Inserto BEN
Bollettino Epidemiologico Nazionale

SORVEGLIANZE NAZIONALI

STUDIO TRASVERSALE PASSI 2006. LA SICUREZZA ALIMENTARE IN AMBITO DOMESTICO

Marco Cristofori[1], Gaia Scavia[2], Pierluigi Piras[3], Pina de Lorenzo[4], Mauro Ramigni[5], Daniela Lombardi[6], Giuliano Carrozzi[7], Paolo Niutta[8], Maria Miceli[9], Nancy Binkin[10], Alberto Perra[10] e Vincenzo Casaccia[1]

[1]Servizio di Epidemiologia ASL 4 Terni
[2]Dipartimento di Sanità Animale ed Alimentare, Istituto Superiore di Sanità
[3]Dipartimento di Prevenzione, ASL 7 Carbonia (CA)
[4]Area Dipartimentale di Epidemiologia e Prevenzione, ASL Napoli 2
[5]Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, ULSS 3 Vicenza
[6]Servizio di Epidemiologia ASL 20, Alessandria
[7]Dipartimento di Sanità Pubblica Aziendale, AUSL Modena
[8]Direzione della Prevenzione Sanitaria, Ufficio III, Ministero della Salute
[9]Istituto Zooprofilattico Sperimentale Lazio e Toscana, Osservatorio Epidemiologico Veterinario
[10]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Il tema della sicurezza alimentare viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di sanità pubblica a livello mondiale. Come risposta a questa crescente attenzione, la normativa sulla sicurezza alimentare prodotta nell'ambito dell'Unione Europea nel corso dell'ultimo decennio ha subito una profonda revisione con la progressiva elaborazione di un approccio coordinato e integrato, finalizzato al raggiungimento del livello di sicurezza più elevato possibile. La legislazione prende in considerazione tutti gli aspetti della filiera alimentare, dalla produzione, trasformazione, trasporto e distribuzione fino alla fornitura dei prodotti alimentari.

Lo strumento cardine di questa politica sanitaria è costituito dall'analisi del rischio, fondata sulle prove scientifiche disponibili. La sicurezza del prodotto alimentare viene dunque assicurata e sottoposta a vigilanza attraverso specifici programmi di monitoraggio e piani di autocontrollo (Hazard Analysis and Critical Control Point-HACCP), sistemi di tracciabilità degli alimenti e di informazione al consumatore tramite l'etichettatura degli stessi. Tali attività interessano l'intera filiera produttiva e di lavorazione fino al consumatore ed è stato verificato come la loro applicazione si sia rivelata efficace nel ridurre la frequenza delle contaminazioni dei prodotti alimentari al consumo (1).

Nonostante questi progressi, i dati relativi al livello di contaminazione dei prodotti alimentari di origine animale destinati al consumo, che si estrapolano dai piani di controllo regionali e nazionali evidenziano ancora la presenza di contaminanti microbiologici comuni ed emergenti e/o relative tossine (ad esempio, *Salmonella, Escherichia coli* O157, *Campylobacter* termotolleranti, *Staphilococcus, Listeria*, *Norovirus*, virus epatite E, micotossine) (2). Il rischio di tali contaminazioni può essere ridotto mediante idonee pratiche di conservazione, preparazione e cottura da parte del consumatore finale. In realtà, i dati evidenziano che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare, oltre il 40%, sono provocati da comportamenti inidonei presso gli ambienti domestici (3), ambito scarsamente indagato che generalmente sfugge alla valutazione del rischio e che finora non è stato sottoposto a sorveglianza.

Per indagare aspetti comportamentali di sicurezza alimentare in ambito domestico, è stato sviluppato un modulo nello Studio PASSI 2006, uno studio trasversale sui comportamenti della popolazione adulta di età compresa fra i 18 e i 69 anni. Lo studio è stato realizzato mediante interviste telefoniche a campioni di cittadini estratti con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti di 35 ASL, in 7 regioni italiane. Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Umbria hanno partecipato con tutte le ASL, mentre Piemonte, Sardegna e Veneto con una sola ASL. Le interviste sono state effettuate tra maggio e ottobre 2006. L'analisi è stata condotta sui dati ottenuti da 4.905 persone.

Il modulo sulla sicurezza alimentare ha consentito di raccogliere dati ottenuti su informazioni autoriferite di comportamenti alimentari a ri- ▶

Tabella - Prevalenze e caratteristiche degli intervistati per i comportamenti considerati a rischio, Studio PASSI 2006

	Assunzione cibi crudi (n. 4.905)		Scongelamento scorretto (n. 4.073)[a]		Scarsa attenzione alle etichette (n. 4.533)[b]	
	n.	%	n.	%	n.	%
Totale	**3.238**	**64**	**2.828**	**69,4**	**1.150**	**25,4**
Caratteristiche						
Età (anni)						
18-34	1.038	74,5[c]	824	72,7[c]	353	27,4[c]
35-49	1.137	67,9[c]	971	67,4[c]	330	20,9[c]
50-69	1.063	57,9[c]	1.033	68,9[c]	467	28,0[c]
Sesso						
Uomini	1.679	69,9[c]	1.269	72,2[c]	628	30,0[c]
Donne	1.559	62,3[c]	1.559	67,3[c]	522	21,4[c]
Istruzione						
≤ 9 anni	1.372	61,3[c]	1.285	70,3	566	28,0[c]
>9	1.866	69,8[c]	1.542	68,8	584	23,0[c]

Ogni variabile è considerata indipendente dalle altre.
(a) Escluso chi non usa surgelati (11,2% di chi si occupa della preparazione di cibi) o chi non si occupa della preparazione di cibi (5,3% del campione); *(b)* escluso chi non acquista cibi; *(c)* differenze statisticamente significative ($p < 0,05$)

schio, quali l'assunzione di cibi crudi o poco cotti (dolci al cucchiaio, carne cruda o poco cotta, salsiccia fresca, pesce crudo o poco cotto, frutti di mare crudi, uova crude, latte fresco), le modalità di scongelamento dei prodotti surgelati, l'attenzione all'etichettatura dei prodotti alimentari, con particolare riferimento alla data di scadenza, alle modalità di conservazione e alle istruzioni per l'uso.

Lo studio ha dimostrato che il 64% delle persone intervistate aveva assunto negli ultimi 30 giorni cibi considerati a rischio, cioè crudi o poco cotti; il 17% degli intervistati aveva assunto oltre tre tipi di cibi crudi. Sono state osservate differenze statisticamente significative nell'assunzione di cibi crudi fra le diverse classi di età, sesso e livello di istruzione; alti livelli sono stati osservati nella classe di età 18-34 anni, nei maschi, e nelle persone con più anni di istruzione (Tabella). Fra i cibi crudi più frequentemente assunti, gli intervistati riferivano dolci al cucchiaio (37%), carne cruda (29%), pesce crudo (17%), frutti di mare crudi (12%), salsiccia fresca (12%), uova crude (10%) e latte fresco (9%).

Il 70% dei 4.073 intervistati (chi non usa surgelati e chi non si occupa della preparazione dei cibi) riferiva di scongelare gli alimenti in modo scorretto (a temperatura ambiente), favorendo la potenziale replicazione di eventuali germi contaminanti. Riguardo la fruizione delle informazioni per il consumatore, tre persone su quattro (75%) dei 4.533 intervistati (è stato escluso chi non acquista cibi) dichiaravano di leggere frequentemente (sempre/spesso) le etichette (Tabella). Le donne erano più attente degli uomini, e anche in questo caso sono state rilevate differenze significative fra le diverse classi di età e il livello d'istruzione: le persone di età compresa tra 35-49 anni erano le più attente, mentre i soggetti con basso grado di istruzione si sono rivelati più disattenti; queste differenze sono risultate statisticamente significative ($p < 0,05$). Fra coloro che acquistando i cibi consultavano le etichette è stato rilevato che quasi tutti (93%) leggevano la data di scadenza, solo la metà (51%) la data di produzione e poco più di una persona su tre leggeva anche le modalità di conservazione (38%) e le istruzioni per l'uso (36%).

L'indagine condotta ha permesso di rilevare come siano assai diffusi nella popolazione comportamenti alimentari a rischio (quasi 2 persone su 3) come il consumo di cibi crudi e poco cotti, e per contro come sia scarsa la consapevolezza riguardo la gestione casalinga degli alimenti. Non solo la manipolazione diretta degli alimenti si è rivelata ampiamente inidonea, con l'adozione di procedure non corrette di scongelamento dei cibi surgelati, ma anche la fruizione dell'etichetta, ovvero dell'unico strumento informativo per la tutela sanitaria del consumatore, è risultata assai scarsa soprattutto riguardo le modalità di conservazione dell'alimento o le istruzioni per l'uso.

Le informazioni ottenute attraverso l'indagine possono costituire elementi conoscitivi assai utili nell'ambito della valutazione e gestione dei rischi alimentari e per l'adozione di strategie d'intervento mirate alla riduzione delle tossinfezioni di tipo alimentare. È opportuno che esse includano, oltre alle verifiche programmate nell'ambito della filiera (aziende produttrici e di trasformazione, distributori) e all'adozione dei sistemi di autocontrollo, anche piani di educazione sanitaria destinati agli operatori del settore agro-alimentare nonché attività educative per il consumatore finale.

Risulta quindi fondamentale l'attività, fra l'altro prevista anche dalle normative nazionali ed europee, di educazione alla salute e alle buone pratiche igieniche nella gestione degli alimenti in ambito domestico. I risultati ottenuti possono aiutare a indirizzare tali interventi, a individuare la popolazione destinataria e a elaborare le strategie di comunicazione più efficaci. Risulta evidente, infatti, la necessità di adottare progetti educativi semplici ed indirizzati prevalentemente alla popolazione giovane. Le scuole potrebbero, dunque, rappresentare l'ambiente ideale per effettuare tali interventi, soprattutto le elementari e le medie, con una ricaduta anche sui comportamenti dei genitori.

Infine, la sorveglianza dei rischi alimentari nella popolazione attraverso il monitoraggio degli indicatori proposti potrebbe costituire un utile strumento per la valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari attuati. Tuttavia sarebbe utile poter approfondire l'utilità e valutare la rappresentatività degli indicatori proposti, attraverso il confronto con sistemi di sorveglianza o indagini basati sulla misurazione diretta dei fenomeni indagati. ■

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute. Dati piani alimenti 1997-2005 (Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/alimenti/alimenti.jsp).
2. Ministero Salute. Dati piani alimenti 2003-2005 (Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/alimenti/alimenti.jsp).
3. WHO Rapporto di sorveglianza 1993-1998 (WHO, 1995; Tirado, 2001).

STUDI DAL TERRITORIO

STATO NUTRIZIONALE DEI BAMBINI DELLE SCUOLE PRIMARIE NELLA PROVINCIA DI BARI E FATTORI ASSOCIATI. BARI, GIUGNO 2007

Giandomenico Losacco[1], Susi Epifani[1], Gabriele Fontana[2], Alberto Perra[2], Nancy Binkin[2], Chiara Cattaneo[2], Antonino Bella[2] e Giuseppe Miccolis[1]

[1]Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione, ASL 5 Bari

[2]Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Da numerosi studi è emerso che il sovrappeso e l'obesità in età infantile sono associati a un maggior rischio di obesità e di malattie cronico-degenerative nell'età adulta (1). Negli ultimi 30 anni la dimensione dell'obesità è triplicata in molti Paesi europei ed è in continuo aumento, al punto che l'OMS ha definito l'obesità un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche, e la sua prevenzione un obiettivo prioritario (2).

La prevalenza di obesità giovanile è dieci volte maggiore rispetto agli anni Settanta. In Europa sono in sovrappeso il 20% dei bambini, con picchi del 34% tra i maschi e del 35% tra le femmine di età compresa fra 6 e 9 anni; di questi, un terzo sono obesi.

In Italia non esistono dati certi riguardo la prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini in età scolare. I dati a disposizione vengono forniti dall'ISTAT (autoriferiti e con fasce d'età molto ampie) e da diversi studi condotti a livello regionale e di ASL (effettuati con indici poco confrontabili a livello nazionale).

Per ovviare a tale mancanza di informazioni, il Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha promosso un progetto per la sperimentazione della sorveglianza nutrizionale dei bambini delle scuole primarie, in collaborazione con regioni e ASL. Nell'ambito di tale iniziativa, a giugno del 2007, la ASL 5 di Bari, in collaborazione con il l'Istituto Superiore di Sanità e l'Ufficio Scolastico Provinciale di Bari, hanno realizzato il secondo studio pilota, dopo quello realizzato nella ASL 4 di Terni nel maggio dello stesso anno (3).

Il protocollo dell'indagine è comune a entrambe le indagini. Nello studio di Bari tuttavia si è optato per l'introduzione di un ulteriore breve questionario rivolto ai genitori sull'alimentazione, l'attività fisica, e la sedentarietà dei bambini e sulla percezione dello stato nutrizionale del proprio bambino.

Le 25 classi oggetto di indagine sono state selezionate mediante campionamento a grappolo (*cluster survey design*) (4); l'unità di campionamento è la singola classe di terza elementare, selezionata col metodo della probabilità proporzionale alla dimensione (*probability proportional to size*). Sono stati inclusi nello studio tutti i bambini che il giorno dell'indagine erano presenti nelle classi campionate e che avevano restituito a scuola il consenso firmato dai genitori.

Il giorno dell'indagine i ricercatori hanno rilevato peso e altezza dei bambini per il calcolo dell'indice di massa corporeo (IMC). Il peso è stato misurato con bilance digitali da terra (± 50 g) e l'altezza con stadiometri portatili (± 1mm). Gli alunni sono stati pesati e misurati vestiti, ma senza scarpe o maglioni, annotando i capi di abbigliamento indossati, per poi farne la tara in sede di analisi. Il confronto dell'IMC di ogni bambino con i valori di riferimento internazionali adottati dall'International Obesity Task Force (secondo le curve di Cole e Bellizzi) permette di classificarlo come normopeso, sovrappeso od obeso (5). I valori di riferimento sono differenti per maschi e femmine. I bambini sono stati classificati come sovrappeso se il loro IMC superava il 90° percentile per il loro gruppo di età in mesi e obesi se superava il 97° percentile.

È stato utilizzato un breve questionario anonimo standardizzato per indagare sui comportamenti dei bambini; a tali domande, lette dal ricercatore nelle classi, i bambini hanno risposto in autonomia per iscritto. Con la collaborazione degli insegnanti, un questionario di due pagine è stato distribuito, unitamente alla lettera per il consenso a partecipare allo studio, ai genitori dei bambini. Dei 518 bambini selezionati, 446 (86%) erano presenti il giorno dell'indagine; di questi, 399 (77%) hanno compilato il questionario e sono stati pesati e misurati. Ottantaquattro famiglie (16%) hanno negato la partecipazione del proprio figlio/a e 35 alunni (7%) erano assenti il giorno dell'indagine. L'età media del campione è stata di 8 anni e 8 mesi (range 8- 10). Il 50,6% è stato rappresentato da maschi.

Il 65,1% dei bambini era normopeso (IC 95% 60,1-69,7), il 24,4% sovrappeso (IC 95% 20,3-29,0) e il 10,6% ▶