

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**La Piattaforma Italiana per lo Studio
della Terapia delle Epatiti Virali (PITER):
il primo grande studio nazionale
sull'infezione cronica da virus dell'epatite C**

**Convegno. Salute e migrazione:
nuovi scenari internazionali e nazionali**

**Seminario. Sorveglianza della violenza
e degli incidenti: riconoscimento e intervento
nei casi osservati in ambito ospedaliero e sanitario**



**Inserto BEN
Bollettino Epidemiologico Nazionale**

**La concentrazione di arsenico nei prodotti della pesca
lagunare del Sulcis-Iglesiente, Sardegna**

**Vaccinazione MPR: indagine su coperture e atteggiamenti
degli studenti di un Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche**

SOMMARIO

Gli articoli

La Piattaforma Italiana per lo Studio della Terapia delle Epatiti Virali (PITER): il primo grande studio nazionale sull'infezione cronica da virus dell'epatite C.....	3
Convegno. Salute e migrazione: nuovi scenari internazionali e nazionali	11
Seminario. Sorveglianza della violenza e degli incidenti: riconoscimento e intervento nei casi osservati in ambito ospedaliero e sanitario	15

Le rubriche

Visto... si stampi	19
--------------------------	----

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Indagine sulla concentrazione di arsenico nei prodotti della pesca lagunare in un'area estrattivo-industriale del Sulcis-Iglesiente, Sardegna	i
Operatori sanitari e vaccinazione Morbillo, Parotite, Rosolia: indagine su coperture e atteggiamenti degli studenti di un Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche	iii



Nell'ambito della Piattaforma PITER, lo studio osservazionale PITER-HCV valuterà l'impatto a lungo termine dei nuovi farmaci anti-HCV ad azione diretta

pag. 3

Il Convegno ha affrontato il tema dell'influenza della crisi economica nel processo di tutela della salute della popolazione migrante e quello dell'impatto delle malattie emergenti e riemergenti su di essa

pag. 11



Il Seminario è stato un importante momento di scambio di esperienze e informazioni tra gli operatori sanitari che nei Pronto Soccorso, Centri e Sportelli antiviolenza, riconoscono e assistono le vittime di violenza

pag. 15



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

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità:
Gualtiero Ricciardi

Direttore responsabile: 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

Redattore capo: Paola De Castro

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 del 16 settembre 1988 (cartaceo) e al n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2015

Numero chiuso in redazione il 29 maggio 2015



Stampa: De Vittoria s.r.l. - Via degli Aurunci, 19 - Roma

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

LA PIATTAFORMA ITALIANA PER LO STUDIO DELLA TERAPIA DELLE EPATITI VIRALI (PITER): il primo grande studio nazionale sull'infezione cronica da virus dell'epatite C



Loreta Kondili¹, Loredana Falzano², Alessandra Mallano², Maria Giovanna Quaranta², Marco Mirra², Liliana Elena Weimer², Luca Fucili², Massimiliano Di Gregorio², Stefano Lucattini², Maurizio Massella², Roberta Terlizzi², Erika Olivieri², Federica Magnani², Alessandra Mattei², Stefano Rosato³, Maria Elena Tosti³, Stefano Vella² e il Gruppo Collaborativo PITER*

¹Centro Nazionale per la Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunologici, ISS

²Dipartimento del Farmaco, ISS

³Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - La Piattaforma Italiana per lo Studio della Terapia delle Epatiti Virali (PITER), una collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF) e la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), ha promosso come attività prioritaria lo studio osservazionale di coorte PITER-HCV. Attraverso una rete collaborativa di oltre 100 Centri Clinici distribuiti sul territorio nazionale, si valuterà l'impatto a breve e a lungo termine dei nuovi farmaci anti-HCV ad azione diretta (DAA) negli esiti dell'infezione cronica da HCV nella pratica clinica reale. Questo studio contribuirà all'ottimizzazione dei protocolli terapeutici e all'equità nella cura anti-HCV. I risultati dei primi 6.058 pazienti arruolati rappresentano la prima "fotografia" di pazienti con infezione cronica da HCV *in care* in Italia.

Parole chiave: infezione cronica da HCV; farmaci antivirali ad azione diretta; equità nella cura

SUMMARY (*The Italian Platform for the study of Viral Hepatitis Therapies (PITER): the first national study on chronic HCV infection*) - In order to address challenges and unanswered questions in the field of HCV therapy, the Italian Platform for the study of Viral Hepatitis Therapies (PITER), which is a strong collaboration among the Italian National Institute of Health (ISS), the Italian Association for the Study of the Liver (AISF) and the Italian Society of Infective and Tropical Diseases (SIMIT), launched as the first activity the PITER-HCV observational cohort study. Its main goal is to evaluate the direct acting antivirals (DAAs) short and long term outcomes in the patients' real life, in order to optimize treatment protocols and to ensure the cure equity. The results of 6,058 first enrolled patients represent the first Italian snapshot of patients with chronic hepatitis C in care.

Key words: HCV chronic infection; direct acting antiviral drugs; equity in health care

loreta.kondili@iss.it

L'infezione da virus dell'epatite C (HCV) è un'epidemia globale, silenziosa, con una stima degli infetti nel mondo di circa 150-170 milioni di persone (il 3% della popolazione totale). Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'infezione da HCV colpisce centinaia di milioni di persone, spesso inconsapevoli della malattia, caratterizzata da una lunga latenza prima di manifestarsi in forma cronica. L'HCV è una delle principali cause di malattia cronica del

fegato ed è considerato l'ottavo *big killer* al mondo, responsabile di quasi un milione e mezzo di morti l'anno causate da complicanze della cirrosi epatica, quali insufficienza epatica ed epatocarcinoma (HCC).

L'Italia è il Paese europeo con il maggior numero sia di persone affette da infezione cronica da HCV che di decessi per HCC, che rappresenta la quinta causa di morte per tumore. Le stime di prevalenza dell'infezione da HCV sono significativamente associate ►

(*) Il Gruppo Collaborativo PITER è riportato alla fine dell'articolo a p. 9-10 ed è disponibile all'indirizzo: www.iss.it/piter/

all'area geografica e all'età secondo un "effetto coorte", raggiungendo punte particolarmente elevate nella popolazione anziana di alcune regioni del Sud. In particolare, in Campania, in Puglia e in Calabria la prevalenza dell'HCV supera il 20% nella popolazione generale con età superiore a 70 anni.

Terapia dell'infezione cronica da HCV

Fino al 2011, la terapia dell'infezione cronica da HCV consisteva nell'utilizzo della combinazione di interferone peghilato (PEG-IFN) e ribavirina (RBV). Tale terapia ha portato a una risposta virologica sostenuta (SVR) in circa il 40-60% dei pazienti. La scoperta dei farmaci ad azione antivirale diretta (DAA) ha segnato una vera rivoluzione nella terapia anti-HCV e la disponibilità di DAA di seconda generazione ha straordinariamente cambiato la prognosi dell'epatite cronica da HCV (Figura 1).

La vera rivoluzione dei DAA di seconda generazione sarà quella di portare all'eradicazione completa dell'HCV, bloccando così la progressione della malat-

tia verso cirrosi e HCC, riducendo di conseguenza sia la morbilità e la mortalità che i costi diretti e indiretti che queste complicanze comportano. Tuttavia, il raggiungimento di tali obiettivi è legato non soltanto alla qualità, sicurezza ed efficacia di questi farmaci, ma anche alla capacità di sviluppare percorsi di ricerca appropriati che ne valutino il loro impatto nella pratica clinica reale.

La Piattaforma Italiana per lo Studio della Terapia delle Epatiti Virali (PITER)

Malgrado le ottime aspettative di efficacia riportate dagli studi clinici, il principale ostacolo all'utilizzo su ampia scala dei nuovi DAA è rappresentato dall'insostenibilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a causa dei costi elevati e dell'alto numero di pazienti che ne avrebbe bisogno. Pertanto, è necessaria una programmazione nell'utilizzo di queste nuove terapie, che definisca le priorità di intervento. In questa ottica, è di particolare importanza la valutazione degli effetti a lungo termine delle terapie antivirali,

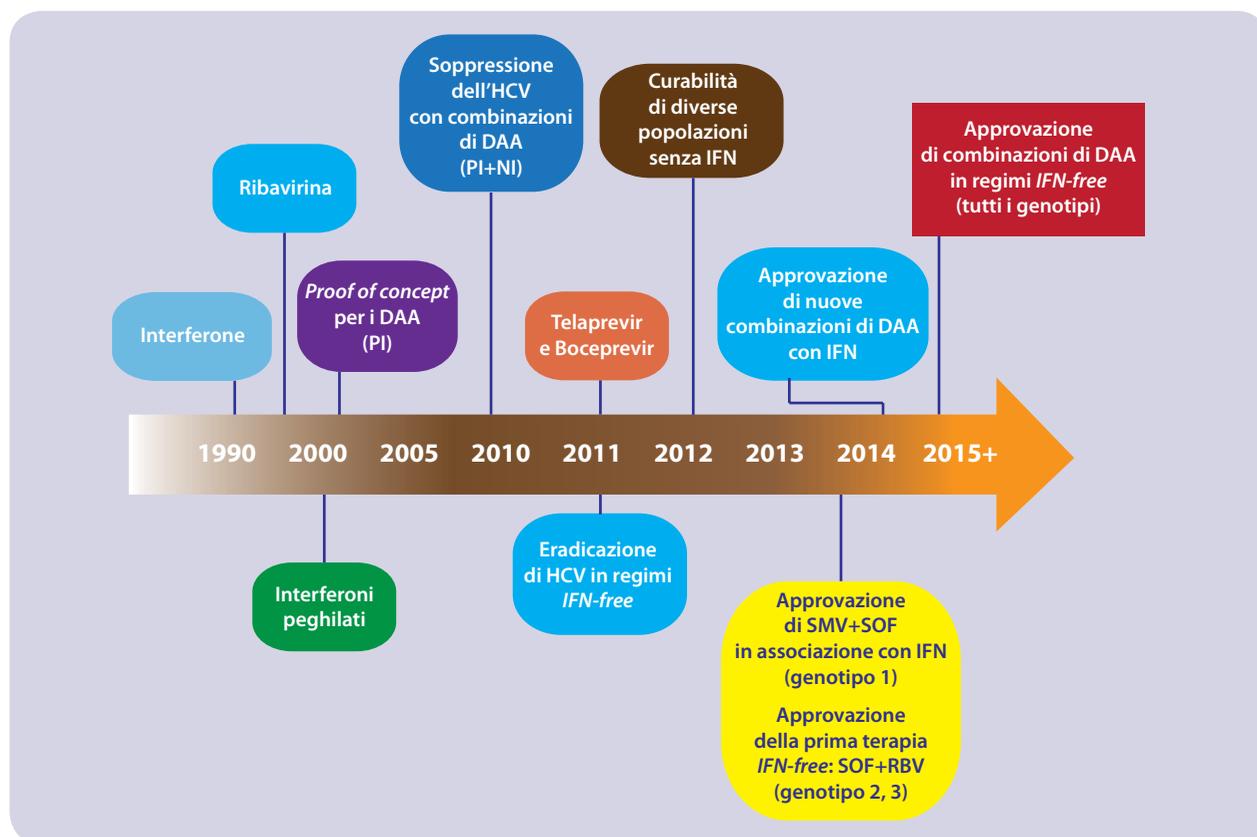


Figura 1 - Storia della terapia anti-HCV

L'introduzione dei nuovi farmaci e il loro uso combinato porterà a regimi terapeutici:

- semplificati (una pillola al giorno);
- somministrabili esclusivamente per via orale;
- senza interferone/ribavirina;
- pan-genotipici;
- sicuri e ben tollerati;
- a basso rischio di indurre resistenze;
- efficaci anche in pazienti "difficili da trattare";
- risolutivi nell'area del trapianto di fegato;
- con possibilità di raggiungere una risposta sierologica sostenuta (SVR) in tempi brevi;
- con possibilità di eradicazione completa di HCV nel 100% dei casi.

sia nei pazienti con cirrosi iniziale o avanzata che nei pazienti con epatite di grado lieve o moderato senza cirrosi. L'attuale approccio è rappresentato dalla selezione di pazienti da trattare in base alla gravità della patologia. La modulazione di accesso, che assicuri progressivamente a tutti i pazienti la terapia anti-HCV, richiede una stima più precisa del numero dei pazienti con diverso grado di progressione della malattia.

Sulla base di queste considerazioni, nel 2012 è stata creata la Piattaforma Italiana per lo Studio della Terapia delle Epatiti Virali (PITER), un progetto di ricerca nato dalla collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF) e la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT).

La piattaforma PITER ha promosso, come sua attività prioritaria, lo studio osservazionale di coorte PITER-HCV al fine di sviluppare sia attività formative che di ricerca (traslazionale e clinica) nell'ambito delle epatiti virali.

Studio di Coorte PITER-HCV

Lo studio PITER-HCV è coordinato dal Dipartimento del Farmaco dell'ISS in collaborazione con AISF e SIMIT ed è diretto da un Comitato Esecutivo e da un Comitato Scientifico, rappresentati da scienziati italiani di alto livello nazionale e internazionale nel campo della gestione, diagnosi e terapia dei pazienti affetti da epatopatie virali (www.iss.it/piter/).

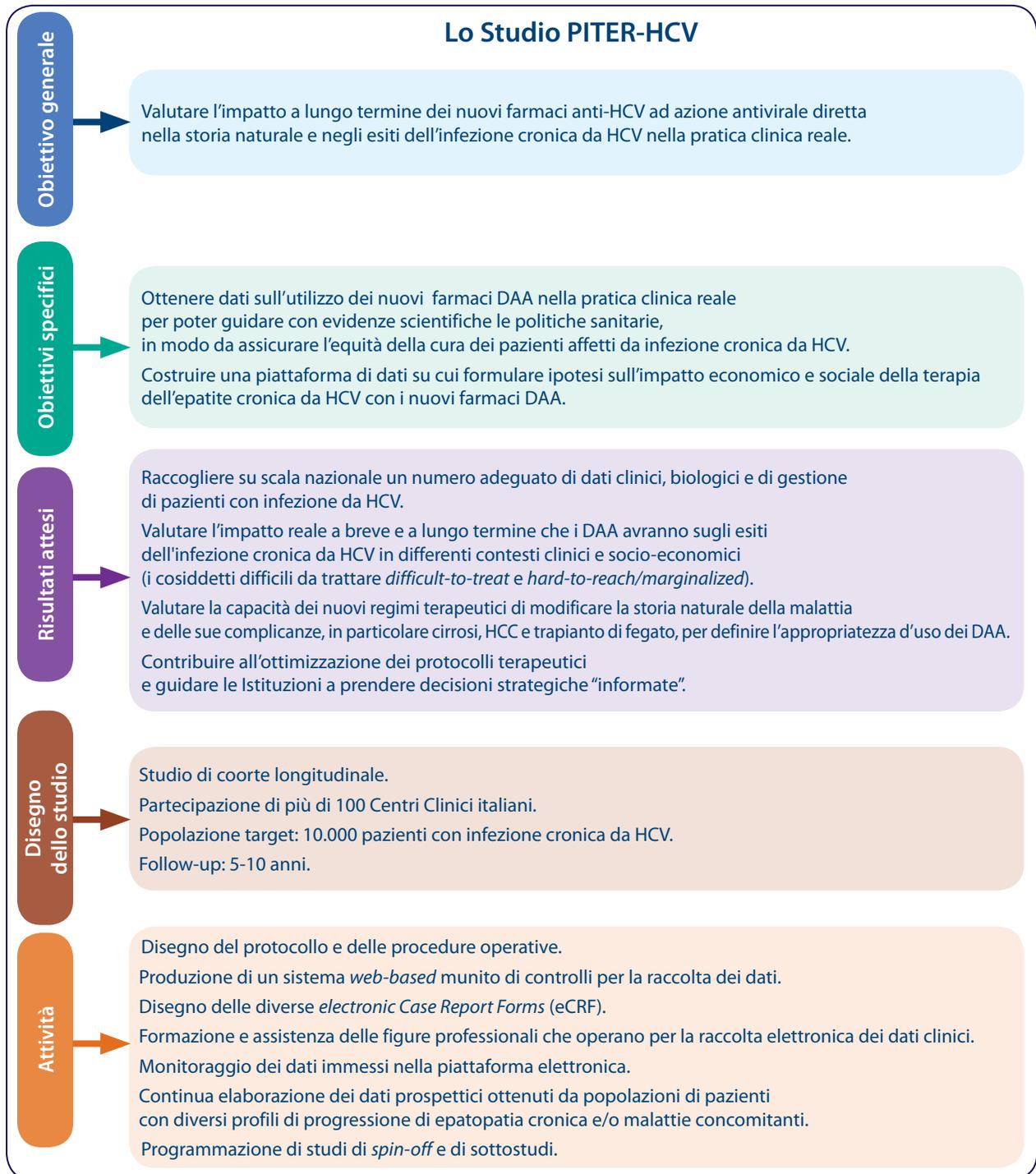
La grande forza scientifica di questo studio è rappresentata dalla Rete Collaborativa dei Centri Clinici PITER, che vede coinvolti oltre 100 Centri Clinici tra ospedali universitari di terzo livello e ospedali locali distribuiti su tutto il territorio nazionale (Figura 2).



Figura 2 - Distribuzione geografica dei Centri Clinici della Rete Collaborativa PITER

Sono inclusi nello studio tutti i pazienti con infezione cronica da HCV che giungono consecutivamente all'osservazione presso i Centri Clinici partecipanti allo studio PITER in un determinato arco temporale, e che non siano in trattamento al momento dell'arruolamento.

La raccolta multicentrica dei dati epidemiologici, clinici e di terapia delle infezioni da HCV e delle coinfezioni da HBV e HIV, sarà condotta in diversi periodi di arruolamento per mantenere aperta la possibilità di includere nuovi pazienti e nuove strategie terapeutiche che saranno disponibili in futuro.



Risultati

Nella Figura 3 è rappresentato schematicamente il flusso per la raccolta dei dati nella piattaforma informatica. Il primo periodo di arruolamento è iniziato a maggio 2014 e ha visto coinvolti i primi 41 Centri Clinici che avevano completato le procedure amministrative ed etiche. La seconda finestra di arruolamento

è stata aperta a dicembre 2014 e ha visto coinvolti altri 43 Centri Clinici. Fino ad aprile 2015 sono stati arruolati 6.058 pazienti (Figura 4). Il 51% dei pazienti arruolati provengono da cliniche di gastroenterologia/epatologia, il 32% da cliniche di malattie infettive e il 17% da cliniche di medicina interna. La popolazione dei pazienti arruolati ha un'età media e mediana di 59 anni (range 20-95 anni) con una ►

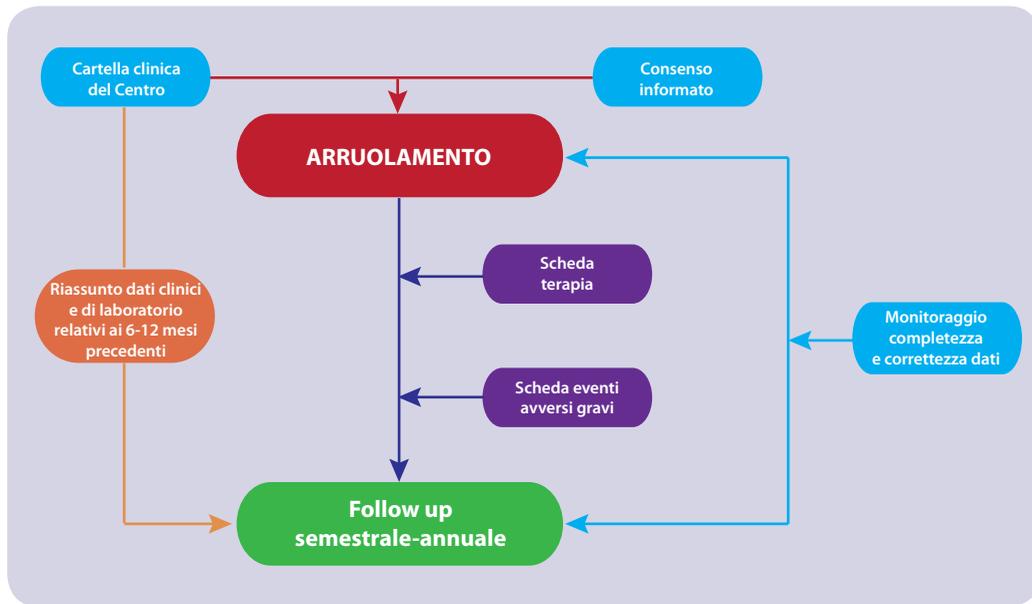


Figura 3 - Rappresentazione schematica del flusso per la raccolta dei dati nella piattaforma informatica

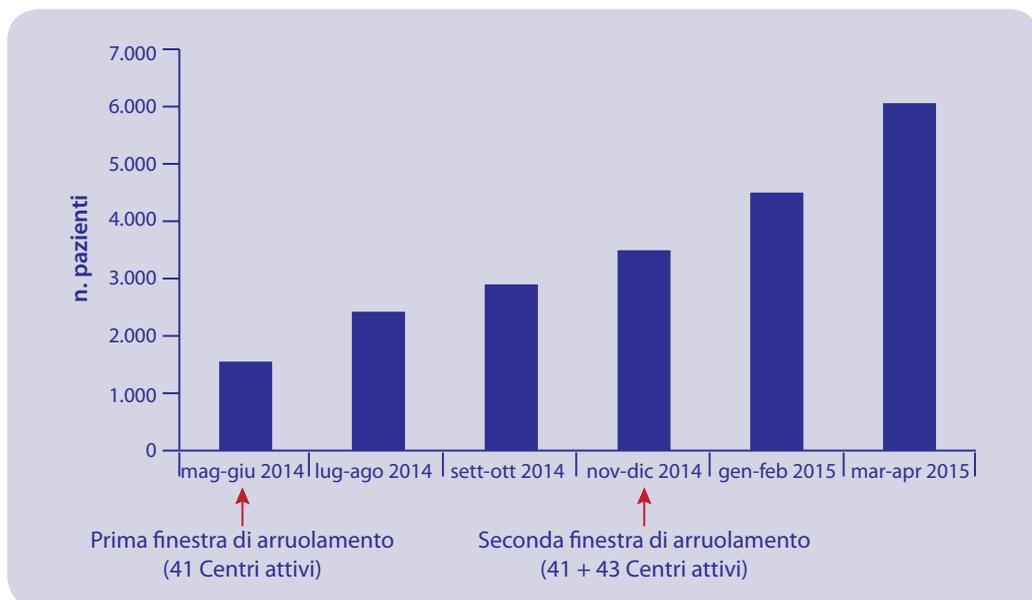


Figura 4 - Andamento degli arruolamenti dei pazienti da parte dei primi 84 Centri attivi

lieve prevalenza maschile (55%). Le coinfezioni HIV/HCV sono rappresentate in circa il 5% della popolazione dei pazienti arruolati. Il genotipo di HCV prevalente è 1b (Tabella 1).

La stadiazione di fibrosi, intesa come stratificazione della popolazione di pazienti arruolati per diversi gradi di progressione del danno del fegato è presentata in Tabella 2. Il grado più avanzato del danno del fegato (fibrosi F4/cirrosi) è presente nel 32% dei pazienti in cui la stadiazione di fibrosi è ottenuta attraverso l'utilizzo di Fibroscan e nel 47% dei pazienti in cui la diagnosi di cirrosi è clinica-laboratoristica. Circa il 40% dei pazienti arruolati presentano un danno epatico di grado lieve e circa il 20% un danno del fegato di grado moderato. Riguardo alla storia terapeutica precedente, il 60% dei pazienti attualmente con danno epatico di grado moderato-severo sono stati trattati con IFN/RBV. Malgrado la lenta progressione della malattia, il 42% dei pazienti attualmente con danno epatico lieve (F0-F1, classificato attraverso il Fibroscan) sono stati comunque precedentemente sottoposti a terapie a base di IFN/RBV. Tra le comorbidità riportate, le malattie cardiovascolari e il diabete sono le patologie concomitanti più frequenti. L'associazione del diabete con il grado più severo del danno epatico è un fenomeno persistente in tutte le fasce d'età studiate.

Tabella 1 - Prevalenza dei vari genotipi di HCV dei primi 6.058 pazienti arruolati

Genotipo	Prevalenza (%)
1	3
1a	11
1b	44
2	15
3	10
4	7
Altro	1
Non eseguito	9

Tabella 2 - Stadiazione del grado di progressione del danno del fegato

Grado di fibrosi	Fibroscan % pazienti	Diagnosi clinica *
F0-F1	41	
F2	15	53
F3	12	
F4-cirrosi	32	47

(*) Assenza dato Fibroscan



Istituto Superiore di Sanità

Centro di Coordinamento PITER

Coordinamento generale

Stefano Vella

Coordinamento clinico

Loreta Kondili

Epidemiologia statistica

Maria Elena Tosti, Stefano Rosato

Gruppo informatico

Marco Mirra, Luca Fucili,
Massimiliano Di Gregorio, Stefano Lucattini

Monitoraggio

Liliana Elena Weimer, Loredana Falzano,
Alessandra Mallano, Maurizio Massella,
Maria Giovanna Quaranta

Segreteria scientifica

Loredana Falzano, Alessandra Mallano,
Maria Giovanna Quaranta

Segreteria tecnica

Roberta Terlizzi, Erika Olivieri

Segreteria amministrativa

Federica Magnani, Alessandra Mattei

Conclusioni e considerazioni

I risultati dei primi 6.058 pazienti arruolati rappresentano la prima “fotografia” di pazienti con infezione cronica da HCV *in care* in Italia. I dati mostrano una popolazione di pazienti con età avanzata, con una malattia di grado severo in circa il 40% dei casi e di grado moderato in circa il 20% dei casi.

Il quadro epidemiologico e clinico potrebbe cambiare sia con le aperture degli arruolamenti da parte di nuovi Centri aderenti e/o con le nuove finestre di apertura degli arruolamenti previste durante lo svolgimento dello studio, che con l'accesso alle nuove strategie terapeutiche disponibili in futuro. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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.

Gruppo Collaborativo PITER*

Comitato Esecutivo

Alberti Alfredo, Andreoni Massimo, Armignacco Orlando, Bonino Ferruccio, Bruno Raffaele, Caraceni Paolo, Carosi Giampiero, Colombo Massimo, Craxì Antonio, Gaeta Giovanni Battista, Gasbarrini Antonio, Mangia Alessandra, Marzioni Marco, Perno Federico, Pontisso Patrizia, Prati Daniele, Puoti Massimo, Raimondo Giovanni, Rumi Maria Grazia, Sagnelli Evangelista, Taliani Gloria, Vella Stefano, Villa Erica, Zignego Anna Linda.

Comitato Scientifico

Abrignani Sergio, Aghemo Alessio, Alberti Alfredo, Andreone Pietro, Andreoni Massimo, Angarano Gioacchino, Angelico Mario, Antonelli Guido, Armignacco Orlando, Bonino Ferruccio, Brunetto Maurizia Rossana, Bruno Raffaele, Cammà Calogero, Caporaso Nicola, Caraceni Paolo, Carosi Giampiero, Castelli Francesco, Ceccherini Silberstein Francesca, Cicchetti Americo, Cingolani Antonella, Colombo Massimo, Craxì Antonio, Di Perri Giovanni, D'Offizi Giampiero, Fagiuoli Stefano, Ferrari Carlo, Gaeta Giovanni Battista, Gardini Ivan, Gasbarrini Antonio, Giaquinto Carlo, Ippolito Giuseppe, Kondili Loreta, Lazzarin Adriano, Levvero Massimo, Mangia Alessandra, Marra Fabio, Marzioni Marco, Mondelli Mario Umberto, Morisco Filomena, Nuti Sabina, Palù Giorgio, Perno Carlo Federico, Persico Marcello, Pollicino Teresa, Pontisso Patrizia, Prati Daniele, Puoti Massimo, Raimondo Giovanni, Raffaele Livia, Regazzi Mario, Rizzetto Mario, Ruggeri Matteo, Rumi Maria Grazia, Sagnelli Evangelista, Scaglione Francesco, Siciliano Massimo, Strazzabosco Mario, Taliani Gloria, Toniutto Pierluigi, Vella Stefano, Verucchi Gabriela, Villa Erica, Vullo Vincenzo, Zignego Anna Linda.

Rete Collaborativa dei Centri Clinici PITER

Trentino-Alto Adige

Mian Peter, Rimenti Giovanni (Provincia Autonoma di Bolzano).

Piemonte

Di Perri Giovanni, Cariti Giuseppe, Boglione Lucio, Cardellino Chiara, Marinaro Letizia (Torino); Rizzetto Mario, Ciancio Alessia (Torino); Rosina Floriano, Framarin Luciana, Lomazzo Daniela (Torino).

Lombardia

Bruno Raffaele, Cima Serena (Pavia); Castelli Francesco, Zaltron Serena, Spinetti Angiola, Odolini Silvia (Brescia); Colombo Massimo, Soffredini Roberta, Borghi Marta (Milano); Costa Paolo, Perboni Giorgio (Mantova); D'Arminio Monforte Antonella, Uglietti Alessia, Solaro Stefano (Milano); Fargion Silvia, Valenti Luca (Milano); Galli Massimo, Calvi Elisa, Milazzo Laura, Peri Anna (Milano); Gori Andrea, Cappelletti Elena, Pastore Valeria (Monza); Gulminetti Roberto, Minoli Lorenzo, Bellazzi Lara Ines, Gatti Comini Alberto (Pavia); Lazzarin Adriano, Morsica Giulia, Messina Emanuela, Salpietro Stefania (Milano); Mazzotta Francesco; Mondelli Mario, Ludovisi Serena (Pavia); Prati Daniele, Raffaele Livia, Andreoletti Marco (Lecco); Puoti Massimo, Danieli Elena (Milano); Rizzardini Giuliano (Milano); Rizzi Marco, Cologni Giuliana (Bergamo); Rossini Angelo, Contessi Giovanni Battista (Brescia); Rumi Maria Grazia, Cappelletti Mattia, Sciola Valentina (Milano); Strazzabosco Mario, Ciaccio Antonio, Gemma Marta (Monza); Vinci Maria, Palladini Silvia (Milano); Zuin Massimo, Finati Elena, Giorgini Alessia (Milano).

Friuli-Venezia Giulia

Toniutto Pierluigi, Dissegna Denis (Udine).

Veneto

Alberti Alfredo, Gonzo Marysol, Piovesan Sara (Padova); Cattelan Annamaria (Rovigo); Chemello Liliana, Gatta Angelo, Pontisso Patrizia, Daniela Sterrantino (Padova); Erne Elke Maria, Piovan Donatella, Castelli Eleonora (Padova); Fattovich Giovanna, Ieluzzi Donatella, Passigato Nicola, Storato Silvia (Verona); Floreani Annarosa, Cazzagon Nora, Franceschet Irene (Padova); Russo Francesco Paolo, Gottardo Giorgia (Padova); Sgarabotto Dino (Padova).

Emilia-Romagna

Andreone Pietro, Caraceni Paolo, Valeria Guarneri, Margotti Marzia, Simonetti Giulia (Bologna); Ballardini Giorgio, Bondini Silvia (Rimini); Bolondi Luigi, Benevento Francesca, Gianstefani Alice (Bologna); Ferrari Carlo, Bertoni Roberto, Brillo Federica, Laccabue Diletta, Negri Elisa, Orlandini Alessandra, Porro Emma (Parma); Fornaciari Giovanni, Schianchi Susanna, Vignoli ▶

(*) Sul sito www.iss.it/piter/ sono riportate anche le affiliazioni dei membri del Gruppo.

Paola (Reggio Emilia); Foschi Francesco Giuseppe, Dall'Aglio Anna Chiara (Faenza); Leandro Gioacchino, Levantesi Fabio (Bentivoglio, BO); Libanore Marco, Segala Daniela, Sighinolfi Laura (Ferrara); Massari Marco, Garlassi Elisa (Reggio Emilia); Mazzella Giuseppe, Lazzarini Giorgia (Bologna); Mussini Cristina (Modena); Verucchi Gabriella (Bologna); Villa Erica, Bristot Laura, Patti Olga, Pereira Fernanda (Modena).

Liguria

Anselmo Marco, De Leo Pasqualina (Savona); Picciotto Antonino (Genova); Viscoli Claudio, Alessandrini Anna Ida, Di Biagio Antonio, Nicolini Laura, Curti Carla (Genova).

Toscana

Bartolozzi Dario, Salomoni Elena (Firenze); Brunetto Maurizia, Colombatto Piero, Coco Barbara, Surace Lidia (Pisa); Blanc Pierluigi, Del Pin Barbara (Firenze); Menichetti Francesco (Pisa); Sani Spartaco (Livorno); Zignego Anna Linda, Fabbrizzi Alessio, Giubilei Lidia, Monti Monica (Firenze).

Marche

Benedetti Antonio, Faraci Maria Grazia (Ancona); Brunelli Eugenio, Ridolfi Francesco (Senigallia, AN); Giacometti Andrea, Brescini Lucia, Castelletti Sefora, Castelli Pamela, Drenaggi Davide, Staffolani Silvia (Ancona); Tavio Marcello (Ancona).

Umbria

Baldelli Franco, Di Candilo Francesco (Perugia).

Lazio

Andreoli Arnaldo (Roma); Andreoni Massimo, Cerva Carlotta, Cesta Novella, Ricciardi Alessandra (Roma); Angelico Mario, De Leonardis Francesco, Cucchiarelli Silvia (Roma); Antinori Andrea (Roma); Armignacco Orlando (Viterbo); Cauda Roberto, Cingolani Antonella, Lamonica Silvia (Roma); De Santis Adriano, Stefano Ginanni Corradini, Flaminia Ferri (Roma); D'Offizi Gianpiero, Lionetti Raffella, Visco Comandini Ubaldo (Roma); Gasbarrini Antonio, Siciliano Massimo, D'Aversa Francesca (Roma); Grieco Antonio, Pizzoferrato Marco (Roma); Mastroianni Claudio, Lichtner Miriam, Marocco Raffaella, Tieghi Tiziana (Latina); Nosotti Lorenzo (Roma); Picardi Antonio, De Vincentis Antonio, Galati Giovanni, Gallo Paolo, Dell'Unto Chiara (Roma); Puoti Claudio, Nicolini Gabriella (Marino, Roma); Taliani Gloria, Biliotti Elisa, Santoni Marta, Spaziante Martina, Tamburrini Fiammetta (Roma); Vullo Vincenzo, D'Ettore Gabriella, Cavallari Eugenio Nelson (Roma).

Abruzzo

Parruti Giustino (Pescara); Sciotti Maria Pina (Vasto, CH); Vecchiet Jacopo, Pizzigallo Eligio, Falasca Katia (Chieti).

Campania

Abrescia Nicola, Maddaloni Adelaide (Napoli); Borgia Guglielmo, Foggia Alessandra, Zappulo Emanuela, Gentile Ivan (Napoli); Caporaso Nicola, Camera Silvia (Napoli); Coppola Carmine, Amoruso Daniela Caterina, Staiano Laura (Napoli); Coppola Nicola, Martini Salvatore (Napoli); D'Adamo Giuseppe, Russolillo Anna (Nocera Inferiore, SA); Filippini Pietro (Napoli); Gaeta Giovanni Battista, Brancaccio Giuseppina, Rizzo Viviana (Napoli); Loguercio Carmela, Alessandro Federico, Dallio Marcello (Napoli); Nardone Gerardo, Rocco Alba (Napoli); Pasquale Giuseppe (Napoli); Persico Marcello, Masarone Mario (Salerno).

Puglia

Andriulli Angelo (San Giovanni Rotondo, FG); Angarano Gioacchino, Milella Michele (Bari); Di Leo Alfredo, Rendina Maria, Contaldo Antonella, Iannone Andrea (Bari); Fontana Tommaso (Bisceglie, BAT); Leandro Gioacchino, Cozzolongo Raffaele, Zappimbulso Marianna (Castellana Grotte, BA); Mangia Alessandra (San Giovanni Rotondo, FG); Santantonio Teresa Antonia, Ciarallo Marianna, Giammarino Adele (Foggia); Tundo Paolo (Galatina, LE).

Calabria

Caroleo Benedetto (Catanzaro); Cesario Francesco (Cosenza); De Maria Vincenzo, Giacotti Francesca (Catanzaro); Foti Giuseppe, Kunkar Alfredo, Pellicano Santa (Reggio Calabria); Torti Carlo, Costa Chiara, Pisani Vincenzo, Strazzulla Alessio (Catanzaro).

Sicilia

Cartabellotta Fabio (Palermo); Cottone Mario, Madonna Salvatore, Stagno Brigida (Palermo); Craxì Antonio, Petta Salvatore, Calvaruso Vincenza (Palermo); Montalto Giuseppe, Capitano Adele Rosalia (Palermo); Raimondo Giovanni, Filomia Roberto (Messina); Russello Maurizio, Benigno Rosa, Coco Christian (Catania); Scifo Gaetano (Siracusa).

Sardegna

Chessa Luchino, Pasetto Maria Cristina (Monserrato, CA); Demelia Luigi (Monserrato, CA).



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

INDAGINE SULLA CONCENTRAZIONE DI ARSENICO NEI PRODOTTI DELLA PESCA LAGUNARE IN UN'AREA ESTRATTIVO-INDUSTRIALE DEL SULCIS-IGLESIENTE, SARDEGNA

Pierluigi Piras¹, Roberta Orletti² e Antonino Bella³

¹ASL Carbonia; ²Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche, Perugia;

³Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY (*Investigation of the arsenic concentration in fishery products in a lagoon of the Sulcis-Iglesiente, Region of Sardinia-Italy*) - In the fishery products of the Boi Cerbus lagoon, facing a mining and industrial site, high concentrations of total arsenic has been found, raising concerns for the health of the locals consumers. To assess the risk of its toxicity, however the fraction of inorganic arsenic alone should be determined. Therefore, during 2013 different species of fishery products were sampled and analysed by HPLC-ICP/MS to estimate levels of inorganic arsenic. The concentration found was low, but significantly higher in invertebrates and benthic species.

Key words: inorganic arsenic; fish products; food safety

r.orletti@izsum.it

Introduzione

L'arsenico (As) è un metalloide associato a diversi minerali e può entrare nel ciclo ambientale contaminando i corpi idrici e, attraverso la catena alimentare, distribuirsi nei vegetali e negli animali. La concentrazione di As nella crosta terrestre varia notevolmente ed è nota l'importanza dei processi che ne condizionano la mobilità e la speciazione in suoli, acque e biota. Infatti, la pericolosità per l'uomo varia in base alla forma o "specie chimica" dell'As e alla sua "quantità" (1). La valenza sanitaria del problema è evidente dal quadro della dinamica delle varie forme chimiche dell'As in ambiente marino. L'As disciolto nell'acqua è per lo più inorganico, ma è anche presente in forme organiche metilate. Le alghe assorbono facilmente l'As dall'acqua, generando diversi composti organici più complessi, gli arsenozuccheri, un anello importante nel ciclo biochimico dell'As in ambiente marino. Gli animali acquatici (molluschi, crostacei e pesci) possono, infine, biotrasformare e bioaccumulare i composti organici dell'As attraverso la catena alimentare. È infatti un dato consolidato come i prodotti della pesca, rispetto alle altre matrici alimentari, contengono concentrazioni molto elevate di As (2); è verosimile che gli organismi marini abbiano affrontato evolutivamente il problema, sfruttando la ricca chimica organica dell'As (cui si aggiunge quella degli arseno-lipidi rilevabili negli olii di pesce), per trasformare l'As inorganico (As_{inorg}) in una vasta gamma di composti organici, tra i quali prevale l'arsenobetaina, con quantità residuali di arsenocolina, che non destano preoccupazione dal punto di vista tossicologico.

La determinazione delle concentrazioni dell'As totale (As_{tot}) nelle diverse matrici ambientali non può quindi costituire un elemento sufficiente, sia per valutare la dinamica di tale metalloide nell'ambiente marino-costiero considerato (3), cioè la laguna di Boi Cerbus nella zona del Sulcis-Iglesiente in Sardegna, che per svolgere una corretta valutazione del rischio umano da esposizione alimentare a prodotti della pesca contaminati da tale elemento (4). Benché le forme inorganiche dell'As siano più tossiche di quelle organiche, la quasi totalità dei dati sulla presenza di As negli alimenti riporta solo l'As_{tot}, senza distinzioni tra le sue forme. Poiché proprio nei prodotti della pesca l'As è per lo più presente in forme organiche, è stata evidenziata la necessità di poter disporre di dati di speciazione (5), anche in considerazione del fatto che un *risk assessment* che non tenesse conto di ciò porterebbe a sovrastimare il rischio sanitario. In particolare, è l'analisi selettiva delle forme inorganiche da quelle organiche dell'As ad avere un'importanza cruciale nella valutazione del rischio legato all'esposizione a tale elemento attraverso la dieta (6). Le forme inorganiche dell'As sono infatti potenti cancerogeni per l'uomo ed è dimostrato come l'esposizione cronica a essi determini un aumento nel rischio d'insorgenza di altre patologie non tumorali (7). Quali forme chimiche siano implicate, se organiche o inorganiche, rappresenta quindi il fattore determinante per quanto riguarda la valutazione della tossicità, oltre che la biodisponibilità, dell'As (8).

In una precedente indagine (9) sul contenuto di metalli pesanti e metalloidi in molluschi, crostacei e pesci lagunari cam-

pionati nell'area d'indagine, erano state avanzate stime del rischio da esposizione alimentare all'As da parte della popolazione locale, pur potendo allora disporre solo di dati riferiti all'As_{tot}. Nell'ambito del successivo biomonitoraggio, è stata quindi sviluppata la ricerca con l'obiettivo di rilevare le frazioni tossiche dell'As (calcolando l'indicatore come valore percentuale di As_{inorg}/As_{tot}) su organismi sentinella, rappresentati da una diversificata gamma di specie marino-lagunari edibili. Si è indagato, inoltre, su eventuali differenze interspecifiche, oltre che su quelle tra organismi bentonico-demersali (o a contatto col sedimento) *versus* quelli nectonico-pelagici, approfondendo le conoscenze sul comportamento dell'As in organismi marino-costieri di ambienti prossimi ad aree estrattivo-metallurgiche, come la laguna di Boi Cerbus, contigua alla zona industriale di Portovesme e, più in generale, esposta agli effetti ambientali dell'attività mineraria, paradigmatica del Sulcis-Iglesiente.

Materiali e metodi

Con uno studio trasversale svolto nel 2013, sono stati analizzati 120 campioni, riferibili a 12 specie acquatiche marine eduli pescate/raccolte nella laguna di Boi Cerbus, che, per l'ampiezza della bocca a mare (atta al ricambio e all'omogeneità dei volumi d'acqua nelle diverse stagioni) ha consentito di pianificare un campionamento rappresentativo della pesca lagunare, distribuito in cinque calate regolarmente intervallate nel corso dell'anno (21 febbraio, 29 aprile, 6 luglio, 20 settembre e 2 dicembre). Gli organismi acquatici, di taglia commerciale ►

e campionati nella sola parte edibile ai sensi dei Regolamenti (CE) 1881/2006 e 333/2007, sono stati trasportati in continuità termica al laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche di Ancona per essere sottoposti ad analisi di speciazione dell'As. Poiché la tecnica di separazione più diffusa è quella cromatografica in combinazione con un rivelatore di massa, anche nel presente studio si è ricorso a tale tecnica, adottando una particolare procedura di preparazione del campione (10), finalizzata a un'analisi di speciazione "semplificata", ovvero orientata alla specifica determinazione dell'As_{inorg} con valori espressi in mg/kg di peso fresco, per una sua quantificazione proporzionale sull'As_{tot}. Lo schema di analisi di speciazione utilizzato ha perciò previsto due procedure autonome: quella per la determinazione della concentrazione di As_{tot} (con tecnica ICP-MS e LoQ di 0,010 mg/kg) e, in parallelo, quella per la determinazione dell'As_{inorg} (con tecnica combinata HPLC-ICP-MS e LoQ di 0,001 mg/kg). Relativamente all'analisi statistica dei dati, utilizzando il test U di Mann-Whitney con software Stata (versione 11.2) per i confronti tra gruppi di organismi marini (per taxon e habitat), le 12 specie sono state raggruppate in due cluster: invertebrati (murici, cuori, granchi) versus vertebrati (pesci); al fine di valutare l'influenza dell'habitat sono state suddivise in due ulteriori cluster: specie bentonico-demersali (murici, cuori, granchi, ghiozzi, sogliole, bavose) versus quelle nectonico-pelagiche (boscoghe, anguille, cefali, lotregani, spigole, botoli).

Risultati

L'analisi di speciazione ha confermato che i composti dell'As presenti in concen-

trazione di gran lunga superiore, anche nei prodotti della pesca della laguna di Boi Cerbus, sono quelli organici. Come si può rilevare nella Tabella, i valori maggiori per l'As_{inorg} si rilevano nei molluschi bivalvi (arrivando comunque a valori limite solo dell'1% sull'As_{tot}), seguiti da quelli nei granchi e murici, mentre tutte le altre specie presentano concentrazioni decisamente inferiori o così basse da non essere quantificabili. La differenza dei livelli medi (mg/kg pf ± ds) di As_{tot} tra invertebrati (56,72 ± 48,26) e vertebrati (9,50 ± 8,71) è risultata statisticamente significativa (p < 0,0001), così come la differenza (p < 0,0001) dei livelli medi di As_{tot} tra le specie bentonico-demersali (43,02 ± 43,49) e quelle nectonico-pelagiche (5,06 ± 5,36). Sulle percentuali medie (± ds) di As_{inorg} sul totale, tra invertebrati (0,21% ± 0,32%) e vertebrati (0,02% ± 0,07%) la differenza è risultata ancora significativa (p < 0,0001), così come la differenza (p = 0,0090) relativa alle percentuali medie di As_{inorg} sul totale tra gli organismi bentonico-demersali (0,14% ± 0,28%) e quelli nectonico-pelagici (0,03% ± 0,09%).

Conclusioni

Sebbene con i dati disponibili e la sola analisi univariata non sia stato possibile scomporre il "peso" attribuibile alla differenza di taxon piuttosto che di habitat, l'indagine conferma come l'As sia un elemento ampiamente diffuso, anche a elevate concentrazioni in determinati taxa, tra gli organismi marini eduli della laguna di Boi Cerbus. Si è ottenuto così un riscontro preliminare di come, anche in aree ad alto rischio d'impatto ambientale, l'As sia comunque presente sotto diverse forme chimiche, comprese quelle inorganiche e tossiche; queste, tuttavia, sono state rile-

vate in quantità residuali negli organismi acquatici che, anche nell'ambiente indagato, accumulano in prevalenza forme organiche di As, non tossiche, e a varie concentrazioni che riflettono, verosimilmente, caratteristiche specie-specifiche nel metabolismo dell'elemento. Col presente studio, oltre ad aver risposto a esigenze informative degli stakeholder locali, si è potuto fornire uno specifico contributo alla conoscenza, più in generale, dei livelli e della speciazione chimica dell'As negli organismi marini eduli presenti in zone costiere prossime a siti industriali e ad aree minerarie dismesse. Tali informazioni sono rilevanti anche per le finalità di un corretto risk assessment in sanità pubblica. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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

- Sharma VK, Sohn M. Aquatic arsenic: toxicity, speciation, transformations and remediation. *Environ Int* 2009;35(4):743-59.
- EFSA. Arsenic in food and drinking water. In: *Chemicals in food 2015*, p. 16-9.
- Fattorini D, Alonso-Hernandez CM, Diaz-Asencio M, et al. Chemical speciation of arsenic in different marine organisms: importance in monitoring studies. *Mar Environ Res* 2004;58(2):845-50.
- EFSA. Scientific opinion on arsenic in food. *EFSA Journal* 2009;7(10):1351.
- EFSA. Scientific report on dietary exposure to inorganic arsenic in the European population. *EFSA Journal* 2014;12(3):3597.
- Francesconi KA. Arsenic species in seafood: origin and human health implications. *Pure Appl Chem* 2010;82(2):373-81.
- Borak J, Hosgood HD. Seafood arsenic: implications for human risk assessment. *Regul Toxicol Pharmacol* 2007;47(2):204-12.
- Moreda-Piñero J, Alonso-Rodríguez E, et al. Assessment of the bioavailability of toxic and non-toxic arsenic species in seafood samples. *Food Chem* 2012;130:552-60.
- Piras PL, Mulas GF. Exposure assessment to food contaminants on edible fish, clams and crustaceans in a coastal environment facing a mining and industrial area in Sardinia (Sulcis-Iglesiente). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (ISTISAN Congressi 11/C8).
- Piras PL, Orletti R, et al. Arsenic speciation in fish products and seafoods as a prerequisite for proper risk assessment. *Ital J Food Safety* 2015;4(1):18-22.

Tabella - Distribuzione delle concentrazioni medie (mg/kg pf) e range dei valori dell'As_{tot}, dell'As_{inorg}, quantificazione proporzionale dell'As_{inorg} sull'As_{tot} in (n. 120) campioni di prodotti della pesca lagunare di Boi Cerbus (2013)

Specie	n.	As _{tot}	range	As _{inorg}	range	As _{inorg} /As _{tot} %	range
Murici ^a	16	119,68	64,93-173,72	0,020	0,000-0,082	0,02	0,00-0,06
Granchi ^b	14	35,91	17,31-70,63	0,045	0,000-0,174	0,13	0,00-0,48
Cuori ^c	19	19,05	12,80-29,06	0,064	0,000-0,144	0,43	0,00-1,06
Ghiozzi ^d	17	18,28	7,10-38,40	0,001	0,000-0,007	0,00	0,00-0,02
Sogliole ^e	9	15,11	4,81-19,70	0,000	0,000-0,002	0,00	0,00-0,01
Boscoghe ^f	6	14,56	4,83-28,06	0,000	0,000-0,000	0,00	0,00-0,00
Anguille ^g	5	6,29	0,10-10,57	0,001	0,000-0,003	0,01	0,00-0,03
Cefali ^h	5	5,39	4,04-6,58	0,002	0,000-0,003	0,04	0,00-0,06
Lotregani ⁱ	9	4,57	2,25-8,20	0,001	0,000-0,002	0,01	0,00-0,06
Bavose ^l	5	3,21	1,07-5,04	0,004	0,000-0,009	0,20	0,00-0,49
Spigole ^m	5	2,00	0,96-3,26	0,000	0,000-0,001	0,01	0,00-0,03
Botoli ⁿ	10	1,46	0,17-5,06	0,000	0,000-0,000	0,00	0,00-0,00

(a) Gasteropodi: *Phyllonotus trunculus*; (b) Crostacei: *Carcinus aestuarii* + *Eriphia verrucosa*; (c) Bivalvi: *Cerastoderma glaucum*; (d) Pesci: *Gobius niger* + *Zosterisessor ophiocephalus*, (e) *Solea solea*, (f) *Chelon labrosus*, (g) *Anguilla anguilla*, (h) *Mugil cephalus*, (i) *Liza aurata*, (l) *Salaria basilisca*, (m) *Dicentrarchus labrax*, (n) *Liza ramada*

OPERATORI SANITARI E VACCINAZIONE MORBILLI, PAROTITE, ROSOLIA: INDAGINE SU COPERTURE E ATTEGGIAMENTI DEGLI STUDENTI DI UN CORSO DI LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

Valentina Pettinicchio¹, Andreina Lancia², Cristiana Vazzoler², Francesca De Luca², Massimo O. Trinito³ e Simona Ricci⁴

¹Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; ²Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ASL Roma C;

³Dipartimento di Prevenzione, ASL Roma C; ⁴UOSD Formazione Universitaria, ASL Roma C

SUMMARY (*Health professionals and Measles-Mumps-Rubella immunization: research on nursing students' vaccination coverage and attitudes towards vaccination*) - The National Plan for the Elimination of Measles and Congenital Rubella 2010-15 recommends that healthcare workers and students receive Measles-Mumps-Rubella (MMR) vaccine. The aim of the study was to estimate the prevalence of susceptibility against measles and rubella among nursing students of a major University in Rome (Italy), in order to actively offer MMR vaccination, and to evaluate students' attitudes towards vaccination. We collected data through a self-completed questionnaire. Thirty-two percent of students reported being non vaccinated. Students' perceptions about the risks and benefits of vaccination are worrying and need to be addressed through training initiatives to improve knowledge of future healthcare professionals.

Key words: measles, mumps, rubella vaccination; questionnaire; healthcare workers

pettinicchio.valentina@aslrmc.it

Introduzione

La ASL Roma C (RMC) ha attivato varie iniziative volte a migliorare la copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (MPR) nei giovani adulti e nelle donne in età fertile; tra queste, l'offerta della vaccinazione *post partum* e *post* interruzione di gravidanza e la chiamata attiva dei maggiorenti non vaccinati.

Il personale sanitario entra in contatto con fonti di contagio per MPR, operando negli ospedali e nelle strutture territoriali che accolgono bambini: la vaccinazione di questi operatori rappresenta uno degli interventi più sicuri ed efficaci per controllare le infezioni nosocomiali. Pertanto, il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-15 raccomanda l'offerta attiva della vaccinazione MPR al momento dell'assunzione o dell'immatricolazione a un corso di laurea per operatori sanitari (1).

I dati nazionali per la prima dose di vaccino MPR nei bambini <24 mesi d'età mostrano coperture vaccinali (CV) inadeguate (88% nel 2013; l'obiettivo del PNEMoRc è di raggiungere CV ≥95%) (2). Nel Lazio non sono raccolti routinariamente i dati relativi alle CV per due dosi a 12 anni d'età e nelle diverse coorti di nascita della popolazione adulta, compresi gli operatori sanitari.

Nell'indagine ICONA, relativa al 2008 (3), le CV nei sedicenni della regione Lazio risultavano essere del 67,0% per una dose (vaccino MPR o morbillo singolo) e del 38,4% per due dosi. In base ai dati del Sistema Informativo regionale, la CV per la prima dose di vaccino MPR nei bambini <24 mesi d'età è pari a 88,5% (2013).

È noto che tra gli adolescenti e gli adulti italiani sono presenti gruppi di popolazione suscettibili al morbillo. Nel 2014, il 58% dei nuovi casi si è verificato tra i 15-39enni, con una mediana pari a

23 anni (4). Il 56% delle segnalazioni di casi di morbillo riguardava persone che frequentavano una collettività e l'8,6% lavorava in ospedale come operatore sanitario (comunicazione personale).

Nella ASL RMC, i dati sulle CV per MPR sono incompleti per la popolazione adulta: l'informatizzazione dei dati vaccinali dei residenti è stata sistematizzata per i nati dal 1999. Una delle fonti utilizzate è il sistema di sorveglianza PASSI, che rileva dati sulla vaccinazione anti rosolia (5). I dati 2012-13 stimano, nella ASL RMC, che il 57% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia perché si è vaccinato (33%) o perché ha una copertura naturale rilevata dal rubeotest (24%). Il 3% risulta suscettibile e il 40% non è consapevole del proprio stato immunitario. L'eliminazione dell'MPR necessita il recupero dei non vaccinati anche tra gli adolescenti e i giovani adulti, compresi gli operatori sanitari.

La presenza nel territorio della ASL RMC del corso di laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata ha fornito un campione di 204 studenti (a.a. 2013-14) per condurre uno studio sulla copertura vaccinale.

Obiettivo primario è stimare la prevalenza dei suscettibili nei confronti di morbillo e rosolia per offrire attivamente la vaccinazione MPR; secondariamente, abbiamo indagato gli atteggiamenti degli studenti nei confronti delle vaccinazioni.

Materiali e metodi

Per la rilevazione dati è stato utilizzato un questionario validato contenente: 9 quesiti a scelta multipla sull'effettuazione della vaccinazione MPR e sul dato anamnestico di aver contratto l'MPR; 14 affermazioni su cui esprimere il grado di accordo (Tabella); una domanda aperta sulle motivazioni della eventuale indisponibilità a vaccinarsi. Le domande contenute nel questionario provenivano

da esperienze realizzate in altre indagini nazionali: indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale della regione Veneto (6) e indagine ICONA 2008. Alcuni quesiti erano invece mutuati dal questionario del sistema di sorveglianza PASSI.

Il questionario indaga gli atteggiamenti relativi alla vaccinazione MPR, permettendo di esprimere il proprio grado di accordo su una scala da 1 a 5 (massimo accordo) con delle affermazioni proposte. Nell'analisi sono stati aggregati i valori estremi della scala: 1 e 2 (per nulla/poco d'accordo) e 4 e 5 (molto d'accordo), per cogliere bene le opinioni. Nel valore 3 si collocano gli indecisi. L'indagine e il relativo questionario sono stati presentati tra marzo e giugno 2014; i questionari, compilati autonomamente dagli studenti, sono stati analizzati tramite software Excel.

Risultati

Il 76% (155/204) degli studenti ha aderito all'indagine; l'età media è di 24 anni (range 19-42), le femmine sono il 70% del totale. Il 68% ha dichiarato di aver ricevuto una dose di vaccino MPR, il 42% di averne ricevuto due dosi. Il 32% (34/155) ha riferito di non essere stato vaccinato (22%) oppure di non conoscere il proprio stato immunitario (10%). Il 42% (21/50) dei suscettibili si è dichiarato disponibile a vaccinarsi; non sappiamo quanti lo abbiano fatto, perché non tutti gli studenti afferiscono, per ASL di residenza, al nostro servizio vaccinale. Il 54% dei non vaccinati ha dichiarato di aver avuto il morbillo. I risultati sugli atteggiamenti sono riportati in Tabella. Le affermazioni sulla fiducia nelle politiche vaccinali mostrano che il 32% degli intervistati è molto d'accordo con l'affermare che spesso gli effetti collaterali vengano tenuti nascosti e il 27% è molto d'accordo nel ritenere che i vaccini siano un business delle case farmaceutiche. ▶

Tabella - Indagine presso gli studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche: prevalenza percentuale del grado di accordo nei confronti di alcune affermazioni sulle vaccinazioni

Affermazione	Per nulla/poco d'accordo (1, 2) %	Molto d'accordo (4, 5) %
È importante vaccinarsi perché le malattie che si preven- gono possono avere effetti molto gravi	5	79
Spesso gli effetti collaterali gravi dovuti al vaccino vengono tenuti nascosti	27	32
Gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale danno informazioni solo sui benefici delle vaccinazioni e non sui rischi	33	26
Le reazioni avverse gravi al vaccino sono molto rare	26	28
Temo che le reazioni avverse al vaccino possano presentarsi anche molto tempo dopo la vaccinazione	45	22
Seguendo stili di vita sani si possono evitare le malattie senza necessità di vaccinarsi	67	10
Se si smettesse di vaccinare molte malattie oggi rarissime potrebbero tornare in circolazione	14	66
Sicuramente chi si vaccina non contrarrà la malattia per la quale è stato vaccinato	37	34
Ho paura di contrarre le malattie se non mi vaccino	25	43
Vengono fatte troppe vaccinazioni in un'unica soluzione	42	21
Ho più fiducia nei consigli di operatori sanitari al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale	59	10
Gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale hanno un interesse economico nelle vaccinazioni	45	18
I vaccini sono soprattutto un business economico delle case farmaceutiche	34	27
Il fatto che alcune vaccinazioni non sono obbligatorie significa che non sono necessarie	50	13

Appare difficile interpretare l'elevata percentuale di indecisi sulle diverse affermazioni.

Discussione e conclusioni

Gli atteggiamenti dei futuri operatori sanitari intervistati nei confronti dei vaccini non sembrano discostarsi da quelli della popolazione generale. Appare preoccupante la distorta percezione del rischio e del beneficio. Le motivazioni sono molteplici. Il clamore mediatico suscitato dai recenti pronunciamenti della magistratura riveste un ruolo importante, soprattutto in merito alla falsa associazione tra vaccinazione MPR e autismo (7).

È fondamentale, inoltre, la conoscenza della pericolosità e della diffusione delle malattie, sulle quali gli operatori sanitari dovrebbero essere ben informati. Al contrario, purtroppo, si individuano soggetti apertamente schierati contro le vaccinazioni, privi di adeguate competenze in merito. È necessaria una formazione specifica sulle vaccinazioni per gli studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche, in considerazione del fatto che saranno futuri attori della pratica vaccinale.

La percezione distorta del rischio vaccinale ha un ruolo: l'idea diffusa di una scarsa trasparenza e accessi-

bilità dei dati scientifici, sia a livello centrale che di ASL, può ingigantire la valutazione della probabilità di eventi avversi. La fruibilità delle informazioni derivanti dal sistema di farmacovigilanza è importante per gli operatori sanitari e per i cittadini, ai fini del *counselling* consapevole. La copertura vaccinale non ottimale registrata in questo sottogruppo di giovani adulti potrebbe essere attribuita all'assenza di un'offerta attiva e gratuita ai nati negli anni '80-'90: la vaccinazione MPR era disponibile e raccomandata, ma a pagamento. L'immatricolazione a un corso di laurea per operatore sanitario, pertanto, è ora una buona occasione di offerta e recupero dei soggetti suscettibili per MPR. Non è stata realizzata una campagna nazionale informativa "ben visibile" per la promozione di questa vaccinazione e della pratica vaccinale, come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (8). In questo momento l'Italia si colloca, insieme alla Germania, tra i Paesi europei con maggior numero di casi di morbillo segnalati: una campagna informativa centrale in grado di utilizzare tutti i canali comunicativi non è più procrastinabile. ■

Ringraziamenti

Si ringraziano Davide Bove, Laura Gatta, Elisabetta Zuchi e gli studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, a.a. 2013-14.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-15 (www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1519).
2. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità. Ancora a proposito di coperture vaccinali; 19/2/2015 (www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/pdf/CommentoCV.pdf).
3. Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2008: Indagine di COpertura vaccinale NAzionale nei bambini e negli adolescenti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/29).
4. Bella A, Filia A, Del Manso M, et al. Morbillo e Rosolia News (www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/bollettino/R&M_News_2014_11.pdf).
5. La sorveglianza PASSI: progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (www.epicentro.iss.it/passi/).
6. ULSS 20 Verona. Progetto "Indagine sui determinanti del rifiuto dell'offerta vaccinale nella regione Veneto". Report conclusivo (http://prevenzione.ulss20.verona.it/indagine_scelta_vaccinale.html).
7. Battistella M, Carlino C, Dugo V, et al. Vaccini ed autismo: un mito da sfatare. *Ig Sanità Pubbl* 2013;69:585-96.
8. Ministero della Salute. Resoconto della Visita della Delegazione dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e Commissione Regionale Europea di Verifica dell'eliminazione del morbillo e della rosolia. Roma (www.salute.gov.it/).

Comitato scientifico

C. Donfrancesco, L. Galluzzo, I. Lega, M. Maggini, L. Palmieri, A. Perra, F. Rosmini, P. Luzi
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

P. De Castro, C. Faralli, A. Perra, S. Salmasso

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp

e-mail: ben@iss.it

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 17 febbraio 2015

Anna Maria Luzi¹, Anna Colucci¹, Iliaria Mulieri¹, Emanuele Fanales Belasio², Filippo Maria Taglieri¹,
Pietro Gallo¹, Rosa Dalla Torre¹ e Giovanni Rezza¹

¹Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

²Centro Nazionale AIDS, ISS

RIASSUNTO - Il presente articolo intende sintetizzare i diversi aspetti emersi nell'ambito del XIII Convegno dell'Italian National Focal Point - Infectious Diseases and Migrants, che quest'anno ha trattato il tema "Salute e migrazione: nuovi scenari internazionali e nazionali". L'evento, organizzato dall'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità, grazie alla presenza di autorevoli relatori e moderatori ha inteso proporre un interessante dibattito scientifico su temi complessi quali quelli dell'influenza della crisi economica nel processo di tutela della salute della popolazione migrante e l'impatto delle malattie emergenti e riemergenti sulle popolazioni fragili.

Parole chiave: malattie infettive; migranti; prevenzione; crisi economica

SUMMARY (*Health and migration: new international and national scenarios*) - The article synthesizes the different issues emerged during the XIII Congress of the Italian National Focal Point - Infectious diseases and migrants, which this year dealt with the theme "Health and migration: new international and national scenarios". The Conference, organized by the Unit of psycho-social-behavioral Research, Communication, Education of the Department of Infectious, Parasitic and Immunomediated Diseases of the Italian National Institute of Health, aimed to open, in the presence of relevant speakers and moderators, an interesting scientific discussion on complex issues as the influence of the economic crisis on the health protection of the migrant population and the impact of emerging and re-emerging diseases on fragile populations.

Key words: infectious diseases; migrants; prevention; economic crisis

anna.luzi@iss.it

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima, attualmente, 1 miliardo di migranti nel mondo (214 milioni di migranti internazionali e 740 milioni di migranti interni). Si tratta di un flusso di popolazione diversificato con molteplici bisogni di salute e diversi livelli di vulnerabilità, che si muove in uno scenario globalizzato caratterizzato da squilibri demografici, notevoli disparità, disuguaglianze, mutamenti climatici, crisi economiche e politiche, disastri provocati dall'uomo e calamità naturali. La migrazione, oggi, è un fenomeno onnipresente, nonché essenziale per alcune società al fine di compensare gli andamenti demografici e di aiutare le comunità di origine con le rimesse economiche (1).

Per quanto riguarda l'Italia, a partire dagli anni '80, il Paese si è trasformato in meta di immigrazione. Alla fine del 2013, il Centro Studi e Ricerche IDOS stima

una presenza effettiva di 5.364.000 persone straniere in posizione regolare, quasi 2 milioni e mezzo di occupati stranieri, oltre 1 milione di minori di cui molti di seconda generazione, oltre 800.000 studenti iscritti a scuola, quasi mezzo milione di imprese che fanno capo a persone nate all'estero, una consistente presenza multietnica e multireligiosa (2). Ne consegue che l'immigrazione assume sempre più le caratteristiche di un fenomeno strutturale in seno alla società italiana.

A fronte di questo scenario nazionale e internazionale, l'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) - Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (MIPI) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha dedicato una giornata di studio sul tema dell'impatto della crisi economica nel processo di tutela della salute dei migranti in relazione alle ►

malattie emergenti e riemergenti. Tale interesse scaturisce dall'attività pluriennale che l'UO RCF svolge nell'ambito del coordinamento dell'Italian National Focal Point Infectious Disease and Migrant (Italian NFP ID and M), rete di oltre 80 esperti appartenenti a Istituzioni pubbliche, Organizzazioni Non Governative, Associazioni di volontariato e referenti di Comunità di stranieri, che dal 1997 si occupano del fenomeno migratorio e delle esigenze di salute a esso collegate. Il Network organizza periodicamente eventi scientifici e di confronto tra esperti del settore su specifici argomenti inerenti la promozione e la tutela della salute della popolazione migrante.

Nel 2015 il XIII Convegno dell'Italian NFP ID and M "Salute e migrazione: nuovi scenari internazionali e nazionali" si è tenuto come di consueto presso l'ISS il 17 febbraio scorso ed è stato strutturato in due sessioni:

- Crisi economica e diritto alla salute del migrante;
- Malattie emergenti e riemergenti, rischi per la salute della persona migrante e della comunità che la accoglie.

La finalità generale dell'evento è stata quella di affrontare il tema dell'influenza della crisi economica nel processo di tutela della salute della popolazione migrante, nonché dell'impatto delle malattie emergenti e riemergenti in fasce di popolazione fragili, quali quella dei migranti.

Crisi economica e diritto alla salute del migrante

Dopo l'introduzione ai lavori curata da **Giovanni Rezza**, Direttore del Dipartimento MIPI/ISS, incentrata sul diritto alla salute della persona migrante e sulla necessità di individuare strategie a lungo termine, l'intervento di **Santino Severoni**, coordinatore della Divisione di Salute Pubblica e Migrazione del World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe di Venezia, ha dato risalto al fenomeno migratorio in termini di opportunità di sviluppo del Paese ospitante. Severoni ha fornito una riflessione sui nodi critici che, a livello internazionale, caratterizzano il fenomeno migratorio e che possono essere così sintetizzati: elevata mobilità, barriere nell'accesso ai servizi sanitari, molteplici fornitori di servizi, mancanza di raccolta sistematica e omogenea di dati sui flussi migratori.

Corrado Bonifazi dell'Istituto di Ricerche sulla popolazione e le politiche sociali del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Roma, ha voluto, invece, evidenziare la diversificazione delle tendenze migratorie interne all'Unione Europea, in calo verso l'Europa meridionale, ma in aumento verso altre destinazioni come, ad esempio, la Germania. L'immigrazione, tuttavia, nonostante la presenza della crisi economica non cambia in quanto si tratta di un fenomeno ormai strutturale.

La mattinata di lavoro è proseguita con gli interventi di tre esperte del Ministero della Salute: **Loredana Vellucci**, **Maria Grazia Pompa** e **Serena Battilomo**, le quali hanno dato risalto all'impegno del Ministero nell'area della salute delle popolazioni non italiane.

L'intervento di **Loredana Vellucci** ha consentito di focalizzare l'attenzione sui vantaggi apportati dall'Operazione "Mare Nostrum" nell'accelerare il trasferimento dei migranti, in particolar modo donne e minori, nei Centri per l'immigrazione in modo da velocizzare l'accesso a strutture sanitarie appropriate per quelle persone richiedenti cure mediche e assistenza immediata. **Maria Grazia Pompa** ha ribadito che su oltre centomila migranti irregolari, dal 2013 a oggi, i sintomi di malattie infettive in atto sono stati riscontrati in una minima percentuale di casi e hanno riguardato per lo più affezioni dermatologiche, e che comunque non è stato rilevato alcun caso confermato di malattie di interesse del Regolamento Sanitario Internazionale del 2005.





Successivamente, Serena Battilomo ha fornito i dati di un'interessante indagine relativa alle condizioni di salute e al ricorso ai servizi sanitari da parte degli stranieri residenti in Italia, illustrando le patologie più diffuse (malattie dell'apparato respiratorio pari al 65,4 per mille) e i bisogni specifici di salute per tale popolazione (ambito materno-infantile, interruzione volontaria di gravidanza, vaccinazioni).

In uno scenario nazionale e internazionale il ruolo della Croce Rossa, impegnata a provvedere al supporto socio-sanitario di richiedenti asilo, migranti e profughi, è stato illustrato da Alessandra Diodati, la quale ha sottolineato quanto il migrante non sia un portatore di malattia, ma piuttosto espressione di differenti bisogni di salute.

Infine, la mattinata si è conclusa con l'intervento di Antonio Fortino dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e con quello di Pietro Luigi Lopalco dell'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) di Stoccolma. Antonio Fortino ha sottolineato come nel campo della salute si faccia strada una nuova visione di "sanità pubblica ecologica" attenta al contesto e al ruolo dei determinanti sociali, economici e ambientali. In tale ottica, la tutela della salute implica l'adozione di un approccio globale, capace di cogliere la peculiarità dei bisogni emergenti nel contesto delle dinamiche complesse di intersettorialità (salute, lavoro, politiche abitative, istruzione).

Pietro Luigi Lopalco ha invitato a riflettere sulla difficoltà di definire la popolazione immigrata e sulla necessità di avvicinare ai servizi sanitari, e soprattutto a quelli vaccinali, fasce di popolazioni

mobili che spesso possono risultare "invisibili" (come ad esempio, nel caso dei Rom e degli Irish Travellers). Nella sua relazione l'attenzione è stata posta su due fattori interdipendenti: le barriere che possono ostacolare l'accesso ai servizi vaccinali da un lato, la necessità di offrire percorsi di formazione/aggiornamento agli operatori sanitari finalizzati a rendere efficace il processo comunicativo, dall'altro.

Malattie emergenti e riemergenti, rischi per la salute della persona migrante e della comunità che la accoglie

La seconda parte del Convegno, moderata da Anna Maria Luzi del Dipartimento MIPI/ISS, ha posto l'attenzione sui rischi delle malattie emergenti e riemergenti per la popolazione migrante e per la comunità che la accoglie.

Il primo intervento pomeridiano è stato svolto da Giuseppina Cassarà della Fondazione San Raffaele di Palermo, che ha trattato il tema dello stress degli operatori dei servizi per la salute dedicati ai migranti, rilevando le criticità di quelli coinvolti nelle fasi di emergenza. Criticità che vanno ricercate in una carenza di formazione *ad hoc*, nella precarietà dei contratti lavorativi e nell'assenza di sistematizzazione delle operazioni di sbarco e accoglienza.

Il tema del ruolo dell'operatore socio-sanitario è stato ulteriormente analizzato da Rosella Di Bacco della ASL RM C, che ha voluto rilevare gli aspetti salienti dell'incontro professionale tra l'operatore e la persona migrante, entrambi portatori di codici culturali differenti, nonché porre in evidenza il rischio che la presenza di stereotipi culturali possa interferire nella relazione d'aiuto.

Maria Chiara Pezzoli degli Spedali Civili di Brescia ha sottolineato l'opportunità di prevedere lo screening per l'HBV negli immigrati provenienti da aree ad alta prevalenza di infezione da virus dell'epatite B. Ciò al fine di identificare tempestivamente l'infezione e offrire trattamenti precoci alle persone con epatite, ma anche attuare piani di vaccinazione e di educazione alla salute delle persone non infette.

Lorenzo Antonio Surace del Centro di Medicina del viaggiatore delle migrazioni di Catanzaro ha descritto le malattie neglette nei migranti provenienti dal Nord Africa. Si tratta di patologie che si manifestano prevalentemente fra le popolazioni più povere e ►

marginali, ma che interessano potenzialmente oltre un miliardo di persone con un notevole impatto a livello individuale e di comunità.

L'intervento successivo è stato curato da Tullio Prestileo dell' Ospedale Civico Benfratelli di Palermo, che ha trattato il tema delle infezioni a trasmissione sessuale in *sex worker* non italiane. Le prostitute straniere presentano, rispetto alla popolazione generale, una maggiore prevalenza di Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST). Dato questo da ricondurre anche alla richiesta dei clienti di non usare il preservativo (12,5% dei casi in studio), che sembra essere aggravato da tre condizioni: scarso livello di conoscenza e di informazioni scientificamente corrette; paura di essere denunciate e, quindi, espulse; disumane condizioni di severa limitazione della libertà cui vengono sottoposte le *sex worker*.

Ha chiuso i lavori del Convegno Stefano Buttò del Centro Nazionale AIDS dell'ISS, il quale ha rilevato un'elevata eterogeneità delle forme di HIV circolanti in differenti popolazioni di migranti presenti in Italia. I risultati del suo lavoro evidenziano la necessità di effettuare un monitoraggio costante delle forme di HIV in molteplici target per il controllo della diffusione del virus e per un'efficace gestione dell'infezione da HIV.

Conclusioni

In sintesi, le questioni connesse con la salute dei migranti costituiscono sfide cruciali di sanità pubblica dei governi e delle società, che non possono essere limitate e circoscritte, ma che richiedono una visione ampia, articolata e intersettoriale, nonché un'attenta analisi dell'interazione tra gli aspetti economici, politici e socio-culturali per poter garantire a tutti gli individui il diritto alla salute. Tali considerazioni assumono una notevole rilevanza nell'attuale momento storico nel quale, a fronte di una generale riduzione delle risorse economiche, agenti patogeni nuovi o che si pensava fossero stati sconfitti minacciano la salute del singolo e della comunità di appartenenza. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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. World Health Organization. Health of migrants (www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/).
2. Centro Studi e Ricerche Idos. *Dossier Statistico Immigrazione 2014*. Roma; 2014.

NEWS

20 giugno 1987-20 giugno 2015

28 ANNI DI HIV/AIDS/IST COUNSELLING TELEFONICO



Istituto Superiore di Sanità

In 28 anni di attività al Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse dell'Istituto Superiore di Sanità/Ministero della Salute sono pervenute oltre **750 mila telefonate** e sono stati posti **più di 2 milioni di quesiti** sull'infezione da HIV, sull'AIDS e sulle altre Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST).



Dal 1987 è in prima linea nella lotta all'AIDS e alle IST

NON ESISTE PREVENZIONE SENZA INFORMAZIONE

Attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 13.00 alle ore 18.00. Gli esperti rispondono anche in **inglese, francese e portoghese**. Un consulente in **materia legale** risponde il lunedì e il giovedì, dalle ore 14.00 alle ore 18.00. Dal 1° luglio 2014 il Telefono Verde AIDS e IST è raggiungibile anche al contatto skype **uniticontrolaids**

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.uniticontrolaids.it



Seminario

SORVEGLIANZA DELLA VIOLENZA E DEGLI INCIDENTI: RICONOSCIMENTO E INTERVENTO NEI CASI OSSERVATI IN AMBITO OSPEDALIERO E SANITARIO

*Istituto Superiore di Sanità
Roma, 20 febbraio 2015*

Stefania Trinca, Silvana Caciolli e Alessio Pitidis
Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

RIASSUNTO - Il 20 febbraio 2015 si è tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Seminario "Sorveglianza della violenza e degli incidenti: riconoscimento e intervento nei casi osservati in ambito ospedaliero e sanitario", organizzato dal Reparto Ambiente e traumi del Dipartimento Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'ISS. Il Seminario ha rappresentato un importante momento di scambio di esperienze e di informazioni tra coloro che in ambito ospedaliero e sanitario si trovano ad affrontare quotidianamente la problematica della violenza, operando nei Pronto Soccorso, generali e pediatrici, nonché presso i Centri e gli Sportelli antiviolenza.

Parole chiave: violenza sulla donna; abuso e maltrattamento sui minori; violenza sessuale; prevenzione della violenza

SUMMARY (*Workshop "Surveillance of violence and injuries: detection and care of the cases observed at the Emergency Department (ED) in general and paediatric hospitals and in the healthcare services"*) - The Workshop held in Rome on February 20, 2015, was organized at the Italian National Institute of Health (ISS) headquarters by the ISS Department of Environment and Primary Prevention. The initiative has represented an important opportunity for interaction and exchange of experience and information between those who are working in the EDs of general and paediatric hospitals, as well as at the Anti-violence Centers and Victim Protection services, who daily are confronted with the problem of violence.

Key words: Intimate Partner Violence (IPV); child abuse and maltreatment; sexual violence; violence prevention

stefania.trinca@iss.it

Il 20 febbraio 2015 si è tenuto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Seminario "Sorveglianza della violenza e degli incidenti (traumi, ustioni, avvelenamenti, soffocamento): riconoscimento e intervento nei casi osservati in ambito ospedaliero e sanitario", organizzato dal Reparto di Ambiente e traumi del Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'ISS.

Il Seminario ha rappresentato un importante momento di scambio di esperienze e di informazioni tra coloro che in ambito ospedaliero e sanitario si trovano ad affrontare quotidianamente la problematica della violenza operando nei Pronto Soccorso (PS), generali e pediatrici, nonché presso i centri e gli sportelli antiviolenza. Tali strutture hanno cooperato e coopereranno ai Progetti promossi e finanziati dal Ministero della Salute (Programmi CCM 2011 e

2014) e coordinati rispettivamente dall'ISS (1) e dalla Regione Liguria (2), sul controllo e la prevenzione degli incidenti e della violenza sulla donna e sul bambino, in considerazione delle priorità stabilite dalla raccomandazione del Consiglio d'Europa del 2007 sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza (3).

Scopo e obiettivo del Seminario è stato, infatti, lo scambio di esperienze sulle attività volte a dare applicazione alla Raccomandazione europea con particolare attenzione agli aspetti di genere, ai gruppi vulnerabili di popolazione e alla prevenzione della violenza, mediante il monitoraggio del fenomeno secondo lo standard comunitario, lo sviluppo e lo scambio di buone prassi, la diffusione di appropriate informazioni sulla tematica. La giornata si è articolata in due Sessioni e in una Tavola rotonda. ▶

La sorveglianza e il riconoscimento dei casi di violenza

I lavori della sessione mattutina sono stati aperti dalla presentazione delle Azioni del Ministero della Salute per il contrasto della violenza sulla donna e sul minore. Di seguito, i ricercatori del Reparto di Ambiente e traumi dell'ISS e dell'Osservatorio di Epidemiologia della Regione Toscana hanno presentato i risultati di studi statistico-epidemiologici (4) condotti sui dati raccolti attraverso il sistema SINIACA-IDB (5). È stata poi la volta dei relatori provenienti dagli Ospedali Galliera di Genova e dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, che hanno illustrato l'esperienza clinica di riconoscimento, mediante gli indicatori di sospetto, e l'assistenza delle vittime di violenza. In questo contesto è stato rilevato come i centri di PS assumano un ruolo di osservatorio privilegiato della violenza grazie anche allo sviluppo di specifici indicatori di riconoscimento adottati dagli operatori di triage, che possono avviare procedure di individuazione di situazioni di maltrattamento e abuso e l'avvio a percorsi di tutela e cura delle vittime. Va, inoltre, ricordato che le vittime di violenza, in presenza di traumi o di sintomatologie d'abuso, accedono in emergenza direttamente in PS. Questo presidio sanitario, attraverso il monitoraggio degli accessi, riveste un ruolo fondamentale per l'osservazione e la conoscenza del fenomeno della violenza di genere in ambito relazionale e di quella sul minore.

Dalla sorveglianza sanitaria ai modelli di riconoscimento e contrasto della violenza sul minore e sulla donna

Alla Tavola rotonda hanno partecipato sia i rappresentanti dei centri e strutture che hanno collaborato al Progetto appena concluso di sorveglianza degli incidenti e della violenza CCM 2011: SINIACA_IDB (1), sia le unità operative che parteciperanno al Progetto CCM 2014: REVAMP (2).

Durante la discussione sono stati evidenziati argomenti di grande interesse e criticità, quali l'emersione della violenza sommersa anche attraverso la formazione degli operatori ospedalieri che, secondo l'esperienza illustrata dal relatore del PS Ostetrico-Ginecologico dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano,



deve essere continua, mirata a superare gli stereotipi e coinvolgere contemporaneamente professionalità diverse.

Si è parlato, inoltre, dell'importanza della collaborazione e dello scambio di informazioni tra coloro che operano nei servizi sanitari (compresi quelli di base), nella scuola, nelle forze dell'ordine e nei servizi sociali. A tale proposito, nel mese di marzo 2015 è stato avviato un altro Progetto tra le azioni centrali del Ministero della Salute nell'ambito del programma CCM 2014, Azione Centrale "Un programma di formazione blended per operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere" (6), cui partecipano il Policlinico di Milano, l'ISS, l'AO S. Giovanni dell'Addolorata di Roma e altri importanti gruppi di lavoro da tempo attivi nel campo della prevenzione e dell'assistenza della violenza di genere e di quella sul minore. I due Progetti opereranno in maniera sinergica in modo da amplificare i risultati ottenibili.

Altro punto di criticità, segnalato da coloro che operano nei centri d'ascolto, riguarda la fase di accompagnamento delle vittime e l'elaborazione dei percorsi di uscita dalla violenza. Queste attività possono essere migliorate sviluppando in Rete i servizi sul territorio, in particolare le strutture di assistenza sanitaria e sociale, di aiuto materiale quotidiano e di protezione alle vittime.

Protocolli di accoglienza, presa in carico, supporto e accompagnamento

La sessione pomeridiana "Protocolli di accoglienza, Presa in carico, Supporto e accompagnamento, Determinanti socio-culturali. Marcatori epigenetici" è stata dedicata alla testimonianza di esperienze operative. Tra esse, il riconoscimento della violenza in casi emblematici al PS Pediatrico dell'Ospedale Gaslini di Genova, o l'esperienza diretta di un Giudice per le indagini preliminari (GIP) allorché si trovi a valutare e decidere i provvedimenti da adottare per la protezione della vittima.

Si è passati, successivamente, alla presentazione delle attività che vanno messe in campo per assistere le vittime e accompagnarle in un percorso di fuoriuscita dalla violenza, descritte da team multidisciplinari già da tempo attivi all'interno di strutture ospedaliere, quali:

- Progetto Demetra, che offre supporto e ascolto presso la Città della Salute e della Scienza di Torino;
- Progetto Ginestra che, attraverso l'assistenza psicologica, accoglie le vittime che accedono al PS dell'Ospedale Galliera di Genova;

Un'altra iniziativa descritta è stata quella del Codice Rosa della Regione Toscana, una procedura attraverso la quale, in presenza di casi di violenza, si attiva un gruppo operativo composto da personale sanitario e dalle Forze dell'ordine, con l'obiettivo di fornire assistenza socio-sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza.

Inoltre, il Gruppo di Progetto "Epidemiologia delle violenze verso soggetti deboli" della ASL TO3 di Torino ha dimostrato, ancora una volta, l'importanza della sorveglianza attraverso i dati di PS, sia per la definizione e il monitoraggio dei *pattern* epidemiologici di base, sia per l'identificazione dei casi con accessi ripetuti per violenza (7). A tale proposito, va rilevato come in sinergia con il Progetto CCM SINIACA-IDB, la raccolta e l'analisi dei dati sulla violenza altrui è stata attivata anche in Italia dal 2011, sia a livello regionale con i flussi EMUR (Toscana, Piemonte, Sardegna), sia a livello di singoli centri di PS (Ospedale Galliera di Genova, ospedali della ASL di Forlì, Ospedale San Giovanni Bosco Torino) che hanno adottato il Full Dataset-IDB. Uno specifico registro analitico di PS ospedaliero,



l'European Injury Database (8, 9) - adottato dalla Rete di sorveglianza degli incidenti e della violenza nell'Unione Europea - consente di rilevare in maniera semplificata le circostanze di accadimento dell'evento violento.

Va, inoltre, precisato che dal 2015 questa raccolta campionaria di dati sulla violenza verrà ulteriormente implementata attraverso l'adesione di altre Regioni e di nuove strutture di PS di varie città italiane.

A conclusione della giornata due ricercatrici dell'ISS hanno trattato dei punti di particolare rilevanza per il Progetto CCM 2014: REVAMP (2):

- l'armonizzazione dei protocolli di riconoscimento, accoglienza, presa in carico e accompagnamento dei casi di violenza sulla donna e sul bambino, che rappresenta uno degli obiettivi principali del Progetto;
- lo studio di epigenetica della violenza sulle donne, mediante follow-up delle pazienti vittime di abuso e/o violenza, che rappresenta una delle attività scientificamente più innovative del progetto. ■

Le informazioni sul Seminario e le relative relazioni sono consultabili sul sito www.iss.it/casa/. Esso offre anche altri approfondimenti sulle attività del Gruppo di Lavoro sulla Violenza dell'ISS.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

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. www.ccm-network.it/documenti_Ccm/programmi_e_progetti/2011/47-progetti-esecutivi-per-area.pdf
2. www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_page_918_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf
3. [http://old.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32007H0718\(01\):IT:NOT](http://old.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32007H0718(01):IT:NOT).
4. Longo E, Trinca S, Giustini M, et al. La sorveglianza epidemiologica dei traumatismi intenzionali: il sistema SINIACA. In: Atti del Convegno Nazionale FNOMCeO in collaborazione con OMCeO di Reggio Emilia. *Segni parlanti, occhi che ascoltano. Semeiotica della violenza per un nuovo protagonismo della cura*. Reggio Emilia, 11 aprile 2014. p. 56-63.
5. Pitidis A, Fondi G, Giustini M, et al. Il Sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti. *Not Ist Super Sanità* 2014;27(2):11-6.
6. www.ccm-network.it
7. Farchi S, Polo A, Asole S, et al. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Women's Health* 2013;13:31.
8. http://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/idb/index_en.htm
9. EuroSafe. *Injuries in the European Union. Report on injury statistics 2008-2010*. Amsterdam; 2013.

Aziende e Strutture partecipanti al Progetto REVAMP 2014

Ospedali Galliera, Genova
Ospedale Gaslini, Genova
AO Città della Salute e della Scienza, Torino
Ospedale Maria Vittoria, Torino
Ospedale San Giovanni Bosco, Torino
IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano
Ospedale Bambino Gesù, Roma
Centro Pediatrico Bambino Gesù Basilicata, Potenza
Ospedale G. Di Cristina e Benefratelli, Palermo
ASL7, Siena
ASL9, Grosseto
ASP, Trapani
Agenzia Regionale di Sanità (ARS), Osservatorio Epidemiologico, Toscana
Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio
ASL TO3 Regione Piemonte, Servizio Sovrazonale Epidemiologia, Torino
Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, Reparto Ambiente e Traumi, Roma

Servizi sanitari e Associazioni che hanno espresso interesse alla partecipazione al Progetto REVAMP 2014

Azienda Ospedaliera Papardo, Messina
ASL RMF, Civitavecchia (RM)
Ospedale San Camillo Forlanini, Roma
P.O. G.B. Grassi, Ostia Lido, Roma
Ospedale G. Mazzini, Teramo
Associazione "Differenza Donna", Roma
Cooperativa "Be Free", Roma

Progetti

Ministero della Salute CCM - Progetti CCM 2011

Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione: integrazione del SINIACA con i sistemi attivi a livello locale, col sistema europeo IDB e con il SIEPI.

www.ccm-network.it/documenti_Ccm/programmi_e_progetti/2011/47-progetti-esecutivi-per-area.pdf

Ministero della Salute CCM - Progetti CCM 2014

- Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea. REVAMP
www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_page_918_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf
- Un programma di formazione blended per operatori sanitari e non, mirato al rafforzamento delle reti territoriali per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere
www.ccm-network.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



Rapporti ISTISAN 15/4

Workshop. La qualità dell'aria indoor: attuale situazione nazionale e comunitaria. L'esperienza del Gruppo di Studio Nazionale Inquinamento Indoor. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 28 maggio 2014. Atti

A cura di A. Santarsiero, L. Musmeci e S. Fuselli per il Gruppo di Studio Nazionale sull'Inquinamento Indoor.
2015, vi, 134 p.

Questo rapporto include le relazioni e i poster presentati durante il workshop. Esso ha avuto un duplice scopo: 1) fornire una panoramica delle iniziative a livello nazionale e internazionale in termini di studi, strategie di campionamento degli inquinanti chimici e biologici, e delle norme per prevenire e/o ridurre la contaminazione dell'aria *indoor*, 2) presentare le esperienze maturate dai componenti del Gruppo di Studio Nazionale sull'inquinamento *indoor*.

anna.santarsiero@iss.it

Rapporti ISTISAN 15/5

Strategie di monitoraggio per determinare la concentrazione di fibre di amianto e fibre artificiali vetrose aerodisperse in ambiente indoor

L. Musmeci, S. Fuselli, B.M. Bruni, O. Sala, T. Bacci, A.B. Somigliana, A. Campopiano, S. Prandi, P. Garofani, C. Martinelli, F. Cavarani, F. D'Orsi, A. Marconi, C. Trova per il Gruppo di Studio Nazionale sull'Inquinamento Indoor. 2015, vi, 37 p.

Obiettivo di questo documento è quello di fornire indicazioni per uniformare le metodologie di campionamento e analisi per determinare le concentrazioni di fibre d'amianto e fibre artificiali vetrose aerodisperse in ambiente *indoor*. Si riportano i principali fattori da considerare per pianificare le attività di monitoraggio in relazione agli ambienti e alle sorgenti *indoor*. Vengono descritti, con riferimento alle norme elaborate a livello europeo, i principi generali e le caratteristiche dei metodi per il campionamento e l'analisi delle fibre inorganiche di interesse.

biagio.bruni@iss.it



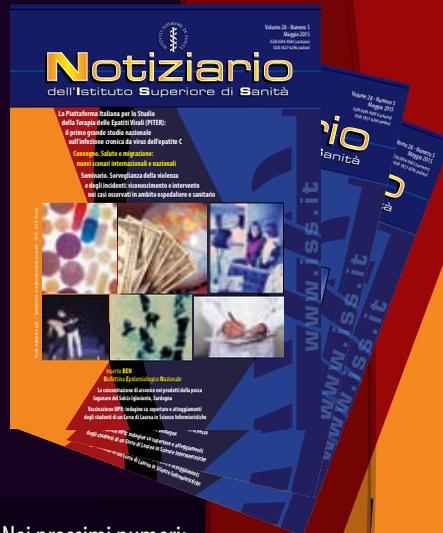
Rapporti ISTISAN 15/6

Oli essenziali per la salute dell'uomo e la salvaguardia dell'ambiente

A cura di F. Mondello, A.M. Marella, M.G. Bellardi e M. Di Vito. 2015, ii, 85 p.

L'importante accordo Stato-Regioni, sancito il 7 febbraio 2013, demanda alle Regioni la formazione nell'ambito delle medicine complementari quali l'agopuntura, la fitoterapia e l'omeopatia. Inoltre, diversi studi scientifici hanno ormai evidenziato le potenzialità biologiche degli oli essenziali, parte integrante della fitoterapia, specialmente nella prevenzione e/o il trattamento di alcune patologie infettive. Per tali motivazioni l'Istituto Superiore di Sanità, con il supporto dell'associazione scientifica SIROE (Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali), dell'Ospedale San Filippo Neri e del Policlinico di Tor Vergata di Roma, ha proposto questo volume per riportare le attuali evidenze scientifiche relative alle varie proprietà biologiche degli oli essenziali, mettendo in particolare risalto l'attività citotossica e antimicrobica di quest'ultimi, quale alternativa potenziale contro la farmacoresistenza agli antibiotici. Questo documento, avvalendosi delle competenze di ricercatori e di docenti appartenenti a diverse realtà scientifiche italiane, si pone come valido strumento formativo per un approccio complementare in linea con le normative vigenti.

francesca.mondello@iss.it



Nei prossimi numeri:

Mycobacterium bovis e resistenza ad antibiotici

Sorveglianza della mortalità materna

Promozione dell'allattamento al seno

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

www.iss.it

a cura del Settore Attività Editoriali