



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

Salutando Donato Greco

Da lunedì 10 maggio Donato Greco ha lasciato la direzione del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) e la direzione editoriale del BEN all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per diventare direttore generale della Prevenzione Sanitaria al Ministero della Salute.

Il dr. Greco, allora direttore del reparto Malattie Infettive del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (LEB), è stato il principale artefice del BEN, il cui primo numero è uscito nel dicembre 1980, immediatamente dopo il terremoto dell'Irpinia. Lo scopo dichiarato nell'editoriale era quello di "informare sulla base di dati correttamente verificati e controllati tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle popolazioni colpite dal terremoto in modo da orientare in un quadro generale analitico, gli interventi sia immediati sia a medio termine nel settore della prevenzione delle malattie soggette a ricovero... Tale strumento informativo che inizia la sua esistenza in un momento difficile di ricostruzione del Servizio Sanitario, dovrà estendere la sua diffusione alle altre Regioni, quale elemento di collegamento, di stimolo e di qualificazione informativa nel settore della sorveglianza epidemiologica, fino ad oggi sostenuto da saltuarie ed isolate iniziative di buona volontà a livello di alcune Regioni. Il suo futuro dipende dalla qualità dell'informazione, dalla collaborazione reciproca e dal suo utilizzo strumentale...". E questa scommessa il BEN effettivamente l'ha vinta uscendo, per molti anni, settimanalmente con una tiratura di 5000 copie e allargando il campo di interesse a molti altri settori epidemiologici.

Dopo un'interruzione di pubblicazione (13 anni) in una realtà ben più sviluppata di quella iniziale, in cui molte regioni avevano attivato bollettini o altre pubblicazioni periodiche, rinasce il BEN, uno dei progetti che più stava a cuore al dr. Greco, diventato nel frattempo direttore del LEB. Nelle sue intenzioni il BEN è una delle tre componenti di un costituendo Osservatorio Epidemiologico Nazionale, assieme al portale di epidemiologia EpiCentro e al Programma di Formazione Master in Epidemiologia, Profea. Il nuovo BEN è stato disegnato per rispondere ai cambiamenti in atto nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'idea di privilegiare la voce degli operatori, come pure di consegnare con regolarità i risultati dei sistemi

di sorveglianza coordinati dall'ISS. Citando le parole del dr. Greco nell'editoriale (gennaio 2001) "Conoscere e propagare i risultati del lavoro epidemiologico dell'azienda sanitaria, del singolo distretto, in modo semplice, ma tempestivo, è cosa di grande utilità per una comune crescita culturale, ma lo è ancor più per sostenere l'entusiasmo che è costantemente motore motivazionale dell'operatore dedicato alla sanità pubblica. Particolare attenzione sarà data alle indagini sulle epidemie, infettive e non: non per nostalgica reminiscenza di esperienze personali, ma proprio perché le indagini di campo sono occasioni uniche di conoscenza, occasioni non meno rilevanti di lunghi e costosi studi epidemiologici, spesso non a portata dell'operatore periferico." In queste righe c'è tutto quello che il manager di sanità pubblica ha fatto proprio in tanti anni di attività, come pure l'entusiasmo degli inizi dell'epidemiologo che non disdegna di rimboccarsi le maniche nel lavoro sul campo.

Invero, in questi anni, lo staff editoriale del BEN ha cercato di proseguire su questa filosofia. La politica editoriale è stata quella di servire come un forum per la condivisione delle molte interessanti e valide attività di sanità pubblica condotte a livello di ASL e a livello regionale, come pure di un gran numero di sistemi di sorveglianza.

Questa ottica della necessità di un approccio pratico alla sanità pubblica e di un più forte legame tra gli operatori locali e quelli a livello nazionale è stata anche la più forte motivazione della decisione del dr. Greco di accettare il nuovo incarico dopo venticinque anni di attività in ISS come lui stesso scrive nella lettera di saluto ai colleghi del CNESPS: "la reale volontà di costruire un legame stretto, corretto e funzionale tra Prevenzione, Ministero della Salute, CNESPS e Regioni...[e] di costruire e indirizzare programmi ove l'epidemiologia applicata sia essenziale e legata a concrete ricadute per il Paese".

Questo modo di vedere la sanità pubblica, misti al suo entusiasmo e alla sua energia mancheranno molto a tutti noi che abbiamo avuto il piacere di lavorare con lui, ma siamo certi che Donato sarà in grado di portare queste stesse caratteristiche a ulteriore servizio della salute della popolazione italiana. Gli auguriamo la migliore fortuna nel suo nuovo incarico e speriamo che andrà tutto...BEN per lui!

Antonella Lattanzi e il Comitato Editoriale del BEN

Inserto BEN - Not Ist Super Sanità 2004; 17 (5)

© Istituto Superiore di Sanità

Studi dal territorio

IL FUMO DI SIGARETTA E I COMPORTAMENTI LEGATI ALL'ALCOL FRA GLI ADOLESCENTI DELLE SCUOLE SUPERIORI DI CALTANISSETTA, 2003

**Anna Colucci¹, Silvia Colitti², Alberto Perra²,
Nancy Binkin², Antonino Bella² e Danilo Greco³**
per il Gruppo Epidemiologia in Azione 2003*

¹Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie
ed Immunomediate, ISS

²Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

³Centro per la Formazione Permanente
e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario
(CEFPAS), Caltanissetta

Una vasta gamma di comportamenti che implicano un rischio per la salute contribuiscono a provocare problemi sociali, disabilità e decessi in età adolescenziale. Questi comportamenti, spesso acquisiti durante la prima adolescenza, includono il fumo di sigaretta, l'alcol, la mancanza dell'uso del casco e l'abuso di sostanze stupefacenti. Tutte queste condizioni hanno effetti negativi, immediati e non, sulla qualità della vita dei ragazzi o su quella degli adulti che diventeranno.

La scuola è il luogo privilegiato dove incontrare i giovani per individuare i loro bisogni, valutare eventuali comportamenti a rischio e sulla base delle conoscenze acquisite, precisare interventi d'educazione alla salute e di prevenzione.

A tal scopo l'ASL 2 di Caltanissetta, l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS) hanno realizzato un'indagine fra i giovani che frequentano l'ultimo anno delle scuole secondarie. Questa nota presenta i risultati di due dei comportamenti sanitari studiati: il fumo di sigaretta e l'assunzione di alcol.

Lo studio si è svolto nel mese di maggio 2003 e ha coinvolto gli studenti dell'ultima classe delle scuole medie superiori di Caltanissetta. Utilizzando il metodo di campionamento a *cluster* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1), sono state selezionate 15 classi appartenenti a 10 scuole differenti, in maniera tale da ottenere risultati rappresentativi della totalità degli stu-

enti. La partecipazione degli studenti allo studio è stata elevata: 251 pari all'89% del totale (281) degli studenti frequentanti le classi campionate hanno risposto alle domande di un questionario anonimo e autocompilato.

Il 58% del campione è costituito da studentesse. L'età media dei partecipanti è di 18 anni (range 17-21 anni). Il 92% vive con entrambi i genitori, il 6% solo con la madre e il 2% solo con il padre.

Il 78% degli studenti intervistati ha fumato, almeno una volta nella vita e fra questi, il 23% prima dei 13 anni di età. Il 46% ha fumato negli ultimi 30 giorni, di cui il 49% ha fumato tutti e trenta i giorni. Tra i fumatori, il 59% ha dichiarato di fumare 5 sigarette o meno al giorno, il 39% da 6 a 20, e il 2% più di 20. Il 59% degli studenti, fra coloro i quali affermano di fumare regolarmente, dichiarano di aver provato a smettere.

Per quanto riguarda l'uso dell'alcol, il 25% degli studenti ha bevuto, per la prima volta, una bevanda alcolica quando aveva non più di 13 anni. Fra i giovani che hanno dichiarato di assumere alcol, la bevanda preferita è la birra (per l'86% dei ragazzi e per il 59% delle ragazze). Il consumo di superalcolici è equivalente a quello del vino e, per le ragazze, anche superiore (29% di superalcolici contro il 25% di vino). La motivazione principale per il bere è la necessità di stare in compagnia (78%).

Oltre un terzo (36%) dei ragazzi intervistati ha dichiarato di assumere alcolici fuori pasto (il 59% delle ragazze e il 36% dei ragazzi). Il 47% degli studenti ha riferito di aver fatto almeno un "binge" (5 o più unità, ciascuna delle quali equivale a circa 12 g di alcol, di bevande alcoliche nella stessa occasione) negli ultimi 30 giorni. In questo gruppo circa il 60% ha fatto un "binge" due volte nell'ultimo mese e circa il 20% più di dieci volte. Bere in modo eccessivo ("binge") predispone i ragazzi a problemi gravi (quali incidenti stradali, gravidanze indesiderate, disagio e depressione).

Per quanto riguarda alcol e guida, il 13% ha affermato di aver viaggiato, durante gli ultimi 30 giorni, in compagnia di un guidatore in stato d'ebbrezza. Il 77% non è adeguatamente informato sui tempi d'attesa necessari prima di mettersi alla guida per non rischiare incidenti stradali.

La scuola da un lato offre un'opportunità unica di raggiungere la grande maggioranza dei giovani e in un'età in cui non hanno ancora consolidato comportamenti potenzialmente dannosi per la loro salute. D'altro canto può rappresentare, per un giovane, l'ambiente più favorevole all'acquisizione d'informazioni, conoscenze e abilità comportamentali che favoriscano stili di vita più sani. In particolare, gli interventi scolastici per il fumo di sigaretta e per l'uso di alcol, si sono dimostrati tanto più efficaci quanto più sostenuti dall'azione dei genitori ed estesi alla comunità. Recenti indicazioni suggeriscono che gli interventi più efficaci a promuovere la presa di coscienza e scelte più favorevoli alla salute degli adolescenti non soltanto nel campo del fumo e dell'uso dell'alcol, si devono incentrare su 3 linee d'orientamento:

(*) Gruppo Epidemiologia in Azione 2003: Elisabetta Alliata, Concetta Anzalone, Valerio Aprile, Sandro Baldissera, Antonio Barbaro, Patrizia Bellochi, Anna Colucci, Rosario Cunsolo, Angelo D'Argenzio, Michele Dell'Ajra, Valerio De Grandi, Daniela Dodoli, Anna Duranti, Lorella Faraoni, Giuseppe Greco, Franco Ingala, Luisa Loli Piccolomini, Daniela Lombardi, Mina Lomuscio, Salvatore Lopresti, Patrizia Miceli, Oscar Mingozzi, Calogero Pace, Michelina Rallo, Magda Giulia Santini, Amalia Santoro, Salvatore Scodotto e Paolo Vareschi

- la messa in atto di un'etica scolastica;
- un ambiente scolastico che promuova la salute;
- la realizzazione di un lavoro con gli studenti attraverso attività di educazione alla salute curricolari (2).

In tal senso le strategie di prevenzione dei rischi legati al fumo e all'assunzione d'alcol passano attraverso l'informazione e il dialogo con gli studenti, lo sviluppo delle loro competenze affettive e sociali, la ricerca attiva di alternative al consumo d'alcol e fumo di sigaretta, il lavoro con l'entourage dei ragazzi (famiglia e comunità).

Il commento

Emanuele Scafato

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

Nel leggere l'articolo numerose considerazioni vengono sollecitate sugli stretti rapporti intercorrenti tra la missione della scuola intesa come luogo preposto all'istruzione e la costante discontinuità (e in alcuni casi carenza) di interventi formalizzati di educazione e promozione della salute da integrare in quelle complessive di educazione alla salute. I giovani trascorrono gran parte della giornata nelle aule scolastiche ed è fuori dubbio che possano (e debbano) in quelle ore ricevere importanti e significativi condizionamenti a fronte di adeguati stimoli legati alle relazioni tra coetanei ma anche con gli insegnanti (stimoli evidentemente non solo legati all'istruzione). I dati presentati dagli autori sono in linea con le analisi e le elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD recentemente diffusi nel corso dell'Alcohol Prevention Day 2004 (<http://www.iss.it/sitp/ofad/publ/ppdf/0020.pdf>) e sollecitano la necessità di attivazione di iniziative concrete che possano arrestare il dilagare dei rischi alcol-correlati tra i giovani, rischi evidentemente evitabili a fronte di un incremento della capacità critica dei giovani nei confronti delle pressioni al bere di cui sono oggetto da parte della società, della famiglia, dei pari, dei media, della pubblicità. È probabile che più che di etica scolastica ci sia la necessità dell'impianto radicale di un'azione costante e crescente di promozione della salute che non può essere considerata residuale rispetto ad altri fattori di rischio; l'alcol è in termini di invalidità, morbilità e mortalità di gran lunga più pericoloso di fumo, droghe o abitudini sessuali "non sicure" ma godendo di un'ampia accettabilità sociale è tuttora sottovalutato in termini di rischio dalla famiglia e dalla scuola.

Bere è una responsabilità e gli effetti negativi dei bere possono essere registrati, per assurdo, spesso a carico di chi sceglie liberamente di non bere o di bere moderatamente: è la triste differenza che separa, ad esempio, i morti alcol-correlati o gli invalidi "attivi" da quelli "passivi". L'ambiente scolastico, ove aperto al dialogo e opportunamente sensibilizzato a cogliere, attraverso gli insegnanti, i segnali evidenti di un disagio manifestato dal giovane, potrebbe agevolare la canalizzazione di problemi socio-relazionali verso adeguate

te forme di counselling che possano coinvolgere la famiglia che resta, comunque, il luogo primario in cui la salute e la capacità di reazione ai fattori di rischio dell'individuo si formano sin dalla più tenera età, in una dinamica costante e continua genitori-figli. Affettività familiare e socialità scolastica possono fare la differenza; famiglie e insegnanti devono avere la consapevolezza che gran parte degli esiti di salute legati ai comportamenti a rischio è una responsabilità da condividere nel rispetto e nella tutela del diritto dei giovani a crescere in una società che riconosca nella promozione della salute dei giovani il più importante investimento sociale in cui si possa contare per un futuro più sano per tutti.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Immunization coverage cluster survey*. Part A. The Manual Revision 7. WHO: Geneva; 2004.
2. Centre for Adolescent Health. *Evidence based health promotion: resources for planning*, n. 2. Adolescent health, May 2000 (www.dhs.vic.gov.au/phd/0003097).

ESTESO FOCOLAIO EPIDEMICO DI BOTULISMO DA TOSSINA TIPO B ASSOCIATO AL CONSUMO DI OLIVE VERDI IN SALAMOIA, MOLISE 2004

Fortunato D'Ancona¹, Amy Cawthorne¹, Lucia Pastore Celentano¹, Antonino Bella¹, Marco Massari¹, Fabrizio Annibaldi², Lucia Fenicia², Andrea Di Siena³, Carmen Montanaro², Paolo Aureli² e Stefania Salmaso¹

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

²Centro Nazionale per la Qualità degli Alimenti e per i Rischi Alimentari, ISS

³Dipartimento di Prevenzione, ASL 4, Molise

Un focolaio epidemico di botulismo da tossina di tipo B ha coinvolto 41 delle 73 persone che avevano cenato il 22 o il 24 febbraio, in un agriturismo del Molise. È stato condotto uno studio di coorte retrospettivo: il consumo di olive in salamoia, preparate artigianalmente nell'agriturismo, è risultato associato alla malattia (RR 2,89, IC = 95% 1,4-6,9).

In Italia erano già stati segnalati altri casi di botulismo associati al consumo di olive nere (1), ma è la prima volta che in Italia le olive verdi in salamoia sono risultate implicate, sebbene si tratti di un evento già descritto in un'epidemia a Tokio.

A partire dal 1° marzo 2004 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in pochi giorni ha ricevuto diverse segnalazioni di botulismo dal Molise e da regioni limitrofe. Le prime indagini, condotte dai Carabinieri per la Sanità (NAS), avevano dimostrato che tutti i casi aveva-

no cenato il 22 o il 24 febbraio in un agriturismo di Larino, una piccola città nel Nord-Est del Molise.

Il botulismo alimentare è una malattia neuroparalitica causata dall'ingestione di neurotossine prodotte da *Clostridium botulinum* o raramente da altri clostridi. Il periodo di incubazione del botulismo alimentare è in genere di 18-36 ore, ma varia tra 6 ore e 10 giorni. Tra i cibi implicati negli episodi di botulismo alimentare vi sono più frequentemente vegetali sotto olio (2), salicce e prosciutto (3), ma anche altri alimenti, talora inaspettatamente, danno luogo a focolai (4).

L'ISS, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione ASL 4 Molise, ha condotto uno studio di coorte retrospettivo somministrando un questionario strutturato su insorgenza di sintomi e consumo di alimenti presso l'agriturismo. Nessuno dei campioni di cibo sequestrati dai NAS presso l'agriturismo e inviati all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Teramo era risultato positivo per *C. botulinum*.

Sono state utilizzate le seguenti definizioni di caso tra coloro che avevano cenato presso l'agriturismo il 22 o il 24 febbraio 2004 e manifestato un quadro clinico compatibile con il botulismo (almeno 2 dei seguenti sintomi entro 10 giorni dalla cena: disfagia, secchezza della bocca prolungata, diplopia, disartria, debolezza delle estremità degli arti superiori e inferiori, visione sfuocata, dispnea, pupille fisse o dilatate, stipsi ostinata):

- *confermato*: caso con test di laboratorio positivo (tossina nel siero o spore di *C. botulinum* nelle feci);
- *probabile*: caso ricoverato e dimesso con diagnosi di botulismo o referto di visita oculistica attestante fissità o dilatazione pupillare;
- *possibile*: caso con il solo quadro clinico compatibile con botulismo.

I campioni di siero e feci sono stati testati presso l'ISS, per la ricerca della tossina botulinica con prove biologiche di tossicità in topo, di neutralizzazione o coltura seconda la metodica del CDC - Centers for Disease Control and Prevention (5) parzialmente modificata.

La lista dei cibi consumati, non disponibile presso l'agriturismo, è stata ricostruita mediante le interviste ai partecipanti alla cena.

Delle 73 persone che hanno cenato presso l'agriturismo il 22 o il 24 febbraio, sono state rintracciate e intervistate 66 persone delle quali 8 (100%) della cena del 22 e 58 (89,2%) della cena del 24. Trentacinque (53%) erano di sesso femminile. Cinque (7,6%) tra 0 e 14 anni, 54 (81,8%) tra 15 e 64 anni, 7 più di 64 anni. Tre sono stati classificati come casi confermati, 19 come probabili e 19 come possibili. Il tasso di attacco complessivo (utilizzando tutti i soggetti identificati come casi) tra i partecipanti alla cena è stato del 62,1%. Il tasso di attacco per ciascuno dei 10 tavoli (1 il 22 febbraio, 9 il 24 febbraio) varia dal 10 all'88%.

Il primo caso per ogni cena si è manifestato entro 24 ore. La mediana del periodo di incubazione nei 66 casi è stata di 2,68 giorni (range 24 ore-10% giorni).

I sintomi più frequenti sono stati bocca secca (92,7%), disfagia (87,8%) e stipsi (73,2%). Dei 41 ca-

si, 17 sono stati ricoverati in ospedale, 5 dei quali in reparto di terapia intensiva ma senza ventilazione assistita. Non si è verificato alcun decesso.

Tre dei 24 campioni di feci (12,5%) sono risultati positivi per spore di *C. botulinum* produttore di tossina di tipo B. Nessuno dei 5 sieri testati è risultato positivo.

Nell'analisi univariata i tassi di attacco sono risultati più alti tra coloro che hanno consumato olive verdi in salamoia di produzione dello stesso agriturismo (RR 2,89, IC = 95% 1,34-6,26), rustici (RR 1,53, IC = 1,04-2,26) e limoncello (RR 1,53, IC = 1,11-2,11) rispetto a coloro che non hanno mangiato o assaggiato questi alimenti. All'analisi multivariata l'unico alimento con un rischio significativo è rimasto le olive verdi. Non è stato reperito, per la ricerca di spore, un campione delle stesse olive consumate durante le cene; tuttavia il pH, riscontrato su un altro campione di olive sequestrato nello stesso agriturismo, era insolitamente elevato (pH 6,20) per questo tipo di conserve: le olive in salamoia durante la preparazione producono naturalmente un ambiente acido che inibisce la crescita del *C. botulinum*. La procedura di preparazione di queste olive in salamoia, descritta dal proprietario dell'agriturismo, mostrava dei punti a rischio di contaminazione botulinica (uso di quantità di sale non predefinite, cambio totale della salamoia dopo 28 giorni). Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione della ASL 4 Molise ha provveduto a identificare in dettaglio queste fasi e a istruire il proprietario dell'agriturismo sulle corrette procedure di preparazione del cibo.

In questo esteso focolaio di botulismo, l'identificazione del probabile alimento coinvolto è avvenuta tramite indagine epidemiologica e non tramite indagine ambientale: ciò conferma l'importanza di condurre tempestivamente una corretta indagine epidemiologica con studi analitici per potere identificare il veicolo dell'intossicazione e predisporre azioni di prevenzione e controllo.

Riferimenti bibliografici

1. Fenicia L, Ferrini AM, Aureli P. Epidemia di botulismo da olive nere. *Industrie Alimentari* 1992;(31):307-8.
2. D'Argenio P, Palumbo F, Ortolani R, et al. Type B botulism associated with roasted eggplants in oil. *MMWR* 1993; 44(2):33-6.
3. Therre H. Botulism in the European Union. *Eurosurveillance* 1999; 4(1):1-7.
4. Aureli P, Di Cunto M, Maffei A, et al. An outbreak in Italy of botulism associated with a dessert made with mascarpone cream cheese. *European Journal of Epidemiology* 2000; 16:913-8.
5. Botulism in the United States, 1899-1996: *Handbook for epidemiologists, clinicians, and laboratory workers*. 1998. Atlanta: CDC, 1998.

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, 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