



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

STUDI DAL TERRITORIO

LA SORVEGLIANZA DURANTE LE OLIMPIADI INVERNALI DI TORINO 2006

Team di Consulenza Epidemiologica per le Olimpiadi*

Dal 10 al 26 febbraio 2006 la città di Torino ospita l'edizione invernale dei Giochi olimpici e successivamente, dal 10 al 19 marzo, i Giochi paraolimpici. Come per ogni evento di massa, alle autorità sanitarie è richiesto un importante impegno per identificare e gestire tempestivamente gli eventi che riguardano lo stato di salute della popolazione.

Per questo motivo, le autorità sanitarie della regione Piemonte, il Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute (CCM) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con la regione Lombardia, hanno attivato un sistema di sorveglianza che verrà mantenuto per tutta la durata dei Giochi, olimpici e paraolimpici. L'obiettivo è quello di rilevare precocemente delle specifiche emergenze di salute pubblica, per poter intervenire tempestivamente ed in maniera efficace, controllando o quantomeno minimizzando gli effetti negativi.

Questo articolo descrive il contesto, l'organizzazione dei sistemi di sorveglianza ed i metodi che sono stati sviluppati per analizzare i dati ed assicurare informazione e comunicazione

tra le istituzioni coinvolte, gli operatori sanitari e il pubblico.

I Giochi invernali si svolgono nella zona occidentale del Piemonte, nella provincia di Torino, coperta da sei Aziende Sanitarie Locali (ASL). Durante le Olimpiadi, l'assistenza sanitaria viene fornita sia dal Sistema sanitario regionale, sia da un sistema sanitario *ad hoc* predisposto dal Comitato olimpico (Toroc).

Nell'ambito del Sistema regionale, sono stati selezionati 15 ospedali come "ospedali olimpici" per fornire assistenza durante i Giochi. Per le emergenze, è stato potenziato il servizio di 118. Per i casi non urgenti, è stato potenziato il servizio di guardia medica, attivo ogni giorno 24 ore su 24.

Il servizio sanitario fornito dal Toroc fornisce invece assistenza alle persone presenti nell'area olimpica, che comprende i tre villaggi olimpici dove risiedono gli atleti e i siti di gara. Ogni villaggio olimpico ha al suo interno un centro di prima assistenza che può fornire assistenza diagnostica e terapeutica. Nei siti di gara, invece, sono presenti diversi ambulatori di primo soccorso. Nessuna di queste strutture può rico-

verare pazienti che, in caso di bisogno, vengono trasferiti in uno dei 15 ospedali olimpici.

Per quanto riguarda la sorveglianza, il Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SEREMI) ha il compito di coordinare il sistema. Il CCM e l'ISS collaborano con il SEREMI nell'ambito del team di consulenza epidemiologica; questo team funge anche da punto di contatto tra le strutture nazionali ed internazionali coinvolte nella gestione del rischio sanitario.

L'obiettivo principale della sorveglianza è rilevare qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica ed organizzare una risposta tempestiva e appropriata. Il sistema è stato realizzato coordinando e rinforzando le sorveglianze già esistenti, ed istituendone di nuove. Funziona quindi come un sistema integrato di sorveglianza *ad hoc*, presente in tutte le strutture coinvolte nelle Olimpiadi invernali, ovvero le sei ASL, gli ospedali olimpici e i siti olimpici serviti dal Toroc.

In particolare, vengono utilizzati i seguenti canali informativi:

- notifiche obbligatorie delle malattie infettive;
- sorveglianza di infezioni batteriche invasive basata sui dati di laboratorio;
- sorveglianza sentinella delle sindromi simil-influenzali;

(*)Vittorio De Micheli (Regione Piemonte, Torino); Roberto Raso, Donatella Tiberti, Antonella Barale, Lorenza Ferrara, Daniela Lombardi, Silvana Malaspina, Carlo di Pietrantonj (SEREMI, Alessandria); Luigi Macchi, Antonio Fanuzzi, Annamaria Rosa (Regione Lombardia, Milano); Franca Davanzo (Centro antiveleni, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano); Maria Luisa Farina (Centro antiveleni, Ospedali Riuniti, Bergamo); Carlo Locatelli (Servizio di tossicologia, Centro antiveleni e Centro nazionale di informazione tossicologica, IRCCS Fondazione Maugeri, Università degli studi, Pavia); Luisa Sodano, Giuseppe Salamina (Ministero della Salute, CCM, Roma); Fortunato Paolo D'Ancona, Antonino Bella, Laura Settini, Marta Ciofi degli Atti (Istituto Superiore di Sanità, Roma).

- sorveglianza dell'esposizione a sostanze tossiche basata sui Centri antiveleni;
- sorveglianza sindromica.

Di queste cinque fonti informative, le prime tre sono basate su sistemi di sorveglianza già esistenti che sono stati potenziati per l'occasione. La sorveglianza dell'esposizione a sostanze tossiche basata sui Centri antiveleni e la sorveglianza sindromica sono invece state attivate appositamente per le Olimpiadi.

Di seguito è riportata una breve descrizione di ciascun canale informativo.

Notifiche obbligatorie delle malattie infettive

Il sistema delle notifiche obbligatorie, in vigore nella sua veste attuale dal 1991, copre tutte le malattie infettive.

Nell'ambito del sistema, i medici che diagnosticano o sospettano una malattia infettiva devono segnalare il caso alla ASL di riferimento, che ha il compito di indagare il caso e prendere le opportune misure di controllo. Fatta eccezione per alcune specifiche malattie (tra cui il colera, la febbre gialla e la peste), di regola le ASL trasmettono le notifiche a livello regionale e nazionale una volta al mese. Per le Olimpiadi, il sistema è stato modificato in modo da renderlo più tempestivo. Ai medici delle strutture coinvolte nell'assistenza olimpica (ospedali olimpici, servizio 118, guardia medica, 6 ASL di riferimento, strutture del Toroc), è stato richiesto di segnalare immediatamente alle ASL qualsiasi caso sospetto facendo riferimento a una lista di 20 malattie^(a), con invio dei dati immediato al SEREMI. Per tutte le altre malattie, la trasmissione dei dati dalle ASL al SEREMI avviene su base giornaliera, anziché mensile.

Sorveglianza di infezioni batteriche invasive basata sui dati di laboratorio

Dal 2001, tutti i 45 laboratori microbiologici pubblici del Piemonte partecipano alla sorveglianza delle infezioni batteriche invasive, segnalando i pazien-

ti con un isolato batterico da sangue o *liquor* cefalo-spinale. Dodici di questi laboratori si trovano nell'area in cui si svolgono le Olimpiadi, e riportano quotidianamente le informazioni sui casi al SEREMI.

Sorveglianza sentinella delle sindromi simil-influenzali

Il sistema di sorveglianza sentinella delle sindromi simil-influenzali, in vigore dal 2000 e basato sulle segnalazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, è stato anch'esso potenziato. In Piemonte partecipano al network 50 medici, di cui 22 presenti nell'area coinvolta nei Giochi olimpici. Secondo il protocollo di sorveglianza, i medici trasmettono il numero di casi (aggregati per fasce di età) ogni settimana. Durante le Olimpiadi, i 22 medici trasmettono i dati su base giornaliera.

Sorveglianza dell'esposizione a sostanze tossiche basata sui contributi dei Centri antiveleni (CAV)

Durante le Olimpiadi è stato stabilito un network dei tre CAV di riferimento per il Piemonte, comprendenti i tre CAV di Milano, Pavia e Bergamo. Questi centri inviano ogni giorno al SEREMI tutti i dati relativi alle richieste di consulenza provenienti dal Piemonte. Per ogni consulenza prestata, vengono trasmesse varie informazioni tra cui la data e il luogo dell'esposizione, le principali caratteristiche dei pazienti esaminati (ad esempio sesso ed età), le modalità di esposizione (ad esempio accidentale, autolesiva, dolorosa) l'agente coinvolto (ad esempio cibi, farmaci, fattori ambientali), e i segni e sintomi clinici associati all'esposizione.

Sorveglianza sindromica

La sorveglianza sindromica è stata organizzata specificamente in occasione dei Giochi olimpici. È stato stilato un elenco di 13 sindromi^(b), che vengono segnalate da tre diverse fonti:

- siti di assistenza sanitaria gestiti dal Toroc;
- i 7 ospedali olimpici più vicini ai punti in cui si svolgono le gare;
- il servizio di guardia medica.

I dati forniti vengono trasmessi quotidianamente al SEREMI e analizzati separatamente per le tre fonti.

Tutti i dati raccolti dai vari canali sono analizzati separatamente su base giornaliera dal SEREMI e dal team di consulenza epidemiologica, confrontando la distribuzione dei casi e delle sindromi con la media osservata nei sette giorni precedenti.

Per una efficiente comunicazione dei risultati, viene redatto un bollettino giornaliero, pubblicato contemporaneamente sul sito web del SEREMI creato specificatamente per le Olimpiadi (www.saluteolimpiadi.it), del CCM (www.ccm.ministerosalute.it/) e dell'ISS (www.epicentro.iss.it). Ogni giorno viene pubblicata una sintesi dei risultati, attribuendo un codice colore alla loro valutazione complessiva (bianco: niente da segnalare; giallo: soglia di attenzione, aumento entro i valori attesi; arancio: accertamenti epidemiologici in corso, superamento dei valori attesi; rosso: interventi in corso, stato di allerta/allarme).

Per facilitare lo scambio di informazioni tra i membri del team di consulenza epidemiologica è stata messa in piedi anche una *web community* protetta da *password*.

Il CDC europeo (ECDC) fornisce inoltre supporto inviando informazioni aggiornate sulle minacce di salute pubblica a livello internazionale e in caso di indagini internazionali. Infine, data la contiguità geografica con la Francia, sono stati stabiliti contatti con i referenti francesi, in modo da facilitare lo scambio di informazioni ed avviare, se necessario, interventi congiunti. Durante i giochi olimpici (10-26 febbraio 2006) non sono stati evidenziati eventi di rilievo, ed i codici colore delle giornate sono stati sempre bianco o giallo.

(a) antrace, botulismo, colera, difterite, epatite virale, febbri emorragiche virali, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, legionellosi, meningite batterica, morbillo, peste, poliomielite, rabbia, tifo esantematico, tossinfezione alimentare, trichinosi, tularemia, vaiolo, tubercolosi.

(b) sindrome respiratoria con febbre, sindrome gastroenterica senza sangue nelle feci, diarrea con sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi, febbre con rash, linfadenite con febbre, sindrome neurologica acuta, sindrome itterica acuta, sindrome emorragica acuta, sindrome neurologica periferica (simil-botulinica), lesione cutanea localizzata, sepsi o shock di origine sconosciuta, stato comatoso, morte inspiegata.

STUDI DAL TERRITORIO

“SFUMIAMO I DUBBI”: PROGETTO PER LA PREVENZIONE DEL FUMO DI TABACCO TRA GLI STUDENTI

Annarosa Pettenò ¹, Federica Michieletto ², Alberto Perra ³, Elizabeth Tamang ¹

¹ Centro Regionale di Riferimento per la Prevenzione- Direzione per la Prevenzione, Regione Veneto, Venezia

² Direzione per la Prevenzione, Regione Veneto, Venezia

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

Il fumo di tabacco è uno dei principali fattori di rischio per la salute sia del fumatore sia delle persone che gli stanno accanto. Dannoso ad ogni età, il rischio tuttavia di sviluppare una malattia fumo-correlata è strettamente dipendente dalla data di inizio di tale abitudine. Le ricerche svolte negli ultimi anni suggeriscono che in molti Paesi tra i giovani e giovanissimi sta aumentando l'abitudine a fumare, in particolare, tra le ragazze. Lo stesso scenario, purtroppo, si registra anche nel Veneto, dove da indagini recenti è emerso che tra i giovani intervistati hanno provato a fumare il 16% degli 11enni, il 42 % dei 13enni ed il 60% dei 15enni, mentre hanno dichiarato di fumare regolarmente (almeno 1 volta alla settimana) il 3% degli 11enni, l'11% dei 13enni ed il 29% dei 15enni (1). Emerge pertanto l'importanza di intervenire tempestivamente e con efficacia per prevenire il diffondersi dell'abitudine al fumo tra i giovani. A tal fine gli interventi di educazione e promozione della salute in ambito scolastico sono da tempo considerati una delle strategie d'elezione per ritardare l'iniziazione al fumo e modificare conoscenze e atteggiamenti sull'uso del tabacco fra i giovani (2). Studi recenti hanno evidenziato che i programmi che utilizzano gruppi di pari (per esempio studenti nelle scuole) si rivelano generalmente più efficaci rispetto a insegnanti e/o operatori sanitari, probabilmente poiché agiscono sulle norme instauratesi nel gruppo (3). I pari sono percepiti come dei simili del gruppo bersaglio, credibili, fidati e attraenti fonti di informazione, e possono fornire un'importante funzione di modello in termini di atteggiamenti, abilità sociali, e comportamenti (4). I pari infine permettono il passaggio da un coinvolgimento passivo ad una partecipazione attiva della popolazione bersaglio (5).

Nel corso degli anni scolastici 2003-04 e 2004-05 è stato sperimentato il progetto "Sfumiamo i dubbi", volto alla prevenzione del tabagismo nelle scuole secondarie di II grado e basato sulla metodologia della *peer education*.

Il progetto ha l'obiettivo di costituire a breve termine, in ciascun istituto secondario coinvolto, un gruppo di studenti (definiti *Peer Educator*, PE) con conoscenze e capacità per condurre iniziative presso i compagni della stessa scuola, per la prevenzione del tabagismo. Lo scopo è quello di ottenere nel medio termine un miglioramento di conoscenze e atteggiamenti tra gli alunni delle classi target. Parallelamente alla

realizzazione dell'intervento è stato predisposto un piano di valutazione con la partecipazione dei gruppi di interesse (ragazzi, insegnanti, genitori) che, fra i suoi obiettivi, si prefigge anche di documentare la validità dell'intervento per riproporlo eventualmente in altre realtà scolastiche.

La sperimentazione dell'intervento è stata attuata in alcuni istituti superiori del Veneto, in collaborazione con le Aziende ULSS e con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (Tabella 1). In ciascun istituto è stato costituito un gruppo di PE selezionando, con criteri standardizzati, almeno 2 ragazzi non fumatori appartenenti alle classi terze.

Tabella 1 - Azioni e tempi del progetto "Sfumiamo i dubbi"

| Azioni | Tempi |
|---|--|
| Presentazione del progetto a docenti, studenti e genitori | Spazio all'interno del Consiglio d'Istituto o in altre occasioni opportune <i>Novembre-Dicembre</i> |
| Incontro con gli insegnanti di riferimento delle classi terze e con i referenti alla salute | 1h <i>Dicembre</i> |
| Selezione degli Educatori tra Pari | 1h, in orario scolastico, per ogni gruppo classe <i>Gennaio</i> |
| Formazione degli EP | Almeno 10 h in orario scolastico o extrascolastico <i>Gennaio-Febbraio</i> |
| Sperimentazione in una classe III° | 1h, in orario scolastico <i>Marzo</i> |
| Supervisione della sperimentazione | Almeno 1 h, in orario scolastico o extrascolastico <i>Marzo</i> |
| Intervento nelle classi prime e/o seconde dell'Istituto | Almeno 1h, in orario scolastico, per ogni classe <i>Marzo-Aprile</i> |
| Monitoraggio, valutazione e programmazione iniziativa d'Istituto | Almeno 3 h, in orario scolastico o extrascolastico <i>Aprile</i> |
| Conclusione dell'iniziativa a livello d'Istituto | Giornata Mondiale senza Tabacco <i>31 Maggio</i> |
| Restituzione dell'esperienza a docenti, studenti e genitori | Spazio all'interno del Consiglio d'Istituto o in altre occasioni opportune <i>Maggio-Giugno</i> |

Tabella 2 - Tipo di valutazione attuata

| Valutazione | Componenti |
|-------------|--|
| Di processo | <ul style="list-style-type: none"> attività realizzate in tempi e modi previsti adeguatezza delle risorse impiegate appropriatezza del metodo e dello strumento di selezione dei <i>peer educator</i> efficacia della formazione dei <i>Peer Educator</i> (PE) partecipazione dei gruppi di interesse |
| Gradimento | del target (PE e studenti), insegnanti, genitori e quanti hanno partecipato all'intervento |
| Outcome | a breve termine: cambiamenti nella conoscenza e negli atteggiamenti |

Ogni gruppo di PE così costituito ha partecipato ad un corso di formazione della durata di almeno 10 ore basato su metodi interattivi, quali *role playing*, fotolinguaggio, lavori di gruppo, ecc., tenuto da operatori qualificati (psicologi e sociologi). Ciascuna coppia di PE ha poi lavorato individualmente per la progettazione e la realizzazione di un intervento educativo svolto prima, in forma sperimentale, nella propria classe o in un'altra terza e poi ripetuto in una o più classi prime (e seconde). A conclusione dell'anno scolastico l'intero istituto veniva coinvolto in un evento di sensibilizzazione al problema del tabacco con diverse iniziative, quali un concerto, un concorso o una caccia al tesoro.

Gli operatori hanno accompagnato i PE durante tutto il percorso della sperimentazione, anche con momenti di supervisione e monitoraggio delle attività svolte.

Alla sperimentazione hanno aderito 11 Aziende ULSS del Veneto con 38 operatori qualificati, formati preventivamente in due corsi specifici. Sono stati coinvolti 16 istituti secondari di diverse tipologie, per un totale di 291 PE formati e 227 interventi svolti nelle classi di appartenenza e in altre classi.

La valutazione, articolata nella sue diverse componenti (Tabella 2), ha assunto valore strategico nella misura in cui la partecipazione dei gruppi di interesse ne ha promosso l'*empowerment*, migliorando gli effetti attesi dall'intervento. I risultati, documentati attraverso metodi quantitativi (questionari standardiz-

zati e diari compilati in tempi diversi dai gruppi di interesse al progetto) e qualitativi (*focus group*), dimostrano che l'intervento è stato giudicato molto positivamente dai diversi gruppi di interesse. Oltre il 91% dei PE l'ha considerata un'esperienza positiva e la consiglierebbe ad un amico. Il 75% dei ragazzi delle classi che hanno accolto i PE consideravano l'intervento utile o interessante e il 20% di loro si candiderebbe per fare il PE. Gli insegnanti, pur ritenendo positivo il metodo della PE, hanno mostrato perplessità sulle competenze possedute dai PE e sull'opportunità di affidare la classe a dei minorenni, o addirittura esprimendo il timore che l'intervento potesse indurre al fumo ragazzi non fumatori.

Più specificamente, rispetto all'abitudine al fumo, i PE e i loro compagni di scuola, al tempo stesso attori e beneficiari dell'intervento, dimostrano un aumento di conoscenze (per i PE fino all'81%) sugli effetti e sui danni da fumo e un miglioramento degli atteggiamenti positivi (accordo sul divieto di fumo nella scuola, per esempio) o dell'immagine che i ragazzi hanno del fumatore. Infatti, prima del percorso formativo, l'85% degli interpellati giudicava un fumatore come una persona

di successo; successivamente questa percentuale è scesa al 30%, mentre per i non fumatori la diminuzione di questa percentuale è ancora più marcata, passando dal 58% al 4%.

L'intervento nel suo complesso ha dato risultati positivi e indicato diversi punti, quale ad esempio il coinvolgimento degli insegnanti, da migliorare in vista di una auspicabile estensione ad altre scuole. Restano tuttavia da studiare e documentare gli effetti della PE sui ragazzi a media e a lunga scadenza, che in esperienze condotte in altri Paesi non hanno prodotto risultati univoci.

Ci si attende che i vari gruppi di PE continuino l'attività educativa all'interno del proprio istituto anche nei prossimi anni, venendo a costituire un approccio stabile per la promozione di una "Scuola Libera dal Fumo". Tuttavia, per consolidare questi risultati a lungo termine l'intervento della *peer education* dovrà essere integrato con altri interventi in ambito scolastico e comunitario (6).

Riferimenti bibliografici

1. Tyczynski J, Bray F, Maxwell Parkin D. Lung cancer in Europe in 2000: epidemiology, prevention, and early detection. *Lancet Oncology* 2003; 4:45-55.
2. *Prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani*, Effective Health Care-edizione italiana, vol. 4 n. 3 - maggio-giugno 2000.
3. Conte M, Floris F (Ed.). La peer education. In: *Quaderni di animazione e formazione*. Torino: Gruppo Abele EGA; 2003.
4. Croce M, Gemmi A (Ed.). *Peer education Adolescenti protagonisti nella prevenzione*. Milano: FrancoAngeli; 2003.
5. Dalle Carbonare E, Ghiottoni E, Rosson S (Ed.). *Peer educator Istruzioni per l'uso*. Milano: FrancoAngeli; 2004.
6. Pellai A, Rinaldin V, Tamburini B. *Educazione tra pari Manuale teorico-pratico di empowered peer education*. Trento: Erickson; 2002.
7. www.regione.veneto.it/prevenzione

Comitato editoriale BEN

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

e-mail: ben@iss.it