

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

La Sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse basata su una rete di centri clinici compie 21 anni (1991-2011)

V Convegno. Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità

Alcohol Prevention Day 2013:
una *good practice* di sanità pubblica



Inserto **BEN**
Bollettino Epidemiologico Nazionale

Progetti di comunità per la promozione di una sana alimentazione, di una regolare attività fisica e per la prevenzione dell'obesità infantile in provincia di Modena. Risultati a 7 anni di sperimentazione

La mortalità per obesità in Italia

SOMMARIO

Gli articoli

La Sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse basata su una rete di centri clinici compie 21 anni (1991-2011)	3
V Convegno. Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità	11
Alcohol Prevention Day 2013: una <i>good practice</i> di sanità pubblica	14

Le rubriche

Visto... si stampi	10
--------------------------	----

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserito BEN)

Progetti di comunità per la promozione di una sana alimentazione, di una regolare attività fisica e per la prevenzione dell'obesità infantile in provincia di Modena. Risultati a 7 anni di sperimentazione	i
La mortalità per obesità in Italia	iii



I dati raccolti in 21 anni dal Sistema di sorveglianza delle MST indicano che la loro frequenza e diffusione in Italia è rilevante, e si osserva un loro incremento negli ultimi anni

pag. 3

Oggetto del V Convegno sono stati il ricordo di Rita Levi-Montalcini, la presentazione di un volume sulla ricerca del curaro in Amazonia e di un video sull'uso del primo grande calcolatore in ISS

pag. 11



I dati presentati nell'Alcohol Prevention Day 2013 indicano che una quota rilevante della popolazione italiana, tra cui giovani e anziani, sono da ritenersi consumatori a rischio di bevande alcoliche

pag. 14



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

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

Distribuzione: Patrizia Mochi

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

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2428

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

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

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2013

Numero chiuso in redazione il 30 giugno 2013



Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

LA SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE BASATA SU UNA RETE DI CENTRI CLINICI COMPIE 21 ANNI (1991-2011)



Maria Cristina Salfa¹, Vincenza Regine¹, Maurizio Ferri², Barbara Suligoj¹
e la Rete Sentinella dei Centri clinici per le Malattie Sessualmente Trasmesse*

¹Centro Operativo AIDS, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

²Settore Informatico, ISS

RIASSUNTO - Le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuse che interessano milioni di individui ogni anno. Su raccomandazione di direttive internazionali, in Italia è stata attivata nel 1991 la sorveglianza sentinella delle MST basata su centri clinici pubblici, specializzati nella diagnosi e cura delle MST. I centri segnalano tutti i pazienti con una diagnosi confermata di MST; inoltre raccolgono informazioni socio-demografiche, comportamentali e cliniche individuali, e offrono a tutti i pazienti il test HIV, segnalando il sierostato HIV di ciascun testato. La raccolta e l'invio dei dati avviene tramite un sistema di segnalazione online.

Parole chiave: sorveglianza; centri clinici; malattie sessualmente trasmesse

SUMMARY (*Sentinel surveillance of sexually transmitted diseases based on a network of clinical centres: 1991-2011*) - Sexually transmitted diseases (STDs) are widely spread worldwide, affecting millions of persons every year. Following the recommendation of international guidelines, a sentinel surveillance of STDs started in Italy in 1991. The reporting network, consisting of public clinical centres specialised in diagnosis, treatment and care of STDs, reports all patients with a confirmed STD. Individual socio-demographic and behavioural information are collected; all patients are offered an HIV testing and HIV serostatus is recorded. Participating centres report data using an online reporting system.

Key words: surveillance; clinical centres; sexually transmitted diseases

barbara.suligoj@iss.it

Le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) rappresentano un importante gruppo di malattie infettive molto diffuso in tutto il mondo.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ogni anno l'impatto di quattro MST, tra le più diffuse, corrisponde a 498,9 milioni di nuovi casi (276,4 milioni di nuovi casi di infezione da *Trichomonas vaginalis*, 106,1 milioni di nuovi casi di gonorrea, 105,7 milioni di nuovi casi di infezione da *Chlamydia trachomatis*, 10,6 milioni di nuovi casi di sifilide) tra le donne e gli uomini di età compresa tra i 15 e i 49 anni (1).

Va ricordato che sono molto diffuse e numerose anche le infezioni genitali virali, quali quelle provocate da Herpes simplex virus di tipo 1 e 2 (HSV-1 e 2) e quelle da Human papillomavirus (HPV) (2, 3).

La maggior parte delle MST si verifica nei Paesi in via di sviluppo, ma sono molto diffuse anche nei Paesi più sviluppati (1). In Europa, dalla metà degli anni '90, dopo un decennio di declino, c'è stata una inaspettata recrudescenza di MST batteriche (sifilide, gonorrea, infezione da *Chlamydia trachomatis*), soprattutto nelle grandi metropoli e in alcuni gruppi di popolazione maggiormente a rischio (ad esempio, giovani maschi omosessuali) (4). ▶

(*) Antonio Cristaudo, Alessandra Latini (Roma); Marco Cusini, Stefano Ramoni (Milano); Antonietta D'Antuono, Sara Bellavista (Bologna); Sergio Delmonte, Elena Stroppiana (Torino); Issa El-Hamad, Carla Scolari (Brescia); Mauro Grandolfo (Bari); Alberto Matteelli, Sara Bigoni (Brescia); Gianmichele Moise (Gorizia); Monica Pau, Roberta Satta (Cagliari); Luigi Priano (Genova); Franco Urbani, Laura Rizzoli (Trento); Giuliano Zuccati, Luana Tiradritti (Firenze).

In Italia, le informazioni disponibili sulla diffusione nazionale delle MST provengono dal Ministero della Salute e sono limitate alle sole malattie a notifica obbligatoria, cioè gonorrea e sifilide (5). L'avvio di un Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, nel 1991, ha colmato la mancanza di dati relativi alle MST non notificabili e ha prodotto in tempi brevi informazioni sulla loro diffusione. Questo Sistema prevede la collaborazione di una rete sentinella di 12 centri clinici pubblici per le MST, dislocati sul territorio nazionale (Figura 1) (l'elenco dei responsabili della rete sentinella di centri clinici è disponibile all'indirizzo www.iss.it/binary/ccoa/cont/Centri_clinici.pdf). I metodi e gli strumenti per la raccolta dei dati sono stati già descritti in precedenza (6).

La casistica dei centri clinici MST

Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2011, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 90.731 nuovi casi di MST. Il numero delle segnalazioni di nuovi casi di MST è rimasto stabile fino al 2004, con una media di 3.920 casi di MST segnalati per anno; successivamente, dal 2005 al 2011, le segnalazioni (4.919 casi medi per anno) hanno subito un incremento pari al 25% rispetto al periodo 1991-2004 (Figura 2).



Figura 1 - Distribuzione geografica dei 12 centri clinici partecipanti al Sistema di sorveglianza sentinella delle MST

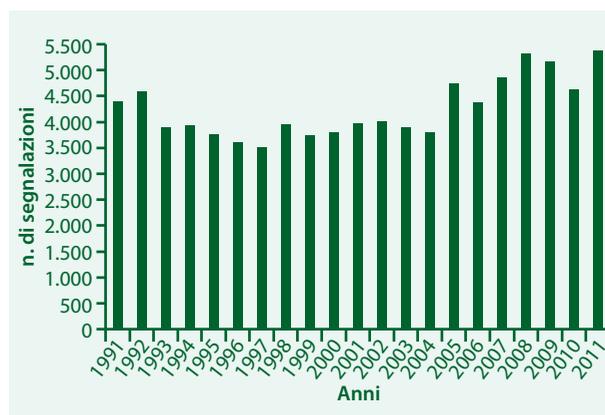


Figura 2 - Numero delle segnalazioni di nuovi casi di MST per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)

Il 69,9% (n. 63.381) dei nuovi casi di MST è stato diagnosticato in uomini e il 30,1% (n. 27.370) in donne. Le caratteristiche socio-demografiche e comportamentali dei soggetti con MST, distinte per genere, sono riportate in Tabella 1.

L'andamento delle caratteristiche demografiche dei casi nel tempo ha mostrato una generale stabilità nella distribuzione annua dei casi per genere, mentre dalla fine degli anni '90 si è registrato un aumento della proporzione annua dei soggetti stranieri e degli MSM (maschi che fanno sesso con maschi). La proporzione



Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche e comportamentali dei soggetti con MST (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)

Caratteristiche	Donne (n. 27.350)		Uomini (n. 63.381)		Totale (n. 90.731)	
	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a
Età mediana (in anni) (range interquartile)	30 (24-38)		32 (27-41)		32 (26-40)	
Nazionalità						
Italiani	19.952	77,1	48.266	81,6	68.218	80,2
Stranieri	5.932	22,9	10.919	18,4	16.851	19,8
Europa	3.096	54,6 ^b	3.686	35,0 ^b	6.782	41,9 ^b
Africa	1.069	18,9 ^b	4.086	38,8 ^b	5.155	31,8 ^b
America	1.080	19,0 ^b	1.789	17,0 ^b	2.869	17,7 ^b
Asia	426	7,5 ^b	973	9,2 ^b	1.399	8,6 ^b
Livello di istruzione						
Nessuno	381	1,6	1.331	2,5	1.712	2,3
Scuola obbligo	10.149	42,6	24.676	46,1	34.825	45,0
Diploma	11.036	46,3	22.239	41,6	33.275	43,0
Laurea	2.270	9,5	5.231	9,8	7.501	9,7
Numero di partner sessuali negli ultimi sei mesi						
0	786	3,0	1.217	2,0	2.003	2,3
1	17.281	65,6	23.343	39,3	40.624	47,4
2-5	7.238	27,5	29.857	50,3	37.095	43,3
≥ 6	1.037	3,9	4.996	8,4	6.033	7,0
Contraccettivo usato negli ultimi sei mesi						
Nessuno	12.767	49,3	27.863	47,5	40.630	48,1
Condom sempre	1.343	5,2	4.879	8,3	6.222	7,4
Condom saltuario	5.676	22,0	24.808	42,3	30.484	36,1
Pillola	5.159	19,9	0,0	0,0	5.159	6,1
Altro	927	3,6	1.048	1,9	1.975	2,3
Uso di droghe per via iniettiva						
Sì	724	3,2	1.700	3,4	2.424	3,4
No	21.987	96,8	47.833	96,6	69.820	96,6
Precedenti MST						
Sì	4.403	17,2	13.566	23,5	17.969	21,5
No	21.189	82,8	44.275	76,5	65.464	78,5
Modalità di trasmissione						
Contatti eterosessuali	27.350	100,0	48.131	77,5	75.481	84,4
Contatti MSM ^c	0,0	0,0	13.986	22,5	13.986	15,6

(a) Percentuali basate sul totale dei soggetti con le informazioni disponibili; (b) Percentuale tra gli stranieri; (c) MSM: maschi che fanno sesso con maschi

di stranieri è quasi raddoppiata passando dall'11,5% (n. 499) del 1991, al 18,7% (n. 1.002) del 2011, così come quella degli MSM che è passata dall'11,2% (n. 493) del 1991 al 16,3% (n. 852) del 2011.

Le MST diagnosticate

Dalla distribuzione dei casi per tipo di diagnosi è emerso che le patologie più frequenti sono state i condilomi ano-genitali (34.435 casi, 38,0% del totale), le cervicovaginiti batteriche da agenti eziologici diversi

da *Chlamydia trachomatis*, da *Neisseria gonorrhoeae* e da *Trichomonas vaginalis* (NG-NC) (8.565 casi, 9,4% del totale) e la sifilide latente (8.405 casi, 9,3% del totale) (Tabella 2).

In particolare, le diagnosi di condilomi ano-genitali e di infezioni da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato, nell'intero periodo di studio, una maggiore proporzione nei soggetti di età compresa tra i 15 e i 24 anni rispetto a quelli di età superiore (condilomi ano-genitali: 42,0% vs 37,0%, p-value < 0,001; infezioni da *Chlamydia trachomatis*: 7,4% vs 5,5%, p-value < 0,001). ►

Tabella 2 - Distribuzione totale e per genere delle diagnosi di MST (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)

Diagnosi	Totale		Uomini		Donne	
	n.	%	n.	%	n.	%
Condilomi ano-genitali	34.435	38,0	25.365	40,0	9.070	33,2
Cervicovaginite NG-NC	8.565	9,4	-	-	8.565	31,3
Sifilide latente	8.405	9,3	5.337	8,4	3.068	11,2
Uretrite NG-NC	7.144	7,9	7.144	11,3	-	-
Herpes genitale	7.036	7,8	5.281	8,3	1.755	6,4
Mollusco contagioso	5.578	6,1	3.970	6,3	1.608	5,9
Uretrite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	5.533	6,1	5.533	8,7	-	-
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	5.404	6,0	4.832	7,6	572	2,1
Uretrite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	3.821	4,2	3.821	6,0	-	-
Pediculosi del pube	2.228	2,5	1.818	2,9	410	1,5
Cervicite da <i>Chlamydia trachomatis</i>	1.518	1,7	-	-	1.518	5,5
Cervico-vaginite da <i>Trichomonas vaginalis</i>	453	0,5	-	-	453	1,7
Cervicite da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	286	0,3	-	-	286	1,0
Reinfezione sifilitica	221	0,2	206	0,3	15	0,1
Linfogranuloma venereo	44	0,0	37	0,1	7	0,0
Ulcera venerea	38	0,0	35	0,1	3	0,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	18	0,0	-	-	18	0,1
Granuloma inguinale	4	0,0	2	0,0	2	0,0
Totale	90.731	100,0	63.381	100,0	27.350	100,0

Gli andamenti temporali

Donne

L'andamento dei casi di sifilide I-II ha mostrato una riduzione fino al 1998 e un successivo aumento di quattordici volte tra il 1998 e il 2008, per poi mostrare un lieve decremento fino al 2011 (Figura 3).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione fino al 1996. Successivamente, tra il 1996 e il 2005, i casi di sifilide latente sono quasi raddoppiati per poi diminuire fino al 2011 (Figura 3).

Le segnalazioni di cervicite gonococcica hanno mostrato una riduzione fino al 1996 e un successivo aumento di sei volte tra il 1996 e il 2006; successivamente, sono diminuite fino al 2011 (Figura 3).

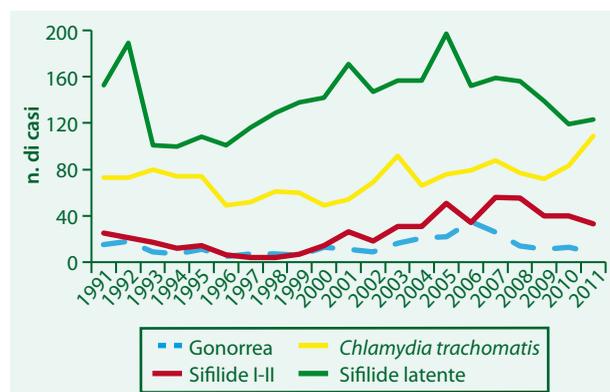


Figura 3 - Andamento delle principali MST batteriche nelle donne (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)

I casi di cervicite da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una modica riduzione fino al 2000 e un successivo incremento, raggiungendo il picco massimo nel 2011, con un aumento più che doppio dei casi rispetto a quelli segnalati nel 2000 (Figura 3).

Il numero dei casi di cervicovaginiti NG-NC è rimasto relativamente stabile fino al 2002 con circa 570 casi all'anno, per poi diminuire progressivamente fino ai 127 casi segnalati nel 2011.

Tra le due principali MST virali (Figura 4), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è rimasto relativamente costante fino al 2004 per poi mostrare un progressivo incremento raggiungendo il picco massimo nel 2011 con un aumento più che doppio rispetto al 2004. L'herpes genitale ha mostrato

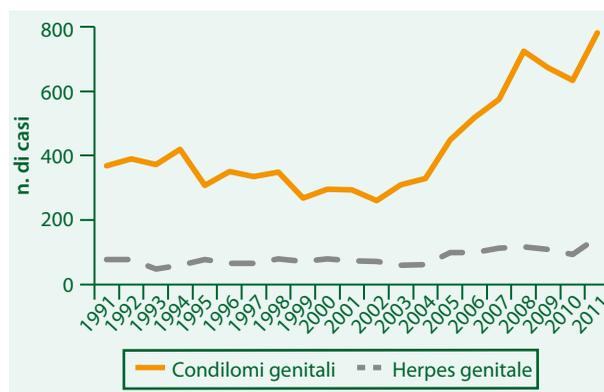
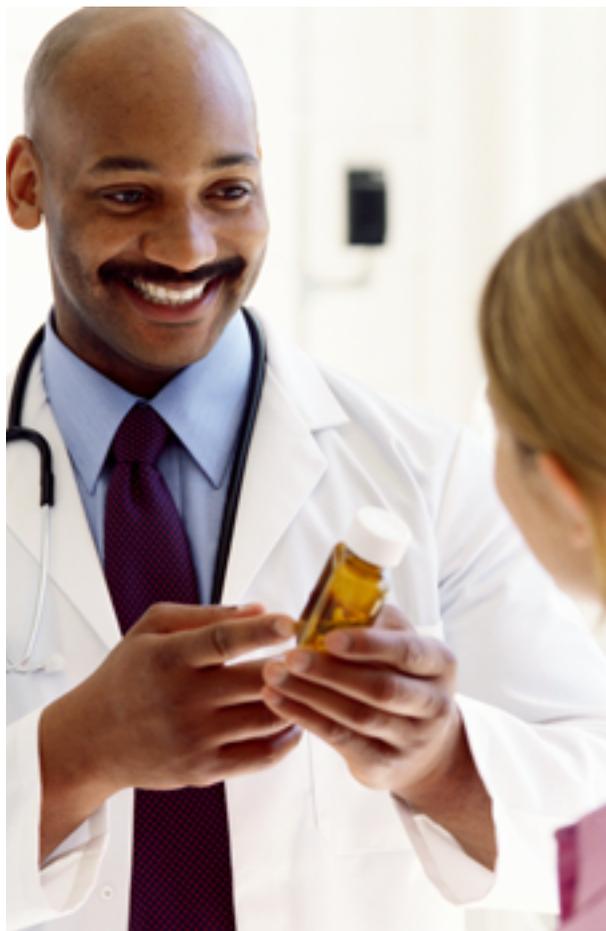


Figura 4 - Andamento delle principali MST virali nelle donne (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)



un andamento costante delle segnalazioni tra il 1991 e il 2004, successivamente si è osservato un lieve incremento fino al 2011; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali.

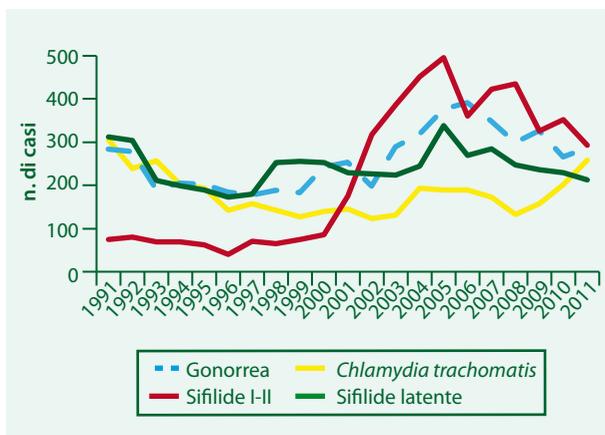


Figura 5 - Andamento delle principali MST batteriche negli uomini (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)

Uomini

L'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile fino al 1999. Dopo il 1999 i casi di sifilide I-II hanno evidenziato un aumento rilevante: nel 2005 si è osservato un aumento delle diagnosi di circa cinque volte rispetto al 1999 e successivamente una riduzione fino al 2011 (Figura 5).

L'andamento dei casi di sifilide latente ha mostrato una riduzione fino al 1996, poi una ripresa delle segnalazioni che si sono mantenute stabili fino al 2011 (Figura 5).

Le segnalazioni di gonorrea hanno mostrato una riduzione fino al 1999 e un successivo aumento di due volte tra il 1999 e il 2006, per poi diminuire lievemente fino al 2011 (Figura 5).

I casi di infezione da *Chlamydia trachomatis* hanno mostrato una costante riduzione fino al 2002 e un successivo aumento di due volte tra il 2002 e il 2011 (Figura 5).

Il numero dei casi di uretriti NG-NC è diminuito progressivamente, passando da 603 casi del 1991 a 148 del 2011.

Tra le due principali MST virali (Figura 6), il numero annuo di segnalazioni di condilomi ano-genitali è rimasto costante fino al 2004 per poi mostrare un progressivo incremento raggiungendo il picco massimo nel 2008 con un aumento più che doppio rispetto al 2004. L'herpes genitale ha mostrato una riduzione delle segnalazioni tra il 1991 e il 2004 e una successiva stabilizzazione fino al 2011; tuttavia, le segnalazioni di herpes genitale sono rimaste sempre numericamente inferiori a quelle dei condilomi ano-genitali. ▶

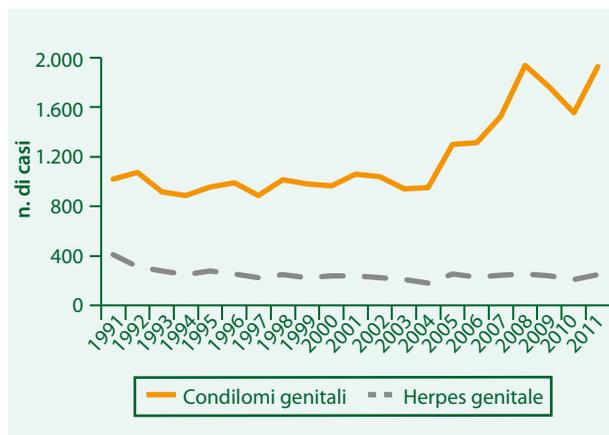


Figura 6 - Andamento delle principali MST virali negli uomini (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)

L'infezione da HIV nei soggetti con MST

Dei 90.731 pazienti segnalati con una MST, 62.853 (69,3%) hanno effettuato un test anti-HIV al momento della diagnosi di MST, e 4.554 (7,2%, IC95%: 7,0%-7,5%) sono risultati positivi.

Nell'ultimo decennio si è assistito a un aumento della percentuale dei soggetti con MST testati per HIV, passando da un 52,0% nel 2000 a un 70,0% nel 2011. La prevalenza di HIV è diminuita progressivamente dai primi anni '90, raggiungendo un picco minimo di 4,4% nel 2008. Negli ultimi tre anni, la prevalenza di HIV si è mantenuta stabile intorno al 6,0% (Figura 7).

Nei soggetti con MST, la prevalenza di HIV si è notevolmente ridotta tra i consumatori di droghe per via iniettiva, passando dal 60,1% nel periodo 1991-1995 al 22,1% nel periodo 2006-2011; tra gli MSM, passando dal 25,2% del periodo 1991-1995 al 18,9% del periodo 2006-2011; tra gli eterosessuali, passando dal 5,5% del periodo 1991-1995 al 2,4% del periodo 2006-2011.

La prevalenza di HIV per MST diagnosticata è riportata in Tabella 3 ed è relativa al periodo 2006-2011. Si è scelto di riportare i dati relativi agli ultimi sei anni per dare un quadro più recente della prevalenza HIV.

Tra i 4.554 soggetti con MST HIV positivi, il 32,0% (IC95% 30,7%-33,4%) (n. 1.459) ha scoperto di essere sieropositivo al momento della diagnosi di MST, configurando quindi una nuova diagnosi di HIV. La percentuale dei soggetti con MST con una nuova diagnosi di HIV è significativamente cresciuta nel tempo: dal 27,5% del periodo 1991-1995 al 37,5% del periodo 2006-2011 (p-value < 0,001).

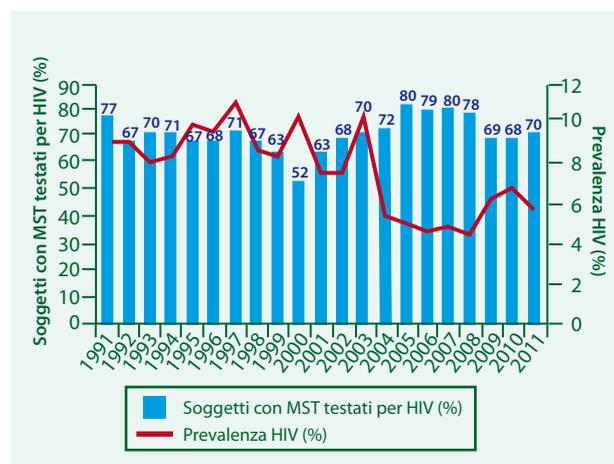


Figura 7 - Andamento dei testati per HIV e della prevalenza HIV, per anno (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 1991-2011)

Tabella 3 - Prevalenza di HIV per MST diagnosticata (Sistema di sorveglianza sentinella delle MST, 2006-2011)

MST diagnosticata	n. testati HIV	Prevalenza HIV (IC95%)
Sifilide I-II	2.149	15,2 (13,7-16,8)
Sifilide latente	1.935	7,4 (6,3-8,7)
Gonorrea	1.730	5,4 (4,4-6,6)
Herpes genitale	1.546	4,3 (3,4-4,3)
Condilomi ano-genitali	9.592	3,9 (3,5-4,3)
Infezioni da <i>Chlamydia trachomatis</i>	1.425	2,2 (1,5-3,2)
Infezioni NG-NC	1.252	1,6 (1,0-2,5)

Rispetto ai pazienti con una precedente diagnosi di HIV, i pazienti con una nuova diagnosi di HIV, nel periodo 2006-2011, sono risultati più frequentemente pluripartner (più di cinque partner sessuali negli ultimi 6 mesi) (15,6% vs 8,5%) e hanno riferito un uso costante del condom negli ultimi sei mesi più basso (33,3% vs 69,9%). Inoltre, la quota di soggetti che riferiva di utilizzare droghe per via iniettiva era più bassa tra le nuove diagnosi di HIV rispetto alle diagnosi precedenti (3,1% vs 9,5%) (tutte queste differenze sono risultate statisticamente significative, p-value < 0,001).

Punti chiave e prospettive future

I dati raccolti dal Sistema di sorveglianza negli ultimi due decenni indicano che la frequenza e la diffusione delle MST in Italia è rilevante, e non si osserva una diminuzione del numero totale dei casi segnalati nel tempo, anzi si rileva un incremento negli ultimi anni.

L'aumento di sifilide I-II e gonorrea dopo il 2000, più marcato tra gli uomini rispetto alle donne, corrisponde all'epidemia di sifilide, accompagnata da un incremento di casi di gonorrea, già osservata in Europa e segnalata in Italia negli stessi anni (4, 5).

L'introduzione di nuovi e più sensibili metodi diagnostici per l'identificazione di *Chlamydia trachomatis*, basati su tecniche di amplificazione molecolare, ha probabilmente influito sull'aumento delle segnalazioni delle patologie da clamidia segnalate dopo il 2000, sia nelle donne che negli uomini.

Il rapido aumento dei casi di condilomi ano-genitali osservato dal 2005 potrebbe essere attribuibile alla campagna vaccinale anti-HPV per le adolescenti, che ha sollecitato una maggiore attenzione nei confronti delle patologie HPV-correlate, nonché dall'introduzione di

test diagnostici per l'identificazione di HPV basati su tecniche più sensibili e specifiche (test biomolecolari).

L'aumento della percentuale di testati per HIV negli ultimi anni e la riduzione della prevalenza di HIV tra i casi segnalati, sottolineano la rilevante opera di prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV che è stata condotta dai centri MST partecipanti negli ultimi due decenni. Tuttavia, negli ultimi anni la prevalenza di HIV, dopo un periodo di decremento, sembra mantenere un andamento stabile, e circa il 30% dei soggetti con MST non è stato testato per HIV, nonostante i centri MST partecipanti siano altamente sensibilizzati e attivi nella prevenzione dell'HIV.

Inoltre, circa un terzo dei pazienti con MST ignora il proprio sierostato HIV. Visto il ruolo delle MST quali patologie suggestive di infezione da HIV, sarebbe importante una proposta attiva del test a questi soggetti (7).

I risultati ottenuti sottolineano l'importanza di:

- divulgare informazione sulle presentazioni cliniche delle MST e sulle possibili complicanze;
- promuovere comportamenti sessuali più sicuri attraverso attività di informazione ed educazione (ad esempio, uso corretto del condom, riduzione del numero dei partner sessuali);
- favorire la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento terapeutico (ad esempio, vaccinazioni, pap-test, controllo anche dei partner);
- incrementare la consapevolezza pubblica del ruolo delle MST nella trasmissione/acquisizione dell'HIV attraverso il counselling e l'offerta del test HIV;
- elaborare un piano nazionale per la prevenzione delle MST;
- attivare programmi di *behavioral surveillance* (8, 9).



Infine, è importante sottolineare che l'Italia ha inviato i dati raccolti attraverso questa sorveglianza all'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) per integrare e confrontare i propri dati con quelli raccolti dalle altre sorveglianze europee attive per le MST, contribuendo a delineare il quadro europeo della diffusione delle MST. ■

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO; 2012.
2. Looker KJ, Garnett GP, Schmid GP. An estimate of global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. *Bull World Health Organ* 2008;86(19):805-12.
3. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine* 2008;26(Suppl 10):K1-16.
4. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004;80(4):255-63.
5. www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi
6. Salfa MC, Regine V, Ferri M, et al. La Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse basata su una rete di centri clinici: 18 anni di attività. *Not Ist Super Sanità* 2012;25(2):3-10.
7. Italia. Allegato A. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. *Gazzetta Ufficiale* n. 191, 18 settembre 2011.
8. World Health Organization. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission*. WHO; 2007.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe*. ECDC Technical Report. Stockholm: ECDC; 2009.

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS



Le pubblicazioni editate da questo Istituto sono tutte disponibili online.
Per essere direttamente informati, scrivete a: pubblicazioni@iss.it

Dispense per la scuola 13/1

Istituto Superiore di Sanità

Latte & dintorni: rischi e benefici correlati al consumo di latte.

A cura di M.C. Barbaro, S. Salinetti e G. Scavia. 2013, iv, 36 p.

disponibile online all'indirizzo: www.iss.it



La dispensa offre ai ragazzi e ai loro insegnanti l'opportunità di approfondire contenuti inerenti ai benefici in termini di salute rispetto ai potenziali effetti nocivi di contaminanti microbici e chimici in specifiche categorie di alimenti, quali i prodotti lattiero-caseari e in particolare il latte crudo. Il volume, i cui contributi sono frutto dell'adattamento delle comunicazioni presentate durante un incontro con gli studenti delle scuole superiori dell'area romana organizzato presso l'Istituto Superiore di Sanità, rappresenta un punto di incontro tra il mondo della ricerca e il mondo della scuola che si arricchiscono reciprocamente nello scambio di competenze ed esperienze. I ricercatori riconoscono l'importanza di comunicare in modo semplice e chiaro, al di là del proprio contesto scientifico, i risultati di importanti attività di interesse sanitario che li occupano su più fronti, dalla ricerca, alla consulenza, alla sorveglianza, alla formazione; gli studenti e gli insegnanti ricevono stimoli nuovi per riflettere su argomenti di interesse sanitario che si integrano con il percorso formativo scolastico e hanno risvolti diretti nella vita quotidiana. La storia della produzione del latte, i processi di urbanizzazione e la progressiva industrializzazione dell'agricoltura, il percorso dalle stalle dove viene prodotto ai nostri frigoriferi, le proprietà nutrizionali, le tecniche di pastorizzazione, confezionamento e conservazione attraverso la catena del freddo, il complesso impianto normativo e le attività che garantiscono la qualità e sicurezza del latte, le strategie di comunicazione del rischio connesso al consumo di latte crudo, quindi munto, refrigerato e consumato senza aver subito alcun trattamento termico, sono le tematiche trattate in questo volume. La dispensa è stata realizzata nell'ambito del progetto di ricerca finalizzata "L'analisi integrata rischio-beneficio come strumento di supporto e valutazione delle strategie di educazione alimentare" (2010-2013) finanziato dal Ministero della Salute, e si colloca tra le attività di divulgazione scientifica e promozione della salute per le scuole promosse dall'Istituto Superiore di Sanità.

Per informazioni scrivere a: grupposcuola.sae@iss.it



Supplemento al Notiziario di maggio 2013

Malattie rare e farmaci orfani n. 15

Volume 26, n. 5 (Supplemento 1). 2013, 23 p.

A cura del Centro Nazionale Malattie Rare

disponibile online all'indirizzo: www.iss.it

In questo Supplemento un bell'articolo nella sezione "Ricerca scientifica" descrive la malattia di Lesch-Nyhan e ne mette in luce le criticità, legate soprattutto al ritardo diagnostico e alla conseguente posposizione degli interventi terapeutici. Sull'efficienza dei percorsi diagnostici e di cura si focalizzano le pagine sulla Rete nazionale malattie rare, che presenta i risultati di uno studio pilota sui Centri e Presidi del Lazio. Il contributo dei ricercatori del Centro Nazionale Malattie Rare, invece, si incentra sullo screening neonatale esteso e, in particolare, su due progetti in corso a livello nazionale, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Di portata europea è la Voce delle Associazioni, che ritrae EURORDIS, Federazione europea per le malattie rare che riunisce 545 Associazioni di pazienti e 32 Alleanze nazionali (30 milioni di malati rari). Si sbarca poi oltreoceano con le attività del Consorzio internazionale IRDiRC, nato per ottimizzare e coordinare le risorse e la ricerca sulle malattie rare. Alla formazione è dedicata la sezione "Focus", in cui si illustra un lavoro condotto dall'ISS con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e la Federazione italiana UNIAMO. Il progetto coinvolge gli alunni di due scuole primarie romane nella realizzazione di una video-favola sulle malattie rare. L'insero sulla "Medicina Narrativa", infine, propone il racconto di un uomo diviso fra la malattia della moglie e il confronto con i figli. È la storia della lotta contro l'ipertensione polmonare primitiva, ma anche di un buon supporto medico e dell'importanza dello scambio di esperienze con altre famiglie.

notiziario.rare@iss.it

PROGETTI DI COMUNITÀ PER LA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE, DI UNA REGOLARE ATTIVITÀ FISICA E PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE IN PROVINCIA DI MODENA. RISULTATI A 7 ANNI DI SPERIMENTAZIONE

Alberto Tripodi¹, Simona Midili¹, Mariangela Cirillo¹, Ylenia Persi² e Chiara Serafini³

¹UOS Nutrizione, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, AUSL di Modena

²Servizio Medicina dello Sport, AUSL di Modena

³Coop Estense, Settore Soci e Consumatori, Modena

SUMMARY (*Community projects in Modena (Italy) for the promotion of a healthy diet and a regular physical activity and for obesity prevention among children. Results after 7 years of testing*) - School plays a key role in the promotion of lifelong healthy habits in children and their families. Educational interventions at school level must be associated by changes in social and cultural context so that the benefits can be sustained and improved in the community. We promoted healthy nutrition and a regular physical activity in schools and in local communities, through multifaceted interventions, which involved more than 10.000 children and about 100.000 adults. From 2005 to 2010, we observed a 18% reduction in the prevalence of overweight and obesity in children aged 8-9 years.

Key words: childhood obesity; eating behaviours; physical activity

a.tripodi@ausl.mo.it

Introduzione

Le agenzie nazionali e internazionali preposte alla salute sottolineano l'importanza di sviluppare iniziative multisettoriali per promuovere sane abitudini alimentari e motorie, prevenendo in tal modo sovrappeso e obesità fin dall'infanzia, attraverso il coinvolgimento dei portatori d'interesse della comunità (1). Dal 2005, il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dell'AUSL di Modena promuove progetti di comunità (PC), interventi per diffondere una sana alimentazione e una regolare attività motoria a partire dalla scuola, con il contributo attivo delle amministrazioni comunali e di altri enti, aziende private, associazioni, i cui risultati sono riportati in questo articolo.

Materiali e metodi

La tipologia dei PC prevede che, dopo una condivisione preliminare degli obiettivi e delle strategie con i principali partner comunitari, in genere l'amministrazione locale e le direzioni scolastiche, vengono istituiti specifici nuclei operativi territoriali. Il nucleo operativo di progetto è usualmente composto da un referente dell'amministrazione locale con ruolo di coordinamento, funzionari e operatori dell'azienda sanitaria (distretto, SIAN, pediatria di comunità, rappresentante dei medici e dei pediatri di base), insegnanti referenti dei vari gradi di scuole, rappresentanti dei geni-

tori, referenti della grande distribuzione organizzata, rappresentanti di società sportive, referenti del CONI, referenti di associazioni di volontariato. Dal punto di vista generale, l'approccio si basa sulla cosiddetta teoria socio-cognitiva (2). L'obiettivo è quello di promuovere l'autoefficienza nell'intraprendere scelte salutari. Si tratta di accrescere l'autoconsapevolezza e la fiducia, sia negli adulti che nei bambini, nell'efficacia degli sforzi intrapresi per promuovere la propria salute nel tempo. L'efficienza collettiva che può essere percepita all'interno di una comunità orientata a scelte salutari accresce la consapevolezza delle persone riguardo a quello che si vuole ottenere, rafforza la motivazione nel perseguimento della propria missione, intensifica la resistenza alle avversità e rafforza i successi della propria prestazione. In un PC, pertanto, ciascuno può contribuire ad accrescere la propria salute e quella altrui. I PC hanno durata pluriennale e il nucleo operativo programma, in modo condiviso, azioni coordinate e continue in tema di alimentazione e attività fisica per l'intero anno solare, sia in ambito scolastico che extrascolastico. Target principali delle azioni sono bambini e famiglie, seppure siano attese ricadute per l'intera popolazione. Il sistema di sorveglianza dei bambini della scuola primaria, in parte basato su misurazioni antropometriche dirette su campioni rappresentativi a livello provinciale, regionale (3) e nazionale (4), fornisce utili indicazioni sulla prevalenza di sovrappeso e obesità, ma non ha le caratteristiche necessarie per misurare l'efficacia degli interventi. Pertanto, sono state sperimentalmente seguite per 3 anni alcune coorti di bambini frequentanti la scuola dell'infanzia e primaria attraverso la compilazione, da parte dei genitori, di semplici questionari anonimi, con l'obiettivo di valutare modificazioni dei comportamenti alimentari e delle abitudini motorie nei bambini e nelle loro famiglie.

peso e obesità, ma non ha le caratteristiche necessarie per misurare l'efficacia degli interventi. Pertanto, sono state sperimentalmente seguite per 3 anni alcune coorti di bambini frequentanti la scuola dell'infanzia e primaria attraverso la compilazione, da parte dei genitori, di semplici questionari anonimi, con l'obiettivo di valutare modificazioni dei comportamenti alimentari e delle abitudini motorie nei bambini e nelle loro famiglie.

Risultati

Ad aprile 2012, i progetti sono attivi in 7 territori con il coinvolgimento di oltre 10.000 bambini e ragazzi e con una ricaduta diretta o indiretta su circa 100.000 persone. Le azioni sviluppate consistono in: formazione degli insegnanti su sana alimentazione e svolgimento di attività fisica; attivazione di progetti educativi in classe sviluppati dagli stessi insegnanti e da dietisti/nutrizionisti; diffusione di materiale educativo a bambini e famiglie; implementazione di percorsi motori e sportivi in orario scolastico per tutti i gradi di scuola; attivazione del "Piedi-bus", progetto per i bambini che vanno a scuola a piedi; diffusione di merende salutari a scuola. A sostegno di tali azioni sono state sviluppate, in ambito scolastico ed extrascolastico, iniziative divulgative pubbliche, stand informativi all'aperto o in centri commerciali, iniziative sportive o ricreative, escursioni guidate sul territorio e gruppi di cammino, fe- ▶

ste nelle scuole, formazione degli istruttori delle società sportive, realizzazione di mostre itineranti dei materiali divulgativi prodotti dalle scuole.

A oggi, sono stati formati circa 400 insegnanti e oltre 600 classi, appartenenti a scuole di vario ordine e grado, partecipano ai progetti educativi.

Nelle coorti di bambini seguiti per 3 anni si è documentato, attraverso una combinazione di indicatori, un aumento della sensibilità delle famiglie in tema di sana alimentazione e svolgimento di regolare attività fisica e un miglioramento di alcune abitudini di vita nei bambini. I progressi nei comportamenti dei bambini sono stati registrati in particolare per alcune abitudini alimentari (Tabella), mentre assenti o controversi sono i risultati riguardanti l'attività motoria. Quest'ultimo elemento è forse in parte spiegabile con la bassa età dei soggetti analizzati (3-5 anni) e comunque da verificare più attentamente con ulteriori indagini.

Dopo un solo anno di progetto, si è documentato, in uno dei territori coperti dai PC, uno spiccato aumento del consumo delle porzioni di frutta (+53%) e di verdura (+43%) durante la refezione scolastica.

Discussione

Molto si discute sulle strategie più efficaci per prevenire l'obesità nell'infanzia e promuovere sane abitudini alimentari e motorie; recentemente, alcune *review* sono state pubblicate su questo argomento (5, 6).

È importante iniziare gli interventi precocemente, pertanto i bambini rappresentano il target prioritario. Infatti, non solo le principali età critiche per l'esordio dell'obesità sono quelle infantili e adolescenziali, ma i bambini sono maggior-

mente aperti a nuove esperienze e quindi più predisposti a modificare i propri comportamenti in senso più salutare, favorendo analoghi miglioramenti in seno alle famiglie. Inoltre, eventuali comportamenti virtuosi acquisiti dai piccoli hanno maggiori probabilità di essere mantenuti da adulti (7). Oggi si concorda sul fatto che la scuola è l'ambiente ideale per svolgere tali interventi poiché rappresenta il luogo dove è possibile arrivare a tutti i bambini; inoltre, si raggiunge lo stesso livello di informazione e di esperienze indipendentemente dal livello socioculturale delle famiglie. L'ambiente scolastico può essere molto stimolante, creare entusiasmo e aspettative e riuscire non solo a consentire un'ampia diffusione di informazioni relative ai sani stili di vita, ma permettere il coinvolgimento attivo degli studenti, che possono diventare essi stessi artefici del progetto e ideare e mettere in pratica soluzioni operative.

Nella nostra esperienza appare estremamente importante coinvolgere gli insegnanti, le famiglie e gli altri "cittadini competenti", fin dalla programmazione dei progetti educativi, per facilitare il sostegno e la partecipazione attiva di tutti. Sono, inoltre, necessari interventi multidisciplinari che riguardino i *curriculum* scolastici, la promozione dell'attività fisica sportiva e libera dentro e fuori la scuola, la condivisione di scelte alimentari salutari, l'adeguatezza qualitativa della ristorazione scolastica, la diffusione di merende equilibrate, l'attenzione da porre ai messaggi pubblicitari. La presenza di specialisti (dietisti, nutrizionisti, medici dello sport) può essere un utile supporto agli interventi, specie per quanto riguarda l'incremento dell'attività fisica, ma la sua onerosità rappresenta un elemento limitativo. Più applicabili su larga scala sono gli interventi che si basano sull'azione

degli stessi insegnanti, precedentemente formati. Questo è particolarmente valido in bambini in età prescolare o frequentanti la scuola primaria, dove i messaggi devono essere estremamente semplici. La continuità dell'informazione e la capacità di coinvolgimento che un insegnante ha nei confronti dei propri alunni rappresentano ulteriori punti di forza per individuare il docente come principale protagonista dei progetti educativi nella scuola.

Di particolare importanza, nell'esecuzione degli interventi, è la promozione di merende del mattino salutari e in particolare la diffusione del consumo di frutta e verdura. Nella nostra esperienza, conformemente a quanto usualmente osservato in letteratura, il miglioramento che si è rilevato è stato maggiore per il consumo di frutta rispetto a quello di verdura, aspetto spiegabile con l'innata preferenza per il gusto dolce da parte dei bambini.

Una modalità caratterizzante i PC è di superare la frammentarietà degli interventi sulla promozione di sani stili di vita, se non a volte la "concorrenza" fra le diverse organizzazioni educative. Infatti, fermi restando i compiti delle autorità sanitarie che operano a livello nazionale e regionale per accordi-quadro con i produttori e i commercianti per diffondere sul mercato prodotti di maggiore qualità nutrizionale, a livello locale devono svilupparsi tutte le sinergie possibili fra coloro che hanno un ruolo, potenziale o attuale, nel miglioramento delle abitudini di vita della popolazione.

Nei nostri progetti, la creazione dei nuclei operativi multi-professionali locali, coordinati dalle amministrazioni, permette di realizzare una serie di azioni specificamente mirate a quella popolazione.

In conclusione, progetti condivisi dai diversi attori della comunità e in grado di stimolare il protagonismo di bambini, ragazzi, famiglie e cittadini, sono in grado di favorire comportamenti salutari attraverso la creazione di un circuito virtuoso scuola-famiglia-comunità. ■

Tabella - Abitudini alimentari in una coorte di bambini e relative famiglie coinvolti in progetti di comunità per un triennio.

Indicatori	Anno scolastico		
	2008-09 (età 3 anni) n. 163 (%)	2009-10 (età 4 anni) n. 150 (%)	2010-11 (età 5 anni) n. 144(%)
Il bambino mangia molta verdura (almeno 2 porzioni al giorno) ^a	43,0	53,3	57,7
Il bambino mangia molta frutta (almeno 2 porzioni al giorno) ^a	56,4	60,0	66,2
Il bambino fa la prima colazione ^a	91,4	94,8	97,7
Elevata propensione dell'intera famiglia a consumare frutta e verdura ^b	22,1	28,9	33,1

(a) p <0,01; (b) p <0,05

Riferimenti bibliografici

1. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (www.salute.gov.it/prevenzione/paginaMenuPrevenzione.jsp?lingua=italiano&menu=piano).
2. Bandura A. *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
3. Albertini A, Tripodi A, Fabbri A, et al. Prevalence of obesity in 6- and 9-year-old children living in Central-North Italy. Analysis of determinants and indicators of risk of overweight. *Obes Rev* 2008;9(1):4-10.

4. Binkin N, Fontana G, Lamberti A, *et al.* A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. *Obes Rev* 2010;11(1):2-10.
5. Dobbins M, Husson H, DeCorby K, *et al.* School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007651.pub2/pdf>).
6. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, *et al.* Interventions for preventing obesity in children (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub3/pdf>).
7. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf).

LA MORTALITÀ PER OBESITÀ IN ITALIA

Giada Minelli, Valerio Manno, Valentina Minardi e Flavia Lucia Lombardo

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

SUMMARY (*Obesity-related mortality in Italy*) - We used the multiple-cause-of-death database to describe deaths due to obesity in Italy, including geographic distribution and temporal trends, and to investigate associations with chronic diseases. Since 1980, mortality for obesity has increased by 18 times (standardized rate: 0.074/100,000 in 1980, 1.239 in 2009). In 2000-02 and 2006, we identified 4,358 death certificates with mention of obesity. The lower age at death, compared to all-cause deaths, confirms the association with premature death. Our results also confirm the association of obesity with diabetes and cardiovascular diseases, as well as respiratory diseases. However, since the data refer to deceased persons, they presumably include only severe obesity.

Key words: age-adjusted death rate; geographic distribution; temporal trends

giada.minelli@iss.it

Introduzione

Nei Paesi sviluppati l'obesità viene considerata come uno dei 10 principali fattori di rischio per la salute; nella regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sovrappeso e obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete di tipo 2, del 35% delle cardiopatie ischemiche e del 55% della malattia ipertensiva tra gli adulti, causando ogni anno oltre 1 milione di morti e 12 milioni di anni vita trascorsi in cattive condizioni di salute (1).

Al sovrappeso vengono attribuiti negli uomini il 9,6% della mortalità e il 6,9% dei disability-adjusted life year (DALY), mentre nelle donne, rispettivamente, l'11,5% e l'8,1%. In Italia i dati sull'obesità non sono allarmanti come quelli registrati negli Stati Uniti, dove oltre il 30% delle persone di 15 anni e più è obeso o negli altri Paesi europei; la prevalenza aggiornata al 2012 in Italia è stata stimata del 9%, mostrando negli ultimi anni un trend stabile (2).

Con il presente lavoro si intende descrivere l'andamento della mortalità per obesità in Italia negli ultimi 30 anni e indagare, utilizzando le informazioni sulle cause multiple di decesso, l'associazione fra obesità e altre rilevanti patologie.

Metodi

La presente analisi ha utilizzato due fonti di dati di decesso, entrambe fornite dall'ISTAT: la prima è il database ufficiale delle cause di morte ISTAT (MDB),

disponibile dal 1980 fino al 2009 (esclusi gli anni 2004 e 2005 non codificati dall'ISTAT) che riporta la causa iniziale di decesso secondo un sistema internazionale (International Classification of Diseases - ICD), periodicamente aggiornato dall'OMS, con successive revisioni; la seconda fonte di dati sulla mortalità utilizzata è quella delle cause multiple di decesso che, a partire dal 1995, l'ISTAT raccoglie in modo sistematico e informatizzato e che contiene tutte le informazioni presenti sul certificato di morte sotto forma di stringhe alfabetiche, così come vengono fornite dal medico che lo redige. Pertanto è possibile disporre non solo della causa "iniziale" di morte, ma anche della causa "intermedia", "terminale" e di tutti gli "altri stati morbosi rilevanti". Per questa seconda fonte erano disponibili solo gli anni 2000, 2001, 2002 e 2006 (l'anno 2003 non è stato utilizzato poiché presenta dei problemi di qualità). Per la fonte MDB, sono stati selezionati i decessi per obesità con codice 278.0 secondo il sistema di classificazione ICD-9 utilizzato fino al 2002 e dal 2003 con codice E66 secondo ICD-10. Per questi soli 4 anni sono stati identificati, mediante ricerca testuale, tutti i soggetti deceduti nei cui certificato di morte fosse menzionato il termine "obesità" oppure "eccesso ponderale", in qualunque posizione del certificato (in causa iniziale, intermedia, finale o fra gli altri stati morbosi rilevanti). Utilizzando congiuntamente le due fonti

di dati, linkate fra loro attraverso chiave univoca, è stato possibile ottenere il quadro patologico complessivo indicato dal medico sul certificato di morte. Dal database ufficiale delle cause di morte (MDB) sono stati calcolati per l'intero periodo disponibile (1980-2009) i tassi standardizzati di mortalità (popolazione di riferimento quella italiana al censimento 2001) e i rapporti standardizzati di mortalità regionale (standardized mortality ratio, SMR con popolazione di riferimento Italia nello stesso periodo). Inoltre, è stata valutata l'associazione tra mortalità per obesità e l'indice di deprivazione, ID (3). L'ID utilizzato, calcolato a partire dai dati del censimento del 2001, si basa su cinque condizioni che concorrono operativamente a descrivere il concetto multidimensionale della deprivazione sociale e materiale: basso livello di istruzione, disoccupazione, mancato possesso dell'abitazione, famiglia monogenitoriale e alta densità abitativa. L'indice è la somma di indicatori standardizzati categorizzati in quintili di popolazione (4).

Utilizzando il database delle cause multiple di decesso, mediante un metodo perfezionato all'interno dell'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità (5), sono stati calcolati gli SMR di patologia confrontando gli osservati con gli attesi rispetto al database ISTAT delle cause iniziali (MDB). Gli intervalli di confidenza al 95% sono calcolati con formula di Byar's. ▶

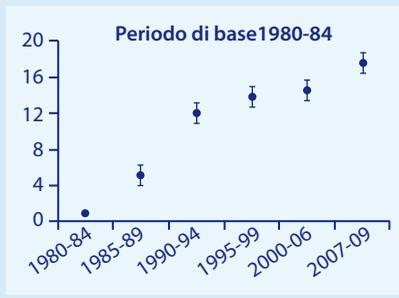


Figura - Andamento dei rapporti tra tassi standardizzati di mortalità per obesità (ICD-9:278,0; ICD-10:E66)

Risultati

In Italia, dal 1980 al 2009, il tasso standardizzato di mortalità per obesità è cresciuto da 0,074 a 1,239, mostrando un incremento di 17,6 volte (Figura). Le regioni con numero di decessi per obesità significativamente maggiori degli attesi sono: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia; i valori significativamente più bassi sono registrati in Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Toscana e Marche (dati non presentati).

Il rischio di mortalità per obesità cresce significativamente all'interno delle categorie dell'ID: la popolazione considerata deprivata o molto deprivata ha rispettivamente un eccesso di rischio del 47% e del 57% rispetto alla popolazione molto agiata (dati non presentati). La distribuzione per genere evidenzia un rischio significativamente superiore nelle donne (RR = 1,41, IC95% 1,09-1,83).

L'analisi dei certificati di decesso effettuata nei 4 anni presi in esame ha individuato 4.358 schede di morte con indicazione di obesità o eccesso ponderale in causa iniziale, intermedia, finale o fra gli altri stati morbosi rilevanti (0,19% del totale dei decessi avvenuti in Italia nello stesso periodo). Nel 64,3% dei casi le schede sono relative a donne; l'età media al decesso è 67 anni (61 negli uomini, 73 nelle donne), inferiore a quella rilevata per tutte le cause di decesso, pari a 77 anni (74 negli uomini, 80 nelle donne). Infatti le strutture per età delle due

popolazioni risultano statisticamente differenti ($p < 0,0001$ test di Kolmogorov-Smirnov).

Il 34,5% delle schede risultano avere obesità o eccesso ponderale come causa iniziale. Le cause iniziali di morte più frequenti nei soggetti con obesità o eccesso ponderale sono il diabete (SMR = 1,94, IC95% 1,71-2,18), le malattie cardiache (SMR = 1,17, IC95% 1,11-1,21) e le malattie del sistema respiratorio (SMR = 1,22, IC95% 1,11-1,36) (Tabella).

Conclusioni

In tutti i Paesi occidentali la prevalenza dell'obesità risulta in aumento o al più stabile (1, 2); dai dati emersi nell'indagine Multiscopo dell'ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" del 2009, in Italia, nel periodo 2001-09, è aumentata la percentuale di coloro che si possono definire obesi (dall'8,5% nel 2001 al 10,3% nel 2009). In questo contesto, il nostro studio documenta un aumento della mortalità per questa patologia di circa 18 volte negli ultimi 30 anni. Anche la distribuzione territoriale degli SMR, per tutto il periodo, rispecchia il gradiente Nord-Sud proprio della prevalenza dell'obesità in Italia (6).

Si osserva un rischio di mortalità superiore nelle donne e un'età di decesso più precoce soprattutto negli uomini. In linea con la letteratura internazionale (4, 7) risulta significativa l'associazione con le categorie più svantaggiate dell'ID.

L'analisi dei singoli certificati di decesso evidenzia come l'obesità, oltre a essere una causa di morte, è presente come comorbidità in numerose patologie, tra cui quelle già note in letteratura, quali il diabete e le malattie cardiache; risultano eccessi di mortalità anche per cause respiratorie, mentre sono in difetto le patologie tumorali. Quest'ultimo dato, in contrasto con la letteratura internazionale, potrebbe derivare dal fatto che un'obesità grave come quella rilevata dal certificato di decesso porta a una mortalità più precoce (come dimostra lo studio) e aumenta la frequenza di cause di decesso non neoplastiche, in quanto le neoplasie sono correlate all'avanzare dell'età.

Questo lavoro riporta risultati inediti in Italia. Seppure i dati di mortalità non possano essere considerati una valida fonte per stimare l'obesità, quest'analisi può, comunque, apportare un contributo significativo all'argomento, considerando l'utilizzo di database nazionali. Va tenuto conto che, trattandosi di dati di mortalità, le informazioni a disposizione sono essenzialmente relative a obesità di tipo grave e che le stime riportate risultano essere molto conservative. ■

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. (Ed.). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary 2007*. Edizione italiana a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). 2008.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. The obesity update, 2012 (www.oecd.org/health/49716427.pdf).
3. Cadum E, Costa G, Biggeri A, et al. Deprivation and mortality: a deprivation index suitable for geographical analysis of inequalities. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 175-87.
4. Caranci N, Biggeri A, Grisotto L, et al. L'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità. *Epidemiol Prev* 2010;34(4):167-76.
5. Ascoli V, Minelli G, Kanieff M, et al. Cause-specific mortality in classic Kaposi's sarcoma: a population-based study in Italy (1995-2002). *Br J Cancer* 2009;101(7):1085-90.
6. Gruppo Tecnico PASSI. La sorveglianza PASSI. Sovrappeso e obesità. 2012 (www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp).
7. Kuipers YM. Focusing on obesity through a health equity lens. *Euro-HealthNet*; 2010 (<http://eurohealthnet.eu/content/focusing-obesity-through-health-equity-lens>).

Tabella - Distribuzione delle cause iniziali di decesso nei soggetti con obesità in comorbidità e SMR rispetto alla distribuzione dei decessi della popolazione italiana (2000-02, 2006)

Patologie	Codice ICD-9	Decessi	SMR	IC 95%
Tutti i tumori	140-239	195	0,15	(0,13-0,17)
Diabete	250	274	1,94	(1,71-2,18)
Malattie cardiache	390-429	1.409	1,17	(1,11-1,23)
Disturbi dell'encefalo	430-439	191	0,38	(0,33-0,43)
Malattie del sistema respiratorio	460-519	342	1,22	(1,11-1,36)
Malattie dell'apparato digerente	520-579	148	0,77	(0,66-0,91)

Comitato scientifico

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

Comitato editoriale

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

V Convegno

STORIE E MEMORIE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Istituto Superiore di Sanità

Roma, 6 maggio 2013

Paola De Castro, Daniela Marsili e Sara Modigliani

Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS

RIASSUNTO - Come i precedenti Convegni della serie "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità", anche questo evento ha avuto l'obiettivo di promuovere il recupero del patrimonio storico culturale dell'Ente e di promuoverne l'immagine, rafforzando la consapevolezza di essere protagonisti della storia della sanità pubblica italiana. È stata ricordata la figura del Premio Nobel Rita Levi-Montalcini attraverso la proiezione di un video girato presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in occasione dei festeggiamenti dei suoi 100 anni. È stato presentato un volume dedicato alla ricerca sui curari in Amazonia, che da veleno usato dagli Indios per la caccia, saranno poi impiegati come importante farmaco in anestesia. Il volume è frutto di una collaborazione tra l'Accademia delle Scienze detta dei XL e l'ISS, nel ricordo di Giovanni Battista Marini Bettolo, ricercatore, chimico, Direttore dell'ISS e Presidente dell'Accademia. È stato, inoltre, presentato un video che ricorda come veniva utilizzato il primo grande calcolatore in ISS. Infine, è stata allestita una mostra di strumenti scientifici di interesse storico e di preziosi volumi appartenenti al Fondo dei Libri Rari della Biblioteca ISS, che è stato anche oggetto di una relazione.

Parole chiave: storia; memoria; interviste; enti di ricerca; storia orale

SUMMARY (*Fifth Meeting "Stories and memories of the Italian National Institute of Health"*) - This event, as the previous meetings organized in this framework, had the objective to facilitate the recovery of a precious past and the promotion of the Institute's image as well as to strengthen the awareness of the ISS role in the history of public health in Italy. The figure of Rita Levi Montalcini was recalled through the projection of a video, shot at ISS on the occasion of the celebration of the 100 year birthday of the Nobel Prize winner. A volume was presented on the research on curare in Amazonia used by the Indios for hunting and then utilized as a drug in anesthesia. The volume is the result of a collaboration established between the Italian Academy of Science and ISS in the memory of Giovanni Battista Marini Bettolo, researcher, Director of ISS and President of the Academy. A video was also presented to recall the use of the first big computer at ISS. An exhibition of scientific instruments of historical interest was organized including also some books of the Rare collection of the ISS Library which were also presented in a communication at the meeting.

Key words: history; memory; interviews; research institutions; oral history

paola.decastro@iss.it

Il quinto della serie dei Convegni storici dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che si è svolto il 6 maggio 2013, è parte di un consolidato progetto del Settore Attività Editoriali (SAE) volto alla valorizzazione del patrimonio storico-scientifico dell'Istituto; un progetto che ha lo scopo di sollecitare la comunità scientifica sull'importanza della memoria storica collettiva, rafforzando il senso di appartenenza a una istituzione importante da parte di coloro che vi hanno lavorato e vi lavorano, nella condivisione di un comune impegno per la sanità pubblica a livello nazionale e internazionale. Un passato e un futuro di ricerca per la salute di tutti.

Con il progetto di valorizzazione del patrimonio storico-scientifico ripercorriamo momenti importanti della storia dell'ISS attraverso un racconto corale fatto di immagini, voci, suoni e strumenti scientifici che testimoniano la complessa e multidisciplinare attività dell'ISS sin dalla sua istituzione. Tante testimonianze

che insieme costituiscono un prezioso patrimonio storico-scientifico e culturale che continua ad alimentare l'ISS nel suo cammino per il futuro.

Il progetto si sviluppa attraverso diverse attività - pubblicazioni storiche, mostre, recupero di strumenti scientifici e fotografie che portano ad arricchire le collaborazioni del SAE sia con le altre strutture dell'Istituto (Dipartimenti/Centri, Servizi e Strutture amministrative) sia con altre istituzioni di ricerca e accademiche che condividono le finalità del progetto.

Il nuovo Presidente dell'Istituto, Fabrizio Oleari, ha dato il benvenuto ai partecipanti al Convegno, rappresentando, insieme al Direttore Generale, un forte interesse per questo tipo di attività a carattere storico-scientifico. Oleari, più specificamente, ha commentato con dovizia di particolari il volume dedicato alla figura di Giovanni Battista Marini Bettolo, successivamente presentato da altri relatori. ►



Paola De Castro (SAE) ha presentato la visione complessiva del progetto di valorizzazione del patrimonio storico-scientifico dell'ISS attraverso una panoramica di immagini e filmati. Tale progetto prevede, oltre all'organizzazione di Convegni storici (dal titolo "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità"), la pubblicazione e la collaborazione alla stesura di testi a carattere storico-scientifico (i Quaderni della collana "Beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità"), la realizzazione di video-interviste a personale ricercatore e tecnico dell'ISS, l'organizzazione di mostre di fotografie, di strumentazione scientifica e di beni artistici patrimonio dell'ISS. La presentazione, nella sua parte finale, è stata dedicata alla figura di Rita Levi-Montalcini, che negli anni '60 ha lavorato in ISS e che è stata più volte presente come ospite d'onore in importanti eventi organizzati dall'ISS. È stato proiettato uno stralcio del video *Cantico per Rita*, contenente la registrazione del discorso fatto dalla Montalcini in occasione dei festeggiamenti in ISS dei suoi 100 anni, con immagini dell'inaugurazione della Sala dei Nobel dell'ISS a lei dedicata. In quell'oc-

casione era stato donato a Rita il volume *CuriosaMente. Ritratti inediti di Rita Levi Montalcini*, basato sui ricordi degli allievi del premio Nobel.

In questo quinto Convegno è stato presentato un nuovo volume della serie "I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità", dal titolo *Il curaro degli Indios dell'Amazzonia da veleno a farmaco. Il ruolo di Giovanni Battista Marini Bettolo e dell'Istituto Superiore di Sanità* a cura di Paola De Castro e Daniela Marsili. Questo volume, frutto della convenzione tra l'ISS e l'Accademia Nazionale delle Scienze detta dei XL, ricostruisce la storia della ricerca sui curari condotta da Marini Bettolo, ricercatore-chimico, Direttore dell'ISS dal 1964 al 1971 e Presidente dell'Accademia Nazionale delle Scienze dal 1981 al 1989, nonché docente presso diverse università di Paesi latino-americani nella seconda metà del secolo scorso. Ricercatori ed ex-allievi italiani e latino-americani di Marini Bettolo, che con lui collaborarono nel lungo e appassionato lavoro di ricerca, hanno contribuito al volume, offrendo un ritratto umano e scientifico del grande scienziato italiano. La figura di Marini Bettolo è stata ricordata da Emilia Chiancone, Presidente dell'Accademia Nazionale delle Scienze detta dei XL, da Giorgio Bignami, ex Dirigente di ricerca dell'ISS che lo conobbe personalmente, e da Carla Fiorentini, Direttore del Reparto di Sostanze naturali e medicine tradizionali del Dipartimento del Farmaco dell'ISS, che ha presentato un'evoluzione delle attività avviate da Marini Bettolo. Il volume, come i precedenti della stessa serie, è accessibile dal sito dell'ISS nella sezione "I beni storico-scientifici dell'ISS" www.iss.it/binary/publ/cont/beni_10_xweb.pdf

Un contributo della Biblioteca dell'ISS, a cura di Rosalia Ferrara, dal titolo "Le piante nei Libri Rari della Biblioteca dell'ISS", ha presentato un viaggio esplorativo attraverso immagini di piante medicinali selezionate dal Fondo Rari della Biblioteca, costituito da oltre mille esemplari di età compresa tra i secoli XVI-XIX.

La seconda parte del Convegno è stata dedicata alla presentazione del video "Quando la stampante suonava Bianco Natale", con intervista a Gino Farchi, fisico ed epidemiologo, Dirigente di ricerca dell'ISS (riprese e montaggio di Walter Tranquilli e Kasia Lukaszczuk del SAE). Il video racconta la storia dell'uso del primo grande calcolatore dell'ISS e, più in generale, dei primi passi dell'informatica all'interno dell'Istituto. Questo primo calcolatore, tanto grande da occupare un'intera stanza, veniva utilizzato sia dai ricercatori

dell'ISS sia dai ricercatori dei più importanti centri di ricerca di Roma. Nell'interessante racconto sull'evoluzione dei computer, Farchi non manca di ricordare anche le cartelle del calcolatore e il loro particolare utilizzo per la "tombola" - le canzoni suonate con la stampante (di qui il titolo del video) - nonché le squadre di calcio composte da ricercatori e tecnici di diversi gruppi di ricerca dell'Istituto. Un racconto che dipinge un Istituto che, oltre ad essere luogo di ricerca e di lavoro, era per tutti una famiglia. E sulla stessa linea è stato il commento di Susanna Conti, Direttrice dell'Ufficio di Statistica dell'ISS, allieva di Farchi all'Università La Sapienza di Roma e allora giovane ricercatrice nel gruppo di informatici del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS, che ha commentato il video avendo partecipato in prima persona alla nascita dell'informatica in Istituto.

Un estratto di questo video, come dei precedenti della stessa serie storica, è accessibile dal sito dell'ISS, nella sezione "I video storici" www.iss.it/publ/index.php?lang=1&anno=2013&tipo=38

Il Convegno ha costituito anche un'occasione per l'allestimento di una mostra di strumenti a cura del Gruppo di lavoro ISS per la valorizzazione degli strumenti scientifici di interesse storico, di seguito descritta.

Il bilancio positivo di questo quinto Convegno accoglie anche il crescente riconoscimento che ci viene dato in termini di progettualità e di realizzazione delle diverse iniziative. Di questo vogliamo ringraziare i colleghi dell'Istituto e delle altre istituzioni - in particolare l'Accademia delle Scienze detta dei XL - che hanno dato il loro contributo alla realizzazione dell'iniziativa. Ringraziamo anche i colleghi del SAE per il loro rinnovato e prezioso impegno. ■

Esposizione di strumenti scientifici e libri rari

a cura del

Gruppo di lavoro per la valorizzazione degli strumenti scientifici di interesse storico
e del Gruppo di lavoro per la valorizzazione e la conservazione del Fondo Rari della Biblioteca ISS***

In occasione della quinta edizione del Convegno "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità" è stata allestita un'esposizione di strumenti scientifici e di altri oggetti di interesse storico provenienti dalla collezione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Accanto agli strumenti sono stati esposti alcuni volumi appartenenti al Fondo Rari della Biblioteca (libri a stampa dei secoli XVI-XIX).

L'ISS possiede infatti una collezione di oltre 800 strumenti costituitasi nel corso degli anni, a partire da un primo nucleo proveniente dal Laboratorio di Fisica già schedato e disponibile online (www.iss.it/stru). Il Gruppo di lavoro per la valorizzazione degli strumenti scientifici di interesse storico, recentemente costituitosi, sta portando avanti l'attività di classificazione dei restanti oggetti di questa collezione. La collana "I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità" è nata con l'intento di raccogliere documenti e testimonianze che valorizzino questo importante patrimonio culturale.

Accanto a strumenti utilizzati per la misurazione delle intensità di corrente, quali galvanometro, milliamperometro, voltmetro, sono stati esposti anche un vasetto porta curaro e alcune frecce, provenienti dalle foreste dell'Amazzonia. L'utilizzo di questi oggetti viene descritto nel volume presentato durante il Convegno e dedicato al curaro degli Indios e al ruolo di G.B. Marini Bettolo (Direttore dell'ISS dal 1964 al 1971).

I volumi antichi esposti sono opere di pregio inerenti ai settori della botanica, della farmacologia, delle Farmaco-



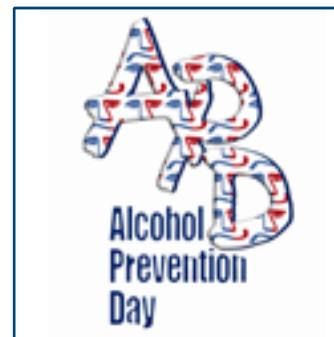
pee e delle piante medicinali. Tra gli autori più rappresentativi: Pietro Andrea Mattioli (1501-1578), Ulisse Aldrovandi (1522-1605), Castore Durante (1529-1590), Pietro Castelli (1570?-1661), Joseph Pitton de Tournefort (1656-1708), Pier Antonio Micheli (1679-1737), Johann Christian Buxbaum (1693-1730), Giovanni Battista Morandi (sec. XVIII), Francisco Javier Balmis (1753-1819).

Le edizioni esposte si distinguono per la pregevolezza delle immagini e per la rilevanza dei prestigiosi tipografi che le hanno curate, tra cui Valgrisi e Hertz. L'esposizione è stata completata dalla proiezione del video multimediale "Botanica e piante medicinali", realizzato da Stefano Bonifazi (Biblioteca, ISS). Il video, che riproduce una selezione di immagini tratte dal Fondo Rari, è visibile sul sito www.iss.it/rari ■

(*) Federica Napolitani, Paola De Castro, Carla Faralli, Laura Radiciotti, Enzo Ruocco, Carla Travaglini

(**) Rosalia Ferrara, Maria Alessandra Falcone, Ornella Ferrari, Paola Ferrari, Donatella Gentili, Maria Salvatorina Graziani, Maria Letizia Putti

ALCOHOL PREVENTION DAY 2013: UNA GOOD PRACTICE DI SANITÀ PUBBLICA



Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Sonia Martire e Lucilla Di Pasquale
*1*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - L'Alcohol Prevention Day (APD) 2013, giunto alla dodicesima edizione, ha rappresentato il momento cardine attorno a cui hanno ruotato le iniziative legate al mese della prevenzione alcolologica (aprile). Dai dati presentati nel corso dell'evento emerge che, nonostante le strategie messe in atto per poter calibrare al meglio interventi di contrasto al consumo dannoso o rischioso di alcol e di supporto alla prevenzione dell'alcoldipendenza suggerite a livello nazionale e internazionale, i consumatori a rischio e i fenomeni di eccedenza nel bere connotano una quota di popolazione rilevante, circa 8 milioni di individui, con prevalenze ancora più preoccupanti nelle fasce giovanili e negli anziani.

Parole chiave: consumo di alcol; prevenzione e controllo; promozione della salute; *binge drinking*

SUMMARY (*Alcohol Prevention Day 2013: a good practice of public health*) - The Alcohol Prevention Day (APD) 2013, at its twelve edition, has represented the fundamental moment around which all the initiatives related to the prevention of alcoholism month (April) are allocated. Data presented during the event have shown that despite the strategies adopted to combat harmful or hazardous use of alcohol and the strategies adopted to help to prevent alcohol dependence at national and international level, hazardous consumers and binge drinkers represent a significant proportion of the population, about 8 million people, with prevalence values more problematic among the youth and the elderly.

Key words: alcohol drinking; prevention and control; health promotion; *binge drinking* emanuele.scafato@iss.it

A partire dall'anno 2005, l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato investito dal Ministero della Salute della responsabilità di realizzare e disseminare le iniziative di comunicazione e sensibilizzazione sulle tematiche alcol-correlate promosse ai sensi della Legge 125/2001 per la prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol (Hazardous and Harmful Alcohol Consumption, HHAC); tra queste, l'Alcohol Prevention Day (APD) (www.epicentro.iss.it/alcol/apd13.asp) come momento centrale di aprile, mese della prevenzione alcolologica.

Nel corso della XII edizione dell'APD, svoltasi a Roma il 18 aprile 2013, sono stati presentati i nuovi dati di monitoraggio nazionali e regionali, inseriti nel rapporto formale inviato dal Ministro della Salute al Parlamento (1); sono stati illustrati i risultati raggiunti

attraverso i numerosi progetti europei di cui l'ONA-CNESPS è partner a livello europeo e internazionale; sono state illustrate le campagne di sensibilizzazione e le attività svolte per la formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcol-correlate; sono infine stati illustrati e resi disponibili i materiali divulgativi sviluppati per la prevenzione.

Il panorama italiano

Gli indicatori sviluppati dall'ONA-CNESPS, validati a livello nazionale e internazionale e calcolati utilizzando i dati dell'indagine Multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana", sono stati inseriti formalmente nel Programma Statistico Nazionale (2011-2013), e mostrano che:

- nell'Italia nord-occidentale sono aumentati i consumatori maschi di bevande alcoliche fuori pasto, in particolare in Piemonte e Valle d'Aosta;

- nell'Italia nord-orientale è massima la prevalenza di consumatori maschi fuori pasto e superiore alla media la prevalenza dei *binge drinker*; sono aumentate le consumatrici di bevande alcoliche fuori pasto (+2,8%), e il valore tra le donne è massimo nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano;
- nell'Italia centrale è aumentata la prevalenza di consumatori fuori pasto (M = +2,9%; F = +2,4%) e valori al di sopra della media nazionale si registrano in Abruzzo e Molise sia tra i consumatori fuori pasto, che tra i consumatori in generale e i *binge drinker*;
- nell'Italia meridionale non si registrano valori al di sopra della media nazionale per nessun indicatore e si registra il minimo nazionale dei consumatori fuori pasto di sesso maschile;
- nell'Italia insulare si registrano i valori più bassi dei consumatori di bevande alcoliche, tuttavia in Sardegna la prevalenza dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* di sesso maschile assume valori superiori alla media nazionale.

Consistenti differenziazioni di genere si rilevano inoltre a livello regionale. Tra gli uomini, la prevalenza dei consumatori a rischio a livello nazionale è pari al 23,9% nel 2011 con un range che varia dal 37,3% al 15,1%; valori superiori alla media nazionale dei consumatori a rischio (criterio ISS) si registrano in quasi tutte le regioni del Nord a eccezione di Lombardia, Liguria ed Emilia-Romagna, mentre valori inferiori alla media nazionale dei consumatori a rischio (criterio ISS) si registrano in tutte le regioni dell'Italia meridionale (a eccezione della Basilicata) e in Sicilia. Tra le donne, la prevalenza delle consumatrici a rischio a livello nazionale è pari al 6,9% nel 2011 con un range che varia dall'11,8% al 3,3%; valori statisticamente superiori alla media nazionale si registrano nel Nord Italia in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano e Friuli-Venezia Giulia, mentre valori inferiori alla media nazionale si registrano nell'Italia meridionale, in Campania, Puglia e Calabria, e in entrambe le regioni dell'Italia insulare (2).

Consumi ad alto rischio e alcoldipendenza

Quando si parla di rischio alcol-correlato generalmente si pone maggiore attenzione ad ambiti che nel corso degli anni hanno visto la maggior parte degli interventi in settori identificati sulla base degli indirizzi di tutela della salute internazionali (Organizzazione

Mondiale della Sanità, OMS), comunitari (Unione Europea, UE) e nazionali, fortemente polarizzati su un approccio di popolazione generale attraverso policy a elevato impatto (campagne di prevenzione e consapevolezza, alcol e guida, monitoraggio e azioni di comunità), spesso ben correlati a età e genere, che non hanno dato in molti casi la giusta attenzione agli aspetti specifici di contrasto per alcune aree considerate ad alto rischio rappresentate dai consumi ad alto rischio e dall'alcoldipendenza.

Soffermando quindi l'attenzione sulla fascia di popolazione adulta (18+ anni) e, in particolare, sulle abitudini di consumo di bevande alcoliche giornaliere anziché occasionali, il numero di individui con consumi a rischio medio (quelli cioè con consumi compresi tra le 4-5 Unità Alcoliche (UA) al giorno per i maschi e di circa 3 UA per le femmine) è rilevante e raggiunge 1.529.976 persone (il 3,1% dei maggiorenni) (Figura); per queste persone è indispensabile l'attuazione di un intervento medico basato su una tecnica di counseling motivazionale (intervento breve). Superati tali livelli di consumo giornaliero, il problema diventa più complesso presentandosi spesso sotto forma di persone con danni alla salute già evidenti e con una propensione all'alcoldipendenza che non è quasi mai agevole, se non impossibile, individuare.

Le classificazioni internazionali adottate dall'ONA, anche in omaggio al Piano di Azione Europeo sull'Alcol (3, 4) che ha stabilito rinnovati standard di monitoraggio epidemiologico, consentono di individuare nella ►

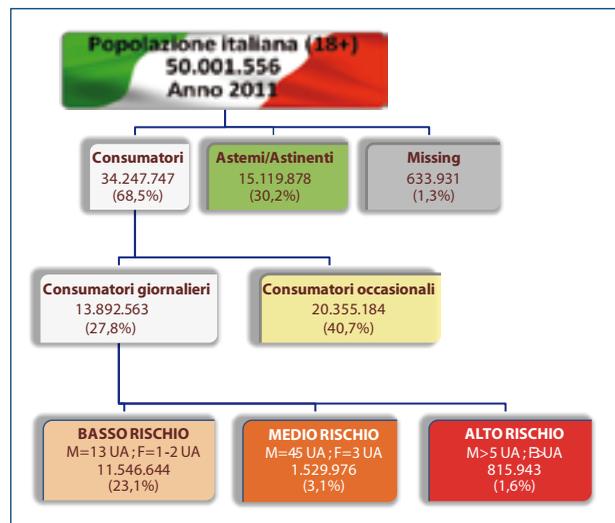


Figura - Popolazione italiana di età ≥ 18 anni per tipologia di consumo alcolico. Elaborazione ONA-CNESPS su dati Indagine Multiscopo sulle Famiglie ISTAT - Anno 2011

fascia di consumo dannoso corrispondente alla definizione di "alto rischio" (consumi superiori alle 5 UA per i maschi e 3 UA per le femmine) 815.943 individui (1,6% dei maggiorenni), per i quali è più probabile possa essere effettuata una diagnosi suggestiva di alcol-dipendenza anche sulla base dell'uso dello strumento AUDIT capace di discriminare, pur grossolanamente, i consumatori a rischio da quelli per i quali emerge un legittimo sospetto medico di alcol-dipendenza.

Si sottolinea che, nel corso dell'anno 2011, quasi 4.000.000 soggetti hanno dichiarato di aver consumato almeno una volta nel corso dell'anno oltre 6 UA in un'unica occasione, non attenendosi quindi alle linee guida nazionali. Alla luce di questa osservazione si devono quindi considerare sottostimati i consumatori che necessitano almeno di un intervento medico basato su una tecnica di counselling motivazionale. L'approccio di cura per la popolazione ad alto rischio non è ben definibile; potrebbe richiedere cure relative a un eventuale danno d'organo già reperito a livello, ad esempio epatico o gastrointestinale, ma potrebbe anche rilevarsi la necessità di dover fare ricorso alle competenze dei servizi o dei gruppi di lavoro algologici che avviano la persona al trattamento.

Gli interventi dei relatori

Alla XII edizione dell'APD sono stati invitati relatori europei e internazionali.

Le attività della prima sezione del Congresso coordinate dalla direttrice del CNESPS, Stefania Salmaso, sono iniziate con l'intervento di Roberto Mollica del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il quale ha illustrato le attività e le priorità del DPA, ha mostrato i dati dell'indagine SPS-DPA 2012 relativi alle ubriacature e al policonsumo dei giovani e, infine, i dati del progetto "Network nazionali per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati".

Giulio Gallo della Commissione Europea ha successivamente illustrato la nuova Joint Action sull'alcol, sviluppata con l'intenzione di incentivare gli Stati Membri a intensificare la cooperazione e lo sviluppo di azioni comuni finalizzate a migliorare il monitoraggio alcol-correlato, sviluppare linee guida per il consumo di alcol a basso rischio e *best practice* per proteggere i bambini, i giovani e le fasce più deboli della popolazione da problemi alcol-correlati.

Lars Möller dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS ha successivamente illustrato il Piano di Azione Europeo sull'alcol (2012-2020) per ridurre il consumo dannoso e le dieci aree di interesse che comprendono anche le *best buy*, ossia i migliori affari come definiti nell'ambito del Global Framework per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, tra cui il sistema di monitoraggio del Piano d'Azione europeo sull'alcol e la checklist per la risposta delle politiche sull'alcol.

Emanuele Scafato, direttore dell'ONA-CNESPS dell'ISS, ha fornito un quadro sulle evidenze emergenti per la prevenzione e il management del rischio e del danno alcol-correlati, sottolineando che un milione e mezzo di persone necessitano di un intervento da parte del medico e più di 800 mila di cure specifiche e che è quindi necessario ampliare l'accesso ai servizi di cura e riabilitazione e di riconsiderare l'offerta terapeutica, che oggi vede attestato al 29% circa l'uso di presidi farmacologici da parte del personale medico.

L'evidenza propone nuovi scenari che possono giungere a ricomprendere l'intercettazione e l'aggancio degli alcol-dipendenti, che oggi, sia per motivi di carattere logistico sia per l'offerta di piani terapeutici e di recupero basati esclusivamente su una prospettiva di lungo periodo, si ritengono sfuggano alle necessarie cure che potrebbero trovare maggiore efficacia attraverso la proposta di obiettivi di riduzione graduale e progressiva del bere di breve e medio termine, utili al conseguimento successivo dell'obiettivo cardine che è, e resta, l'astensione totale. L'uso delle molecole esistenti e di quelle che stanno affacciandosi in combinazione con interventi di tipo motivazionale o psicoterapeutico di supporto potrebbero fare la differenza in tal senso, contribuendo a un rinnovamento della cultura della cura dell'alcol-dipendenza mirando maggiormente alla centralità della persona piuttosto che esclusivamente alla malattia.

Nel corso del suo intervento, Scafato ha anche illustrato i risultati dei progetti di ricerca europei a cui l'ONA-CNESPS partecipa da anni e ha sottolineato che è indispensabile:

- definire e rendere disponibile un sistema di monitoraggio adeguato per l'alcol-dipendenza che consenta anche la valutazione dell'efficacia del trattamento;
- riconsiderare e rinnovare l'approccio di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie e problematiche alcol-cocorrelate (PPAC) ampliando il numero di alcol-dipendenti da intercettare

attraverso una rinnovata offerta terapeutica e di riabilitazione da parte delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;

- creare una rete di identificazione precoce del rischio alcol-correlato, che comprenda medici di medicina generale (MMG), ospedali e servizi, e che deve risultare comprensiva di capacità di *case management*.

Le prospettive e le proposte delle regioni e delle PA in tema di alcol e problemi alcol-correlati per l'anno 2013 sono state illustrate da Francesco Piani, coordinatore Gruppo Tecnico Alcol della Commissione Salute delle regioni e PA italiane. In particolare, tra le proposte sollecitate a livello regionale rivestono particolare interesse l'attivazione di gruppi di lavoro su problematiche alcol-correlate, lo sviluppo di un documento da portare all'attenzione della Conferenza Stato Regioni che fissi le linee di intervento "politico" delle regioni e delle PA, la pubblicazione del *Libro bianco delle regioni e delle province autonome sui proble-*

mi alcol-correlati, la stesura del nuovo Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e, infine, lo sviluppo del sistema di monitoraggio (SIND-ALC).

Le attività della seconda sezione del congresso, coordinate da Valentino Patussi del Centro Alcológico Regionale (CAR) della regione Toscana, sono iniziate con l'intervento di Luciana Quattrococchi dell'ISTAT, che ha fornito l'aggiornamento dei dati sul consumo di bevande alcoliche in Italia sottolineando che, sebbene il nostro Paese si sia sempre distinto per un modello di consumo di alcol per tradizione "moderato", si continuano a diffondere stili di vita più rischiosi per la salute che vanno monitorati. Alla base di queste evidenze è necessario focalizzare l'attenzione sui target più vulnerabili della popolazione, quali giovani e anziani, e monitorare attentamente i comportamenti di chi frequenta assiduamente le discoteche e gli altri luoghi di svago (5).

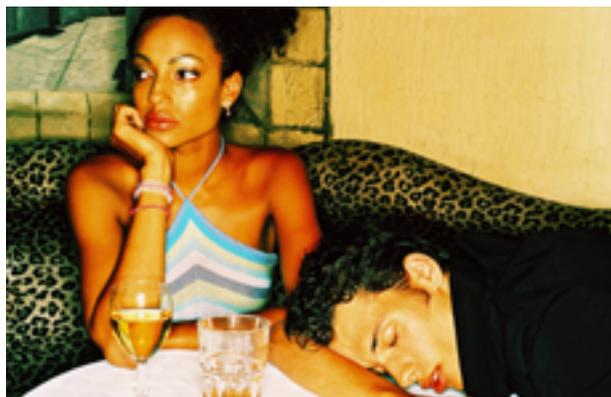
Gli interventi di Antonio Capodicasa della Polizia Stradale su "Alcol e guida: Progetto Icaro, una good practice per i giovani" e di Maria Rita Munizzi del Movimento Italiano Genitori (MOIGE) sul progetto "Elementare ma non troppo..." hanno illustrato due esempi di progetti di ricerca che hanno portato alla costruzione di un efficace modello di intervento per la prevenzione in tema di sicurezza stradale e di un modello di sensibilizzazione rivolto ai bambini su alcol, cannabis e sostanze (6).

Gianni Testino della Società Italiana di Alcolologia, Sezione Ligure, ha illustrato prospettive e proposte per lo screening oncologico e le correlazioni esistenti tra numerose forme oncologiche e il consumo rischioso e dannoso di alcol.

Alfredo Cuffari della Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale (SNAMID) ha infine illustrato le analisi dei bisogni e le strategie di prevenzione nei contesti di medicina generale, e ha illustrato i risultati dell'indagine conoscitiva nazionale sulle conoscenze, le attitudini e le percezioni degli MMG sull'uso degli strumenti di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) nel consumo rischioso e dannoso di alcol e nell'alcol dipendenza. L'indagine, condotta nel 2012 dall'ONA-CNESPS dell'ISS, nell'ambito del progetto europeo AMPHORA (Alcohol Public Health Research Alliance) (7, 8) della Commissione Europea, è stata indirizzata a tutti gli iscritti della SNAMID.



Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga; ISS Osservatorio Nazionale Alcol; Movimento Genitori-MOIGE, 2012. Locandina del Progetto "Elementare ma non troppo..."



La giornata si è conclusa con gli interventi di rappresentanti di molte associazioni non convenzionali o formali, che garantiscono un valido supporto a chi ha bisogno di aiuto o si trova nel difficile percorso della riabilitazione e reintegrazione sociale, quali l'Associazione italiana club alcolisti in trattamento (Aicat), gli Alcolisti Anonimi (AA), i Gruppi familiari (Ala-teen e Alanon).

All'evento, che si è svolto nell'ambito delle finalità previste dalla Legge 125/2001 sull'alcol, hanno partecipato oltre 250 stakeholder, impegnati nelle attività di prevenzione quali ricercatori, rappresentanti istituzionali, operatori della sanità e della prevenzione.

I risultati raggiunti

Nel corso della XII edizione dell'APD è stato mostrato lo scenario disegnato dai dati epidemiologici della relazione annuale del Ministero della Salute al Parlamento, prodotto dall'ONA-CNESPS e da tutti i report nazionali e internazionali che regolarmente vengono sviluppati ai sensi della Legge 125/2001.

Sono stati mostrati gli sviluppi e i risultati raggiunti dall'OMS e dalla Commissione UE attraverso i seguenti principali progetti europei: AMPHORA (7, 8), ODHIN (Optimizing delivery of health care interventions) (9), ALICE RAP (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project) e BISTAIRS (Brief interventions to address alcohol use disorders in primary health care, workplace health services, emergency care and social services). A essi l'ONA-CNESPS ha partecipato attivamente nel corso degli anni.

Sono, infine, state presentate le iniziative di informazione e prevenzione dei problemi alcol-correlati ai sensi della Legge 125/2001 e realizzate in ambito nazionale attraverso l'offerta di una vasta gamma di materiali utili per la prevenzione dell'alcol rivolta a

bambini, adolescenti, donne in gravidanza e famiglie, e resi disponibili in tutta Italia. Tutti i materiali di pubblico dominio sono inoltre disponibili e scaricabili gratuitamente anche presso la pagina web CNESPS-ISS di Epicentro (www.epicentro.iss.it/alcol).

L'APD è anche stata l'occasione per lanciare la campagna nazionale di comunicazione contro l'abuso di alcol e guida "La vita è sempre una anche se hai bevuto" e per descrivere e introdurre i risultati di programmi di formazione, come l'IPIB in *primary health care* (10).

Conclusioni

Agire sui fattori che influenzano il consumo rischioso e dannoso e determinano i problemi e le patologie alcol-correlate e l'alcoldipendenza non è facile ma, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, tutte le istituzioni di tutela della salute e di ricerca esprimono un consenso unanime sulla necessità di adottare un approccio di popolazione generale a cui affiancare quello per la popolazione ad alto rischio. Agire sull'alcoldipendenza ha un senso ai fini della necessaria diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone malate, ma prevenire l'insorgenza di nuovi casi di alcoldipendenza è la priorità di salute pubblica sollecitata sia dall'OMS che dall'UE, dalle strategie nazionali espresse attraverso il Piano Nazionale Alcol e Salute, oggetto di accordo Stato-Regioni, e tramite il programma governativo "Guadagnare salute".

Numerose azioni e iniziative di prevenzione, comunicazione, informazione, sensibilizzazione, promozione della salute e formazione sono il fulcro di un intervento globale che chiama in causa l'adozione di misure finanziarie e legislative, di interventi e azioni di accompagnamento e di supporto di cui la ricerca sull'alcol, per la quale non si investe in Italia, fornisce costante dimostrazione di efficacia nel contrasto al fenomeno del consumo rischioso e dannoso di alcol e delle sue conseguenze in termini di salute e sicurezza. Un'evidenza, quest'ultima, che rilancia la necessità di adozione di reali e convincenti misure che possano garantire quanto sancito dalla Legge 125/2001 (legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati) che ribadisce, all'art. 2, la tutela del diritto delle persone, in particolare dei bambini e degli adolescenti, a una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche di qualunque genere.

Il monitoraggio alcol-correlato in Italia consente di seguire il fenomeno attraverso alcuni indicatori originali e specifici, costruiti e validati dall'ISS anche attraverso il Piano Statistico Nazionale, a cui le attività dell'ONA afferiscono formalmente. Tali competenze formali consentono di disseminare annualmente, attraverso l'APD, le evidenze sul consumo di alcol definito dall'OMS consumo "rischioso". Modalità di consumo in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti dei centri alcolologici, dei servizi di alcolologia, dei gruppi di lavoro, delle équipes alcolologiche, dei programmi, di tutte le unità organizzative - comunque denominate - attive in Italia nel settore alcolologico, il cui comune denominatore è ispirato a una cultura professionale che considera la problematica alcol-correlata nel suo complesso, e non solo l'alcolismo. Solo in quest'ottica, il prezioso lavoro quotidiano svolto da operatori che hanno competenze e conoscenze di ordine clinico-riabilitativo e relazionale, può assumere valenze tali da poter essere oggetto di applicazione flessibile sia di approcci di popolazione generale, che di approcci preventivi e riabilitativi adottati in funzione delle esigenze specifiche della persona affetta da alcolismo, rivolgendosi alle specifiche professionalità per risolvere principalmente un problema di dipendenza e non di salute mentale.

Alla luce di tali considerazioni, l'APD 2013 ha contribuito a delineare la necessità condivisa di avvio di una profonda riflessione sull'ottimizzazione delle competenze e di revisione dell'approccio complessivo mirando a un sistema integrato di gestione delle patologie e problematiche alcol-correlate più adeguato, efficiente, efficace e capace di ricomprendere in una più ampia rete tutte le professionalità da offrire mirando al servizio della persona.

Un orientamento che i progetti europei - Primary Health care European Project on Alcohol (PHEPA), AMPHORA, ODHIN, BISTAIRS e ALICE-RAP - hanno già evidenziato e continuano a verificare in linea con gli indirizzi e il livello di azioni suggerite dall'OMS, dall'UE, dal Piano Nazionale Alcol e Salute e dal programma "Guadagnare salute": strategie per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, in cui l'alcol è considerato anche in funzione dell'alcoldipendenza, ma soprattutto e principalmente in funzione di determinante di danno e di rischio in vasti strati di popolazione, per i quali l'intercettazione precoce è lo strumento principe da privilegiare ai fini del perseguimento di più elevati livelli di benessere individuali e sociali. ■

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione alla realizzazione e alla riuscita dell'evento i colleghi dell'ISS: R. Russo, R. Scipione, N. Parisi; L. Ferrante e V. Minardi per il gruppo PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia); M. Taranto, G. Ciancio, F. Romani e C. Bisegna per l'Ufficio Stampa; P. Barbariol, M. Martini, D. Serra, E. Benelli per la redazione di Epicentro; l'Ufficio Relazioni Esterne e il Settore Attività Editoriali.

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute. Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Ufficio VII. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Roma: Ministero della Salute; 2010.
2. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al. *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2013*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/3).
3. Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS-Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità. *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Traduzione e adattamento a cura del: WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Problems. 2013. 68 p.
4. Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS-Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità. *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Traduzione e adattamento a cura del: WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Problems. 2013. 120 p.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Anno 2011. L'uso e l'abuso di alcol in Italia*. Statistiche report 18 aprile 2013:1-13.
6. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, et al. *Elementare ma non troppo... Informazione, prevenzione e contrasto all'uso di droghe, di alcol e dei fattori favorenti l'avvio al consumo*. Campagna rivolta ai minori, ai genitori e ai docenti. Materiale informativo per i ragazzi. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri - DPA, ISS, MOIGE; 2012.
7. Anderson P, Braddick F, Reynolds J, et al. (Ed.). *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. AMPHORA; 2012. 125 p.
8. The AMPHORA project (http://amphoraproject.net/view.php?id_cont=45).
9. The ODHIN project (www.odhinproject.eu/).
10. Scafato E (Ed.). *Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. 114 p. (www.gencat.net:80/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8871.html).



Nei prossimi numeri:

- Caratteristiche delle persone HIV positive e affette da AIDS
- Approcci non farmacologici in medicina integrata
- Progetto europeo di alfabetizzazione sanitaria
- Centro collaborazione OMS/FAO in sanità pubblica veterinaria
- Revisione della Dichiarazione di Helsinki

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