

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

L'INCIDENZA ONCOLOGICA NEI SITI DI INTERESSE NAZIONALE PER LE BONIFICHE DELLA SICILIA PER IL PERIODO 2007-11

Antonella Usticano, Achille Cernigliaro, Gabriella Dardanoni, Salvatore Scodotto
e Gruppo Referenti Rete Regionale dei Registri Tumori della Sicilia*

Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana, Palermo

SUMMARY (*Cancer incidence in the sites of national interest for the reclaim project in Sicily, 2007-11*) - In Sicily four sites of national interest for reclaiming (SNI) have been identified: Augusta-Priolo, Gela, Milazzo and Biancavilla. Several epidemiological studies found an alteration of health conditions among residents, possibly associated with the exposure to environmental contamination present in these sites. In Sicily, a special program of health interventions in environmentally risk areas started in order to set up an epidemiological surveillance and to implement preventive interventions. The present analysis provides an estimate of cancer incidence, updated to 2007-11, for populations living in the SNI, covered by the Regional Network of Cancer Registries. The incidence data confirm the excess of specific cancers among populations living in the SNI. In particular, the excess incidence of mesothelioma and lung cancer in the areas of Augusta-Priolo, Gela and Milazzo seems to indicate a possible etiologic role of exposure related to the many industrial farms and, in part, to environment. For the area of Biancavilla the carcinogenic role of fluoroedenite is confirmed, being the main factor for the excess of mesothelioma incidence.

Key words: high environmental risk area; incidence; preventive interventions

achille.cernigliaro@regione.sicilia.it

Introduzione

In Sicilia sono stati individuati quattro siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN): Augusta-Priolo, Gela, Milazzo e Biancavilla, già dichiarati dalla normativa regionale "aree ad elevato rischio di crisi ambientale". Le aree di Augusta-Priolo, Gela e Milazzo sono caratterizzate dalla presenza di poli industriali a principale vocazione petrolchimica, mentre il SIN di Biancavilla è stato individuato per la presenza di una cava contenente fluoroedenite, fibra asbestiforme di origine naturale. Negli ultimi anni la sorveglianza epidemiologica in questi siti è andata intensificandosi, al fine di migliorare la prevenzione, la diagnosi e la cura delle patologie associate agli inquinanti. Diversi studi epidemiologici hanno evidenziato una possibile associazione tra esposizione ai contaminanti ambientali in questi siti e alterazione delle condizioni di salute delle popolazioni residenti. È stato avviato in Sicilia uno specifico programma straordinario di interventi sanitari in queste aree, prevedendo tra l'altro il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica e il potenziamento degli interventi di prevenzione (1). Obiettivo di questo studio è fornire una stima dell'incidenza dei tumori, aggiornata al periodo 2007-11, nelle popolazioni residenti nei Comuni che ricadono all'interno dei SIN siciliani, coperti dalla Rete Regionale dei Registri Tumori della Sicilia.

Metodi

Per l'analisi dell'incidenza della malattia oncologica nei SIN siciliani è stata usata la base dati derivante dal flusso informativo della Rete Regionale dei Registri Tumori della Sicilia, aggiornata al periodo 2007-11. Le aree in studio comprendono, oltre i Comuni in cui insistono i poli industriali e la cava di fluoroedenite, anche altri Comuni che sono stati riconosciuti dalla normativa come aree esposte e pertanto inseriti nei programmi di bonifica. Per stimare il carico di tumori nei SIN è stata confrontata l'incidenza nella popolazione residente nei Comuni delle aree di interesse con quella di popolazioni considerate di riferimento. Il SIN di Augusta-Priolo comprende i Comuni di Augusta, Floridia, Melilli, Priolo Gargallo e Solarino; il SIN di Gela comprende i Comuni di Butera, Gela e Niscemi; il SIN di Milazzo comprende i Comuni di Condò, Merì, Milazzo, Pace del Mela e San Filippo del Mela; infine il SIN di Biancavilla considera il solo Comune di Biancavilla. Sono stati identificati diversi livelli di confronto:

- uno locale con le popolazioni che risiedono in aree limitrofe definite nell'ambito di precedenti indagini, cioè i Comuni entro un raggio di 39 km per l'area di Augusta-Priolo, di 40 km per l'area di Gela e infine di 15 km per l'area di Milazzo. Per l'area di Biancavilla vengono considerati i restanti Comuni del cono vulcanico, nell'ipotesi che questi sono i Comuni che condividono maggiori fattori al di là della specifica esposizione (2, 3);
- un confronto esterno regionale che include le popolazioni di tutte le province (compresi i SIN) per l'intero periodo in studio, a eccezione della provincia di Trapani, i cui anni di registrazione si fermano al 2009 e di Agrigento, per la quale i dati di registro non sono ancora accreditati;
- infine, un confronto con la popolazione residente nelle tre città delle aree metropolitane di Catania, Messina e Palermo, accorpate e considerate complessivamente.

(* Gruppo Referenti Rete Regionale dei Registri Tumori della Sicilia): G. Candela, M.L. Contino, R. Cusimano, A. Madeddu, S. Sciacca, A. Traina, R. Tumino, F. Vitale.

Poiché l'area a rischio di Augusta-Priolo comprende anche il Comune di Siracusa, che presenta caratteristiche tipiche di una realtà urbana, è stato ritenuto opportuno stratificare l'analisi considerandolo separatamente. L'analisi dell'incidenza è stata condotta per il totale dei tumori, a esclusione di quelli della cute non melanoma e per ciascuna delle 35 sedi tumorali secondo la 10^a Classificazione Internazionale della Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10). Tale studio segue il medesimo criterio di evidenza a priori di associazione con le fonti di emissione, così come definito nell'ambito dello studio SENTIERI (4). I dati delle popolazioni residenti utilizzati nelle analisi derivano dalle stime intercensuarie anno-specifiche della popolazione Istat 2007-11 (5). Sulla base dei livelli di confronto sono stati calcolati i rapporti standardizzati d'incidenza (RSI), e i relativi intervalli di confidenza al 95%, in base all'ipotesi che i casi osservati seguano una distribuzione di Poisson, operando un rapporto tra casi osservati durante il periodo in studio nei residenti nell'area e casi attesi ottenuti applicando alla stessa popolazione, i tassi età-specifici della popolazione di riferimento. Gli RSI sono stati calcolati stratificando per genere e causa in tutti i confronti e aggiustando per indice di deprivazione nel confronto regionale. Tale indice è stato costruito su base comunale, utilizzando i dati dell'ultimo censimento Istat (6).

Risultati

Di seguito vengono riportati i risultati delle stime di incidenza per le cause tumorali, per le quali sono stati evidenziati eccessi statisticamente significativi sul confronto locale, evidenziando eventuali eccessi anche sugli altri livelli di confronto.

Nell'area di Augusta-Priolo, nell'ambito dei tumori con evidenza a priori di associazione definita dal progetto SENTIERI "sufficiente" o "limitata" con esposizioni ambientali presenti nell'area (4), il mesotelioma (16 casi osservati, RSI = 271; IC: 155-440) ha mostrato eccessi statisticamente significativi negli uomini, rispetto al confronto locale e verso le città metropolitane. Si osservano, inoltre, eccessi di melanoma (26 casi osservati, RSI = 183; IC: 119-268), tumore della prostata (197 casi osservati, RSI = 120; IC: 104-138), linfoma di Hodgkin (17 casi osservati, RSI = 229; IC: 133-367) e di leucemia mieloide cronica (4 casi osservati, RSI = 773; IC: 207-1969) tra gli uomini, mentre nelle donne si osservano eccessi di incidenza per leucemia linfocitica (13 casi osservati, RSI = 312; IC: 166-533), leucemia mieloide acuta (9 casi osservati, RSI = 238; IC: 109-452), leucemia linfocitica acuta (8 casi osservati, RSI = 496; IC: 214-979) e tumore dell'utero (81 casi osservati, RSI = 127; IC: 102-160); questi ultimi due tumori anche nel confronto con le città metropolitane. L'analisi condotta separatamente per il Comune di Siracusa mostra un eccesso di incidenza per mesotelioma (25 casi osservati, RSI = 320; IC: 207-472) negli uomini (anche sugli altri due livelli di confronto) e per tumore del polmone nelle donne (75 casi osservati, RSI = 156; IC: 123-196). Per le altre patologie con un'associazione definita inadeguata con le esposizioni presenti nel SIN, si evidenziano eccessi di incidenza per melanoma (33 casi osservati, RSI = 181; IC: 125-254), tumore della prostata (286 casi osservati, RSI = 135; IC: 120-151) e per tumore della vescica (210 casi osservati, RSI = 125; IC: 109-143) negli uomini e per tumore del pancreas (51 casi osservati, RSI = 137; IC: 102-180), del collo dell'utero (33 casi osservati, RSI = 156; IC: 107-219), dell'utero (120 casi osservati, RSI = 135; IC: 112-1612) e della vescica (46 casi osservati, RSI = 149; IC: 109-198) nelle donne. Sempre nel Comune di Siracusa gli eccessi per tumore della prostata e della vescica evidenziati negli uomini permangono, sebbene attenuati, anche nel confronto regionale.

Per il sito di Biancavilla, nell'ambito dei tumori con evidenza a priori sufficiente, il mesotelioma (6 casi osservati, RSI = 450; IC: 165-982) ha mostrato eccessi su tutti i confronti per entrambi i generi, ma in misura maggiore nelle donne (3 casi osservati, RSI = 665; IC: 134-1948). Negli uomini si osservano inoltre eccessi di incidenza per il tumore del colon-retto (38 casi osservati, RSI = 108; IC: 158-255) nel confronto locale.

Nell'area di Gela, nell'ambito dell'evidenza a priori, il tumore del polmone ha mostrato eccessi solo nelle donne (43 casi osservati, RSI = 139; IC: 100-187). Altre patologie, per le quali non vi è evidenza a priori, che mostrano eccessi, sono risultate: tutte le sedi tumorali uomini (1.261 casi osservati, RSI = 109; IC: 103-115) e donne (978 casi osservati, RSI = 107; IC: 101-114), il tumore dello stomaco (58 casi osservati, RSI = 152; IC: 115-197) e del pancreas negli uomini (38 casi osservati, RSI = 149; IC: 105-204), il tumore del corpo dell'utero (58 casi osservati, RSI = 136; IC: 104-176), dell'ovaio (40 casi osservati, RSI = 151; IC: 107-206), del cervello e altro sistema nervoso centrale (27 casi osservati, RSI = 162; IC: 107-236) nelle donne. Si evidenzia, inoltre, sul confronto regionale il solo eccesso di incidenza di tumore del fegato e dei dotti intraepatici negli uomini (62 casi osservati, RSI = 132; IC: 101-169).

Infine, anche nell'area di Milazzo, nell'ambito dei tumori con evidenza a priori "sufficiente", gli eccessi riguardano il mesotelioma (7 casi osservati, RSI = 1624; IC: 652-3354) negli uomini e il tumore del polmone nelle donne (26 casi osservati, RSI = 158; IC: 103-231), nel confronto locale. Inoltre, si osservano eccessi negli uomini per melanoma (11 casi osservati, RSI = 212; IC: 106-379), per tutte le sedi tumorali nel loro complesso (555 casi osservati, RSI = 113; IC: 104-123) e per la mammella (187 casi osservati, RSI = 128; IC: 110-148) nelle donne. Gli eccessi osservati nelle donne permangono sul confronto regionale.

Conclusioni

I dati d'incidenza rilevati dalla Rete Regionale dei Registri Tumori confermano l'eccesso di specifici tumori tra le popolazioni residenti nei SIN della Sicilia. In particolare, gli eccessi di incidenza del mesotelioma e del tumore del polmone nelle aree di Augusta-Priolo, Gela e Milazzo fanno ipotizzare un possibile ruolo eziologico di esposizioni legate alla presenza di numerosi impianti industriali in ambiente occupazionale e, in parte, ambientale. Per l'area di Biancavilla viene confermato il ruolo cancerogeno della fluoroodenite alla base dell'eccesso dei mesoteliomi osservati.

L'analisi condotta anche sul riferimento locale e quella con le tre città metropolitane fornisce un ulteriore e innovativo confronto rispetto a quello regionale precedentemente utilizzato in altri studi, offrendo una diversa chiave di lettura dei risultati volti al confronto tra impatto sulla salute determinato dalle esposizioni in aree industriali e quello relativo alle esposizioni nei grossi centri urbanizzati. In generale, l'uso della popolazione regionale o delle tre città metropolitane, come riferimento, rispetto a quella locale, ha comportato stime degli RSI più basse. In alcuni casi, la presenza di eccessi di rischio diversificati per genere consente di escludere ragionevolmente un ruolo prevalente delle esposizioni professionali, rafforzando, di contro, il ruolo eziologico dell'esposizione ambientale da emissioni industriali.

Da sottolineare, inoltre, che l'utilizzo dei dati della Rete Regionale dei Registri Tumori permette di accedere a dati sicuramente più specifici e sensibili già accreditati presso l'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) che ne certifica la qualità in termini di completezza, tempestività, confrontabilità e validità. Il profilo generale di salute che emerge da questa analisi è quello di un'alterazione delle condizioni di salute della popolazione residente, legata alla multifattorialità delle esposizioni ambientali tipiche delle aree in studio, ma anche ai fattori di rischio comportamentali delle popolazioni residenti in queste aree. Diventa pertanto sempre più importante l'azione già intrapresa dalle istituzioni di sanità pubblica locale di rafforzamento sia della sorveglianza che dei programmi di prevenzione primaria e secondaria attuati nell'ambito del Piano Straordinario di intervento nei SIN (1).

Riferimenti bibliografici

1. Italia. Regione Siciliana. Decreto Assessoriale n. 356 dell'11 marzo 2014 - Piano Straordinario di Interventi Sanitari nelle Aree a Rischio Ambientale della Sicilia.
2. Biggeri A, Pasetto R, Belli S, *et al.* Mortality from chronic obstructive pulmonary disease and pleural mesothelioma in a natural fibre (fluoro-edenite) contaminated area. *Scand J Work Environ Health* 2004;30(3):249-52.
3. Fano V, Cernigliaro A, Scondotto S, *et al.* Stato di salute delle popolazione residente nelle aree ad elevato rischio ambientale e nei siti di interesse nazionale della Sicilia. *Notiziario dell'Osservatorio Epidemiologico Regione Sicilia* 2005;Luglio:1-120.
4. Comba P, Iavarone I, Bianchi F, *et al.* Rapporto SENTIERI. Valutazione della evidenza epidemiologica dell'associazione tra specifiche cause di decesso ed esposizioni. *Epid Prev* 2010;34(5-6, Suppl 3):16-20.
5. Istat. Bilancio demografico e popolazione residente nei comuni italiani (<http://demo.istat.it/index.html>).
6. Cernigliaro A, Caranci N, Migliardi A, *et al.* Mortalità e svantaggio sociale ed economico in Sicilia (anni 2004-2014): uso di due indicatori sintetici a confronto in un'applicazione di sanità pubblica. In: *Atti XXXIX Congresso AIE*. Milano, 27-30 ottobre 2015. Abstract 161orale. (<http://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2015/06/libro-abstract-xxxix-congresso-aie.pdf>).

PREVALENZA D'USO DEI METODI CONTRACCETTIVI ALLA RIPRESA DEI RAPPORTI SESSUALI DOPO IL PARTO

Giulia Montebove e Michele Grandolfo

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

SUMMARY (*Prevalence of use of contraceptive methods following the resumption of intercourse after childbirth*) - The study evaluates the use of post partum contraceptives and the factors associated with it in a sample of women who gave birth in four Latium birth centers. A precoded questionnaire has been administered at birth and three months after childbirth. 577 women were interviewed with a response rate of 94%. In the third month after delivery, 72% resumed sexual intercourse, and 84% used a contraceptive method. Having received information was associated with increased use of the methods. The birth path is confirmed to be an important opportunity to provide counselling on family planning.

Key words: contraception; puerperium; counselling

michele.grandolfo@guest.iss.it

Introduzione

Sulla base dell'evoluzione epidemiologica dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in Italia (1), il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) riconosce al percorso nascita un ambito strategico anche per il counselling sulla procreazione responsabile (2). Indagini nazionali condotte negli ultimi 15 anni (3-5) confermano tale indicazione: le donne informate durante il percorso nascita usano maggiormente i metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto. Tuttavia tale opportunità viene solo parzialmente colta, soprattutto per le donne meno istruite, proprio quelle che ne avrebbero maggiormente bisogno.

Lo studio si propone di verificare queste evidenze tra le donne che hanno partorito nel Lazio, regione poco rappresentata nelle indagini nazionali.

Materiali e metodi

La popolazione bersaglio della presente *survey* è rappresentata da tutte le donne che hanno partorito, tra agosto 2012 e maggio 2013, nei centri nascita Fatebenefratelli S. Giovanni Calibita, Pertini, Casilino di Roma e Belcolle di Viterbo.

Le interviste sono state effettuate da studentesse ostetriche addestrate con questionario precodificato a giorni alterni in rotazione, garantendo la copertura di tutti i giorni della settimana.

Le donne che nell'intervista a tempo 0 hanno dato il loro consenso sono state contattate telefonicamente e nuovamente intervistate a tre mesi dal parto.

Criteri di ammissione erano: assenza di malattie materne e neonatali e conoscenza della lingua italiana.

È stata eseguita un'analisi descrittiva, bivariata e multivariata dei dati con il software statistico STATA, utilizzando gli *odds ratio* grezzi e aggiustati (OR_{gr} e OR_{agg}) come stima della forza d'associazione.

Risultati

Il 94% (577) delle donne eleggibili ha accettato l'intervista al parto e il 90% di queste ha accettato l'intervista telefonica al terzo mese.

Il campione di puerpere intervistate alla nascita è risultato per l'84,3% di nazionalità italiana, con età superiore ai 30 anni nel 66,7% dei casi. La quasi totalità (96%) era coniugata o convivente e il 70,3% occupata. L'istruzione è risultata medio-alta, con il 56,7% di donne che ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il 30,2% la laurea. Il 58,4% del campione era costituito da primipare.

Il 77% (403) delle donne ha pianificato la gravidanza e il 5% (28) è entrata in gravidanza nonostante l'uso di metodi contraccettivi, 9 per fallimento di metodi poco sicuri (coito interrotto) e 19 per uso scorretto di quelli più sicuri (preservativo e pillola).

Il 52,6% delle donne ha riferito di aver fatto uso sistematico di anticoncezionali in precedenza: metodi ormonali il 36,1%, coito interrotto il 31,5%, preservativo il 24,6%, metodi naturali il 6,6%, spirale intrauterina poco meno dell'1%.

L'istruzione medio-elevata è associata a un maggior uso di metodi contraccettivi prima della gestazione (56,7% vs 39,1%, $OR_{agg} = 1,91$, $p = 0,02$) e le donne straniere rispetto alle italiane sono a maggior rischio di non usarli (43,0% vs 56,6%, $OR_{agg} = 0,61$, $p = 0,06$).

Durante tutto il percorso nascita poche donne hanno ricevuto informazioni sui metodi contraccettivi da usare alla ripresa dei rapporti sessuali nel puerperio: il 26,8% in gravidanza, di più se assistite dal consultorio familiare o dall'ostetrica (38,9% vs 24,5%; $OR_{agg} = 2,11$, $p < 0,01$) e se pluripare (33,5% vs 22,5%; $OR_{agg} = 1,94$, $p < 0,01$); meno del 3% durante la degenza e il 56,8% nei primi mesi successivi al parto. Hanno ricevuto maggiormente l'informazione in puerperio le donne che hanno partecipato a un CAN (corso di accompagnamento alla nascita) nell'attuale o precedente gravidanza (62,9% vs 50%; $OR_{agg} = 1,70$, $p = 0,01$) e le più istruite (58,6% vs 42,0%; $OR_{agg} = 2,82$, $p < 0,01$).

Alla dimissione il 69% delle puerpere dichiarava di voler utilizzare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti e il 21% circa non aveva ancora preso una decisione in merito.

Il 72% delle donne ha ripreso i rapporti sessuali entro il terzo mese dal parto, scegliendo di ricorrere a un anticoncezionale nell'84% dei casi. Di queste, la maggior parte (51%) ha optato per i metodi di barriera (prevalentemente preservativo), il 18% per i metodi ormonali, il 22% circa per il coito interrotto e solo l'8% per i metodi naturali.

Sono risultati fattori associati in modo significativo all'impiego di un metodo di procreazione responsabile alla ripresa dei rapporti: l'aver utilizzato un anticoncezionale in modo continuativo in passato, l'aver ricevuto informazioni sulla contraccezione almeno in puerperio ed eventualmente in altre occasioni come al CAN, da parte di chi ha seguito la gravidanza, durante la degenza ospedaliera (Tabella). Tra le donne italiane, l'aver ricevuto informazioni corrette, rispetto a non averle ricevute, ha avuto un impatto significativo sull'uso per entrambi i livelli di istruzione: rispettivamente, istruzione bassa: 85,7% vs 62,1%; istruzione medio-alta: 88,2% vs 73,8%.

Tabella - Fattori associati alla scelta di usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali

Variabile ^a	Modalità	Scelta dell'uso di un contraccettivo (%) ^b	n.	OR_{agg}	IC (95%)	p
Uso pre ^c	No	74,6	177	3,95	2,07-7,54	< 0,01
	Sì	92,1	215			
Informaz.	No/grav. ^d	75,44	171	3,08	1,59-5,95	< 0,01
	puer. ^e	91,0	221			

(a) Aggiustato per: assistenza ricevuta in gravidanza (ginecologo-CF/ostetrica), livello di istruzione, partecipazione ad un CAN nell'attuale o precedente gravidanza, cittadinanza e centri nascita; (b) scelta di usare un contraccettivo per coloro che hanno ripreso i rapporti sessuali; (c) uso di contraccettivi nell'anno precedente la gravidanza; (d) non ha ricevuto informazioni/l'ha ricevute in gravidanza; (e) ha ricevuto informazioni almeno in puerperio (più, eventualmente, in qualche altra occasione: al CAN, da chi l'ha seguita in gravidanza, durante la degenza)

Discussioni

I risultati, in linea con quanto emerso nelle indagini condotte fino a oggi dall'Istituto Superiore di Sanità, confermano che la ricezione di un adeguato counselling sulla pianificazione familiare durante il percorso nascita si associa in modo significativo a un maggiore uso di metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto. Tuttavia, il fatto che circa la metà delle donne non riceve l'informazione sta ad indicare un'occasione mancata da parte di chi opera nei servizi implicati, in contrasto con la raccomandazione del POMI riguardo l'offerta attiva di consulenza e sostegno.

Ad avvalorare la necessità della fornitura di un adeguato counselling è il dato che una donna su 5 subito dopo il parto non sapeva ancora se avrebbe utilizzato o meno un contraccettivo.

Anche questa indagine conferma l'importanza della partecipazione ai CAN, come raccomandato dal POMI (2) e dalle linee guida sulla gravidanza fisiologica (6). Ancora una volta si evidenzia l'importanza dell'offerta attiva per superare il paradosso secondo cui chi ne ha più bisogno, come le donne meno istruite, riceve meno informazione nonostante l'evidenza che, se correttamente informate, ne traggono beneficio nella stessa misura delle più istruite.

I limiti dello studio sono rappresentati dal fatto che il campione esaminato, per quanto variegato, non è rappresentativo dell'intera popolazione laziale, poiché condotto in soli 4 centri nascita. Inoltre, è stata fatta un'unica analisi sia per le donne di cittadinanza italiana sia per le straniere e questo potrebbe aver influenzato alcuni risultati; tuttavia gli studi *population based* del 2008-09 e 2010-11 hanno riportato percentuali molto simili tra le italiane e le straniere per quanto riguarda la ricezione di informazioni sui metodi contraccettivi durante l'assistenza pre e post parto e il ricorso a un anticoncezionale alla ripresa dei rapporti sessuali.

Il ruolo positivo svolto dai consultori familiari e dalle ostetriche conferma la validità delle raccomandazioni del POMI e del modello dell'*empowerment*. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori del presente fascicolo dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Grandolfo M, Spinelli A, Donati S, et al. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991 (Rapporti ISTISAN 91/25).
2. Ministero della Salute. Decreto Ministeriale 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000".
3. Donati S, Grandolfo ME. Il sostegno alla ripresa della vita sessuale delle donne che partoriscono, un argomento orfano di interesse. *Not Ist Super Sanità* 2003;39(2):235-41.
4. Grandolfo ME, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali (www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf).
5. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, et al. *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39).
6. Sistema Nazionale Linee Guida. *Gravidanza fisiologica - Aggiornamento 2011*. Linea Guida 20.

Comitato scientifico, ISS

A. Bella, C. Donfrancesco, C. Faralli, A. Filia, L. Galluzzo, C. Giambi, I. Lega, L. Penna, P. Luzi, M. Maggini, S. Mallone, L. Nisticò, L. Palmieri, P. Barbariol, P. Scardetta, S. Spila Alegiani, A. Tavilla, M. Torre

Comitato editoriale, ISS

P. De Castro, C. Faralli, M. Maggini, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

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

e-mail: ben@iss.it