

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

La formazione a distanza
per l'allattamento al seno nel programma
"Guadagnare Salute"

Convegno. Il trattamento e lo smaltimento
dei rifiuti contenenti Amianto:
situazione italiana

Donna e alcol: una sfida
per il futuro della salute pubblica?



Inserto **BEN**
Bollettino Epidemiologico Nazionale

La raccomandazione "meno sale ma iodato"
è realmente condivisa dai medici italiani?
Alcune indicazioni tratte da un'indagine online

SOMMARIO

Gli articoli

La formazione a distanza per l'allattamento al seno nel programma "Guadagnare Salute" 3

Convegno. Il trattamento e lo smaltimento dei rifiuti contenenti Amianto: situazione italiana 8

Donna e alcol: una sfida per il futuro della salute pubblica? 11

Le rubriche

News. Progetti di attuazione del Programma CCM 2013 15

Visto... si stampi 17

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

La raccomandazione "meno sale ma iodato" è realmente condivisa dai medici italiani? Alcune indicazioni tratte da un'indagine online i



Iniziative promosse da ISS, OMS/UNICEF Italia e ASL di Milano, hanno permesso di sviluppare un percorso formativo ECM a distanza (FAD) sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno

pag. 3

Durante il Convegno sono state discusse le attuali criticità nell'ambito del trattamento, gestione e smaltimento dei rifiuti contenenti amianto in Italia, individuate le priorità e le azioni future

pag. 8



Gli studi sugli effetti alcol-correlati evidenziano spiccate differenze di genere e confermano una maggiore vulnerabilità della donna

pag. 11

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.

È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

Dipartimenti

- Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
- Biologia Cellulare e Neuroscienze
- Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
- Farmaco
- Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
- Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Tecnologie e Salute

Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Malattie Rare
- Organismo Notificato per i Dispositivi Medici e la Valutazione dei Cosmetici
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sostanze Chimiche
- Sangue
- Trapianti

Servizi tecnico-scientifici

- Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
- Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: Fabrizio Oleari

Redattore capo: Paola De Castro

Comitato scientifico: Barbara Caccia, Paola De Castro, Loredana Ingrosso, Cinzia Marianelli, Luigi Palmieri, Patrizia Popoli, Anna Maria Rossi, Emanuela Testai, Vito Vetrugno, Ann Zeuner

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sandra Salinetti

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988.

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2014

Numero chiuso in redazione il 31 gennaio 2014



Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

LA FORMAZIONE A DISTANZA PER L'ALLATTAMENTO AL SENO NEL PROGRAMMA "GUADAGNARE SALUTE"



Angela Giusti¹, Maria Enrica Bettinelli² e Barbara De Mei¹

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

²ASL di Milano

RIASSUNTO - La promozione dell'allattamento materno è considerata da tempo una priorità di salute pubblica. La partnership tra il programma nazionale "Guadagnare Salute" e l'iniziativa "Insieme per l'allattamento", promossa dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'UNICEF Italia e dalla ASL di Milano, ha permesso di sviluppare un percorso formativo ECM a distanza (FAD), offerto gratuitamente ai professionisti e alle mamme dei gruppi di sostegno all'allattamento. L'obiettivo è quello di contribuire alla diffusione di buone pratiche per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento, tra cui le iniziative "Ospedale Amico dei Bambini" e la "Comunità Amica dei Bambini". La FAD sarà online fino al 20 aprile 2014.
Parole chiave: formazione a distanza; allattamento; ospedale e comunità amici dei bambini

SUMMARY (*Distance learning for breastfeeding in the Gaining Health Programme*) - Since the last decades breastfeeding promotion has been considered a public health priority. The partnership between the Gaining Health National Programme and "Together for breastfeeding" Initiative sponsored by the Italian National Institute of Health, UNICEF Italy and the Milan Local Health Authority, has led to the development of a CME Distance Learning Course, offered free of charge to professionals and peer-support groups. The aim is to contribute to the dissemination of good practices for the protection, promotion and support of breastfeeding, including the Baby-Friendly Hospital and Community Initiatives. The Distance Learning Course will be online until April 20, 2014.

Key words: distance learning course; breastfeeding; baby-friendly hospital and community Initiatives angela.giusti@iss.it

La promozione dell'allattamento materno è considerata da tempo una priorità di salute pubblica. L'importanza dell'allattamento materno è tale da essere espressamente indicato dall'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), come un diritto nell'art. 24 della Convenzione per i Diritti per l'Infanzia del 1989.

Il numero delle donne che allattano è sicuramente in aumento rispetto a qualche decennio fa, ma esistono ancora barriere culturali all'applicazione delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'UNICEF, secondo cui "nei primi sei mesi di vita i bambini devono essere alimentati esclusivamente con latte materno e successivamente integrare le poppate con cibi complementari idonei e sicuri, proseguendo l'allattamento fino all'età di due anni e oltre".

Nel corso degli anni, diversi interventi sono stati messi a punto per sostenere le donne nell'allattamento. Un ruolo di primo piano è stato svolto dall'OMS e

dall'UNICEF, che hanno avviato negli anni Novanta, a livello mondiale, l'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI), che si propone di proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nei punti nascita.

Le iniziative OMS/UNICEF Amiche dei Bambini, a cui si è aggiunta nel tempo la "Comunità Amica dei Bambini" (Baby-Friendly Community Initiative, BFCI), hanno il grande merito di portare l'attenzione sull'impatto che le pratiche di alimentazione infantile hanno sulla salute delle popolazioni e di proporre interventi efficaci e strumenti per la loro applicazione e valutazione.

Se a oggi in Italia sono circa una ventina gli ospedali Baby-Friendly, che rappresentano il 4% dei parti effettuati nel nostro Paese, sono più di un centinaio quelli che stanno lavorando per ottenere il riconoscimento. L'esperienza della "Comunità Amica dei Bambini", dopo essersi affermata in ►

molti Paesi anglofoni, nel 2007 è stata lanciata anche in Italia, in collaborazione con la ASL di Milano, che è stata riconosciuta nel 2011 prima BFCI in Italia.

Gli ospedali e le comunità sono certificati solo quando hanno applicato tutti i sette passi previsti dalle buone pratiche della "Comunità Amica dei

Bambini" (Figure 1-2) (1). Tra gli elementi essenziali per il riconoscimento figurano inoltre l'impegno della struttura a non accettare campioni gratuiti o a buon mercato di sostituti del latte materno, biberon o tettarelle nel rispetto del Codice internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno dell'UNICEF (2).

Iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" per l'allattamento materno

per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nei servizi per la maternità

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto a poppare, offrendo aiuto se necessario.
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming-in*) in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

In tutte e due le iniziative le Strutture devono inoltre garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità

Figura 1 - I dieci passi dell'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" per l'allattamento materno

Iniziativa "Comunità Amica dei Bambini" per l'allattamento materno

per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nelle strutture socio-sanitarie territoriali

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale.
2. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale.
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno.
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno.
5. Promuovere l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento al seno prolungato.
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento al seno.
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale.

In tutte e due le iniziative le Strutture devono inoltre garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità

Figura 2 - I sette passi dell'iniziativa "Comunità Amica dei Bambini" per l'allattamento materno



Le strategie nazionali sull'alimentazione dei lattanti e "Guadagnare Salute"

In Italia, già nel 2000, il Progetto Obiettivo Materno Infantile, ripreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (3), raccomandava l'implementazione di buone pratiche per l'allattamento al seno. Successivamente, il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 prevedeva l'adozione di interventi "da considerarsi come maggiormente efficaci in termini di salute pubblica", incluso il coinvolgimento degli *stakeholder* non sanitari, ad esempio delle associazioni di sostegno da mamma a mamma nella comunità. Le linee di indirizzo nazionali, emanate nel 2007, hanno ribadito l'importanza delle azioni di "protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, uno degli interventi di salute pubblica più rilevanti in termini di efficacia e di rapporto costo/beneficio" (4).

Il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 ha riproposto e rinforzato la strategia di promozione dell'allattamento al seno come stile di vita salutare, strategia che è stata resa operativa attraverso i Piani regionali di prevenzione (5).

All'interno del Programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" (6), l'attenzione a un buon inizio di vita trova una sua specificità cominciando dal percorso della nascita (7).

L'impegno di "Guadagnare Salute" sull'allattamento al seno si articola in una serie di interventi:

- informazione adeguata alle donne;
- formazione degli operatori sanitari: ostetriche, medici di medicina generale, ginecologi, pediatri di libera scelta;
- programmazione e attuazione di interventi normativi a favore delle mamme che lavorano e devono allattare;
- attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione;
- accordi per evitare la distribuzione gratuita di latti artificiali nei Reparti di ostetricia o nei consultori;
- accordi con i professionisti coinvolti affinché promuovano l'allattamento al seno.

La formazione dei professionisti sanitari e le altre figure coinvolte

Sia la formazione di base che l'aggiornamento continuo degli operatori sanitari devono essere migliorati, come avviene, oltre che per l'allattamento al seno, su altri temi di assistenza sanitaria.

Una delle barriere per una madre alla realizzazione di un allattamento di successo è infatti trovare o meno un sostegno per l'allattamento da parte degli operatori sanitari ospedalieri e territoriali. Tale aiuto competente si basa su una formazione aggiornata e basata sulle migliori prove di efficacia disponibili. Offrire educazione continua interdisciplinare e multiprofessionale, in accordo con le linee d'indirizzo dell'OMS e dell'UNICEF, rappresenta una tappa fondamentale per diffondere buone pratiche al personale interessato, con particolare attenzione per gli operatori di primo livello per la maternità e l'assistenza all'infanzia, ma anche per le mamme, prime protagoniste di questa scelta di salute per sé e per il proprio bambino.

La partnership tra il programma "Guadagnare Salute" e l'iniziativa "Insieme per l'Allattamento", promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dall'UNICEF Italia e dalla ASL di Milano, ha permesso di sviluppare un percorso formativo a distanza (FAD) sulla promozione dell'allattamento al seno, rivolto a tutti i professionisti e ad altre figure di sostegno che, a diverso titolo, entrano in contatto con donne in gravidanza, mamme, papà e bambini. Questa iniziativa si colloca nell'ambito delle attività del Progetto Programma nazionale di informazione e comuni- ►

cazione a sostegno di "Guadagnare Salute" (PinC), coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS. PinC ha realizzato iniziative di comunicazione e formazione con l'obiettivo di sviluppare le conoscenze sui temi di "Guadagnare Salute" e di rendere disponibili strumenti e prodotti finalizzati alla promozione della salute.

La FAD ha sicuramente il vantaggio di raggiungere grandi gruppi di partecipanti in periodi relativamente brevi e a costi limitati. Tuttavia, trattandosi di un percorso formativo individuale e a bassa interazione, lo scambio di esperienze e di co-costruzione della conoscenza con il team di formazione e con la comunità di apprendimento è limitato. Per questo motivo, la FAD sulla promozione dell'allattamento è stata concepita come strategia formativa sia *blended* che unica:

- *blended*, combinata alla formazione in presenza (teorica ed esperienziale), per quei professionisti e altri *stakeholder* che si occupano direttamente del sostegno alle madri;
- *unica*, per quei professionisti e *stakeholder* che, pur non occupandosi direttamente del sostegno alle madri nel percorso nascita, devono essere



aggiornati su nuove conoscenze, raccomandazioni e buone pratiche per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno. Ne sono esempio i medici di medicina generale, gli specialisti (ad esempio, diabetologi, odontoiatri, psichiatri, anestesisti, endocrinologi) e i farmacisti.

I contenuti includono le più recenti conoscenze in tema di fisiologia dell'allattamento materno e di gestione appropriata di comuni problemi che si possono presentare, indicazioni su come accedere a un'affidabile fonte di riferimento per la prescrizione di farmaci alle madri che allattano al seno, e su come indirizzare le madri alle figure professionali più appropriate per l'aiuto e il sostegno all'allattamento.

Il pacchetto formativo è offerto gratuitamente ai professionisti e alle mamme dei gruppi di sostegno all'allattamento. Per i professionisti sanitari, a completamento di tutte le attività previste, sono attribuiti otto crediti ECM.

La metodologia è pensata per l'apprendimento individuale e prevede quattro studi di caso, strutturati sulla base degli obiettivi di apprendimento previsti dal corso. Gli studi di caso riguardano la promozione della salute e dell'*empowerment* della madre e del bambino, l'assunzione di farmaci, il consumo di alcol e fumo in allattamento, la percezione di scarsa produzione di latte e la difficoltà nell'avvio dell'allattamento.

Come materiale di riferimento per la risoluzione dei casi vengono forniti due dossier, appositamente costruiti per questa FAD da un team di esperti:

- dossier 1. La promozione dell'allattamento al seno nell'ambito della strategia "Guadagnare Salute";
- dossier 2. Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura.

I dossier sono accompagnati da materiale bibliografico di approfondimento e da materiali multimediali, tra cui video illustrativi di alcune abilità pratiche. Oltre agli studi di caso sono previste esercitazioni interattive non obbligatorie, per consolidare le conoscenze acquisite: metodo per la ricostituzione del latte artificiale in polvere, valutazione di attacco e posizione del bambino al seno, valutazione della crescita del bambino, problemi in corso di allattamento.

Il piano di valutazione prevede la misura di quattro dimensioni dell'apprendimento:

- il gradimento, con questionario;
- le conoscenze, con prova oggettiva di conoscenza e risposte ai casi di studio;
- gli atteggiamenti, con item di atteggiamento misurati su scala di Likert a 4 punti;
- le pratiche, con item di pratica dichiarata.

La valutazione è obbligatoria per le conoscenze e il gradimento, secondo quanto previsto dal sistema ECM, e volontaria per atteggiamenti e pratiche. È prevista la rilevazione in forma pre e post-formazione e in follow-up a 6 mesi.

Il Progetto PinC ha realizzato altri moduli di formazione a distanza. Il primo pacchetto di formazione, erogato nel 2011, ha reso disponibili approfondimenti sugli stili di vita e il contrasto alle malattie croniche con l'intento di fornire un riferimento culturale e informativo sui presupposti di "Guadagnare Salute".



Nel 2012, l'offerta è stata completata con i percorsi dedicati all'analisi delle modalità di utilizzo dei principali strumenti della comunicazione, dal counselling al marketing sociale, nel promuovere la consapevolezza e le scelte salutari nei cittadini.

I moduli sono disponibili come materiale integrativo sulla piattaforma di e-learning GOAL. La FAD "L'allattamento al seno come strategia di promozione della salute" sarà online fino al 30 aprile 2014 all'indirizzo: <http://goal.snlg.it> ■

Ringraziamenti

Si ringraziano Adriano Cattaneo, Elise Chapin, Rosellina Cosentino, Eloisa Del Curto, Romana Prosperi Porta, Leonardo Speri, Graziella Cattaneo, Sofia Colaceci, Laura Lauria, Miriam Lelli, Mirta Mattina e Angela Spinelli per aver collaborato alla costruzione della FAD.

Si ringraziano, inoltre, Pietro Dri, Maria Rosa Valetto, Eva Benelli e Corinna Guercini per la redazione e il coordinamento editoriale.

Dichiarazione di conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm).
2. Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. Organizzazione Mondiale della Sanità; 1981 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagine_Aree_1467_listaFile_itemName_7_file.pdf).
3. Italia. Ministero della Sanità, Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1548_allegato.pdf). Estratto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile, *Gazzetta Ufficiale* n. 131, 7 giugno 2000 (www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo.asp).
4. La Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Seduta del 20 dicembre 2007 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1549_allegato.pdf).
5. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. Piano Nazionale della prevenzione 2010-2012 (www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/981&idP=89&idF=668).
6. Italia. Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 117, 22 maggio 2007 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf).
7. Ministero della Salute. Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf).

Convegno

IL TRATTAMENTO E LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI CONTENENTI AMIANTO: SITUAZIONE ITALIANA

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 12 dicembre 2013

Daniela Marsili¹ e Antonella Pillozzi²

¹Settore Attività Editoriali, ISS

²Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

RIASSUNTO - Nell'ambito del Progetto Amianto, il 12 dicembre 2013 si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Convegno "Il trattamento e lo smaltimento dei rifiuti contenenti Amianto: situazione italiana". Il Convegno, organizzato dall'ISS in collaborazione con l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) Toscana, ha visto la partecipazione di rappresentanti di istituzioni nazionali e regionali, e di altri portatori di interesse coinvolti nella filiera del trattamento, gestione e smaltimento dei rifiuti contenenti amianto. Sono state discusse le criticità ancora attuali di questa tematica, identificate le priorità di intervento e prospettate azioni future.

Parole chiave: amianto; rifiuti contenenti amianto; bonifica

SUMMARY (*Conference on the treatment and disposal of asbestos-containing waste in Italy*) - In the framework of the Italian National Asbestos Project, on December 12, 2013, the Conference on the treatment and disposal of asbestos-containing waste in Italy was held at the Italian National Institute of Health. The Institute organized the Conference in collaboration with INAIL and ISPO Tuscany. Representatives of national and regional institutions and other stakeholders involved in the process of the treatment, management and disposal of asbestos-containing waste attended the Conference. The discussion addressed the current critical issues of the meeting objective, the identification of priorities for action and the future initiatives.

Key words: asbestos; asbestos-containing waste; remediation

loredana.musmeci@iss.it

Nell'ambito delle attività previste dal Progetto Amianto, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e finanziato dal Ministero della Salute come prima attuazione del Piano Nazionale Amianto attualmente in corso di definitiva approvazione, il 12 dicembre 2013 si è svolto presso l'ISS il Convegno "Il trattamento e lo smaltimento dei rifiuti Amianto: situazione italiana". Il Convegno è stato organizzato dall'ISS in collaborazione con l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) della Regione Toscana.

L'idea degli esperti delle tre istituzioni di organizzare questo Convegno per presentare lo stato dell'arte e per approfondire le criticità della gestione di fine-vita dei prodotti contenenti amianto in Italia, nasce durante i lavori della II Conferenza Governativa Amianto del 2012. In questa prospettiva è stata quindi organizzata una giornata di lavoro finalizzata alla condivisione delle esperienze maturate a livello nazionale sull'argomento.

Si è ritenuto importante coinvolgere nei lavori del Convegno tutti i portatori di interesse per individuare soluzioni attuabili e sostenibili per il trattamento e per lo smaltimento dei rifiuti contenenti amianto (RCA). Questi ultimi aspetti costituiscono un problema sia dal punto di vista tecnico, in relazione alla potenziale esposizione a fibre di amianto dei lavoratori e della popolazione, sia dal punto di vista della capacità di trattamento e smaltimento degli RCA attualmente esistenti a livello nazionale. Questa tematica ha sempre più un interesse di sanità pubblica sia a livello nazionale che internazionale.

Il Presidente dell'ISS, Fabrizio Oleari, ha introdotto i lavori del Convegno. La prima relazione della giornata è stata presentata da Loredana Musmeci, coordinatore del Progetto Amianto e Direttore del Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'ISS, che ha illustrato gli obiettivi e la struttura del Progetto, nonché le attività già avviate dalle quattro unità operative in relazione alle rispettive aree di intervento riassunte nelle parole Ambiente,



Fabrizio Oleari, Presidente dell'ISS

Epidemiologia, Diagnosi e Cura. In particolare, sono state illustrate le attività dell'Unità Operativa dell'ISS che sviluppa le seguenti tematiche:

- la presenza di amianto nei siti inquinati;
- la stima dell'esposizione;
- l'impatto sanitario e le priorità per le bonifiche.

L'Unità Operativa dell'ISS, articolandosi in diverse linee di ricerca, comprende anche le attività in materia di rischio sanitario associato allo smaltimento degli RCA.

All'avvio dei lavori del Convegno ha partecipato anche il senatore Renato Balduzzi, già Ministro della Salute e tra i promotori della pianificazione del Programma Nazionale sull'Amianto, che ha ricordato la fruttuosa collaborazione avuta in questo ambito con i ricercatori dell'ISS.

La presentazione degli esperti dell'ISS ha avuto come argomento la caratterizzazione e la classificazione dei rifiuti di amianto e/o contenenti amianto, e una panoramica del quadro legislativo italiano ed europeo, nonché delle criticità ancora presenti in Italia.

L'INAIL ha illustrato a livello nazionale lo stato dell'arte, sia delle discariche che accettano gli RCA, con particolare riferimento alla mappatura e alla loro capacità di smaltimento, sia degli impianti di stoccaggio amianto.

L'esperienza delle Regioni Lazio e Toscana nel monitoraggio delle bonifiche dell'amianto è stata descritta dai rappresentanti, rispettivamente, del Centro Regionale Amianto del Lazio e dell'ISPO Toscana. Da rilevare che dal 2010 la Regione Lazio ha avviato un processo di semplificazione della notifica delle attività con materiali contenenti amianto, utilizzando la via telematica e un portale dedicato per agevolare le Aziende interessate all'invio obbligatorio delle relazioni, secondo quanto previsto dall'art. 9 della Legge n. 257/92, con l'inseri-

mento dei dati in formati predisposti. Questo sistema è stato utilizzato a partire dal 2011 anche dalla Regione Toscana e nel 2013 è stato firmato un Accordo di collaborazione da parte del Ministero della Salute per quanto riguarda la "Diffusione alle Regioni e Province autonome della modalità di raccolta delle notifiche art. 9 della Legge 27 marzo 1992, n. 257 per via telematica". L'informatizzazione e la georeferenziazione del sistema di bonifiche su tutto il territorio nazionale favorirà certamente una maggiore collaborazione tra utente e pubblica amministrazione e tra pubbliche amministrazioni, permettendo una razionalizzazione delle risorse e un risparmio nei costi.

Il Comune di Casale Monferrato ha presentato l'esperienza maturata nel processo di gestione degli RCA del Sito di Interesse Nazionale (SIN) per le bonifiche di Casale Monferrato (si compone di 48 Comuni con una superficie complessiva dell'area da bonificare di 738,50 km²).

Ha concluso le relazioni il Presidente di Assoamianto, Sergio Clarelli, parlando degli impianti di inertizzazione dell'amianto, evidenziandone le criticità e avanzando proposte di fattibilità degli impianti stessi.

La sintesi delle proposte avanzate dai relatori del Convegno, dagli interventi durante la Tavola rotonda e nel dibattito conclusivo del Convegno comprende i seguenti punti:

- a fronte di una grande domanda di smaltimento/trattamento degli RCA non vi è sul territorio nazionale un'offerta adeguata di impianti idonei e autorizzati a riceverli. Peraltro, i pochi impianti esistenti (circa 20 impianti di discarica) non sono omogeneamente distribuiti sul territorio delle Regioni italiane, essendo la maggior parte di questi collocati nelle Regioni del Nord Italia. Occorre ►



Loredana Musmeci, Direttore del Dipartimento di Ambiente e Conessa Prevenzione Primaria, ISS

quindi elaborare una programmazione a livello nazionale per incrementare la capacità di smaltimento/trattamento degli RCA;

- per quanto riguarda l'utilizzo di tecnologie di trattamento degli RCA, esistono a livello nazionale numerosi brevetti che riguardano prevalentemente l'inertizzazione e, in alcuni casi, anche la trasformazione termica e chimica degli RCA. Le tecnologie di trattamento, che fanno ricorso alla trasformazione termica degli RCA, rimangono di difficile attuazione a livello nazionale a causa dell'alto costo dell'energia, che ne limita la realizzazione. Pertanto, sarebbe auspicabile prevedere incentivi economici per facilitare il ricorso alle suddette tecnologie di trattamento degli RCA a livello nazionale;
- devono essere previsti incentivi economici per coloro i quali dismettano coperture, capannoni, serbatoi contenenti amianto, ecc., così come sono previsti per gli interventi nell'ambito delle energie rinnovabili;



Locandina del Convegno



Renato Balduzzi, senatore della Repubblica, già Ministro della Salute

- l'istanza maggiormente sentita da parte di tutti i portatori di interesse riguarda la ricostituzione o riattivazione della Commissione Nazionale Amianto o, comunque, la costituzione di una cabina di regia, con la partecipazione di tutti gli Enti coinvolti nella tematica amianto e con la presenza delle Regioni, che si occupi di rivedere la normativa e di elaborare protocolli condivisi per alcuni aspetti ancora oggi non chiari (metodiche analitiche per la ricerca dell'amianto nei suoli, modalità di intervento per le bonifiche di siti contaminati da amianto, ecc.).

La disponibilità e l'accesso alla documentazione sugli argomenti affrontati nel Convegno è di particolare importanza, anche a fronte della grandissima partecipazione registrata, che ha reso necessario utilizzare l'Aula Pocchiarri e l'Aula Marotta dell'ISS per permettere a tutti i partecipanti di seguire i lavori del Convegno. ■

Dichiarazione di conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Il programma del Convegno e le presentazioni dei relatori possono essere consultate sul sito web del Progetto Amianto, all'indirizzo:

www.iss.it/amianto/?lang=1&id=155&tipo=3

Nel sito www.iss.it/amianto è disponibile la documentazione sul Progetto, informazioni sulle attività svolte e aggiornamenti sulle iniziative future.



LA RACCOMANDAZIONE "MENO SALE MA IODATO" È REALMENTE CONDIVISA DAI MEDICI ITALIANI?

Alcune indicazioni tratte da un'indagine online*

Paolo D'Argenio¹, Antonella Olivieri², Daniela Rotondi², Chiara Donfrancesco¹ e Simona Giampaoli¹

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

²Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI), Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY ("Less but iodized salt". Do the Italian general practitioners really agree with the recommendation?) - In Italy, an excessive sodium and an inadequate iodine intake has been reported, therefore the public health institutions recommend consuming "less but iodized salt". To assess the knowledge of General Practitioners (GP) regarding dietary sodium and iodine intake, and their attitude and practice about the "less but iodized salt" recommendation, we submitted an online questionnaire to 26,309 GP using the same software for the management of patients' records. A total of 1,045 GP responded to the questionnaire. Only 45% of the responding GP reported a good knowledge of excessive sodium intake in the population and 23% reported a good knowledge of the recommendation about iodized salt and of the nation-wide iodine prophylaxis program implemented by law (n.55/2005). Knowledge resulted significantly associated with a favorable attitude both to salt reduction and iodine supplementation, and with an optimal medical practice, consisting in recommending to everyone - regardless of age and health status - to reduce salt intake and to use iodized salt. On the basis of these results we formulated the hypothesis that in our country the strategy "less but iodized salt" is not fully supported by all GP. Therefore we suggest that specific training programs should be addressed to medical students and GP.

Key words: sodium, dietary; iodine prophylaxis; health knowledge, attitude, practice

simona.giampaoli@iss.it

Introduzione

Una delle principali cause delle malattie croniche, in Italia e nel mondo, è costituita da una serie di fattori dietetici, tra cui bisogna annoverare l'eccessivo introito di sodio e l'insufficiente assunzione di iodio (1). Il primo contribuisce all'ipertensione arteriosa e alle malattie cardiovascolari (2) ed è associato al cancro dello stomaco e all'osteoporosi; il secondo può provocare un'ampia serie di disturbi, dai deficit intellettivi nei nati da madri che hanno ricevuto un insufficiente apporto di iodio durante la gravidanza a vari tipi di disturbi tiroidei. La grave carenza di iodio nella vita fetale e neonatale può provocare l'arresto della maturazione dell'encefalo con deficit intellettivi, sordomutismo e paralisi spastica, fino al cretinismo, ma anche la carenza lieve o moderata compromette le funzioni cognitive e motorie (3).

Il sodio viene introdotto nell'organismo con il sale usato per conservare, cucinare e condire gli alimenti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di non superare il consumo giornaliero di 5 g di sale (pari a 2 g di sodio) (4), ma in Italia l'Health Examination Survey, nel cui ambito sono state analizzate le urine delle 24 ore su campioni rappresentativi della popolazione di 35-79 anni, ha evidenziato che il 96% degli uomini e l'86% delle donne assumono una quantità di

sodio eccessiva (5) e il consumo medio in questa fascia di età è di 11 g negli uomini e di 8 g nelle donne.

Lo iodio è introdotto nell'organismo esclusivamente con gli alimenti e viene eliminato soprattutto con le urine, per cui la ioduria fornisce un'accurata indicazione degli introiti di iodio. L'Italia è considerata un Paese con lieve carenza iodica, come recentemente confermato dalle indagini dell'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia, che hanno messo in evidenza come il valore mediano di ioduria rilevato in campioni rappresentativi di bambini in età scolare sia risultato inferiore a 100 mcg/L, mentre tale valore dovrebbe essere tra 100 e 299 mcg/L (6, 7). La principale misura, raccomandata dall'OMS e dall'United Nations Children's Fund (UNICEF), per correggere questa carenza è l'arricchimento con iodio del sale destinato al consumo umano, usato sia in cucina che dall'industria alimentare e del sale destinato all'alimentazione degli animali da allevamento (8).

Per ridurre gli introiti alimentari di sodio e aumentare quelli di iodio, l'Italia ha scelto di arricchire il sale con iodio, obbligando i rivenditori a offrire preferenzialmente il sale iodato e a fornire il sale comune solo su richiesta (Legge 55/2005) e raccomandando di utilizzare "meno sale ma iodato".

Questa strategia punta sull'adesione volontaria della popolazione alle raccomandazioni delle istituzioni sanitarie. Un elemento cruciale per ottenere l'adesione della popolazione è costituito dall'atteggiamento dei medici di famiglia (medici di medicina generale, MMG e pediatri di libera scelta, PLS), i principali consulenti dei cittadini per quanto riguarda la salute.

Dal momento che sono ben poche le conoscenze relative alle convinzioni dei medici di famiglia in merito al sodio e allo iodio nell'alimentazione degli italiani, è stata realizzata un'indagine su conoscenze, atteggiamenti e pratica dei medici di famiglia relativamente all'assunzione di tali elementi con gli alimenti.

Metodi

L'indagine è stata effettuata con un modulo di rilevazione sottoposto online ai 26.309 medici di famiglia che usano lo stesso programma informatico per la gestione delle cartelle cliniche, e in particolare: 21.368 MMG, il 44% di tutti gli MMG italiani, e 4.941 PLS, il 52% dei PLS italiani. Il modulo era composto da 9 domande per valutare conoscenza, atteggiamento e pratica dei medici relativamente all'oggetto dello studio. Le definizioni operative sono riportate nella Tabella 1. La rilevazione è stata effettuata tra il 30 agosto e l'8 settembre 2013. ▶

(*) L'indagine è stata effettuata da CompuGroup Medical Italia, nell'ambito del programma CGM Health Monitor (www.cgm-healthmonitor.it), in collaborazione con il periodico *Sole24ore Sanità*.

I dati raccolti sono stati analizzati per produrre frequenze semplici. Per valutare la significatività statistica dell'associazione tra conoscenze e atteggiamenti o pratica è stato calcolato il χ^2 e per stimare la forza dell'associazione tra conoscenze e pratica è stato calcolato l'odds ratio con i relativi intervalli di confidenza.

Risultati

Un totale di 1.045 medici di famiglia (220 PLS e 825 MMG) ha partecipato all'indagine: il 25% operante nel Nord Italia, il 20% nel Centro e il 55% nel Sud.

La Tabella 2 mostra che solo una piccola percentuale di medici non sa che l'alimentazione degli italiani è troppo ricca di sale, ma meno della metà (45,4%) stima correttamente e con precisione quanto è frequente lo squilibrio. Un altro 50,1% (parzialmente consapevoli) conosce il problema, ma ne sottostima la frequenza.

Per quanto riguarda il sale iodato, poco meno di 1 medico su 4 (23,3%) conosce tanto la raccomandazione del Ministero della Salute che la legge sulla iodoprofilassi, il 45,6% conosce solo la raccomandazione o solo la Legge 55/2005, mentre quasi un medico su 3 (31,1%) non conosce né raccomandazione né legge.

Passando a considerare gli atteggiamenti, la gran parte dei medici si è dichiarata a favore di una riduzione di sale negli alimenti: il 52,1% molto favorevole e il 31,5% abbastanza favorevole.

Similmente, per l'uso del sale iodato, un atteggiamento molto favorevole è adottato da quasi la metà dei rispondenti, il 39,0% ha un atteggiamento abbastanza favorevole e un restante 14,1% un atteggiamento contrario.

Nella pratica clinica, un medico su due raccomanda la riduzione dell'assunzione del sale a tutti gli assistiti, mentre il 48,7% raccomanda la riduzione di sale solo ai soggetti ipertesi e a quelli nefro-

Tabella 1 - Definizioni operative usate per misurare conoscenza, atteggiamento e pratica (CAP) dei medici di famiglia relativamente alla riduzione del sale alimentare e all'utilizzo del sale iodato

CAP	Eccesso di sodio	Carenza di iodio
<i>Conoscenza</i>		
Piena	Medici che riferiscono una stima corretta e precisa ^a dell'eccessivo introito di sale con l'alimentazione degli adulti in Italia	Medici che conoscono la raccomandazione del Ministero della Salute sul sale iodato e l'esistenza della Legge 55/2005
Parziale	Medici che riferiscono una stima corretta ma non precisa ^b dell'eccessivo introito di sale con l'alimentazione degli adulti in Italia	Medici che conoscono solo la raccomandazione del Ministero della Salute sul sale iodato oppure solo l'esistenza della Legge 55/2005
Nessuna	Medici che effettuano una stima sbagliata o nessuna stima ^c dell'eccessivo introito di sale con l'alimentazione degli adulti in Italia	Medici che non conoscono la raccomandazione relativa al sale iodato né la Legge 55/2005
<i>Atteggiamento</i>		
Favorevole	Medici pienamente favorevoli alla riduzione generalizzata del sale	Medici che si dichiarano pienamente d'accordo con l'uso del sale iodato in sostituzione del sale non iodato
Abbastanza favorevole	Medici abbastanza favorevoli alla riduzione generalizzata del sale	Medici che si dichiarano abbastanza d'accordo con l'uso del sale iodato in sostituzione del sale non iodato
Non favorevole	Medici non favorevoli alla riduzione generalizzata del sale	Medici che si dichiarano non favorevoli all'uso del sale iodato in sostituzione del sale non iodato
<i>Pratica</i>		
Approccio preventivo	Medici che raccomandano la riduzione del sale a tutti gli assistiti	Medici che raccomandano il sale iodato a tutti
Approccio non preventivo	Medici che raccomandano la riduzione del sale solo a ipertesi e nefropatici o non la raccomandano	Medici che non raccomandano il sale iodato a tutti

(a) Il 90% degli italiani adulti mangia con troppo sale; (b) circa il 50% mangia con troppo sale; (c) meno del 50% mangia con troppo sale oppure "non so"

Tabella 2 - Conoscenza, atteggiamento e pratica (CAP) dei medici di famiglia relativamente al consumo di sale da parte dei loro assistiti (Italia, settembre 2013)

CAP dei medici di famiglia	Eccesso di sodio		Carenza di iodio	
	n.	%	n.	%
<i>Conoscenza</i>				
Piena	474	45,4	244	23,3
Parziale	524	50,1	476	45,6
Nessuna	47	4,5	325	31,1
<i>Atteggiamento</i>				
Pienamente favorevole	544	52,1	490	46,9
Abbastanza favorevole	382	31,5	407	39,0
Non favorevole	119	11,4	148	14,1
<i>Pratica</i>				
Approccio preventivo	536	51,3	239	22,9
Approccio non preventivo	509	48,7	806	77,1

patici. Infine, la pratica di raccomandare il sale iodato in sostituzione del sale comune a tutti gli assistiti è estesa solo al 22,9% dei medici di famiglia.

Una piena conoscenza dell'eccesso di sale nell'alimentazione degli italiani è associata all'atteggiamento: i medici con una piena conoscenza si dichiarano per il 70% molto favorevoli alla riduzione di sale per tutti, mentre all'estremo opposto, i medici che non conoscono il problema dell'eccesso di sale nell'alimentazione si dichiarano per il 51% non favorevoli alla riduzione.

Allo stesso modo, la conoscenza della raccomandazione sul consumo di sale iodato e della relativa legge è associata a

un atteggiamento dei medici favorevole all'utilizzo del sale iodato in sostituzione del sale non iodato.

Infine, è stata presa in esame l'associazione tra conoscenza e pratica clinica. Riguardo al sale (Tabella 3), i medici pienamente consapevoli dell'eccessivo consumo di sale nella popolazione riferiscono di adottare un approccio preventivo, raccomandando la riduzione del sale a tutti gli assistiti.

Anche per quanto riguarda la supplementazione con iodio, l'approccio preventivo nella pratica clinica è risultato fortemente associato alla conoscenza dell'importanza del sale iodato e del programma di prevenzione su scala nazionale previsto dalla Legge 55/2005.

Discussione

L'OMS, nell'Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-20, ha incluso, tra gli obiettivi da raggiungere entro il 2025, anche la riduzione del consumo di sale per tutta la popolazione, con l'ambizioso target del 30% di riduzione, da ottenersi modificando i prodotti e i comportamenti alimentari (9). In Italia, nell'ambito del programma Guadagnare Salute, il Ministero della Salute ha stipulato già nel 2009 un importante accordo con le associazioni dei panificatori e con l'industria alimentare per la riduzione del contenuto di sale nel pane del 15%, da conseguire in un periodo di 4 anni. Non è nota la frequenza di famiglie italiane che cerca di ridurre la quantità di sale impiegato per cucinare e condire i cibi.

Per quanto riguarda il sale iodato, attualmente, in Italia la maggior parte dei consumatori acquista il sale in esercizi in cui ci si serve da soli e dove il sale comune e quello iodato sono esposti assieme, cosicché il consumatore può scegliere. Nonostante la raccomandazione e la legge sulla iodoprofilassi, nel 2012 il sale iodato rappresentava solo il 54% del totale del sale venduto in Italia dalla grande distribuzione, il 25% di quello usato nella ristorazione collettiva e dal 2% al 7% di quello impiegato nell'industria alimentare (10). Sembra che, da sole, le misure adottate non siano ancora riuscite a generalizzare l'acquisto e il consumo di sale iodato.

Un elemento indispensabile per questi programmi di prevenzione è rappresentato dalla consapevolezza della popolazione sui benefici derivanti dall'utilizzo di "meno sale ma iodato".

I risultati di questa indagine evidenziano che gli atteggiamenti dei medici di famiglia e la pratica di raccomandare a tutti gli assistiti di consumare "meno sale ma iodato" sono associati alle loro conoscenze. Tuttavia, la frequenza di medici con una conoscenza piena dell'eccesso di sodio nell'alimentazione degli italiani e la frequenza di quelli che conoscono la raccomandazione sul sale iodato e la Legge 55/2005 sono risultate insufficienti, tra i rispondenti all'indagine: meno di 1 su 2 conosceva bene la situazione dell'eccesso di sodio e meno di 1 su 4 la raccomandazione e la legge sul sale iodato. Alla fine, solo la metà dei medici ha un "approccio preventivo" relativamente alla riduzione di sale e solo il 22,9% ha un "approccio preventivo" in relazione al sale iodato. Se tali

frequenze fossero confermate, sarebbe necessario ripensare alcuni aspetti della strategia adottata. Infatti, una strategia completa, oltre alla riformulazione e alla regolamentazione dei prodotti alimentari, che rendano disponibili cibi con minor contenuto di sodio e che siano preparati con sale iodato, include un'altra essenziale componente: la consapevolezza della popolazione (11) che può essere migliorata solo con l'appoggio dei medici di famiglia.

Questo studio ha due limiti. Il primo è costituito dal fatto che solo una parte dei medici cui è stato sottoposto il modulo lo ha compilato. I rispondenti potrebbero essere stati spinti a dedicare i pochi minuti necessari a compilare il modulo proprio dal loro interesse per l'oggetto, da pregiudizi negativi o, al contrario, da una ferma convinzione positiva. Un secondo limite è rappresentato dal fatto che i dati rilevati sono riferiti dai rispondenti e quindi potenzialmente affetti da *bias* di desiderabilità sociale.

Tuttavia, anche con tali modalità di selezione, il confronto tra i rispondenti che hanno mostrato una buona conoscenza dei problemi oggetto dello studio e quelli che hanno dimostrato scarsa conoscenza è valido. Pertanto, le associazioni tra conoscenze e atteggiamenti o pratica clinica dovrebbero essere prese in seria considerazione. D'altra parte, per quanto riguarda il limite dei dati riferiti, le risposte compiacenti tenderebbero a sovrastimare le conoscenze, gli atteggiamenti e le pratiche, per cui la realtà sarebbe, in tal caso, più deludente. Pur tenendo conto di tali limiti, i risultati di questo studio consentono di formulare l'ipotesi che, ►

Tabella 3 - Associazione tra conoscenza del consumo eccessivo di sale e pratica nei confronti della riduzione del sale nell'alimentazione degli assistiti (Italia, settembre 2013)

Conoscenza del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione in Italia	Pratica clinica					
	Approccio preventivo		Approccio non preventivo		Odds ratio	(IC 95%)
	n.	%	n.	%		
Piena	315	66,5	159	33,5	5,2	(2,7-10,1)
Parziale	208	39,7	316	60,3	1,7	(0,9-3,3)
Nessuna	13	27,7	34	72,3	1	
Totale	536	51,3	509	48,7		

$\chi^2 = 82,3$ ($p = 0,000$)

Tabella 4 - Associazione tra conoscenza della raccomandazione relativa alla supplementazione della dieta con iodio e pratica clinica relativa al sale iodato (Italia, settembre 2013)

Conoscenza della raccomandazione sul sale iodato e della Legge 55/2005	Pratica clinica relativa alla supplementazione con iodio					
	Approccio preventivo		Approccio non preventivo		Odds ratio	(IC 95%)
	n.	%	n.	%		
Piena	79	32,4	165	67,6	4,4	(2,8-6,9)
Parziale	128	26,9	348	73,1	3,3	(2,2-5,1)
Nessuna	32	9,9	293	90,1	1	
Totale	239	22,9	806	87,1		

$\chi^2 = 48,1$ ($p = 0,000$)

tra i medici, non sia sufficientemente diffusa la piena conoscenza degli squilibri alimentari riguardanti sodio e iodio e che, l'approccio preventivo, associato a tali conoscenze, non sia praticato in modo adeguato. Quali sono le possibili spiegazioni? Per quanto riguarda il sodio, attualmente in Italia gran parte dei medici di famiglia ha conseguito la laurea diversi anni fa, mentre le acquisizioni sull'efficacia di una riduzione generalizzata del sale nell'alimentazione sono relativamente recenti (12); non c'è quindi da meravigliarsi che la raccomandazione venga rivolta soprattutto a ipertesi e nefropatici, nell'ambito del trattamento di tali condizioni.

Per quanto riguarda lo iodio, il problema della carenza potrebbe essere sottovalutato, mentre potrebbe essere sopravvalutato quello del rischio di ipertiroidismo indotto da iodio, che si può verificare quando i programmi di iodoprofilassi non sono ben controllati e quando il passaggio da un'alimentazione severamente carente di iodio a una fortificata sia stato molto rapido (13).

In conclusione, per portare al successo la strategia sintetizzata nello slogan "meno sale ma iodato" è cruciale che si sviluppino un buon livello di consapevolezza e partecipazione della popolazione che può essere motivata solo se i medici sono convinti della serietà di questi problemi di salute e favorevoli a queste misure.

È perciò necessario che, nella formazione pre e post-laurea dei sanitari, venga dato maggiore spazio ai temi della riduzione generalizzata dell'introito di sale e della iodoprofilassi. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Institute Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease country profiles. Italy (www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/country-profiles).
2. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, et al. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2009;339:b4567.
3. Zimmermann MB, Jooste PL, Pandav CS. Iodine-deficiency disorders. *Lancet* 2008;372:1251-62.
4. World Health Organization. Reducing salt intake in populations. In: *WHO Forum and Technical Meeting, Paris, 5-7 October 2006*. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. Donfrancesco C, Palmieri L, Strazzullo P, et al. Il consumo di sale nella popolazione adulta italiana: risultati preliminari del Progetto MINISAL-GIRCSI.

Not Ist Super Sanità - Insetto BEN 2013;26(11):iii-iv.

6. Olivieri A (Ed.). Atti del convegno "La Iodoprofilassi in Italia" (www.iss.it/binary/osna/cont/Atti_Convegno_Iodoprofilassi_2012.pdf).
7. Zimmermann MB. Iodine deficiency and excess in children: worldwide status in 2013. *Endocr Pract* 2013;19:839-46.
8. World Health Organization. Progress towards the elimination of iodine deficiency disorders (IDD). Geneva: World Health Organization; 1999.
9. World Health Organization. 2013-2020 Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan/en/index.html).
10. Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia. Attività di sorveglianza (www.iss.it/osnami/index.php?lang=1&anno=2014&tipo=21).
11. Cappuccio F, Capewell S, Lincoln P, et al. Policy options to reduce population salt intake. *BMJ* 2011;343:1-8.
12. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials *BMJ* 2013;346:f1325.
13. Delange F, de Benoist B, Alnwick D. Risks of iodine-induced hyperthyroidism after correction of iodine deficiency by iodized salt. *Thyroid* 1999;9:545-56.

NOTA EDITORIALE

Alberto Perra, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il nostro Paese, come gli altri Stati membri dell'ONU, ha sottoscritto la Strategia Universale di contrasto alle malattie croniche che, come è indicato nell'articolo, si prefigge di ridurre del 30% l'assunzione del sale e del 25% (relativo) la prevalenza dell'ipertensione arteriosa. Questo obiettivo è fortemente giustificato dai dati provenienti dal Global Burden of Diseases, secondo i quali la maggior parte degli anni di vita persi (precocemente o per disabilità) sono riferibili a fattori di rischio alimentari, primo fra tutti, l'eccessiva assunzione di sale nella dieta, cui è attribuito circa il 4% degli oltre 16 milioni di anni di vita persi dagli italiani nel 2010. Sul fronte delle strategie, rimane intatta la validità dell'*empowerment* degli individui che dovranno (se già non l'hanno fatto) fare propria la cultura dell'abitudine all'uso moderato del sale (e solo di quello iodato), ma è importante, come mostra lo studio, che questa consapevolezza sia diffusa e radicata in quegli operatori sanitari che più frequentemente vengono a contatto con i cittadini e che sono, per la maggior

parte di loro, la fonte principale e più autorevole di informazione. Per la gravità e l'urgenza del problema, è necessario promuovere tale consapevolezza negli operatori sanitari, facendo in modo che attività strutturate di formazione e informazione siano previste all'interno di programmi e azioni integrate di prevenzione. Delle scelte in tal senso possono essere fatte in questi mesi che vedono regioni e Ministero della Salute impegnati nella preparazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-18. È restrittivo, tuttavia, pensare che risultati nel controllo delle malattie croniche possano venire unicamente da questa "alleanza per la conoscenza" fra cittadino e operatore sanitario. Recentemente, Beaglehole (Beaglehole R. NCDs: time for fewer proposals and more action. *Lancet* 2014; 383(9916): 504) sostiene che nell'impegnativa messa in pratica di strategie efficaci di controllo "la sfida più urgente per i governi è come controllare le forze trainanti che mantengono l'epidemia di malattie croniche: le industrie multinazionali del tabacco, di

prodotti alimentari, e le grandi industrie di bevande". In Italia, l'accordo del 2009 con l'industria alimentare e con i panificatori per la riduzione del 15% del sale in 4 anni costituisce un buon punto di partenza, tuttavia non sufficiente per ottenere i risultati previsti dalla Strategia Universale. Oggi è più che mai necessario che in Europa si mettano a punto strategie coraggiose che rendano più facili le scelte nazionali di riduzione della quantità di sale, nei prodotti nazionali come in quelli d'importazione dagli altri Paesi europei. ■

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Paola Luzi
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Farallo, Alberto Perra, Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it

DONNA E ALCOL: UNA SFIDA PER IL FUTURO DELLA SALUTE PUBBLICA?



Rosanna Mancinelli
Centro Nazionale Sostanze Chimiche, ISS

RIASSUNTO - L'uso/abuso di alcol, un tempo considerato un comportamento quasi esclusivamente maschile, sta oggi dilagando anche nell'*altra metà del cielo* e oggi sempre più donne consumano alcol già a partire dall'adolescenza. Gli studi clinici sugli effetti alcol-correlati evidenziano spiccate differenze di genere e confermano una maggiore vulnerabilità della donna dovuta alle caratteristiche psico-fisiche. Inoltre, bere in gravidanza può causare danni fisici e psichici permanenti al nascituro. L'Istituto Superiore di Sanità è stato antesignano nell'approccio di genere ai problemi alcol-correlati e può oggi valersi di una ben consolidata esperienza nella ricerca sperimentale e nelle specifiche attività di formazione/informazione sul territorio per affrontare i problemi emergenti di salute pubblica.

Parole chiave: differenze di genere; alcol; ricerca; formazione e informazione

SUMMARY (*Woman and alcohol: a challenge for the future of public health?*) - In the past alcohol use/abuse has been almost solely considered a male behavior, while today the number of female adolescents who drink is increasing. Clinical studies about alcohol-related problems show significant gender differences and confirm that women are more vulnerable to alcohol than men because of their psycho-physical peculiarities. Furthermore, drinking alcohol during pregnancy may cause permanent damages to the baby. The Italian National Institute of Health was a forerunner about the gender approach to alcohol-related studies and today it can rely on a well-stated experience both about experimental researches and specific training and information activities to face the emerging problems of public health.

Key words: gender differences; alcohol; research; training and information

rosanna.mancinelli@iss.it

Nel sentire comune, i danni per la salute derivanti dal consumo eccessivo di alcol sono per lo più identificati con gli effetti a breve termine quali comportamenti a rischio, incidenti stradali, ecc. Ma questa è solo la punta dell'iceberg e forse sarebbe opportuno chiedersi: lo stile di consumo alcolico di oggi influenzerà la salute pubblica di domani?

In Italia, sono in aumento i comportamenti a rischio, quali l'uso giornaliero non moderato (più di 3 unità alcoliche/die per gli uomini e 2 per le donne), il bere fuori pasto e il *binge drinking* cioè l'ubriacatura. Tali comportamenti sono diffusi anche nella fascia d'età sotto i 16 anni con frequenza simile tra ragazzi e ragazze. L'aumento del consumo di alcol tra le donne, peraltro comune a tutte le fasce d'età, appare

un problema emergente che verosimilmente avrà ripercussioni a lungo termine sulla salute pubblica (1, 2). A questo proposito, già nel 2005 la relazione finale dell'European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), comparando i risultati ottenuti tra gli adolescenti europei (15-16 anni) negli anni 1995, 1999 e 2003, concludeva: *In Europa le giovani donne stanno diventando sempre più vulnerabili all'uso di sostanze e a consumare livelli dannosi di alcol. Bisogna capire il perché di questo fenomeno per sviluppare attività di prevenzione mirata di genere e strategie di trattamento che coinvolgano le giovani donne e il loro comportamento. Tali misure sono essenziali se si vogliono evitare in futuro danni più gravi per la salute pubblica.* Oggi, a quasi dieci anni di distanza, veri- ►



fichiamo l'esattezza di quelle previsioni tanto che il 15 marzo 2012 la Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite ha approvato la risoluzione scritta e voluta dall'Italia e acquisita dall'Unione Europea, il cui obiettivo principale è quello di colmare l'assenza di programmi *gender-oriented* soprattutto nell'ambito della prevenzione, del trattamento e del recupero.

Bere al femminile

Le differenze di genere relativamente al consumo di alcol si evidenziano già dal fatto che, a parità di dose ingerita, nelle donne la concentrazione di alcol nel sangue (Blood Alcohol Concentration - BAC) è fino a 3-4 volte più alta di quella maschile. Ciò comporta un più alto rischio di effetti negativi e infatti, clinicamente, nelle bevitrici si osserva il cosiddetto "effetto telescopio", cioè insorgono patologie più gravi in tempi più brevi rispetto agli uomini e con consumi alcolici quantitativamente inferiori.

La vulnerabilità femminile agli effetti dell'alcol è fisiologica ed è legata a differenze del contenuto di acqua corporea, del metabolismo e degli ormoni sessuali (3). Il corpo femminile è composto di una maggiore percentuale di tessuto grasso e di una minore percentuale di acqua rispetto all'uomo, pertanto l'alcol, che si diffonde solo nella parte acquosa, si concentra maggiormente e produce BAC più elevato nella donna. L'alcol è metabolizzato ed eliminato per mezzo dell'enzima Alcol Deidrogenasi (ADH), ma nel 1990

fu dimostrato che nella donna l'attività dell'ADH è significativamente inferiore a quella maschile.

Rispetto agli ormoni, la intercorrelazione tra alcol e ormoni sessuali femminili estrogeno/progesterone è oggi oggetto di grande interesse nell'ambito della ricerca alcolologica. Gli ormoni sembrano responsabili della minore soglia di tossicità dell'alcol nelle donne ed è noto che gli estrogeni influiscono sull'attività enzimatica dell'ADH e peggiorano la risposta infiammatoria all'etanolo aumentando il rischio di epatopatia alcolica (steatosi, infiammazione e necrosi). Anche l'uso di contraccettivi progestinici orali rallenta l'eliminazione dell'alcol e favorisce i processi infiammatori del fegato. I cambiamenti ormonali del ciclo mestruale sembrano influire sul metabolismo dell'etanolo e modulano sia il desiderio di bere che gli effetti stessi dell'alcol. L'uso precoce di alcol può causare ritardo del menarca e alterazioni mestruali, la cui frequenza è correlata alla dose di alcol consumato. A lungo termine, il consumo di alcol può indurre menopausa precoce e riduzione della fertilità sia maschile che femminile (4-6).

In ambito oncologico, numerosi studi confermano che l'alcol aumenta il rischio di cancro del seno. Nel 2010, furono pubblicati sulla rivista *Pediatrics* i risultati di una ricerca condotta negli USA nel decennio 1996-2007 su circa 7.000 ragazze dai 9 ai 15 anni (7). La frequenza di lesioni benigne al seno risultò 5,5 volte più alta nelle ragazze che dichiaravano di bere alcol tutti i giorni rispetto alle ragazze astemie o che bevevano solo una volta la settimana. Pertanto, l'alcol può essere un fattore di rischio anche tra le giovanissime.

Gli ormoni sembrano anche responsabili degli esiti peggiori che si riscontrano nelle donne a livello neurologico. Le recenti ricerche di neurobiologia dimostrano che l'alcol agisce sul cervello in modo diverso a secondo del sesso e dell'età. In gravidanza, l'alcol assunto dalla madre raggiunge il feto, in cui produce danni cerebrali morfologici e funzionali che non sono dose-correlati (8, 9). Per questo motivo, bere alcol in gravidanza è assolutamente sconsigliato. Nell'adolescente, l'alcol interferisce con il normale processo di maturazione cerebrale compromettendo memoria e apprendimento e influenzando anche il futuro comportamento dell'adulto. Nell'adulto, l'alcol favorisce e accelera i processi neurodegenerativi.

Lo sviluppo degli studi di neuroscienze ha permesso di evidenziare significative differenze di genere nel danno cerebrale. Negli alcolisti diminuisce il volume di materia cerebrale grigia e bianca, ma tale diminuzione è significativamente più marcata nelle donne rispetto agli uomini: le donne sono maggiormente a rischio di *blackout* e perdite di memoria rispetto agli uomini anche se bevono quantità di alcol comparabili. Nelle donne, il rischio di sviluppare alcoldipendenza nel corso della vita aumenta significativamente già per consumi moderati di 1-7 drink/settimana, mentre per gli uomini aumenta per consumi superiori a 22 drink/settimana.

In occasione dell'Alzheimer's Association International Conference, tenutasi a Vancouver il 14-19 luglio 2012, i risultati di uno studio basato sull'osservazione per 20 anni dello stato di salute di 1.300 donne over 65anni dimostrano che bere anche moderate quantità di alcol aumenta significativamente il rischio di demenza. I dati epidemiologici registrano oggi tra le donne un consumo alcolico crescente ma anche un aumento di patologie neuro-comportamentali quali depressione e disordini alimentari globalmente definiti EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified). Tali evidenze sembrano suggerire una possibile connessione tra questi eventi: basti pensare al diffondersi della *drunkorexia*, un neologismo derivato da *drunk* (ubriaco) e *anorexia* (anoressia), coniato per indicare la pratica di bere alcol e assumere sempre meno cibo. Questa abitudine, diffusa soprattutto tra le giovani



per perdere peso, determina uno stato di carenza nutrizionale che rende l'organismo ancor più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol.

Di sicuro, la salute femminile è minacciata dall'uso di alcol e già nel 2004 l'American Medical Association segnalava che al crescere dei consumi alcolici, stavano aumentando i ricoveri delle ragazze per intossicazione alcolica acuta, le malattie sessualmente trasmesse, i disordini ormonali e le gravidanze indesiderate al di sotto dei vent'anni.

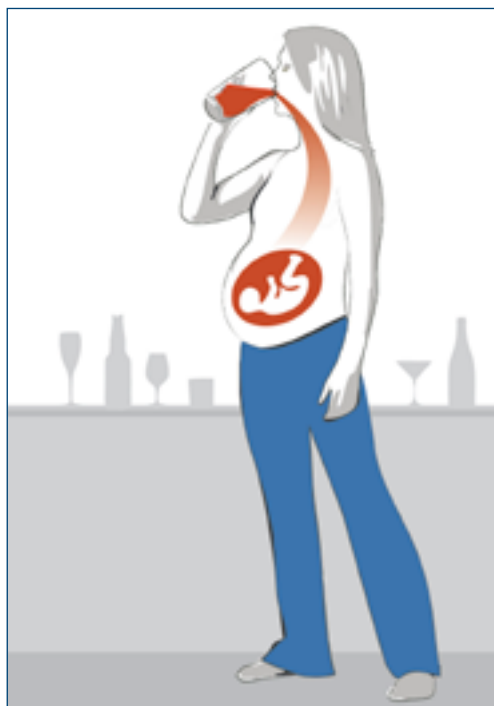
Alcune attività di ricerca dell'ISS su donna e alcol

Nell'ISS si svolgono attività di ricerca e si promuovono iniziative diverse che affrontano con approccio multidisciplinare e in un'ottica di genere la problematica alcolologica. Si riportano di seguito alcune di esse.

Sulla base delle ricerche sperimentali condotte da ricercatori dell'ISS, nel 2002 il Comitato Pari Opportunità dell'ISS si fece promotore del Convegno "Donna e alcol", che coinvolse numerosi esperti in discipline diverse. I contributi dei relatori furono successivamente pubblicati nel 2004 sulla rivista *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* (10) e costituirono in Italia una prima importante raccolta di interventi scientifici sull'argomento.

Dal 2004 prese avvio il Progetto di ricerca collaborativo tra ISS-National Institute of Health (NIH-USA) "Woman, health, alcohol. Risk and damages from alcohol in different woman ages: the role of abuse markers" (Donna, salute, alcol. Rischi e danni da alcol nelle diverse età della donna: il ruolo degli indicatori d'abuso. Responsabile Scientifico: Rosanna Mancinelli), nell'ambito del quale sono state sviluppate ricerche sulla salute della donna, sulla sindrome feto-alcolica e sull'uso diagnostico dei bioindicatori.

Nell'ambito delle iniziative ISS destinate agli studenti delle scuole medie superiori, si ricorda il Convegno "Femmine e maschi: cervelli diversi? Un approccio alla salute partendo dalle differenze di genere", in cui vennero sviluppate le problematiche relative alle differenze di genere anche per quanto riguarda i problemi alcol-correlati (11). Dal 2007 al 2012 si sono svolti annualmente in ISS corsi di formazione ECM per operatori sanitari dedicati al tema "Alcol e salute della donna e del bambino: aspetti clinici e ►



Logo dei corsi ISS dedicati ad "Alcol e salute della donna e del bambino: aspetti clinici e sperimentali", realizzato da Massimo Delle Femmine (Settore Attività Editoriali, ISS)

sperimentali", che hanno riscosso notevole consenso e hanno incoraggiato alcuni operatori a intraprendere specifiche iniziative di prevenzione sul territorio. Infine, è in corso di stampa sulla serie *Rapporti ISTISAN* il volume dedicato a donna e alcol con i contributi di esperti e di operatori sul territorio (12).

Conclusioni

L'approccio di genere è oggi considerato fondamentale in tutti i campi della medicina e della biologia ai fini di una corretta valutazione dei problemi e delle necessità per la tutela della salute pubblica. Per quanto riguarda il consumo di alcol, a fronte dell'emergere di nuovi problemi ad ampio impatto sanitario e sociale, la percezione del rischio legato alle differenze di genere è tuttora bassa anche tra gli operatori sanitari e alcuni comportamenti, come ad esempio bere alcol in gravidanza, godono ancora di una certa tolleranza. Inoltre, non si può dimenticare che le donne che abusano di alcol sono più esposte a rischi personali e sono più facilmente vittime di violenza e questo è purtroppo un tema di grande attualità. ■

L'ISS, che è stato antesignano nello sviluppo degli studi e delle iniziative sul tema "Donna e alcol", continuerà sicuramente a essere un punto di riferimento importante per le attività di ricerca e prevenzione nella salute pubblica.

Dichiarazione di conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. European Commission. Gendered Innovations. How Gender Analysis Contributes to Research. 2013 Directorate General for Research & Innovation EUR 25848 Report.
2. Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. WHO regional office for Europe.
3. Mancinelli R, Guiducci MS. La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica? *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(1):19-23.
4. Alcohol: a women's health issue. NIAAA-NIH publication no 03-4956. Revised 2008.
5. Kiesner J. Affective response to the menstrual cycle as a predictor of self-reported affective response to alcohol and alcohol use. *Arch Womens Ment Health* 2012;5(6):423-32.
6. Seitz HK, Pelucchi C, Bagnardi V, et al. Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: update 2012. *Alcohol Alcohol* 2012;47(3):204-12.
7. Berkey CS, Willett WC, Frazier AL, et al. Prospective study of adolescent alcohol consumption and risk of benign breast disease in young women. *Pediatrics* 2010;125(5):e1081-7.
8. Mancinelli R, Ceccanti M. (Ed.). Special Issue "Teratogenic effects of alcohol: from the defence of woman health to the prevention of prenatal damage." *Ann Ist Super Sanità* 2006;42(1):1-68.
9. Mancinelli R, Laviola G, Ceccanti M (Ed.). Special Issue: "Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): from experimental biology to the quest for treatment". *Neurosci Biobehav Rev* 2007;31(2):165-286.
10. Comitato Pari Opportunità dell'Istituto Superiore di Sanità (Ed.). Sezione I La donna e l'alcol: aspetti clinici, epidemiologici e di prevenzione. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(1):1-150.
11. Mancinelli R. Alcol, giovani e differenze di genere. In: Barbaro MC, Salinetti S (Ed.). *Femmine e maschi: cervelli diversi? Un approccio alla salute partendo dalle differenze di genere*. Roma, 14 maggio 2010. *Atti del Seminario*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Dispense per la scuola 11/2).
12. Mancinelli R, Fidente RM, Draisci R. *Donna e alcol: aggiornamenti in tema di ricerca clinica e preclinica*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/36).

NEWS

Progetti di attuazione del Programma CCM 2013

Nell'ambito del Programma 2013 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, rivolto all'attuazione di progetti in numerose aree di intervento, sono stati finanziati all'Istituto Superiore di Sanità tre progetti. Di seguito è fornita una breve descrizione di ogni singolo progetto.

Studi di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti presenti nel territorio di Taranto

Coordinatore scientifico del progetto: **Loredana Musmeci**
 Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, Istituto Superiore di Sanità

Nell'area di Taranto gli studi di monitoraggio ambientale mostrano una situazione di inquinamento ambientale diffuso, attribuito principalmente alle emissioni dello stabilimento siderurgico. Gli inquinanti di maggior rilievo identificati nell'area tarantina comprendono composti organoclorurati (policlorodibenzodiossine (PCDD) e policlorodibenzofurani (PCDF), indicati nel complesso come "diossine", e policlorobifenili (PCB) e metalli pesanti, capaci di accumularsi nella catena trofica, oltre a idrocarburi policiclici aromatici (IPA) e composti organici volatili a cui la popolazione è esposta attraverso la via inalatoria. È stato presentato un progetto CCM il cui obiettivo è, in accordo con quanto previsto nella revisione dell'Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA) per l'ILVA di Taranto, la valutazione dell'esposizione complessiva della popolazione agli inquinanti sopraelencati, verificando contestualmente se a seguito della reale implementazione delle prescrizioni AIA, si abbia una riduzione dell'esposizione stessa.



Nell'ambito del progetto verranno, quindi, sviluppate le seguenti aree di lavoro:

- 1) l'esposizione inalatoria a materiale particellare aerodisperso;
- 2) la valutazione dell'esposizione a inquinanti organoclorurati persistenti e IPA sulla salute riproduttiva di donne in età fertile;
- 3) definizione dell'esposizione a metalli con proprietà neurotossiche (As, Cd, Hg, Mn e Pb) in fluidi e tessuti di soggetti in età evolutiva (6-12 anni) residenti nelle aree di Taranto;
- 4) messa a punto di strategie di comunicazione per la disseminazione dei risultati degli studi condotti.

Soggetti coinvolti	Durata progetto
<ul style="list-style-type: none"> ● Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento ● ASL Taranto ● ARES Regione Puglia ● ARPA Puglia ● Istituto Superiore di Sanità ● Regione Emilia-Romagna 	Due anni

loredana.musmeci@iss.it

Infezione e colonizzazione da patogeni multi-resistenti nell'anziano in residenze sanitarie assistenziali

Coordinatore scientifico del progetto: **Marina Cerquetti**

Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità

Conseguenza dell'allungamento della vita media realizzato in epoca recente è il corrispettivo aumento della quota di popolazione anziana spesso sofferente di malattie croniche, con ridotte difese immunologiche, sottoposta a poli-farmacoterapia e bisognosa a vari livelli di assistenza. In Italia vi sono più di 13.000 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che complessivamente ospitano più di 400.000 pazienti, di cui il 74% anziani (≥ 65 anni). Le infezioni batteriche endemiche in anziani presso le RSA costituiscono un problema sanitario importante soprattutto se sostenute da patogeni antibiotico-resistenti. Il progetto si propone di descrivere la circolazione, sia in termini di colonizzazione sia d'infezione, tra anziani in RSA di alcuni patogeni multi-resistenti (MDR) rilevanti nell'ambito della salute pubblica (enterobatteri carbapenemasi-produttori, *C. difficile* iper-virulento e *Staphylococcus aureus* meticillina-resistente). Per raggiungere tale obiettivo, il progetto si avvale della collaborazione di diverse strutture territoriali e ospedaliere dotate di alta professionalità e dislocate sul territorio nazionale. Complessivamente, le conoscenze acquisite forniranno un set di dati indispensabile per l'implementazione di misure di prevenzione e controllo della trasmissione delle infezioni e dell'acquisizione della colonizzazione con patogeni MDR, in ambiente RSA.

Soggetti coinvolti	Durata progetto
<ul style="list-style-type: none"> ● Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate ● Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna, Area Rischio Infettivo, Bologna ● Azienda Ospedaliera "Papa Giovanni XXIII", Bergamo ● Ospedale Campo di Marte, Lucca ● Ospedale PO Spirito Santo, Pescara ● Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense-Baggiovara, Modena 	Due anni

marina.cerquetti@iss.it

Nuovi articoli e nuovi rischi per la salute: la sigaretta elettronica

Coordinatore scientifico del progetto: **Rosa Draisci**

Centro Nazionale Sostanze Chimiche, Istituto Superiore di Sanità

L'ampia diffusione sul mercato delle sigarette elettroniche come alternativa alle sigarette convenzionali, con l'intento di ridurre gli effetti dannosi del fumo di tabacco, costituisce oggi motivo di interesse ai fini della valutazione dell'impatto sulla salute pubblica. In particolare, si ravvisa la necessità di valutare la pericolosità dei liquidi di ricarica e gli eventuali rischi legati all'esposizione attiva e passiva.

Per rispondere a tali problematiche, il Centro Nazionale Sostanze Chimiche ha presentato un progetto multidisciplinare che coinvolge istituzioni operanti sul territorio nazionale, sia del Servizio Sanitario Nazionale che enti di ricerca, finalizzato alla valutazione sistematica dei pericoli e dei rischi legati all'utilizzo della sigaretta elettronica e alla definizione di standard di qualità e di sicurezza ai fini del controllo e dell'autocontrollo.

Soggetti coinvolti	Durata progetto
<ul style="list-style-type: none"> ● Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Sostanze Chimiche ● Regione Marche, Agenzia Regionale Sanitaria, PF Prevenzione e Promozione della Salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro ● Regione Piemonte, Prevenzione e Veterinaria ● Regione Toscana, AUSL 7 di Siena, Laboratorio di Sanità Pubblica Area Vasta Sud-Est ● Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale delle Marche (ARPAM) ● Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Dipartimento di Chimica ● Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte (OED - Piemonte), S.C. a D.U. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3, Grugliasco (TO) 	Due anni

rosa.draisci@iss.it

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro
Settore Attività Editoriali, ISS



Tutte le pubblicazioni edite da questo Istituto sono online.
Per essere direttamente informati, scrivete a: pubblicazioni@iss.it



Area tematica
Ambiente
e salute

Rapporti ISTISAN 13/31

Cooperazione Italia-America Latina: un contributo alla formazione per la prevenzione delle malattie correlate all'amianto.

A cura di D. Marsili. 2013, vi, 126 p. (in inglese e spagnolo)

Il rapporto è stato realizzato nell'ambito dell'attività di cooperazione promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con istituzioni accademiche e di ricerca di Paesi dell'America Latina finalizzata alla prevenzione della patologia da amianto e prevista dal Progetto Amianto coordinato dall'ISS e finanziato dal Ministero della Salute. Il documento ha lo scopo di contribuire alla diffusione delle informazioni scientifiche su un tema di salute pubblica, la prevenzione delle malattie amianto correlate, ancora rilevante sia nei Paesi che hanno adottato legislazioni di bando sia nei Paesi nei quali l'uso dell'amianto è ancora oggi consentito. Il volume rappresenta un nuovo contributo a supporto delle attività di formazione e disseminazione promosse dall'ISS in America Latina e in altre aree geografiche. È pubblicato in spagnolo e inglese, e accessibile online per favorirne un ampio utilizzo.

daniela.marsili@iss.it

Rapporti ISTISAN 13/32

RotaNet-Italia: epidemiologia molecolare dei rotavirus attraverso la sorveglianza nelle Regioni.

A cura di L. Fiore, F.M. Ruggeri e R. Delogu. 2013, ii, 80 p.

I rotavirus sono la causa principale di diarrea acuta infantile nel mondo, associati a una mortalità molto elevata, superiore a 450.000 casi l'anno, per la maggior parte nei Paesi in via di sviluppo. In Italia, un network di laboratori opera dal 2007 in 13 Regioni, per la raccolta di ceppi di rotavirus dalle feci di pazienti pediatrici, ospedalizzati per diarrea acuta. Il network RotaNet-Italia è collegato a simili reti in altri 16 Paesi europei, che condividono metodologie epidemiologiche e diagnostiche molecolari, e contribuiscono al database generale del network europeo EuroRotaNet. La principale finalità è fornire informazioni dettagliate sui genotipi di rotavirus co-circolanti in Italia, valutando le variazioni dei ceppi predominanti negli anni e nelle diverse aree geografiche, e identificando prontamente l'eventuale comparsa di ceppi emergenti e "non comuni", prima di una loro possibile diffusione su ampia scala.

lucia.fiore@iss.it



Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica

Rapporti ISTISAN 13/33

Malattie trasmissibili con la trasfusione di sangue ed emocomponenti in Italia: sorveglianza epidemiologica dei donatori (2009-2011).

V. Piccinini, G. Facco, S. Pupella, M. Lanzoni, L. Catalano, G. Grazzini. 2013, 42 p.

Tra il 2009 e il 2011, 6.098 donatori sono risultati positivi ai marcatori delle malattie trasmissibili con il sangue e emocomponenti (epatite B: Hepatitis B Virus, HBV; epatite C: Hepatitis C Virus, HCV; AIDS: Human Immunodeficiency Virus, HIV; *Treponema pallidum*, TP). L'età media di tali donatori è di 41,9 anni per le donne e 41,5 per gli uomini. Il 75,4% dei donatori positivi è nato in Italia, il 15,7% in Europa e il 5,1% in Africa. La maggior parte delle positività è stata riscontrata nei donatori first time tested (81,1%), fatta eccezione per l'infezione da HIV, che è più frequente nei donatori repeat tested (52,4%). L'infezione da HBV ha la più elevata prevalenza, mentre la sifilide ha la più alta incidenza. I fattori di rischio più frequentemente segnalati sono i rapporti eterosessuali occasionali per HIV (28,7%) e TP (29,5%), cure odontoiatriche e interventi chirurgici per HBV (26,6% e 22,2%) e HCV (23,0% e 23,2%). Tuttavia, in più del 70% dei casi non sono stati identificati i probabili fattori di rischio.

vanessa.piccinini@iss.it

Rapporti ISTISAN 13/34

Manuale operativo

per l'uso delle sostanze chimiche nei laboratori.

S. Caiola, A. Gallina. 2013, ii, 70 p.



Area tematica
Formazione
e informazione

Il DL.vo 81/2008 sancisce l'obbligo per il datore di lavoro di provvedere affinché ciascun lavoratore riceva una adeguata informazione sui rischi per la sicurezza e salute connessi alle attività in generale, e sui rischi specifici cui è esposto in relazione alla attività svolta. Nello stesso decreto è fatto obbligo al lavoratore di osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti, e di utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, nonché i dispositivi di sicurezza, ai fini della protezione collettiva e individuale. L'adozione di idonee procedure operative riveste quindi grande importanza per la tutela della salute nel luogo di lavoro e risponde ad un preciso obbligo di legge. Questo rapporto ha lo scopo di definire le modalità operative relative alla identificazione, manipolazione, contenimento e smaltimento degli agenti chimici, allo scopo di rendere i laboratori luoghi di lavoro sicuri.

stefania.caiola@iss.it



Area tematica
Formazione
e informazione

Rapporti ISTISAN 13/35

Cianobatteri in acque destinate a consumo umano.

Linee guida per la gestione del rischio.

Traduzione inglese a cura di L. Lucentini, E. Ferretti, V. Fuscoletti
e F. Nigro Di Gregorio. 2013, viii, 64 p. (in inglese)

Questo volume rappresenta una trasposizione sintetica e pratica dello stato delle conoscenze dal settore della ricerca e dello sviluppo tecnologico nel campo dei cianobatteri (riportato in maniera più approfondita nel volume Rapporti ISTISAN 11/35 Pt. 1). Le linee guida consistono di istruzioni operative e raccomandazioni gestionali rivolte ai sistemi idrici per migliorare la qualità della risposta alle problematiche dei cianobatteri garantendo l'ottimizzazione degli interventi a protezione della salute e la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse. Concepite come strumento per la vigilanza sanitaria e ambientale di routine, le linee guida descrivono la strutturazione e implementazione di un sistema basato sull'approccio *Alert Level Framework* e sui principi dei *Water Safety Plan* per la gestione del rischio esteso all'intera filiera idro-potabile, dal controllo dell'invaso ai punti di utenza. Specifiche trattazioni trovano le strategie di risposta alle emergenze e le misure di mitigazione del rischio, comprendenti prevenzione e trattamenti di rimozione di cianobatteri e tossine, e dei piani di emergenza. Sono, infine, riportati i principi e gli strumenti per garantire un'adeguata informazione e comunicazione tra le parti interessate e i consumatori e le informazioni, i criteri e le metodologie necessarie all'implementazione di un sistema di sorveglianza sindromica (osservatorio epidemiologico).

luca.lucentini@iss.it

Rapporti ISTISAN 13/36

Donna e alcol: aggiornamenti

in tema di ricerca clinica e preclinica.

A cura di R. Mancinelli, R.M. Fidente e R. Draisci. 2013, iv, 142 p.

Questa monografia ha l'obiettivo di fornire aggiornamenti scientifici riguardo al tema "donna e alcol" che sta divenendo sempre più importante per la salute pubblica. Infatti, il significativo aumento dei consumi alcolici tra le donne comporta nuovi rischi per la salute femminile a breve e lungo termine, e proietta nel futuro nuovi pericoli per la salute della gravidanza e del nascituro. Questa raccolta tematica multidisciplinare contiene i contributi dei professionisti italiani esperti nei problemi alcol-correlati. I dati scientifici che vengono dalla ricerca clinica e preclinica e dall'esperienza sul territorio mettono in evidenza i problemi legati alle differenze di genere e indicano la necessità di sviluppare una politica di genere basata sulle evidenze al fine di migliorare l'efficacia dell'intervento per la salute pubblica a breve e lungo termine.

rosanna.mancinelli@iss.it



Area tematica
Ambiente
e salute



Convegno. Prevenzione primaria delle malformazioni congenite e screening neonatale esteso. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 11 dicembre 2013. Riassunti.

A cura di O. Granata, P. Carbone e D. Taruscio. 2013, xii, 60 p.

Le malformazioni congenite e le malattie metaboliche ereditarie sono due importanti gruppi di Malattie Rare (MR). Le esposizioni a fattori di rischio esogeni, gli stili di vita erronei (alcol, fumo, alimentazione) e i fattori genetici, sono determinanti nell'eziopatogenesi di queste MR. Diventa in tal modo imprescindibile attuare interventi di prevenzione primaria, attraverso l'allontanamento e il contenimento dei fattori di rischio, e di prevenzione secondaria mediante programmi su base di popolazione volti alla diagnosi precoce in fase asintomatica come lo screening prenatale. L'attuazione di strategie di prevenzione primaria e secondaria è correlata ai progressi delle conoscenze scientifiche sui fattori di rischio, sui fattori protettivi e sulle opzioni diagnostico-terapeutiche. È pertanto indispensabile un investimento integrato nelle attività di studio e ricerca finalizzate alla conoscenza e comprensione dei meccanismi eziopatogenetici e delle evidenze in ambito diagnostico e terapeutico, con l'obiettivo di identificare le MR per le quali possono essere attuate efficaci misure di prevenzione primaria e secondaria.

acido.folico@iss.it; screeningneonataleesteso@iss.it



Supplemento al Notiziario di dicembre 2013

disponibile online all'indirizzo: www.iss.it

Sesto concorso artistico-letterario Il Volo di Pègaso.

Raccontare le malattie rare: parole e immagini "Io credo...".

Volume 26, n. 12 (Supplemento 1). 2013, 261 p.

A cura di **Domenica Taruscio, Stefania Razeto e Marta De Santis**

"Il Volo di Pègaso" è un concorso artistico-letterario davvero speciale, dedicato alle malattie rare, ideato, promosso e realizzato all'interno di un istituto di ricerca che ha come sua missione la tutela della salute pubblica. Questo concorso, giunto ormai alla sua sesta edizione, rappresenta il risultato di un forte impegno che unisce due aspetti complementari delle attività svolte dall'ISS, la ricerca e l'attenzione alla persona con malattia. Il tema del concorso è "Io credo...", ed è da intendersi come fiducia in qualcosa o in qualcuno, nella ricerca, nella famiglia, nella forza della vita, nell'amore, nella dedizione, nella passione, nel domani. Un "credo", per chi soffre di una malattia rara, è un sostegno importante, che forse non sarebbe azzardato considerare già una piccola premessa di cura. "Il Volo di Pègaso", aperto a diverse forme espressive, racconti, poesie, disegni, pitture, offre ancora una volta un'opportunità per liberare quei sentimenti contrapposti associati alla malattia, più spesso dolorosamente rimossi e negati perfino a se stessi.

notiziario.rare@iss.it

Per l'anno 2014 sono previsti, nell'ambito degli incontri denominati *Martedì scuola&salute*, tre appuntamenti informativi, a cadenza mensile, rivolti ai docenti delle scuole secondarie. L'obiettivo è avvicinare il mondo della scienza e della ricerca a quello della scuola. Il filo conduttore dei temi scelti è centrato sulle nuove tecnologie nella ricerca a servizio della salute allo scopo di fornire spunti per un'azione didattica a scuola, di interesse per insegnanti e studenti.

21 gennaio 2014

Sigaretta elettronica: conoscenze scientifiche e disposizioni normative
Alessandra Di Pucchio, Ilaria Palmi, Renata Solimini

11 febbraio 2014

L'innovazione tecnologica e la salute: dai dispositivi medici alle applicazioni per smartphone
Federica Censi, Giovanni Calcagnini, Eugenio Mattei, Michele Triventi

25 marzo 2014

Twitter, posto, taggo?
Suggerimenti per il recupero e la diffusione dell'informazione scientifica in rete
Annarita Barbaro, Donatella Gentili, Chiara Rebuffi

Gli incontri si terranno di martedì, alle ore 15.00, presso l'Istituto Superiore di Sanità. Per partecipare agli incontri o per essere informati su altre iniziative/pubblicazioni per la scuola inviare una e-mail a: grupposcuola.sae@iss.it





Nei prossimi numeri:

- Impatto della demenza per la sanità pubblica
- Sorveglianza degli incidenti domestici
- Ricerca su oli essenziali
- Salute e sicurezza sul lavoro e differenze di genere

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Fabrizio Oleari

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Tel. +39-0649901 Fax +39-0649387118

a cura del Settore Attività Editoriali