico.

Obiettivi: Valutare l'appropriatezza del percorso nascita e la gestione delle fasi assistenziali nelle prime ore dalla nascita con riferimento ai "neonati a rischio".

Metodi: Come caso studio vengono analizzati i dati desunti dal Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) e dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). E' stata condotta quindi un'analisi di tipo descrittivo sui volumi dei nati a rischio e trasferiti entro tre giorni dalla nascita per livello di complessità di struttura. La definizione di neonato a rischio viene determinata sulla base di alcuni criteri, basati su: età gestazionale, peso alla nascita, SGA (Small for Gestational Age), età della madre e gravidanza plurima, con valori del rischio definiti da 0 a 3 (nessun fattore di rischio tra quelli selezionati, un fattore, due fattori, oltre due). Tramite processi di record linkage deterministico e probabilistico tra dati desunti da fonte CedAP e SDO, vengono analizzati alcuni aspetti legati alla gestione del neonato a rischio in termini di trasferimenti tra tipologie di strutture ospedaliere, anche alla luce della recente normativa regionale.

Risultati: Nel 2013 nella Regione Sicilia sono stati osservati 8.871 (20,3%) parti di neonati con almeno un fattore di rischio tra quelli selezionati. La percentuale di linkage tra CedAP ed almeno una delle due SDO (madre o bambino) è risultata pari al 97.2%. Degli 8.324 neonati a rischio linkati con il flusso SDO, ben il 34,6% è risultato ancora assistito in un punto nascita non di II livello. La percentuale di nati trattati in centri di II livello aumenta all'aumentare del livello di rischio, con valori pari al 75% per neonati con due fattori di rischio e del 78% per neonati con almeno tre fattori di rischio. Con riferimento ai trasferimenti entro tre giorni dalla nascita, dei 568 trasferimenti, il 14.9 % è stato trasferito da punti nascita di II livello, ed il 73.9% da strutture di I livello, mentre l'11% di trasferimenti ha interessato le altre strutture.

Conclusioni: L'analisi condotta consente di valutare l'appropriatezza del percorso nascita attraverso alcuni indicatori riguardanti la gestione dei neonati a rischio all'interno della rete assistenziale regionale. Gli indicatori analizzati costituiscono pertanto un utile strumento da impiegare all'interno di programmi di valutazione della qualità dell'assistenza alla gravidanza e al parto.

giovanna.fantaci@regione.sicilia.it

240 - poster

USO DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO DEL FRIULI VENEZIA GIULIA PER LA COSTRUZIONE DI UN REGISTRO REGIONALE DEI SOGGETTI CON DIABETE MELLITO

Francesca Valent[1], Pierantonio Romor[2], Loris Zanier[1], Riccardo Candido[3], Elena Faleschini[4],Laura Tonutti[5], Gianluca Tornese[4], Carla Tortul[6], Manuela Zanatta[4], Giorgio Zanette[7]

[1]Servizio epidemiologia e flussi informativi, Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, Regione autonoma Friuli Venezia Giulia; [2]Insiel S.p.A., Udine; [3]Azienda per l'Assistenza Sanitaria N. 1 "Triestina", Trieste; [4]IRCCS materno infantile "Burlo Garofolo", Trieste; [5]Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine; [6]Azienda per l'Assistenza Sanitaria N. 2 "Bassa Friulana-Isontina", Gorizia; [7]Azienda per l'Assistenza Sanitaria N. 5 "Friuli Occidentale", Pordenone

Introduzione. Il Friuli Venezia Giulia (FVG) dispone di un sistema informativo sanitario caratterizzato da basi dati amministrative raccolte in un data warehouse regionale, collegabili tra loro mediante un identificativo univoco anonimo (chiave anagrafica) che viene modificato periodicamente nel rispetto della privacy degli assistiti.

Obiettivi. Il nostro obiettivo era di costruire un registro dei soggetti con diabete mellito residenti in FVG utilizzando le basi dati del sistema informativo sanitario regionale.

Metodi: Sono state collegate mediante record linkage individuale con chiave anagrafica le seguenti basi dati: anagrafe degli assistiti, schede di dimissione ospedaliera (SDO), esenzioni e prescrizioni farmaceutiche territoriali. Sono stati definiti diabetici quei soggetti residenti in FVG che a) avessero avuto almeno un ricovero con diagnosi di dimissione principale o secondaria con codice ICD-9-CM 250.x, oppure b) avessero ricevuto un'esenzione per diabete (codici P20 o 013) oppure c) avessero ricevuto la prescrizione di almeno 3 confezioni di farmaci antidiabetici (codici ATC A10A o A10B) nell'arco di 365 giorni. A partire dal 2002, primo anno in cui il database delle prescrizioni farmaceutiche copriva tutta la Regione, abbiamo considerato come data di incidenza del diabete la prima data di registrazione di uno dei suddetti criteri. I soggetti per i quali uno o più criteri fossero soddisfatti prima del 2002 sono stati considerati prevalenti al 1/1/2002 con data di incidenza non nota. Dal registro sono stati esclusi, in quanto verosimili casi di diabete gestazionale, i soggetti di sesso femminile che avessero soddisfatto uno dei criteri per la cattura nel registro nei 6 mesi precedenti un evento ostetrico (ricovero con diagnosi principale di dimissione ICD-9-CM 640-669) e che avessero ricevuto la prescrizione di almeno 3 confezioni di strisce per la misurazione della glicemia (codice ATC 7AB1B01) nei 3 mesi precedenti l'evento ostetrico, e che non avessero soddisfatto nuovamente in seguito all'evento ostetrico almeno un criterio per la cattura nel registro.

Risultati. Fino al 1/7/2015 il registro ha catturato complessivamente 134,884 soggetti rispondenti alla definizione di diabetico. Quelli in vita e residenti al 31/12/2014 erano 84,050, di cui il 53.2% di sesso maschile e il 66.3% di età ≥65 anni. I nuovi casi catturati dal registro sono scesi da 6626 nel 2009 a 5460 nel 2013.

Conclusioni. Il linkage delle basi dati amministrative del sistema informativo sanitario del FVG ha permesso di costruire un registro di popolazione per il diabete mellito e di stimare la prevalenza e l'incidenza della malattia. Il prossimo sviluppo del registro prevede lo studio di metodi per la distinzione dei casi di diabete mellito tipo 1 e 2 e il linkage con il database dei laboratori analisi per la valutazione del livello di controllo glicemico raggiunto dai pazienti.

francesca.valent@regione.fvg.it

241 - poster

VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DEI PAZIENTI IN TERAPIA SOSTITUTIVA RENALE CRONICA: LE PRINCIPALI COMORBIDITA'.

Anna Busolin[1], Francesca Valent[1], Giuliano Boscutti[2].

[1]Regione Friuli Venezia Giulia, direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia servizio epidemiologia e flussi informativi; [2]Responsabile Scientifico del Registro Regionale di Pazienti in Terapia Sostitutiva Renale Cronica; Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

Introduzione La regione Friuli Venezia Giulia con legge regionale 19 del 26.10.2006, ai sensi dell'art. 35, ha istituito il registro di pazienti in terapia sostitutiva renale cronica.

Il registro è costruito tramite linkage di basi dati amministrative, nel rispetto della normativa sulla privacy. Una volta definito l'algoritmo di cattura dei pazienti in terapia sostitutiva renale cronica e calcolata la prevalenza ad una certa data, è possibile legare ai pazienti altre informazioni sanitarie di interesse, per individuare comorbidità e accessi ai servizi sanitari.

Obiettivi Il nostro obiettivo è stato valutare le principali comorbidità dei soggetti in terapia sostitutiva renale cronica individuati dal registro di patologia regionale, sfruttando le potenzialità delle basi dati amministrative sanitarie del Friuli Venezia Giulia.

Metodi Abbiamo estratto i pazienti prevalenti al 31/12/2014 e legato a questi tramite linkage deterministico mediante chiave anonima le informazioni contenute nelle basi dati dei ricoveri, delle prestazioni ambulatoriale e delle prescrizioni farmacologiche dei 5 anni precedenti. Mediante algoritmi definiti sulla base della presenza di determinati codici ICD-9-CM nelle schede di dimissione ospedaliera, delle prescrizioni di determinate prestazioni ambulatoriali e di farmaci in categorie prestabilite, abbiamo valutato le seguenti comorbidità: cardiopatia, diabete, epatopatia, infezioni, ipertensione, malattia polmonare cronica, malattia vascolare cronica.

Risultati Con l'ultimo aggiornamento disponibile delle basi dati amministrative (luglio 2015), in regione i pazienti prevalenti in terapia sostitutiva vivi e residenti nel corso del 2014 sono 1723, di cui 206 incidenti e 176 deceduti nell'anno. Circa Il 30% di questi soggetti è trapiantato; i restanti pazienti sono in terapia dialitica.

Tra tutti i prevalenti, l'ipertensione è risultata la comorbidità più frequente con 764 casi, seguita dalla cardiopatia con 641. L'epatopatia è stata la comorbidità meno diffusa, con 45 casi.

Conclusioni L'uso dei sistemi di linkage di basi dati amministrative per la costruzione di registri di patologia e lo studio dei soggetti ivi inclusi ha come grandi punti di forza la riproducibilità, la tempestività, l'omogeneità in tutta la regione, garantendo la possibilità di fare programmazione sanitaria e valutazioni epidemiologiche di interesse, nel rispetto dell'anonimato dei cittadini. La validità delle informazioni prodotte con questi sistemi è strettamente legata alla qualità delle codifiche e alla completezza della compilazione delle basi dati amministrative, per cui è fondamentale promuovere questi aspetti tra coloro che le alimentano.

anna.busolin@regione.fvg.it

242 - poster

Potenzialità dei dati amministrativi in regione Friuli Venezia Giulia: il registro dei pazienti in terapia sostitutiva renale.

Anna Busolin[1], Francesca Valent[1], Gianpaolo Amici[2], Manuela Bosco[3], Liana Fabi[4], Rossella Ferraro-Mortellaro[2], Lucia Martimbianco[5], Domenico Montanaro[6], Giacomo Panarello[4], Giacomino Rossi[7], Giuliano Boscutti[8]

[1]Regione Friuli Venezia Giulia, direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia servizio epidemiologia e flussi informativi; [2]Azienda per l'assistenza sanitaria n° 3, Ospedale di San Daniele; [3]Azienda per l'assistenza sanitaria n°2, Ospedale di Gorizia; [4]Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone; [5]Azienda per l'assistenza sanitaria n°2, Ospedali di Palmanova e Latisana; [6]Azienda Ospedaliera-Universitaria, Santa Maria della Misericordia di Udine; [7]Azienda per l'assistenza sanitaria n° 3, Ospedale di Tolmezzo; [8]Responsabile Scientifico del Registro Regionale di Pazienti in Terapia Sostitutiva Renale Cronica; Azienda Ospedaliera-Universitaria, Ospedali Riuniti di Trieste.

Introduzione La regione Friuli Venezia Giulia ha la peculiarità di possedere un sistema informativo sanitario regionale, garantendo l'uniformità, la tempestività sulla raccolta di molti dati. Le basi dati a disposizione nascono solitamente per scopi amministrativi ma questo non ne preclude l'uso per altri fini, uno tra tutti quello epidemiologico. Il Friuli Venezia Giulia conta circa 1,200,000 abitanti, suddivisi tra 5 aziende territoriali. Per tutti i residenti inseriti correttamente nell'anagrafica sanitaria, rispettando la normativa sulla privacy, riusciamo ad avere informazioni su ricoveri, su prestazioni ambulatoriali, su prescrizioni farmaceutiche, su esenzioni, su accessi al Pronto Soccorso, su prese in carico dai servizi territoriali, su medici di medicina generale, su prestazioni di anatomia patologica, eseguiti presso strutture pubbliche e private convenzionate con il SSN della regione, e per alcune basi dati anche extra regionali.

Obiettivi Costruire il registro regionale dei pazienti in terapia sostitutiva utilizzando i dati amministrativi già esistenti senza costi aggiuntivi, garantendo la riproducibilità, la normalizzazione, la privacy, la profondità temporale.

Metodi Un paziente residente e vivente è stato definito in terapia sostitutiva renale se: per almeno 90 giorni consecutivi è stato sottoposto a dialisi con una frequenza di 3 sedute a settimana oppure se è stato trapiantato. Per individuare i casi di pazienti trapiantati si sono selezionati tutti i ricoveri con codice ICD9CM 55.69 (trapianto di rene) oppure con diagnosi in qualsiasi posizione, codice ICD9CM V42.0 (rene sostituito da trapianto), per selezionare i pazienti in dialisi si sono selezionate le prestazioni di dialisi fatte in regime ambulatoriale con codice compreso tra 39.95.1 e 39.95.9 (emodialisi) oppure codice 54.98.1 o 54.98.2 (dialisi peritoneale).

Risultati Con l'ultimo aggiornamento disponibile, luglio 2015, in regione i pazienti prevalenti in terapia sostitutiva nel 2014 sono 1723, mentre i casi incidenti sono 206. Nel corso dell'intero anno sono morti 176 pazienti.

Conclusioni Usare le basi dati amministrative garantisce, utilizzando dei criteri estendibili a tutta la regione e riproducendoli di anno in anno, di individuare gruppi di popolazione caratterizzati, in questo specifico caso, dall'essere affetti dalla stessa patologia, queste informazioni ci permettono di seguire i pazienti, studiarne le comorbidità, i percorsi sanitari legati alla patologia, la loro appropriatezza e i loro esiti.

anna.busolin@regione.fvg.it

243 - orale

Screening oncologici femminili ed equità di accesso: la donne utenti del Dipartimento di Salute Mentale di Perugia.

Carla Bietta[1], Igino Fusco-Moffa[1], Elisabetta Rossi[2]

[1] UOSD Epidemiologia - Azienda USL Umbria 1; [2] DSM Area Sud - Azienda USL Umbria 1

Introduzione. Alcuni studi indicano minor ricorso allo screening tra le donne con problemi di salute mentale, in particolare tra quelle con diagnosi di schizofrenia.

Obiettivi. Valutare l'adesione agli screening e relative criticità di accesso tra le utenti del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) del territorio dell'USLUmbria1, nell'ambito del progetto CCM screening e salute mentale teso a ridurre le disuguaglianze nell'accesso tra le utenti DSM.

Metodi. Anonimizzazione e estrazione delle donne dagli archivi DSM, screening mammografico (50-69aa) e cervice uterina (25-64aa). Incrocio tra DSM (almeno un accesso nel relativo periodo di tempo) e screening nell'ultimo round disponibile (mammella 2012-13;cervice uterina 2011-13). Analisi dell'adesione allo screening della popolazione DSM rispetto alla popolazione totale per età, numero di accessi (proxy di gravità della patologia mentale) e diagnosi.

Risultati. Screening cervico-carcinoma uterino: la popolazione con almeno un accesso al DSM (N=4492) ha una adesione del 60.8% (vs 60.8% popolazione totale). Selezionando la popolazione con almeno 3 accessi al DSM nel corso del periodo di rilevazione (N=2784), l'adesione risulta paragonabile (59.9%) L'analisi di quest'ultima popolazione per classe d'età mostra, rispetto alla totale, una flessione di adesione per le 60-64aa (53.2% vs 62.1% popolazione totale). Inoltre si osserva una minor adesione tra le donne con una maggior presa in carico (>1 accesso/mese). Analizzando per gruppi di diagnosi si osserva: una maggior adesione per le donne con sindromi affettive (63% p=0.05) e con sindromi nevrotiche legate a stress e somatoformi (66% p<0.001); una minore adesione in quelle con diagnosi di schizofrenia, sindromi schizotipiche e deliranti (48% p<0.001) e di disturbi della personalità e del comportamento dell'adulto (52% p=0.03). Screening tumore della mammella: la popolazione con almeno un accesso al DSM (N=1943) ha un'adesione del 65.2% (vs 70.3% popolazione totale). Anche in questo caso le donne con 3 o + accessi al DSM nel periodo (N=1264) mostrano un'adesione paragonabile alle precedenti (64.5%). L'analisi dell'adesione di queste ultime per classe d'età non mostra differenze con la popolazione totale. L'adesione per numero di accessi conferma valori minori tra le donne con una maggior presa in carico (>1 accesso/mese). Infine, l'analisi per gruppi di diagnosi conferma: una maggior adesione per le pazienti con sindromi affettive (69% p=0.002); una minore adesione in quelle con diagnosi di schizofrenia, sindromi schizotipiche e deliranti (51% p<0.001).

Conclusioni. I dati rendono conto di un positivo rapporto tra il DSM e il complesso dei servizi sanitari nel facilitare l'accesso ai normali percorsi assistenziali delle pazienti con disturbi mentali. A conferma della letteratura, emergono ipotesi su alcuni fattori che costituiscono un rischio di non adesione allo screening, seppure in un contesto che, soprattutto per la cervice uterina, vede le pazienti DSM umbre non svantaggiate.

carla.bietta@uslumbria1.it

244 - poster

Lo stato di salute pugliese on demand: un nuovo strumento informativo

Antonio Chieti[1], Anna Maria Nannavecchia[1], Lucia Bisceglia[2]

[1]Centro di Coordinamento Registro Tumori Puglia – IRCCS Tumori "Giovanni Paolo II", Bari; [2]AReS Puglia – Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia

Obiettivi Le richieste sullo stato di salute dei cittadini diventano costantemente più incalzanti e dettagliate. Gli amministratori locali chiedono risposte rapide e precise per attuare politiche di risanamento del territorio, ove necessario. Per velocizzare la stesura delle elaborazioni che permettono di rispondere a tali richieste si è pensato di realizzare un nuovo strumento automatico che generi indicatori epidemiologici per un'analisi descrittiva della salute della popolazione pugliese, arrivando ad un livello di disaggregazione comunale, che possa essere utilizzato da un operatore sanitario di una ASL.

Metodi E' stato realizzato un sistema informativo basato su uno stack di tre strumenti informatici: (a) un DBMS di fascia enterprise per l'archiviazione dei dati oggetto di analisi; (b) un'applicazione desktop scritta in linguaggio Delphi per la progettazione di analisi epidemiologiche che comprendono il calcolo di indicatori quali il tasso grezzo, il tasso specifico per età, il tasso standardizzato diretto, SMR, SHR e il tasso bayesiano gerarchico costruito con il modello di Besag, York e Mollié; (c) degli script in R per le elaborazioni statistiche. Gli aspetti analizzati riguardano mortalità e ricoveri dei residenti pugliesi; le cause e patologie scelte si rifanno allo studio Sentieri. Il periodo temporale d'analisi va dal 2001 al 2013 (ricoveri) e dal 2006 al 2011 (decessi). Il dato di mortalità ha fonte Istat, mentre le SDO provengono dalla Regione Puglia.

Risultati L'utente può creare più progetti di analisi; accedendo ad un percorso guidato, può effettuare le seguenti scelte: cause di morte o patologie di ricovero, anni o intervallo temporale, sesso, comune o sue aggregazioni superiori (DSS, provincia, regione), indicatori da calcolare e p-value. Al termine del percorso, l'utente visualizzerà una o più tabelle che contengono gli indicatori richiesti, nonché grafici e mappe esplicative che permettono una visualizzazione immediata del risultato.

Conclusioni Le novità di questo strumento riguardano l'estrema facilità di configurazione dei propri progetti di analisi e la possibilità di raggiungere il livello di analisi comunale. Il software è attualmente in fase di sperimentazione presso il Centro di Coordinamento Registro Tumori Puglia.

I prossimi passi saranno l'introduzione dell'incidenza tumorale, data la disponibilità di un Registro Tumori Regionale, e la prevalenza di patologia, ed il porting su piattaforma web del sistema realizzato.

antonio.chieti@gmail.com

245 - poster

Effetti a breve termine dell'inquinamento sulla salute in un'area rurale della Regione Emilia-Romagna

Andrea Ranzi[a], Simone Giannini[a], Michela Baccini[b,c], Paola Angelini[d], Paolo Lauriola[a]

[a]Agenzia regionale prevenzione e ambiente dell'Emilia-Romagna, Direzione tecnica, Centro tematico regionale ambiente e salute, Modena; [b]Dipartimento di statistica, informatica e applicazioni "G. Parenti", Università di Firenze, Firenze; [c]Unità di biostatistica, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), Firenze; [d]Servizio sanità pubblica DG Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione La letteratura sugli effetti a breve termine dell'inquinamento sulla salute è molto vasta. Pochi studi però hanno considerato lo studio degli effetti in contesti rurali.

Obiettivi Valutare gli effetti a breve termine dei livelli di concentrazione degli inquinanti atmosferici su mortalità e ospedalizzazione in un'area rurale della regione Emilia-Romagna.

Metodi L'area considerata si riferisce a 34 comuni della regione Emilia-Romagna, per una popolazione complessiva che si aggira intorno ai 275,000 abitanti. Questi comuni sono stati considerati omogenei come pressioni ambientali, in base ai dati relativi al catasto delle emissioni (CORINAIR) e a simulazioni modellistiche delle concentrazioni di fondo. Gli inquinanti considerati (PM10, PM2.5, NO2, O3), misurati nel comune di Molinella, si riferiscono al periodo 2002-2013 (escluso il PM2.5 che parte dal 2009). E' stata analizzata la mortalità naturale e causa-specifica (cardiaca e respiratoria) degli over-35, e l'ospedalizzazione per cause cardiache e respiratorie dei residenti nei 34 comuni indagati. Inoltre è stata analizzata la mortalità naturale per i diabetici e per i soggetti con disturbi neurologici. L'assenza di ospedali in molti dei comuni dello studio non ha permesso di poter lavorare sugli eventi avvenuti nel comune di residenza; per limitare la possibile misclassificazione dell'esposizione, sono stati considerati gli eventi avvenuti entro 30 km dal comune di residenza. L'analisi statistica ha utilizzato un modello di serie storiche controllando per stagionalità, temperatura, decremento estivo della popolazione, giorni festivi e periodi di influenza.

Risultati Per la mortalità naturale, si osserva un incremento significativo per variazioni di 10 µg/m3 nei livelli di PM10 e PM2.5, pari rispettivamente a 1.41% (90% CI: 0.42;2.41) e 2.52% (90% CI: 1.04;4.03) a lag 0-1. La mortalità causa-specifica ha confermato un effetto avverso per la salute solo per la mortalità cardiaca. L'analisi dei ricoveri ha evidenziato, per le cause respiratorie, un effetto avverso per la salute con tutti gli inquinanti analizzati. Per il PM2.5, inoltre, si evidenzia un incremento del rischio passando dal lag 0-1 pari a 2.53% (90% CI: 0.59;4.52) al lag 0-5 pari a 4.45% (90% CI: 1.82;7.16). L'analisi sulle sottopopolazioni suscettibili, ha riscontrato un incremento di rischio per esposizioni a polveri e ossidi di azoto per i soggetti diabetici.

Conclusioni A fronte di un livello medio annuo di inquinamento più basso di quanto osservato nei contesti urbani, l'analisi ha evidenziato effetti avversi di maggiore entità. L'analisi sui soggetti cronici ha riscontrato un incremento del rischio, rispetto al complesso dei residenti, solo per i diabetici. La divergenza nei risultati nell'analisi causa specifica fra la mortalità ed i ricoveri potrebbe essere influenzata dalla diversa accessibilità ai presidi ospedalieri.

aranzi@arpa.emr.it

246 - orale

Effetti a breve termine del particolato atmosferico sulla salute: il ruolo della distribuzione dimensionale

Simone Giannini[a], Andrea Ranzi[a], Michela Baccini[b,c], Arianna Trentini[d], Ari Laaksonen[e], Vanes Poluzzi[d], Paola Angelini[f], Paolo Lauriola[a]

[a]Agenzia regionale prevenzione e ambiente dell'Emilia-Romagna, Direzione tecnica, Centro tematico regionale ambiente e salute, Modena; [b]Dipartimento di statistica, informatica e applicazioni "G. Parenti", Università di Firenze, Firenze; [c]Unità di biostatistica, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), Firenze; [d]Agenzia regionale prevenzione e ambiente dell'Emilia-Romagna, Direzione tecnica, Centro tematico regionale aree urbane, Bologna; [e]Dipartimento di fisica applicata, Università della Finlandia Orientale, Kuopio; [f]Servizio sanità pubblica DG Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione Il ruolo delle particelle di dimensione sub-micrometrica, in relazione agli effetti avversi sulla salute, non è ancora chiaro; i pochi lavori di letteratura infatti presentano risultati non coerenti, e talvolta apparentemente in contraddizione con quelli relativi alla massa del particolato.

Obiettivi Valutare il ruolo della distribuzione dimensionale del particolato nel determinare l'effetto a breve termine sulla salute in un'area rurale della regione Emilia-Romagna.

Metodi L'area in studio (275,000 abitanti) comprende 34 comuni, considerati omogenei come fattori di pressione ambientale (catasto emissioni e simulazioni modellistiche). La distribuzione dimensionale del particolato è stata misurata nel sito di Molinella per il periodo 2002-2013 e suddivisa in tre intervalli modali: nucleazione (3-25 nm); Aitken (25-90 nm); accumulazione (>90 nm). Sono stati poi classificati come giorni di evento di nucleazione, quelli in cui si osservasse un aumento considerevole del numero di particelle dell'intervallo di nucleazione con successiva crescita. E' stata analizzata la mortalità naturale e causa-specifica (cardiaca e respiratoria) negli adulti (over-35), e l'ospedalizzazione per cause cardiache e respiratorie dei residenti nei 34 comuni indagati. Gli effetti sulla salute sono stati stimati tramite un modello di serie storiche controllando per stagionalità, temperatura, decremento estivo della popolazione, giorni festivi e periodi di influenza. Inoltre è stato stimato l'effetto della massa del PM2.5 nei giorni di evento e di non evento.

Risultati Non sono state osservate associazioni positive tra mortalità naturale e causa-specifica per le 3 aggregazioni considerate, con associazioni negative e significative tra mortalità naturale e nucleazione (-4.78% 90%CI: -7.84;-1.61 al lag 0-5). I ricoveri per cause respiratorie sono risultati positivamente associati con tutte le frazioni dimensionali, mostrando un incremento del rischio da lag 0-1 a 0-5, in particolare per le particelle di accumulazione, con incrementi percentuali rispettivamente di 4.30% (90%CI: 1.40;7.28) e 6.14% (90%CI: 2.05;10.39) per variazioni interquartili. L'effetto del PM2.5 nei giorni di nucleazione risulta considerevolmente più alto rispetto agli altri giorni per quasi tutti gli outcome, seppur con intervalli di confidenza molto ampi.

Conclusioni La forte associazione di tutte le aggregazioni con i ricoveri respiratori al lag 0-5 potrebbe indicare un effetto prolungato nel tempo. Anche per le particelle più piccole, le prime associazioni positive si osservano solo al lag 0-5. Le associazioni negative fra le particelle più piccole e alcuni esiti sono difficili da spiegare, anche per l'effetto maggiore del PM2.5 nei giorni di evento rispetto agli altri giorni. Sono quindi necessari ulteriori studi per valutare il potenziale ruolo di altri fattori, quali il periodo degli eventi di nucleazione (stagione calda) o la diversa composizione chimica delle polveri.

simone.giannini.7@gmail.com

247 - poster

La patologia diabetica fotografata dall'analisi dei dati dell'accordo aziendale 2014 per la Medicina Generale nella USL Umbria 1.

Igino Fusco-Moffa[1], Carla Bietta[1]

[1] UOSD Epidemiologia - Azienda USL Umbria 1

Introduzione. Dal 2007 la USL Umbria 1 ha inserito nell'accordo aziendale con la medicina generale una sezione sul rischio cardiovascolare per rispondere all'esigenza dell'azienda e all'aspettativa dei professionisti di misurare e misurarsi non solo su criteri di efficienza (volumi e costi) ma anche di efficacia, qualità professionale ed appropriatezza. Nell'ambito dell'accordo aziendale annuale, i MMG sono stati invitati a condividere, come obiettivo incentivante, i dati sul diabete mellito e l'ipertensione arteriosa tra i propri assistiti al fine di promuovere e rendere valutabili le azioni di monitoraggio e il counselling su fattori di rischio e stili di vita per il controllo del rischio cardiovascolare

Obiettivi. Caratterizzare la popolazione diabetica e valutare il grado di controllo del diabete mellito tra gli assistiti in carico ai MMG aderenti all'accordo aziendale per l'anno 2014

Metodi. E' stato utilizzato l'archivio dei dati inviati dai MMG con informazioni dei pz tra i 40 e i 69 anni affetti da diabete mellito. Tra le variabili richieste sono state considerate: sesso, età, comorbosità per ipertensione arteriosa, peso e altezza per il calcolo del BMI, valore dell'emoglobina glicata (HbA1c), abitudine al fumo. Ove possibile i dati sono stati confrontati con la rilevazione PASSI 2014

Risultati. Sono stati analizzati i dati inviati da 89 MMG su 419 (22%) relativi a 3.484 diabetici 40-69enni su 11.785 (29,6% del totale). E' stata evidenziata una maggioranza del sesso maschile fino al 59% (PASSI 60%). Il 64,3% (PASSI 55%) è in terapia anche per ipertensione arteriosa (M 63%-F 66%). Il BMI è stato rilevato nell'82% dei casi: normopeso 16,2%, sovrappeso 41,3%, obesi 42,5% (PASSI 26%, 42%, 32%); l'eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) è risultato maggiore tra i maschi (84,7% M vs 82,5% F). Almeno una rilevazione annuale dell'HbA1c è stata effettuata dall'82% dei pz (PASSI 77%); il valore dell'HbA1c è risultato a target (<= 7%) nel 62% (61% M - 64% F). Il 20,3% dei pz fuma (PASSI 20%) di cui 22,5% M e 17% F

Conclusioni. Si è dimostrata fattibile una integrazione tra istituti contrattuali e un approccio epidemiologico basato sull'assunzione che la registrazione di variabili cliniche e di rischio da parte del MMG documenti l'avvio del counselling. L'analisi dei dati dimostra che in questo periodo di tagli economici alla sanità e di sempre maggiore attenzione all'appropriatezza è possibile monitorare e documentare quasi puntualmente la presa in carico di pazienti con patologie croniche tracciabili con archivi amministrativi. La coerenza con i dati PASSI dimostra l'affidabilità dei dati inviati dai MMG. Inoltre, questo strumento è stato propedeutico all'avvio, nel 2015, di un progetto dedicato alla medicina di iniziativa finalizzato alla definizione di un percorso integrato tra medicina generale e medicina specialistica per arrivare ad un modello organizzativo assistenziale che potrà garantire una migliore presa in carico del paziente diabetico

igino.fuscomoffa@uslumbria1.it

248 - poster

Progetto CCM 2012. La promozione degli screening femminili: ridurre le disuguaglianze nell'accesso tra le donne utenti dei dipartimenti di salute mentale; un'esperienza in 4 Regioni italiane.

A.Barca*, A. Iannone*, L. Biscaglia*, D. Baiocchi*, P. Allegrucci*, S. Brezzi*, M.L. Mangia*, R. Bracco**, P. Mantellini§, A. Iossa§, C. Bietta§§, E. Rossi§§.

* Regione Lazio, ** Regione Friuli-Venezia Giulia, § Toscana, §§Umbria

Obiettivi Migliorare l'accessibilità ai programmi di screening dei tumori femminili delle utenti dei DSM, mediante la definizione e/o il consolidamento della rete tra i DSM ed i centri screening delle ASL, e realizzare interventi di sensibilizzazione agli screening.

Metodi Il progetto è stato realizzato in 3 ASL del Lazio, 2 ASL del Friuli-Venezia Giulia, ISPO Toscana e 1 Asl dell'Umbria. E' stata realizzata l'analisi preliminare di contesto, mediante:
-- l'analisi sui tassi di adesione agli screening delle utenti dei DSM coinvolti;
-- un'indagine qualitativa per rilevare le caratteristiche organizzative dei due servizi, le percezioni, le conoscenze, gli atteggiamenti e le aspettative rispetto i programmi di screening. Sulla base di quanto emerso dall'indagine qualitativa realizzata è stato progettato il percorso formativo degli operatori.

A conclusione dell'intervento è stata effettuata una ulteriore rilevazione tra gli operatori allo scopo di identificare le barriere ed i fattori agevolanti l'accesso agli screening e procedere alla stesura della Raccomandazioni di Buone Pratiche.

Risultati Hanno partecipato al progetto 25 centri e sono state coinvolte 2.108 donne tra i 25-69 anni. Per l'analisi qualitativa pre-intervento sono stati realizzati dei focus-group, con gli operatori dei servizi (screening e DSM) e con le utenti; sono stati intervistati sia operatori che utenti dei servizi. Screening dei tumori della cervice uterina (25 - 64 anni): Il 49,5% (N=769) delle 1.552 donne sensibilizzate, avevano effettuato lo screening recentemente; il 7% delle donne alle quali è stato proposto un appuntamento per l'effettuazione del Pap test o HPV ha rifiutato. Il 91% delle donne (N=711) ha espresso la volontà di aderire al programma ma solo il 24% (N=170) ha prenotato l'appuntamento ed effettuato il test di screening. Tra coloro che hanno effettuato il test, il 60% (N=102) non aveva mai effettuato il Pap test/test HPV nell'ambito dello screening organizzato. Screening del carcinoma della mammella (50-69anni): Il 47,1% (N=388) delle 823 donne a cui è stata effettuata la sensibilizzazione, avevano effettuato recentemente una mammografia all'interno o fuori dei programmi di screening. Circa il 7% delle donne ha rifiutato un appuntamento per l'effettuazione della mammografia. 386 donne (88%) hanno espresso la volontà di aderire al programma di screening, ma solo 130 (34%) hanno prenotato l'appuntamento ed effettuato il test. Tra coloro che hanno effettuato il test, il 49% (N=64) non aveva mai effettuato la mammografia nell' ambito dello screening organizzato.

Conclusioni La stesura delle raccomandazioni di Buone Pratiche a seguito degli incontri con le utenti e con gli operatori possono costituire uno strumento per definire, tenendo conto delle specificità dei diversi contesti organizzativi, le modalità efficaci per interventi di promozione degli screening oncologici rivolti a donne con patologia psichiatrica.

abarca@regione.lazio.it

249 - poster

Evidenze epidemiologiche dei tumori della mammella a lenta crescita, non progressivi o regressivi: una revisione sistematica

Nereo Segnan, Silvia Minozzi, Paola Armaroli, Michela Cinquini, Cristina Bellisario, Marien González-Lorenzo, Silvia Gianola, Antonio Ponti

SCDO Epidemiologia dei tumori, CPO Piemonte, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Obiettivi L'obiettivo generale è quello di mitigare la sovradiagnosi ed il sovratrattamento del tumore della mammella (TdM), quello specifico riassumere i dati disponibili sull'occorrenza e le caratteristiche dei tumori indolenti, invasivi o in situ (DCIS), e precisamente stimare la sopravvivenza dei casi non trattati, la prevalenza dei cancri occulti identificati all'autopsia, e la frequenza dei casi regressivi.

Materiali e metodi Revisione sistematica di studi primari pubblicati su PubMed, Embase e Cochrane library entro il 31/3/2014. At least two authors independently selected the potentially relevant studies, extracted data and assessed the methodological quality using validated checklists. Almeno due autori hanno selezionato in modo indipendente gli studi potenzialmente rilevanti, hanno estratto i dati e valutato la qualità metodologica attraverso l'uso di checklist validate. Criteri di eligilibità: studi di coorte, caso controllo, serie di casi non controllate che confrontano la sopravvivenza in donne con diagnosi di TdM non trattate con donne trattate; serie di autopsie che stimano la prevalenza di TdM occulti identificati all'autopsia; studi di coorte, caso controllo, serie di casi non controllate, case report che valutano l'occorrenza di regressione spontanea in donne con diagnosi istologicamente confermata.

Risultati TdM non trattati: sono stati identificati 2013 abstracts, sono stati rivisti 40 articoli, sono stati inclusi 20 studi (8 studi coorte, 12 serie di casi, in cuivengono riportati gli out come per 3593 TdM). In 4 studi coorte controllati (diagnosi 1978-2006), la sopravvivenza generale a 5 anni varia dal 19% al 43%.

TdM occulti: sono stati identificati 1415 abstracts, sono stati rivisti 33 articoli, sono stati inclusi 8 serie di casi (2279 autopsie). La prevalenza di TdM invasivi non diagnosticati durante la vita varia da 0 a 1.5%. I DCIS variano da 0.2% al 18%.

Regressione spontanea: sono stati identificati 290 abstracts, sono stati rivisti 27 articoli, sono stati inclusi 2 studi coorte, 3 case reports, 1 serie di casi. Negli studi di coorte il rischio relativo di regressione per cancri screen detected vs non screen detected è stato stimato in 1.2 e 1.1.

Conclusioni L'evidenza epidemiologica è limitata. Sembra plausibile che circa il 10% dei TdM invasivi non sia sintomatico durante la vita, 1/5 delle donne con TdM se non trattate vivrebbero oltre 5 anni. Due studi suggeriscono che 1-2 TdM screen detected su 10 potrebbero regredire.

paola.armaroli@cpo.it

250 - poster

Valutazione dei Servizi di Sicurezza Alimentare: gli audit dell'Autorità Competente nella Regione Calabria

Dario Macchioni*, Caterina Azzarito*, Giuseppe Andrea De Biase*, Domenico Gullà*, Anna Domenica Mignuoli*, Liliana Maria Rizzo*

*Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie Regione Calabria

INTRODUZIONE Il Regolamento (CE) n.882/2004, prevede che le Autorità Competenti devono procedere ad audit per verificare che presso i Servizi che si occupano di sicurezza alimentare, si stiano raggiungendo gli obiettivi fissati dalla legislazione comunitaria. Alla luce dei risultati ottenuti durante gli audit devono essere definite e poste in essere, le misure appropriate per riallineare le attività e i processi alle disposizioni previste.

OBIETTIVI Implementare un sistema di audit a livello regionale, conforme al Regolamento, con la finalità di verificare che, le Autorità Competenti Locali stiano raggiungendo gli obiettivi fissati dal Regolamento stesso.

Accertare se le attività di controllo ufficiale svolte a livello territoriale e i risultati correlati, siano conformi alle disposizioni previste (planned arrangments), se tali disposizioni siano attuate in modo efficace e adeguate.

MATERIALI E METODI Nel periodo febbraio 2011/marzo 2014, è stata effettuata una complessa e capillare attività che, partendo dalla formazione e aggiornamento regionale e territoriale - necessari per consentire l'espletamento dei compiti di Controllo Ufficiale con competenza e coerenza e garantendo il necessario livello di efficacia e appropriatezza - ha consentito l'espletamento di audit generali e di settore, presso tutti i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione che si occupano di sicurezza alimentare.

RISULTATI L'ampia attività formativa ha previsto ben 27 eventi formativi su tutte le aree di intervento del Reg. CE n. 882/04, strumenti e attività di controllo, catene di produzione, pericoli, criteri operativi, attività amministrative, per un totale di 2979 giornate formative/persona e 23912 ore formative/persona.

Negli audit sono stati coinvolti 26 Servizi (SIAN e SVET delle 5 AASSPP per un totale 19 audit (16 di sistema e 3 di settore) nel corso dei quali sono state visitate anche 4 unità di impresa alimentare.

I gruppi di audit, organizzati con competenze multidisciplinari, hanno agito in base a procedure documentare approvate e alle linee guida di cui alla Decisione (CE) 677/2006, formulando conclusioni fondate e ove necessario raccomandazioni e/o osservazioni. A loro volta i soggetti auditati hanno predisposto Piani di Azione per la risoluzione di quanto raccomandato.

CONCLUSIONI Gli audit hanno permesso di confermare che le attività di formazione svolte hanno migliorato la capacita del personale dell'autorità competente coinvolto, di eseguire controllo ufficiale, garantendo la multidisciplinarietà ed hanno avuto un enorme valore propedeutico per lo svolgimento delle attività di verifica.

Inoltre le conclusioni di ciascun audit hanno consentito di identificare in modo capillare i punti forti e deboli del sistema di controllo e hanno permesso di diffondere tra diversi Servizi, quando evidenziate, pratiche ottimali di controllo ufficiale.

d.macchioni@regcal.it

251 - orale

La salute mentale della popolazione detenuta: la situazione italiana emersa da uno studio multicentrico

Caterina Silvestri[1], Eleonora Fanti[1], Gianrocco Martino[1], Cristina Stasi[2], Giorgio Bazzella[3], Fabio Ferrari[4], Marco Grignani[5], Sandro Libianchi[6], Antonio Maria Pagano[7], Franco Scarpa[8], Fabio Voller[1].

[1]Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; [2]Università degli Studi di Firenze; [3]Az. ULSS 9 Treviso; [4]Az. USL 5 "Spezzini" La Spezia; [5]Az. Usl 1 Umbria; [6]Istituti penitenziari di Rebibbia; [7]Aziensa Sanitaria Locale Salerno; [8]Azienda USL 11 Empoli.

Introduzione: il disturbo mentale rappresenta la patologia più frequentemente diagnosticata all'interno delle strutture detentive. Secondo i risultati di un recente studio internazionale, il 12% dei detenuti è affetto da depressione maggiore, il 3,5% da disturbi psicotici mentre, ancor più elevate, sono le percentuali riguardanti i disturbi da dipendenza da alcol (17-30% uomini; 10-24% donne) e da sostanze (10-48% uomini e 30-60% donne). Nel 2012, il Ministero della Salute "Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm)", ha finanziato un progetto riguardante il tema della salute in carcere. Il progetto, concluso nel 2015, ha coinvolto 6 regioni italiane (Toscana, Liguria, Veneto, Umbria, Lazio e Az. Sanitaria di Salerno) per un totale di 57 strutture e 15.751 detenuti.

Obiettivi: rilevare le condizioni di salute della popolazione detenuta con particolare attenzione ai tentativi di suicidio e alle azioni auto-lesive.

Metodo: è stata costruita una scheda clinica informatizzata in cui, per ogni detenuto arruolato, sono state rilevate le informazioni socio-demografiche, cliniche, farmacologiche, numero di tentativi suicidari e atti autolesivi e le modalità messe in atto. Le diagnosi sono state codificate utilizzando la classificazione Internazionale ICDIX-CM mentre i farmaci sono stati analizzati per ATC corrispondente.

Risultati: il 41,3% dei detenuti arruolati (41% uomini e 44% donne) è affetto da almeno un disturbo psichico (1,5 diagnosi pro-capite). Di questi il 23,6% soffre di un disturbo mentale da dipendenza da sostanze, il 17,3% da un disturbo nevrotico, il 5,6% da un disturbo alcol correlato mentre il 2,7% da un disturbo affettivo psicotico. L'analisi per etnia individua i nord africani come la popolazione più coinvolta (56,9% vs. il 44,6% degli italiani e il 30,2% degli est europei) a causa dell'alta prevalenza di persone tossicodipendenti (37,1% vs. 26,8% degli italiani e 11,9% degli est europei). Fra i detenuti affetti da abuso o dipendenza da droghe, la cocaina è la sostanza più utilizzata coinvolgendo il 38,7% delle persone, seguita dall'eroina (27,3%). Il 69,3% dei pazienti con un disturbo psichico assume farmaci appartenenti alla categoria del sistema nervoso con una media di 2,5 farmaci pro-capite. La categoria più utilizzata è quella degli ansiolitici, in particolare i derivati benzodiazepinici (37,6%), seguiti dagli antipsicotici (17,6%), antiepilettici (13,8%) e antidepressivi (13,0%).

Conclusioni: indubbiamente la gestione e il trattamento delle patologie psichiatriche, in un contesto pieno di problematiche come quello detentivo, è molto complesso ma non può ridursi all'esclusivo regime trattamentale richiedendo anche interventi di carattere preventivo. In questo senso, la promozione e la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari costituiscono obiettivi prioritari che richiedono una forte collaborazione fra sanità, nello specifico dei Dipartimenti di Salute Mentale che devono a pieno titolo farsi carico del disagio in Carcere, e giustizia.

caterina.silvestri@ars.toscana.it

252 - orale

Radioterapia esterna e rischio di mesotelioma: uno studio longitudinale basato sui dati SEER

Andrea Farioli[1], Marta Ottone[1], Alessio Giuseppe Morganti[2], Gaetano Compagnone[3], Fabrizio Romani[3], Silvia Cammelli[2], Stefano Mattioli[1], Francesco Saverio Violante[1]

[1]Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, Bologna; [2]Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, Università di Bologna, Bologna; [3]UO Fisica Sanitaria, Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna.

Introduzione. Evidenze contrastanti associano l'esposizione a radioterapia esterna (RTE) ad un aumento del rischio di mesotelioma e non sono disponibili dati sulla curva esposizione-risposta.

Obiettivi. Valutare il rischio di mesotelioma pleurico e peritoneale dovuto al trattamento con RTE tra i lungo sopravviventi (>5 anni) a tumori solidi primari maligni diagnosticati tra i 20 e gli 84 anni di età.

Metodi. Utilizzando i dati dei registri tumori statunitensi (anni 1973-2011), è stata identificata una coorte di pazienti affetti da tumori solidi primari maligni occorsi in siti frequentemente trattati con RTE (testa e collo, laringe, polmone, mammella, stomaco, sigma e retto, utero, prostata e testicolo). L'analisi è stata ristretta ai pazienti sopravvissuti più di cinque anni dalla prima diagnosi. Per il rischio di mesotelioma in qualsiasi sede e per quello pleurico, sono state condotte analisi di sopravvivenza aggiustate per sesso, età, razza, anno di prima diagnosi, chirurgia del tumore primario e rischio relativo di mesotelioma nella contea di residenza (proxy di esposizione individuale). A causa del ridotto numero di eventi, le stime per il mesotelioma peritoneale sono state corrette solo per sesso ed età. L'esposizione dei mesoteli a radiazioni è stata classificati in 3 livelli: assente (soggetti non irradiati; categoria di riferimento), rifratta e diretta. Sono stati adattati modelli di regressione che includevano termini di interazione tra l'esposizione a RTE e la latenza (tempo dall'irradiazione).

Risultati. Nella coorte (n=913,873), sono stati osservati 300 mesoteliomi (264 pleura; 32 peritoneo; 4 altre sedi). È stata evidenziata un'associazione tra RTE e rischio di mesotelioma in qualsiasi sede (hazard ratio [HR] 1.36, IC95% 1.05–1.76), più marcato per latenze > 10 anni (HR 1.60, IC95% 1.12–2.29). Per il mesotelioma pleurico, l'aumento del rischio non si è mostrato proporzionale alla dose ricevuta (HR irradiazione rifratta: 1.35; HR irradiazione diretta: 1.36), mentre rischi maggiori sono stati osservati per latenze > 10 anni (HR irradiazione rifratta: 1.50; HR irradiazione diretta: 1.54). Solo l'irradiazione diretta ha mostrato un'associazione con il rischio di mesotelioma peritoneale (HR 2.13, 95%IC 0.96–4.74), più forte per latenze >10 anni (HR 3.19, 95%IC 1.11–9.18). L'analisi per rischi competitivi ha evidenziato che l'impatto della RTE sull'incidenza di mesotelioma è limitato dell'alta frequenza di eventi competitivi (altre neoplasie e morte). L'incidenza cumulativa di mesotelioma dopo 40 anni di osservazione è risultata molto bassa (pazienti non irradiati, 0.00031; pazienti irradiati 0.00056).

Conclusioni. L'esposizione a radiazioni ionizzanti, ed in particolare ad RTE, è un determinante di mesotelioma. Il rischio relativo incrementa all'aumentare della latenza, mentre la curva dose-risposta sembra essere non lineare. L'impatto clinico del mesotelioma dopo la RTE per tumori solidi maligni è limitato.

andrea.farioli4@unibo.it

253 - poster

PCDD/F e dl-PCB in aree contaminate: strumenti per la valutazione del rischio.

Pietro Salizzoni[(a)], Massimo Marro[(a)], Ubaldo Natangelo[(b)], Rosanna Desiato[(b)], Elisa Baioni[(b)], Ivana Bottazzi[(c)], Simona Possamai[(c)] Giuseppe Ru[(b)].

[(a)]Ecole Centrale de Lyon - 36 av. Guy de Collongue 69134 Ecully; [(b)]Biostatistica, Epidemiologia e Analisi del Rischio - Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta – via Bologna 148, 10154 Torino; [(c)]Polo Microinquinanti – Arpa Piemonte - Via Sabaudia 164 - Grugliasco (TO)

INTRODUZIONE La presenza in Val di Susa di un'acciaieria di seconda fusione, in un'area ad elevata vocazione zootecnica, ha dato lo spunto per uno studio volto ad indagare i processi di trasferimento di alcuni contaminanti ambientali ivi emessi (Policlorodibenzo-p-diossine (PCDD), policlorodibenzofurani (PCDF) e Policlorobifenili diossina-simili (dl-PCB) alle varie matrici ambientali ed ai prodotti di origine animale destinati all'alimentazione umana. La possibilità di modellare tali fenomeni di trasferimento può rivelarsi molto utile in fase di exposure assessment e in generale per la valutazione del rischio.

OBIETTIVI Fornire uno strumento per la stima delle concentrazioni di diossine e dl-PCBs nel latte prodotto in aree in cui se ne riscontri una contaminazione nell'aria, nel suolo e nei foraggi.

MATERIALI E METODI Per eseguire la modellazione dei fenomeni di trasporto delle diossine nell'ambiente e del loro successivo ingresso nella catena alimentare sono stati utilizzati modelli integrati che risolvono opportuni bilanci di massa. Sono stati utilizzati, come dati in ingresso del modello, le concentrazioni misurate in aria con campionamenti attivi sulle polveri totali. Per validare il modello sono state utilizzate informazioni fornite da 51 campioni di suolo (relativi agli anni 2003, 2004, 2010), 24 campioni di latte provenienti dal monitoraggio in due aziende (nel periodo 2004-2012) e dati sugli alimenti per animali dello stesso periodo. Per stimare la sensibilità dei risultati all'incertezza dei dati di ingresso è stata eseguita un'analisi di sensibilità, avvalendosi di simulazioni Montecarlo.

RISULTATI E' stato sviluppato un modello generale per la valutazione dell'esposizione a contaminanti da utilizzare come riferimento nei casi specifici di contaminazione ambientale da diossine e dl-PCB:

In particolare, sono stati integrati due moduli: (1) il primo simula la deposizione degli inquinanti dall'aria al suolo, per stimare la concentrazione di contaminante presente nel terreno e nei vegetali (2) il secondo quantifica i fenomeni di biotrasferimento nel latte bovino.

DISCUSSIONE e CONCLUSIONI La notevole disponibilità di dati misurati in situ ha permesso di sviluppare e validare opportunamente il modello, che si é dimostrato capace di prevedere le concentrazioni di diossina misurate con una buona approssimazione. In particolare, il modello riproduce fedelmente la riduzione delle concentrazioni nel latte, osservate su un lasso di tempo di otto anni, correlandole con la riduzione delle concentrazione registrate in atmosfera, dovute a loro volta alla riduzione delle emissioni dell'acciaieria.

rosanna.desiato@izsto.it

254 - orale

Abitudini alimentari e composizione del latte materno: una revisione sistematica.

Francesca Bravi[1], Frank Wiens[2], Adriano Decarli[1], Carlo Agostoni[1], Monica Ferraroni[1]

[1]Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano; [2]Danone Nutricia Research, Utrecht, The Netherlands.

Introduzione Il latte umano prodotto da madri sane e ben nutrite è considerato l'alimento ideale per i bambini nati a termine. La sua composizione varia tra madri e popolazioni diverse, nel corso dell'allattamento, e all'interno di una stessa poppata, ed è influenzata da diversi fattori, tra cui lo stile di vita della madre, inclusa la dieta.
Molti studi pubblicati hanno considerato il ruolo della dieta della madre sulla composizione del latte utilizzando un disegno ecologico, stimando l'associazione in modo indiretto, o con un approccio qualitativo.
Obiettivi Lo scopo di questa revisione sistematica è di sintetizzare l'evidenza disponibile da studi che quantifichino direttamente l'associazione tra dieta della madre e composizione del latte, considerando madri e figli sani.
Metodi Abbiamo effettuato una ricerca bibliografica degli articoli pubblicati fino a gennaio 2015. Sono stati inclusi gli studi che fornivano una quantificazione diretta della relazione tra dieta della madre e qualsiasi componente nutrizionale del latte materno, con disegno osservazionale o sperimentale, riguardanti madri sane e bambini sani nati a termine. Sono stati esclusi gli studi che esaminavano il ruolo di integratori alimentari, che riguardavano il trasferimento di contaminanti dalla dieta della madre al latte materno, che includevano bambini o madri con problemi di salute, o che includevano popolazioni malnutrite.
Risultati La ricerca bibliografica ha permesso di identificare 2,984 pubblicazioni, delle quali solo 31 rispettavano i criteri di inclusione/esclusione. Tra gli studi inclusi, 24 avevano un disegno osservazionale cross-sectional, mentre 7 avevano un disegno sperimentale, in cui la dieta della madre era controllata e predeterminata. In totale gli studi includevano 1,890 madri. Alcuni studi hanno esaminato la composizione del colostro (raccolto poche ore o pochi giorni dopo il parto), altri il latte di transizione (raccolto 1 o 2 settimane dopo il parto), altri ancora il latte maturo.

L'informazione riportata negli studi riguardava differenti aspetti della dieta della madre e diverse componenti del latte materno. Molti studi hanno riportato una relazione tra dieta della madre e contenuto in acidi grassi del latte materno (alcuni dei quali consideravano consumo di pesce e contenuto di DHA nel latte materno), mentre le informazioni su altri nutrienti sono limitate. Pochi studi consideravano la relazione tra vitamina C assunta dalla madre e il contenuto di vitamina C nel latte.

Conclusioni L'eterogeneità degli studi, sia in termini disegno dello studio e metodi utilizzati, sia di esposizione e outcome considerati, non consente di trarre conclusioni definitive sulla relazione tra dieta della madre e composizione del latte materno. La maggior parte dell'evidenza attualmente considerata nella pratica clinica deriva da studi basati su relazioni indirette.

francesca.bravi@unimi.it239

255 - orale

Sintomi depressivi e stili di vita: risultati della sorveglianza di popolazione PASSI

Gianluigi Ferrante[1], Antonella Gigantesco[1], Sandro Baldissera[1], Maria Masocco[1], Valentina Possenti[1], Valentina Minardi[1], Elisa Quarchioni[1], Stefania Salmaso[1], Gruppo Tecnico PASSI

[1] Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il disturbo depressivo maggiore colpisce più di 350 milioni di persone nel mondo ed è tra i principali fattori che determinano sia il carico globale di malattia, sia l'aumento dei costi sociali. In Italia, la stima della prevalenza di depressione maggiore, a 12 mesi, nella popolazione adulta è del 3%. Esistono evidenze che la depressione aumenti il rischio di adozione di comportamenti dannosi per la salute.

Obiettivi Stimare la percentuale di alcuni fattori di rischio comportamentali nella popolazione adulta (18-69 anni) residente in Italia e studiarne l'associazione con i sintomi depressivi.

Metodi Sono stati analizzati i dati PASSI raccolti attraverso 39.463 interviste telefoniche somministrate nel 2013. I fattori di rischio studiati sono: inattività fisica nel tempo libero, tabagismo, consumo eccessivo di alcol e obesità. I sintomi depressivi sono stati esplorati attraverso il Patient Health Questionnaire-2. Per ciascun fattore di rischio è stato costruito un modello logistico multivariato per valutare l'associazione tra singolo fattore (variabile dipendente) e sintomi depressivi (variabile indipendente), controllando per caratteristiche socio-demografiche e presenza di patologie croniche.

Risultati Nel 2013 in Italia, il 34% degli adulti non pratica attività fisica nel tempo libero, il 26% fuma sigarette di tabacco, l'11% consuma alcol in dosi eccessive e il 10% è obeso e il 6% presenta sintomi depressivi. Si conferma un'associazione statisticamente significativa tra sintomi di depressione e comportamenti a rischio anche aggiustando per caratteristiche socio demografiche e condizioni mediche: gli individui con sintomi di depressione hanno maggior probabilità rispetto a quelli senza sintomi di depressione di non praticare alcuna attività fisica nel tempo libero (Adjusted Prevalence Ratio (APR)=1,13; 95%CI 1,04-1,22), di fumare tabacco (APR=1,34; 95%CI 1,21-1,48), di bere alcol in eccesso (APR=1,43; 95%CI 1,17-1,74) e di essere obesi (APR=1,27; 95%CI 1,08-1,48).

Conclusioni Questi risultati mettono in luce come un cattivo stato di salute mentale sia associato a un aumento del rischio di adozione di comportamenti nocivi per la salute. Pertanto, le strategie di promozione di salute pubblica dovrebbero basarsi su interventi integrati diretti a cambiare gli atteggiamenti e a promuovere la salute mentale oltre che la salute fisica.

gianluigi.ferrante@iss.it

256 - orale

L'obeso questo conosciuto: chi è, come si sente, come sta e come si comporta

Carla Bietta[1], Gianluigi Ferrante[2], Igino Fusco Moffa[1], Maria Masocco[2], Valentina Possenti[2], Elisa Quarchioni[2], Stefania Salmaso[2]

[1]UOSD Epidemiologia - Azienda USL Umbria 1; [2]Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione L'obesità oltre ad essere uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili, è una delle cause di disabilità fisica e psicologica, e di ridotta capacità lavorativa. In Italia, questa condizione, sebbene registri una prevalenza stabile nel tempo, è diffusa e impegna molte risorse del Servizio Sanitario Nazionale.

Obiettivi Descrivere le caratteristiche del soggetto obeso in termini socio-anagragrafici, di stato di salute percepito e riferito, e di esposizione a fattori rischio comportamentali.

Metodi Sono state analizzate 36.844 interviste telefoniche a persone adulte 18-69enni, raccolte nel 2014 dal sistema di sorveglianza PASSI (tasso di risposta 87%). La percentuale di obesi è stata stimata in totale e stratificata per altre variabili disponibili nel sistema: variabili socio-anagrafiche, sullo stato di salute percepito, sulle condizioni di salute riferite e sugli stili di vita comportamentali.

Risultati Dai dati del 2014, emerge che il 10,1% dei 18-69enni è obeso. Questa condizione cresce all'aumentare dell'età (50-69enni 14.7%), è più frequente tra le persone meno istruite (nessuno-elementare 21.7%) e tra quelle economicamente più svantaggiate (arriva a fine mese con molte difficoltà economiche 15.1%). Rispetto ai non obesi, gli obesi riferiscono un peggior stato di salute percepito, riportando un numero di giorni più elevato in cattivo stato di salute fisica, psichica e con limitazione nelle abituali attività; mostrano una maggior occorrenza di sintomi di depressione (11.7% vs 5.7%); registrano prevalenze più alte diabete diabete (13.6% vs 3.8%), insufficienza renale (2.0% vs 0.9%), tumori (5.4% vs 3.3%), infarto (4.0% vs 1.6%), ictus (1.4% vs 0.8%), malattie del fegato (2.4% vs 1.2%) e malattie respiratorie croniche (11.2% vs 6.4%); sono più esposti ad alcuni fattori di rischio, quali ipertensione (43.6% vs 17.0%), ipercolesterolemia (34.6% vs 21.7%) e sedentarietà (41.4% vs 31.1%) e meno esposti ad altri, quali il fumo di tabacco (23.1% vs 26.4%) e il consumo di alcol (48.3% vs 55.5%).

Conclusioni I risultati di questa analisi mostrano che l'obesità è una condizione diffusa in Italia e si concentra soprattutto nelle fasce di popolazione più svantaggiate dal punto di vista socio-economico. Le condizioni di salute dei soggetti obesi sono peggiori rispetto al resto della popolazione, così come la percezione del benessere fisico e psicologico. L'eccesso ponderale, in particolare l'obesità, rappresenta un problema prioritario di salute pubblica e corrisponde a un complesso cambiamento della società legato alle condizioni dell'ambiente costruito, dei trasporti, dell'agricoltura e dell'offerta di alimenti e legato anche alla pubblicità, oltre che alle caratteristiche individuali.

carla.bietta@uslumbria1.it

257 - orale

Differenze socio economiche dell'impatto sulla salute dell'inquinamento atmosferico in Italia. I risultati del progetto nazionale VIIAS

Martina Nicole Golini[1], Carla Ancona[1], Luisella Ciancarella[2], Moreno Demaria[3], Chiara Badaloni[1], Annunziata Faustini[1], Giulia Cesaroni[1], Ennio Cadum[3], Marina Davoli[1], Francesco Forastiere[1] per il gruppo di lavoro VIIAS

[1]Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. Lazio ; [2]Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile; [3]Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale, Piemonte

INTRODUZIONE Le politiche nazionali di contenimento dell'inquinamento atmosferico mirano a migliorare la salute di tutti i cittadini. Il progetto CCM VIIAS ha stimato l'esposizione della popolazione e il numero di decessi attribuibili all'inquinamento atmosferico in Italia (www.viias.it).

OBIETTIVI Valutare l'impatto attribuibile all'inquinamento da PM2.5 sulla mortalità in Italia per livello socio economico, confrontando uno scenario 2020 CLe (Current Legislation), basato sulle strategie energetiche nazionali e sull'applicazione delle normative europee e nazionali, con la situazione stimata al 2010, all'inizio della crisi economica nazionale.

METODI E' stato utilizzato il modello di chimica e trasporto AMS-MINNI per stimare le concentrazioni medie annue di PM2.5 al suolo (risoluzione 4x4 km) ed è stata calcolata l'esposizione pesata per la popolazione residente per aree geografiche (Nord, Centro, Sud). Ad ogni cella 4x4 è stato attribuito il livello socio economico prevalente (SES in 3 classi: alto, medio, basso) calcolato sulla base di informazioni disponibili a livello di sezione di censimento dei residenti. Le funzioni concentrazione-risposta (OMS, Progetto HRAPIE) sono state utilizzate per stimare il numero di decessi per cause non accidentali attribuibili a concentrazioni di PM2.5 superiori ai 10 µg/m3 e il corrispondente tasso di mortalità attribuibile.

RISULTATI Al 2010, l'esposizione media annua dei 58 milioni di residenti (SES alto 39%, medio 20% e basso 41%) era pari a 15,8 µg/m3 e risultava di 20,3 µg/m3 al Nord, di 13,8 al Centro e di 10,9 al Sud. Sono stati stimati 21.524 (IC95% 12.766-27.017) decessi attribuibili al PM2.5. I tassi di mortalità attribuibile evidenziano un impatto maggiore tra le classi più disagiate al Nord e al Sud: al Nord 104 casi (IC95% 62-130) su 100.000 per i residenti con SES basso contro gli 86 (IC95% 51-108) stimati tra i residenti con SES alto; al Sud 18 casi (IC95% 11-23) su 100.000 con SES basso vs 6 (IC95% 4-8) con SES alto. Il previsto recupero delle condizioni economiche del Paese al 2020 fanno stimare concentrazioni di PM2.5 più elevate (18,1 µg/m3 media nazionale) rispetto al 2010 incrementando del 33% il numero dei decessi attribuibili a livello nazionale (28.595 casi; IC95% 17.008-35.826). Il differenziale legato al SES rimane sostanzialmente invariato: al Nord 124 casi (IC95% 74-154) su 100.00 tra i SES basso vs 105 (IC95% 62-131) tra i SEP alto, al Sud 44 casi (IC95% 26-55) su 100.000 tra i SES basso vs 17 casi (IC95% 10-21) tra i SES alto. Al centro non sono stati riscontrati differenziali.

CONCLUSIONI I risultati del progetto VIIAS indicano un forte impatto dell'inquinamento atmosferico in Italia, maggiormente a carico delle classi più disagiate. Le diseguaglianza osservate nell'anno di inizio della crisi economica 2010 non diminuiranno se al previsto recupero della nostra economia (e delle emissioni che ne conseguono) non verranno affiancate misure efficaci di riduzione volte a limitare tali differenze.

m.golini@deplazio.it

258 - poster

Impatto dei sottotipi molecolari intrinseci in una casistica di carcinomi duttali in situ screen-detected: correlazioni clinico-istologiche e prognosi.

Davide Balmativola*, Isabella Castellano*, Francesca Montarolo*, Janina Kulka**, Antonio Ponti***, Mariano Tomatis***, Denise Casella***, Paola Armaroli***, Alfonso Frigerio***, Anna Sapino*, Nereo Segnan***

*Istituto di Anatomia Patologica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino, Torino; **Dipartimento di Patologia II, Semmelweis University, Budapest, Ungheria; ***SCDO Epidemiologia dei tumori, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino

Introduzione: Accanto ai parametri clinico-patologici, le strategie terapeutiche per la gestione della pazienti affette da carcinoma della mammella si basano al giorno d'oggi anche sulla cosiddetta "classificazione molecolare intrinseca". Questa classificazione è stata ottenuta attraverso l'analisi dei profili di espressione genica delle neoplasie infiltranti mammarie e ha un forte impatto sulla prognosi. Per promuovere il suo utilizzo nella clinica routinaria, è stato proposta nelle Consensus Conferences di St. Gallen un surrogato di tale classificazione utilizzando 4 marcatori immunoistochimici: il Recettore degli Estrogeni (ER), il Recettore del Progesterone (PgR), il recettore del fattore di crescita epidermico di tipo 2 (HER2) e l'indice proliferativo valutato mediante colorazione con anticorpi anti-Ki67. Tale semplificazione ha già dimostrato un forte impatto clinico ed è oggi alla base del trattamento delle pazienti affette da carcinoma invasivo.

L'utilizzo della classificazione molecolare "surrogata" nei carcinomi duttali in situ (CDIS) della mammella è invece molto dibattuto, nonostante ci siano evidenze di una buona correlazione con la prognosi. In particolare, non è noto se nei CDIS screen-detected (SD-CDIS) questa classificazione possa avere un impatto sull'outcome ed eventualmente un ruolo nel management clinico-terapeutico delle pazienti

Obiettivi: Scopo del lavoro è: (i) riclassificare una serie di SD-DCIS con lungo follow-up, secondo i Criteri St.Gallen 2013; (ii) correlare tali dati con le caratteristiche clinico-istologiche e con la prognosi.

Metodi: Sono stati raccolti 338 casi consecutivi di SD-DCIS operati tra il 1993 e il 2008; 283 sono stati sottoposti alle valutazioni immunoistochimiche per ER, PgR, HER2 e Ki67 e suddivisi nei sottotipi molecolari. Sono stati raccolti dati morfologici, clinici ed il follow-up, valutando sopravvivenza specifica di malattia (DSS), sopravvivenza globale (OS) e sopravvivenza libera da malattia (DFS).

Risultati: Il 46% dei casi è risultato Luminale-A, il 7% Luminale-B/HER2-, il 26% Luminale-B/HER2+, il 15% HER2+ e il 5% Triplo Negativo (TN). I sottotipi molecolari presentano correlazioni con grado nucleare, necrosi e aspetto istologico delle calcificazioni. In particolare, i tumori Luminali-A sono caratterizzati soprattutto da calcificazioni "psammomatose" (37%), mentre i casi TN presentano frequentemente calcificazioni "grossolane a stampo" (53%). Per quanto riguarda la prognosi, pur non osservando un impatto significativo su DFS e DSS, i casi HER2+ dimostrano il più alto tasso di recidive. Sorprendentemente, i TN presentano una OS significativamente ridotta.

Conclusioni: I risultati dello studio mostrano che i sottotipi molecolari di SD-DCIS non impattano significativamente sulla prognosi ma correlano con alcune caratteristiche istologiche delle lesioni, quali le microcalcificazioni. Lo sviluppo del lavoro prevede la correlazione con la tipologia mammografica delle calcificazioni.

davide.balmativola@gmail.com

259 - poster

La co-morbidità nella popolazione adulta italiana

Maria Masocco[1], Valentina Possenti[1], Elisa Quarchioni[1], Benedetta Contoli[1], Luana Penna[1], Gianluigi Ferrante[1], Valentina Minardi[1], Alberto Perra[1], Stefania Salmaso[1]

[1] Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione Negli ultimi decenni, le malattie croniche sono diventate la principale causa di morte e morbilità ma anche di perdita di anni di vita in buona salute. Coesistendo spesso nello stesso soggetto, esse determinano una condizione di co-morbidità rilevante non solo sulla salute individuale, ma anche su quella collettiva.

Obiettivi Stimare la prevalenza di co-morbidità nella popolazione adulta (18 anni e più) residente in Italia, utilizzando i dati delle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI d'Argento (PdA).

Metodi La co-morbidità è stata definita come una condizione in cui un individuo è affetto contemporaneamente da due o più patologie croniche tra quelle indagate nelle due sorveglianze: malattie cerebro-cardiovascolari (ictus o ischemia cerebrale, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie e altre malattie del cuore), tumori, malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale), diabete, malattie croniche del fegato o cirrosi e insufficienza renale.

Attraverso i sistemi di sorveglianza PASSI e PdA sono state raccolte informazioni su diagnosi riferite di malattie croniche, rispettivamente sui 18-69enni e sugli ultra64enni.

Risultati Secondo i dati PASSI (2008-2012), poco più del 3% degli intervistati è affetto contemporaneamente da due o più patologie croniche. La percentuale di persone con co-morbidità cresce con l'età e raggiunge il 15% fra i 65-69 anni, è più alta tra gli uomini (4% vs 3%), tra chi ha un basso titolo di studio (11%), tra chi dichiara molte difficoltà economiche (7%), tra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (4% vs 2%) e tra i residenti nelle regioni meridionali rispetto a quelle del Centro e del Nord Italia.

Dai dati PdA (2012-2013), risulta che il 29% degli ultra-64enni presenta almeno due patologie croniche e questa percentuale raggiunge il 40% tra i grandi anziani (80 anni e più). Anche tra gli anziani la co-morbidità è più frequente tra i meno istruiti (33%) e tra chi dichiara molte difficoltà economiche (37%).

Conclusioni La popolazione con co-morbidità è particolarmente vulnerabile, per la presenza di più patologie croniche, perché più anziana e svantaggiata dal punto di vista socio economico. Il monitoraggio continuo di questa condizione e della diffusione dei principali determinanti di malattia cronica che ne sono alla base permette di identificare gruppi di persone con maggiore necessità di assistenza e di valutare l'efficacia degli interventi messi in atto.

maria.masocco@iss.it

260 - orale

Mortalità in una coorte di lavoratori del cemento-amianto a Bari: aggiornamento al 2012

A.M. Nannavecchia[1], F. Cuccaro[2], L. Bisceglia[3], E. Coviello[2] , A. Baldassarre[4], E. Caputo[5] e G. Assennato[6]

[1]Centro di Coordinamento del Registro Tumori Puglia - IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari; [2]Unità di Statistica ed Epidemiologia - ASL BT; [3]ARES Puglia; [4]Dipartimento Interdisciplinare di Medicina – Medicina del Lavoro "B. Ramazzini" - Università degli Studi di Bari; [5]Dipartimento di Prevenzione - ASL Bari; [6]ARPA Puglia

INTRODUZIONE Lo stabilimento Fibronit ex-SAPIC, attivo nella produzione di manufatti in cemento-amianto, ha operato a Bari dal 1934 al 1989. Le mescole di amianto erano costituite per il 70-80% di crisotilo, per il 15-20% di crocidolite con piccole percentuali di amosite. L'area è stata sito di interesse nazionale per le bonifiche ai sensi del DM 468/2001 ed è stata oggetto di studi epidemiologici sia sui lavoratori sia sui residenti in zone limitrofe.

OBIETTIVI Follow-up di mortalità, generale e causa-specifica, di 414 ex-lavoratori della Fibronit al 31/12/2012.

METODI Sono inclusi nello studio 414 ex-lavoratori, tutti di sesso maschile, presenti al 01/02/1972 (baseline) nel suddetto stabilimento ovvero assunti successivamente a tale data. La ricostruzione della coorte è stata effettuata tramite i libri matricola, da cui sono stati rilevati dati anagrafici, date di assunzione e dimissione e qualifica. L'accertamento dello stato in vita è stato effettuato, in una prima fase, attraverso gli Uffici anagrafe e recentemente tramite il sistema informativo regionale Edotto (cause di morte codificate in ICD-9). Assumendo la distribuzione di Poisson per gli eventi osservati, sono stati calcolati gli SMR per causa usando come riferimento i tassi della popolazione pugliese. Gli SMR sono stati stratificati per classe di latenza. È in corso l'analisi dell'andamento temporale degli SMR, utilizzando il modello di Cox.

RISULTATI Sono stati registrati 220 decessi tra i 325 ex-lavoratori presenti al baseline e 12 decessi tra gli 89 ex-lavoratori assunti dopo. Sono stati calcolati i seguenti SMR: tutte le cause, 120 (IC 95% 105-136); tutti i tumori maligni (TM), 194 (159-237); TM polmone, 201 (146-276); TM pleura, 4033 (2541-6401); TM peritoneo, 2945 (1404-6177); TM app. digerente, 140 (94-207); malattie app. respiratorio, 345 (261-456); pneumoconiosi, 13268 (9481 – 18570); malattie app. circolatorio, 64 (47-88). L'analisi per classi decennali di latenza effettuata su due sedi tumorali mostra i seguenti andamenti: per il TM polmone 0-9 anni di latenza SMR 0; 10-19 anni SMR 185 (46-741); 20-29 SMR 260 (130-520); 30-39 SMR 270 (157-465); > 40 SMR 178 (108-296); per il TM pleura 0-9 anni di latenza SMR 0; 10-19 anni SMR 0; 20-29 SMR 0; 30-39 SMR 6030 (2709-13422); 40-49 SMR 7175 (3420-15050); 50-59 SMR 8553 (3210 – 22790); > 60 SMR 6274 (883-44539).

CONCLUSIONI La mortalità complessiva della coorte esaminata è più elevata di quella attesa, superando l'effetto lavoratore sano, che si nota comunque per le patologie cardiocircolatorie (SMR significativamente inferiore a 100). Come atteso, risultano molto elevati gli SMR per TM pleura, per TM peritoneo e per pneumoconiosi a riprova dell'elevata frazione etiologica, ma anche per TM polmone e per tutti i TM. Nell'analisi lungo l'asse della latenza per il TM polmone si nota un aumento degli SMR fino alla classe di latenza di 30-40 anni con successiva decrescita; nel caso del TM pleura i primi casi compaiono dopo 30 anni dall'inizio dell'esposizione con un SMR crescente fino alla classe di latenza 50-59, in accordo con i dati di letteratura.

annamarianannavecchia@gmail.com

261 - orale

LA GESTIONE DEL PESO CORPOREO DEI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA MENTALE GRAVE: STUDIO SPERIMENTALE PILOTA

Impicci Stefania[1], Di Biagio Katiuscia[2]

[1]Dipartimento Salute Mentale Ancona - ASUR Marche AV2; [2]Servizio di Epidemiologia Ambientale Ancona - ARPA Marche

Introduzione. L'incremento ponderale e le anomalie metaboliche associate complicano la gestione del paziente psicotico sin dall'esordio. Tre sono le ipotesi eziopatogenetiche che spiegano l'associazione tra malattia mentale grave e aumento di peso corporeo/alterazioni metaboliche: diatesi comune, utilizzo di terapie farmacologiche prolungate, stili di vita inadeguati. Questi pazienti sono a maggior rischio di obesità, diabete di tipo-II, dislipidemia e ipertensione arteriosa rispetto alla popolazione generale.

Obiettivi. Valutare l'efficacia di un trattamento non farmacologico nella gestione del peso corporeo dei pazienti psicotici riducendo o stabilizzando l'incremento ponderale, l'indice di massa corporea (BMI) e la circonferenza addominale.

Metodi. Studio Sperimentale Pilota su 40 utenti psicotici con BMI superiore/uguale a 25 (sovrappeso/obesità) in trattamento con antipsicotico. L'intervento prevedeva lezioni teorico-pratiche di 2 ore/settimana per 12 settimane, condotte da personale infermieristico specificamente formato. Gli incontri educativi di gruppo di tipo cognitivo comportamentale erano focalizzati sull'educazione sanitaria alimentare e sui benefici dell'esercizio fisico per migliorare le conoscenze e apprendere comportamenti corretti. Sono stati misurati gli outcome del peso corporeo, BMI e circonferenza addominale al baseline (tempo-0), durante (tempo-1) e dopo (tempo-2) l'intervento educativo. La normalità dei dati è stata verificata con test di Shapiro-Wilk e la variazione degli outcome dal tempo-2 al baseline è stata valutata con test T di Student (dati appaiati).

Risultati. Sono stati analizzati 28 soggetti (12 drop-out) con prevalenza femminile (61%). Il campione presentava in media al baseline un peso di 90,5 kg (DS=18,1), un BMI di 31,6 (DS= 5,3) e circonferenza addominale di 99,9 cm (DS=12,5). A fine studio è stato rilevato in media un peso di 86,5 kg (DS=15,8), un BMI di 30,3 (DS=4,9) e circonferenza addominale di 97,9 cm (DS=11,4). Tutte le variabili si distribuivano normalmente ($p>0,05$); le riduzioni di peso, di BMI e di circonferenza addominale dal baseline a fine studio, risultavano statisticamente significative ($p<0,0001$).

Conclusioni. Lo studio pilota mostra risultati significativi relativi all'efficacia del trattamento per ridurre l'aumento ponderale in pazienti affetti da malattia mentale grave. La promozione della salute è un fattore determinante per il benessere della persona, per la qualità della vita ma anche per la sostenibilità del sistema sanitario: l'informazione, l'educazione sanitaria e la relazione terapeutica aiutano il malato mentale ad essere consapevole, collaborativo e autonomo nella modifica dello stile di vita per il controllo del peso corporeo. E' auspicabile monitorare il peso corporeo in tutti i pazienti psicotici, sin dall' esordio e mettere in atto interventi educativi precoci che possano prevenire l'aumento ponderale e le alterazioni metaboliche ad esso associate.

stefania.impicci@libero.it

262 - poster

I farmaci antidiabetici nella real practice: analisi epidemiologica dei rischi connessi alla terapia

Roberta Pirolo[1], Alessandra Bettiol[2], Jenny Bolcato[1], Giulia Franchin[1], Agostino Paccagnella[3], Pietro Giusti[2], Alessandro Chinellato[1].

[1]UOC Politiche del Farmaco e Governo della Spesa Farmaceutica, Azienda ULSS n°9, Treviso ; [2]Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Padova ; [3]UOC Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione, Azienda ULSS n°9, Treviso

INTRODUZIONE Uno dei limiti della terapia antidiabetica è rappresentato dagli eventi ipoglicemici, caratteristici dei trattamenti con insulina e/o sulfaniluree. Di converso, il successo della terapia antidiabetica è dato dalla capacità del trattamento farmacologico di mantenere entro i limiti previsti la glicemia del paziente diabetico.

Scopo dello studio è quello di analizzare gli outcomes della terapia antidiabetica, in un' ottica di effectiveness, focalizzando l'attenzione sulla correlazione tra l'ipoglicemia iatrogena e le sue conseguenze e l'insuccesso terapeutico, quindi l'iperglicemia.

MATERIALI Uno studio osservazionale retrospettivo (anni 2008-2012), condotto presso l'Az. ULSS 9 di Treviso, ha analizzato i Pazienti Diabetici (PD) utilizzando database informativi diversi: prescrizioni farmaceutiche, esami di laboratorio, automonitoraggio della glicemia, accessi al pronto soccorso e schede di dimissione ospedaliera sono stati linkati per ricavare un pool completo di informazioni relative ai pazienti in trattamento con farmaci antidiabetici. I PD sono stati suddivisi in base alla terapia in pazienti trattati con: i) farmaci a rischio di ipoglicemia; ii) farmaci che non provocano ipoglicemia (farmaci incretino-mimetici (IM), farmaci inibitori della dipeptil-peptidasi 4 (iDPP-4), altri ipoglicemizzanti orali). I pazienti in politerapia antidiabetica sono stati esclusi dallo studio, che quindi si è focalizzato sui pazienti in monoterapia. Gli eventi ipoglicemici considerati sono: diagnosi per fratture, accessi al pronto soccorso per coma e incidente stradale, glicemia < 70 mg/dl e relative ospedalizzazioni. In merito alle iperglicemie si è valutato il raggiungimento del target terapeutico dei valori medi di glicemia ed emoglobina glicata (Hba1c).

RISULTATI I PD osservati sono 24.781, il 46% (n=11.400) dei quali in trattamento con farmaci a rischio di ipoglicemia, il 32% (n=7.930) con altri ipoglicemizzanti orali, l'1% (n=248) con iDPP-4 e IM; il rimanente 21% (n=5.204) è stato escluso dall'osservazione perché in politerapia antidiabetica. Il 17% dei PD con farmaci a rischio di ipoglicemia ha registrato almeno un evento ipoglicemico nel corso del periodo considerato (2008-2012), con un rischio di ospedalizzazione pari al 4% e maggiore rispetto agli altri gruppi considerati. I PD con IM e iDPP-4, invece, hanno manifestato ipoglicemia nel 5% dei casi. Per queste due categorie di pazienti il rischio di ospedalizzazione per un evento ipoglicemico è nullo. Il fallimento della terapia antidiabetica riguarda più della metà della popolazione, in particolare i pazienti in terapia con IM in cui l'87% ha una glicemia media > 126 mg/dl e il 70% una Hba1c > 7%. I pazienti con altri ipoglicemizzanti orali hanno, invece, il minor numero di pazienti fuori target: 58% per la glicemia e il 33% per l'Hba1c.

CONCLUSIONE I PD in terapia con insulina e sulfaniluree non sono solo maggiormente esposti all'ipoglicemia, ma anche a un maggior numero di ospedalizzazioni. La maggior parte dei pazienti in terapia antidiabetica non raggiunge il target terapeutico.

jbolcato@ulss.tv.it

263 - orale

In Italia aumenta l'Aspettativa di Vita (LE) ma dal 2004 appare ridotta l'Aspettativa di Vita SANA (HLE). Studiamo congiuntamente queste informazioni

Valerio Gennaro[1,2], Carlo Romagnoli[3], Marco Bruzzone[1]

[1)]Epidemiologia IRCCS Ospedale Università San Martino, Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro (IST), Genova; [2)]Medici per l'Ambiente (ISDE, Genova); [3)]Epidemiologia USL 1 Umbria - Medici per l'Ambiente (ISDE, Umbria).

Introduzione ed obiettivi Recentemente ha avuto ampio risalto la stima dell'OMS sulla buona situazione italiana in termini di Aspettativa di Vita (Life Expectancy: LE) ed Aspettativa di Vita Sana (Healthy Adj. Life Expectancy: HALE). Tuttavia quest'ultimo indicatore, non sembra esaminare le differenze di genere, né il trend temporale. Per comprendere meglio spread e trend dell'Aspettativa di Vita (Healthy Life Year Expectancy: HLE) degli anni di vita vissuti senza disabilità in Italia, abbiamo utilizzato i dati pubblicati recentemente da EUROSTAT (2015) che risultano più approfonditi, anch'essi aggiornati al 2013 ed orientati ai paesi della Comunità Europea.

Materiali e metodi L'HLE, indicatore EUROSTAT ereditato dall' OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico), stima il numero medio di anni di vita sana alla nascita, e/o a 65 anni, che ci si può aspettare di vivere senza subire limitazioni nelle normali attività quotidiane causate da problemi di salute (disabilità). Ogni anno EUROSTAT analizza un campione rappresentativo dei paesi europei (circa 273.000 persone), Italia inclusa, a cui propone una specifica domanda orientata a conoscere il livello dei problemi di salute insorti negli ultimi 6 mesi valutando le connesse limitazioni nelle normali attività quotidiane. Con il metodo Sullivan si analizzano infine i dati di mortalità e morbilità specifici per sesso, età, periodo ed area geografica.

Risultati In entrambi i generi si evidenzia un trend temporale in miglioramento per quanto riguarda la LE, ma viene anche confermato il peggioramento della HLE. In particolare nel periodo 2005-2013, donne e uomini alla nascita perdono rispettivamente circa 6,9 e 4,8 anni di vita in salute (rispettivamente circa 10 e 7 dal 2004). Analogamente a 65 anni assistiamo ad una diminuzione della durata della vita in salute di 3,1 anni per le donne e 2,2 per gli uomini. Premesso che in letteratura è già nota la relazione tra HLE e determinanti distali di salute, se concentriamo l'analisi sul raffronto di genere, ci appare importante evidenziare il peggioramento dal 2004 dell'HLE nelle femmine italiane, sia alla nascita sia a 65 anni, rispetto ai maschi italiani e al corrispondente andamento europeo: dal 2005 si registra anche una preoccupante inversione di genere, inaspettata e persistente fino al 2013.

Conclusioni In Italia dal 2004 è in aumento la speranza di vita, ma contemporaneamente diminuisce la speranza di vita senza disabilità sia alla nascita sia a 65 anni. I dati EUROSTAT ed ISTAT confermano quanto appare ben percepito dalla popolazione: l'aumento dei problemi socio-sanitari ed economico-ambientali. Il 'combinato disposto' tra l'aumento della speranza di vita e la diminuzione della speranza di vita senza disabilità, determina per la popolazione italiana un consistente allungamento medio del periodo di vita vissuto in cattiva salute con disabilità (medio-gravi). A nostro giudizio queste 2 informazioni apparentemente contrastanti dovrebbero essere sempre considerate congiuntamente per comprenderne la complementarietà, la forte domanda di SALUTE (es. prevenzione primaria) ma anche di SANITA' che continua a ricevere risposte controproducenti come la riduzione dei fondi per i servizi sociali e per il SSN che verrà diminuito fino al 2017 di oltre 2,3 miliardi di euro. Le misure dell'HLE contengono una forte eterogeneità tra Stati che andrebbe ulteriormente indagata: la Grecia, oggi nota per la grave crisi economica, fino al 2013 risulta comunque aver mantenuto un'aspettativa di vita in salute migliore della nostra e, ancor di più, della stessa Germania.

valerio.gennaro@hsanmartino.it

264 - poster

Utilizzo delle strisce reattive nella popolazione diabetica piemontese: analisi dei consumi e stima dell'impatto economico.

Paolo Carnà[1], Roberto Gnavi[1], Carlo Bruno Giorda[2], Ida Marina Raciti[3]

[1]Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3, Regione Piemonte, Grugliasco (Torino); [2]Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche – ASL TO5, Regione Piemonte, Chieri (Torino); [3]AO Citta della Salute e della Scienza di Torino, Torino

Introduzione L'automonitoraggio della glicemia attraverso l'uso delle strisce reattive è ormai uno strumento collaudato per migliorare il controllo glicemico e contribuire alla prevenzione e riduzione delle complicanze del diabete. In Italia, l'acquisto, la prescrizione e la distribuzione delle strisce per ogni tipologia di paziente vengono gestiti in maniera differente tra le regioni italiane. Alcune indagini evidenziano che seguire queste linee guida porta a un minor numero di ricoveri e a una riduzione del tempo di ospedalizzazione, potenzialmente risparmiando costi sanitari.

Obiettivi Obiettivo dello studio è stato analizzare il consumo di strisce autorizzate per l'automonitoraggio della glicemia nelle diverse ASL e nelle strutture eroganti della Regione Piemonte per l'anno 2013. Inoltre è stata fornita una valutazione sull'impatto economico del consumo delle strisce.

Materiale e metodi Dal Registro Regionale Diabetici sono stati selezionati i pazienti aventi un piano di automonitoraggio giornaliero (PAG) attivo nel 2013. Successivamente, attraverso un processo di record linkage con l'archivio unico regionale degli assistiti (AURA), è stato verificato lo stato in vita e la residenza in Regione. Mediante un altro record linkage con l'archivio regionale delle prestazioni specialistiche, ogni paziente è stato definito "in carico" ad un centro diabetologico se avesse avuto almeno una prestazione riguardanti malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione nel biennio 2012-2013. Infine il conteggio delle strisce reattive è stato valutato per struttura erogante e per tipologia di diabete (tipo 1, tipo 2 e altro tipo).

Risultati Al primo gennaio 2013 sono risultati circa 255.000 residenti in Piemonte con diabete. Tra questi, circa 100.000 (90% con diabete di tipo 2) avevano un PAG attivo per l'anno 2013 e almeno una prestazione specialistica riguardanti malattie endocrine nel biennio 2012-2013. Le strisce mensili autorizzate nell'anno 2013 sono risultate 4,5 milioni, con una media di 45 strisce mensili per soggetto (circa 40 strisce per i pazienti con diabete di tipo 2, 110 strisce per coloro con diabete di tipo 1). Inoltre lo studio ha evidenziato che esistono significative differenze tra strutture eroganti, e di conseguenza tra i distretti sanitari della Regione, considerando sia la tipologia del diabete sia il trattamento farmacologico prescritto ai pazienti (insulino trattato – ipoglicemizzanti orali). Ponendo a 40 centesimi il costo della singola striscia reattiva, la stima dell'impatto economico in generale è circa 1,8 milioni di Euro mensili.

Conclusioni Lo studio ha evidenziato importanti differenze tra centri diabetologici nell'autorizzazione delle strisce per l'automonitoraggio della glicemia. Queste difformità sul territorio meriterebbero approfondimenti al fine di capire come e dove rendere più efficiente il livello di assistenza e suggerisce spazi di intervento per la riduzione di un importante voce di spesa.

paolo.carna@epi.piemonte.it

265 - poster

DETERMINANTI AMBIENTALI DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PER DISTURBI MENTALI: UNO STUDIO DI FATTIBILITA' NELLA CITTA' DI TORINO

Evangelista Andrea[1], Migliore Enrica[1], Altamura Antonella[1], Berti Giovanna[2], Crosetto Laura[1], Ciccone Giovannino[1], Galassi Claudia[1]

[1]SC Epidemiologia dei Tumori, SSCVD Epidemiologia clinica e valutativa, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, CPO-Piemonte e Università degli Studi di Torino ; [2]SC Epidemiologia e Salute Ambientale, ARPA Piemonte, Torino

Introduzione. Vi sono poche evidenze in letteratura sui determinanti ambientali del ricorso sanitario in emergenza per malattie mentali. Alcuni studi riportano associazioni con alcune variabili meteoclimatiche, ma i risultati non sono consistenti.

Obiettivi. Obiettivo di questo lavoro è valutare l'utilizzabilità degli archivi informatizzati del Pronto Soccorso (PS) al fine di indagare il possibile ruolo di determinanti ambientali del ricorso sanitario in emergenza per patologie mentali.

Metodi. Dagli archivi informatizzati anonimi degli accessi in PS regionali dell'anno 2013, sono stati selezionati tutti gli accessi avvenuti presso le strutture ospedaliere dotate di PS di Torino, per un totale di 611.279 accessi in PS per tutte le cause. Utilizzando le diagnosi di dimissione dal PS sono stati selezionati gli accessi per disturbi mentali nel loro complesso (ICD9-CM 290-319) e per gruppi di patologie più specifici, distinguendo tra disturbi nevrotici (300-315), psicotici (290-299) ed altre tipologie di disturbi mentali (317-319). Mediante campionamento casuale semplice è stato selezionato con rapporto 1:1 un gruppo di controllo tra gli accessi in PS per patologie diverse dai disturbi mentali. Sono state quindi analizzate alcune caratteristiche (socio-demografiche, modalità di accesso in PS, variabilità settimanale e stagionale) degli accessi in PS per disturbi mentali rispetto agli accessi per altre patologie.

Risultati. Nell'anno in studio si sono verificati 19.791 accessi in PS per disturbi mentali, pari al 3,2% di tutti gli accessi in PS, di cui 5.109 per disturbi psicotici e 14.669 per disturbi nevrotici (pari a 0.8% e 2.4% di tutti gli accessi in PS). I pazienti con accessi per disturbi mentali non differivano significativamente dai pazienti afferenti per altre patologie per genere (50% di maschi), età (mediana 44 anni) e per cittadinanza (15% di stranieri). Rispetto agli accessi in PS per altre patologie (n.19.791), gli accessi per disturbi mentali si caratterizzano per una maggiore gravità al triage (17% di codici bianchi rispetto al 26% degli accessi per altre patologie); una meno frequente modalità di accesso autonoma e per decisione propria (circa 65% vs 85%); una più frequente modalità di dimissione con ricovero/trasferimento ad altra struttura/decesso (16% vs 11%), in particolare per i disturbi psicotici (45%); un ricorso al PS più frequente durante le ore notturne (29% vs 21%), in particolare per le patologie nevrotiche (31%). Non si sono osservate differenze rilevanti per giorno della settimana, festività o stagionalità.

Conclusioni. I risultati preliminari supportano l'utilizzabilità dei dati di PS per le finalità dello studio. E' in corso l'analisi per la valutazione dei possibili determinanti meteoclimatici (sulla base dei dati forniti da ARPA Piemonte) degli accessi in PS.

andrea.evangelista@cpo.it

266 - orale

STRUMENTI PER L'EPIDEMIOLOGIA NUTRIZIONALE NELL'ERA DELLA GLOBALIZZAZIONE

Maria Parpinel[1], Simonetta Salvini[1,3], Federica Concina[1], Fabio Barbone[1], Patrick Maisonneuve[2] Patrizia Gnagnarella[2].

[1]Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine;; [2]Divisione di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; [3]Dietista, Libero Professionista, Fiesole.

INTRODUZIONE. I database nutrizionali (DN) sono ancora strumenti indispensabili per valutare l'adeguatezza della dieta ed individuare i fattori di rischio alimentare. In un'epoca in cui i prodotti di nuova concezione (alimenti fortificati e funzionali, etc) e la globalizzazione hanno fortemente diversificato l'offerta alimentare, i DN non sempre sono in grado di rappresentare i consumi. Inoltre, i DN spesso non contengono informazioni complete sui componenti alimentari che appaiono più legati all'eziologia delle malattie (composti bioattivi, etc).

OBIETTIVI: presentare caratteristiche e finalità del network NUTRIRETElab (www.nutriretelab.it) e la nuova edizione della Banca Dati di Composizione degli Alimenti per Studi Epidemiologici in Italia (BDA- V1.2015; www.bda-ieo.it).

Metodi. Nell'ambito del progetto di ricerca QUALIFU-SIAGRO coordinato dal CREA (ex-INRAN) è stato sviluppato un network per la condivisione di dati di composizione degli alimenti tra ricercatori, laboratori ed industrie alimentari italiane. Un sito web ed un database MS-Access permettono la raccolta e documentazione dei dati. Parallelamente, il processo di compilazione e gestione della BDA, certificato da EuroFIR (European Food Information Resource Network www.eurofir.org), ha consentito di procedere all'aggiornamento della versione 2008 della BDA attraverso dati di composizione italiani (CREA) e stranieri (applicazione eSearch di EuroFIR).

Risultati. Ad oggi (31/07/2015), sul sito NUTRIRETElab sono presenti informazioni su 133 set di recenti pubblicazioni (articoli scientifici, report di laboratorio, dichiarazioni nutrizionali, etc.), consultabili online sotto forma di schede. Nel database in MS-Access sono stati inseriti 911 alimenti, di cui 775 completi di dati di composizione (in totale 201 componenti alimentari). La BDA-V1.2015 contiene 977 voci; di queste, 339 (35%) sono alimenti edizione 1998, 501 (51%) alimenti edizione 2008 e 137 (14%) alimenti edizione 2015. Quest'ultimo aggiornamento ha riguardato il gruppo "Frutta fresca e conservata", che ora presenta 43 nuovi alimenti. I componenti alimentari sono 37, 85 e 86 rispettivamente per gli alimenti delle edizioni 1998, 2008 e 2015: in particolare, la novità assoluta è la presenza del dato di composizione relativo alla vitamina K per 137 alimenti e il contenuto di energia calcolato senza o con l'apporto della fibra alimentare, in linea con la normativa europea (Reg UE 1169/2011), per tutti i 977 alimenti.

Conclusioni. La complessità dell'offerta alimentare influisce sulle capacità di stimare adeguatamente l'assunzione di alimenti e componenti alimentari e complica il già difficile processo di acquisizione di dati di composizione necessari per l'aggiornamento dei database nutrizionali. Tale processo è destinato sempre più a passare attraverso l'acquisizione di dati di composizione utilizzando Reti dedicate, in grado di fornire ai compilatori di database nutrizionali dati di composizione rappresentativi e ben documentati.

maria.parpinel@uniud.it

267 - orale

INDICE DI MASSA CORPOREA NEI BAMBINI EMILIANO-ROMAGNOLI E DIFFERENZIALI SOCIO-DEMOGRAFICI SECONDO I DATI DELLA SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE

Roberto Roveta[1], Giuliano Carrozzi[1], Paola Angelini[2], Marina Fridel[2] per conto del gruppo di lavoro regionale OKkio alla Salute dell'Emilia-Romagna

[1]Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; [2]Servizio Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna

Introduzione. L'obesità infantile è un grave problema di sanità pubblica, in aumento in molti paesi. Considerandone gli esiti sulla salute a lungo termine, è necessario attivare politiche di contrasto precoce.
Obiettivo. Analizzare l'associazione tra Indice di Massa Corporea (IMC) e i principali fattori socio-demografici in Emilia-Romagna.

Metodi. Sono state analizzate 5.318 interviste OKkio 2014 fatte in Emilia-Romagna ai bambini di 3a elementare (tasso di risposta 95%) e ai loro genitori (tasso di risposta 94%). E' stato indagato il valore dell'IMC del bambino rispetto ai principali fattori socio-demografici di entrambi mediante modelli di regressione lineare; sono mostrate le variazioni dell'IMC rispetto alle variabili studiate (coefficienti β) e i relativi intervalli al 95% (IC95%).

Risultati. I modelli di regressione lineare univariati indicano che le variabili significativamente associate al decremento dell'IMC sono: essere bimba (β=-0.29; IC95% -0.50,-0.10), avere 9 anni rispetto a 8 (β=-0.3; -0.50,-0.13), vivere in un comune con meno di 10.000 ab. rispetto ad abitare in quelli metropolitani (β=-0.48; -0.82,-0.01), fare colazione (β=-1.05; -1.45,-0.65), avere almeno uno dei due genitori diplomato (β=-0.49; IC95%-0.73,-0.24) o laureato (β=-0.82; -1.1,-0.55), corretto giudizio del genitore intervistato sullo stato ponderale del figlio (β=-2.25; -2.46,-2.04). Sono invece associate all'aumento dell'IMC: avere entrambi i genitori in eccesso ponderale (β=2.36; 2.02,2.69) o uno solo (β=0.74; 0.55,0.93) e avere la TV in camera (β=0.57; 0.37,0.78). Il modello multivariato conferma queste significatività con l'aggiunta del consumo di almeno un frutto o di una verdura (β=-0.26; -0.48,-0.05). Applicando lo stesso modello multivariato ai soli bimbi in eccesso ponderale, risulta che il valore dell'IMC diminuisce significativamente con la corretta percezione dei genitori dello stato nutrizionale del bambino (β=-0.76; -0.98,-0.53), con una più alta istruzione dei genitori (si registrano valori di β=-0.55 se almeno uno dei due è laureato o di β=-0.47 se almeno uno è diplomato), l'essere bimba (β=-0.41; -0.72,-0.09) e lo svolgimento di attività fisica almeno un'ora al giorno per almeno 4 giorni (β=-0.27; -0.55,-0.08); aumenta, invece, con la presenza di entrambi genitori in eccesso ponderale (β=1.28; 0.92,1.64) o di uno solo (β=0.51; 0.25,0.78) e la presenza della TV in camera (β=0.38; 0.09,0.67);

Conclusioni. I risultati indicano l'importanza del contesto familiare, primo luogo in cui il bambino deve ricevere una buona educazione alimentare. Queste informazioni dovrebbero essere inoltre prese in considerazione da chi pianifica gli interventi di promozione della salute nei bambini favorendo i programmi di comunità che intervengono sia sui bambini che sui genitori.

g.carrozzi@ausl.mo.it

268 - orale

MODALITÀ PER LA RICERCA, DEFINIZIONE E VALUTAZIONE DEL NUMERO DI CARCINOMI DI INTERVALLO QUALI INDICATORI DI PERFORMANCE NEL PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO TORINESE

Vergìni V[1], Casella D[1], Caprioglio A[1], Di Leo A[1], Tomatis M[1], Gilardi F[2], Patriarca S[2], Zanetti R[2], Segnan N[1] , Ponti A[1].

[1]CPO Piemonte – S.C. Epidemiologia dei Tumori – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino : [2]S.C. Epidemiologia dei Tumori – Registro Tumori Piemonte – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Introduzione L'analisi dei carcinomi di intervallo (CI), inevitabili in un programma di screening (1-2 casi su 1000 test negativi), costituisce uno strumento fondamentale al fine di controllare la performance di ogni programma e di fornire la base per attività di formazione, aggiornamento e miglioramento continuo della qualità.

Obiettivi L'obiettivo è quello di identificare e quantificare il numero di casi intervallo tra le donne aderenti al programma di screening di Torino, attraverso un sistema strutturato, consolidato e routinario che si basa sull'interrogazione periodica degli archivi sanitari delle dimissioni ospedaliere (il tumore della mammella richiede sempre l'ospedalizzazione).

Metodi Sono stati linkati gli archivi SDO con gli elenchi di tutti i test negativi 2003-2009. Sono stati selezionati i 'probabili' casi intervallo attraverso un algoritmo che tiene conto dell'esito definitivo del round, dell'intervallo di tempo tra la data dell'intervento/ricovero e la data della mammografia e della storia di screening. Successivamente, sono state visionate le cartelle cliniche e il database del programma di screening per confermare o meno la corretta identificazione dei casi intervallo.

Sono state incluse nell'analisi le donne appartenenti alla fascia di età 50-69 e sono stati descritti i risultati in termini di tassi e di incidenza proporzionale. E' stata utilizzata l'incidenza del Registro Tumori di Torino 1988-1992, precedente all'avvio del programma.

Risultati La validazione del metodo di identificazione è stata eseguita attraverso il confronto con il gold standard (Registro Tumori). Grazie al perfezionamento della procedura, la sensibilità del metodo mostra un incremento dall'87% del periodo 1999-2000 al 97% del periodo 2003-2008. Su 206773 test negativi (2003-2009) sono stati identificati 352 casi intervallo (1.7 per 1000). Il rapporto tra casi osservati ed attesi è pari al 33.4% (Obiettivo LG Europee: <40%).

Conclusioni L'occorrenza dei CI rientra nei limiti degli standard proposti dalle LG Europee. La ricerca attraverso il link con le SDO permette di ottenere risultati soddisfacenti in aree non coperte dal Registro Tumori. Rimangono ancora due aspetti critici: l'inevitabile perdita di casi derivante da fattori legati ai limiti non risolvibili delle SDO e i tempi necessari per le procedure di definizione del caso, che nella nostra esperienza prevede la revisione delle cartelle cliniche, che, se ridotti, consentirebbero maggiore tempestività nella revisione radiologica. A tal fine, si sta studiando un perfezionamento ulteriore nella definizione di CI che però non vada a ridurre la sensibilità del metodo. La disponibilità di registri regionali di anatomia patologica faciliterebbe considerevolmente il processo.

viviana.vergini@cpo.it

269 - poster

START (Sorveglianza attiva o TrAttamento Radicale alla diagnosi per Tumori della prostata a basso rischio): un progetto regionale di ricerca/intervento per ridurre i costi del sovra-trattamento e migliorare la qualità di vita dei pazienti (*).

Manuela Ceccarelli[1], Claudia Galassi[1], Chiara Monagheddu[1], Eva Pagano[1], Rosalba Rosato[1], Paola Ivaldi[1], Enrico Bollito[2], Andrea Zitella[3], Stefano De Luca[4], Marco Camilli[5], Fernando Munoz[6], Andrea Rocco Bellissimo[7], Federica Bongiovanni[7], Maria Dell'Aquila[7], Francesca Ponti di Sant'Angelo[7], Marinella Mistrangelo7, Giovannino Ciccone1, Oscar Bertetto7

[1]SSCVD Epidemiologia Clinica e Valutativa, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e CPO Piemonte; [2]SC Anatomia patologica, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino); [3]SC Urologia, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; [4]SC Urologia, AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino); [5]SC Urologia, ASL CN2; [6]SC Radioterapia AUSL Aosta; [7]Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Introduzione La diffusione del test PSA ha determinato una notevole sovradiagnosi del tumore della prostata. Le principali Linee Guida raccomandano per i pazienti con tumori localizzati a basso rischio una gestione attendista di sorveglianza attiva (SA) per ridurre i danni da sovratrattamento, ma questa strategia è ancora poco diffusa nel contesto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Obiettivi favorire la diffusione della SA a livello regionale attraverso un progetto di ricerca/intervento basato su criteri standardizzati e condivisi per l'accesso e la gestione dei pazienti; fornire una informazione condivisa ai pazienti sulle opzioni disponibili per favorire una scelta consapevole del trattamento; coinvolgere pazienti e cittadini nelle fasi di progettazione e di monitoraggio del progetto; valutare l'impatto della SA in termini di accettabilità, durata, qualità di vita e costi in confronto a pazienti trattati con chirurgia o radioterapia.

Metodi Studio di comparative effectiveness research con disegno di coorte osservazionale, prospettico, di popolazione, di pazienti arruolati alla diagnosi con carcinoma della prostata localizzato a basso rischio. I pazienti, dopo adeguata informazione, esprimeranno una scelta tra la SA ed un trattamento radicale. Tutti i pazienti saranno seguiti con un follow-up standardizzato e saranno confrontati esiti clinici, qualità di vita e costi tra i 3 principali percorsi assistenziali. L'arruolamento atteso in 3 anni è di 3000 casi tra i residenti in Piemonte e Valle d'Aosta, di cui circa il 25% in SA.

Risultati Il progetto START, condiviso e approvato da un gruppo multidisciplinare di professionisti rappresentativo della Rete Oncologica, composto da urologi, radioterapisti, epidemiologi, patologi, oncologi, coinvolgerà tutte le Urologie e Radioterapie del Piemonte e valle D'Aosta. Nella progettazione degli strumenti informativi e nel monitoraggio dello studio è stato previsto il coinvolgimento di rappresentanti dei pazienti. Per garantire ai pazienti una informazione equilibrata e basata sulle prove di efficacia è stata predisposta una guida alla scelta del trattamento (cartacea e on-line). Oltre all'area riservata alla raccolta dati, il sito dedicato al progetto (www.start.epiclin.it), sviluppato dal CPO, avrà un'area pubblica dove i pazienti potranno trovare tutta la documentazione, informazioni sull'andamento del progetto e la letteratura più rilevante che sarà pubblicata.

Conclusioni Progetti di ricerca/intervento su temi di grande rilevanza per la salute pubblica, che coinvolgano i professionisti interessati e i pazienti, possono facilitare la diffusione di pratiche cliniche evidence-based, come la SA nei tumori della prostata a basso rischio, ad alto impatto sulla razionalizzazione dell'uso delle risorse e con un miglioramento di outcome clinici e di qualità di vita.

(*) Progetto finanziato dalla Compagnia di San Paolo - Torino

manuela.ceccarelli@cpo.it

270 - poster

Tromboprofilassi nei pazienti con Fibrillazione Atriale nella "real practice"

Alessandra Bettiol[1] ,Paola Deambrosis[1], Sakis Themistoclakis[2], Roberta Pirolo[3], , Jenny Bolcato[3], Giulia Franchin[3], Pietro Giusti[1], Alessandro Chinellato[3].

[1]Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Padova ; [2]UOSD di elettrofisiologia ed elettrostimolazione, Ospedale dell'Angelo Mestre; [3]UOC Politiche del Farmaco e Governo della Spesa Farmaceutica, Azienda ULSS n°9, Treviso

Introduzione La fibrillazione atriale (FA) è la principale forma di aritmia cardiaca e la più frequente causa di ictus e ospedalizzazione, con una prevalenza variabile che si attesta attorno al 2.5%. Le attuali linee guida raccomandano l'impiego di una terapia anticoagulante orale (TAO) che nonostante la dimostrata efficacia, numerose evidenze riportano un consistente sottoutilizzo.

Scopo. Il presente studio si propone di analizzare, nella real practice, l'impiego di Antagonisti della Vitamina K (AVK) nei pazienti affetti da FANV (Fibrillazione Atriale Non Valvolare) in confronto con quanto raccomandato dalle Linee Guida, e i costi connessi alla gestione complessiva del paziente.

Metodi. Lo studio, di carattere retrospettivo osservazionale, è stato condotto sulle banche dati dell'AULSS9 di Treviso per il periodo compreso tra il 01/01/2010 e il 31/12/2013. La coorte di pazienti affetti da FANV è stata estratta a partire dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), considerando i codici ICD-9 e ICD-10 indicativi di fibrillazione e flutter atriali. A partire dalla prima data di ospedalizzazione per FANV, i pazienti con almeno 6 mesi continuativi di terapia con AVK e con almeno 8 controlli dell'INR, sono stati inclusi nel gruppo di pazienti in trattamento con AVK . I pazienti per i quali non sono state rinvenute prescrizioni di AVK sono stati considerati come non trattati. Al fine di valutare il raggiungimento del target terapeutico, per ogni paziente del gruppo AVK è stato calcolato il Time in Therapeutic Range (TTR) (metodo di Rosendaal). Per definire il rischio di ictus è stato inoltre calcolato il punteggio CHADS2 VASC2. L'analisi dei costi connessi a FANV è stata calcolata per l'anno 2013 per i pazienti prevalenti e negli anni 2013-2014 per i pazienti incidenti nel 2013 in maniera da avere per ogni paziente incluso nell'analisi, 12 mesi di rilevazione dei costi.

Risultati. Nei 4 anni di osservazione, sono stati identificati 4855 pazienti affetti da FANV, dei quali il 53,7% è stato trattato con una terapia anticoagulante orale con AVK. Tale percentuale diminuisce ulteriormente al 29,6% se si considerano solamente i pazienti con una terapia di almeno 6 mesi continuativi. In aggiunta, solo il 31% dei pazienti trattati con warfarin risulta essere a target (TTR≥ 65%) indicando una possibile mancanza di un'appropriata valutazione dei risultati INR. Dall'analisi dei costi condotta sui pazienti incidenti e prevalenti, si evince come la spesa destinata ai farmaci antiaggreganti e per la fibrillazione sia, per entrambi le coorti, la voce meno rappresentativa ma comunque più elevata per i pazienti incidenti alla terapia. Significativa è anche la differenza rilevata tra le due coorti per i costi relativi al controllo. Le differenze maggiori tra le due coorti si evidenziano principalmente per visite specialistiche cardiologiche e, più di tutto, per i ricoveri ospedalieri, per i quali un paziente naive impegna risorse 2,5 volte più elevate rispetto ai pazienti già in trattamento. Similmente, anche i costi connessi agli accessi al pronto soccorso risultano nettamente più elevati per i pazienti incidenti.

Conclusioni. Il miglioramento del TTR per i pazienti in trattamento risulta di cruciale importanza per l'effettiva prevenzione del rischio tromboembolico e per il possibile abbattimento dei costi connessi alle ri-ospedalizzazioni per eventi cardiovascolari. Nei pazienti con difficoltà di mantenimento dell'INR entro valori appropriati la disponibilità dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) può rappresentare una valida alternativa per il superamento delle molteplici problematiche connesse all'impiego di AVK.

jbolcato@ulss.tv.it

271 - orale

Introduzione degli alimenti complementari in una coorte di bambini italiani: i genitori rispettano le raccomandazioni dell'OMS?

Claudia Carletti[1], Paola Pani[1], Lorenzo Monasta[1], Alessandra Knowles[1], Adriano Cattaneo[1]

[1]S.S.DPT Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari, IRCCS Materno Infantile "Burlo Garofolo, Via dell'Istria 65/1, 34137 Trieste

Introduzione I tempi di introduzione degli alimenti e il tipo di alimentazione complementare assunta nell'infanzia sono fondamentali non solo per garantire che le esigenze nutrizionali di un individuo siano soddisfatte nel breve termine, ma anche per promuovere la buona salute nel corso della sua vita e per prevenire sovrappeso e obesità. L'OMS raccomanda l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi di vita e prolungato fino ai 2 anni e oltre, integrato con una alimentazione complementare adeguata, sicura e appropriata. Nonostante tali raccomandazioni, in Italia, dove non esistono linee guida nazionali, l'introduzione dei primi alimenti avviene nella maggior parte dei casi prima dei 6 mesi.

Obiettivi L'obiettivo di questo studio era quello di descrivere in dettaglio le pratiche alimentari di una coorte di bambini dalla nascita fino ai 36 mesi, focalizzando l'attenzione in particolare sui tempi di introduzione, il tipo di alimenti introdotti e il rispetto delle raccomandazioni OMS.

Metodi Una coorte di 400 coppie mamma-bambino è stata arruolata presso l'IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste tra luglio 2007 e luglio 2008, e seguita dalla nascita fino ai 3 anni di vita. Le abitudini alimentari dei bambini sono state indagate utilizzando una tabella di introduzione degli alimenti. Ai 36 mesi dei bambini il 37%(148) delle madri ha completato e restituito la tabella. Per valutare il rispetto dei genitori alle raccomandazioni OMS sull'alimentazione complementare, sono stati utilizzati cinque indicatori e sono stati successivamente indagati eventuali fattori associati.

Risultati A sei mesi l'86% dei bambini ha già iniziato l'introduzione degli alimenti complementari. Il primo cibo è stato introdotto ad una età media di 170 giorni dalla nascita ed è risultato essere lo stesso per la maggior parte dei bambini (frutta fresca). La maggior parte dei bambini ha una dieta molto simile, generalmente molto diversa dalla dieta famigliare, caratterizzata dall'introduzione ritardata di certi tipi di alimenti e da una quota considerevole di "alimenti industriali per bambini". Solo il 5% dei bambini rispetta tutte e cinque le raccomandazioni, il 5% una sola e il 34% almeno 3.

Conclusioni Una percentuale molto bassa di genitori sembra rispettare le raccomandazioni dell'OMS sull'alimentazione complementare, probabilmente perché confusi da informazioni contrastanti ricevute da più fonti (pediatra, ostetrica, internet, amiche..), e per la carenza di linee di indirizzo nazionali. Alla luce dei risultati ottenuti e in virtù dell'importante influenza che gli operatori della sanità hanno nella comunicazione con i genitori, si rende necessaria la creazione di linee guida nazionali basate sulle evidenze scientifiche, sostenute e promosse da tutti gli operatori sanitari.

claudiaveronica.carletti@burlo.trieste.it

272 - orale

Quattro anni di sanità d'iniziativa in Toscana: la gestione del paziente diabetico.

Francesco Profili[1], Valentina Barletta[1], Giuseppe Seghieri[1], Paolo Francesconi[1]

[1]Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Introduzione Dal 2010 in Toscana è attivo il progetto "Sanità d'iniziativa" (SI), basato sul Chronic Care Model per la gestione dei malati cronici, tra i quali i diabetici di tipo II. Il progetto ha coinvolto medici di medicina generale (mmg), una parte dei quali ha aderito volontariamente arruolando nel progetto una parte dei propri pazienti diabetici, ottenuto il consenso.

Obiettivi Valutare l'impatto sulla cura del paziente diabetico di tipo II nel periodo 2011-2014.

Metodi Studio di coorte con gruppo di confronto: pazienti diabetici arruolati nella SI vs non arruolati.

Gli identificativi degli arruolati sono stati forniti dai mmg, la coorte di confronto è costituita dai diabetici assistiti da mmg che non hanno aderito al progetto SI. La condizione di diabetico è definita tramite un algoritmo su dati amministrativi che assegna la malattia quando rileva un'esenzione per diabete II, o una dimissione ospedaliera con diagnosi di diabete II, o l'assunzione di farmaci antidiabetici.

La scelta dei pazienti da arruolare ha presumibilmente introdotto un bias di selezione che ha escluso pazienti con alto rischio di mortalità nel breve periodo e pazienti meno collaborativi. Per questo è stato effettuato un propensity score matching (1:1) tra le due coorti, utilizzando variabili che potessero predirre lo stato di salute del paziente.

Analisi di sopravvivenza tramite modello di Cox stratificato. Valutazione impatto su indicatori di processo e ospedalizzazione tramite modello di regressione di Poisson condizionata, aggiustando per il valore dell'outcome nel periodo precedente l'avvio della SI (2006-'09).

Risultati Gli arruolati, rispetto alla coorte di confronto, hanno un rischio di mortalità più basso (HR 0,88 – p:0,002). In aumento gli esami di monitoraggio, esecuzione annuale del Guideline Composite Index (IRR 1,59 – p:0,000) e le terapie con statine (IRR 1,09 – p:0,000).

Aumento dell'ospedalizzazione per diabete (IRR 1,54 – p:0,003) e complicanze croniche cardiologiche (IRR 1,08 – p:0,039), tendenza all'aumento dei ricoveri per diabete non controllato (IRR 1,09 – p:0,107).

Conclusioni È evidente una maggior attenzione al paziente (esami di monitoraggio e terapie più frequenti). L'aumento dei ricoveri può essere dovuto proprio a questa maggior attenzione che può aver portato all'emersione di un bisogno fino ad allora non conosciuto (effetto screening). Non aumentano comunque i ricoveri per complicanze acute. L'intervento mostra un effetto protettivo sulla mortalità. La mancanza di dati clinici costituisce un limite dello studio, potrebbe permanere un bias residuo dovuto alla selezione dei pazienti in fase di arruolamento, non del tutto rimuovibile con soli dati amministrativi.

francesco.profili@ars.toscana.it

273 - orale

Impatto del chronic care model sul rischio di mortalità e ospedalizzazione tra i pazienti con scompenso cardiaco in Toscana

Piercarlo Ballo[1], Alfredo Zuppiroli[2], Francesco Profili[2], Laura Policardo[2], Paolo Francesconi[2]

[1]Ospedale S. M. Annunziata, Azienda Sanitaria di Firenze; [2]Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Introduzione E' noto che l'applicazione di programmi assistenziali basati sul Chronic Care Model può tradursi in un miglioramento prognostico in varie condizioni patologiche. Tuttavia, pochi studi hanno analizzato l'effetto di tali programmi nel modificare l'outcome clinico di pazienti con scompenso cardiaco cronico (SCC). Inoltre, precedenti studi nell'ambito di programmi assistenziali hanno criticato l'utilizzo dell'endpoint ospedalizzazione come indice di qualità dell'assistenza clinica sia discutibile.

Obiettivi Valutare l'impatto prognostico, sulla mortalità e sul rischio di ospedalizzazione, di un programma regionale di assistenza clinica a pazienti con SCC, basato sul Chronic Care Model ed attuato in Toscana a partire dal 2010.

Metodi Nell'ambito della popolazione regionale, sono stati creati gruppi di lavoro costituiti da 5-15 Medici di Medicina Generale (MMG) ed un infermiere/a ogni 10.000 abitanti. Tali gruppi hanno arruolato soggetti con SCC su base volontaria, iniziando un programma di assistenza proattivo con precisa programmazione di rivalutazioni cliniche, esami ematochimici e follow-up telefonici. Come gruppo di controllo, sono stati identificati pazienti con SCC, assistiti da MMG non aderenti al programma e matchati con un rapporto 1:2 per età, sesso, Charlson index, ASL di residenza, trattamento con ACE-inibitori e/o sartani, betabloccanti e diuretici e recente ospedalizzazione per scompenso. Come endpoints clinici sono stati considerati la mortalità per tutte le cause e l'ospedalizzazione per scompenso.

Risultati La popolazione di studio ha incluso 1761 pazienti arruolati nel programma, con diagnosi di SCC ulteriormente confermata da dati amministrativi, e 3522 controlli. L'incidenza di ospedalizzazione per scompenso è risultata maggiore nel gruppo arruolato (12.1 eventi per 100 pazienti-anno) rispetto ai controlli (10.3 eventi per 100 pazienti-anno; incidence rate ratio 1.15 [1.05-1.27], p=0.0030). La mortalità è risultata è risultata inferiore nel gruppo arruolato (10.8 eventi per 100 pazienti-anno) rispetto ai controlli (12.6 eventi per 100 pazienti-anno; incidence rate ratio 0.82 [0.75-0.91], p<0.0001). All'analisi multivariata, lo status di paziente arruolato nel programma è risultato essere indipendentemente associato ad un aumento del 34% nel rischio di ospedalizzazione e ad una riduzione del 18% nella mortalità (p<0.0001 per entrambe le analisi).

Conclusioni L'implementazione di un programma regionale di assistenza per pazienti con SCC basato sul Chronic Care Model ha comportato una riduzione della mortalità ed un aumento delle ospedalizzazioni. Questi risultati hanno potenziali implicazioni nell'utilizzo dell'ospedalizzazione come indicatore di "quality of care".

francesco.profili@ars.toscana.it

274 - orale

Applicazione del metodo di imputazione multipla per blocchi monotoni ordinati nell'analisi di serie storiche

Michela Baccini[a,b], Simone Giannini[c], Andrea Ranzi[c], Paolo Lauriola[c]

[a]Dipartimento di statistica, informatica e applicazioni "G. Parenti", Università di Firenze, Firenze; [b]Unità di biostatistica, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), Firenze; [c]Agenzia regionale prevenzione e ambiente dell'Emilia-Romagna, Direzione tecnica, Centro tematico regionale ambiente e salute, Modena

Introduzione Negli studi di serie storiche epidemiologiche, non è inusuale riscontrare la presenza di valori mancanti sulla variabile di esposizione. Questo può comportare problemi di analisi legati alla compromissione della continuitá temporale dei dati, come quando si è in presenza di interi periodi in cui l'inquinamento non è rilevato. Limitare l'analisi ai soli dati completi può inoltre portare a risultati distorti se il meccanismo di generazione dei dati mancanti non è casuale, come ad esempio quando è legato a errori o danni strumentali sotto condizioni atmosferiche estreme o elevati livelli di inquinamento.

Obiettivi Obiettivo del presente lavoro è l'implementazione di un metodo di imputazione multipla dei dati mancanti nell'ambito di uno studio che mette in relazione i dati sanitari giornalieri su una popolazione di 275.000 residenti in un'area rurale della regione Emilia Romagna, con i dati giornalieri relativi alla distribuzione dimensionale del particolato atmosferico, misurata nella stessa area nel periodo 2002-2013.

Metodi L'imputazione multipla è stata condotta utilizzando l'approccio per blocchi monotoni ordinati. Questo approccio, che, rispetto al piú tradizionale MICE, partiziona il dataset in blocchi individuando specifici pattern monotoni di dati mancanti, restituisce m (usualmente m=5) data sets completi, dove i valori mancanti sono imputati campionando dalla distribuzione predittiva a posteriori congiunta delle variabili definita entro ciascun blocco. Le stime di associazione vengono quindi ottenute separatamente per ognuno degli m data sets creati e successivamente combinate per ottenere l'inferenza finale.

Risultati In quasi la totalità dei casi, la stima di effetto ottenuta dopo l'imputazione multipla non contraddice il risultato ottenuto limitando l'analisi ai soli dati completi, anche se l'entitá dell'associazione risulta mitigata e l'errore standard è talvolta piú piccolo.

Conclusioni L'imputazione multipla non fornisce risultati qualitatitamente comparabili a un'analisi su dati completi, specialmente in presenza di consistenti lacune informative. Tuttavia è un valido strumento per ottenere stime di associazione senza rompere la continuità temporale delle serie storiche epidemiologiche, tenendo conto al contempo dell'incertezza legata alla presenza di dati mancanti.

baccini@disia.unifi.it

275 - orale

Rotavirus, valutazione dell'impatto economico e di salute pubblica di un programma di vaccinazione universale: l'esperienza dell' ASL 2 di Lucca.

Macchiarulo Mariapia* , Puppa Laura*, Pierami Giulia*, Banducci R.*, Camici Giulia °, Tomasi Alberto**

*Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva Università di Pisa; °Pediatra di libera scelta, Lucca;
**Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL 2 di Lucca

Introduzione I Rotavirus rappresentano la principale causa di gastroenterite acuta severa in età pediatrica. In Italia sono responsabili dal 17 al 69% delle ospedalizzazioni per gastroenterite acuta, del 61% delle ammissioni in pronto soccorso e del 33% delle visite dal pediatra di libera scelta o dal medico di famiglia con un notevole impatto economico dovuto a costi sia diretti che indiretti. La vaccinazione rappresenta la principale tecnologia di prevenzione. L'OMS raccomanda di includere la vaccinazione in tutti i programmi di immunizzazione nazionali, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. La vaccinazione è sostenuta dalla Società Italiana di Pediatria e dalla Società Italiana di Igiene che raccomandano l'offerta ai nuovi nati sull'intero territorio nazionale entro il compimento dei 6 mesi di vita. L' ASL 2 di Lucca ha cominciato a offrire la vaccinazione anti-RV ai nuovi nati già a partire dal 2008, inizialmente in regime di copagamento per poi passare all'offerta gratuita nel 2010.

Obiettivi Valutazione della sostenibilità economico-finanziaria e dell'impatto di salute pubblica dell'introduzione di una campagna di vaccinazione universale e gratuita nel territorio dell' ASL 2 di Lucca.

Metodi Il vaccino utilizzato è il monovalente RIX4414 di cui si somministrano due dosi. Sono state svolte due analisi, una di costo-efficacia che ha comparato la vaccinazione rispetto alla non vaccinazione ed una di impatto sul budget. E' stato adoperato un modello decisionale deterministico di Markov. Il modello simula l'andamento epidemiologico dell'infezione da Rotavirus, i costi associati e gli effetti della vaccinazione nella coorte dei nuovi nati nel territorio dell' ASL. A ciascun stato di salute del modello è stato assegnato un costo in euro. Sono stati considerati solo i costi diretti: ricoveri, visite, cure. Lo studio costo-efficacia è stato condotto su un arco temporale di 5 anni a partire dal 2010 considerando un costo di 39,16 euro per dose di vaccino ed una coorte di nascita di 1485 bambini. Non è stato considerato alcun costo aggiuntivo di somministrazione data la possibilità di cosomministrazione del vaccino con esavalente e antipneumococcico. Si è assunta una copertura annuale vaccinale del 75%. L'analisi di impatto sul budget è stata condotta considerando costante al 75% la copertura vaccinale nei 5 anni confrontando il costo della patologia da RV in assenza di vaccinazione e in presenza di campagna vaccinale.

Risultati Il costo della patologia in assenza di vaccinazione è risultato pari a 139.529 euro/anno. Con una copertura del 75% , il costo dei casi residui si riduce del 33,77% nel primo anno fino ad arrivare ad una riduzione dell'81,29% nel quinto anno. Il costo addizionale della campagna vaccinale è stato compensato dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Conclusioni L'offerta attiva e gratuita del vaccino a tutti i nuovi nati si è rivelata costo-efficace e cost-saving e ha soddisfatto gli attesi benefici di salute pubblica.

mariapiamacchiarulo@yahoo.it

276 - orale

Timing della chirurgia E Mortalità in pazienti affetti da endocardite infettiva su valvola aortica o mitralica: uno studio multicentrico (Registro Italiano dell'Endocarditi infettive -RIEI)

Anna Castiglione[1], Giovannino Ciccone[1] , Chirillo Fabio[2], Cecconi Moreno[3], Del Ponte Stefano[4], Moreo Antonella[5], Faggiano Pompilio[6], Cialfi Alessandro[7], .Mauro Rinaldi[8], Cecchi Enrico[9]

[1]Unità di Epidemiologia Clinica, Università di Torino and CPO-Piemonte, Città della salute e della Scienza, Torino; [2]Dipartimento di Cardiologia, Ca' Ospedale Foncello, Treviso; [3]Dipartimento di Scienze Cardiologiche Mediche e Chirurgiche Azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti, Ancona; [4]Dipartimento di Cardiochirurgia, Ospedale Mauriziano, Torino; [5]Dipartimento di, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano; [6]Dipartimento di Cardiologia, Università di Brescia, Brescia; [7]Dipartimento di Cardiochirurgia, Sacco Hospital, Milano; [8]Dipartimento di Cardiochirurgia, Ospedale Molinette, Università di Torino, Torino; [9]Dipartimento di, Ospedale Maria Vittoria, Torino

Introduzione L'endocardite infettiva (EI) è una malattia relativamente rara, ma con una prognosi severa per un alto rischio di eventi embolici o emorragici ed una mortalità ospedaliera del 20% circa. L'intervento cardiochirurgico precoce è raccomandato nei pazienti con complicazioni cardiache severe mentre ad oggi non ci sono ancora evidenze circa l'efficacia della chirurgia precoce in pazienti senza complicanze cardiache e sulla finestra temporale ottimale in cui eseguire l'intervento.

Obiettivo Questa analisi mira a valutare l'impatto sulla sopravvivenza della chirurgia eseguita precocemente in pazienti con EI sinistre.

Metodi Dal Registro Italiano dell'Endocarditi Infettive (RIEI) sono stati selezionati tutti i casi con diagnosi di EI sinistra tra dicembre 2006 e dicembre 2010 (N=502). I pazienti sono stati classificati in base al trattamento ricevuto in 2 gruppi: chirurgia precoce, se il paziente viene operato entro 2 settimane dalla diagnosi di EI, e terapia medica o chirurgia tardiva. Per valutare eventuali differenze di caratteristiche tra i due gruppi di trattamento sono stati stimati attraverso un modello di regressione logistica, gli OR grezzi ed aggiustati. L'effetto del trattamento sulla sopravvivenza globale è stato valutato mediante un modello di Cox in cui la variabile chirurgia precoce è stata inclusa come variabile tempo-dipendente e sono state inserite come covariate sia le caratteristiche dei pazienti (cliniche e demografiche) associate alla scelta del trattamento sia i fattori di rischio noti al fine da limitare eventuali bias da indicazione e bias derivabili dal tempo immortale.

Risultati: Tra i 502 pazienti inclusi nello studio, 184 (36,7%) sono stati sottoposti a chirurgia precoce e, tra i 318 trattati inizialmente con terapia medica, 138 sono stati operati successivamente dopo almeno 2 settimane dalla diagnosi. Le caratteristiche dei pazienti alla diagnosi si distribuiscono in modo differente a seconda del trattamento: i pazienti operati entro 2 settimane hanno meno comorbidità e più complicazioni cardiache come il rigurgito valvolare moderato-severo, vegetazioni superiori a 10 mm, ascessi miocardici e distacchi protesici. La sopravvivenza osservata a 30 giorni è di 89,5% (IC95% 86,4-91,9) e a 12 mesi è 82,5% (IC95% 78,8-85,6). Il rischio di morte sembra essere inferiore, anche se non in modo statisticamente significativo, nei pazienti operati entro 2 settimane dalla diagnosi (HR grezzo=0,7; IC95% 0,2-2,0 e HR aggiustato=0,6; IC95% 0,2-2,1).

Conclusioni Questa analisi suggerisce che la chirurgia potrebbe essere più efficace se eseguita precocemente nei pazienti con diagnosi EI sinistra. Tuttavia, nonostante l'utilizzo di tecniche statistiche per controllare eventuali bias, non è possibile trarre indicazioni definitive da queste analisi. Questi risultati sottolineano la necessità di condurre studi clinici randomizzati per confermare l'efficacia della cardiochirurgia precoce in specifici sottogruppi di pazienti.

anna.castiglione@cpo.it

277 - poster

Valutazione comparativa delle Asl di residenza e delle strutture ospedaliere: Il progetto di valutazione degli esiti in Ambito Oncologico in Piemonte

Anna Castiglione[1], Eva Pagano[1], Laura Crosetto[1], Daniela Di Cuonzo[1], Marinella Mistrangelo[2], Oscar Bertetto[2], Giovannino Ciccone[1]

[1]SSCVD Epidemiologia Clinica e Valutativa, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e CPO Piemonte;
[2]Dipartimento interaziendale interregionale Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Introduzione All'interno del SSN cresce l'interesse per la valutazione della qualità dell'assistenza e in seguito alla diffusione del Programma Nazionale Esiti sono stati avviati alcuni programmi regionali di approfondimento. In Piemonte, la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e il CPO-Piemonte hanno avviato un progetto di valutazione comparativa in ambito oncologico delle strutture ospedaliere e delle ASL di residenza.

Obiettivi Costruire un sistema di indicatori per la valutazione dei principali interventi chirurgici dell'apparato gastrointestinale (colon, retto, stomaco, pancreas) in pazienti oncologici.

Metodi Dalle Schede di Dimissione Ospedaliera dei residenti in Piemonte dimessi nel periodo 2010-2012 sono stati identificati tutti i ricoveri con codici di diagnosi di tumore e codice di procedura di chirurgia ad intento radicale per ciascuna sede tumorale. Successivamente sono stati esclusi tutti i ricoveri dei pazienti con un ricovero oncologico nei precedenti 5 anni per la stessa sede tumorale. Lo stato in vita dei pazienti è stato ricavato dall'Archivio Unico Regionale Assistiti. Gli esiti considerati sono la mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico (solo per le strutture eroganti) e la mortalità a 1 anno dall'intervento chirurgico (sia per le ASL di residenza che per le strutture eroganti). Per ciascun esito e per ciascuna sede sono stati calcolati: il rischio grezzo e aggiustato e il rapporto standardizzato di mortalità (SMR). L'SMR è stato stimato mediante un modello ad effetti casuali in modo da correggere sia per eventuali differenze di case-mix sia per l'eventuale correlazione statistica tra i pazienti della stessa ASL di residenza (o della struttura erogante). Il rischio aggiustato è stato calcolato come il prodotto tra l'SMR e la mortalità regionale osservata. Inoltre, per ciascun SMR, è stato calcolato un indice di affidabilità statistica. In ultimo è stato stimato un indicatore composito che combina i diversi indicatori sede-specifici corretti per l'affidabilità. L'indicatore composito è stato calcolato solo per le strutture per cui sono stati calcolati almeno 3 indicatori sede specifici.

Risultati Utilizzando i singoli indicatori sede specifici la valutazione comparativa risulta essere molto limitata, con una percentuale esigua di strutture eroganti con un affidabilità superiore al 60%: Colon 5.2%; Retto 8.8%; Esofago 16.7%; Stomaco 0.0%; Pancreas 8.6%. Utilizzando l'indicatore composito, la valutazione comparativa risulta essere fattibile e per la quasi totalità delle strutture eroganti per cui è stato calcolato l'indicatore composito l'affidabilità è superiore al 60%.

Conclusioni Questo studio suggerisce che, per identificare con maggior sensibilità le strutture eroganti con mortalità post-chirurgica in eccesso rispetto alla media regionale è utile anche calcolare un indicatore composito, soprattutto in presenza di numerose strutture con bassi volumi di attività e di procedure a basso rischio.

anna.castiglione@cpo.it

278 - poster

Percentuali di frequenza dei tipi di tumore: dati del Pain Control Center di Solofra (AV).

G.Genua, G.Servillo*, M.N.V.Ferrante○, C. Fasano L.M. Rizzo, A.M.Strollo, E. De Vinco°, E. Altieri, L.Genua#, S.Canzanella° e G. D'Onofrio◊.

Pain Control Center Hospice –Solofra-ASL Avellino*Direzione UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore UNINA Federico II - #internship UOC Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore UNINA Federico II*- ○Commissario Straordinario ASL Avellino - °House Hospital Onlus -◊Direzione Sanitaria AOU Policlinico UNINA FedericoII.

INTRODUZIONE Il Pain Control Center Hospice di Solofra è stato attivato nel Dicembre 2012 da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino con l'obiettivo di dare sostegno concreto alle molteplici e complesse necessità dei malati terminali e dei loro familiari/caregivers in una realtà territoriale carente per tali forme di assistenza. Si tratta della prima esperienza sorta in Regione Campania che ha posto in essere una interessante forma di integrazione della gestione pubblico/privato e che ha potuto attingere ai finanziamenti previsti dalla legge 39/1999.

SCOPO Valutazione della frequenza percentuale dei tipi di tumore riscontrati su 282 pazienti (pz.) consecutivi arruolati nel periodo dicembre 2012 - maggio 2015 nel "Pain Control Center" Hospice di Solofra (AV).

MATERIALI E METODI Si è proceduto ad analizzare la frequenza percentuale dei tipi di tumore riscontrati nei pz. afferiti presso l'Hospice confrontandola con la frequenza percentuale dei tumori riscontrati in Italia come riportato nella pubblicazione dell' AIRTum e Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e la percentuale di pz. che hanno avuto bisogno di nutrizione parenterale ed enterale.

DISCUSSIONE: dei 282 pz. ospedalizzati 164 (58.15%) erano maschi e 118 (41.84%) femmine, età media: 72.04 anni con range: 18-92 anni; 205/282 pz (72.69%) presentavano malattie tumorali e 77/282 pz. (27.31%) malattie non tumorali. La frequenza percentuale dei tipi di tumore riscontrati è stata polmone 20% (vs. 11% di incidenza in Italia di cui 15% nei maschi e 6% nelle femmine), colon-retto 13.6% (vs. 14.6%), mammella 7.7% (vs. 13 %), vescica 4% (vs. 7%), prostata 4.5% (vs. 11%), ovaio 3.1% (vs. 3,2%), gastrico 6.8% (vs. 4.5% -media maschi femmine), epatocellulare e tratto biliare 7.7% (vs 4%), pancreas 2% (vs 3%) , testa e collo 8.6% (vs 5%) , rene 2.7% (vs 4%) e tumori in altre sedi 19%. 130/ 282 pz. (46.45%) hanno ricevuto nutrizione parenterale totale o parziale 39/282 pz. (13.82%) hanno ricevuto nutrizione enterale.

CONCLUSIONI: I dati percentuali riscontrati evidenziano coerenza tra i ricoveri in Hospice e percentuali di incidenza delle varie neoplasie in Italia. E' da rilevare che i tumori che presentano elevata sopravvivenza dopo un quinquennio anche per l'armamentario terapeutico sempre più completo e affinato quali cancro della mammella (87%) e della prostata (92%) sono meno frequentemente riscontrati nelle fasi finali della storia clinica. È inoltre significativa la percentuale di pz. che necessitano di nutrizione parenterale totale o parziale per perseguire l'obiettivo di correggere gli squilibri nutrizionali frequentemente riscontrabili nei pz. neoplastici.

g.genua.onc@virgilio.it

279 - poster

Neurolettici depot di seconda generazione, raffronto tra costo del farmaco e costo della spesa ospedaliera.

La spesa farmacologica per la psicosi è stata molto contenuta fino alla comparsa di terapie innovative, appena venti anni or sono, con la introduzione di clozapina, risperidone ed olanzapina in formulazione orale. La terapia depot tradizionale è stata innovata circa otto anni or sono quando il risperidone a rilascio prolungato è stato inserito nel prontuario terapeutico.

Si analizza qui la spesa ospedaliera di una coorte di pazienti trattati nel territorio dell'ATS XXIV della Regione Marche con neurolettici depot tradizionali e di seconda generazione.

L'età media del campione in trattamento con neurolettici innovativi è più bassa rispetto a quella con neurolettici tradizionali. Un terzo dei pazienti non sono mai stati ricoverati durante il percorso terapeutico con una leggera prevalenza dei pazienti in trattamento con neurolettici innovativi. 14 pazienti su 22 svolgono una attività professionale, ed in questo caso la prevalenza è tra quelli trattati con nl innovativi. Un paziente ha avuto un solo ricovero di esordio coincidente con inizio della terapia nl innovativi, si è registrato un solo ricovero ripetuto a carico della medesima paziente.

La spesa ospedaliera nel coso degli ultimi due anni, già contenuta in passato, lo è stata anche nell'ultimo periodo.

In psichiatria una analisi complessiva degli esiti, che corrisponde alla analisi dei costi affrontati nel corso del progetto terapeutico, sembra più adeguata della analisi dei singoli elementi di spesa in cui si articola il rapporto terapeutico con il paziente più grave. Accanto a pazienti in trattamento con neurolettici, tradizionali e di seconda generazione, che non hanno mai avuto ricoveri, abbiamo anche pazienti con una elevata spesa ospedaliera, nei quali il neurolettico innovativo è stato introdotto per la comparsa di effetti collaterali o per migliorare la adesione al programma terapeutico. La variabilità degli esiti è solo in parte influenzata dalla scelta el farmaco, nel campione preso in esame, che seppur limitato a 22 pazienti, comprende valutazioni dal 1998 ad oggi.

tiberio_damiani@libero.it

Indice analitico

Agabiti, Nera 189
Andreano, Anita 77, 101
Andreoni, Laura 42
Armaroli, Paola 231, 249
Asta, Federica 178
Azzarito, Caterina 156, 159
Baccini, Michela 274
Ballotari, Paola 13
Balmativola, Davide 258
Barca, Alessandra 248
Bargagli, Anna Maria 132
Bartolomeo, Nicola 236
Bastiampillai, Anan Judina 74
Battistella, Giuseppe 43, 44
Battisti, Laura 18
Bauleo, Lisa 223
Bena, Antonella 230
Bendinelli, Benedetta 29
Bietta, Carla 243, 256
Binazzi, Alessandra 149
Bolcato, Jenny 262, 270
Bonafede, Michela 39
Bravi, Francesca 254
Bressan, Vittoria 150
Broccoli, Serena 164
Busolin, Anna 241, 242
Bustaffa, Elisa 117
Buzzoni, Carlotta 171
Cacciani, Laura 118, 119
Canova, Cristina 49
Cappai, Giovanna 175
Carletti, Claudia 271
Carnà, Paolo 264
Carrozzi, Giuliano 73, 205, 267
Casotto, Veronica 82
Castiglione, Anna 276, 277
Castriotta, Luigi 173
Caturano, Flavia 220
Ceccarelli, Manuela 269
Cecconi, Lorenzo 95
Cernigliaro, Achille 160, 161, 167, 169
Cesaroni, Giulia 143
Chellini, Elisabetta 170
Chellini, Martina 172
Chiavarini, Manuela 48
Chieti, Antonio 244
Chiusolo, Monica 232
Coi, Alessio 125
Colaceci, Sofia 12, 47, 72
Contoli, Benedetta 162
Culasso, Martina 139
D'Ippoliti, Daniela 177
D'Ovidio, Maria Concetta 31, 32, 57
Damiani, Tiberio 279
De Biase, Giuseppe Andrea 191, 192, 193, 194
De Luca, Amalia 88
De Sarto, Manuela 179
De Silvestri, Annalisa 63

Desiato, Rosanna	253	Gennaro, Valerio	263
Di Gregori, Valentina	114	Genua, Geppino	278
Di Napoli, Anteo	213	Giampaoli, Simona	56
Donà, Giorgio	96	Gianfredi, Vincenza	62
Donati, Serena	97, 98	Giannini, Simone	246
Drago, Gaspare	210	Gini, Rosa	208, 217, 224
Edefonti, Valeria	234	Giordano, Livia	153
Evangelista, Andrea	265	Girardi, Paolo	151
Fabbri, Sandra	34	Giraudo, Massimiliano	35
Fallani, Gaia	196	Giusti, Angela	198
Fano, Valeria	46	Golini, Martina Nicole	257
Fantaci, Giovanna	239	Gorini, Giuseppe	71, 155
Farchi, Sara	136, 137	Grassi, Tommaso	23, 24, 108
Farina, Elena	14	Greco, Maria Teresa	86
Farioli, Andrea	252	Guarda, Linda	22
Fasanelli, Francesca	229	Iacuzio, Laura	129
Fedeli, Ugo	147, 148	Immordino, Palmira	128, 154
Ferrante, Daniela	180	Impicci, Stefania	261
Ferrante, Gianluigi	255	Innocenti, Francesco	206, 207
Ferrante, Mauro	126	Kirchmayer, Ursula	104, 105
Ferrante, Pierpaolo	211	Lapucci, Enrica	135
Ferraroni, Monica	100	Lauria, Laura	127
Ferroni, Eliana	83	Lentisco, Fiorisa	50
Fonte, Luigi	75, 76, 85	Leogrande, Simona	165
Fusco Moffa, Igino	247	Macchiarulo, Mariapia	275
Gabrielli, Eugenia	133	Macchioni, Dario	250
Gagliardi, Luigi	45	Magnani, Corrado	141
Gatti, Maria Giulia	94	Mamo, Carlo	20
Gattoni, Maria Elena	214	Mancuso, Pamela	225
Gennaro, Nicola	84	Marino, Claudia	145, 186

Marra, Michele 80
Martini, Andrea 89
Masala, Giovanna 33
Masocco, Maria 259
Massari, Stefania 17
Maule, Milena 131
Mayer, Flavia 106, 134
Mignuoli, Anna Domenica 61
Miligi, Lucia 124
Minichilli, Fabrizio 219
Mirandola, Rina 53
Modonutti, Giovanni Battista 200, 201
Monagheddu, Chiara 197
Mondo, Luisa 218
Nannavecchia, Anna Maria 260
Nardone, Paola 79
Natangelo, Ubaldo 146
Nucci, Daniele 67
Nucera, Andrea 37
Nuvolone, Daniela 209
Olimpi, Nadia 54, 55, 122
Padoan, Marina 168
Palmieri, Luigi 64
Parpinel, Maria 266
Pellizzari, Michele 113
Pertile, Riccardo 109
Petrelli, Alessio 204
Piccinelli, Cristiano 99
Pierini, Anna 184
Piro, Sara 107
Pisani, Salvatore 27, 28
Pizzi, Costanza 90
Pizzi, Enrica 91
Porta, Daniela 138
Prestini, Antonio 116
Profili, Francesco 272, 273
Puglia, Monia 51
Quarchioni, Elisa 233, 235, 237
Quattrini, Giulia 203
Raffetti, Elena 199, 202
Ranzi, Andrea 245
Reid, Alison 152
Renzi, Matteo 142
Ricceri, Fulvio 226
Roberto, Giuseppe 81
Rocca, Giuliana 60
Rosa, Alessandro 166
Rossi, Alessandra 221
Russo, Antonio Giampiero 140
Sacchettini, Claudio 227
Saieva, Calogero 87
Sampietro, Giuseppe 30
Sandrini, Monica 66
Sanna, Sonia 195
Santoro, Eugenio 68
Santoro, Michele 157
Sbarbati, Margherita 69
Scarselli, Alberto 40
Scarsi, Carla 115
Schifano, Patrizia 182

Scortichini, Matteo	181
Silvestri, Caterina	120, 121, 251
Stasi, Cristina	110
Stoppa, Giorgia	212
Tereanu, Carmen	70
Titze, Thomas	93
Tunesi, Sara	92
Usticano, Antonella	215, 216
Valent, Francesca	238, 240
Ventura, Martina	144
Vercellino, Davide	158
Vergini, Viviana	268
Vicentini, Massimo	38
Voller, Fabio	111
Zarovska, Adriana	188
Zauli Sajani, Stefano	187
Zorzi, Manuel	183
Zucchi, Alberto	15, 16

STAMPATO A OTTOBRE 2015

©LSA

Impaginazione e grafica:
SEMA Communication® s.r.l. - © 2015