



Studi dal territorio

COMPORAMENTI A RISCHIO E MALESSERE SOCIALE: I RISULTATI DELL'INDAGINE TRA GLI STUDENTI DELLE SCUOLE MEDIE SUPERIORI DI OSTIA, ROMA

**Yllka Kodra¹, Silvia Colitti¹, Alberto Perra¹,
Antonino Bella¹ e Anna Rita Bellomo²**
per il Gruppo Epidemiologia in Azione 2004*

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

²Azienda USL Roma D

L'adolescenza è vista come un periodo di salute ottimale con bassi livelli di morbosità e malattie croniche (1). Tuttavia suicidio, depressione e altre condizioni di salute mentale, AIDS e malattie sessualmente trasmissibili, malattie legate a comportamenti a rischio minano questa percezione di prevalenza di buona salute durante l'adolescenza (2).

Convenzionalmente, per indicare i livelli di salute si fa ricorso a statistiche nazionali su mortalità e morbidità, entrambi importanti per la determinazione della salute nella popolazione, ma non sempre rappresentativi del periodo adolescenziale (3). Si rende necessario individuare alcuni indicatori più validi per analizzare e comprendere lo stato di salute dei giovani, ad esempio, avvalendosi di indicatori soggettivi, derivanti direttamente dalla percezione dei giovani. Questo approccio studia la salute così come viene intesa dagli stessi adolescenti, permettendo di identificarne le conseguenze comportamentali oggettive.

Con tale obiettivo, la ASL Roma D e l'Istituto Superiore di Sanità hanno realizzato un'indagine tra i giovani del penultimo anno delle scuole medie superiori di Ostia, per studiare la percezione del loro livello

di salute fisica ed emotiva ed eventuali associazioni con comportamenti a rischio, riguardanti fumo, alcol, uso di sostanze stupefacenti, attività sessuale.

L'obiettivo dell'indagine è identificare temi e modalità per interventi a tutela della salute nella popolazione scolastica.

Per stimare lo stato di salute fisica ed emotiva percepita, lo studio ha incluso 5 domande utilizzate nell'Health Behaviour in School-aged Children - HBSC (3) che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) realizza periodicamente in 36 Paesi. A ogni risposta è stato assegnato un punteggio (Tabella 1). Sulla base dei diversi livelli di percezione di salute fisica ed emotiva calcolata sommando i punteggi delle risposte, abbiamo identificato tre categorie "a rischio di malessere o disagio sociale":

- basso rischio (0-1);
- medio rischio (2-3);
- alto rischio (4-5).

Per definire i comportamenti a rischio su fumo, alcol, sostanze stupefacenti e comportamenti sessuali, sono state utilizzate le definizioni operative dell'OMS e degli United States Centers for Disease Control and Prevention. In fase di analisi si sono testate le associazioni tra comportamenti a rischio e i diversi livelli di rischio di malessere o disagio.

Utilizzando il metodo di campionamento a *cluster* (4) sono state selezionate 15 classi di 45 appartenenti alle 13 scuole medie superiori. Il 78% degli studenti selezionati ha risposto al questionario standardizzato auto compilato (260 su 331 totali). Del restante 22% (71 su 331) il 19% risultava assente il giorno dell'indagine, mentre il 3% aveva smesso di frequentare le lezioni.

Il rapporto tra maschi e femmine è di 2/3, l'età media è di 17,6 anni (range 16-21).

Lo studio mostra che il 46,5% risulta con un buono stato di salute fisica ed emotiva; il 46,4% presenta un livello medio di malessere, mentre il 6,9% risulta avere un evidente malessere. Si osserva un maggior rischio di disagio tra le femmine OR = 1,7 (95% IC: 1,1-2,8).

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio, lo studio ha dimostrato che:

- l'83% degli studenti assume bevande alcoliche, nel 63% dei casi fuori pasto, soprattutto birra e superalcolici;
- del 47% dei ragazzi che hanno sperimentato sostanze stupefacenti, il 22% ne fa uso abituale (cannabis);
- l'86% dei ragazzi ha rapporti sessuali precoci (prima dei 16 anni), nel 47% dei casi non protetti; il 20% degli intervistati ha già avuto più di quattro partner (multipartner);

(*) Gruppo Epidemiologia in Azione 2004: M. Antonietta Atzori, Salvatore Avorio, Fulvio Barizzone, Caterina Bellu, Carla Bietta, M. Elena Careddu, Patrizia Carletti, R. Maria Cecconi, Antonella Ciani Passeri, Lucio De Angelis, Mariangela De Curtis, Pina De Curtis, Giovanna De Giacomi, Piroos Fathe Moghadam, Maria Ferrara, Maurizio Ferri, Antonietta Fiorita, Linda Gallo, Lucio Ghio, Marcella Longo, Livia Malandrucco, Matteo Molino, Tina Moretto, Pasquangela Porqueddu, Giovanna Rossi, Marcello Sala, Pierangelo Sarchi, Francesco Sconza e Massimo O. Trinito

Tabella 1 - Livelli di percezione di salute fisica ed emotiva

Condizioni fisiche ed emotive	Punteggio 0	Punteggio 1
Salute	Molto bene Abbastanza bene	Non molto bene
Umore	Sono molto felice Sono abbastanza felice	Non mi sento molto felice Non sono affatto felice
Sentirsi giù	Raramente o mai Più o meno una volta al mese o settimana	Più di una volta a settimana Quasi ogni giorno
Stanchezza	Raramente o mai Meno di una volta a settimana	Da 1 a 3 volte la settimana Più di 4 volte a settimana
Solitudine	No, ogni tanto	Piuttosto spesso, molto spesso

Tabella 2 - Comportamenti a rischio associati a livelli di malessere o disagio sociale (in percentuale del campione)

Comportamenti	Basso rischio di disagio	Medio rischio di disagio	Rischio elevato di disagio	χ^2	P
Uso di bevande alcoliche ^a	30,6	52,1	55,6	12,8	0,001
Uso di droga	38,8	53,7	61,1	6,8	0,03
Attività sessuale a rischio ^b	50,4	52,1	50,0	0,1	n.s
Fumatori frequenti ^c	20,7	28,9	27,8	1,1	n.s

(a) Birra e superalcolici fuori pasto

(b) Attività sessuale a rischio: rapporti multipartner, precoci, non protetti

(c) Fumatori (di sigarette) più di 20 giorni al mese

- il 52% dei ragazzi fuma sigarette, mentre il 24% dichiara di non aver mai fumato.

L'analisi dei comportamenti a rischio rispetto ai livelli di malessere o disagio sociale ha mostrato un'associazione statisticamente significativa con un maggior uso di sostanze stupefacenti ($p = 0,03$), e un maggior consumo di alcol fuori pasto ($p = 0,001$) (Tabella 2). Altra associazione significativa è con le relazioni familiari insoddisfacenti (conflittuali o con problemi di comunicazione), $p = 0,01$ mentre risulta una correlazione non significativa con il fumo frequente di sigaretta e con i comportamenti sessuali a rischio.

I dati dell'indagine presentano risultati analoghi a quelli di altre realtà italiane su prevalenza e tipologia di comportamenti a rischio - Progetto HBSC 2003 Regione Veneto (2).

Comportamenti a rischio e malessere o disagio sociale sono effettivamente associati. Non è facilmente identificabile il rapporto di causalità tra questi elementi, ma è probabile che l'aumento dell'uno contribuisca ad aumentare l'altro e viceversa.

L'età della sperimentazione dei comportamenti a rischio si aggira intorno ai 14-15 anni, di conseguenza un intervento efficace andrebbe strutturato prima dell'ingresso dei ragazzi nella scuola superiore.

L'urgenza e la necessità di intervenire con programmi efficaci è evidente se si considera non solo che

il 54% degli intervistati presenta un medio o alto rischio di disagio, ma che questa percentuale fotografa un gruppo selezionato di ragazzi, lasciando fuori chi ha abbandonato la scuola o era assente.

Esistono in letteratura numerose evidenze che dimostrano l'efficacia scientifica di programmi di intervento. Tale efficacia è maggiore laddove l'intervento sia integrato, coinvolga i ragazzi nella programmazione, organizzazione e realizzazione, si avvalga dell'educazione tra pari e preveda lo sviluppo di abilità.

Riferimenti bibliografici

- Sells WC, Blum RW. Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. *American Journal of public health* 1996;86(4):513-9.
- Bertinato L, Mirandola M, Rampazzo L, et al. *Secondo rapporto sullo stato di salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare*. Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali. Padova; 2003.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, et al. (Eds). *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). International Report. Health and health behaviour among young people*. (WHO Policy Series). WHO: Copenhagen; 2000 (http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf).
- World Health Organization. *Immunization coverage cluster survey*. Part A. The manual Revision 7. Geneva; 2004.

INDAGINE DI UN'ESTESA EPIDEMIA DI EPATITE VIRALE A (HAV) IN CAMPANIA, GENNAIO-GIUGNO 2004

Gruppo di lavoro *ad hoc**

Alla fine di marzo 2004 l'Osservatorio Epidemiologico della Campania ha segnalato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) un insolito numero di casi di Epatite A (HAV) provenienti da varie ASL della regione e in particolare dalla ASL Na5. Il confronto con i dati di sorveglianza disponibili per lo stesso periodo negli anni precedenti (dalla base di dati computerizzata SIMI) ha confermato che i casi osservati erano superiori rispetto all'atteso e che la situazione epidemiologica si configurava come un'epidemia di HAV.

Agli inizi del mese di aprile è stata richiesta la collaborazione del Reparto di epidemiologia delle Malattie Infettive (RMI) del CNESPS per effettuare indagini epidemiologiche descrittive e analitiche al fine di identificare la fonte dell'epidemia, le modalità di trasmissione e mettere in atto adeguate misure di controllo. Le interviste ad alcuni dei primi casi hanno indicato il consumo di frutti di mare come una verosimile fonte di infezione. Tale sospetto, in linea con i risultati pluriennali del sistema di Sorveglianza Epidemiologica Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) per la Campania, è stato anche rafforzato dal fatto che alcuni dei primi casi si sono verificati tra i partecipanti a uno stesso banchetto che, solo in quella occasione, avevano consumato frutti di mare insieme. Il banchetto si era tenuto il 1° febbraio 2004 presso un ristorante nella zona di Caserta che si era rifornito di frutti di mare da un fornitore della zona della ASL di Na5.

Le indagini si sono dapprima concentrate sulla ricerca e verifica dei nuovi casi di HAV e sul tempestivo scambio di informazioni tra le ASL notificanti (dove si trovano i maggiori ospedali che diagnosticano casi di HAV) alle ASL di residenza dei singoli pazienti e al coordinamento regionale. Una sorveglianza accelerata è stata istituita con aggiornamenti settimanali e con-

fronto di basi di dati. Successivamente al fine di ottimizzare la segnalazione dei casi il CNESPS in collaborazione con il CINECA (Centro Interuniversitario per il Calcolo Avanzato) ha messo a punto un sistema di registrazione dei casi su un'unica base di dati su pagina web (<http://:epos.cineca.it>) consultabile e aggiornabile, mediante password, da ogni singolo Servizio di Epidemiologia delle ASL locali.

Alla fine di maggio 2004, in tutta la regione Campania, sono stati notificati 621 casi di Epatite A (alcuni con registrazione di conferma diagnostica tramite IgM-HAV, altri con accertamento ancora da registrare nella base di dati). Circa il 57% dei casi è di sesso maschile. L'età mediana è di 20 anni (range 1-56). La fascia di età col maggior numero di casi è risultata quella tra 15 e 44 anni in entrambi i sessi, rappresentando rispettivamente il 70,4% e il 62,5% della casistica totale. Su 450 casi, di cui è disponibile l'informazione sulla base di dati, 425 persone risultano essere stati ricoverati.

La curva epidemica (Figura) mostra un primo aumento intorno alla quinta settimana dell'anno (34 casi), seguita da un picco tra la decima e la undicesima settimana (rispettivamente con 68 e 67 casi). Alla fine di aprile si è osservata una prima flessione del numero dei casi, ma dai dati disponibili risulta un nuovo aumento a partire dalla prima metà di maggio per cui nel mese di giugno continuano a essere diagnosticati nuovi casi.

La ASL Na5 (zona di Ercolano, Torre Annunziata, Portici e Torre del Greco) è risultata quella più colpita con 266 casi.

Date le indicazioni iniziali sulle esposizioni dei casi si ipotizza che il consumo di frutti di mare crudi o poco cotti e conservati impropriamente sia stato il principale veicolo di infezione, come registrato nell'estesa epidemia nel 1996-97 in Puglia (1). La curva epidemica, con tre picchi intervallati da circa 4 settimane ciascuno, è compatibile con due possibili *pattern* di trasmissione:

- più fonti di esposizione, indipendenti ma limitate nel tempo, che hanno prodotto picchi separati; non è chiaro ancora se le fonti di contagio siano della stessa natura o differente;
- una prima fonte di esposizione puntuale nel periodo natalizio, seguita poi da picchi successivi spiegabili da un'intensa trasmissione secondaria.

Dato il protrarsi dell'epidemia è probabile che dopo una prima introduzione di HAV legata al consumo di frutti di mare nel periodo natalizio, sia subentrata una trasmissione per contagio interumano, oppure che il verosimile veicolo alimentare venga continuamente contaminato localmente, amplificando e mantenendo la trasmissione. Il CNESPS in collaborazione con la ASL Na5 sta effettuando uno studio caso controllo nel comune di Ercolano per verificare il ruolo di varie esposizioni a rischio.

All'indagine epidemiologica è stata anche affiancata un'indagine ambientale che prevede la raccolta di campioni di frutti di mare da punti critici per un perio-

(*) Osservatorio Epidemiologico Regione Campania: Renato Pizzuti Servizio di Epidemiologia delle ASL, Campania: ASL CE/2, Angelo D'Argenzio; ASL NA/5, Francesco Giugliano; ASL AV/2, Maria Antonietta Ferrara; ASL BN/1, Paolo D'Argenio; ASL CE/1, Crescenzo Bove; ASL NA/1, Andrea Simonetti; ASL NA/2, Antonino Parlato; ASL NA/3, Filomena Peluso; ASL NA/4 Raffaele Palombino; ASL SA/1, Anna Luisa Caiazza; ASL SA/2, Maria Grazia Panico; ASL SA/3, Giuseppe Di Fluri; Istituto Superiore di Sanità: Giuseppe Pontrelli, Marco Massari, Fabrizio Rossi, Lucia Pastore Celentano, Amy Cawthorne, Stefania Salmaso, Delia Boccia, Massimiliano Di Renzi, Maria Rapicetta e Luciana Croci

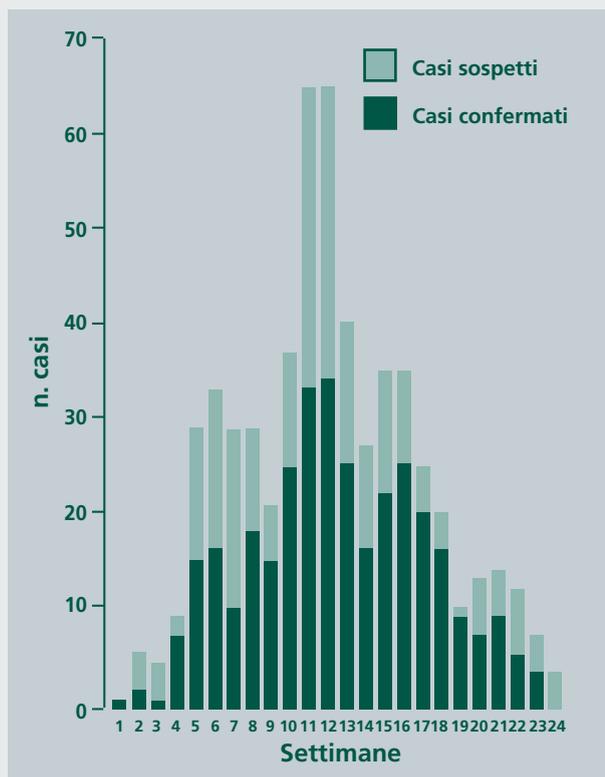


Figura - Epidemia di Epatite A nella regione Campania (gennaio-giugno 2004). Numero di casi (621) per settimana di insorgenza dei sintomi dall'inizio dell'anno

do di almeno 15 settimane. I campioni verranno analizzati in ISS presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale per le contaminazioni batteriologiche e virali dei molluschi bivalvi, afferente al Centro Nazionale per la Qualità degli Alimenti e per i Rischi Alimentari. Agli ospedali che hanno ricoverato la maggior parte dei casi è stato richiesto di raccogliere e mantenere campioni di sieri di pazienti in fase acuta su cui il Dipartimento Malattie Infettive Parassitarie e Immunomediate dell'ISS effettuerà l'isolamento e la caratterizzazione genotipica dei ceppi virali. Gli isolati virali di HAV così ottenuti da varie fonti (umana e frutti di mare) verranno confrontati per stabilire se l'epidemia è attribuibile a varie fonti di introduzione o è sostenuta dagli stessi virus dei pazienti.

I dati qui presentati sono ancora provvisori ed è probabile che rappresentino una sottostima del numero reale dei casi.

In base alle evidenze della letteratura scientifica le ASL maggiormente toccate dall'epidemia hanno offerto la vaccinazione gratuita a tutti i conviventi dei casi per interrompere l'eventuale trasmissione interpersonale nelle famiglie (2). Tuttavia la numerosità dei casi segnalati nel mese di marzo non era inferiore rispetto a quella segnalata in gennaio e l'effettivo impatto di questo intervento dovrà essere valutato.

Sebbene il fenomeno sembri in esaurimento, l'epidemia non può ancora considerarsi conclusa. Nel frattempo sono giunte segnalazioni di altri casi di HAV "esportati" dalla Campania in altre regioni di Italia normalmente con bassa incidenza di HAV.

Il commento

Stefania Salmaso

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

Anche se le infezioni da HAV sono frequenti in Campania, la presente epidemia con più di 600 casi segnalati e distribuiti su molti comuni di residenza costituisce un evento anomalo da indagare. Uno degli ostacoli a una disamina tempestiva delle informazioni raccolte è stata la lunghezza dei tempi di trasmissione tra le strutture di assistenza che diagnosticano i casi e il coordinamento regionale che, secondo la prassi, vede le notifiche a cadenza mensile o al massimo ogni 15 giorni. Come già detto nell'articolo, per fornire un supporto alle attività di coordinamento è stata predisposta un'area Internet riservata agli operatori sanitari impegnati nella registrazione dei dati, chiamata EPOS (<http://epos.cineca.it>). In pratica, accedendo a EPOS gli utenti autorizzati possono trascrivere le informazioni sui singoli casi di malattia in studio su una base dati centralizzata visibile online in tempo reale da altri operatori sanitari, che devono essere a conoscenza dei dati. I dati registrati sono accessibili per via elettronica in modalità crittografata solo da utenti autorizzati, riconosciuti personalmente mediante username e password e mantenuti in modo protetto presso un server centrale. Il sistema, realizzato in modo sperimentale dal CINECA, è stato ideato dal Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive del CNESPS dell'ISS. Utilizzando i dati registrati il sistema fornisce in modo automatico la curva epidemica e alcune semplici tabulazioni con le frequenze dei casi per ASL, età, sesso. Inoltre, il sistema permette di identificare facilmente le informazioni mancanti per ogni singolo caso e quindi di effettuare una rapida verifica della qualità dei dati. La comunicazione online delle informazioni relative ai casi di malattie infettive non previene le infezioni, ma certamente aiuta a caratterizzare velocemente la situazione, a riunificare informazioni frammentate in strutture diverse e a condividere le evidenze su cui stabilire se effettuare un intervento.

Riferimenti bibliografici

1. Malfait P, Lopalco PL, Salmaso S, et al. An outbreak of hepatitis A in Puglia, Italy, 1996 *Euro Surveill* 1996;1(5):33-5.
2. Mele A, Jefferson T. The use of hepatitis A vaccine in Italy - evidence-based recommendations from an expert panel (Editorial). *Vaccine* 2003;21(19-20):22-3.

Comitato editoriale BEN

**Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso**

Full English version is available at: www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it