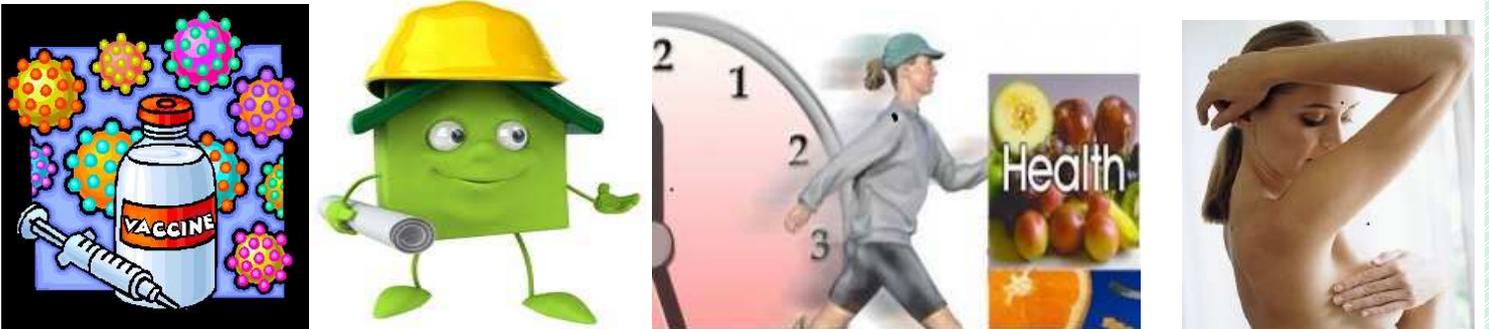




REPORT DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE Anno 2011



A cura del Dipartimento di Prevenzione Medico
Giugno 2012

Il "Report delle attività di prevenzione", giunto al terzo anno di edizione, costituisce un convincente strumento di informazione in merito alle attività di prevenzione svolte nell'anno trascorso, attraverso l'illustrazione degli obiettivi che hanno guidato la programmazione locale in linea con quella regionale, pur nella considerazione delle specificità territoriali.

Possiamo ormai ritenere consolidato il riorientamento dei Dipartimenti di Prevenzione dall'adempimento burocratico alla progettazione per obiettivi di salute: l'identificazione dei rischi, la valutazione del loro impatto e la gestione delle iniziative di prevenzione efficaci e praticabili sono le direttrici attraverso le quali si snoda l'attività, in collaborazione con tutti i soggetti della prevenzione (cittadini, imprese, forze sociali, altre istituzioni).

Gli obiettivi di prevenzione rispondenti a bisogni di salute locali, basati sull'analisi dello specifico profilo epidemiologico e di contesto e sulla definizione di espliciti criteri di priorità esaltano altresì la valenza di collaborazione e intesa con attori non sanitari (es.: Sindaci, Associazioni di categoria).

La natura multifattoriale e multidimensionale della salute ha portato ad un rafforzamento dell'azione integrata e coordinata del Dipartimento di Prevenzione Medico con altre strutture aziendali, Dipartimento di Prevenzione Veterinario, Dipartimento PAC Sanitario, Dipartimento Cure Primarie e Dipartimento ASSI. Prosegue la collaborazione con lo Staff Miglioramento Qualità al fine di condividere "linguaggio" e motivazioni della Qualità per sviluppare il sistema di gestione con un reale approccio per processi, considerati come l'unità logico-operativa di base per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni in funzione della soddisfazione del cittadino/utente e dei rapporti con gli *stakeholders*.

Nel presente Report vengono analizzati gli aspetti più significativi che hanno caratterizzato l'attività del 2011 e per ciascuno sono riportati i risultati ottenuti, i punti di forza, ma anche le criticità rilevate, il livello di integrazione raggiunto e le alleanze ricercate. Laddove possibile si è anche esaminato il "guadagno di salute" derivante dalle azioni svolte.

Il documento – come di consueto – sarà divulgato all'interno della nostra Azienda Sanitaria Locale, ma anche all'esterno: Sindaci, Istituzioni locali, Aziende Ospedaliere, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia, ARPA, STER, Dirigenti scolastici, Associazioni imprenditoriali e di categoria, sindacali, dei consumatori, del volontariato e tutti i soggetti interessati ne riceveranno informazione e avranno la possibilità di consultarlo sul sito web della ASL.

Il Direttore Sanitario
Dr. Carlo Alberto Tersalvi

Il Direttore Generale
Dr. Roberto Bollina

INDICE

Cap. 1 -	L'attività di prevenzione della ASL nel sistema regionale	pag. 4
Cap. 2 -	Le evidenze di contesto territoriale	pag. 6
Cap. 3 -	Il Piano 2011	
3.1	La promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita	pag. 9
3.2	Profilassi e controllo delle malattie trasmissibili	pag. 14
3.3	La prevenzione oncologica	pag. 26
3.4	Tutela della salute del cittadino, del lavoratore, del territorio: attività di vigilanza e controllo negli ambienti di vita e di lavoro e nel settore della sicurezza alimentare	
	- <i>Tutela e sicurezza dei lavoratori</i>	pag. 39
	- <i>Tutela del territorio</i>	pag. 44
	- <i>I controlli a tutela del consumatore</i>	pag. 51
	- <i>Sicurezza negli ambienti di vita residenziale e collettiva</i>	pag. 58
Cap. 4 -	Le risorse	pag. 62

1. L'ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLA ASL NEL SISTEMA REGIONALE

Il Piano delle attività del Dipartimento di Prevenzione Medico della ASL della provincia di Como per l'anno 2011 mantiene la continuità con i precedenti 2008 – 2010, in particolare per quanto riguarda il consolidamento e l'estensione delle linee progettuali già avviate e il mantenimento dell'impianto metodologico fino ad oggi costruito, che ha reso possibile il monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti.

L'ASL partecipa al percorso di rinnovamento della prevenzione, già in atto da tempo in Regione Lombardia, programmando interventi all'interno di una visione unitaria, individuando priorità e lavorando per obiettivi di salute.

La **prevenzione basata sulle prove di efficacia (EBP)** è il paradigma di riferimento per la programmazione degli interventi preventivi che devono essere motivati in funzione dell'efficacia e valutati sulla base di risultati misurabili. Occorre infatti dare maggior rilievo alla valutazione dei risultati ottenuti piuttosto che alla sola valutazione di processo.

Le attività di **vigilanza e controllo** vengono orientate in modo da renderle più efficaci, più efficienti e da potenziarne l'utilità sociale. Ciò è reso possibile attraverso l'impostazione di dette attività secondo criteri che tengano conto della inderogabile necessità di differenziare gli ambiti di intervento in base al **rischio**, passando da un approccio per singoli atti fini a se stessi ad una visione di sistema.

Si ricorda tra l'altro che con le leggi regionali n. 1 e n. 8 del 2007 Regione Lombardia ha dato un forte impulso alla **semplificazione** dei procedimenti amministrativi come elemento indispensabile per favorire la crescita del sistema produttivo lombardo.

Contemporaneamente, in coerenza con il principio della **responsabilizzazione** degli imprenditori, l'attività di controllo si è spostata da un'azione di verifica di tipo formale su attività economiche non ancora avviate ad un'azione di controllo sostanziale e programmata circa l'effettivo esercizio dell'attività in esame, in termini di correttezza, completezza e affidabilità delle relative modalità, nonché di gestione e contenimento degli eventuali rischi per la popolazione, i lavoratori, l'ambiente.

Il raggiungimento degli obiettivi indicati nella pianificazione viene infine reso possibile grazie all'impegno di tutti coloro che sono coinvolti nella prevenzione in una **logica di rete**, di sistema integrato di strutture ASL (Dipartimento di Prevenzione Medico, Dipartimento di Prevenzione Veterinario, Dipartimento Programmazione, Acquisto e Controllo, Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento ASSI) e di altri soggetti istituzionali: Prefettura, ACEU, Amministrazione Provinciale, Amministrazioni Comunali, Direzione Provinciale del Lavoro, INAIL, Sede territoriale Regione Lombardia, Università dell'Insubria, Fondazione Minoprio, Associazioni imprenditoriali di Categoria, Organizzazioni Sindacali,

Gli strumenti a supporto della programmazione e di verifica del Piano: software gestionale e collegamento ad Impres@

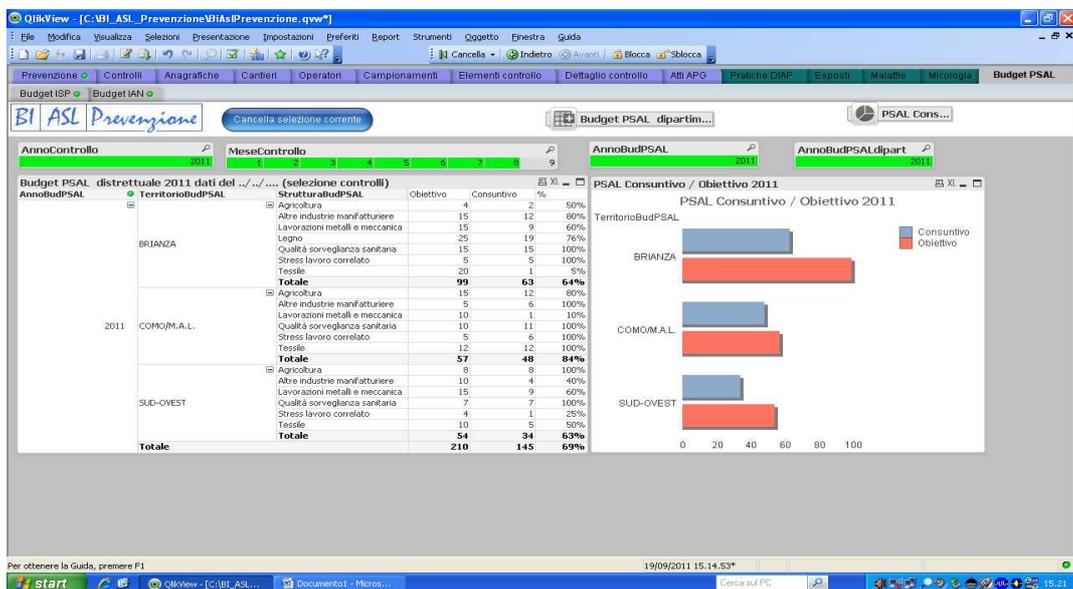
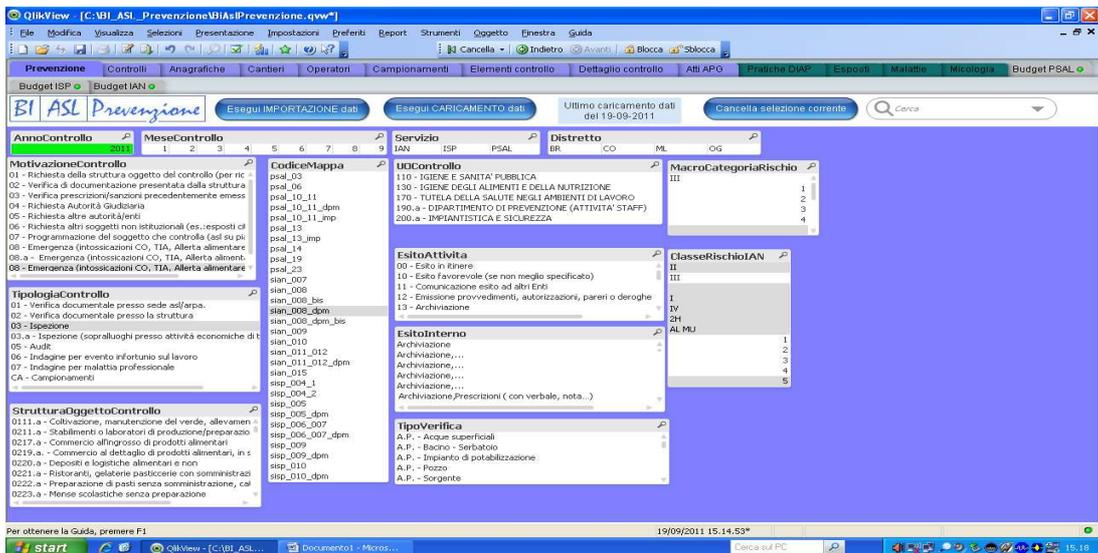
La disponibilità di un adeguato sistema informativo rappresenta un requisito irrinunciabile per il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano della prevenzione e, consentendone la misurabilità, supporta attivamente la valutazione e programmazione delle attività.

Nella considerazione che la qualità e la tempestività dei dati sono presupposti essenziali di un buon Sistema informativo, in attuazione di quanto pianificato nel 2010, le azioni del 2011 sul software gestionale aziendale 4D-Prevenzione sono state rivolte ad acquisire i dati e le informazioni in modo più semplice dal sistema.

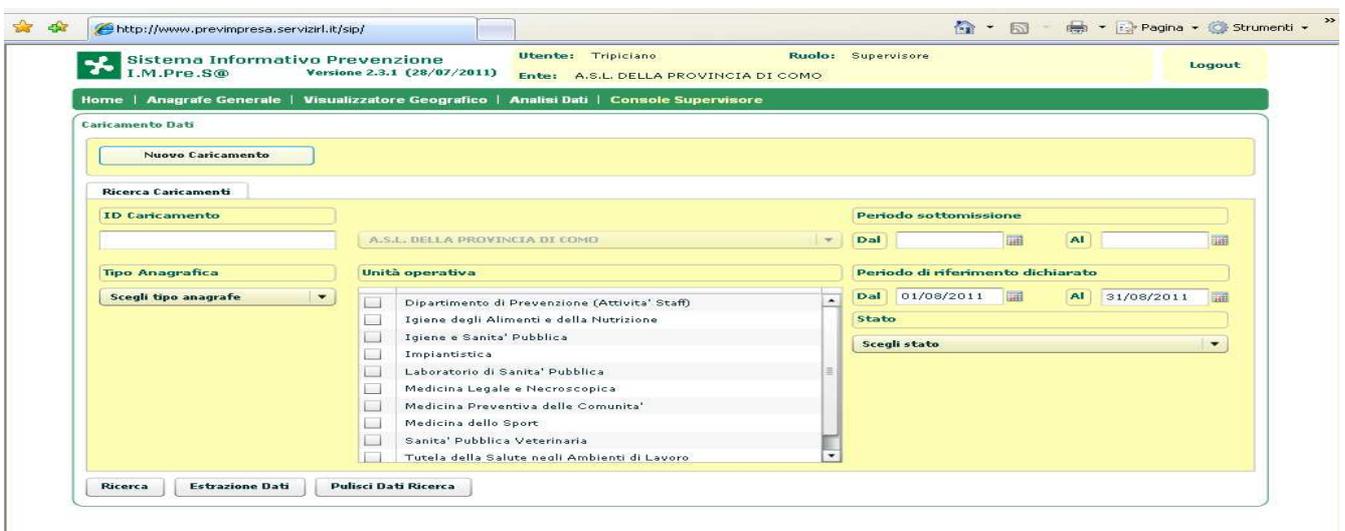
E' stata implementata infatti una soluzione software integrata in grado di:

- *aggregare tali informazioni*
oppure
- *scomporle in indicatori di maggior dettaglio*

in modo da facilitare la lettura e l'interpretazione dei dati.



Come da indicazioni regionali è andata a regime inoltre la modalità di alimentazione del Sistema I.M.Pre.S@ attraverso il "caricamento" diretto dei dati dell'attività di controllo registrati in 4D.



Per diffondere il più capillarmente possibile la conoscenza delle nuove funzionalità nonché per incrementare la capacità di lettura, interpretazione e utilizzo dei dati è stato organizzato un Workshop in data 27 settembre 2011 che ha visto la partecipazione di un'ottantina di operatori della prevenzione.



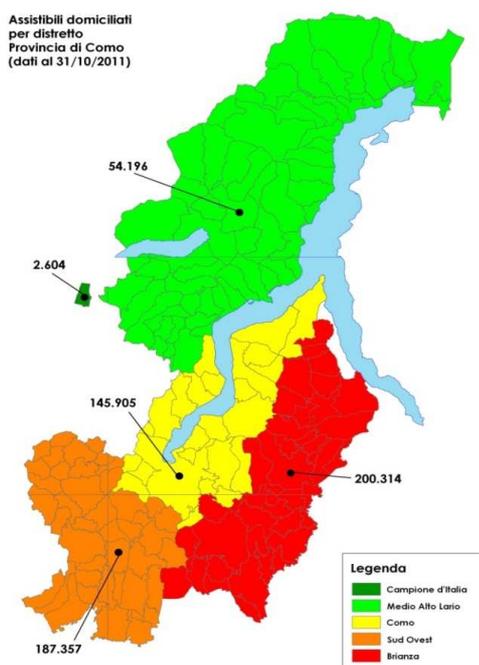
Al termine del 2011 sono stati aperti i cantieri di attività per il 2012, finalizzati all'allineamento con gli obiettivi regionali legati al Sistema Informativo I.M.Pre.S@ che prevede il popolamento del sistema stesso con i dati del tracciato laboratori e del tracciato provvedimenti.

Lo studio dei nuovi processi prende necessariamente in considerazione l'integrazione con altri software (laboratori) nonché con azioni di competenza di altre strutture aziendali (sanzioni).

Il miglioramento in continuo del Software gestionale 4-D Prevenzione - in collegamento con le nuove funzioni del Sistema I.M.Pre.S@ - consente di poter disporre di una quantità di informazioni opportunamente standardizzate necessarie ad una corretta graduazione delle attività maggiormente a rischio, sulle quali indirizzare le risorse per la vigilanza, e da utilizzare per una verifica dell'efficacia degli interventi condotti.

2. LE EVIDENZE DI CONTESTO TERRITORIALE

Caratteristiche territoriali e demografiche



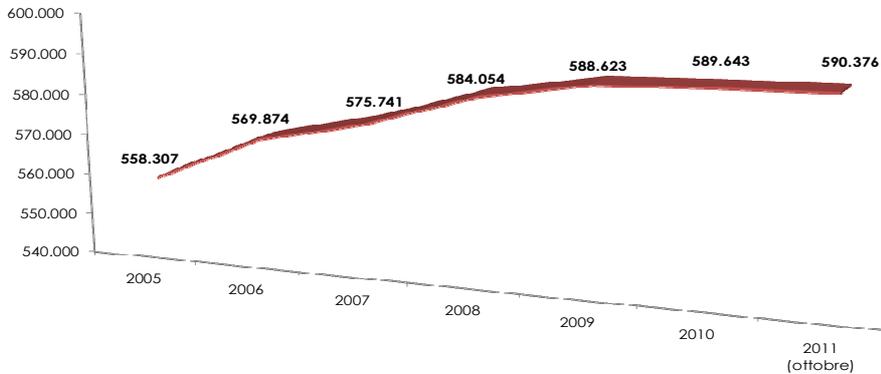
L'ASL della Provincia di Como opera in un territorio caratterizzato da una peculiare conformazione orografica; la presenza del lago e delle montagne condiziona l'urbanizzazione, la localizzazione delle attività industriali e professionali e, di conseguenza, la diffusione della popolazione.

L'ottimizzazione dei servizi sul territorio risulta quindi particolarmente impegnativa a causa delle diverse realtà locali, della difficile mobilità che caratterizza alcune aree e della tendenza della popolazione a concentrarsi in quelle zone dove l'offerta di lavoro è superiore.

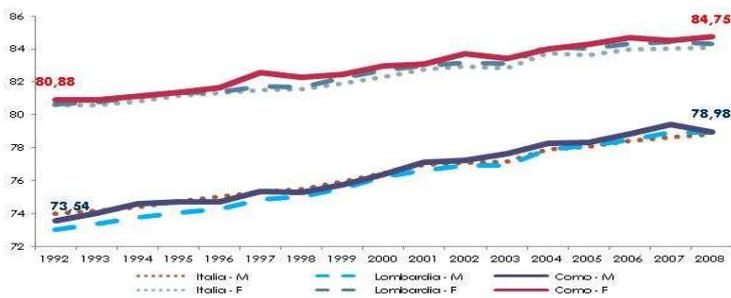
Il territorio della provincia comprende 160 comuni dei quali solo un numero limitato supera i diecimila abitanti.

Una peculiarità dell'Azienda è rappresentata inoltre dall'exclave di Campione d'Italia, che comporta problematiche gestionali completamente diverse dal resto della provincia, a seguito delle diverse condizioni socio-economiche dei residenti e della coesistenza dell'offerta socio-sanitaria di due differenti nazioni.

La popolazione domiciliata nella provincia di Como ammontava, al 31 ottobre 2011, ad un totale di 590.376 abitanti, con la seguente distribuzione percentuale suddivisa per distretto socio sanitario: distretto Brianza con il 33,9% degli assistiti, seguito dal distretto Sudovest 31,8%, dal distretto di Como 24,7%, distretto Medio Alto Lario 9,2% e Campione d'Italia 0,4%. Come si può notare dal grafico seguente, negli ultimi sei anni si registra una progressiva crescita demografica; nel periodo 2005-2011 vi è un incremento di 32.069 unità (+ 5,75 %).

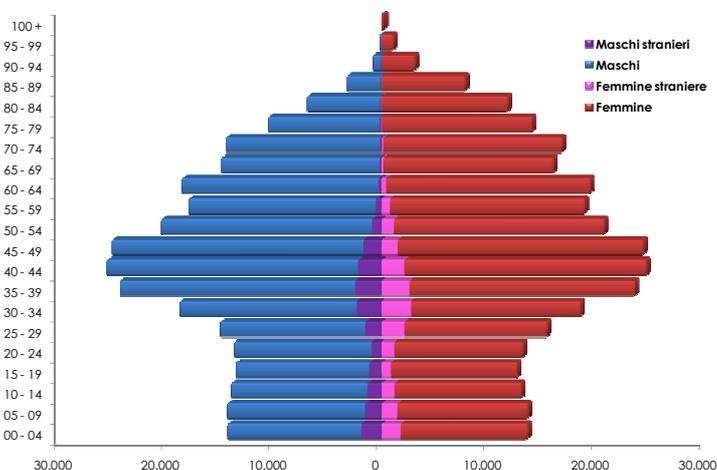


La progressiva crescita demografica rilevabile negli ultimi anni è prevalentemente dovuta al costante incremento dei flussi migratori, sia nazionali che esteri, mentre la crescita naturale ha un impatto decisamente inferiore.



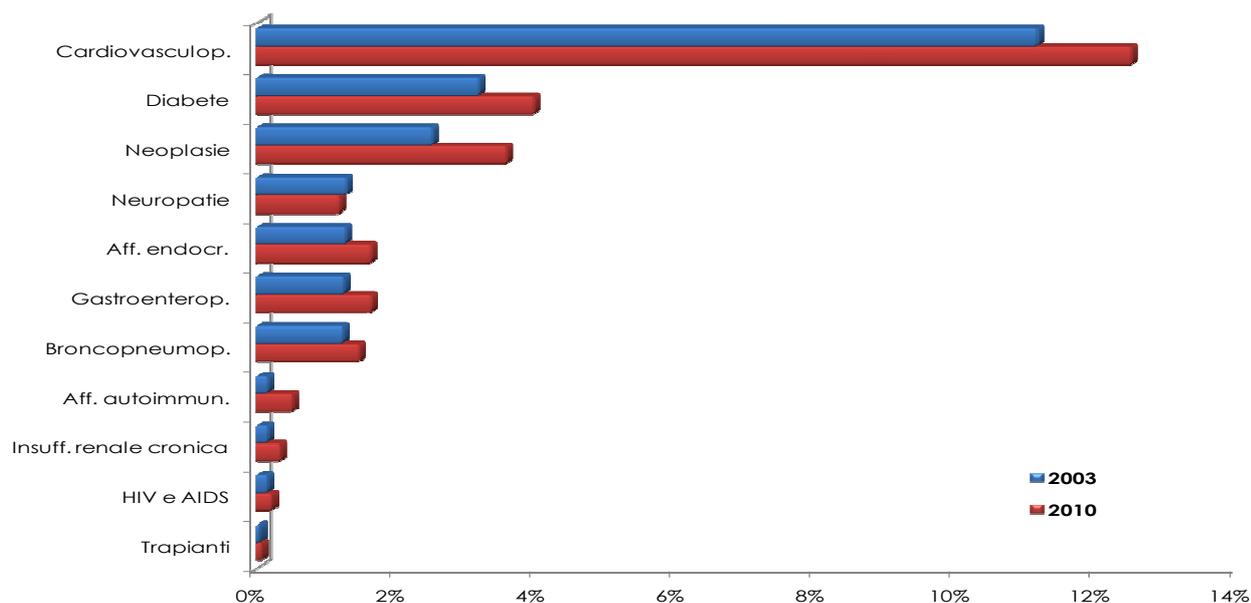
Il grafico mostra infatti come la speranza di vita alla nascita per gli abitanti della provincia di Como sia sostanzialmente in linea con i valori regionali e nazionali ed evidenzia nel contempo una tendenza alla riduzione della differenza tra i due sessi.

La piramide delle età relativa ai residenti in provincia di Como è tipica delle attuali società industrializzate ove l'aumentata qualità dell'assistenza socio-sanitaria è alla base dell'aumento dell'età media. La speranza di vita alla nascita che rappresenta il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della nascita, correlata al tasso di mortalità, fornisce indicazioni sullo stato globale della popolazione e risulta in progressiva crescita.



Prevalenza delle principali patologie cronicamente degenerative

L'andamento delle principali patologie cronicamente degenerative è costantemente monitorato grazie alla implementazione della Banca Dati Assistito (BDA).

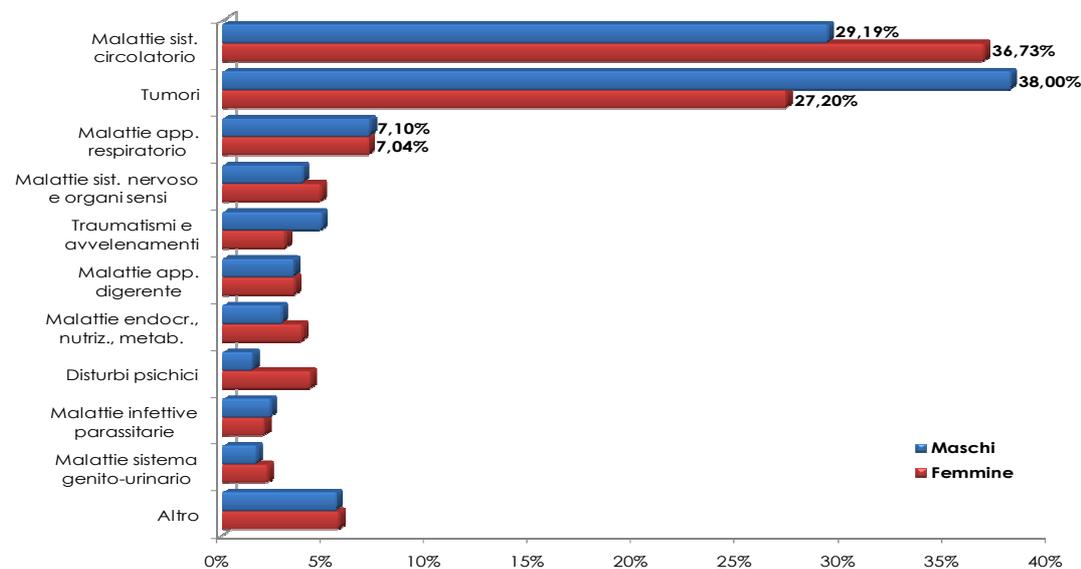


Dal punto di vista quantitativo, le cardiovasculopatie, continuano ad essere le patologie cronicamente degenerative più rappresentate nella popolazione. Seguono il diabete e le neoplasie. L'aumento della sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie cronicamente degenerative alimenta il "serbatoio" anche dalla messa in atto di campagne di prevenzione e di screening di massa che ha influito anche sull'incidenza di alcune patologie, poichè ha consentito di diagnosticare situazioni che sarebbero giunte all'attenzione del medico solo in fasi sintomatologicamente più evidenti.

Indicatori di mortalità

Nella Provincia di Como si registrano oltre 5.000 decessi/anno; il numero totale si è mantenuto pressochè costante negli ultimi anni, con una maggiore longevità del sesso femminile.

Le malattie del sistema circolatorio ed i tumori sono causa di circa i due terzi dei decessi totali; si sottolinea inoltre che la prima causa di mortalità nel genere femminile è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio, mentre i tumori sono la causa principale di morte nei maschi.



Neoplasie (attività Registro Tumori)

Nel 2011 l'ASL della provincia di Como ha perfezionato l'impianto strutturale del Registro Tumori e completato i primi quattro anni di incidenza 2003-2006.

Ha avviato le procedure per acquisire l'accreditamento da parte dell'Associazione Nazionale Registri Tumori (AIRTUM).

Sono stati inviati i dati di incidenza 2003-2006 allo IARC (International Association of Cancers Registries) per contribuire alla pubblicazione del Volume dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Cancer Incidence in Five Continents Volume 10".



Nei successivi paragrafi sono illustrati gli aspetti più significativi che hanno indirizzato le scelte operative e la programmazione delle attività 2011, nonché i risultati ottenuti in armonia con quanto indicato dagli specifici provvedimenti regionali.

Le aree di attività afferenti al Dipartimento di Prevenzione Medico sono quelle per le quali la DGR n. IX/000937 del 01.12.2010 - Allegato 5, in continuità con quanto già indicato nel 2010, ha delineato gli obiettivi a valere per l'anno 2011, e precisamente:

- a. sorveglianza ed analisi epidemiologica, comprendente i sistemi di rilevazione e di elaborazione utilizzati, le prestazioni sanitarie erogate e la loro analisi;
- b. promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita;
- c. profilassi e controllo delle malattie trasmissibili;
- d. screening oncologici, in linea con i provvedimenti regionali con particolare riguardo ai requisiti di qualità;
- e. vigilanza e controllo negli ambienti di vita e di lavoro;
- f. sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori.

3. IL PIANO 2011

3.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE, CON PARTICOLARE RIGUARDO A CORRETTI STILI DI VITA

La promozione della salute, intesa come benessere di ogni individuo, ma anche risorsa dell'intera collettività, è fondamento dell'azione di sanità pubblica.

Suo scopo è rendere possibili e praticabili scelte individuali e collettive verso comportamenti consapevoli e stili di vita sani, equi e sostenibili. Questo è reso praticabile non soltanto attraverso la rimozione o la riduzione dell'esposizione ai rischi di malattia, ma anche attraverso la promozione attiva delle risorse individuali, ambientali, sociali, politiche e culturali che favoriscono migliori livelli di salute. Si sottolinea inoltre che le evidenze scientifiche e le raccomandazioni dell'OMS confortano su investimenti preventivi in particolare nelle prime epoche della vita, per la presenza di determinanti precoci (ad esempio obesità).

Soltanto attraverso l'integrazione fra interventi di prevenzione del rischio e di promozione della salute positiva viene davvero tutelata la salute quale diritto fondamentale dell'individuo e bene collettivo.

L'attività 2011 è proseguita per i quattro fattori di rischio per la salute già considerati negli anni precedenti: sedentarietà, fumo, alcool, alimentazione scorretta.

Lotta alla sedentarietà

Nel 2011 si sono incrementati gli interventi per migliorare la salute fisica e mentale di tutta la popolazione residente.

Il progetto *piedibus* ha trovato stabilità in 15 Comuni dove giornalmente 20 *piedibus* permettono a più di 400 bambini di recarsi a scuola a piedi. Questa salutare abitudine deve necessariamente coinvolgere più scuole e comunità territoriali.

Molte scuole e molte Amministrazioni comunali vorrebbero organizzare dei *piedibus* stabili nei loro contesti e molte iniziative promozione del progetto *piedibus* sono stati avviati nel territorio provinciale con la collaborazione del Servizio di Medicina dello Sport dell'ASL di Como.

Purtroppo, non tutte le iniziative sono andate a buon fine a causa di alcuni fattori che ne limitano la realizzazione rappresentati essenzialmente dalle paure dei genitori riguardo alla pericolosità nel percorrere gli itinerari predisposti, dalle condizioni climatiche a volte avverse ma soprattutto nella mancata disponibilità, dei genitori o volontari, ad assumere il ruolo di accompagnatori.

Una maggiore condivisione degli obiettivi e una maggiore collaborazione tra gli enti interessati potrebbero sicuramente far superare molte difficoltà che attualmente bloccano le possibili realizzazioni di piedibus in molte realtà cittadine.

Gruppi di Cammino

La creazione di Gruppi di cammino rappresenta una modalità per stimolare la pratica di un'attività fisica come il semplice camminare insieme. Bisogna, quindi, creare le condizioni favorevoli a livello locale con il contributo delle amministrazioni comunali e delle associazioni di volontariato, affinché chi intende camminare lo possa fare in modo continuativo e senza annoiarsi.

Nel 2011 nel territorio provinciale, agli ormai consolidati gruppi di cammino presenti nei Comuni di Merone, Lambrugo e Cucciago, si sono aggiunti altri 6 gruppi nei cammino realizzati nei Comuni di Lipomo, Tavernerio, Grandate, Gravedona ed Uniti, Guanzate e Cantù. I gruppi costituiti in media da circa 20/25 persone si ritrovano con cadenza bisettimanale, a volte anche trisettimanale, per percorrere gli itinerari stabiliti ed effettuare una regolare e salutare attività fisica.

Obiettivo: *aumentare maggiormente le persone attive. Dobbiamo stimolare la popolazione sedentaria, che ammonta a più del 60% della popolazione adulta del nostro territorio, a modificare il proprio stile di vita e praticare regolarmente una attività fisica. Anche in questo caso si auspica una maggiore collaborazione con le amministrazioni locali affinché altre realtà cittadine possano avviare Gruppi di Cammino, salutare pratica fisica che, a costi zero, favorisca la salute individuale e della comunità.*

Promozione della corretta alimentazione

In tutti i paesi occidentali (e non solo) sovrappeso e obesità rappresentano uno dei principali problemi di sanità pubblica, a causa del continuo aumento del numero di persone con alterazioni del peso corporeo, anche in età infantile.

L'obiettivo di salute che l'ASL persegue è la riduzione / contenimento della prevalenza di soggetti con stili di vita non sani / abitudini alimentari scorrette con conseguente riduzione dell'incidenza e della prevalenza delle patologie da essi determinate.

Di seguito si illustrano le iniziative promosse nel 2011 in materia di promozione della corretta alimentazione.

Ristorazione collettiva

L'attività preventiva è stata rivolta nel 2011 alle 472 mense scolastiche esistenti (224 scuole dell'infanzia, 176 scuole primarie e 72 scuole secondarie): è proseguita l'attività di diffusione del menù ASL e la tradizionale valutazione e approvazione delle variazioni proposte dagli Enti, azione importante per sostenere la promozione dei corretti principi di formulazione dei menù.

Nell'anno è proseguita anche l'attività relativa all'approvazione delle limitazioni per diete speciali sulla base del vigente protocollo aziendale, che nel 2008 ha introdotto la procedura per i disgusti e il silenzio assenso sulla base di un certificato medico MMG-PDF su modello dipartimentale.

Sono state valutate 308 diete speciali (291 convalide e 17 richieste integrazioni).

Nel corso del 2011 è proseguita l'azione di indirizzo, iniziata nel 2009 attraverso il confronto con gli operatori degli asili nido della provincia di Como sulla base del libretto, predisposto dal Dipartimento di Prevenzione Medico, **"Tu lo sai quale pappa al bimbo dai?"** contenente un menù tipo, ricette, grammature e indicazioni sul corretto svezzamento e allattamento al seno come da indicazioni regionali.

E' stato diffuso a tutte le ristorazioni collettive (scuole, strutture sanitarie, sociali e socio-assistenziali) l'invito di approvvigionare da panificatori che hanno aderito alla campagna regionale **"meno sale nel pane"** e di integrare in tal senso il capitolato d'appalto relativo. Con l'occasione è stata data agli E.R. delle ristorazioni scolastiche la possibilità di rivedere il capitolato acquisendo il parere ASL.

Informazione sanitaria

L' ASL collabora con l'Amministrazione Provinciale nell'ambito del progetto sulle fattorie didattiche; a tal fine sono stati effettuati gli incontri formativi per gli insegnanti.

E' proseguita la tradizionale attività di front-office (634 contatti) rivolta a comuni, scuole, centri cottura, genitori, operatori sanitari, per diffondere e chiarire i protocolli, le conoscenze e le linee guida di prevenzione nutrizionale e corretti stili di vita.

E' stata inoltre curata la ristampa della pubblicazione dell'opuscolo **"Tu lo sai quale pappa al bimbo dai?"**.

Per favorire una capillare distribuzione, oltre che agli asili nido e a Comuni, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e Farmacie. Tale opuscolo viene attualmente regolarmente consegnato e illustrato brevemente a tutti i genitori in occasione della prima somministrazione di vaccini ai neonati.

L'ASL, e nello specifico il SIAN e l'UOS Nutrizione Clinica e Dietetica, ha gestito la giornata nazionale di sensibilizzazione della popolazione al problema dell'obesità denominata "Obesity day".

La **riduzione del sale nella dieta** è considerato da Regione Lombardia un importante obiettivo da raggiungere per la salute dei cittadini e dei bambini in particolare, che si abitua ad un comportamento più salutare oltre ad influire sul contenimento della spesa sanitaria.

Nell'anno 2011 sono stati avviati confronti con le associazioni di categoria del territorio provinciale cui aderiscono i panificatori locali. Di questi, 34 hanno già aderito all'iniziativa di ridurre la quantità di sale nel pane.

Si descrivono in seguito i due progetti intrapresi nel corso dell'anno 2011 dall'U.O.S. Nutrizione Clinica e Dietetica dell'ASL di Como.

Sorveglianza nutrizionale

Per poter disporre di dati aggiornati sulla prevalenza territoriale di obesi e bambini in sovrappeso a distanza di cinque anni dalla precedente rilevazione sui bambini nati nel 1996 è stato riproposto nel 2011 uno studio di **sorveglianza nutrizionale** per i bambini nati nel 2001 (rilevazione dati antropometrici e questionario abitudini alimentari e attività fisica) e nel 2002 (solo rilevazione dati antropometrici). La sorveglianza è stata effettuata nelle 34 scuole primarie in due fasi nei mesi di aprile-maggio e ottobre-novembre. Sono stati misurati 1067 bambini di quarta e 992 bambini di terza primaria. L'elaborazione dei dati sarà disponibile nel 2012. I dati del 2006 evidenziavano che la percentuale cumulata di soggetti obesi e sovrappeso era del 32,84% nei bambini (9-10 anni di età).

Prevenzione della malnutrizione nei soggetti affetti da lesioni da decubito

L'U.O.S. Nutrizione Clinica e Dietetica dell'ASL di Como ha attuato l'informativa rivolta ai medici di medicina generale (MMG) sul progetto "prevenzione della malnutrizione nei soggetti affetti da lesioni da decubito" e sull'opportunità per codesti di segnalare i pazienti critici alla stessa Unità Operativa, al fine di attivare interventi nutrizionali ad hoc.

L'informativa ai MMG è stata effettuata sia attraverso la stesura di una lettera inviata a tutti i MMG, sia attraverso due incontri formativi tenutosi a Como e a Cantù, dove hanno partecipato numerosi MMG.

Sulla base delle richieste pervenute, l'U.O.S. Nutrizione Clinica e Dietetica ha svolto interventi specialistici domiciliari sul 100 % dei pazienti segnalati (15 pazienti seguiti a domicilio), proponendo indicazioni dietetiche personalizzate per i singoli pazienti con evidente riscontro positivo su pazienti seguiti.

Il progetto è stato utile anche per prendere coscienza del fatto che esistono numerosi pazienti a domicilio affetti da malnutrizione e lesioni da decubito non noti al Servizio e nei quali sarebbe importante intervenire precocemente per prevenire l'instaurarsi di un grave quadro di malnutrizione e il peggioramento delle piaghe stesse.

Prospettive: nella prima fase del progetto nutrizione-decubiti è stato portato avanti soprattutto l'intervento informativo rivolto ai MMG e a coloro che assistono il paziente a domicilio. Tale intervento può comportare un notevole risparmio per quanto concerne le medicazioni avanzate. L'aspettativa è quella di un incremento di richieste di visite specialistiche nutrizionali da parte dei MMG al fine di migliorare lo stato di salute in chi è affetto da piaghe da decubito e ridurre l'incidenza e le complicanze legate alla malnutrizione.

Elaborazione e trasmissione di linee guida e schede nutrizionali per pazienti in nutrizione artificiale in dimissione dalla strutture ospedaliere

Durante l'anno 2011 l'U.O.S. Nutrizione Clinica e Dietetica ha elaborato e inviato (con comunicazione da parte del Direttore Generale) le linee guida e le schede nutrizionali a tutti i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere pubbliche e private da compilare a cura del medico ospedaliero per ogni paziente in nutrizione artificiale in dimissione.

L'obiettivo di questo intervento è stato quello di facilitare l'erogazione del prodotto nutrizionale da parte dell'ASL stessa verificando lo stato nutrizionale del paziente attraverso la visione delle schede nutrizionali pervenute e quindi favorire l'adeguatezza della prescrizione nutrizionale.

La prescrizione di integratori orali e di miscele per la nutrizione enterale/parenterale deve essere effettuata infatti sulla base di una corretta valutazione dello stato nutrizionale che permetta di determinare i reali fabbisogni del paziente. Tale valutazione si basa sull'integrazione di dati anamnestici, antropometrici e biochimici.

Purtroppo la compilazione è stata completamente disattesa da parte degli ospedali, che per lo più dimettono ancor oggi i pazienti senza indicazioni chiare per il rientro a domicilio e talvolta senza l'adeguata prescrizione della miscela nutrizionale.

Prospettive: viste le criticità sopra descritte, l'aspettativa sarà quella di stimolare nuovamente i Direttori Generali degli ospedali affinché vengano compilate e inviate all'U.O.S. Nutrizione Clinica e Dietetica le schede nutrizionali opportunamente compilate. Ciò permetterebbe il miglioramento dell'erogazione del prodotto nutrizionale a tutto beneficio per il paziente, nonché consentirebbe di seguire correttamente tutti i pazienti dimessi dagli ospedali ed in nutrizione artificiale.

Guadagno di salute: si potrà misurare tra molti anni attraverso la riduzione dei ricoveri e delle mortalità per entrambi i sessi. La rilevazione intermedia è costituita dalla ulteriore indagine di sorveglianza nutrizionale effettuata nel 2011 da comparare con quella svolta nel 2006. Risultati di sovrappeso, obesità, e stili di vita migliori o comunque stabili od inferiori al trend in salita che ci si aspetta e che ha caratterizzato l'ultimo decennio potranno essere considerati indicatore positivo relativamente all'efficacia delle azioni intraprese.

Uso ed abuso di sostanze psico-attive illegali e legali (alcool e tabacco)

Nel 2011 il Dipartimento delle Dipendenze ha ulteriormente implementato il lavoro di valorizzazione e sviluppo della rete territoriale unitaria di prevenzione delle dipendenze iniziato nel precedente biennio con il progetto "Rete Regionale della prevenzione delle dipendenze" rendendo operativo l'organismo consultivo "Comitato Rete Territoriale Prevenzione".

Alle riunioni di Comitato oltre a vari attori del territorio con finalità di integrazione partecipano anche operatori del Dipartimento della Prevenzione Medico, del Dipartimento Assi e il Responsabile aziendale per la promozione della salute.

Si è lavorato per implementare il ruolo di regia e coordinamento del Dipartimento in tale ambito al fine di integrare e migliorare gli interventi di prevenzione in termini di efficacia e qualità secondo le Linee Guida regionali. Si è steso e approvato il Piano Locale Prevenzione 2011- 2012 da parte di tutti gli attori territoriali per moltiplicare le azioni preventive.

Con il Progetto "Scuola luogo di prevenzione" è proseguito l'investimento sulla formazione dei docenti quali moltiplicatori dell'azione preventiva e il sostegno degli stessi nel loro lavoro con le classi. Per l'A.S. 2010/ 2011 il progetto "Scuola luogo di prevenzione" ha inteso raggiungere in modo più capillare le scuole del territorio in collaborazione con gli Uffici di Piano e in un'ottica di integrazione con gli altri progetti di prevenzione presenti sul territorio stesso.

Sempre nel contesto scolastico nel corso del 2011 è stata attivata da parte del Dipartimento Dipendenze in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Medico la sperimentazione dei programmi preventivi regionali validati e basati sulla ricerca. In particolare sono stati adottati il programma Unplugged (per la scuola secondaria di secondo grado) e il Life Skills Training Program (per la scuola secondaria di primo grado). L'implementazione sul nostro territorio di programmi validati ha l'obiettivo di migliorare la qualità e l'efficacia dell'intervento preventivo e di innovare gli interventi preventivi in ambito scolastico. I progetti si correlano anche con il Progetto "Scuole che promuovono salute" promosso a livello regionale.

Sono proseguite le azioni del Progetto Integrato Sert/Consultori Familiari/Prefettura sui giovani consumatori segnalati attraverso interventi psicoeducativi di gruppo nel dedicato "Spazio In-Dipendenze Giovanili". Oltre a riflettere sui modelli di consumo di droga e sulla possibilità di stimare il rischio individuale, il progetto vuole promuovere la motivazione verso un cambiamento di condotta con l'obiettivo di ridurre il consumo e modificare gli atteggiamenti verso il consumo di droga.

Nel 2011 oltre a continuare gli interventi di prevenzione sulla dipendenza tabagica nelle scuole per aumentare il numero di insegnanti e ragazzi informati sui danni prodotti dal fumo e quindi in grado di assumere un comportamento consapevole, è stato dedicato uno spazio significativo alla progettazione e realizzazione di interventi rivolti in particolare al target femminile.

Attraverso un'azione congiunta del Dipartimento Dipendenze e dell'UOC SPSAL del Dipartimento di Prevenzione Medico è stato realizzato uno specifico intervento in quello che è l'ambito lavorativo: indagine conoscitiva, attivazione di un punto informativo in azienda a libero accesso, offerta di interventi di counselling motivazionale breve sulla promozione della cessazione dell'abitudine al fumo e distribuzione di brochure informative.

Sono stati anche realizzati percorsi formativi sulla tecnica del counselling motivazionale breve che hanno coinvolto operatori ASL e medici di medicina generale con l'avvio degli interventi di counselling nei Consultori Familiari con particolare riferimento al percorso nascita e in altri ambulatori ASL.

Nell'ottica dello sviluppo ed implementazione delle attività, con la finalità di creare una rete di moltiplicatori dell'azione preventiva, sono stati curati vari momenti formativi e informativi con gli adulti che ricoprono un ruolo educativo nei confronti dei giovani: corsi di formazione per operatori della sicurezza, per operatori dei Centri di Aggregazione Giovanile e Comunità minori e per capi scout.

Al fine di poter analizzare il fenomeno ed orientare gli interventi preventivi in risposta ai bisogni emergenti è stato dato spazio nel 2011 ad indagini specifiche ed innovative sugli atteggiamenti e sui comportamenti di abuso tra i giovani e nella popolazione generale nell'ambito di una ricerca in collaborazione con l'Istituto di Ricerca Farmacologica Mario Negri.

Sono proseguiti gli interventi preventivi rivolti ai giovani nei luoghi di aggregazione attraverso i progetti di Unità Mobile Giovani e Divertimento ("Como Safe Tour" e "Dritti a casa") coordinati dal Dipartimento Dipendenze ASL con particolare riferimento all'abuso e ai rischi correlati.

Prevenzione degli incidenti stradali correlati ad alcool e droghe

In un'ottica di sistema è fondamentale porre attenzione al tema della sicurezza stradale e alla promozione di atteggiamenti responsabili e "sani" rispetto all'uso di sostanze, e alla loro interazione con la guida di qualsiasi veicolo.

Nell'ambito del Tavolo Sicurezza Stradale della Prefettura di Como, è attivo il progetto "Non ti bere la patente" su protocollo DOS (Drugs on street) - Prefettura, Comune di Como e Forze dell'Ordine - che ha visto la collaborazione tra le figure sanitarie Sert e le Forze dell'Ordine per effettuare insieme uscite notturne su strada nel fine settimana con controlli tossicologici, oltre che con alcolimetro già in uso dalle Forze dell'Ordine, ai conducenti di veicoli.

L'obiettivo è quello di favorire gli accertamenti sanitari anche per la guida sotto effetto di droghe, accertare l'entità del problema della guida sotto l'effetto di sostanze e prevenirlo, raggiungere con interventi informativi e di counselling i soggetti a rischio di incidentalità stradale correlata favorendo l'invio ai servizi dei consumatori problematici.

E' stata inoltre implementata la collaborazione tra il Dipartimento Dipendenze ASL e le Forze dell'Ordine per gli interventi su strada anche attraverso il coinvolgimento delle Forze dell'Ordine nel Tavolo del "Comitato rete territoriale prevenzione".

3.2 PROFILASSI E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI

3.2.1 Attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Nel corso dell' anno 2011 è proseguito l'utilizzo dell'applicativo MAINF per la registrazione e notifica delle malattie infettive soggette a segnalazione obbligatoria con particolare attenzione alla tempestività, completezza e qualità dei dati inseriti.

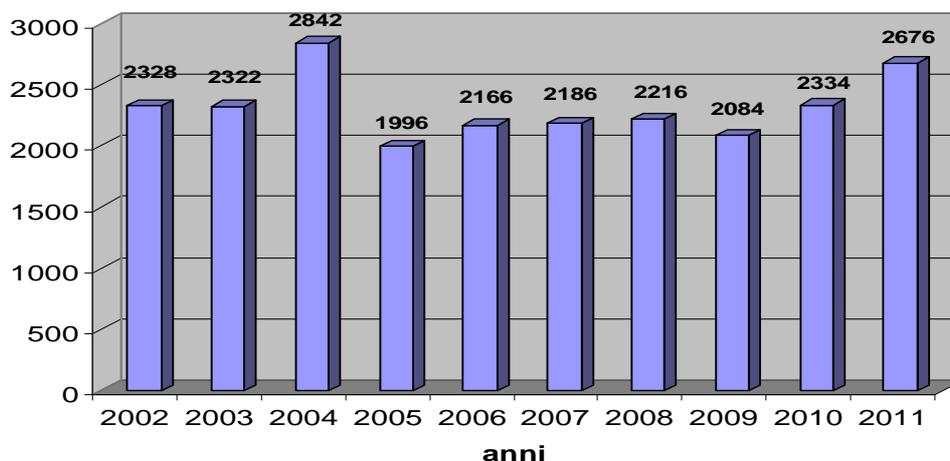
L'analisi dell'andamento dei casi di malattia segnalati a carico di cittadini residenti o domiciliati nel territorio dell'ASL di Como (590.376 iscritti al SSN al 31/10/2011) ed il confronto con i dati relativi agli anni precedenti ha permesso di elaborare anche per l'anno 2011 un **report** che, tracciando un preciso **quadro di contesto epidemiologico**, costituisce strumento essenziale per una corretta analisi delle malattie infettive sotto il profilo del rischio e per l'identificazione di corretti criteri di priorità da seguire nella programmazione e pianificazione degli interventi di prevenzione.

inizio sintomi/anno-mese	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MALATTIE ESANTEMATICHE E DELL'INFANZIA							
VARICELLA	1035	1185	1142	1159	967	1227	1321
SCARLATTINA	295	459	318	324	297	387	475
PAROTITE EPIDEMICA	137	29	20	19	26	25	23
MORBILLO	11	1	5	27	43	1	134
ROSOLIA	2	3	1	6	6	0	0
PERTOSSE	4	1	2	3	3	1	5
MONONUCLEOSI INFETTIVA	9	5	3	4	8	22	22
MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI O COINVOLGENTI L'APPARATO GASTRO-ENTERICO							
DIARREA INFETTIVA	114	69	146	243	349	338	270
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	101	123	182	168	125	92	115
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI E INTOSS. ALIM.		4	115	3	7	5	18
INTOSSICAZIONE DA FUNGHI	15	9	7	4	1	9	5
EPATITE A	8	10	7	8	11	4	6
AMEBIASI	4		1	0	0	2	0
BRUCELLOSI		1	0	1	0	1	0
LISTERIOSI	1	1	0	2	1	2	0
SHIGELLOSI		2	0	1	0	0	1
FEBBRE TIFOIDE							1

inizio sintomi/anno-mese	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PARASSITOSI							
SCABBIA	83	89	62	54	47	35	39
DERMATOFITOSI	45	44	47	35	38	24	37
PARASSITOSI INTESTINALE E NON	1	10	2	8	7	6	1
GIARDIASI	1	3	12	6	1	2	3
MALARIA	6	10	13	8	11	17	14
MALATTIA TUBERCOLARE, MICOBATTERIOSI E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO							
TUBERCOLOSI	41	45	28	33	35	44	38
MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARI	2	3	2	5	3	6	1
LEGIONELLOSI	21	18	13	25	18	30	21
MALATTIE A TRASMISSIONE EMATICA E TRASMISSIONE SESSUALE							
AIDS	22	15	17	18	20	7	15
INFEZIONI DA HIV						26	28
EPATITE B	9	13	13	16	5	4	8
EPATITE C	2		1	3	2	1	0
EPATITE E	2		1	0	0	1	0
SIFILIDE	14	4	5	8	17	25	15
BLenorragia	3	2	0	1	3	2	6
CHALMIDIA GENITALE							1
MALATTIE INVASIVE E MENINGITI							
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	5	4	2	7	17	11	37
MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA	4	1	2	4	4	2	4
MALATTIA INVASIVA DA HIB		1	2	0	0	1	3
MENINGITI BASTTERICHE	5	2	8	6	6	3	3
MENINGO-ENCEFALITI VIRALI	8	6	10	11	2	3	3
ALTRE MALATTIE INFETTIVE							
ENCEFALITE SPONGIFORME TRAMISS. (MCJ)					1	1	0
FEBBRE EMORRAGICA						1	0
LEBBRA			1				0

inizio sintomi/anno-mese	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
LEISHMANIOSI VISCERALE		1	1				0
RICKETTSIOSI							1
MALATTIA DI LYME					1	1	0
TETANO		1	2		1		2
TOXOPLASMOZI		1			2		1
TOTALI	1996	2166	2186	2216	2084	2334	2676

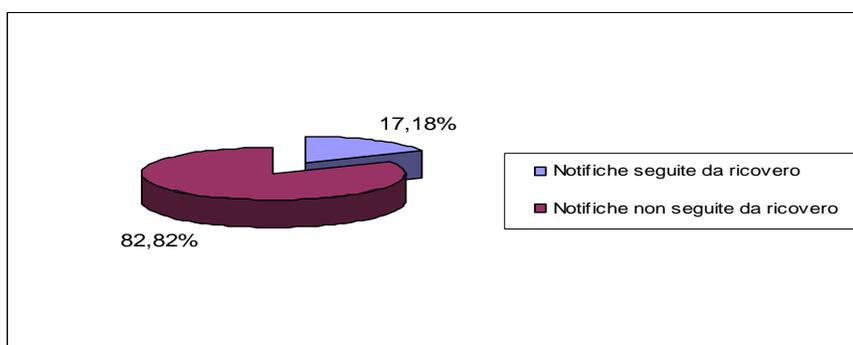
**Numero notifiche di malattie infettive
ASL della Provincia di Como
Periodo : 2002 - 2011**



Si può notare dal grafico sopra riportato come il numero totale delle malattie infettive segnalate pari a **2676** si mantenga sostanzialmente stabile negli anni seppur con un andamento lievemente fluttuante.

Nel 20% circa dei casi la complessità della diagnosi e/o della cura ha comportato il ricorso al ricovero ospedaliero.

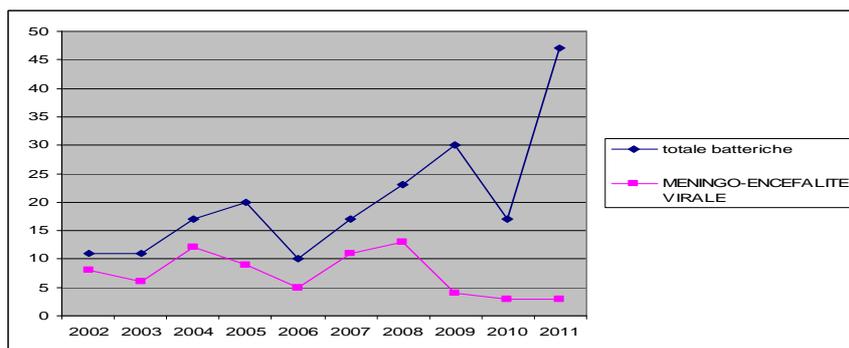
Percentuale di notifiche di malattia infettiva seguite da ricovero – Anno 2011



Di seguito sono trattate le patologie a maggior impatto sociale, mentre l'andamento di quelle che rappresentano indicatore di efficacia delle attività di controllo (di sicurezza alimentare e negli ambienti di vita) e di profilassi vaccinale sono trattate nei paragrafi specifici.

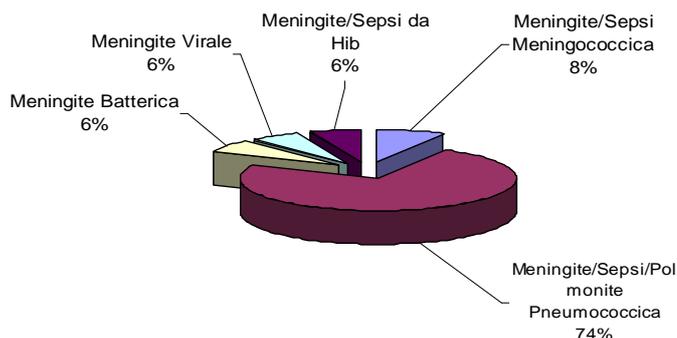
MALATTIE INVASIVE BATTERICHE E VIRALI

Andamento negli anni delle forme batteriche e virali

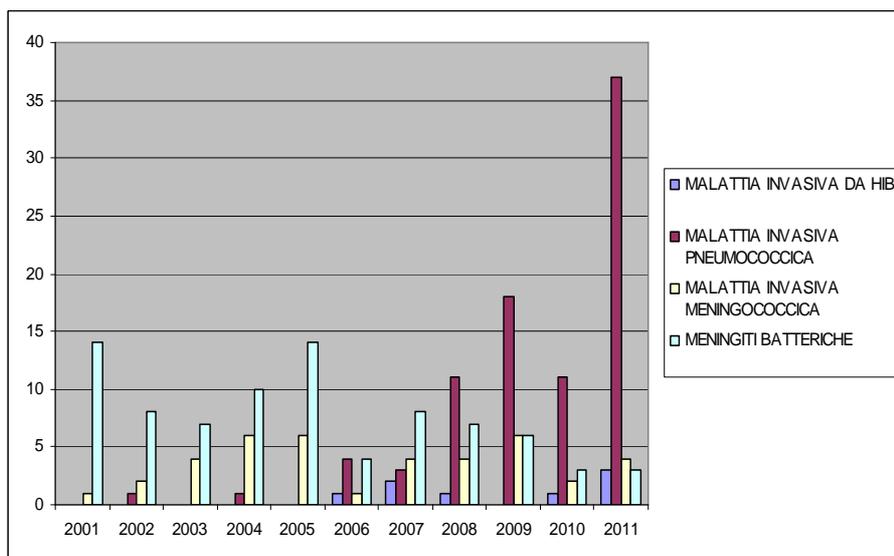


Dal grafico si può dedurre che a fronte di un trend numerico costante delle patologie nel loro insieme, seppur con andamento fluttuante, negli ultimi anni si è assistito ad un incremento relativo delle forme batteriche rispetto alle virali. I casi registrati nell'anno 2011 di malattia invasiva batterica o virale, caratterizzata da un alto rilievo sanitario e sociale per gli individui e le collettività coinvolte, ammontano complessivamente a **50** (tasso di incidenza **pari a 8,46 casi/100.000**) di cui 47 (94%) ad eziologia batterica - imputabili a diversi agenti eziologici - e 3 (6%) di origine virale (ved. grafico sottostante).

Distribuzione dei casi di MALATTIA INVASIVA in base all'agente eziologico - Anno 2011



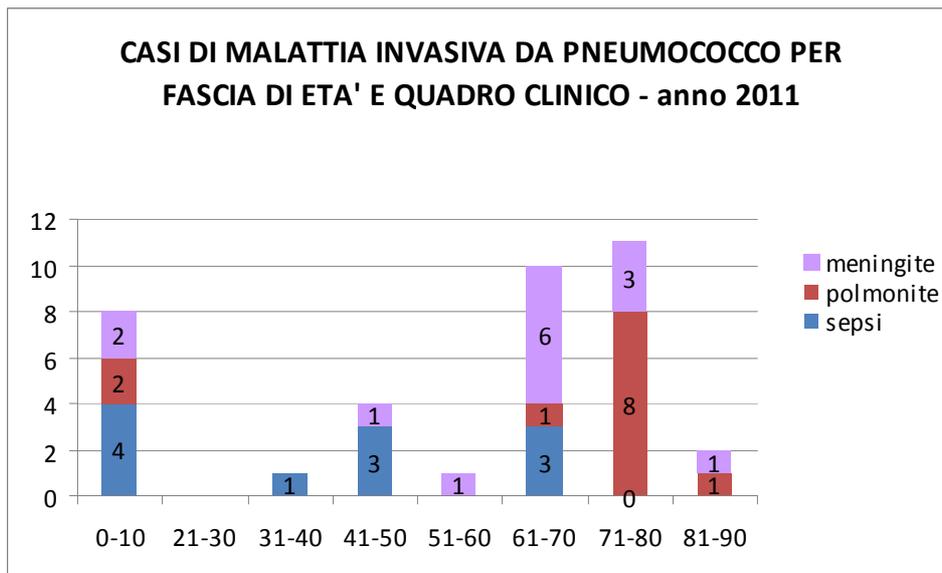
MALATTIE INVASIVE DI ORIGINE BATTERICA



Nel grafico la distribuzione dei casi segnalati dall'anno 2001 suddivisi in base all'agente eziologico, laddove con il termine "meningiti batteriche" si fa riferimento a quelle forme che non sono imputabili a meningococco, pneumococco o *Haemophilus Influentiae B* o per le quali non è stato possibile individuare l'agente eziologico (es. forme decapitate a causa della terapia antibiotica)

Come ben evidente dal grafico precedente si assiste nell'ultimo periodo e nell'anno 2011 in particolare, ad un incremento delle forme di malattia invasiva da pneumococco. A questo proposito è però importante evidenziare che parte considerevole di questo incremento è da attribuire ai casi di polmonite invasiva da pneumococco; per la **malattia invasiva pneumococcica** (MIP) infatti, dall'anno 2006, è prevista la notifica oltre che dei casi con quadro clinico di meningite o sepsi anche di quelli con quadro clinico di polmonite.

Di seguito la distribuzione dei casi di MIP per quadro clinico e fascia d'età evidenzia come la patologia nel suo complesso colpisca prevalentemente i bambini nei primi anni di vita e i soggetti di età avanzata oltre i 60 anni, appannaggio dei quali peraltro sembrano incidere in prevalenza i casi con quadro clinico di polmonite, mentre sepsi e meningiti sembrano interessare più uniformemente tutte le fasce di età.



Nelle persone adulte/anziane in alta percentuale sono presenti in anamnesi fattori di rischio specifici quali patologie croniche di base o uno stato di immunodepressione. I sierotipi isolati con maggior frequenza sono risultati essere il 19 A, 7F e 1 presenti nel vaccino tredici valente.

Sono stati segnalati nel corso dell'anno inoltre 4 casi di **malattia invasiva da meningococco** a carico di giovani di età compresa tra 16 e 20 anni. L'inchiesta epidemiologica immediatamente attivata ha comportato la somministrazione di profilassi antibiotica preventiva complessivamente a 250 soggetti circa. Gli esami colturali hanno confermato l'isolamento di *Neisseria meningitidis* di gruppo B (due casi) e di gruppo C (un caso); in un caso non è stato possibile giungere alla tipizzazione.

Tre le **Sepsi da HIB** segnalate in soggetti adulti/anziani a conferma dell'effetto protettivo determinato dall'alta copertura vaccinale sulla popolazione più giovane.

Tre i casi di **Meningite batterica** - in due di questi si sono stati identificati come agenti eziologici lo *Stafilococco Aureo* e la *Klebsiella Pneumoniae*.

MALATTIE INVASIVE DI ORIGINE VIRALE

Nelle 3 forme virali verificatesi sono stati identificati i seguenti agenti: Virus Epstein Bar, Virus Varicella Zoster, Herpes Virus Simplex 1. Tutti i soggetti coinvolti, di età adulta e già affetti da patologie di base immunodeficienti, sono giunti a completa guarigione.

Gli **interventi preventivi** nei confronti delle malattie invasive batteriche e virali sono rappresentati da:

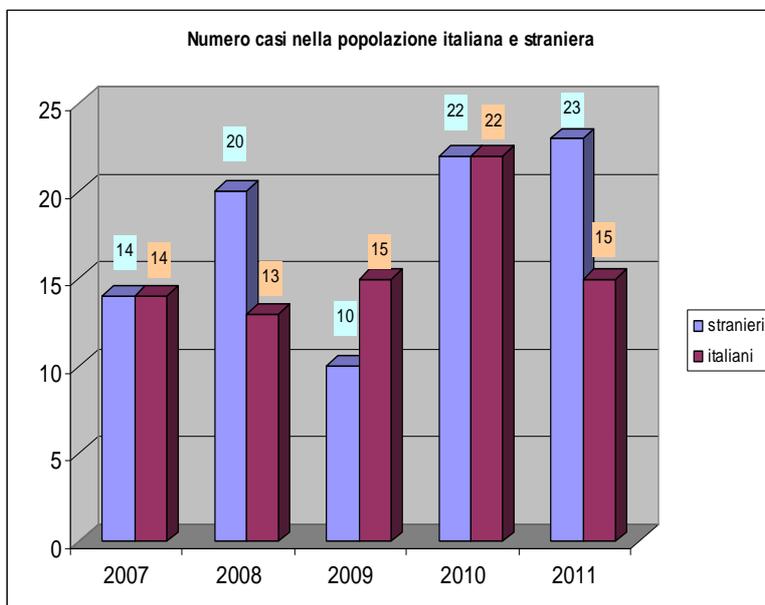
- vaccinazione della popolazione infantile con vaccino anti *Haemophilus Influentiae B* offerta a tutti i nuovi nati; vaccinazione anti pneumococcica 13valente offerta gratuitamente su richiesta ai bambini fino a 3 anni di vita e vaccinazione anti meningococcica C offerta gratuitamente su richiesta ai ragazzi fino ai 18 anni; tutte le suddette vaccinazioni sono inoltre offerte attivamente ai soggetti a rischio per patologia individuati tramite estrazione dei dati di esenzioni ticket dalle banche dati assistiti incrociati con i dati derivanti dalle SDO;

- interventi di sorveglianza e controllo a seguito di caso; offerta di antibiotico profilassi e/o vaccino profilassi ai contatti stretti se indicato.

Guadagno di salute: contenimento dei casi di patologia evidente in particolare per la meningite da HIB nell'età infantile/giovanile per la quale la copertura vaccinale si attesta a livelli superiori al 95%.

Prospettive: attuazione di interventi mirati ad una maggiore e più completa estensione dell'offerta delle vaccinazioni anti pneumococcica/meningococcica a tutti i soggetti a rischio per patologia e a tutti i nuovi nati secondo indicazioni regionali discendenti dal Nuovo Piano Vaccinale della Prevenzione 2012-2014.

TUBERCOLOSI



Per questa patologia sono stati notificati **38 casi** nel 2011 rispetto ad una media annua di 38,2 nuovi casi nel quinquennio precedente (1000 circa i nuovi casi/anno in Lombardia) e 44 casi nell'anno 2010. Si evidenzia una sostanziale stabilizzazione del numero assoluto dopo un lieve aumento registrato negli anni scorsi.

Come evidenziato nella tabella, i casi negli ultimi anni interessano in modo pressoché uguale i cittadini italiani e quelli stranieri pur rappresentando questi ultimi solo il 6% circa della popolazione comasca. Pertanto si individua una maggior incidenza relativa di casi nella popolazione immigrata.

Tale dato indica il target degli stranieri di recente immigrazione da paesi ad alta endemia (OMS: >100 casi/100.000) - per lo più dell'Est Europeo - come meritevole di un'attenzione particolare in chiave preventiva anche in quanto spesso correlato ad ulteriori fattori di rischio rappresentati da:

- precarie condizioni di vita dal punto di vista igienico a causa del frequente disagio economico,
- maggior difficoltà (culturale, linguistica etc.) a seguire corretti schemi terapeutici,
- provenienza da paesi che registrano maggior circolazione di ceppi multi resistenti.

A ciò va aggiunto inoltre che l'analisi per fasce d'età, conferma il dato regionale di incidenza prevalente (80% circa) di malattia in età giovanile proprio nei soggetti stranieri (dei 23 cittadini stranieri 20 hanno età inferiore a 44 anni) con conseguente possibile maggior impatto determinato dalla malattia sulle collettività frequentate normalmente dai soggetti giovani quali le scuole o i luoghi di lavoro.

Interventi preventivi:

- sorveglianza mirata sui gruppi di popolazione a maggior rischio di infezione
- sorveglianza e controllo dei contatti a seguito di caso contagioso - in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera S. Anna di Como per gli interventi clinici specialistici, diagnostici e di antibiotico profilassi.

Obiettivi:

- riduzione della prevalenza dei casi mediante controllo dei target di popolazione considerati a maggior rischio di contagio.
- contenimento del contagio a seguito di caso.

Prospettive: i dati epidemiologici inducono alla focalizzazione degli interventi di sorveglianza dell'infezione sulla popolazione di recente immigrazione da aree ad alta endemia a maggior rischio di malattia anche in conseguenza delle precarie condizioni di vita spesso associate – Aggiornamento delle linee guida nazionali sulla prevenzione e controllo della malattia tubercolare "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata" Anno 2010.

3.2.2 Coperture vaccinali e offerta categorie a rischio

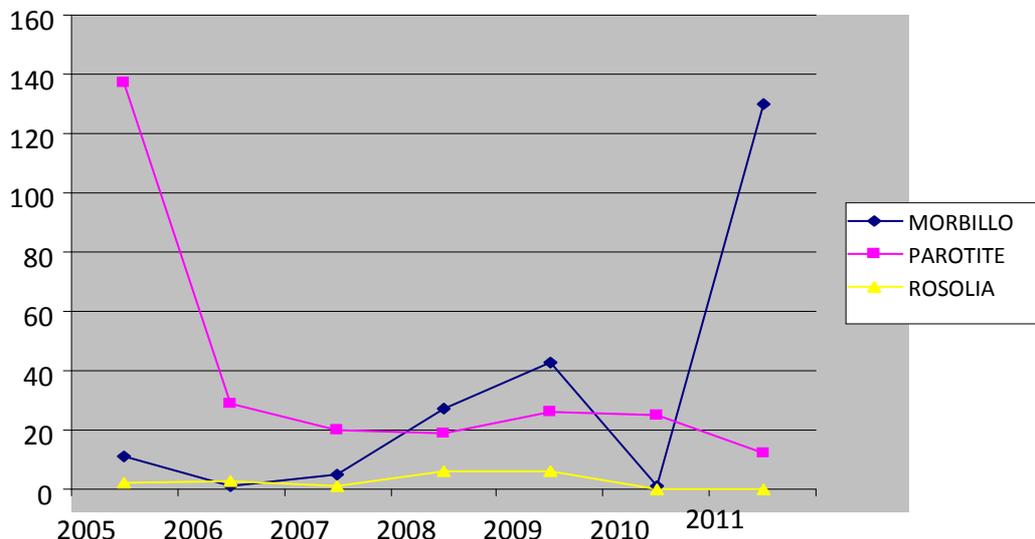
L'attività vaccinale costituisce uno dei settori di impegno prioritario delle azioni di prevenzione. Il settore vaccinale è solidamente strutturato e ha consentito di mantenere - per le vaccinazioni raccomandate – livelli di copertura sempre in linea con le indicazioni regionali e adeguato monitoraggio dei risultati. Nel 2011 sono proseguite le attività di offerta di tutte le vaccinazioni raccomandate, comprese quelle nei confronti dei soggetti a maggior rischio (anti-meningococcica e anti-pneumococcica) nonché le campagne specifiche anti-influenzale e anti-HPV. Sono inoltre proseguite le azioni di formazione continua del personale.

Di seguito si riportano i **dati di copertura** relativi alle vaccinazioni dell'infanzia e dell'età evolutiva rilevati al **31 dicembre 2011**.

Coorte 2009	5921	% copertura
Polio - difto – tetano - pertosse - epatite B - HIB	5779	97,6%
Morbillo – Parotite – Rosolia – 1a dose	5703	96,3%
Coorte 2005	5728	% copertura
Morbillo – Parotite – Rosolia – 2a dose	5344	93,3%
Polio 4° dose	5464	95,4%
Coorte 2008	5916	% copertura
Morbillo – Parotite – Rosolia – 1a dose	5691	96,2%
Polio - difto – tetano - pertosse - epatite B - HIB	5762	97,4%

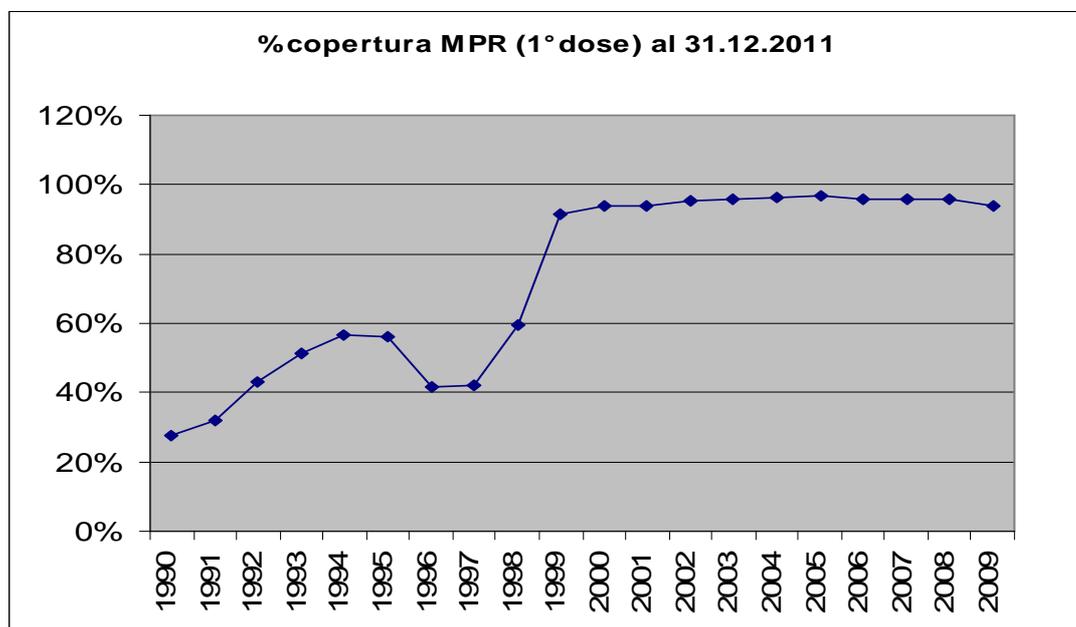
3.2.3 Efficacia delle attività di profilassi vaccinale**Morbillo-Parotite-Rosolia**

Tali patologie, grazie al raggiungimento di buoni tassi di copertura del vaccino MPR nella popolazione infantile, risultano numericamente contenute con conseguente riduzione dell'incidenza di complicanze e di ospedalizzazione.



Morbillo – Parotite – Rosolia: andamento negli anni

In particolare, a fronte di un'ondata epidemica di morbillo che ha interessato a partire dai mesi primaverili dell'anno 2011 gran parte del continente europeo con migliaia di casi, nel nostro territorio si è assistito ad un modesto picco epidemico che ha coinvolto in tutto 134 soggetti, per lo più giovani adulti nati dopo l'anno 1990 e non vaccinati. I dati di copertura sotto riportati in effetti evidenziano come le coorti di nascita precedenti al 1990, non ricomprese nella campagna vaccinale attiva, presentino percentuali di copertura sensibilmente più basse e tali da compromettere l'effetto protettivo da immunità di gregge sull'intera collettività.

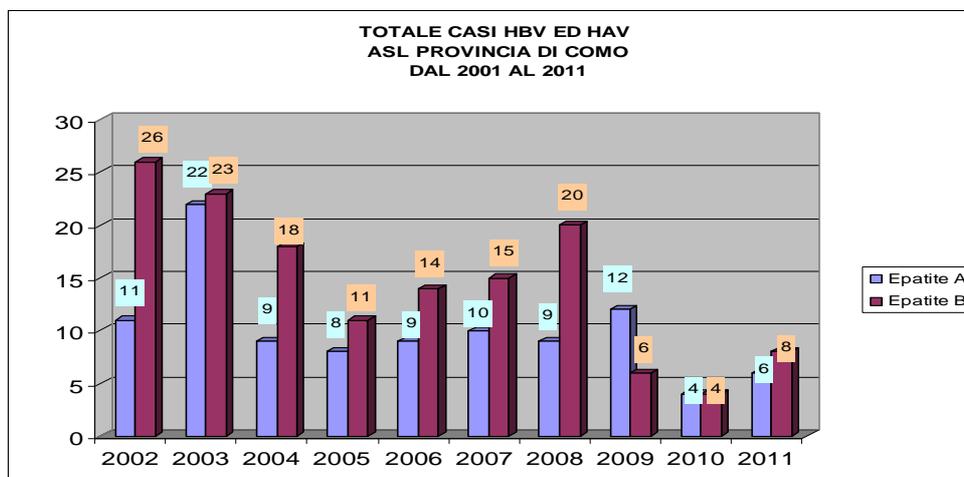


Epatite B

I dati epidemiologici confermano i benefici dell'introduzione nel 1991 della vaccinazione obbligatoria per epatite B per nuovi nati e dodicenni; gli 8 casi notificati riguardano quasi esclusivamente soggetti in età adulta, oltre i 30 anni. Tra le modalità di trasmissione, non sempre individuate, si segnalano con particolare frequenza i rapporti sessuali a rischio.

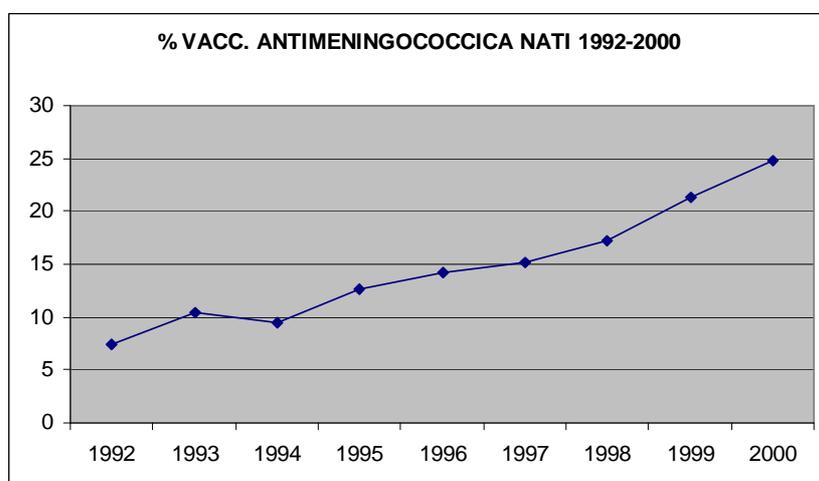
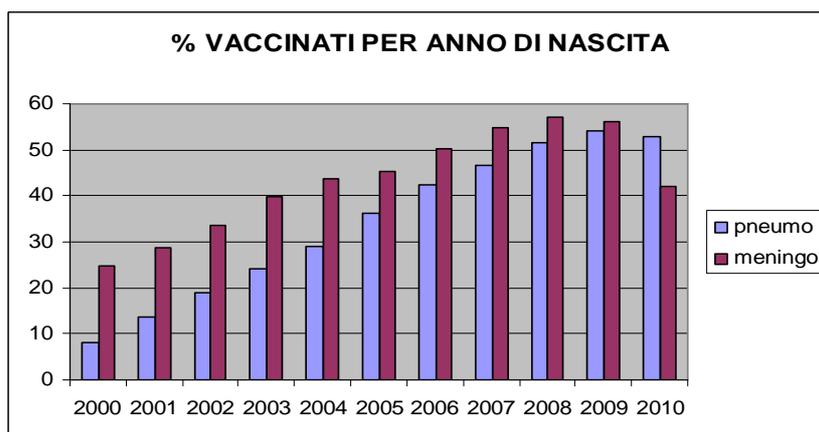
Epatite A

Sono stati segnalati 6 casi a carico di persone di età infantile e giovane/adulta. In quattro casi si tratta di cittadini extracomunitari che nel periodo antecedente l'esordio dei sintomi hanno soggiornato nel paese d'origine (Marocco). Nessuno di loro aveva avuto accesso prima della partenza all'Ambulatorio di profilassi Internazionale dove avrebbero avuto la possibilità di sottoporsi - gratuitamente in quanto viaggiatori di minore età - alla vaccinazione anti-epatite A.



Malattia invasiva da meningococco e pneumococco

Altro indicatore significativo riguardo alla prevenzione delle malattie prevenibili mediante vaccinazione è quello relativo alle vaccinazioni anti-meningococcica e anti-pneumococcica:



Anche per queste vaccinazioni si registra una tendenza all'aumento di adesione alle vaccinazioni, che sono disponibili gratuitamente presso gli ambulatori vaccinali ASL rispettivamente fino a tre anni d'età (antipneumococco) e fino a 18 anni (antimeningococco C) su richiesta dei genitori.

Infezioni HPV

E' proseguita nell'anno 2011 la campagna vaccinale anti papilloma virus con offerta attiva del vaccino bivalente alle ragazze 12enni (coorti 1998-1999). La campagna vaccinale è gestita in collaborazione con l'U.O. Consultorio in quanto si propone di prevenire i casi di carcinoma della cervice uterina non solo attraverso l'esecuzione della vaccinazione, ma anche attraverso una sensibilizzazione della popolazione femminile alla esecuzione del Pap-test, quale misura essenziale per una diagnosi precoce. Di seguito si illustrano le percentuali di copertura paragonati ai valori medi nazionali e regionali.

Anno 1997	1° dose	2° dose	3° dose
Lombardia	68.1%	66.9%	64.7%
Media Nazionale	68.8%	65.8%	60.8%
ASL Como	64.4%	62.9%	61.0%
Anno 1998	1° dose	2° dose	3° dose
Lombardia	67.2%	65.6%	63%
Media Nazionale	68.1%	66.1%	62.4%
ASL Como	61.4%	58.8%	56.4%
Anno 1999	1° dose	2° dose	3° dose
Lombardia	66.8%	63.8%	51.1%
Media Nazionale	67.1%	62.9%	51.7%
ASL Como	63.7%	60.8%	56.1%

Guadagno di salute: l'assenza di casi o il contenimento tra la popolazione non vaccinata delle patologie oggetto di proposta vaccinale attiva indica, nel tempo, l'efficacia degli interventi stessi.

Prospettive:

Vaccinazione MPR: l'andamento epidemiologico in particolare dei casi di morbillo e i dati di copertura della vaccinazione anti MPR inducono a prevedere azioni aggiuntive di sensibilizzazione alla vaccinazione. Deve essere inoltre ottimizzata l'offerta della vaccinazione - anche attraverso una maggior interazione tra sistema informatico MAINF e archivio informatico vaccinale - per garantire coperture protettive non solo nella prima infanzia, ma anche negli adolescenti e giovani adulti che ad oggi risultano maggiormente suscettibili al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015.

Vaccinazione anti epatite A i dati epidemiologici inducono a ritenere utile un'offerta attiva della vaccinazione a tutti i minori che visitano paesi ad alta endemia ed in particolare i figli di immigrati prima del rientro, anche per brevi periodi, nel paese d'origine.

Vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica: occorre incrementare l'offerta di tali vaccinazioni, così come da indicazioni del Nuovo Piano Prevenzione Vaccinale 2012-2014, a tutti i nuovi nati e ai soggetti a rischio per patologia di base.

Vaccinazione HPV: i dati di copertura indicano la necessità di intensificare le iniziative di comunicazione nei confronti della popolazione anche tramite il coinvolgimento dei medici curanti per migliorare l'adesione alla vaccinazione e incrementare i livelli di copertura vaccinale come da indicazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale anno 2012 - 2014

Medicina dei viaggi e profilassi internazionale

La Medicina dei Viaggi rappresenta un aspetto saliente tra le attività programmate e coordinate dal Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità. L'attività ambulatoriale è articolata in 7 sedi ubicate su tutto il territorio provinciale ed è attuata omogeneamente secondo specifica procedura aziendale.

Consiste nell'esecuzione di un counselling medico relativo ai rischi sanitari legati al viaggio - da effettuarsi almeno 15 giorni prima della partenza - con proposta ed eventuale effettuazione delle vaccinazioni raccomandate e indicazione di profilassi farmacologica specifica per la malaria.

Nel corso dell'anno 2011 gli utenti che hanno avuto accesso all'ambulatorio sono stati 1.500 circa con andamento numerico stabile rispetto agli ultimi anni e sono risultati così suddivisi in base alla tipologia di viaggio:

- turismo(65%)
- visita a parenti nel paese d'origine (16%)
- pellegrinaggi in zone endemiche(2%)
- missioni/volontariato, emergenza umanitaria (10%)
- lavoro (7%)

Sul numero totale delle consulenze, 370 (25%) sono state a carico di soggetto immigrati.

Tra le patologie da importazione **la malaria** e **l'epatite A** rivestono un ruolo preminente. Nell'anno 2011 sono stati notificati **14** casi di malaria in linea con l'incidenza degli ultimi anni; in concordanza con i dati riferiti agli anni precedenti la maggioranza dei casi (11) ha interessato cittadini stranieri. Si tratta in genere di soggetti attualmente residenti in Italia che hanno contratto la malattia durante un soggiorno nel paese di origine e che, non avendo avuto accesso al servizio ambulatoriale di Medicina dei Viaggi e Profilassi Internazionale, da alcuni anni attivo presso l'ASL, non hanno assunto alcuna profilassi farmacologica.

Misure preventive: diffusione ai viaggiatori di informazioni sanitarie mirate sui rischi determinati dal viaggio e sulle misure comportamentali conseguenti da adottare nonché sulle eventuali vaccinazioni consigliate o sulla profilassi antimalarica.

Obiettivo perseguito è quello di prevenire le malattie d'importazione con particolare riguardo alla malaria riducendone l'impatto sulla salute oltre che in termini economici.

Prospettive: il dato epidemiologico che evidenzia la prevalenza di casi in soggetti stranieri rientranti da zone a rischio sottolinea la necessità di attuare iniziative di comunicazione più incisive in particolare sulla popolazione immigrata affinché risulti di più facile accesso la consulenza presso gli Ambulatori dedicati alla Profilassi Internazionale (P.I). In conseguenza del sempre maggior invio di personale in paesi in via di sviluppo da parte di alcune ditte occorre sensibilizzare i medici competenti delle ditte stesse ad eseguire una puntuale valutazione dei rischi in relazione a tali soggiorni e all'invio dei lavoratori all'ambulatorio di P.I per l'adozione di idonee misure preventive.

Sorveglianza dell'infezione HIV e Rete MTS

Il Ministero della Salute con il DM del 31 marzo 2008, ha istituito il Sistema di Sorveglianza Nazionale delle nuove diagnosi di Infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere tale infezione, documentata a livello sierologico, all'elenco delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria.

Tale rilevazione consente di ottenere dati significativi, non solo dal punto di vista quantitativo ma anche qualitativo, relativi al comportamento cui può essere attribuito il contagio avvenuto, per meglio indirizzare gli interventi preventivi e di educazione sanitaria ai gruppi a maggior rischio di esposizione.

I dati indicano che dal 2010 sono state diagnosticate **54 nuove sieropositività** (26 nel 2010 e 28 nel 2011) con un tasso di incidenza pari a 4.7/100.000 (dato nazionale= 5.4/100.000), a carico di cittadini residenti o domiciliati in provincia. Circa un terzo sono di nazionalità straniera. Prevale nettamente il sesso maschile: 40 maschi con età media di 37 anni e 14 femmine con età media di 32 anni; l'infezione è stata contratta prevalentemente attraverso rapporti eterosessuali non protetti ed in minor misura rapporti omosessuali; solo in 7 casi il contagio è legato alla tossicodipendenza e.v. Da evidenziare il ritardo diagnostico in funzione del trattamento terapeutico (linfociti CD4 inferiori a 200 cell/ μ L) in 17 casi.

Misure preventive: diffondere le informazioni sulle MTS e incentivare l'esecuzione dei test sierologici per HIV e MTS sia tramite interventi di educazione sanitaria rivolti in particolare ai giovani che tramite il potenziamento della Rete MTS esistente per favorire una diagnosi precoce, che consenta di intraprendere la terapia in modo efficace e nel contempo l'adozione di idonei comportamenti che riducano la diffusione del contagio.

Prospettive: su indicazione regionale – Decreto N° 11572 del novembre 2010 – presso la nostra ASL nel corso dell'anno 2011 è stato attivato un percorso per la revisione della rete MTS e l'ottimizzazione dell'offerta del test HIV in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera S. Anna. Tale percorso è culminato nella definizione di un progetto (Delibera n. 660 del 21/12/2011), da rendersi attuativo nell'anno 2012, che prevede l'attivazione, in sostituzione dei poli periferici esistenti, di un unico centro MTS con caratteristiche di maggior accessibilità da parte dell'utenza e maggior completezza del servizio offerto in una più stretta integrazione con il centro specialistico ospedaliero di secondo livello.

Progetto migranti

Nell'anno 2011 a seguito della ripresa del flusso migratorio a causa dell'emergenza umanitaria causata dagli eventi bellici insorti in Libia si è reso necessario elaborare un progetto allo scopo di istituire una rete integrata tra Istituzioni (Prefettura, ASL, strutture sanitarie ambulatoriali e di ricovero accreditate, CRI), strutture di accoglienza, associazioni e soggetti impegnati nel volontariato locale, per garantire in modo organico e coordinato nell'intera area provinciale un'adeguata accoglienza dei migranti con particolare riguardo agli aspetti sanitari.

Nello specifico è stato previsto che, a seguito dell' arrivo di migranti presso una struttura di accoglienza, venissero attivate le seguenti azioni sotto il coordinamento del Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità (SMPC) del Dipartimento di Prevenzione Medico dell'ASL:

1. attività di sorveglianza sindromica
2. iscrizione dei migranti al Servizio Sanitario Nazionale al fine di poter usufruire a titolo gratuito dell'assistenza medica di base, dell'erogazione di farmaci e di eventuali prestazioni specialistiche o di assistenza ospedaliera.
3. immunoprofilassi dei bambini e proposta di vaccinazione antidifterico-tetanica agli adulti
4. sorveglianza della malattia tubercolare con esecuzione di Intradermoreazione di Mantoux.

I 203 migranti dal Nord Africa giunti tra il mese di Aprile e il mese di Ottobre sono stati tutti sottoposti a osservazione sindromica e a screening tubercolare. Alcuni di loro sono stati posti in profilassi antitubercolare in quanto affetti da infezione tubercolare latente. Due soggetti sono risultati affetti da Tuberculosis polmonare attiva e quindi isolati e trattati tempestivamente; inoltre sono stati diagnosticati alcuni casi di Scabbia a seguito dei quali sono state impartite idonee misure di profilassi per evitare la diffusione del contagio in comunità.

Misure preventive: sorveglianza attiva diretta o tramite i medici curanti dei nuovi immigrati provenienti da aree a rischio in particolare per il rischio tubercolosi e HIV-MTS.

Obiettivo: attivare un sistema che permetta di tutelare la salute della popolazione immigrata, individuando tempestivamente eventuali emergenze di salute pubblica e minimizzando nel contempo possibili effetti negativi sulla comunità.

Prospettive: estensione delle misure sperimentate nel Progetto migranti dal Nord Africa a tutti i migranti che associno alla condizione di immigrato precarie condizioni di vita mediante un'attività integrata con gli enti e le associazioni di riferimento presenti sul territorio.

Screening ortottico

Nell'anno 2011 è proseguita l'attività di screening ortottico su 5847 bambini frequentanti il secondo anno delle scuole dell'infanzia presenti in provincia (coorte di nascita 2006).

La percentuale di adesione allo screening è stata elevata - pari al 97% - a dimostrare il buon tasso di gradimento dell'iniziativa sia da parte delle famiglie che da parte dei pediatri curanti.

La percentuale di positività al test è stata pari a circa il 7%.

I bambini risultati positivi sono stati inviati ad una valutazione specialistica oculistica di secondo livello che nella maggioranza dei casi ha confermato l'esistenza di un vizio refrattivo o di uno strabismo associato in taluni casi ad ambliopia.

Guadagno di salute: lo screening permette la diagnosi precoce dei difetti refrattivi e dello strabismo e di conseguenza l'attuazione di un trattamento correttivo tempestivo ed efficace: un ritardo di diagnosi e trattamento in particolare dell'ambliopia, dell'anisometropia marcata o dello strabismo può esitare in un deficit visivo irreversibile.

3.3 LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

3.3.1 Screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella

La diagnosi precoce è uno degli interventi finalizzati a far "guadagnare salute" ai cittadini, sia in termini di sopravvivenza che di qualità della vita residua.

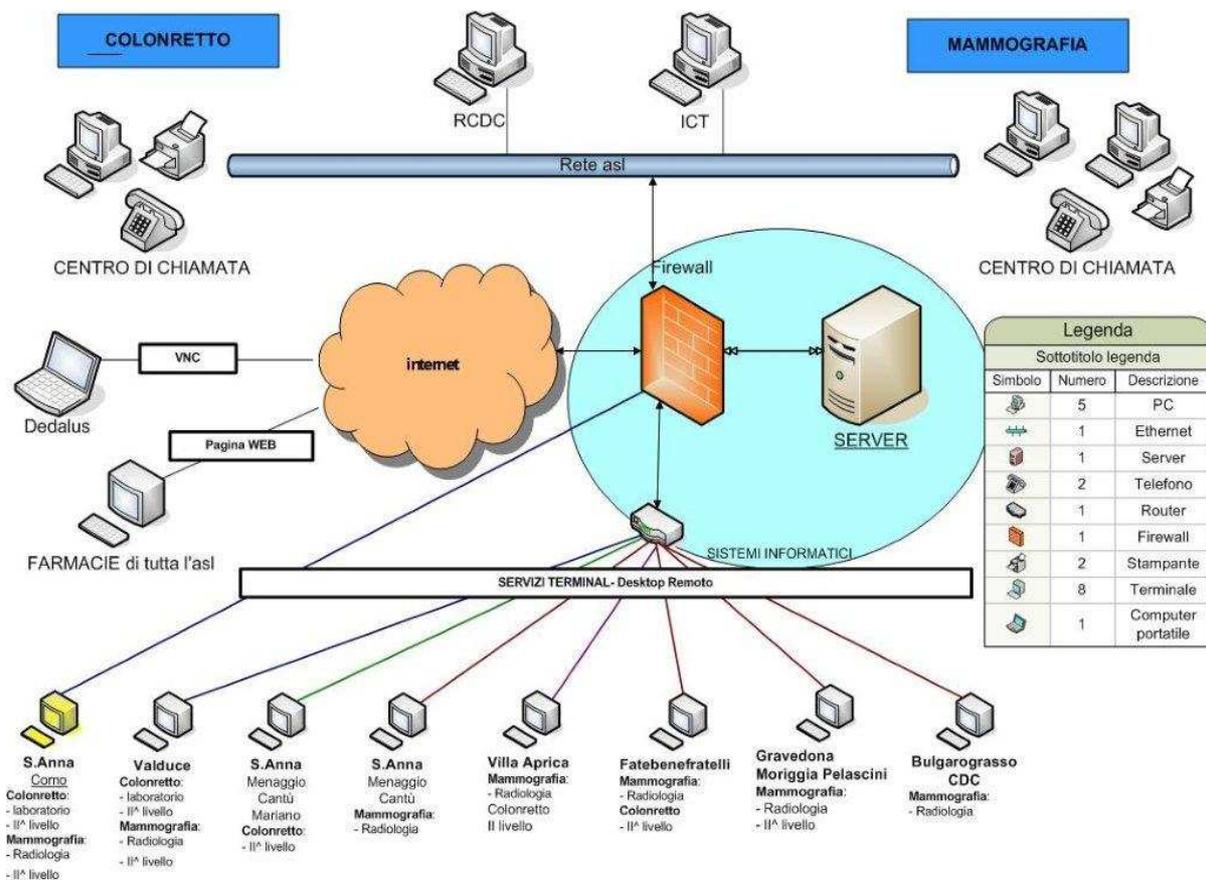
Il Ministero della Salute, nelle sue Raccomandazioni, indica che l'effettuazione dello screening mediante mammografia biennale, può portare a ridurre del 35% il rischio di morire per cancro della mammella. L'ASL assicura l'offerta del programma di screening a tutte le donne di 50-69 anni in attuazione delle Linee Guida regionali. Di seguito il numero di nuove diagnosi/anno di carcinoma mammario tratto dal Registro Tumori della provincia di Como.

provincia di Como	2003	2004	2005	2006	2003-2006
n. ca mammella	444	439	472	515	1870
tasso sdt europeo	123/100.000				

Estensione

L'ASL della provincia di Como ha avviato lo screening dal giugno 2004 ed è in grado di garantire la chiamata attiva biennale a tutte le donne di 50-69 anni, residenti nei 161 comuni della provincia (75.130 persone da invitare nei due anni).

Per l'organizzazione e la gestione dello screening, l'ASL ha implementato una piattaforma tecnologica informatica in grado di mettere in rete i principali interlocutori del programma, sia intra che extra aziendali (Strutture specialistiche) come da scheda sottostante.



Il prospetto ricomprende anche lo screening colon-rettale, con Centro di Chiamata sito a Mariano Comense.

Adesione

Il tasso di adesione corretto è cresciuto progressivamente negli anni e nel 2011 ha superato il 70%. Di seguito i dati in dettaglio dell'anno 2011.

Classe di età	Popolazione invitata	N° inviti inesitati	Escluse dopo invito	Pop. Rispondente	Adesione grezza (%)	Adesione Corretta (%)
50-54	11950	223	2979	5671	48,36	64,83
55-59	8614	91	1766	4876	57,21	72,16
60-64	8847	56	1633	5222	59,40	72,95
65-69	7337	42	1303	4561	62,52	76,12
<i>Totale</i>	36748	412	7681	20330	55,95	70,95
Totale 50-69	36748	412	7681	20330	55,95	70,95

Classe di età	N° invitate per la prima volta	N° aderenti	Adesione grezza donne invitate la prima volta (%)
50-54	6379	2509	39,33
55-59	697	172	24,68
60-64	599	166	27,71
65-69	466	107	22,96
<i>Totale</i>	8141	2954	36,29
Totale 50-69	8141	2954	36,29

Va notata la bassa adesione delle donne invitate per la prima volta.

Il **trend negli anni e nei passaggi successivi** dimostrano la capacità del programma nel convincere le donne all'importanza della prevenzione (Vedi tabella sottostante).

anno	donne invitate	donne aderenti	% adesione corretta
2004	3.109	1.146	42,73
2005	8.360	3.331	50,90
2006	16.740	7.443	51,58
2007	28.330	11.848	50,90
2008	31.416	15.258	59,95
2009	31.374	16.504	61,27
2010	37.740	18.878	62,84
2011	36.748	20.330	70,95

Tumori diagnosticati grazie allo screening

Dall'inizio dell'attività (giugno 2004) al 31/12/2010 sono stati identificati complessivamente **479 tumori maligni** e 82 tumori benigni. Il tasso di identificazione, ossia il numero di tumori maligni individuati ogni mille donne esaminate, è stato in media > al 6/1000; più alto nei primi anni con una modesta flessione negli anni successivi. Il dato 2011 è ancora parziale e quindi non rendicontabile.

anno	donne esaminate	Tumori maligni	Tasso di identificazione DR/1000
2004	1.146	13	11,34
2005	3.331	30	9
2006	7.443	61	8,19
2007	11.848	81	6,83
2008	15.258	98	6,42
2009	16.504	83	5,02
2010	18.878	113	5,98

Miglioramento della qualità

Il Responsabile dell'UOS Registro Tumori e Screening, in collaborazione con gli operatori assegnati a detto Servizio, del Dipartimento di Prevenzione Medica e del UOC Miglioramento Qualità ha costantemente sviluppato e aggiornato la procedura Joint Commission finalizzata a mantenere alto il livello di qualità del programma in tutte le sue fasi.

La ricerca dei Cancri di intervallo e il poster sottostante, (presentato al convegno nazionale GISMa 2011), sono ulteriori espressioni dell'attenzione alla qualità.

Valutazione dei carcinomi di intervallo programma di screening mammografico della provincia di Como

Autori: Gola C, Cori MA, Procopio E, Morini A, Tullerio L, Pellizzoni R, Gori G, Ciro S, Bernardi D, Battaglia E
1. ASL della provincia di Como, 2. Ospedale Niguarda Como, 3. Ospedale Niguarda Pavia, 4. Azienda Ospedaliera San Paolo Como, 5. Screening mammografico ICS, 6. Ospedale, 7. Ospedale Niguarda Pavia, 8. Ospedale Niguarda Pavia

Premessa
L'analisi dei carcinomi di intervallo (CI) di un programma di screening è una procedura raccomandata in quanto costituisce il migliore indicatore della sensibilità, e quindi indirettamente della efficacia del programma. Dal giugno 2004 l'ASL della provincia di Como offre attivamente alle donne di 50-69 anni la mammografia di screening ogni due anni.
Per l'esecuzione dell'indagine sono attive otto Radiologie, distribuite sul territorio provinciale (Fig.1). La doppia lettura viene svolta da Quattro Centri selezionati per i requisiti di qualità previsti dalle Linee Guida nazionali e internazionali.

Obiettivi
Valutare i CI dello screening mammografico nel primo e secondo biennio del programma di screening per migliorare la performance dei radiologi lettori.
Valutare la possibilità di proseguire nella revisione dei CI utilizzando solo revisori interni.

Metodi
La ricerca dei CI è avvenuta attraverso l'incrocio delle donne risultate negative allo screening con l'archivio della SOI e delle Anamnesi Patologiche a disposizione del Registro Tumori di Como.
Per il calcolo dell'incidenza proporzionale si è utilizzata l'Incidenza 2005 del Registro Tumori di Como. Il rapporto casi - controlli è stato rispettivamente di 1:5 (1687) per la prima edizione, e 1:4 (1604) nella seconda, tenuto conto che 2 casi erano già stati valutati.
La revisione è stata eseguita secondo la modalità cieca da un panel esterno di tre revisori indipendenti per il primo biennio e da tre revisori esterni e quattro interni per il secondo biennio.
In entrambi le "edizioni", la revisione si è conclusa con un momento formativo tra pari in presenza dei revisori esterni. I risultati sono riportati nelle Tabelle 1 e 2.

anni	Inc. Doppia lettura (2006)	Incidenza attesa (2006)	Controllo "cieco"	Risultati 1° anno	1° anno 1° anno	1° anno 2° anno
2004-06	7.349	22,8	8	11	22,10%	48,10%
2006-07	18.866	24,1	8	12	49,3%	22,22%

Tab.1 Incidenza proporzionale CI anni 2004-2006 e 2006-2007

anni	n. CI revisionati	anni	N. casi	Risult. rate
2004-06	18	8	172%	18%
2006-07 revisori esterni	16	2	12,5%	12,5%
2006-07 revisori interni	16	2+3	22,5 - 45,7%	24,8 - 42%

Tab.2 Fun della revisione delle mammografie e CI anni 2004-2006 e 2006-2007

Risultati

- L'incidenza proporzionale dei CI si è dimostrata entro gli standard (<30% al 1° anno e <50% al 2° anno, da nella prima che nella seconda "edizione".
- Nella prima "edizione" i casi identificati come errori di screening (almeno due revisori), sono stati 6/16 (37,5%), superando, al di là dei limiti del campione esiguo, una sensibilità inferiore allo standard (<20%). Nella seconda edizione gli errori di screening sono stati 2/16 (12,5%).
- Per considerare il limite dei piccoli numeri vi è un evidente trend di miglioramento per entrambi gli indicatori.
- La revisione, effettuata con lettura cieca, non ha mostrato differenze sostanziali di giudizio tra il panel esterno e quello interno.

Conclusione: sì... è un percorso che si può e si deve fare!
Per migliorare la sensibilità del programma di screening è fondamentale sia la doppia lettura dei radiogrammi che lo studio dei Carcinomi di Intervallo (CI).
La ricerca attiva e sistematica dei CI è procedura non troppo complessa e fattibile anche nel contesto di un programma di limited dimensioni e risorse. La presenza di un Registro Tumori provinciale migliora la capacità di identificazione e consente una maggiore precisione nel calcolo degli indicatori (incidenza proporzionale).
La valutazione dei radiogrammi di screening dei CI è un intervento importante di formazione per i radiologi. La nostra esperienza dimostra un miglioramento della sensibilità negli anni, pur considerando i limiti di un campione esiguo. La revisione da parte di un panel indipendente esterno è stato un processo molto significativo e formativo.
Nella seconda "edizione" è emersa la possibilità di attuare correttamente tale ricerca e revisione utilizzando anche solo revisori interni.

**Rilievo o impronta?
Come affinare la
capacità di lettura?**



Guadagno di salute: per valutare l'efficacia dello screening mammografico nella provincia di Como occorre tempo. Attraverso il Registro Tumori, nei prossimi anni, potremo monitorare puntualmente il fenomeno. Sappiamo che sia l'incidenza che la mortalità sono i migliori parametri per pesare l'efficacia dello screening. Una riduzione di mortalità per effetto del programma di screening richiede circa 7-8 anni per essere dimostrata. E' importante mantenere alta la qualità attraverso monitoraggi e periodici feedback agli operatori intra ed extra ASL.

3.3.2 Screening per la diagnosi precoce del tumore del colon retto

il Ministero della Salute, nelle sue Raccomandazioni, indica che l'effettuazione corretta dello screening può ridurre del 20% il rischio di morire per cancro del colon retto.

Lo screening colon rettale ha cominciato a diffondersi in Italia più recentemente rispetto agli altri screening: fino al 1999 l'unico programma attivo era quello di Firenze con successiva lenta estensione. Solo nel 2005 le regioni hanno accelerato l'impegno con l'attivazione di più di 50 programmi, che rappresentano un terzo della popolazione eleggibile nazionale.

La Lombardia nel 2005 ha dato l'avvio ad un progetto affinché tutte le ASL attivassero lo screening dei tumori colonrettali. Per il tumore del colon retto, ci si propone di ricercare non solo le lesioni maligne, ma anche quelle pre-cancerose ossia i polipi adenomatosi.

La loro rimozione intercetta la possibile evoluzione successiva a cancro. Con la ricerca del sangue occulto ogni due anni si sfrutta la caratteristica della malattia che prevede la possibilità di sanguinamento nelle feci, più o meno visibile, da parte delle lesioni.

Di seguito il numero di nuove diagnosi/anno di carcinoma colon-rettale in uomini e donne tratto dal Registro Tumori della provincia di Como.

provincia di Como	2003	2004	2005	2006	2003-2006
n. ca colonretto donne	205	179	181	211	776
tasso sdt europeo	40/100.000				
provincia di Como	2003	2004	2005	2006	2003-2006
n. ca colonretto uomini	201	253	220	238	912
tasso sdt europeo	65/100.000				

Estensione

In attuazione alle indicazioni ministeriali e della Regione Lombardia, nel maggio 2006 è stato avviato il programma di screening per il tumore colon rettale rivolto a soggetti di 50-69 anni. Già nel 2008 l'estensione aveva raggiunto tutta la provincia. Attualmente la popolazione target (circa 143.500 persone) riceve puntualmente l'invito ad effettuare la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni. Le persone con esito positivo per adenomi o tumori, una volta sottoposte ad adeguato trattamento, escono dal programma di screening. Questi pazienti ricevono una nota informativa dal Centro Screening, a conferma delle indicazioni date dallo specialista, con la quale viene specificato che non saranno più chiamate per la ricerca del sangue occulto nelle feci e che è necessario programmare con il medico curante un percorso preventivo personalizzato in ambito clinico.

Adesione

Per favorire l'adesione è proseguita la collaborazione delle farmacie territoriali (158) che si sono rese disponibili a consegnare i kit e a ritirarli per inviarli poi ai due laboratori di riferimento A.O.S. Anna e Valduce. Presso il Distretto di Campione d'Italia, ci si avvale della collaborazione del Distretto sociosanitario e dei punto prelievi dell'A.O.S. Anna.

Per il secondo livello (effettuazione di colloquio con lo specialista e colonscopia) l'ASL ha coinvolto otto servizi di endoscopia distribuiti sul territorio provinciale.

L'adesione corretta al test di primo livello è cresciuta negli anni con un picco nel 2009 per attestarsi nel 2010 e 2011 intorno al 48%.

Di seguito la partecipazione è stata suddivisa per sesso, età e tra chi è stato invitato per la prima volta o già invitato e aderente in precedenza. In tabella successiva si vede l'andamento negli anni.

Invitati nell'anno 2011, per la prima volta (primo round)						
Uomini	N° invitati	N° inviti inesitati	N° esclusi dopo l'invito	N° rispondenti	Adesione grezza (%)	Adesione corretta (%)
50 – 54	4851	274	147	1908	41,7	43,1
55 – 59	231	22	23	48	23,0	25,8
60 – 64	205	18	21	54	28,9	32,5
65 – 69	135	2	22	30	22,6	27,0
Totale	5422	316	213	2040	40,0	41,7
Donne	N° invitate	N° inviti inesitati	N° escluse dopo l'invito	N° rispondenti	Adesione grezza (%)	Adesione corretta (%)
50 – 54	4845	223	171	2241	48,5	50,3
55 – 59	257	24	38	72	30,9	36,9
60 – 64	216	15	28	63	31,3	36,4
65 – 69	155	14	18	29	20,6	23,6
Totale	5473	276	255	2405	46,3	48,7
Totale	N° invitati	N° inviti inesitati	N° esclusi dopo l'invito	N° rispondenti	Adesione grezza (%)	Adesione corretta (%)
50 – 54	9696	497	318	4149	45,1	46,7
55 – 59	488	46	61	120	27,1	31,5
60 – 64	421	33	49	117	30,2	34,5
65 – 69	290	16	40	59	21,5	25,2
Totale	10895	592	468	4445	43,1	45,2

Si nota una maggior predisposizione ad aderire nella fascia d'età più bassa (50-54 anni) e nel sesso femminile.

Invitati nell'anno 2011, già aderenti in precedenza (round successivi)						
Uomini	N° invitati	N° inviti inesitati	N° esclusi dopo l'invito	N° rispondenti	Adesione grezza (%)	Adesione corretta (%)
50 – 54	3198	30	40	2141	67,6	68,4
55 – 59	4045	39	68	2978	74,3	75,6
60 – 64	4124	18	60	3178	77,4	78,5
65 – 69	3476	24	73	2620	75,9	77,5
Totale	14843	111	241	10917	74,1	75,3
Donne	N° invitate	N° inviti inesitati	N° escluse dopo l'invito	N° rispondenti	Adesione grezza (%)	Adesione corretta (%)
50 – 54	3597	22	35	2560	71,6	72,3
55 – 59	4761	32	67	3698	78,2	79,3
60 – 64	5133	31	88	4081	80,0	81,4
65 – 69	4025	21	72	2999	74,9	76,3
Totale	17516	106	262	13338	76,6	77,8
Totale	N° invitati	N° inviti inesitati	N° esclusi dopo l'invito	N° rispondenti	Adesione grezza (%)	Adesione corretta (%)
50 – 54	6795	52	75	4701	69,7	70,5
55 – 59	8806	71	135	6676	76,4	77,6
60 – 64	9257	49	148	7259	78,8	80,1
65 – 69	7501	45	145	5619	75,4	76,9
Totale	32359	217	503	24255	75,5	76,7

In questa casistica non si nota differenza tra i due sessi ma una lieve tendenza da parte dei soggetti più giovani ad aderire meno al test di screening nei round successivi.

Tumori screening detect

Se consideriamo i dati a tutto il 2010 vediamo che dei 6.690 soggetti positivi al test del sangue occulto, 5.530 hanno effettuato la colonscopia di approfondimento. Sono stati diagnosticati **291 carcinomi**, e a **2.698** soggetti sono state asportate **lesioni precancerose** sia a basso che elevato rischio. I dati completi del 2011 non sono ancora disponibili.

Anno	Invitati	Aderenti	TDA corretto	% inadeguati	FOBT positivi	% positivi
2006 da maggio	42.949	12.217	29,4%	0,2%	576	4,7%
2007	63.578	24.325	40%	0,1%	1.340	5,5%
2008	77.262	32.271	41,7%	0,1%	1.724	5,3%
2009	71.632	33.959	56,4%	0,1%	1.520	4,4%
2010	71.264	35.338	48,9%	0,1%	1.530	4,6%
2011	72.348	35.053	48,2%	0,1%	1.261	3,6%

Anno	FOBT positivi	Il livello	CA	Adenoma avanzato	Adenoma basso rischio	DR x CA /1.000 test	DR x Adenoma Avanzato /1.000 test
2006	576	454 (78,8%)	36	110	122	2,9	9
2007	1.340	1.080 (80,6%)	66	262	270	2,7	10,8
2008	1.724	1.424 (82,6%)	67	335	308	2,1	10,3
2009	1.520	1.280 (84,2%)	70	315	335	2,1	9,3
2010	1.530	1.292 (84,4%)	52	294	347	1,6	9,0
Totale 2006-10	6.690	5.530 (82,7%)	291	1.316	1.382		

Miglioramento della qualità

Anche per questo screening è stata mantenuta alta l'attenzione sulla qualità tenendo monitorati gli indicatori significativi; tra questi, di fondamentale importanza è la capacità degli endoscopisti di raggiungere il cieco durante la colonscopia di approfondimento (vedi tabella sottostante).

Anno 2011	n. colon eseguite	n. colon complete	% raggiungimento cieco
CENTRI ENDOSCOPICI ASL	1042	1009	96,83
ENDOSCOPIE FUORI ASL	31	30	96,77
TOTALI	1073	1039	96,83
Standard di riferimento	indicatore GISCoR: accettabile >85%, desiderabile: >90%		

Nei giorni 17-18 novembre 2011 si è svolta la "site visit" da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening, nell'ambito del "Progetto per la realizzazione di un sistema di site visit per l'assicurazione di qualità dei programmi di screening italiani"

Di seguito gli aspetti salienti riscontrati della Commissione.

1. Il livello di gestione organizzativa di un programma così complesso è molto elevato, pur basandosi su poche risorse umane la cui attività è ottimizzata grazie alla disponibilità di un eccellente sistema informativo ed un alto livello di integrazione e collaborazione da parte di tutti gli operatori sia intra che extra ASL.

2. Ottima la disponibilità endoscopica dei Servizi partecipanti.
3. Buone le performance dei due laboratori che sono stati oggetto di sopralluogo (S. Anna e Valduce) in tutte le fasi del processo, dalle procedure per garantire la stabilità alla tracciabilità dei campioni.
4. Altrettanto positivi sono i dati di qualità delle endoscopie di approfondimento. In particolare, la capacità di effettuare analisi per singolo Servizio di Endoscopia e per singolo operatore rappresentano un formidabile strumento di monitoraggio della qualità e di miglioramento della stessa.

Accanto a questi aspetti di eccellenza si evidenziamo alcune aree di miglioramento.

a) Miglioramento dell'adesione allo screening che non è del tutto soddisfacente, nonostante rientri nello standard accettabile del GISCoR; metà della popolazione non aderisce all'invito. *Oltre al ruolo fondamentale dell'ASL e dei MMG, anche gli specialisti possono contribuire a favorire l'adesione al programma.*

b) Per il laboratorio del AO S. Anna, si suggerisce di utilizzare una VEQ di un Ente che oltre a restituire la propria partecipazione, fornisca anche l'obiettivo analitico dell'Errore Totale. *Tale suggerimento è stato già messo in atto nei primi mesi dell'anno 2012.*

c) Nella lettera di esito positivo (inviata ai non rintracciati o non aderenti al secondo livello) viene riportato il valore del SOF. Trattandosi di un esame di tipo probabilistico e non diagnostico, si suggerisce di toglierlo, al pari del cut off utilizzato. *Suggerimento messo in atto subito.* Si raccomanda di perfezionare la comunicazione tra Servizi ASL e Laboratori.

d) Adesione alla colonscopia: i dati non sono sempre concordanti; va rivisto il sistema di calcolo. *Il monitoraggio è in capo al Centro Screening. L'adesione alla colonscopia è fortemente condizionata dall'approccio con il paziente da parte dell'endoscopista che effettua il primo colloquio.*

e) Si suggerisce l'individuazione di un coordinatore degli endoscopisti al fine di integrare le modalità operative e i rapporti con gli altri gruppi professionali, in particolare i patologi e i chirurghi. Si ritiene utile che in ogni ospedale si formalizzino le riunioni multidisciplinari di valutazione dei casi difficili. L'adozione delle Linee Guida Europee potrebbe costituire l'elemento di condivisione e di omogeneizzazione per tutti i servizi. Per i Servizi con un elevato volume di colonscopie di screening (S. Anna, Valduce), è preferibile prevedere l'attivazione di sedute ambulatoriali dedicate. In considerazione dell'ampio numero di endoscopisti si raccomanda un monitoraggio del numero complessivo di colonscopie/anno e dei principali parametri qualitativi per ogni operatore. Infine sarebbe auspicabile che il programma si facesse carico del follow-up.

f) Nell'ambito dei Servizi di anatomia Patologica, l'identificazione dei referenti è basata prevalentemente sull'"*interesse per patologia*". E' auspicabile che questa venga consolidata da un mandato esplicito e formale ad un unico Referente Screening per tutte e tre le Anatomie Patologiche, al fine di:

- uniformare la terminologia della refertazione in accordo con le indicazioni contenute in linee guida nazionali ed internazionali specifiche per lo screening CRC;
- elaborare linee guida interne gastroenterologiche-istopatologiche mirate soprattutto alla gestione ("handling") dei reperti endoscopici ed alle procedure di registrazione categoriale, univoca ed esplicita, delle lesioni (es.: displasia alto vs basso grado; abolizione di terminologie ambigue quali "adenocarcinoma intramucoso" etc.);
- strutturare ed istituzionalizzare riunioni multidisciplinari di valutazione/trattamento di singoli casi o sottogruppi di casistiche;
- programmare e gestire i controlli di qualità, anche mediante attività di valutazione di concordanza disponibili via internet con la FAD ed ECM già a disposizione presso altre regioni.

Nei primi mesi dell'anno 2012 è stato avviato un gruppo di lavoro tra le tre Anatomie Patologiche: AOSA, Valduce e FBF – Erba.

A completamento di questo di questo argomento, si fa presente che il Centro Screening riceve frequenti riscontri di gradimento da parte degli utenti (vedi sotto una nota quale esempio). Anche la partecipazione a convegni, con la presentazione di lavori scientifici, rientra nei processi di miglioramento della qualità.

Eh
San Giorgio Canavese (TO)
25-02-2010

Cari ^{me} Signori Direttori,
con piacere ho trovato la Vostra comunicazione ieri, al mio rientro dal Ministero Missionario.

Devo ringraziarvi per l'economico invito, che interessava anche me. Ho appena eseguito le scoperte ai fini di luglio 2010, prima del mio trasferimento appunto nella Regione Piemonte. La Regione Lombardia è all'avanguardia in questa opera di prevenzione, e, al trasferimento ho, certo, notato la differenza. Ora sto prendendo visione delle diverse normative della Regione Piemonte. Vi ringrazio di cuore e Vi invio la personale Benedizione sacerdotale, sicuro che il Signore ve ne renderà merito.

Con ossequio.
Armando

PARMANDO FAVERO O.M.I.
Via Missionari Oblati, 7
10090 SAN GIORGIO CANAVESE (TO)
Cell. 333.8550595
e-mail: favero.armando@alice.it

Regione Lombardia
Azienda Sanitaria Locale
della Provincia di Como
DISTRETTO BRIANZA
Sede di Mariano Comense
01 FEB 2011

PROT. N.

- Centro di Chianale
Stammy Cohen - UTO

Il test immunologico per la ricerca del sangue occulto nelle feci: analisi di una casistica "borderline" 95-99ng/ml del programma di screening della provincia di Como

Autori: Cola C., Tencati C.A., Magni P., Brunati P., Radassi F., Mandelli G., Seta E., Snideri L., Acquasopaca A., Scarpia M.
1) ASL della provincia di Como, 2) Ospedale Valsusa Como, 3) Azienda Ospedaliera Saveriana Como, 4) Istituto Ortopedico Villa Manca

CISCoR 2011 - Perugia

Premessa

È ancora accesa la discussione nel mondo scientifico sul tipo di test da utilizzare nello screening del tumore colon rettale. In Regione Lombardia, e quindi anche nell'ASL della provincia di Como, è stato adottato il test biennale immunochimico al latice, su un solo campione di feci (SOF). Il cut-off è di 100ng/ml. La scelta del numero di campioni da prelevare, la frequenza e il cut-off sono un difficile compromesso tra la massima sensibilità e la specificità.

Le Raccomandazioni CISCoR invitano caldamente a considerare positivi solo i soggetti con valore superiore o uguale a 100 ng/ml.

Obiettivo

Studiare la tipologia di lesioni presenti in soggetti borderline che hanno accettato di eseguire una seconda volta il SOF nell'ambito del programma di screening nella provincia di Como.

Lo scopo è di confermare la scelta del cut-off a 100 ng/ml.



Tab. 1 Indicatori di contesto e di processo

Popolazione target 50-69 anni	146.300 residenti in 162 comuni
Anno di inizio del programma di screening	Maggio 2006. Stensione completata nel primo biennio
SOF immunochimico al latice	Tramite due Laboratori Ospedalieri: A.O. S.Area Como e Valduce
Controlli di qualità dei Laboratori	Interni ed esterni
Ripetto catena del freddo	<ul style="list-style-type: none"> Formazione e informazione Procedura di riconsegna dei kit: da lunedì a giovedì, in farmacia. Chiusura attività in luglio e agosto
Tasso di adesione corretto nel 2010	82%
% test borderline (95-99 ng/ml) maggio 2006-dic 2010	0,08%
% test inadeguati (valore medio/anno)	5,1%
Adesione alla colonscopia (anno 2010)	87%
% raggiungimento cieco (anno 2010)	98%

Tab. 2 Dati da maggio 2006 a dicembre 2010

N. test di screening eseguiti	138.311
RL totale positive	6.773
Tasso di positività	4,9%
N. test borderline (95-99 ng/ml)	100 (0,08%)
N. e DR cancri (1° round e round successivi)	267
N. e DR adenomi alto rischio (1° round e round successivi)	1.318
	9 - 9,7/1000 test

Materiali e metodi

Nei primi due round di screening si è concordato con i due Laboratori di riferimento di fare ripetere il test ai soggetti con valore 95-99.

Le determinazioni sono state effettuate mediante ricerca dell'emoglobina umana con metodo immunologico al latice dal maggio 2006 a dicembre 2009 su strumentazione Eiken OC-SOFSOR µ e in seguito su strumentazione Eiken OC-SOFSOR OMANA (sensibilità del metodo 13 ng/ml imprecisione sul valore di cut-off < 5%).

Risultati

88/100 hanno accettato la ripetizione dell'esame.

66 sono risultati negativi e 22 positivi, pari al 25%. Quasi tutti hanno effettuato l'approfondimento coloscopico (21/22). La coloscopia ha evidenziato in 11 persone un adenoma a basso rischio (52%), in sei un adenoma ad alto rischio (29%) e in quattro persone tutto negativo (29%).

Ai round successivi, 22/66 (33%) hanno aderito all'invito. Quattro di questi sono risultati positivi al SOF. Una persona ha rifiutato la colonscopia di approfondimento. Le tre coloscopie eseguite hanno dato il seguente esito: due casi di adenoma ad alto rischio e uno di adenoma a basso rischio.

Conclusione

I ricami diagnostici delle persone borderline e positive alla ripetizione del test, sono in maggioranza adenomi a basso rischio, mentre è assente il polipo cancerizzato o il carcinoma. Anche al round successivo, si conferma tale tendenza. Il numero troppo esiguo di casi non consente analisi statistiche.

La ricerca dei cancri intervallo al primo e al secondo livello, ora in fase di avvio, darà ulteriori informazioni sulla sensibilità del programma.

Considerata la storia naturale del tumore, quanto rilevato ci suggerisce nella scelta del cut-off 100 ng/ml e ci indirizza a concentrare maggiormente gli sforzi verso una maggiore adesione al programma non solo al primo passaggio ma anche ai passaggi successivi.

A nostro avviso l'effetto preventivo è fortemente condizionato dalla diligenza nel ripetere l'esame ogni due anni.



Guadagno di salute: lo screening del tumore colonrettale è stato un vero successo e nel tempo ci attendiamo di registrare un consistente guadagno di salute per i cittadini. Anche dal punto di vista della qualità percepita, il Servizio ha ricevuto numerosi ringraziamenti, uno dei quali sopra riportati. E' intenzione dell'ASL effettuare una customer satisfaction per una valutazione più precisa della soddisfazione. Occorrerà inoltre sviluppare la partecipazione nelle zone meno rispondenti (es. nel Distretto Mal).

3.3.3 Prevenzione del carcinoma della cervice uterina

Il carcinoma della cervice uterina è un tumore relativamente poco frequente. Le stime effettuate a partire dai dati forniti dal Registri Tumori Lombardi mostrano tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione italiana poco al di sotto della media nazionale (9,4 vs 9,8 casi x 100.000 donne).

I dati del registro Tumori della provincia di Como confermano la bassa incidenza di questo tumore, soprattutto se raffrontato ad altre sedi quali la mammella, il colon retto e il polmone.

	2003	2004	2005	2006	2003-2006
n. ca cervice utero	29	22	24	30	105
tasso sdt europeo	7/100.000				

Pur se a bassa incidenza, il carcinoma della cervice uterina è un tumore che, se diagnosticato tardivamente, non ha una buona prognosi. La disponibilità di un test di screening validato rinforza la necessità di promuovere la prevenzione secondaria, accanto all'offerta della vaccinazione HPV alle dodicenni.

Linee Guida scientifiche nazionali ed internazionali e del Ministero della Sanità raccomandano l'esecuzione del Pap test ogni tre anni, alle donne dai 25 ai 64 anni.

Lo studio Passi, effettuato attraverso interviste telefoniche su tre ASL Lombarde, ha mostrato che un'alta percentuale di donne (fino al 70%), si sottopone spontaneamente al Pap Test, in assenza di programmi organizzati. Per questo anche nella provincia di Como, come nella gran parte delle ASL Lombarde, non è stato avviato un programma con chiamata attiva.

Nel 2011 l'ASL di Como ha mantenuto la sinergia con i consultori Familiari per l'offerta della vaccinazione HPV alle dodicenni e promozione del Pap test alle donne in età target.

Guadagno di salute: è importante proseguire nel monitoraggio della copertura spontanea al Pap Test, anche in previsione di iniziative rivolte a categorie più fragili. Occorre monitorare e implementare la qualità di tale esame.

3.3.4 Registro Tumori

La costruzione di un Registro Tumori nella provincia di Como nasce dalla consapevolezza che con il progredire della scienza e della tecnologia non è più possibile prescindere da una precisa conoscenza della realtà e di come gli interventi sanitari incidono su questa.

I dati prodotti dal Registro di Como rappresentano la sintesi delle banche dati elettroniche e cartacee (SDO, cartelle cliniche, referti, ecc) che vengono implementate da centinaia di operatori sanitari, sparsi in provincia, in Lombardia, ma anche in tutta Italia, impegnati quotidianamente nella prevenzione, diagnosi e cura delle neoplasie.

Scopo primario di un Registro Tumori è avere una descrizione completa e il più possibile accurata dei casi insorti in una popolazione in un intervallo di tempo definito. Per questo, i Registri costituiscono una risorsa insostituibile per la ricerca clinica ed epidemiologica in campo oncologico. E' una banca dati attendibile e in continuo aggiornamento, a disposizione degli addetti ai lavori, ma anche dei cittadini. Il Registro si pone anche l'obiettivo di integrare le informazioni già a disposizione dell'ASL e della Regione per la valutazione della qualità e appropriatezza delle cure e la pianificazione e programmazione degli interventi sanitari.

Le sinergie che si realizzano necessariamente nella costruzione di un Registro Tumori fanno da volano per un processo di miglioramento continuo della qualità dei dati, preconditione affinché si possa passare dai dati ad informazioni il più possibili "certe" e da queste alle valutazioni e conseguenti azioni correttive del sistema sanitario.

Tab.1 -Nuove diagnosi per tumore anni 2003-2006

	0-49	50-69	70+	Tot	
FEMMINE	885	2321	2727	5933	46%
MASCHI	564	3174	3268	7006	54%
Tot	1449	5495	5995	12939	100%

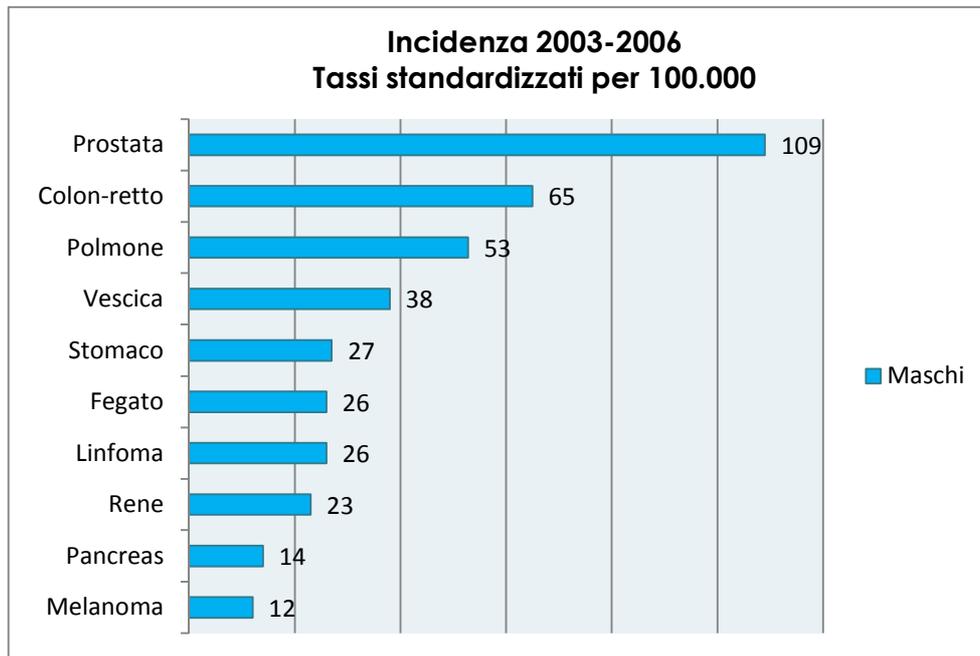
Tab. 2 - Comportamento dei tumori più frequenti nella provincia di Como, in base al sesso e all'età anni 2003-2006

	MASCHI			FEMMINE		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	linfoma (14,54%)	prostata (24,29%)	prostata (21,27%)	mammella (45,20%)	mammella (37,66%)	mammella (21,86%)
2°	testicolo (12,06%)	pomone (15,34%)	pomone (18,73%)	tiroide (7,12%)	colon retto (11,25%)	colon retto (17,02%)
	MASCHI			FEMMINE		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
3°	colon retto (8,69%)	colon retto (12,85%)	colon retto (13,74%)	linfoma (6,1%)	corpo dell'utero (7,58%)	stomaco (6,49%)
4°	melanoma (7,27%)	vescica (7,75%)	vescica (7,68%)	melanoma (5,88%)	pomone (5,26%)	pomone (6,31%)
5°	leucemia (6,38%)	fegato (5,39%)	stomaco (6,27%)	ovaio (5,88%)	linfoma (4,78%)	pancreas (5,65%)

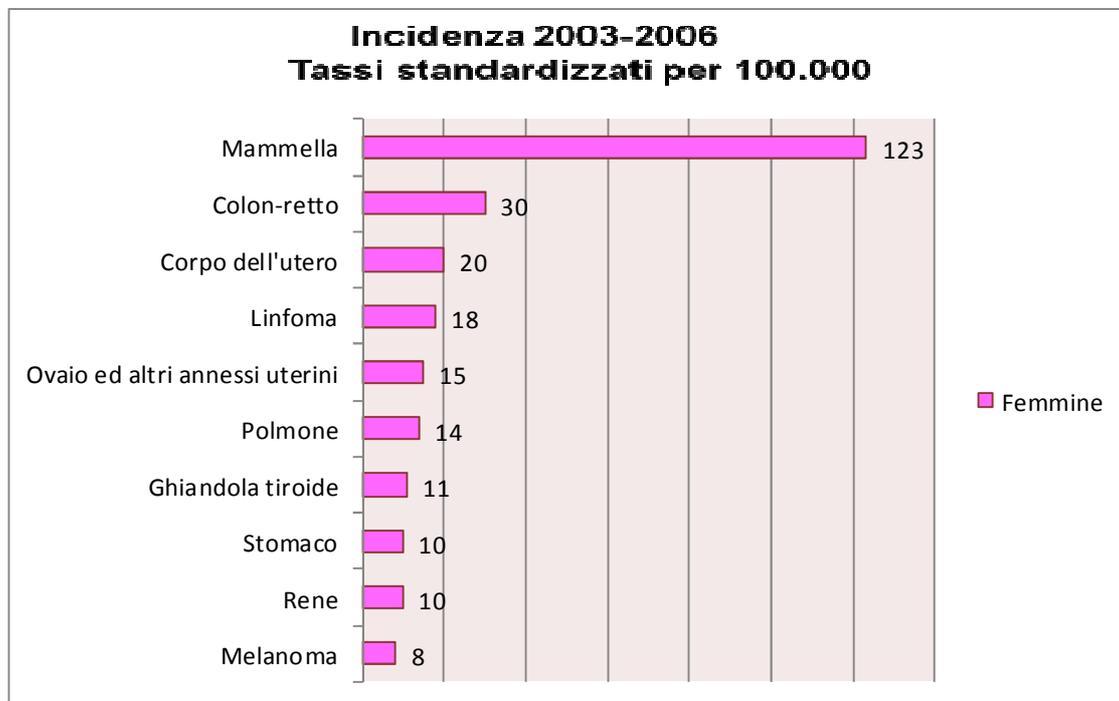
Tab.3 - Numero nuove diagnosi anni 2003-2006 - sedi più frequenti

SEDE	maschi					femmine					M+F
	2003	2004	2005	2006	totale 2003-06	2003	2004	2005	2006	totale 2003-06	2003-06
Mammella	7	6	3	2	18	444	439	472	515	1870	1888
Prostata	409	373	367	393	1542	-	-	-		0	1542
Pomone, trachea e bronchi	296	299	263	286	1144	63	72	73	104	312	1456
Colon	137	166	160	165	628	159	128	122	158	567	1195
Vescica	126	133	130	140	529	35	34	25	33	127	656
Stomaco	101	89	100	86	376	56	68	62	84	270	646
Fegato e dotti intraepatici	94	70	100	108	372	35	44	34	39	152	524
Retto + giunzione retto sigma	64	87	60	73	284	46	51	59	53	209	493
Rene	70	86	74	80	310	45	35	46	55	181	491
Pancreas	44	46	47	56	193	50	55	54	53	212	405
Melanoma	38	52	34	36	160	42	42	51	29	164	324
Linfoma	42	45	35	42	164	37	39	32	30	138	302
Ovaio	-	-	-		0	67	56	43	55	221	221
Encefalo	27	23	26	28	104	21	39	17	26	103	207

Tab. 4 - Tasso di incidenza standardizzato europeo per 100.000 abitanti in ordine di frequenza nei maschi anni 2003-2006.



Tab. 5 - Tasso di incidenza standardizzato europeo per 100.000 abitanti in ordine di frequenza nelle femmine anni 2003-2006.



Mortalità

Tab. 6 - Primi sei tumori in ordine di frequenza: % decessi per un determinato tumore sul totale dei decessi tumorali, suddiviso per sesso; tasso di mortalità standardizzato europeo per 100.000.

MASCHI					FEMMINE				
	sede	%	tasso std	n. casi		Sede	%	tasso std	n. casi
1°	polmone	28,2	71,5	1.028	1°	mammella	18,4	27,4	523
2°	colonretto	10,6	27,1	386	2°	colonretto	14,1	17,8	400
3°	prostata	7,8	20,6	286	3°	Polmone	9,3	13,6	265
4°	stomaco	7,6	20	278	4°	Stomaco	7,1	8,8	201
5°	fegato	7,5	19	276	5°	Pancreas	6,8	8,4	194
6°	pancreas	5,2	13,8	190	6°	Fegato	6,4	6,6	152

Sopravvivenza

La **sopravvivenza osservata a 5 anni** per i pazienti diagnosticati nel 2003 -2006 è stimabile intorno al 51,8% nei maschi e 58,9% nelle femmine.

Tra i tumori più frequenti, le sedi a migliore prognosi nei maschi sono state: prostata (80,9%), melanoma (70,6%), rene (64,1%), vescica (63,1%) e Linfoma non Hodgkin (56,2%).

Nelle donne: tiroide (94%), melanoma (87,5%), mammella (78,6%), corpo dell'utero (78%), collo dell'utero (69,2%) e Linfoma non Hodgkin (63,2%).

Tra i tumori più frequenti, le sedi a peggiore prognosi nei maschi sono state: pancreas (2,3%), fegato (10%), polmone (12,8%), stomaco (23,7%).

Nelle donne: fegato (6,2%), polmone (11,9%), stomaco (36,1%), rene (48,2%) e colon retto (48%).

Guadagno di salute: Il Registro Tumori è uno strumento ormai a disposizione dell'ASL e dei cittadini. Con l'aumento degli anni di incidenza si potranno sviluppare nuove elaborazioni con finalità di valutazione e programmazione sanitaria per migliorare i servizi di prevenzione, diagnosi e cura.

3.4 TUTELA DELLA SALUTE DEL CITTADINO, DEL LAVORATORE, DEL TERRITORIO: ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO E NEL SETTORE DELLA SICUREZZA ALIMENTARE

Tutta l'attività di seguito descritta viene svolta dalle strutture aziendali sia dei Distretti Sociosanitari – U.O. Prevenzione e U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro che del Dipartimento di Prevenzione Medico.

I Servizi Dipartimentali effettuano controlli ed attività tecnica anche congiunta con altre articolazioni aziendali ed il coordinamento dell'attività territoriale in linea con quanto indicato nella LR 33/2009.

La U.O. Impiantistica garantisce una quota dei controlli che riguardano aspetti specifici relativi a macchinari ed impianti

Il Laboratorio di Sanità Pubblica svolge accertamenti microbiologici su alimenti e bevande; acque potabili, minerali e di sorgente; superfici destinate al contatto con gli alimenti; acque di balneazione, di piscina, superficiali e reflue; controllo dell'aria confinata, di superfici e altre matrici ambientali; prove di sterilità; prodotti cosmetici e loro ingredienti.

3.4.1 TUTELA E SICUREZZA DEI LAVORATORI

3.4.1.a Dati occupazionali aggiornati al 2010

La tabella 1 mette a confronto i dati occupazionali di un triennio, dall'anno 2008 al 2010, evidenziando il numero di aziende attive sul territorio e il numero di occupati nei diversi settori.

I dati confermano un calo dell'occupazione in tutti i settori con una perdita complessiva pari a 743 unità locali e 7345 addetti. I settori che ad oggi risentono meno della perdita occupazionale sono il settore agroindustria, chimica e sanità. Nel settore delle costruzioni pur evidenziando una tenuta sostanziale del numero di imprese si constata un'iniziale riduzione occupazionale.

La Provincia di Como resta tuttavia fortemente industrializzata e si attesta intorno alle 40.124 unità locali. Il tessuto produttivo varia nelle diverse zone del territorio: il settore terziario è prevalente in Como; il settore tessile è prevalente nell'olgiatese; il canturino ed il marianese sono noti per la lavorazione del legno. Nella zona di Erba c'è un piccolo polo di industria metalmeccanica, mentre sul medio-alto lago, oltre a qualche piccolo cantiere navale c'è un'importante azienda metalmeccanica.

Tabella 1 Fonte INAIL

		Unità locali 2008	N° Addetti 2008	Unità locali 2009	N° Addetti 2009	Unità locali 2010	N° Addetti 2010
A	Agroindustria	563	989	594	1008	603	994
DB	Tessile	1757	20094	1720	18006	1635	16781
DD	Legno	588	2536	572	2244	558	2098
DE	Carta	488	3863	465	3573	452	3366
DG	Chimica	168	4092	161	3682	161	3781
DH	Gomma	271	3322	276	2768	260	2846
DJ	Metalli	2007	13107	1965	11592	1899	11171
DK	Meccanica	741	7087	730	5758	724	5562
DN	Altre industrie	1946	10634	1909	10309	1858	9977
	Elettricità Gas Acqua	85	969	85	976	87	940
F	Costruzioni	9667	21635	9819	21103	9889	20635
N	Sanità	853	7111	886	7151	901	7284
O	Servizi	11040	46322	11066	45303	10423	41720
	Commercio Alberghi Ristoranti	10529	37926	10619	36789	10674	35762
	Totale	40703	179687	40867	170262	40124	162917

Commercio Alberghi Ristoranti= commercio rip. Auto :commercio al dettaglio: commercio

Servizi= istruzione; trasporti; servizi pubblici: immobiliari; intermediazione; Pubbliche Amministrazioni e non classificati

Sono presenti sul territorio 11 Industrie a rischio di incidente rilevante, di cui due classificate in fascia A (con obbligo di notifica, ai sensi del D.Lgs 334/99 - fonte Prefettura di Como). Le aziende RIR si concentrano maggiormente nella cintura periferica dell'area Brianza e Sud-Ovest.

3.4.1.b Il piano dei controlli

La programmazione 2011 delle ispezioni del Servizio PSAL è stata predisposta tenendo conto delle indicazioni regionali e delle risorse umane a disposizione.

Nell'ambito della Commissione Provinciale ex art 7 D.Lgs 81/08 è stata condivisa l'analisi del territorio ed individuate le principali criticità dei settori meritevoli di verifiche e sono stati recepiti i suggerimenti delle parti sociali (associazioni di categoria, Enti, sindacati).

Si evidenziano i principali passaggi seguiti per la programmazione:

1. analisi del contesto occupazionale della Provincia
2. analisi del rapporto operatori addetti alla vigilanza/occupati
3. indice infortunistico per settori

4. individuazione dei settori a maggior rischio (secondo il criterio della graduazione del rischio richiesto dal Piano Regionale)
5. programmazione dei controlli da effettuarsi nelle aziende a rischio elevato in almeno il 60% del totale (sono previsti 4 livelli di classificazione: dal 1° ove sono prevedibili particolari rischi e per i quali occorre un sistematico controllo, al livello 4° ove è programmabile una verifica a campione o su segnalazione)
6. suddivisione delle attività ispettive programmate per sedi territoriali in funzione delle peculiarità produttive di ciascun territorio
7. programmazione delle attività congiunte con Direzione Provinciale del Lavoro
8. programmazione delle attività ispettive nel settore estrattivo mediante protocollo d'intesa con la Provincia
9. programmazione dello studio di comparto coordinato con la UOOML di Desio
10. condivisione del metodo ispettivo con gli operatori distrettuali per la realizzazione di azioni di vigilanza omogenee sul territorio con esclusione delle verifiche meramente formali a favore di quelle efficaci
11. verifica della qualità dell'operato del medico competente aziendale per promuovere comportamenti etici ed efficaci nell'ottica della promozione della salute anche attraverso il coinvolgimento dei lavoratori sui rischi aziendali
12. organizzazione di momenti formativi dei medici competenti.

Tabella 2 Controlli effettuati dall' ASL su programmazione anno 2011

	Controlli totali (esclusa edilizia)	Ispezioni manifatturiero (esclusa edilizia)	Altre verifiche	Settore costruzioni
N. Controlli	2181	1243	938	947

E' stata anche effettuata una attività congiunta/coordinata con altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione Medico in aziende del settore agricolo, costruzioni e chimico come supporto del Dipartimento ai Distretti.

3.4.1.c Infortuni sul lavoro

Per quanto riguarda l' andamento degli infortuni in provincia di Como si riporta di seguito un estratto degli ultimi dati INAIL.

Tabella 3 Totale infortuni denunciati INAIL tutti i settori

Totale infortuni denunciati								
	2008	2009	2010	% (2010/08)	Mortali			
					2008	2009	2010	2011
Como	8.370	7.328	7.093	-15.3	11**	9 **	7 **	/
Lombardia	149.565	134.087	133.243	-10.9	175	177	125	/
Italia	875.144	790.000	775.374	-11.4	1.129	1.050	980*	/
Infortuni mortali indagati dall'ASL					4	6	2	6

* = stima previsionale del dato annuo definitivo

**= casi totali (lavoro e itinere)

Dal confronto 2009-2010 si evidenzia una riduzione dell'indice infortunistico complessivo di - 3,2%, il confronto del triennio 2008-2010 dimostra un trend positivo di riduzione.

I casi mortali relativi all'anno 2009 in provincia hanno riguardato il settore nautico (2 casi) agricoltura (2 casi) un caso in edilizia e una caso nei servizi.

I 2 casi mortali del 2010 sono occorsi nel settore agricoltura.

Benché si sia evidenziato un calo significativo dell'indice di gravità e di mortalità nel 2010, si segnala tuttavia un incremento degli infortuni mortali nell'anno 2011 (6 casi di cui: 3 casi edilizia, 2 agricoltura, 1 caso industria settore meccanica), nonostante il calo occupazionale che ha interessato tutti i settori costruzioni comprese.

A tal proposito si sottolinea che il calo occupazionale nel 2010 per l'industria a Como e in regione Lombardia è risultato superiore al dato Nazionale (-4,3% a Como; -4,4 Lombardia; - 4% in Italia) ed anche nel settore costruzioni la provincia di Como ha visto una riduzione del numero di occupati (-2,2%) superiore al calo occupazionale nazionale (- 0,7%), pur mantenendosi inferiore rispetto al calo registrato in regionale Lombardia (-3,5%).

Si osserva con preoccupazione che gli infortuni con esito mortale in provincia di Como hanno interessato settori colpiti dal calo occupazionale.

In Lombardia la riduzione dei casi mortali del 2010 risulta particolarmente sensibile ma sembra correlata alle attività che più hanno risentito del calo occupazionale (Lombardia: costruzioni – 44%; industria – 49%).

Tabella 4 Totale infortuni denunciati INAIL industria e Servizi

Industria e servizi			
	2009	2010	% (2010/09)
Como	6932	6660	-3.9
Lombardia	125755	124758	-0.8
Italia	705241	692795	-1.8

Tabella 5 Infortuni in itinere

Stradali e in itinere			
	2009	2010	% (2010/09)
Como	949	942	-0.07
Lombardia	19958	18981	-4.9
Italia	93037	88629	-4.7

Dal confronto degli infortuni in itinere nel biennio 2009-2010 (percorso casa-lavoro) si riscontra una riduzione significativa in regione Lombardia mentre, per tale modalità di evento, il dato in provincia di Como resta sostanzialmente sovrapponibile.

Tabella 6 Totale infortuni settore Agricoltura

Agricoltura				
	2008	2009	2010	%
Como	179	156	183	+ 0.5
Lombardia	4.311	4.272	4251	- 1.4
Italia	53.354	52.629	50180	- 5.9

Nel settore agricoltura si segnala un lieve incremento dell'indice infortunistico totale e dell'indice di gravità (6 casi mortali nel triennio).

La tabella 7 fornita dalla cassa Edile e INAIL di Como rappresenta il numero degli infortuni denunciati nel settore costruzioni rispetto alle ore lavorate e conferma la riduzione del numero di occupati in questo settore, ma anche il costante trend di riduzione.

Tabella 7 Settore costruzioni

ANNI	ORE LAVORATE *		INFORTUNI DENUNCIATI **		MEDIA ANNUA LAVORATORI *	
	Numero	Percentual e di raffronto 2010	Numero	Percentuale di raffronto 2010	Numero	Percentuale di raffronto 2010
2010	8.712.940		685		6.019	
2009	9.742.165	-11,00%	776	-12,00%	6.668	-10,00%
2008	10.482.237	-17,00%	919	-25,00%	7.095	-15,00%
2007	10.741.440	-19,00%	1.012	-32,00%	7.126	-16,00%
2006	10.232.291	-15,00%	1.028	-33,00%	6.816	-12,00%

* Fonte Cassa Edile

** Fonte I.N.A.I.L.

Controlli e livelli di sicurezza: Il numero dei controlli effettuati per la verifica delle condizioni di sicurezza dei lavoratori si attesta nel 2011 a n. 2181 controlli totali di cui n. 1243 ispezioni e n. 938 verifiche in tutto il manifatturiero. Le aziende controllate nel settore delle costruzioni sono 947. Oltre l'80% dei controlli ha riguardato strutture per cui è stato individuato un elevato grado di rischio.

I dati riportati relativi agli infortuni, anche tenuto conto del calo occupazionale e di quelli avvenuti su strada, depongono per una riduzione del numero totale degli infortuni sul lavoro. Per quanto riguarda gli infortuni mortali avvenuti sul luogo di lavoro (esclusi quelli in itinere) in Provincia di Como sono stati indagati 6 infortuni mortali nel 2011 rispetto ai 2 registrati nel 2010.

Si deve però considerare come possibile criticità la mancata denuncia di infortuni mortali sul lavoro.

Il settore agricoltura e l'edilizia restano i due settori fortemente critici per la gravità degli eventi.

3.4.1.d Grandi opere

Sono proseguiti nel 2011 i lavori per l'ampliamento della terza corsia autostradale.

Il Servizio PSAL dell'ASL di Como ha attivato:

1. 3 momenti di confronto con le principali imprese presenti nei cantieri
2. un tavolo di confronto con le ASL confinanti (Mi 1 e Varese) per un maggior coordinamento delle attività ispettive
3. nell'anno 2011 con delibera ASL della Provincia di Como è stato approvato un progetto in regime extraorario per i controlli notturni lungo l'asse autostradale e della Pedemontana.

3.4.1.e Malattie professionali (indagini e ricerca attiva)

La segnalazione di malattie professionali è solitamente tardiva rispetto all'esposizione ai fattori che l'hanno determinata.

Sia nell'industria e servizi che in agricoltura aumentano le malattie osteo-articolari e muscolo tendine (32 nel 2010 rispetto alle 26 del 2009). In crescita anche le malattie legate alle pregresse esposizioni ad amianto (11 casi nel 2010 rispetto ai 7 casi del 2009).

Il Servizio PSAL interviene per accertare l'entità del danno ed il nesso di causa lavorativo attivando le procedure medico legali conseguenti:

1. primo certificato medico all'Istituto Assicuratore qualora non fosse già inviato da parte del medico competente dell'azienda per il lavoratore ancora in vita o per i superstiti aventi diritto.
2. sopralluogo in azienda qualora ancora attiva, analisi della documentazione relativa alla ditta in esame presente negli archivi dell'ASL al fine di ricostruire il nesso di causa espositivo negli anni passati e l'eventuale percorso di miglioramento preventivo dell'ambiente di lavoro della ditta stessa
3. prescrizioni per bonifiche e/o miglioramenti dell'ambiente di lavoro limitate ai casi di aziende ancora esistenti che non hanno ultimato il percorso di bonifica o che hanno sottostimato il rischio per le ridotte conoscenze presenti in letteratura negli anni settanta.

Nel passato è stata rilevata, a seguito di indagine per mesoteliomi, la presenza di amianto in diversi contesti lavorativi; in tutti questi casi si è proceduto alla immediata bonifica.

Nell'anno 2011 a seguito di selezione di un cluster di quattro casi di tumori polmonari in occupati presso la medesima azienda del settore della lavorazione della gomma e due casi occupati presso un'azienda dismessa, i medici del lavoro hanno individuato altri casi di tumore in occupati presso le medesime ditte.

1. hanno verificato la coerenza diagnostica del caso di tumore polmonare con la possibile esposizione professionale descritta in letteratura circa i prodotti di degradazione della gomma
2. hanno effettuato sopralluoghi ripetuti presso la medesima azienda ancora attiva
3. hanno raccolto numerose sommarie informazioni testimoniali
4. hanno analizzato una numerosa documentazione clinica e documentale aziendale
5. hanno analizzato le indagini ambientali effettuate dall'azienda.

Denunce di malattie professionali all'INAIL

Tutti i casi di tumore indagati sono stati segnalati all'Istituto Assicuratore.

Ad oggi 10 casi sono già stati riconosciuti ed indennizzati.

Controlli e livelli di sicurezza: *L'indagine complessiva ha documentato un nesso di causa lavorativo certo per:*

1. esposizione dei lavoratori nel passato a numerose sostanze cancerogene derivanti dalla degradazione dei processi lavorativi
2. per ridotto contenimento del rischio da inalazione di particelle parziali (dipendente esclusivamente ad aspirazioni incomplete e poco mantenute)
3. per utilizzo nel passato di supporti per la saldatura in amianto
4. per la presenza ancora attuale di coibentazioni in amianto

Indicatori di efficacia - Prescrizioni

1. Sono state prescritte aspirazioni localizzate sull'apertura delle calandre
2. Sono stati ottimizzati gli impianti di aspirazione localizzati già esistenti
3. Sono stati completati processi di bonifica di manufatti contenenti amianto
4. Sono state richieste indagini ambientali per la verifica del contenimento del rischio
5. E' stato predisposto il registro esposti a sostanze cancerogene come previsto dal DL.gs 81/08
6. E' stata attivata la Sorveglianza Sanitaria mirata anche al Rischio cancerogeno

3.4.1.f Collaborazioni con UOOML di Desio

In collaborazione con l'UOOML dell'Ospedale di Desio è stata effettuata la ricerca degli Indicatori biologici del nichel sul condensato dell'esperto e nelle urine di inizio e fine turno in lavoratori occupati in due aziende che effettuano la lavorazione dei metalli duri.

I risultati dello studio sono stati consegnati alle aziende e presentati ai medici competenti per la diffusione e l'informazione ai lavoratori.

Collaborazioni con Altri ENTI

- **Provincia** Grazie alla stesura di un protocollo d'intesa tra ASL e Provincia si avvieranno nel 2012 controlli congiunti nel settore estrattivo per l'adempimento degli obblighi relativi alla sicurezza sul lavoro nelle cave esistenti in provincia di Como

- **Direzione territoriale del lavoro** E' stato rinnovato il protocollo d'intesa ASL-DTL per l'effettuazione di attività coordinate-congiunte nel settore delle **costruzioni** e per il controllo di aziende che effettuano manutenzioni ad alto rischio come i lavori in **ambienti confinati**

3.4.1.g Formazione e promozione della salute

- Collaborazione con UOML Desio

1. **Comparto galvanica.** La predisposizione dello studio della ricerca del nichel ha consentito l'effettuazione di 5 momenti formativi per i lavoratori. Il contenuto della formazione ha riguardato:

- l'informazione circa lo scopo dello studio
- la predisposizione igienica della raccolta dei campioni biologici
- la formazione specifica sui rischi lavorativi
- la sollecitazione all'interruzione dell'abitudine al fumo di sigaretta

- Collaborazione con Dipartimento Dipendenze ASL

2. **Settore cosmetici.** E' stata selezionata un'azienda di medie dimensioni a prevalente target femminile (100 dipendenti di cui 90 donne) in età fertile per un progetto informativo-formativo sui rischi derivanti dall'abitudine personale a fumo di sigaretta. Le azioni principali sono state:

- Contatto e richiesta di collaborazione al Datore di lavoro, MC, RSPP, RLS
- Distribuzione questionario anonimo rilevante dati soggettivi circa l'abitudine tabagica
- Raccolta questionario e distribuzione di materiale informativo sui rischi derivanti
- Invio del lavoratore, su base spontanea, all'ambulatorio "antifumo dell' ASL"

3.4.2 TUTELA DEL TERRITORIO

Nell'anno 2011 le principali tipologie di attività oggetto di controllo specifico per gli aspetti riconducibili all'igiene e sanità pubblica a tutela del consumatore sono riportate sinteticamente nella tabella seguente:

TIPOLOGIA CONTROLLO	Controlli	Campionamenti
Verifica relativa a balneabilità acque superficiali (lago)		354
Impianti natatori – Piscine aperte al pubblico	57	
Amianto	150	
Bonifiche ambientali	25	
Lotta agli infestanti allergizzanti	12	
Contenimento proliferazione zanzare e altri vettori e prevenzione focolai epidemici	5	
Sorveglianza produzione e distribuzione all'ingrosso prodotti cosmetici	15	
Sorveglianza sui centri estetici, tatuatori e/o centri di benessere fisico	90	
Indagine sullo stato delle strutture scolastiche	107	
Indagini socio assistenziali	63	
Indagini strutture sanitarie	35	
Indagini unità d'offerta sociali	57	
Prevenzione intossicazioni da CO / vigilanza ambiente indoor	628	
Prevenzione malattie trasmissibili (legionellosi)		144
Verifica struttura carceraria	2	10

3.4.2.a Acque a scopo ricreativo

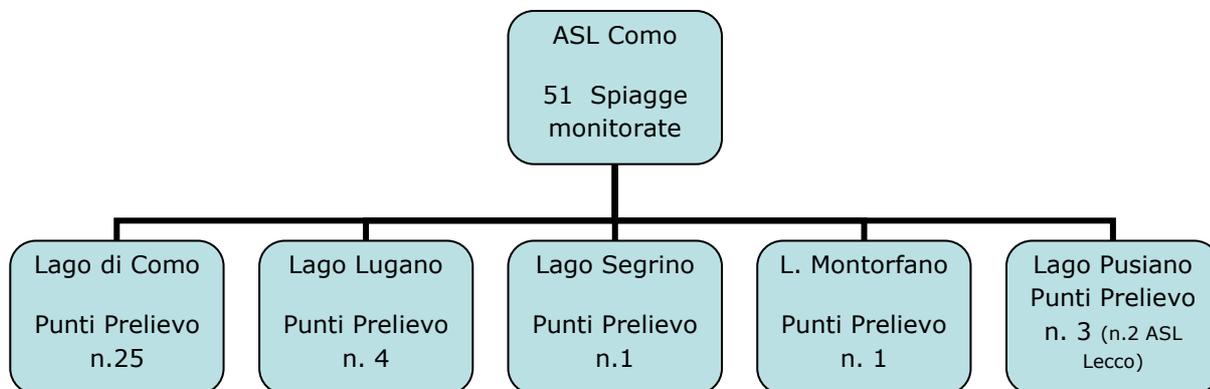
Controlli sulle acque lacustri

L'attività di controllo sulle acque di balneazione anche nel 2011 è stata effettuata, con cadenza mensile per il periodo aprile-settembre, mediante campionamenti ed analisi mirate nelle zone costiere dei laghi della provincia.

L'attività di campionamento sui laghi di Como, Montorfano, Segrino, Pusiano e Lugano ha riguardato **34** punti di prelievo rappresentativi di **51** spiagge idonee alla balneazione. I campionamenti effettuati per la valutazione dei parametri chimico-fisici e batteriologici sono stati **204**.

Questa ASL, considerando la rilevanza turistica delle nostre coste ed al fine di elevare il livello di controllo, ha ritenuto opportuno continuare ad attuare il "Piano di Monitoraggio Algale", iniziato nel 2001, per le stazioni balneari ubicate sulle rive dei 5 laghi suindicati, con **13** punti prelievo significativi effettuando **150** campionamenti per lo studio delle alghe potenzialmente tossiche e delle tossine da esse prodotte.

Per una più efficace tutela dei bagnanti, all'attività di controllo sopra descritta è stata affiancata la rilevazione – mediante collaborazione dei medici di medicina generale e delle strutture sanitarie territoriali – di eventuali segnalazioni di eventi o manifestazioni cliniche correlabili alla balneazione, compreso l'utilizzo di impianti di piscina descritti nel paragrafo seguente.

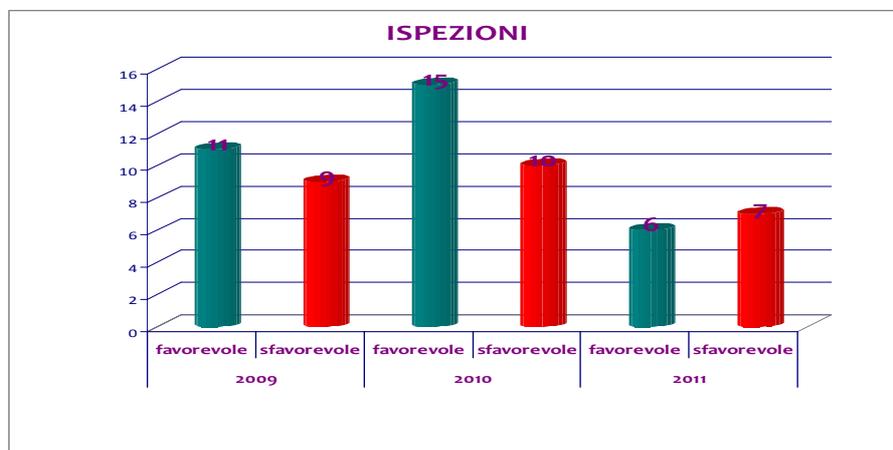


Controlli sugli impianti natatori – piscine aperte al pubblico

Nel 2011, in continuità con il Piano triennale 2008 – 2010, si è mantenuta l'attività di controllo sugli aspetti strutturali e gestionali degli impianti natatori per la categorizzazione del rischio di ciascuno di essi: sono state effettuate **13** verifiche ispettive.

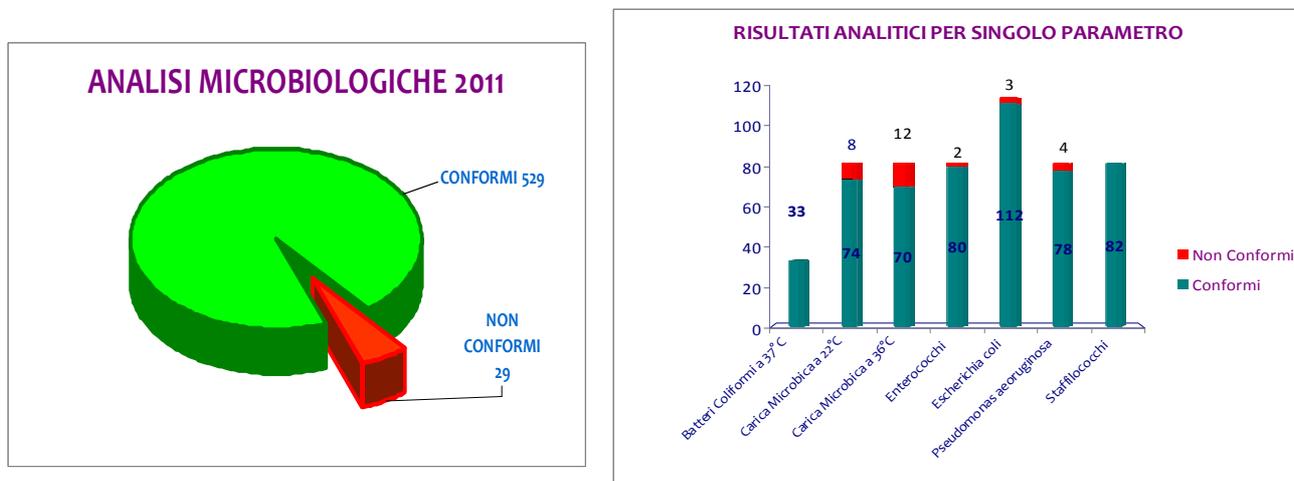
In tali controlli si sono in particolare verificati: l'attività di autocontrollo del gestore, i trattamenti di disinfezione ed effettuati **130** campionamenti delle acque in ulteriori **44** controlli.

Nel grafico seguente è rappresentata l'attività effettuata nell'ultimo triennio 2009 – 2011, con l'evidenza dei controlli con esito sfavorevole.

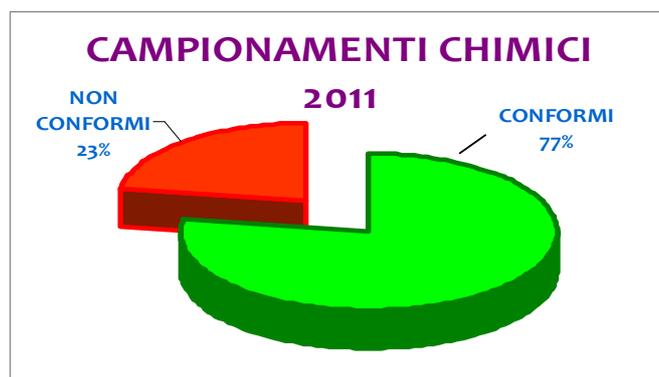


I campionamenti sono stati concentrati nelle realtà ad alta fruibilità.

Le ricerche microbiologiche hanno evidenziato alcune non conformità relative al mantenimento degli indici di garanzia correlabili ad una costante disinfezione delle acque di approvvigionamento e di ricircolo, nonché causate dalla mancanza di procedure di controllo in relazione al numero ed al tipo dei frequentatori contemporanei delle vasche oggetto di controllo.



Per quanto riguarda i parametri chimici e microbiologici la criticità evidenziata è causata da valori discontinui di cloro libero attivo nelle acque di balneazione (vasche); ciò si ricollega ad una carenza, da parte dei gestori, dell'attuazione dei sistemi di autocontrollo integrati da monitoraggi e campionamenti interni.



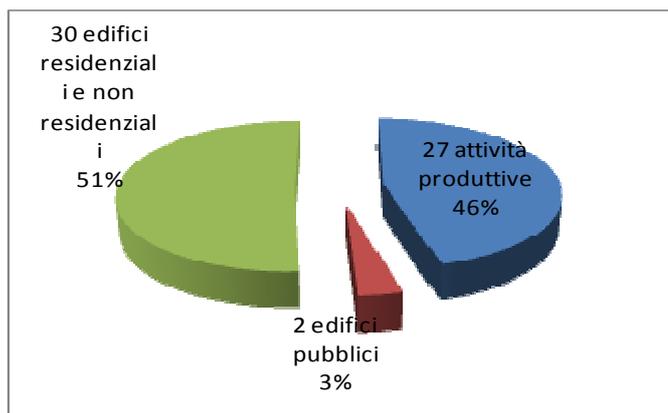
Guadagno di salute: anche nel 2011 si è registrata l'assenza di segnalazioni da parte di medici di base e/o strutture specialistiche ospedaliere di patologie correlate alla balneazione. Ciò evidenzia la necessità di mantenere viva l'attenzione sui possibili rischi derivanti dall'utilizzo di acque a scopo sportivo/ricreativo e l'utilità dei controlli ispettivi e dei monitoraggi delle acque.

3.4.2.b Rischio amianto

La problematica amianto, tema di grande attenzione per il rischio sanitario correlato all'esposizione a tale sostanza, ha visto nel 2011 continuare un'azione di rilievo in diverse fasi in attuazione alle indicazioni del Piano Regionale Amianto Lombardia (PRAL).

- censimento siti interessati: è stata implementata l'anagrafica regionale "registro on-line" raggiungendo complessivamente **n. 3891** siti/strutture interessate dalla presenza di amianto in matrice compatta o friabile; ogni notifica è stata oggetto di un'analisi tecnica;

- effettuazione di **91** particolari valutazioni tecniche documentali dei nuovi siti censiti e **59** sopralluoghi ispettivi con valutazione dello stato di conservazione delle coperture in cemento-amianto (*vedi grafico*), verificando in particolare i siti con coperture in cemento-amianto di maggiore estensione (> 800/1000 mq) cui si sono aggiunte le verifiche a seguito di esposti ritenuti significativi anche in occasione di eventi accidentali.
- Le valutazioni effettuate e soprattutto le verifiche sul campo hanno permesso di:
 - accertare una ulteriore presenza di amianto non correttamente censita dai proprietari o gestori dei siti;
 - informare gli interessati in relazione al rischio amianto;
 - fornire indirizzi tecnici ed operativi sul monitoraggio dello stato di conservazione dei manufatti;
 - richiedere alle Autorità locali l'emissione di provvedimenti al fine degli interventi contingibili ed urgenti.
- valutazione in coordinamento con ARPA di aree soggette a piani di caratterizzazione nell'ambito di bonifiche ambientali.



Per migliorare l'azione di sensibilizzazione alle disposizioni previste dal PRAL si sono attuati contatti ed incontri e un front-office tecnico continuo con associazioni e pubbliche amministrazioni che hanno favorito il progredire dell'attività di censimento con invito alla valutazione del rischio amianto e monitoraggio dello stesso da parte dei proprietari e detentori delle strutture.

Guadagno di salute: L'attività di controllo sul territorio permette di monitorare il rischio igienico ambientale nonché a mantenere un'integrazione con il Registro dei mesoteliomi previsto dal PRAL

3.4.2.c Pianificazione Urbanistica e Bonifiche ambientali

Nel 2011, proseguendo l'attività già impostata, è stata realizzata una maggior integrazione con ARPA in relazione a valutazioni igienico-ambientali; ciò ha permesso anche di avere maggiori elementi di conoscenza della situazione igienico-ambientale complessiva del territorio.

- L'attività svolta dalla ASL di Como, relativamente all'ambito di intervento di che trattasi, è sinteticamente illustrata nella tabella che segue:

Tipologia	Anno 2011	
	N. pareri	N. indagini ispettive
Aree dismesse		2
Interventi per emergenze (Incidenti con sversamenti, emissioni, incendi, ecc.)		2
Interventi ispettivi per bonifiche ambientali		16
Pareri per bonifiche ambientali	19	

- A tutt'oggi permangono alcune criticità legate principalmente a:
 - necessità di una maggiore omogeneità ai fini della valutazione
 - adeguamento del sistema informatico all'esigenza di registrare compiutamente dette attività al fine di facilitare la successiva estrazione dei dati.

In relazione alle problematiche igienico-ambientali si sta rafforzando una maggior sinergia con Comuni, Provincia ed altre Istituzioni al fine di un miglior coordinamento nelle indagini e valutazione delle problematiche.

Considerate le esigenze professionali e la complessità delle argomentazioni trattate, in particolare relative alle valutazioni di natura igienico-urbanistica o igienico-sanitaria per recupero e bonifica ambientale dei siti, è in corso un'analisi delle necessità organizzative e professionali per migliorare l'integrazione tra le unità organizzative aziendali e tra il Dipartimento di Prevenzione Medico e le altre Istituzioni coinvolte.

Sulla base delle necessità del territorio e alla luce degli indirizzi regionali al riguardo, si ritiene utile individuare percorsi di miglioramento che investano:

- le problematiche che necessitano di particolare attenzione all'integrazione tra professionisti che si occupano di prevenzione e programmazione;
- più specifiche valutazioni dell'impatto delle realtà produttive sulla popolazione in particolar modo per il rischio chimico;
- l'esigenza di una mappatura del territorio in relazione alle situazioni di rischio ed in particolare a quello correlato a sostanze che, anche per eventi accidentali, potrebbero potenzialmente causare problematiche sanitarie per emissioni atmosferiche o sversamenti sul suolo e nel sottosuolo.

Guadagno di salute: *L'attività di controllo sul territorio e di supporto alle Amministrazioni Comunali consentono scelte atte a favorire il miglioramento del contesto territoriale e la tutela della salute della popolazione.*

3.4.2.d Lotta agli infestanti

Proseguendo l'attività di monitoraggio pollinico, in corso da circa un decennio, grazie ad una collaborazione con la Fondazione scientifica Minoprio, anche nel 2011 è proseguita la collaborazione con il Dipartimento Provinciale di Allergologia, con disponibilità dei dati di diffusione dei pollini nel periodo febbraio-novembre 2011; gli stessi dati di monitoraggio, in forma grafica di semplice interpretazione, sono pubblicati sul sito internet aziendale con aggiornamento settimanale e resi fruibili alla popolazione in relazione al livello di diffusione dei pollini delle specie erbacee ed arboree più significative per il rischio sanitario.

Le amministrazioni locali ed in particolar modo i comuni sono costantemente attivati per la mappatura ed il monitoraggio del rischio per presenza di Ambrosia.

Anche in considerazione delle numerose segnalazioni ricevute, sono state effettuate diverse verifiche in campo al fine di fotografare la situazione di alcune zone più a rischio e prontamente sollecitare l'intervento da parte degli enti territorialmente competenti.

Nel 2011 sono state effettuate n. **12** specifiche valutazioni tecniche con sopralluoghi ispettivi al fine di valutare situazioni di rischio segnalate.

Guadagno di salute: *L'attività di mappatura territoriale e il monitoraggio delle concentrazioni polliniche consentono:*

- a) una conoscenza puntuale delle aree a rischio più elevato per indirizzare gli interventi di bonifica;*
- b) di supportare le attività dei medici specialisti per la prevenzione delle manifestazioni allergiche nella popolazione.*

3.4.2.e Contenimento proliferazione zanzare e altri vettori e prevenzione controllo dei focolai epidemici

Considerato l'evidenziarsi del rischio per la proliferazione della zanzara tigre (*Aedes Albopictus*) ed altri vettori di focolai epidemici, le segnalazioni al riguardo e la necessità di un'analisi del territorio al fine di azioni preventive, nel 2011 si sono mantenute le seguenti iniziative:

- Coinvolgimento di tutti i comuni della provincia di Como per:
 - mappatura delle aree a maggior rischio per il presenza di zanzara tigre ed altri vettori di focolai epidemici;
 - corretta informazione alla popolazione per prevenire i rischi e contenere la proliferazione degli insetti indesiderati con adozione di comportamenti e gestioni ambientali adeguate;
- Creazione di apposite pagine informative sul sito internet aziendale per corrette informazioni alla popolazione;
- Valutazione e alimentazione del data base con tutte le iniziative comunali, referenti comunali della materia e individuazione di siti coinvolti alla problematica e delle programmazione di interventi di disinfezione e disinfestazione.

Sono state diffuse a tutti i Sindaci informazioni relative alla sorveglianza sanitaria per la presenza di zanzara "AEDES KOREICUS" potenziale vettore di arbovirus per l'uomo e per gli animali ("Japanese encephalitis" e "Dirofilaria immiti").

In riferimento ai rischi sanitari causati dalla "Processionaria del Pino" sono state rinnovate ed le informazioni anche attraverso il sito aziendale ed effettuati alcuni campionamenti su segnalazione in occasione di rischi in essere con emanazione di pareri e richieste di intervento al fine di controllare i rischi sanitari.

Guadagno di salute: *L'attività di mappatura in essere risulta necessaria al fine di acquisire informazioni utili all'integrazione con la sorveglianza sanitaria nei siti con presenza di vettori. Il supporto alle Amministrazioni comunali consente di ridurre la presenza di situazioni di rischio sul territorio e l'informazione alla popolazione guida a corretti comportamenti individuali.*

3.4.2.f La qualità dell'acqua potabile e la tutela delle risorse idriche

La promozione della qualità dell'acqua potabile e la tutela delle risorse idriche continuano ad essere obiettivi fondamentali per la garanzia di questo bene prezioso.

La distribuzione di acqua potabile deriva da: l'emungimento tramite acqua superficiale per la città di Como, un gran numero di sorgenti intorno al lago di Como e nell'Erbese ed un restante nutrito numero di pozzi nei distretti Sud-Ovest e Brianza ai confini con le province di Varese e Milano.

In quanto alla qualità dell'acqua distribuita, mentre la situazione dell'inquinamento chimico appare trascurabile o irrilevante (nessuna deroga e pochissime situazioni da tenere monitorate) permane critica la qualità microbiologica per il territorio del Medio Alto Lario, anche se il continuo miglioramento ha prodotto significativi risultati nel 2011 e sta compiendo un decisivo passo di efficacia nel 2012.

A partire dal 2010, ai fini del miglioramento della qualità e di affinare la programmazione del controllo, si è verificata la predisposizione e valutazione dei piani di controllo interno dei gestori degli acquedotti e la loro attuazione, con un questionario dettagliato, necessario per la conoscenza, verifica e valutazione dei piani di controllo interno. I questionari oggetto di esame e valutazione con la verifica di tutte le situazioni di criticità degli impianti acquedottistici hanno consentito di segnalare nel 2011 a tutti gli Enti gestori le criticità riscontrate con un percorso di miglioramento da attuare. Le informazioni assunte tramite i questionari sono state altresì utilizzate per la programmazione di sopralluoghi sperimentali con la metodologia dell'"audit" svolti alla fine dell'anno 2010, metodologia stabilizzata nel 2011.

Inoltre nel 2011 si è rivista la modulistica da inviare agli enti gestori in caso di non conformità e potabilità, meglio affinando le comunicazioni e le indicazioni in tutti i casi specifici.

Le conoscenze acquisite attraverso i questionari e gli audit hanno permesso un significativo primo aggiustamento del programma di monitoraggio sulle reti acquedottistiche nel 2011, con una riduzione del numero di campionamenti. Tale percorso, integrando campionamenti, audit, ispezioni alle fonti, e conoscenza dei controlli interni, proseguirà nei prossimi anni. L'ulteriore affinamento della problematica permetterà anche l'espressione più puntuale di giudizi sugli acquedotti comunali che tengano conto anche delle analisi di controllo interno.

Poiché le non potabilità e le non conformità chimiche sono praticamente nulle e quelle microbiologiche riscontrate si concentravano principalmente nel distretto Medio Alto Lario, nel 2011 ci si è concentrati ad affrontare tale problematica e di seguito sono riportati solo le % di tali zone a dimostrazione del lavoro svolto.

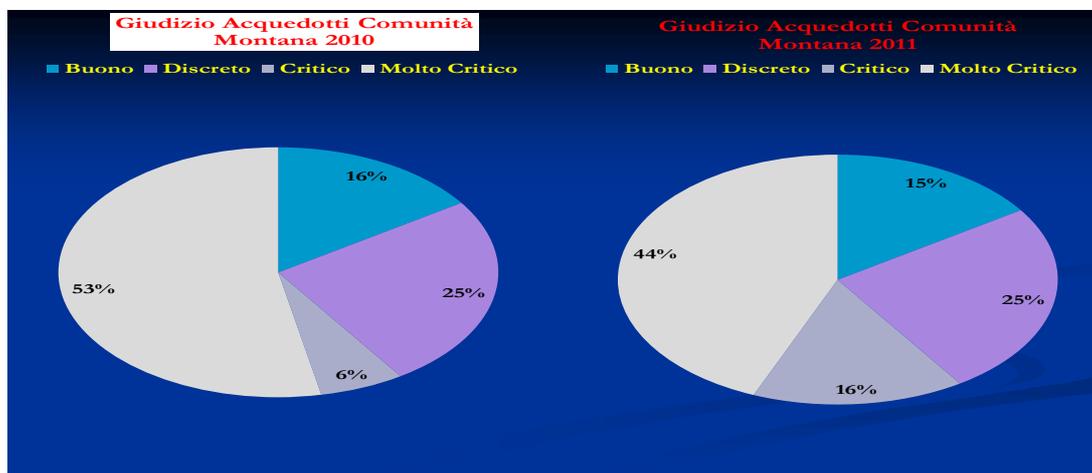
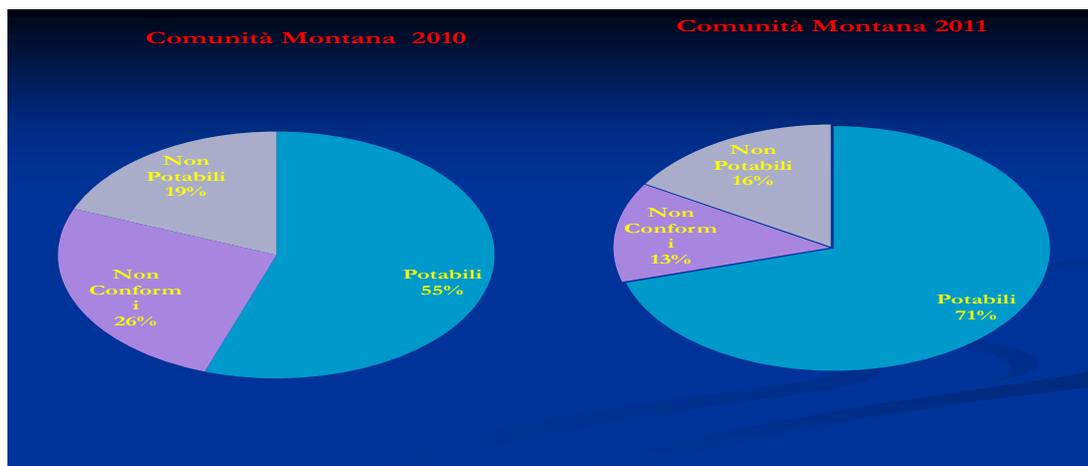
Tale analisi ha potuto sviluppare un progetto d'intesa con le 2 comunità montane del territorio che nel 2012 sta viepiù contribuendo a migliorare la situazione attraverso incontri di informazione e formazione con tutti gli enti gestori, facilitazioni per favorire prelievi interni almeno ogni mese, continua collaborazione anche nell'utilizzo di corretti manuali di controllo interno per la gestione degli acquedotti. I risultati di tale sforzo saranno illustrati nel report del prossimo anno.

In ogni caso tutta la situazione è in continuo miglioramento sotto la spinta di ASL, Provincia ed Ato che, in occasione delle conferenze dei servizi per la sanatoria, e/o il permesso all'utilizzo delle fonti di emungimento, suggeriscono e prescrivono alle Amministrazioni comunali lavori di messa in sicurezza tali da migliorare la qualità dell'acqua distribuita. Inoltre anche in queste zone a nord, come è ormai consolidato nelle zone urbane e pianeggianti dell'Alta Brianza e del sud della provincia dove non si rilevano problemi d'inquinamento microbiologico, stanno crescendo a poco a poco consorzi ed enti gestori acquedottistici specializzati, in grado di pianificare con competenza il risanamento delle fonti e tener sotto controllo la situazione.

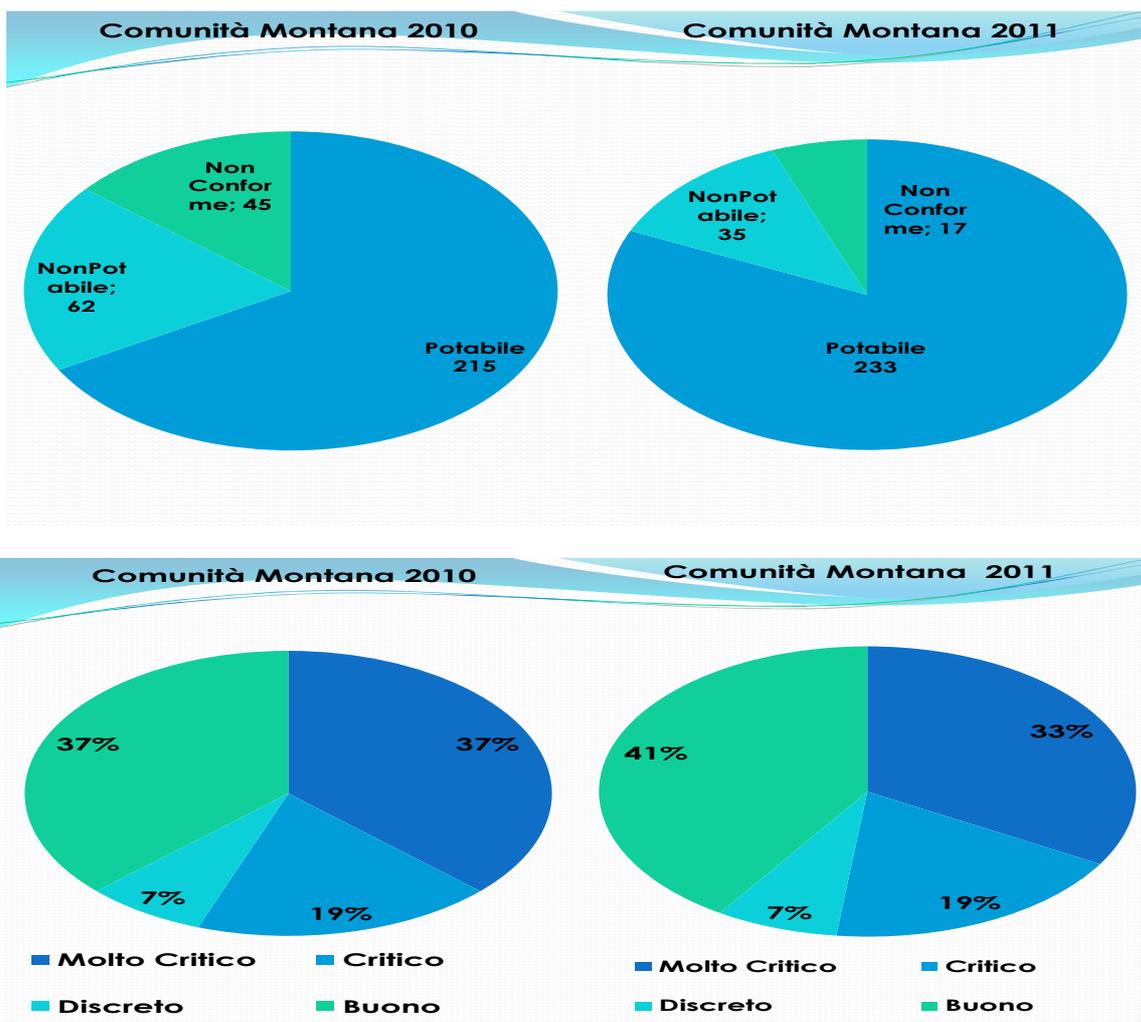
Anche nel 2011 è stata effettuata l'attività di controllo puntuale delle fonti di emungimento iniziata nel 2008 con 211 ispezioni, proseguita nel 2009 con 76 strutture vigilate, nel 2010 con 83 strutture e quest'ultimo anno 2011 con **56**.

Nelle tabelle che seguono è riassunta la situazione in specifico della parte nord ASL (quella già citata e più critica) relativamente al numero di prelievi ed alla % degli esiti potabili e non conformi in qualità e non potabili sia dal punto di vista microbiologico che chimico.

Comunità montana Valli del Lario e del Ceresio



Comunità Montana Lario Intelvese



Controlli e livelli di sicurezza: vigilanza e conoscenza approfondita dei controlli interni, audit, ispezioni alle fonti, conferenze dei servizi ed analisi sistematica degli esiti analitici ci permetteranno di spostare le risorse con una più specifica attenzione a quelle situazioni più a rischio dove gli Enti gestori non garantiscono un buon controllo interno. Ciò soprattutto in quelle situazioni molto critiche già citate di non potabilità microbiologiche dove sarà utile perseguire incontri informativi e formativi (già pianificati con ATO) con Comuni, Enti gestori e comunità montane per illustrare loro l'importanza delle prescrizioni e dei giudizi dati e la necessità di un buon controllo interno ai fine di tutelare la salute dei cittadini migliorando vieppiù la qualità dell'acqua distribuita.

3.4.3 I CONTROLLI A TUTELA DEL CONSUMATORE

3.4.3.a Tutela e sicurezza alimentare

Le azioni in questo ambito hanno l'obiettivo di contenere quella quota di malattie e intossicazioni determinate da alimenti non idonei sia che provengano dalla rete di commercializzazione che somministrati in esercizi aperti al pubblico o collettivi come pure nella preparazione domestica.

In relazione agli aspetti di sicurezza alimentare e di tutela della salute dei consumatori occorre osservare che patrimonio culturale dei Dipartimenti di Prevenzione sia Medico che Veterinario è la programmazione coordinata e congiunta delle attività di sorveglianza e controllo.

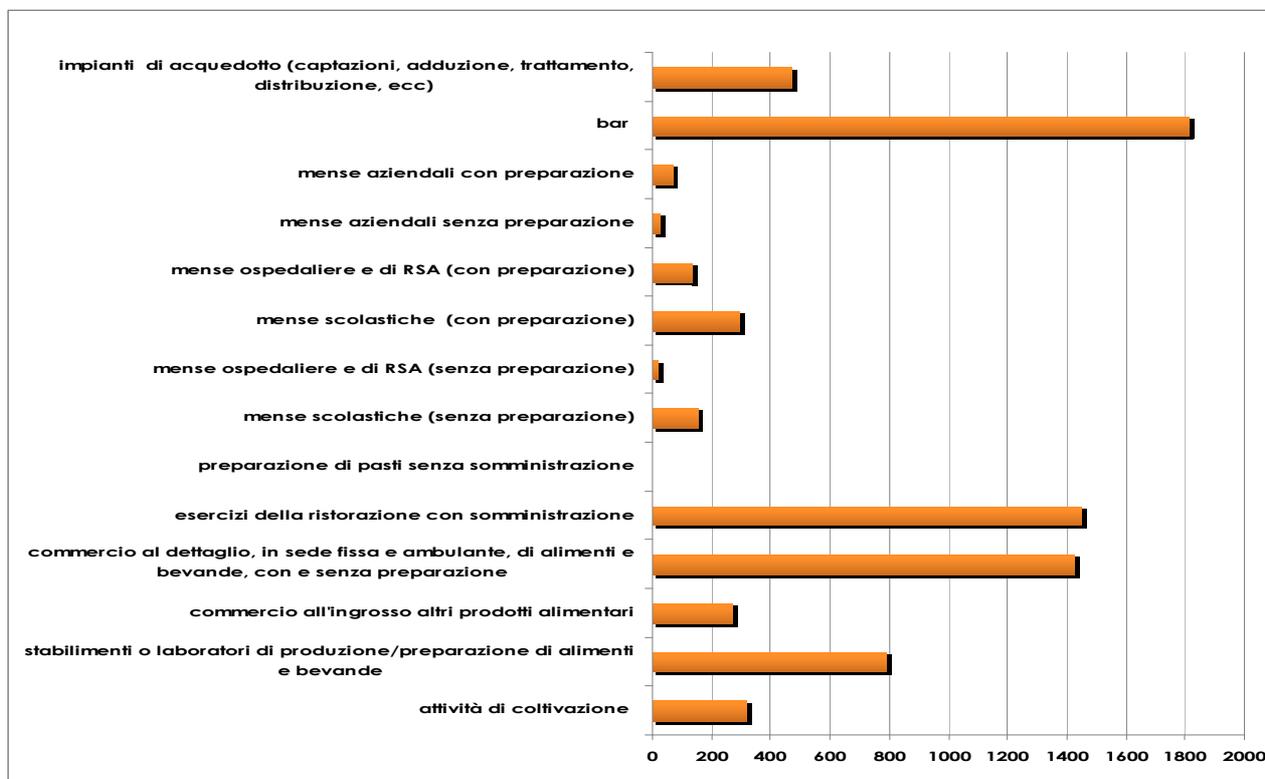
Le ditte alimentari presenti sul territorio si concentrano

- per la ristorazione pubblica nelle zone più turistiche (intorno ai laghi e nelle Comunità Montane)
- per la produzione primaria orticola nella zona sud del Lomazzone ed intorno a comune di Como (Carnago Volta).

Per le altre categorie vi è una distribuzione pressoché omogenea.

Vanno segnalate fra le industrie di un certo peso due grosse ditte di acque minerali e bibite (nel menaggino e nel lomazzone), 2 aziende vinicole e un oleificio nell'alto Lario, un mulino nell'erbese, un produttore di integratori alimentari nel triangolo Lariano, uno di caramelle ed uno di dolci nell'olgiatese. Di recente attivazione è un'importante industria di cioccolato e una produzione di cibi speciali per celiaci nell'erbese.

Attività del settore alimentare – Fonte ASL Como – Archivio 4D Prevenzione – aggiornato al 1.12.2011



Controlli e livelli di sicurezza: nel 2011 sono state controllate 1429 strutture effettuando n.1512 sopralluoghi (con solo il 3,5% di ricontrulli contro il 10% del 2009). Nel 2011 la % di strutture ad alto rischio (1-2) controllate sul totale si attesta al 63% contro il 54% del 2010.

Col Dipartimento di Prevenzione Veterinario, oltre a coordinare la programmazione sulle attività di interesse comune, sono stati effettuati n. 56 sopralluoghi congiunti in agriturismi, scuole, asili nido e feste popolari a lunga durata.

All'attività di controllo si affiancano i campionamenti di matrici alimentari: OGM, chimici e microbiologici saliti a 750 nel 2011; quanto agli esiti nessuna analisi ha riscontrato patogeni, ma solo alcune non conformità legate a scarsa qualità per i parametri di igiene di processo in quanto si è iniziata l'attività di ricerca di tamponi ambientali e "scatole nere" nelle RSA (ben 155 che hanno contribuito al cospicuo innalzamento numerico).

Come consuetudine ormai da anni dal mese di aprile fino a tutto il mese di novembre 2011 è stato attivo il servizio gratuito dell'ASL della provincia di Como per il riconoscimento dei funghi.

Inoltre, da agosto fino a novembre, ha funzionato il servizio di pronta disponibilità micologica, che su segnalazione dei medici o dei servizi di pronto soccorso, interviene per individuare le specie fungine causa di eventuali intossicazioni, consentendo una pronta terapia specifica. L'attività in funzione dal 2000, anche nel 2011 è stata estesa all'ASL della provincia di Lecco.

Nel territorio provinciale, si sono avuti 5 casi di intossicazione (rispetto ai 9 del 2010), che hanno coinvolto 10 persone.

Le intossicazioni, come al solito, sono state determinate da funghi (boleti e chiodini) cotti poco o male o ingeriti da crudi o in grandi quantità. Solo due intossicazioni sono state causate da funghi velenosi, un'Amanita muscaria scambiata per caesarea ed un Inocybe raccolta da un bambino ma senza alcuna conseguenza.

anno di raccolta	funghi visitati (kg)	funghi confiscati e distrutti (kg)	numero utenti privati	numero casi di intossicazioni (persone coinvolte)
2001	397	98	306	14 – (24)
2002	218	61	246	6 – (12)
2003	174	42	172	5 – (9)
2004	335	86	350	6 – (12)
2005	721	142	640	15 – (35)
2006	521	99	479	9 – (18)
2007	159	22	154	7 – (19)
2008	260	42	224	4 – (6)
2009	237	71	277	1 – (3)
2010	204	49	213	9 – (18)
2011	81	33	106	5 – (10)

Controlli e livelli di sicurezza: ancora una volta le intossicazioni hanno riguardato soggetti che non avevano usufruito del servizio di riconoscimento offerto dalla ASL e quindi è sempre più necessario sensibilizzare tramite tutti gli strumenti possibili i raccoglitori a "frequentare" maggiormente i nostri Ispettorati Micologici.

3.4.3.b Standard di funzionamento dei Servizi ASL competenti in materia di sicurezza alimentare

Con deliberazione n. 320 del 23.06.2011 l'ASL ha recepito il Documento regionale, avviando il processo di revisione dei documenti/procedure aziendali in essere in coerenza con le indicazioni contenute nel documento stesso.

Il percorso seguito ha visto il lavoro congiunto dei Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario che - attraverso un Gruppo di lavoro costituito da operatori afferenti ad entrambi - ha portato all'aggiornamento delle procedure di audit - ispezione - certificazione - campionamento secondo le linee regionali, nonché alla loro integrazione con idonea modulistica.

Le procedure sono state approvate nella riunione della Conferenza di Sanità Pubblica tenutasi il 20.12.2011.

Sono programmati nel 2012 momenti di incontro/formazione con gli operatori e verifiche sulla loro applicazione.

3.4.3.c Audit Ministeriale sul Sistema Sanitario Regionale con riferimento alla Sanità Pubblica Veterinaria e agli Alimenti

I Servizi facenti parte dell'Area Interdipartimentale di Igiene e Sicurezza Alimentare in data 16 giugno 2011 sono stati coinvolti dalla U.O. Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria nell'Audit del Ministero della Salute.

Anche in questa circostanza è stata positiva l'attività congiunta tra i Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario per la predisposizione della documentazione e la preparazione dell'incontro, confortata dal buon giudizio espresso dai valutatori.

3.4.3.d Sistema di allerta dei prodotti alimentari

La ASL partecipa al sistema di allerta regionale, nazionale ed internazionale a tutela dei consumatori.

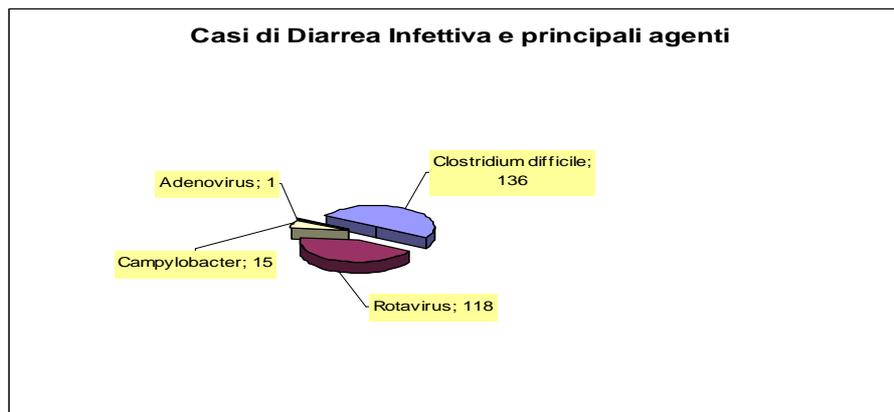
Le allerte sono state 36 con 230 indagini di cui 34 ispettive.

Tutte sono originate all'esterno della provincia.

3.4.3.e Efficacia dell'attività di controllo: andamento delle malattie trasmesse da alimenti in ambiente domestico ed in collettività

Nel corso del 2011 i casi totali di diarrea infettiva sono stati **270**, sostenuti da differenti agenti eziologici come indicato nella tabella e nel grafico seguenti:

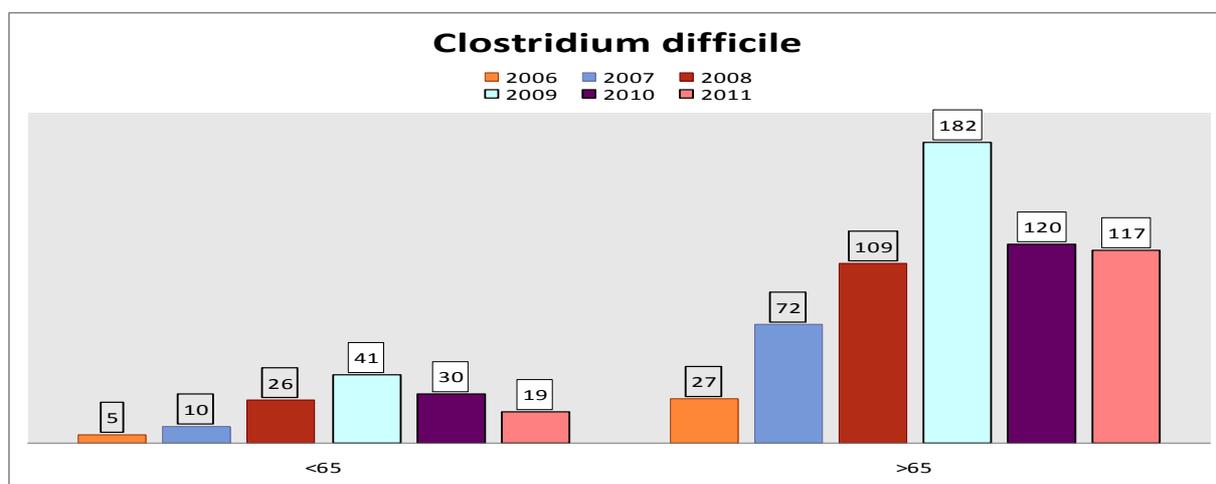
Famiglia Agente Eziologico	Agente Eziologico Dettaglio	TOT
CLOSTRIDI	CLOSTRIDIUM DIFFICILE	136
ENTEROBATTERI ESCLUSO SALMONELLE	CAMPYLOBACTER COLI	2
	CAMPYLOBACTER JEJUNI	3
	CAMPYLOBACTER SPP	10
ENTEROVIRUS	ADENOVIRUS	1
	ROTAIVIRUS	118



I casi complessivi segnalati nell'anno 2011 si mantengono in linea con il dato riferito all'anno 2010 confermando peraltro un incremento considerevole delle segnalazioni relative agli ultimi due anni rispetto al periodo precedente. La maggior incidenza è attribuibile ai casi sostenuti da *Clostridium difficile* (50,3%) e da *Rotavirus* (43,7%).

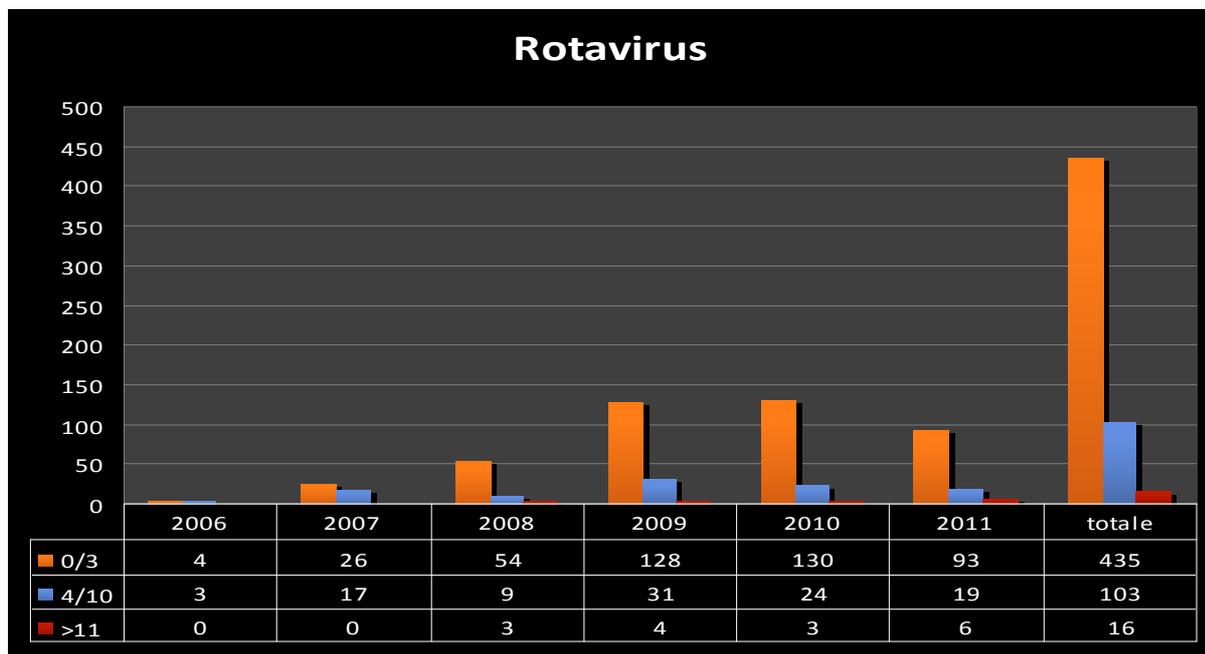
Le forme da *Clostridium difficile*, in accordo con quanto riportato in letteratura scientifica, hanno coinvolto prevalentemente soggetti di età > 65 anni, affetti da patologie gravi concomitanti o recentemente sottoposti a interventi chirurgici. Tra i fattori di rischio prevalgono la terapia antibiotica protratta e/o combinata, spesso effettuata con farmaci ad ampio spettro d'azione che alterano la normale flora batterica intestinale. L'infezione in **77 casi su 136** è risultata correlata ad **esposizione nosocomiale** o ad istituzionalizzazione, confermando che il problema attualmente non riguarda solo l'ospedale, ma anche tutte le strutture in cui si pratica assistenza sanitaria (es. reparti riabilitativi, lungodegenze, RSA).

Raffronto dei casi in età adulta e in età anziana >65 anni – anni 2006/2011



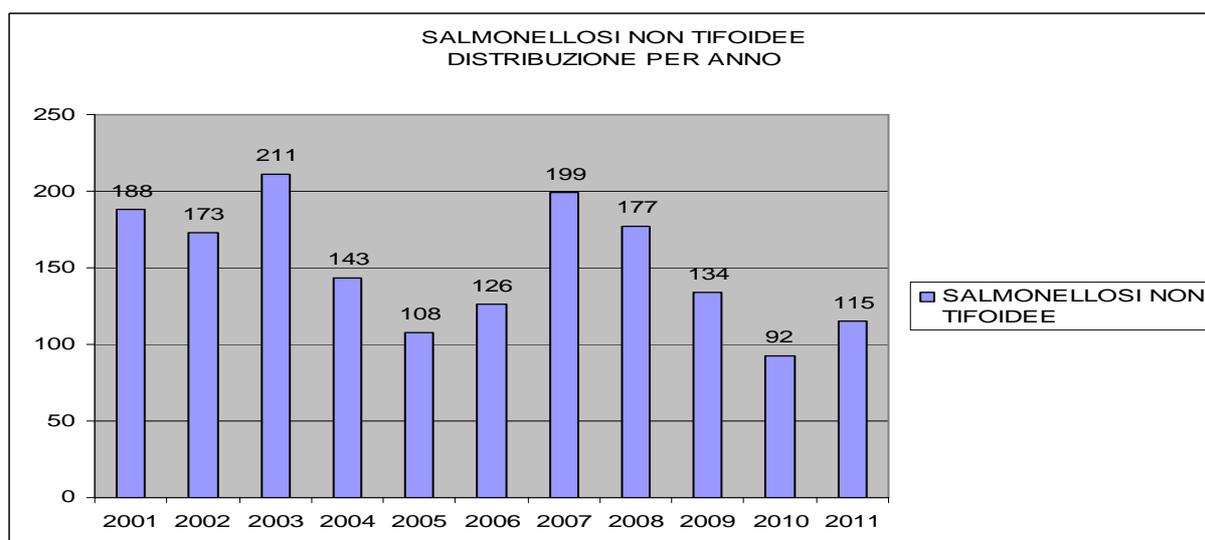
E' stabile l'andamento delle segnalazioni di **diarrea da Rotavirus**; il monitoraggio di questa infezione, che interessa in particolare la prima infanzia, è importante per la definizione di una politica di offerta vaccinale a fronte della disponibilità del vaccino.

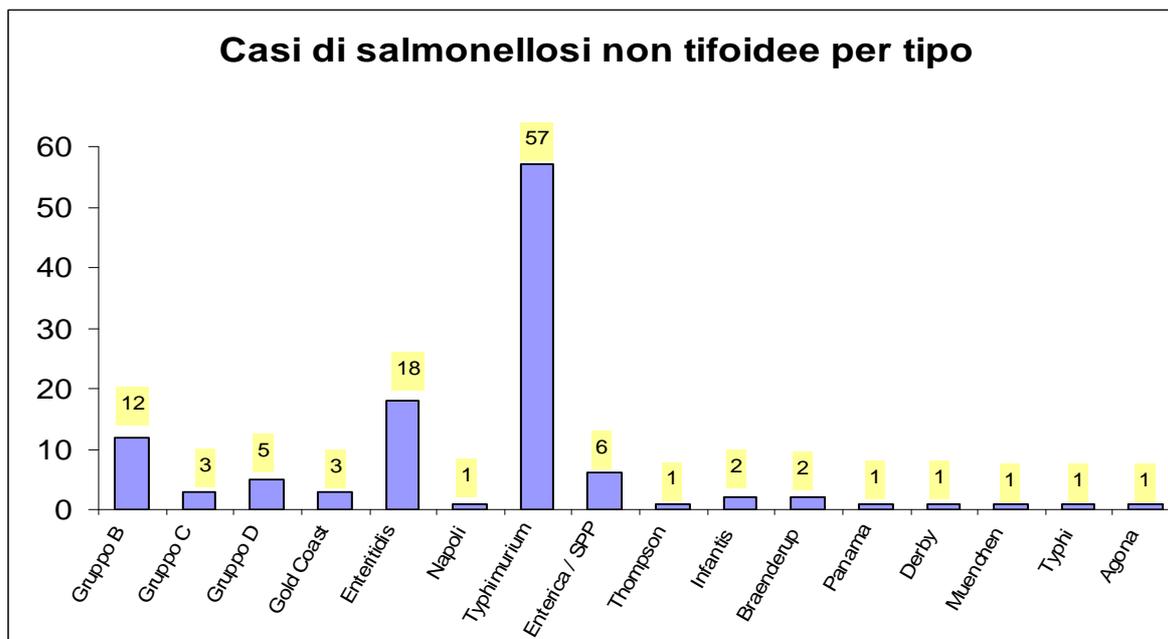
Distribuzione dei casi per fascia d'età – anni 2006/2011



15 i casi segnalati di **diarrea da Campylobacter**, in molti dei quali non è stata individuata una fonte di contagio significativa.

Le **salmonellosi non tifoidee** mostrano un'incidenza (**115 casi nel 2011**) che sembra confermare un trend in diminuzione negli ultimi anni. Secondo le indicazioni regionali a partire dall'anno 2009 in collaborazione con i laboratori d'analisi, ci si è posti l'obiettivo di giungere alla tipizzazione nel maggior numero di ceppi isolati. Nel corso del 2011 sono stati tipizzati l'80% dei ceppi. Permane invece la difficoltà nell'identificazione della fonte d'infezione, anche se prevalentemente il contagio è da attribuirsi al consumo di alimenti di errata preparazione/conservazione domestica.





Significativa per la verifica dell'impatto degli interventi di tutela dell'igiene degli alimenti e della salute del consumatore è la valutazione dei **focolai di patologie trasmesse da alimenti**. Nella tabella che segue il numero dei focolai e le persone coinvolte, raffrontate per gli anni 2008-2011.

PATOLOGIA	ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011	
	n. focolai	n. persone coinvolte						
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	4	13	10	27	0	0	4	8
EPATITE A	0	0	1	3	0	0	1	2
INFEZ./TOSSINF/INTOSSICAZIONI ALIMENTARI	0	0	1	3	1	2	2	8
TOTALE	4	13	12	33	1	2	7	18

L'unico focolaio segnalato di epatite A ha coinvolto due fratelli di 6 e 3 anni che hanno consumato alimenti contaminati durante un breve soggiorno in Marocco, paese d'origine dei genitori.

Tale evenienza non costituisce un episodio isolato; altri due focolai familiari negli ultimi 5 anni hanno coinvolto bambini in tenera età, figli di immigrati, al ritorno da un viaggio nel paese d'origine dei genitori. E' pertanto auspicabile una maggior opera di sensibilizzazione da parte dei curanti nei confronti dei cittadini stranieri affinché, prima di ogni rientro in patria, accedano agli ambulatori Asl del viaggiatore internazionale per un counseling ed eseguano la vaccinazione antiepatite A, particolarmente consigliata ai bambini.

Si nota come solo nei **due piccoli focolai di tossinfezione e intossicazione alimentare** segnalati siano state coinvolte strutture di ristorazione pubblica. Di seguito l'analisi di dettaglio dei due eventi:

- primo focolaio coinvolgente due persone adulte presentanti un quadro di **sindrome sgombroide**, caratterizzata da cefalea pulsante, bruciore orale, dolori addominali, nausea, palpitazioni insorte nelle ore successive il consumo di un pasto a base di pesce presso un ristorante locale; gli accertamenti sulla matrice alimentare hanno dato esito negativo per presenza di istamina.

A questo proposito si segnalano altri due casi singoli di analoga sindrome notificati nell'anno sempre a seguito di ingestione di pesce in strutture di ristorazione.

Tali dati sostengono l'utilità dell'attività di controllo espletata dal Servizio Veterinario sulle strutture addette alla conservazione e produzione di alimenti a base di pesce al fine di verificare che non vengano attuate modalità scorrette di conservazione/immagazzinamento favorevoli all'insorgenza dei processi di degradazione che, producendo istamina, sono alla base dell'insorgenza della sindrome sgombroide.

- **secondo focolaio** coinvolgente un gruppo di 6 amici presentanti un quadro di gastroenterite acuta dopo il consumo di una pietanza a base di carne nell'ambito di una festa popolare. In quest'ultimo caso le indagini analitiche sulla matrice alimentare hanno dimostrato la presenza di **Clostridium perfringens** presumibilmente a causa di una cattiva conservazione dell'alimento.

Controlli e livelli di sicurezza: occorre mantenere l'azione di controllo e vigilanza con particolare riguardo a quegli esercizi dove effettivamente la contaminazione può avvenire e provocare eventi patologici; ciò implica la necessità di migliorare la categorizzazione del rischio e la % di controlli su quelle ditte che sono state definite a rischio 1 e 2.

Guadagno di salute: permane limitato il numero di focolai e delle persone coinvolte. La modalità prevalente di contagio è da imputarsi ad una scorretta preparazione domestica degli alimenti. Ciò suggerisce l'opportunità di mantenere l'informazione sulle buone pratiche di igiene anche in ambito domestico. Sono state coinvolte strutture di ristorazione pubblica nei focolai di sindrome sgombroide e nel focolaio da *Clostridium perfringens*; occorre pertanto proseguire un'azione di vigilanza mirata in base al principio della categorizzazione del rischio, estendendo nel futuro il controllo delle attività che esercitano soprattutto in orari serali/notturni e festivi. L'andamento degli episodi di intossicazione da funghi confermano la positività del servizio offerto e la necessità di incrementare la conoscenza al pubblico.

3.4.3.f Sistema di allerta dei prodotti non alimentari

La normativa comunitaria in relazione al rischio chimico con classificazione di sostanze, miscele ed articoli commercializzati dai paesi comunitari può essere considerata un cambiamento radicale verso una completa responsabilizzazione dell'industria produttiva e commerciale al fine di un governo della sicurezza, del rischio chimico, e dei risvolti sia sulla salute e sicurezza della persona umana (lavoratore e/o consumatore) che per la tutela ambientale. Si fa riferimento in particolare a

- Regolamento (CE) n. 1097/2006 "REACH" (concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche, che istituisce un'Agenzia europea per le sostanze chimiche, che modifica la direttiva 1999/45/CE e che abroga il regolamento (CEE) n. 793/93 del Consiglio e il regolamento (CE) n. 1488/94 della Commissione, nonché la direttiva 76/769/CEE del Consiglio e le direttive 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE e 2000/21/CE della Commissione)
- Regolamento (CE) n. 1272/2008 "CLP" (relativo alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele).

Nel 2011 alcuni operatori di vigilanza hanno partecipato ad eventi formativi di base in relazione alla nuova regolamentazione comunitaria sul rischio chimico, organizzati dalla DGS regionale.

Guadagno di salute: Il mantenimento di un'anagrafica delle realtà produttive e commerciali presenti sul territorio favorisce la possibilità di intervento efficace in caso di attivazione dei sistemi di allerta a tutela della salute pubblica. L'avvio del processo di formazione consentirà un migliore livello di valutazione del rischio correlato a sostanze, articoli e prodotti chimici.

3.4.3.g Sorveglianza produzione e distribuzione prodotti cosmetici

A livello produttivo vi sono realtà industriali ed artigianali significative, quasi esclusivamente localizzate nell'area territoriale del distretto sud-ovest.

Nel 2011 si sono eseguite **15** verifiche ispettive nei processi produttivi di realtà industriali/artigianali ed in alcune attività di importazione e distribuzione all'ingrosso dei prodotti continuando il mantenimento di un data base come già previsto dal 2003 al fine di monitorare la realtà territoriale con alimentazione di un censimento aggiornato delle attività stesse.

Sono in corso incontri di valutazione per l'attuazione delle direttive regionali al fine di individuare corretti flussi informativi e conseguenti valutazioni sulla sorveglianza dei prodotti cosmetici in attuazione alla L. 713/86 s.m.i.

Guadagno di salute: *L'attività di vigilanza condotta e le campagne informative in linea con le indicazioni regionali sono finalizzate all'utilizzo di prodotti sicuri ed alla prevenzione dei rischi sanitari.*

3.4.3.h Sorveglianza sui centri estetici, tatuatori e/o centri di benessere fisico

Nel 2011 in relazione ad evidenze di criticità gestionali, di carattere igienico-sanitario e sicurezza, emerse in controlli occasionali o segnalati da pubbliche amministrazioni si è riattivata un'azione di controllo con l'effettuazione di **90** ispezioni. I controlli hanno riguardato condizioni delle strutture, regolarità degli impianti, sistema organizzativo e, in relazione alle specifiche attività svolte, alla corretta gestione per gli aspetti relativi alla tutela della salute del cliente/consumatore.

Guadagno di salute: *Le tipologie di attività descritte hanno visto un recente notevole sviluppo con necessità di attuare indagini e controlli in relazione alle diverse prestazioni fornite ai clienti attraverso la verifica dei previsti requisiti igienico-sanitari.*

3.5 SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA RESIDENZIALE E COLLETTIVA

3.5.1 Indagine sullo stato delle strutture scolastiche

Nel 2011 sono state effettuate **n. 107** verifiche ispettive presso le strutture scolastiche per gli aspetti di igiene e sanità pubblica e sicurezza anche in attuazione delle indicazioni degli uffici regionali competenti.

Nell'attività di controllo è stato attivato un sistema di valutazione del rischio integrato per gli aspetti di tutela sul rischio alimentare e sul rischio indoor a tutela sia degli alunni-studenti che dei lavoratori o avventori alla struttura.

Guadagno di salute: *Le valutazioni sui requisiti strutturali, impiantistici, gestionali e di sicurezza permettono di migliorare la conoscenza del rischio delle strutture vigilate e proporre precisi interventi al fine di migliorare le condizioni igieniche ed impiantistiche delle strutture stesse.*

3.5.2 La rete delle strutture sanitarie e socio assistenziali

La rete delle strutture sociosanitarie e sociali presenti sul territorio provinciale è significativa.

La ASL svolge differenti azioni sia in termini di accreditamento che di vigilanza e controllo per garantire la qualità dei servizi e la libera scelta del cittadino.

Le unità organizzative della prevenzione siano, operano in collaborazione con il Dipartimento ASSI, prioritariamente competente in tale ambito.

Nel 2011 è stato aggiornato e condiviso un regolamento coordinato tra i due Dipartimenti al fine di definire modalità operative coerenti con le esigenze del territorio e le indicazioni regionali sia in ambito sociale che di prevenzione igienico-sanitaria.

Per tale motivo nel corso del 2011 è continuata una ricognizione delle attività accreditate presenti sul territorio programmando ed effettuando controlli congiunti e/o coordinati tra il Dipartimento di Prevenzione Medico ed il Dipartimento ASSI-Commissione di Vigilanza-Socio Assistenziale.

Nel corso degli interventi, in particolar modo per le Residenze Socio Assistenziali (R.S.A.) sono stati valutati tutti gli aspetti relativi all'igiene della struttura, degli alimenti e della sicurezza dei lavoratori con **63** strutture socio-assistenziali vigilate nel 2011.

Sono state vigilate, congiuntamente con l'U.O. ASSI distrettuale **n. 25** unità d'offerta sociali.

Nel corso dei controlli è stata utilizzata una specifica check list di accertamento ed algoritmo per la graduazione del rischio sanitario, considerando i seguenti aspetti:

- Caratteristiche strutturali / impiantistiche
- Inquinamento indoor
- Manutenzione / Pulizia
- Impostazione, conduzione e formazione del personale
- Azioni di Responsabilizzazione nell'autocontrollo dei rischi (Legionella – Amianto – ecc.)

A seguito degli interventi, in accordo con la Commissione del Dipartimento ASSI, sono stati indicati gli interventi di adeguamento, sia per la carenza di requisiti previsti da norme e regolamenti che al fine di migliorare la conduzione della struttura stessa con particolare attenzione agli aspetti rilevanti dal punto di vista igienico-sanitario in particolar modo per prevenire malattie infettive o trasmissibili. Per il 2011 è stata effettuata una formazione integrata tra personale di vigilanza delle unità organizzative della prevenzione e personale in capo al Dipartimento ASSI al fine di migliorare le metodologie organizzative e professionali tendendo all'omogeneizzazione dei comportamenti sul territorio provinciale.

Ad oggi le strutture sanitarie sono state oggetto di n. **27** verifiche ispettive e n. **8** indagini con controlli congiunti tra operatori della prevenzione e del Dipartimento PAC/S (strutture di ricovero accreditate).

Guadagno di salute: considerata la tipologia delle strutture ed il rischio sanitario delle stesse gli interventi sinergici con gli altri dipartimenti permettono una elevata efficacia delle azioni di controllo a tutela di soggetti particolarmente fragili

3.5.2.a Verifica struttura carceraria

In attuazione alla Legge n. 354 del 26.07.1975 sono stati effettuati **2** interventi ispettivi nella Casa Circondariale con indagini mirate anche in relazione ai rischi emersi nei precedenti controlli nonché a segnalazione e o input pervenuti da organizzazioni sindacali ed organi regionali e ministeriali. A questi sono seguiti ulteriori indagini con campionamenti finalizzati alla prevenzione dei rischi sanitari per legionellosi e connessi alle acque destinate al consumo umano, particolarmente rilevanti in presenza di impianti non particolarmente efficaci e sicuri sotto gli aspetti igienico-sanitari.

Guadagno di salute: Il mantenimento di un elevato livello di attenzione con continuità nelle azioni di controllo rappresenta un elemento essenziale per la prevenzione dei molteplici rischi sanitari cui è esposta la popolazione istituzionalizzata particolarmente "fragile"

3.5.3 Efficacia dell'attività di controllo

3.5.3.a Andamento delle intossicazioni da monossido di carbonio

La vigilanza sugli impianti termici autonomi presenti negli ambienti residenziali e non, ha costituito, anche per il 2011, un momento di controllo all'interno di una più complessiva verifica in occasione di interventi non programmati.

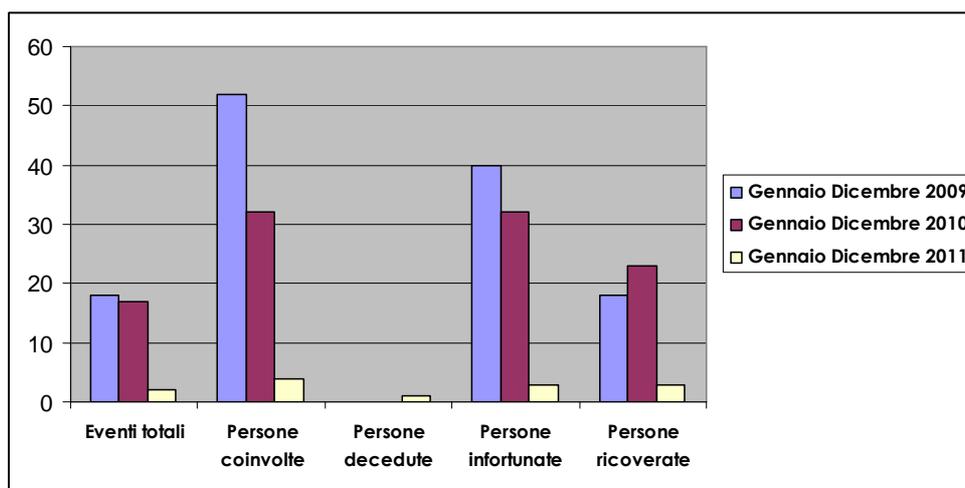
Si è operato cercando di raggiungere il più possibile un'integrazione nell'azione preventiva, coordinandone l'attuazione con gli interventi effettuati anche per attivazione da parte di altre istituzioni o segnalati da privati, considerato l'aumento degli interventi richiesti in occasione di verifica alloggi in occasione di procedimenti previsti dalle norme di pubblica sicurezza (ricongiungimenti familiari e permessi di soggiorno per extracomunitari).

Anche nel 2011 sono continuate azioni integrate per sensibilizzare la popolazione ad una maggior attenzione alla sicurezza nonché indagini specifiche in occasione di segnalazioni o casi di intossicazione da monossido.

E' stato effettuato un incontro con il competente settore dell'Amministrazione Provinciale al fine di una più proficua interazione sia a livello di programmazione degli interventi che di gestione delle non conformità o potenziali pericoli accertati.

Ancora non è rilevabile, per il 2011, un numero di interventi specifici effettuati a seguito di eventi/incidenti ma i controlli in ambito residenziale mirati alla prevenzione in questo settore risultano oltre **500**.

Nel grafico che segue sono indicati gli eventi registrati nell'ultimo triennio 2009 – 2011.



Guadagno di salute: L'andamento del fenomeno delle intossicazioni da monossido di carbonio impone di mantenere un alto livello di controllo ricercando anche sinergie con altri soggetti che svolgono attività di controllo.

3.5.3.b Andamento casi di legionellosi

Si mantiene elevata l'attenzione sulle problematiche connesse con il rischio legionellosi in particolare per le strutture di ricovero sia sanitarie che socio-assistenziali secondo le direttive di cui alle linee guida regionali (vedi art. 2 della L.R. 38/2008 e L.R. 33/2009) che per le strutture recettive specie considerata la vocazione turistico-alberghiera del territorio lariano.

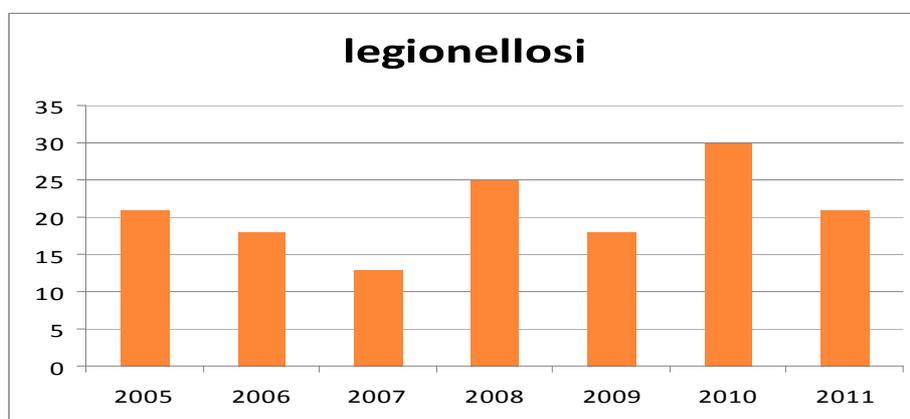
Nel 2011 è continuata l'azione di sensibilizzazione ed informazione sanitaria presso le strutture di ricovero, che sono state sollecitate, nell'ottemperanza alla normativa regionale in materia, ad attivare sistemi di autocontrollo sul rischio legionellosi.

A ciò si è affiancata l'azione d'indagine ad ogni segnalazione che perviene per casi riscontrati, ponendo particolare attenzione ai soggetti ricoverati o che hanno soggiornato in strutture ubicate nel territorio provinciale (riconoscimento dei casi nosocomiali o comunitari).

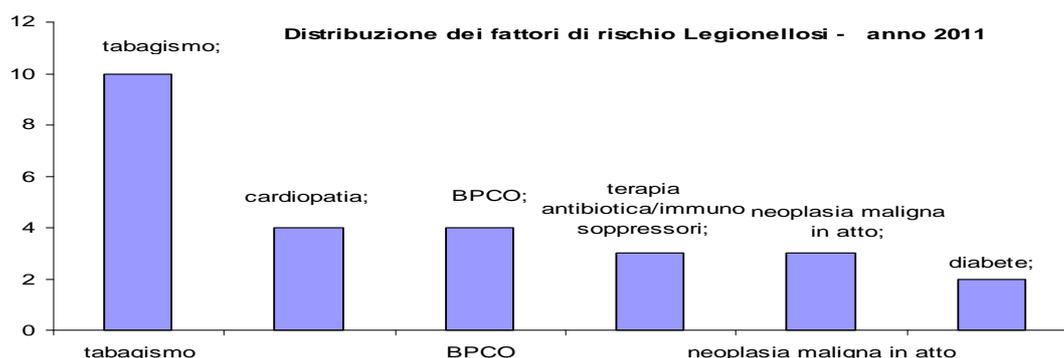
L'azione di prevenzione attuata ha permesso di accertare una migliore sensibilizzazione sul territorio con attuazione di sistemi di verifica preventiva del potenziale rischio (autocontrollo).

Nel 2011 oltre ad indagini in relazione alle linee guida regionali per casi di segnalazioni di eventi nosocomiali o comunitari si è attuata una programmazione di verifiche nelle strutture collettive con **144** indagini analitiche.

Nel grafico seguente viene evidenziato l'andamento dei casi segnalati negli ultimi anni.



La tabella seguente mostra in modo significativo l'interessamento elettivo di questa patologia per soggetti già compromessi da patologie croniche di base o dal tabagismo.



Controlli e livelli di sicurezza: nel corso del 2011 sono stati notificati 21 casi. L'età dei soggetti colpiti si conferma essere avanzata. Nella quasi totalità la patologia non ha visto l'interessamento di collettività. **Due** sono stati i **casi nosocomiali** a carico di pazienti rispettivamente di 90 e 89 anni esitati nel decesso e coinvolgenti una RSA ed un ospedale, ove sono stati effettuati controlli sugli impianti idrosanitari risultati positivi per Legionella Pneumophila gruppo 1-2 e 15 con conseguente prescrizione di bonifica ed adeguamento del piano di autocontrollo interno. A seguito di segnalazione di un caso dalla Rete di Sorveglianza Internazionale a carico di un turista straniero che aveva soggiornato per un breve periodo presso una struttura alberghiera della Provincia, sono state effettuate le verifiche ambientali che hanno evidenziato la contaminazione dell'impianto idrosanitario con isolamento di Legionella Pneumophila di tipo 1. In considerazione del rischio legionellosi attribuito alle strutture ricettive dalla letteratura internazionale e sulla base dei dati epidemiologici, si sottolinea come nell'ambito del Piano dei Controlli predisposto dal Dipartimento di Prevenzione Medico venga dato ampio spazio alla vigilanza di tali strutture anche attraverso la valutazione delle verifiche interne (autocontrollo con campionamenti periodici).

3.6 RADIOPROTEZIONE

Le principali linee di attività in tema di radioprotezione nell'anno 2011 si sono essenzialmente sviluppate su tre settori:

1. **collaborazione con la Prefettura**, per quanto riguarda
 - o la predisposizione di un nuovo protocollo di intervento in caso di rinvenimento di sorgenti orfane
 - o il supporto per pareri relativi a rilasci di Nulla Osta
2. **controlli su Strutture sanitarie**, in collaborazione con il Dipartimento PAC/S, in particolare per le attività di Medicina Nucleare presso il Nuovo Ospedale S. Anna di Como e l'installazione di nuove apparecchiature di Risonanza Magnetica dell'Ospedale Valduce. Si è inoltre avviata una ricognizione delle apparecchiature laser utilizzate presso le strutture sanitarie del territorio, al fine di programmare successive azioni di controllo
3. **affronto della problematica della presenza di rifiuti radioattivi** presso un'Azienda del territorio, al fine della definizione, in collaborazione con Amministrazione comunale ed ARPA, delle più idonee modalità di stoccaggio.

E' infine proseguita l'attività connessa

- o alla valutazione sanitaria sulle esposizioni ai campi elettromagnetici
- o al popolamento dell'archivio SARA.

Guadagno di salute: L'esposizione a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti deriva da fonti molteplici; le azioni di controllo, che investono pertanto ambiti diversi, sono finalizzate a limitarne i rischi verificando il rispetto di standard e limiti previsti, con particolare riferimento anche alle misure di sicurezza adottate.

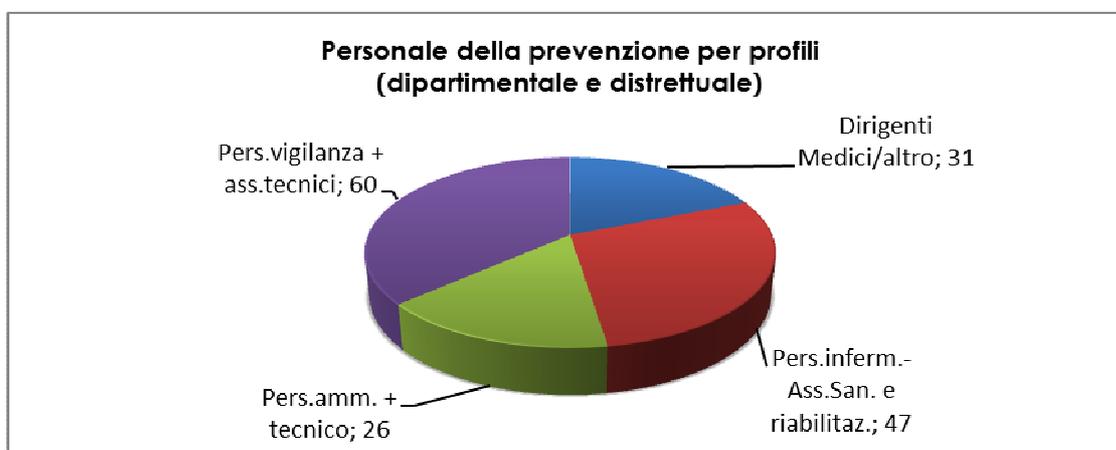
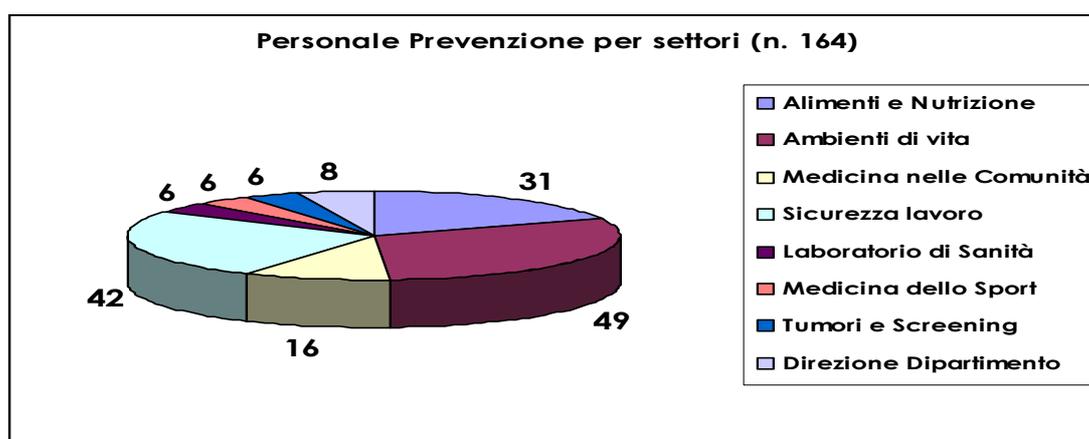
4. LE RISORSE

4.1 Modello organizzativo e Personale

Il modello organizzativo attuale, nato nel 2001, individua il Dipartimento di Prevenzione Medico quale tecnostruttura funzionale, afferente gerarchicamente e funzionalmente al Direttore Sanitario, assegnando parte delle attività di prevenzione ai Distretti Socio-sanitari.

Alcune strutture organizzative del Dipartimento svolgono la propria attività coordinando tecnicamente, ma in assenza di dipendenza gerarchica, l'attività nel territorio, fornendo indicazioni operative e valutazioni su pratiche complesse alle due strutture organizzative distrettuali che "agiscono" le attività di prevenzione nel loro complesso: **U.O.S. Prevenzione** (attività di competenza dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, Igiene Alimenti e Nutrizione e Medicina Preventiva nelle Comunità) e **U.O.S. PSAL** (attività di competenza del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro).

Rilevazione Dipartimento di Prevenzione Medico – maggio 2011



Al di là del modello organizzativo, nel 2011 sono state accentuate le azioni di stimolo dell'*integrazione*, pur nella salvaguardia delle specializzazioni acquisite che devono essere messe al servizio della "prevenzione" e non mantenute in rigidi schemi organizzativi.

La proposta di riorganizzazione delle attività formalizzata dal Dipartimento di Prevenzione Medico alla Direzione Aziendale va proprio nella direzione di mettere insieme la specializzazione dei Servizi con l'integrazione nel Dipartimento, ed equilibrare il decentramento del personale con la centralizzazione degli uffici di staff e la direzione, evitando le sovrapposizioni.

Ciò al fine di sanare o quantomeno contenere le criticità che rischiano di inficiare l'efficienza, l'efficacia e l'omogeneità degli interventi di prevenzione su tutto il territorio provinciale.

Come per i precedenti piani dei controlli, per la definizione dell'attività programmata si è proceduto al computo delle ore disponibili utilizzando il riferimento alle ore lavorate nell'anno precedente dal personale dedicato.

4.2 Progetti di incremento delle attività di controllo (Deliberazione n. 501 del 27.10.2011)

Con nota prot. n. H1.2011.0028112 del 26 settembre 2011 la Direzione Generale Sanità ha fornito indirizzi operativi in merito all'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali dei proventi derivanti dall'attività anche sanzionatoria svolta dai Dipartimenti Medici, chiedendo agli stessi di predisporre progetti specifici di incremento quali-quantitativo delle attività di controllo.

A seguito di tali indicazioni sono stati presentati alla Direzione ASL e formalmente approvati con deliberazione n. 501 del 27 ottobre 2011 i seguenti progetti:

N.	Finalità del progetto	Importo Euro
1	Contenimento degli infortuni nel settore delle costruzioni	27.484,55
2	Ricerca dei rischi derivanti dall'esposizione dei lavoratori a nichel nel settore delle galvaniche	23.633,90
3	Mappatura del territorio provinciale per migliorare le conoscenze sul rischio igienico ambientale causato dalla presenza di amianto	46.296,06
4	Controllo sulle attività territoriali di pubblico spettacolo e di somministrazione alimenti aperte al pubblico in orari serali/notturni, pre-festivi e festivi	9.703,72
Totale		107.118,23

Tutti i controlli ivi indicati sono da effettuarsi in aggiunta a quelli previsti nel Piano integrato di prevenzione e controllo.

Alla luce del giudizio di congruità espresso dalla DG Sanità le azioni indicate in ciascun progetto sono state attivate nel 2012.

Documento a cura di: Marco Larghi – Rosalia Tripiciano

con i contributi di: Maria Rita Aiani, Cesare Bernasconi, Annalisa Donadini, Gemma Gola, Carla Nespoli, Raffaella Olandese, Aldo Palumbo, Angelo Pintavalle, Giovanni Redaelli, Biagio Santoro, Roberto Tettamanti, Alfredo Vanotti