

# LatinaSalute

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



Novembre 2015 - Bimestrale dell'Azienda USL Latina

LA ASL di Latina  
presenta all'EXPO  
il Cluster della Salute



Migliorare  
gli stili  
di vita  
per vivere  
più a lungo  
ed in salute



Vaccino snobbato  
per via della disinformazione  
via web



## IN QUESTO NUMERO:

**Pag.3>** Migliorare gli stili di vita per vivere più a lungo ed in salute **Pag.3>** Cluster della Salute, una promessa di ASL e Unindustria Latina **Pag.6>** Vaccino snobbato per via della disinformazione via web **Pag.9>** Capsula di Given, per indagare nel tratto digerente tra stomaco e colon **Pag.10>** Help emergenza lavoro - ludopatia sovraindebitamento ed usura

## I PRESIDI OSPEDALIERI



### LATINA

Ospedale S.Maria Goretti  
Via Canova  
Centralino 0773.6551  
Guardia Medica - c/o presidio 118  
0773.662175 - 0773.661038



### TERRACINA

Ospedale Alfredo Fiorini  
Via Firenze snc  
Centralino 0773.7081  
Guardia Medica - via Fiume  
0773.702491



### FORMIA

Ospedale Dono Svizzero  
Via Appia  
Centralino 0771.7791  
Guardia Medica - via Porto Caposele  
Formia  
0771.779337

### FONDI

Ospedale S.Giovanni di Dio  
Via S.Magno snc  
Centralino 0771.5051  
Guardia Medica - c/o Ospedale  
0771.779337

# LatinaSalute

**Direttore**  
Michele Caporossi

**Direttore Responsabile**  
Pietro Antonelli

**Caporedattore**  
Licia Pastore

**Hanno Collaborato**  
Silvia Iacovacci  
Antonio Sabatucci  
Anna Maria Aversa  
Giovanni Baiano  
Maria Rega  
Antonio Graziano

Registrato presso  
il tribunale di Latina  
n. 662 del 24.08.1998

**Redazione**  
**Azienda USL Latina**  
**Viale P. L. Nervi s.n.c.**  
**[www.ausl.latina.it](http://www.ausl.latina.it)**

## IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA ASL DI LATINA E LA "SORVEGLIANZA PASSI"

# Migliorare gli stili di vita per vivere più a lungo ed in salute

di Silvia Iacovacci - UOC Prevenzione Attiva

Antonio Sabatucci - Direttore UOC Prevenzione Attiva

**E**sistono ormai numerose prove scientifiche che un'alimentazione sbagliata, il fumo, l'abuso di alcol ed un'insufficiente attività fisica costituiscano fattori di rischio causali per numerose malattie quali, ad esempio, la malattia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, varie forme di cancro, il diabete di tipo 2, l'ipertensione, l'obesità, l'osteoporosi, le carie dentali, e per molte altre patologie.

Il numero di decessi e di anni di vita perduti ed il numero di anni vissuti in condizioni di disabilità per patologie croniche (DALY) attribuibili a stili di vita errati e dannosi per la salute è enorme nel mondo ed in Europa (Fig.1). In particolare, l'obesità appare in aumento nell'insieme della popolazione e nei giovani, i ragazzi e le donne mostrano andamenti in crescita per il fumo di tabacco e le classi economiche più disagiate continuano ad essere quelle che più si espongono al fumo, all'alcol, alla sedentarietà, ad una alimentazione errata.

Complessivamente l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) stima che gli stili di vita non salutari spieghino quasi il 50% delle malattie negli uomini e quasi il 25% nelle donne, nei paesi europei più sviluppati. (Stili di vita salutari. Educazione, Informazione e Comunicazione, Ministero della Salute)

ALL'EXPO IL DIRETTORE CAPOROSSI  
TRACCIA LE LINEE GUIDA PER UNA SANITÀ PARTECIPATA

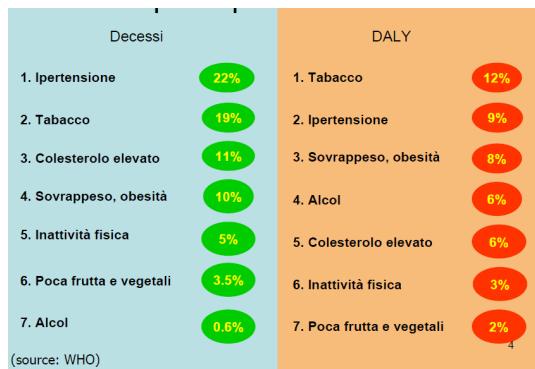
## Cluster della Salute, una proposta di Asl e Unindustria Latina

**N**asce il primo Cluster della Salute del Lazio che è stato presentato ufficialmente all'Expo di Milano il 12 ottobre presso il Conference Center. La Asl Latina è stata rappresentata dal Direttore Generale Michele Caporossi che nell'occasione ha sottolineato l'interesse dell'Azienda Sanitaria allo sviluppo di politiche orientate alla salute in sinergia con i diversi e molteplici attori del territorio pontino. Erano presenti il ministro della Salute onorevole Beatrice Lorenzin, il ministro delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, onorevole Maurizio Martina, i vertici di Confindustria e della Regione Lazio.

Il Cluster della Salute, proposto da Unindustria Latina e dalla nostra ASL, che ne ha fatto oggetto di una specifica opzione strategica contenuta nel nuovo Atto Aziendale, nasce dall'associazione di soggetti pubblici e privati in sinergia tra loro e si prefigge lo scopo di implementare la crescita sostenibile del territorio e la competitività delle imprese attraverso la promozione dell'innovazione tecnologica del sistema produttivo. Il progetto si propone di raggiungere tale obiettivo sia promuovendo attività congiunte con i diversi partner su temi legati alla salute, benessere, ricerca, ICT, manufacturing, remanufacturing sia attivando strumenti di comunicazione per migliorare il livello di integrazione tra strutture pubbliche, enti di ricerca e imprese. Vengono così messi in campo modelli di management basati sulla multi specializzazione e trasversalità attraverso politiche di sostegno alla collaborazione in rete, politiche di sistema per l'intelligenza economica e open innovation.

L'ampia rete di soggetti pubblici e privati coinvolti comprende Aziende sanitarie, Università, Enti di Ricerca, ed imprese quali le ASL di Latina, Civitavecchia, Viterbo e Frosinone, le Università regionali Luiss, Sapienza, Tuscia, Fondazioni, imprese dei settori farmaceutico- biomedicali, chimico, agro-alimentare e sanitario.



**Fig.1**

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Latina ha tra i suoi obiettivi la promozione di stili di vita corretti nella popolazione.

Per raggiungere tale obiettivo, dal 2005, monitora in continuo lo stato di salute e gli stili di vita della popolazione con la Sorveglianza Passi (18-69 anni) e la Sorveglianza Passi d'Argento (64 anni e più).

**Questi i dati** forniti, per la popolazione adulta, dalla sorveglianza Passi (2010-2014) relativamente ai principali fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili

#### Consumo di alcol:

Il 51 % degli intervistati dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica

Il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con alto livello di istruzione e nessuna difficoltà economica.

Il 12% degli intervistati può essere classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio o perché fa un consumo abituale elevato (4%) o perché bevitore fuori pasto (6%) o perché bevitore binge (5%) oppure per una combinazione di queste tre modalità. (Fig.2)

Il consumo di alcol a maggior rischio è associato in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile, senza un particolare gradiente socio-economico.

Nello stesso periodo temporale 2011-14, nella Regione Lazio la percentuale di bevitori a maggior rischio è del 14%, mentre nel Pool di ASL la percentuale è del 17%.

**Fig.2**

Consumo alcolico a maggior rischio (ultimi 30 giorni) ASL Latina	
Consumo a maggior rischio*	12%
- Consumo abituale elevato **	4%
- Consumo fuori pasto	6%
- Consumo binge***	5%

\* consumo abituale elevato e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge

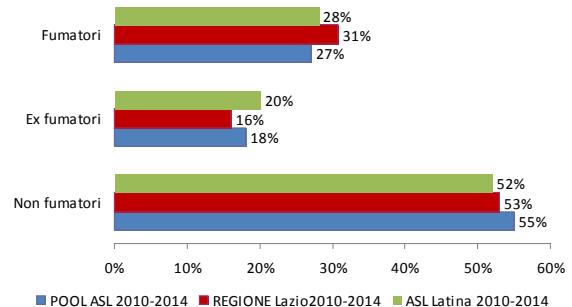
\*\* più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e più di 1 per le donne

\*\*\* chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)

#### Fumo

Il 28% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette\*.

Il 20% è invece ex fumatore^ e il 52% non ha mai fumato^. (Fig.3) La percentuale dei fumatori nella ASL di Latina è al di sotto del valore della Regione Lazio (31%) che risulta una delle Regioni con più fumatori, mentre è in linea con il dato medio nazionale (27%)

**Fig.3**

\* Fumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi (fumatore in astensione, pari al 2%)

^ Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma e che ha smesso da oltre 6 mesi

° Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma

#### Alimentazione:

Il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 31% sovrappeso e il 12% obeso.

Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Solo una piccola quota (9%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie (Fig.4)

**Fig.4**

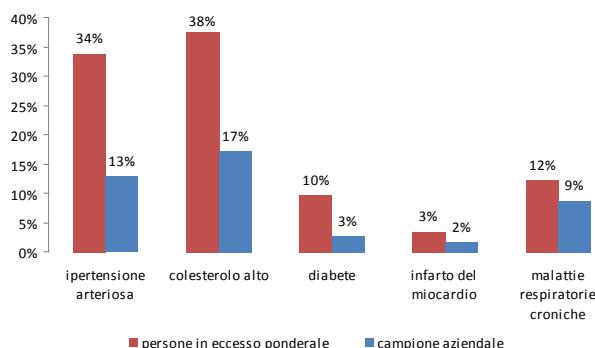
Popolazione in eccesso ponderale	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
sovrappeso <sup>1</sup>	31,11 (28.54-33.82)
obesi <sup>2</sup>	11,76 (10.02-13.76)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario <sup>3</sup>	
sovrappeso	45,23 (39,9-50,68)
obesi	88,83 (81,93-93,31)
Adesione al five-a-day	9,13 (7,59-10,94)

<sup>1</sup> sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

<sup>2</sup> obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

<sup>3</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Inoltre le persone in sovrappeso o obese mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altre dichiarano di soffrire di condizioni croniche (Fig.5)

**Fig.5****Attività fisica:**

Un terzo dei residenti della ASL di Latina dichiara di essere completamente sedentario (Fig.6)

**Fig.6**

Livello di attività fisica	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
Attivo <sup>1</sup>	26.6 (24.14-29.34)
parzialmente attivo <sup>2</sup>	42.24 (39.37-45.17)
sedentario <sup>3</sup>	31.1 (28.45-33.8)

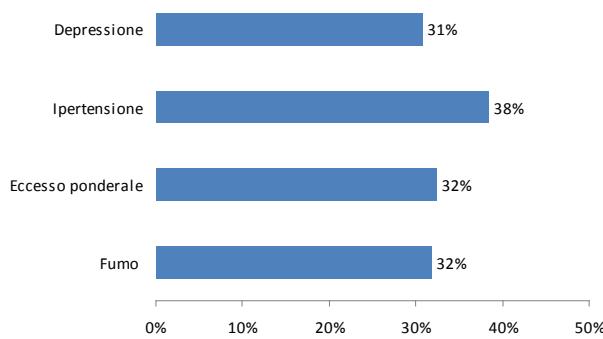
<sup>1</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

<sup>2</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

<sup>3</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio (Fig.7); in particolare è risultato essere sedentario:

- il 31% delle persone depresse
- il 38% degli ipertesi
- il 32% delle persone in eccesso ponderale.
- il 32% dei fumatori

**Fig.7****GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Partendo dall'analisi dei dati sulla salute della popolazione, è possibile programmare in modo più efficace gli interventi di prevenzione da attuare.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (DCA n.U00309 del 06.07.2015) alla cui progettazione la ASL di Latina ha partecipato attivamente come membro del Gruppo di Coordinamento del Piano, prevede dei progetti e azioni di prevenzione e promozione della salute da realizzare in tutte le ASL della Regione dando traduzione operativa all'idea della "Salute in tutte le politiche". In linea con le indicazioni nazionali, il PRP 2014-2018 si orienta verso l'adozione di una ristretta cerchia di interventi supportati da prove di efficacia o indicazioni di buone pratiche, che saranno monitorati nel tempo e valutati secondo l'impianto valutativo definito a livello nazionale con l'Intesa Stato-Regioni n. 56 del 25/03/2015.

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Latina ha già messo in atto molti interventi di prevenzione e di promozione della salute che troveranno una importante implementazione nel PRP 2014-2018.

Sono state condotte campagne informative sugli stili di vita sani nelle scuole, nella popolazione generale e nei luoghi di lavoro con la produzione di materiale informativo specifico. Nelle **scuole**, sono stati avviati dei sopralluoghi volti a determinare il rispetto della legge del 12 novembre 2013 che vieta di fumare sigarette o sigarette elettroniche, anche nei cortili, nei parcheggi, nei porticati, nei giardini, negli impianti sportivi e in tutte le aree di pertinenza degli istituti scolastici. Nei **luoghi di lavoro** sono stati condotti interventi di promozione della salute su **fumo**, in collaborazione con i centri antifumo del territorio, e **alcol**, con l'adozione di policy aziendali specifiche da parte delle aziende. Per quanto riguarda **l'attività fisica** sono stati organizzati Gruppi di Cammino, attività organizzata nella quale un gruppo di persone si ritrova due-tre volte alla settimana per camminare, lungo un percorso urbano o extra urbano, sotto la guida inizialmente di un insegnante di attività fisica e successivamente di un "walking leader" interno al gruppo e appositamente addestrato. E' stato siglato un Protocollo d'Intesa con SPI-CGL volto a facilitare l'adesione dei pensionati della provincia e a rendere maggiormente diffuso l'intervento sul territorio.

Da novembre partirà il Progetto "Cardio 50" coordinato a livello nazionale dal Centro di Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute per la **prevenzione del rischio cardiovascolare**. Il Progetto prevede l'avvio di uno screening per la valutazione, accanto all'analisi del rischio cardiovascolare, degli stili di vita, dei valori glicemici, colesterolemici, pressori e ponderali, su popolazione sana con età compresa tra 45 e 60 anni.

Avrà valenza di studio di fattibilità per il PRP 2014-2018 e sarà condotto nel Comune di Serrmoneta in collaborazione con l'AVIS.

La ASL di Latina è fortemente impegnata nella politica di prevenzione e promozione della salute per rendere sempre più consapevole e mettere in grado la popolazione di compiere scelte salutari.

La prevenzione e il controllo delle malattie croniche migliorano la qualità della vita con un impatto significativo sia in termini di salute che economici.

# Vaccino snobbato per via della disinformazione via web

..... *di Anna Maria Aversa - Dirigente "Promozione Salute" Distretto 5*

I calo pauroso delle coperture vaccinali, con picchi anche del 25 % per morbillo e rosolia in alcune regioni italiane, è un danno reale che preoccupa, perché quello che protegge dalle patologie è l'alto tasso di copertura. Tra gli avversari più accaniti delle vaccinazioni pullulano i social network e il variegato mondo che li abita. In questi luoghi comunitari del web dilagano, in modo incontrollato, opinioni e posizioni antiscientifiche. Una pericolosa disinformazione, e non solo! Dall'analisi attuale, infatti, emerge un preoccupante processo di delegittimazione sociale dei vaccini: il bambino è visto come "vittima sacrificale" di una società, dove regole e leggi vengono vissute sostanzialmente come imposizione e non come di opportunità di salute. In questo contesto, in cui il senso di appartenenza alla collettività è fortemente indebolito, le vaccinazioni sono ormai vittime del loro stesso successo. Non essendo più tangibili le gravi patologie debellate o sensibilmente ridotte grazie proprio ai vaccini, si è affievolita, nel sentire comune, la percezione della loro importanza, per lasciare spazio ad una deformata idea sul rischio da vaccino e alla falsa tranquillità di un irresponsabile evitamento delle proposte di profilassi per malattie sconosciute. Un pregiudizio collettivo contro cui sembra infrangersi irreparabilmente la comunicazione scientifica. Bisogna pensare, allora, a diverse modalità di interscambio culturale che favoriscano il raggiungimento degli obiettivi di Sanità Pubblica attraverso la costruzione di un discorso sociale condiviso e consapevole di rilegittimazione dell'immunizzazione. Per recuperare il senso dell'appartenenza collettiva e la forza della retorica aristotelica in grado di ibridare ethos, pathos e logos è indispensabile parlare dei vaccini con empatia, iniziando a scrivere una "storia di identificazione", che dia risposte concrete alle domande, spesso cristallizzate in credenze disfunzionali, che assillano genitori e famiglie.

Nella ASL di Latina il processo di cambiamento è già in atto. Le modalità di comunicazione scientifica sono state rivisitate e rimodulate anche attraverso i mass-media.

### **Trend in provincia delle vaccinazioni in età infantile.**

### **Trend delle vaccinazioni facoltative (morbillo-parotite-rosolia e meningococco)**

Il trend provinciale, anche se meno di quello nazionale, è purtroppo in discesa. Per capire questo andamento è indispensabile comprendere alcuni fenomeni, quale per



esempio l'enfatizzazione della percezione del rischio del vaccino rispetto a quello della malattia. Le vaccinazioni, infatti, rappresentano una delle più importanti scoperte

scientifiche nella storia della medicina e hanno contribuito in modo fondamentale ad incrementare la speranza di vita delle popolazioni umane. Grazie all'utilizzo dei vaccini è stato debellato il vaiolo, sono quasi scomparsi il tetano, la poliomielite, la difterite e sono state notevolmente ridotte malattie virali come l'epatite B, il morbillo, la rosolia, la parotite e alcune forme di meningite batterica. Paradossalmente, però, le vaccinazioni sono "vittime del loro successo": non essendo più visibili le patologie debellate o sensibilmente ridotte, è diminuita la percezione dell'importanza delle vaccinazioni, mentre troppo spesso vengono amplificati dal web messaggi allarmanti e preoccupanti sull'utilizzo dei vaccini, con diffusione di notizie prive di fondamenti scientifici. Tale disinformazione alimenta sfiducia e paura nella popolazione con conseguente, sensibile e generalizzato calo delle coperture vaccinali.

### **Molti i genitori saltano le vaccinazioni obbligatorie e non si presentano nei centri di vaccinazione nei tempi previsti: interventi della ASL Latina**

Compito istituzionale dei Servizi di Vaccinazione è la prevenzione delle malattie infettive tramite vaccinazione. Storicamente il ricorso all'obbligatorietà ha inteso tutelare il

singolo e la popolazione con provvedimenti volti a garantire protezione contro gravi e, talora, mortali malattie infettive. Questo perché la preparazione sociale, culturale e scientifica dell'epoca non era appannaggio di tutti i genitori e, quindi, era necessario l'utilizzo di uno strumento capace di annullare ogni diseguaglianza di salute, con approccio equo e solidale. Oggi, pur sussistendo l'obbligo per le vaccinazioni contro la poliomielite, il tetano, la difterite e l'epatite B, l'orientamento scientifico e legislativo per le vaccinazioni contro la pertosse, la meningite da *Haemophilus Influenzae* di tipo B, le patologie da Pneumococco (ed altre ancora) tende a favorire la scelta libera e consapevole della persona.

L'importante è che la somministrazione dei vaccini previsti dal Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione Vaccinale sia sentita, come realmente è, un'opportunità di protezione del proprio bambino, scientificamente condivisa da esperti ed autorità sanitarie.

Per migliorare la comunicazione e favorire questa consapevolezza nei genitori, nelle famiglie e nella società, gli operatori dei Servizi di Vaccinazione sono costantemente impegnati in una formazione specifica. Nel proprio Servizio e nella vita sono sempre a disposizione della popolazione per accogliere ed informare. Tale disponibilità non si esaurisce in un unico incontro, ma è offerta ripetutamente all'utenza, al fine di dirimere ogni dubbio o perplessità, anche riguardo a temi già trattati, per i quali siano necessari ulteriori approfondimenti. Del resto l'inserimento dei Servizi di Vaccinazione nei Consultori Familiari è fondamentale per una presa in carico globale della persona e della famiglia. Occorre superare l'impasse che blocca i genitori di fronte alla scelta di fare o non fare, perché non è vero che nel non fare si corrono meno rischi.

Dunque, se la vaccinazione è e rimane lo strumento più efficace per proteggere da malattie gravi e potenzialmente mortali, occorre lavorare all'empowerment delle risorse personali e sociali, recuperando la fiducia delle famiglie e la genitorialità, al fine di garantire il diritto alla salute del bambino e rispettare il dovere di tutela della collettività. Naturalmente questo percorso può e deve contare anche sulla buona informazione dei media.

#### **Il libretto con le vaccinazioni all'atto dell'iscrizione scolastica**

Il Dirigente Scolastico, come stabilito nel DPR 355/1999, è tenuto ad accertare che all'alunno siano state praticate le vaccinazioni obbligatorie, ma la mancata presentazione della certificazione sanitaria o della dichiarazione sostitutiva non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami.

#### **Efficacia della vaccinazione**

Solo raramente i bambini vaccinati possono contrarre ugualmente la malattia. Per capire il perché di questo fenomeno, bisogna sapere che anche se tutti i vaccini determinano elevati livelli di protezione, l'efficacia della

vaccinazione non è mai pari al 100 %. Per fare un esempio, se la vaccinazione è in grado di proteggere 95 bambini su 100 bambini vaccinati, in caso di epidemia, solo un piccolissimo numero di vaccinati potrà contrarre la malattia. Va però considerato, nel generale bilancio dei rischi e dei benefici delle vaccinazioni, che maggiore è il numero delle persone vaccinate, minori saranno le possibilità di circolazione e di trasmissione degli agenti patogeni; quindi, anche le persone che non sono in grado di rispondere efficacemente ai vaccini loro somministrati, possono godere del beneficio di essere circondati da persone immuni ed essere, quindi, protetti indirettamente dalla malattia. Si tratta della cosiddetta "immunità di gregge".

#### **Le controindicazioni**

Le vere controindicazioni alle vaccinazioni sono molto rare e facilmente individuabili. Il personale sanitario esperto di vaccinazioni, utilizzando una semplice scheda anamnestica, può valutare la presenza di controindicazioni e/o precauzioni prima di somministrare il vaccino. In Italia, è consultabile in internet un utilissimo strumento operativo dell'Istituto Superiore di Sanità: la "Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni". Tale guida, redatta sulla base delle indicazioni

internazionali in tema di buona pratica vaccinale, illustra nel dettaglio, per singolo vaccino e per specifica patologia, controindicazioni, precauzioni e false controindicazioni alle vaccinazioni.

#### **Le vaccinazioni facoltative**

La distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e non obbligatorie non esprime una valutazione di efficacia o sicurezza: le vaccinazioni sono tutte ugualmente efficaci e sicure. Il doppio regime giuridico delle vaccinazioni, obbligatorie e raccomandate, ha determinato una situazione di squilibrio, a svantaggio dell'attuazione delle vaccinazioni non obbligatorie, percepite, a volte, come meno importanti di quelle obbligatorie o, comunque, utili a combattere malattie ritenute meno pericolose. Non è così. Solo per fare un esempio, la meningite

da Meningococco di sierogruppo B o C è una malattia grave, talora mortale. Perché rischiare quando abbiamo vaccini efficaci e sicuri?

#### **Polio e difterite scomparse in Italia**

Non bisogna dimenticare che, anche se non vengono registrati casi di malattia in Italia, queste patologie esistono ancora nel mondo. Se si smettesse di vaccinare, aumenterebbero gli individui suscettibili, cioè non protetti dal vaccino, e basterebbe che una sola persona importasse la malattia (per esempio tornando da un viaggio) per contagiare tante altre. Ecco perché, è importantissimo non abbassare la guardia. Non solo bisogna continuare a vaccinare, ma è necessario mantenere alte le coperture vaccinali e per coperture vaccinali alte si intende vaccinare almeno 95 bambini su 100. A questo proposito, vorrei ricordare una frase emblematica dell'Organizzazione Mondiale di Sanità: "... finché c'è un singolo bambino che ha la poliomielite, tutti i bambini del



mondo sono a rischio di polio".

Diverso, ma non meno importante, è il discorso sulle malattie infettive che non si trasmettono da persona a persona, come il tetano. In questi casi il rischio è individuale e si può contrarre il tetano semplicemente pungendosi con una spina di rosa. Ogni persona non adeguatamente vaccinata può contrarre la terribile malattia, indipendentemente dalle coperture vaccinali nella popolazione.

### **Malattie che stanno tornando in seguito al calo delle vaccinazioni**

Un abbassamento delle coperture vaccinali rende sempre più numerosa la parte di popolazione suscettibile ad una determinata malattia infettiva. Solo per dare un'idea del ritorno di malattie dimenticate o che dovrebbero essere eliminate proprio alla data del 2015 (a questo riguardo esiste in Italia un Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita), secondo un recente rapporto dell'Ecdc, all'Italia è andato il primo posto in classifica, come paese europeo più colpito dal morbillo: tra novembre 2012 e ottobre 2013



sono stati registrati 3400 casi italiani sui 12mila censiti in Europa. L'87% delle persone colpite non erano vaccinate. Altra nota dolente, questa volta non tricolore, ma comunque sempre un brutto colpo inferto alla prevenzione, è arrivata anche per la rosolia: sempre nello stesso periodo, in Polonia, sono stati segnalati circa 40mila casi. E qui si dovrebbe andare a parlare anche dei danni della rosolia congenita!

### **I genitori di bimbi stranieri vaccinano**

Nella nostra esperienza, possiamo dire che i genitori stranieri sono molto attenti e sensibili alla profilassi delle malattie infettive. Infatti scelgono di far vaccinare i propri figli con tutti i vaccini previsti e offerti in regime di gratuità dai vigenti Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione Vaccinale. Anche per i bambini già vaccinati nel Paese di origine, i genitori stranieri non rinunciano ad informarsi e ad integrare la protezione del proprio bambino secondo le opportunità e le indicazioni offerte dai Servizi di Vaccinazione locali. Qualche difficoltà, purtroppo solo di natura economica, si riscontra per i vaccini previsti in regime di compartecipazione di spesa.

### **Una volta completato il calendario di vaccinazioni, si possono eseguire i richiami anche in ritardo**

L'efficacia dei vaccini dipende proprio dalla loro abilità di generare una memoria immunologica contro gli antigeni vaccinali. I vaccini, infatti, mimando l'infezione naturale, senza però provocare la malattia, attivano i meccanismi di

riconoscimento e di difesa del sistema immunitario. Così, il sistema immunitario, che è capace di riconoscere un antigene già incontrato nel vaccino, venendo in contatto con lo stesso antigene presente nel virus o nel batterio responsabile della malattia - durante una epidemia per esempio! - attiva e amplifica la specifica risposta di difesa per l'organismo, eliminando l'agente patogeno. Per lo stesso meccanismo un richiamo, anche se effettuato in ritardo rispetto al calendario vaccinale consigliato, è comunque in grado di determinare una risposta protettiva.

### **Anche i maschi devono essere vaccinati contro la rosolia... possiamo parlare di effetto gregge, cioè vaccini in grado di evitare il diffondersi della malattia**

Anche la protezione contro la rosolia, come quella per altre malattie infettive prevenibili con vaccini, necessita di raggiungere il cosiddetto "effetto gregge". L'effetto gregge altro non è che un'elevata protezione immunitaria della popolazione, ottenibile con la vaccinazione. L'effetto gregge rappresenta l'ostacolo al diffondersi della malattia e il valore aggiunto della vaccinazione a livello sociale. Se non si interrompe la circolazione del virus, non sarà possibile eliminare la malattia. Non bisogna dimenticare che la rosolia, in gravidanza, provoca gravi danni al feto e nessuno può e deve esimersi da responsabilità sociali personali e collettive. L'unico modo per eliminare la malattia è vaccinare, raggiungendo e mantenendo l'effetto gregge: è questo il motivo per cui è indispensabile vaccinare anche i maschietti.

### **I casi di morbillo in aumento**

L'Italia ha la maglia nera in Europa! I dati nazionali del sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia sono allarmanti: i casi segnalati nel 2014 sono 1.674. Purtroppo, nonostante l'efficacia e la sicurezza del vaccino siano continuamente ribadite dalla comunità scientifica, nel nostro Paese la copertura vaccinale è ancora lontana dal 95%, valore necessario a garantire il controllo della malattia e la sua eliminazione. Come se non bastasse, nell'ultimo anno la copertura vaccinale è scesa di 2 punti percentuali, arrivando



a poco più d'11'8%. Eppure il morbillo può causare gravi complicanze, come l'encefalite e la panencefalite sclerosante subacuta, fino al decesso. Se non si

riuscirà a raggiungere e mantenere l'immunità di gregge, la circolazione del virus sarà la temibile conseguenza del fallimento della prevenzione: basti pensare che una persona con il morbillo, a sua volta, può contagiare in media altre 15 persone non vaccinate. E' questa la miccia per la diffusione delle epidemie!"

PRESENTATA PRESSO L'OSPEDALE DONO SVIZZERO DI FORMIA

# Capsula di Given, per indagare nel tratto digerente tra stomaco e colon

di Giovanni Baiano - Direttore UOC Chirurgia P.O. Sud  
 Maria Rega - Dirigente Medico UOC Chirurgia P.O. Sud



È stata presentata nei mesi scorsi presso l'ospedale Dono Svizzero di Formia la nuova metodica di indagine. Si tratta della Capsula di Given. Ma andiamo a ripercorrere la storia di questa innovazione scientifica in ambito sanitario.

Il piccolo intestino, tratto del digerente compreso tra stomaco e colon, è rimasto da sempre una zona buia dal punto di vista diagnostico. Mentre lo stomaco poteva essere studiato con la gastroscopia, il colon con la rettosigmoidocoloscopia, le metodiche utilizzate per lo studio del piccolo intestino hanno sempre riguardato la radiologia e ultimamente anche l'endoscopia con un esame invasivo operatore dipendente, chiamato double balloon enteroscopy. Solo nel 2001 il brevetto dell'ingegnere israeliano Gavriel Iddan ha avuto l'approvazione prima della Fda e poi della Ce. Questo brevetto, prima addirittura utilizzato per scopi militari, prevedeva la realizzazione di una capsula delle dimensioni pari a quelle di un antibiotico capace di esplorare il lume intestinale attraverso una telecamera. Dotata di una batteria riusciva a permettere l'esecuzione di un esame della durata di circa 10 ore. L'ingegnere Iddan fondava così la Given (gastrointestinal videoendoscopy) imaging.

Ad oggi siamo in possesso di tre diverse tipologie di capsula: una da esofago, una da piccolo intestino, una da colon. La capsula da piccolo intestino Sb3 ha un angolo di lettura di 156° e scatta dai 2 ai 6 frames al secondo.

Nel corso del 2015 sono state elaborate le linee guida dall'esge (European Society of Gastroenterology) che hanno dettato le precise indicazioni per l'utilizzo della videocapsula.

La capsula da piccolo intestino Sb3, trova la sua migliore indicazione nei sanguinamenti oscuri, intesi come tali i

sanguinamenti del tratto digerente che presentano gastroscopia e colonscopia negative. In questi casi otteniamo la migliore resa diagnostica quanto più vicina è l'esecuzione dell'esame all'episodio di sanguinamento. La videocapsula rappresenta un esame di prima linea e può essere effettuato in urgenza. Nel morbo di Crhon sospetto con ileoscopia retrograda negativa in assenza di sintomi ostruttivi o stenosi conclamate l'esame con videocapsula è di prima linea.

Nel morbo di Crohn conclamato l'esge consiglia la videocapsula ma indica come esami capaci di valutare il coinvolgimento di parete e l'estensione della malattia l'entero tc e l'entero rmn. Nel caso questi esami non diano risposte convincenti ai fini diagnostici si ricorre alla videocapsula previo l'utilizzo della patency (capsula con involucro in cera che impattando con eventuale stenosi si dissolve nel giro di 40 ore). Comunque la percentuale di ritenzione della videocapsula al momento è dello 0,5%. Non è un'indicazione alla videocapsula la celiachia a meno che non refrattaria o di incerta diagnosi. La capsula da colon chiamata Colon 2 possiede doppia telecamera con un angolo di lettura 172°, quindi quasi una visione a 360°. Scatta un numero di frames che va da 4 a 35 al secondo. Le indicazioni alla esecuzione di questa indagine in luogo della colonscopia sono rappresentate soprattutto dalla mancata tolleranza del paziente all'esame, dall'impossibilità di eseguire la colon per le coomorbidità del paziente.

Diversi studi dimostrano la maggiore efficacia della videocapsula da colon versus la tc colon nella diagnosi di polipi del colon nei pazienti che hanno eseguito una colonscopia incompleta.

# Help emergenza lavoro - ludopatia sovraindebitamento ed usura

..... *di Antonio Graziano - Direttore Distretto 5*

I DDL n. 158 (art. 5) del 13.9.2012, ha inserito la ludopatia nei livelli essenziali di assistenza (LEA), con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da questa patologia.

Le cause di questo patologia, al momento, non risultano essere note, ma potrebbero consistere in un insieme di fattori genetici e ambientali e racchiudono, in caso di dipendenza, una molteplicità di aspetti riguardanti il comportamento dell'individuo, i suoi vissuti, i significati psicologici e le conseguenze che derivano da tali esperienze.

Per questo motivo il "gioco d'azzardo" è stato inserito nelle patologie da dipendenza; una dipendenza senza sostanza con sintomi legati alla sindrome di astinenza caratterizzati da inquietudine, ansia e craving.

Chi è affetto da ludopatia prova il bisogno irrefrenabile di giocare, che sfoga nelle forme più disparate, dal videopoker al gratta e vinci, dalle scommesse sportive alle slot machine; qualsiasi attività può andare bene e non fa discriminazioni tra un gioco ed un altro perché l'importante è "giocare". All'atteggiamento ossessivo si accompagnano repentini sbalzi d'umore, continue oscillazioni tra euforia e depressione che hanno pesanti ricadute sulla vita relazionale e sociale del paziente - giocatore che, nell'attuale crisi economica ed a seguito della carenza cronica di lavoro, viene spinto anche ad un diffuso ricorso a finanziamenti usurai fino all'indebitamento.

Sull'argomento l'Associazione "Lions" di Formia con il patrocinio del Comune di Formia e con la partecipazione, tra gli altri, degli operatori del Distretto 5, ha organizzato l'11 marzo di quest'anno, presso la sala "Ribaud" del suddetto Ente, un convegno sul tema: "help emergenza lavoro - ludopatia - sovraindebitamento ed usura".

Per il Distretto 5 è intervenuta la Drssa Daniela Cesarale, dirigente psicologo della Unità Operativa "Ser.D.", che ha presentato una relazione sugli aspetti psicologici del "gambling".

Partendo da una classificazione delle persone affette da questa patologia, la Drssa Cesarale ha analizzato le varie fasi che via via accompagnano ogni giocatore che da occasionale si trasforma in un giocatore patologico, ovvero da "giocatore occasionale", che può interrompere quando vuole diventa



"giocatore problematico", compulsivo, che non riesce ad avere il controllo del comportamento, trasformandosi poi in "giocatore per fuga", distaccato dalla realtà e con compromissione della sua vita affettiva e sociale, fino a diventare "giocatore anti-sociale", che adotta una serie di comportamenti illegali.

Molto interessante è stato l'argomento trattato dalla Drssa Daniela Cesarale dal quale è emerso che il "gambling è una dipendenza, senza sostanza", ovvero che il giocatore a differenza del tossicodipendente e dell'alcolista classico è un soggetto invisibile, pur presentando le stesse modalità compulsive e lo stesso scarso autocontrollo che caratterizza le altre forme di dipendenza.

La Drssa Cesarale ha rappresentato, inoltre, la notevole incidenza sociale del gioco ed, in particolare, le divisioni ed i conflitti che esso genera all'interno delle famiglie ed ha concluso la propria relazione riportando le strategie di intervento terapeutico della Unità Operativa di appartenenza. Nella fase della "disperazione" il giocatore può chiedere aiuto al Ser.D., che nel Distretto 5 già da alcuni anni, è impegnato anche con le famiglie dei giocatori attraverso una terapia di

coppia, individuale e di gruppo .

Il gruppo di "auto-aiuto", attualmente, è composto da circa nove persone / pazienti, coordinato dalla Drssa Cesarale ed ha raggiunto obiettivi quali l'allontanamento dal gioco di gran parte dei pazienti seguiti dal " Ser.D.".

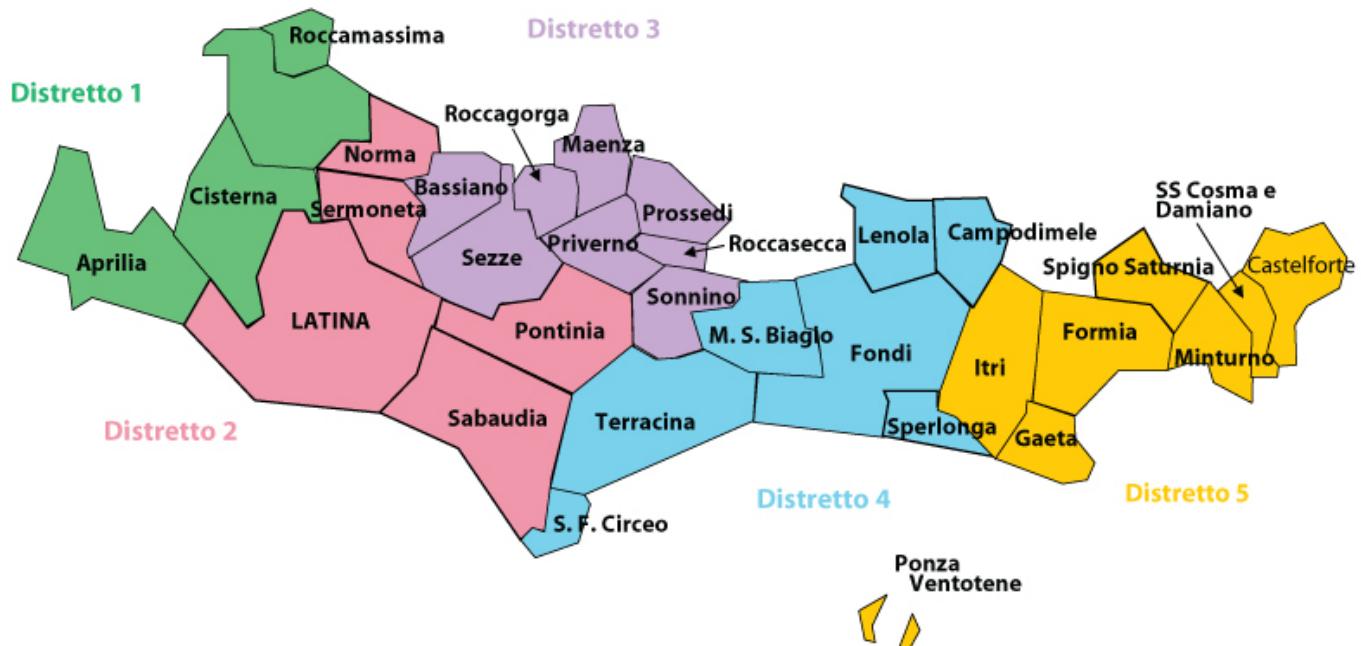
La maggior parte dei pazienti che si rivolgono al "Ser.D." del Distretto 5 risultano essere uomini, mentre le donne sono in numero minore, in particolar modo giocatrici del "lotto", quale forma di evasione dalla noia-solitudine e/o fuga finalizzata a provare emozioni.

Tra i pazienti presi in carico dal "Ser.D." del Distretto 5 risulta che per l'uomo, nella maggior parte dei casi, il gioco è rappresentato dalle "slot-machine" per provare azione-eccitazione e uno stato di tranne, mentre vengono seguiti pazienti-giocatori che si sono avvicinati al gioco di più nella fase perdente sia per tentare di rifarsi delle perdite che per una sorta di masochismo inconscio.

Tra i pazienti – giocatori seguiti dal "Ser.D." del Distretto 5 vi sono anche giocatori narcisisti, ovvero persone che devono continuamente provare a loro stessi il proprio valore e le proprie capacità con difese di negazione e illusione dell'onnipotenza, nonché giocatori anziani che credono nell'illusione di superare la crisi economica sperando in una vittoria ed altri che nel gioco cercano di superare un evento luttuoso e di sofferenza.



**Gli operatori in servizio presso la linea telefonica  
possono effettuare le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali  
dei Presidi Nord - Centro - Sud e dei cinque Distretti**



**RECUP**

il numero verde Regionale per la prenotazione  
telefonica delle tue visite specialistiche

**Numero Verde**  
**800.33.33**

**Il Numero verde è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30  
alle 17.30 il sabato dalle ore 7.30 alle 13.00**



Giornalini di comunicazione sanitaria divulgativa mirati ai cittadini e alle aree sociali più deboli (anziani, bambini, extracomunitari); grafiche piacevoli e di forte impatto visivo; brochures e piccoli opuscoli di servizio sul territorio di riferimento delle Ausl; campagne di prevenzione sanitaria (sull'alimentazione, sulla guida sicura, sulle emergenze) indirizzate alle scuole: tutto questo è il "Progetto Archimede" ([www.progettoarchimede.com](http://www.progettoarchimede.com)), la comunicazione sanitaria divulgativa a servizio delle Aziende Sanitarie Locali e del cittadino.