

Notiziario

dell'Istituto **S**uperiore di **S**anità

Una nuova progettualità per la sorveglianza
delle esposizioni pericolose

**Il Progetto europeo EpiSouth
e il Progetto italiano EpiMed**

Assistenza e approccio olistico
alla persona gravemente malata

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - 70% - DCB Roma



Inserto **BEN**
Bollettino Epidemiologico Nazionale

Abitudini di consumo alcolico nelle ASL partecipanti
al sistema di sorveglianza PASSI (2007)

Sorveglianza delle esposizioni pericolose: la casistica
rilevata dal Centro Antiveneni di Milano nel 2005

SOMMARIO

Gli articoli

Implementazione di una nuova progettualità per la sorveglianza delle esposizioni pericolose	3
Il Progetto europeo EpiSouth e il Progetto italiano EpiMed	11
Assistenza e approccio olistico alla persona gravemente malata	15

Le rubriche

Nello specchio della stampa. Alcol, ecco la fotografia dell'Istituto Superiore di Sanità	9
News. Il comitato di redazione degli <i>Annali</i> si rinnova	17
Visto... si stampi	18

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Abitudini di consumo alcolico nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI (2007)	i
Sorveglianza delle esposizioni pericolose: la casistica rilevata dal Centro Antiveneni di Milano nel 2005	iii



Nell'ambito di un progetto pilota ISS-Centro Antiveneni di Milano sono in corso di revisione, classificazione e analisi circa 208.000 consulenze prestate nel periodo 2004-2007

pag. 3

La Rete EpiSouth-EpiMed per la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive intende rafforzare lo scambio di informazioni e le capacità tecniche dei Paesi dell'Area del Mediterraneo

pag. 11



Argomenti del Convegno sono stati le cure palliative e l'organizzazione degli hospice, gli aspetti psicologici e le storie dei malati, l'uso di terapie non convenzionali

pag. 15

L'Istituto Superiore di Sanità

è il principale ente di ricerca italiano per la tutela della salute pubblica.

È organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e svolge attività di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

L'organizzazione tecnico-scientifica dell'Istituto si articola in Dipartimenti, Centri nazionali e Servizi tecnico-scientifici

Dipartimenti

- Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria
- Biologia Cellulare e Neuroscienze
- Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare
- Farmaco
- Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate
- Sanità Alimentare ed Animale
- Tecnologie e Salute

Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Qualità degli Alimenti e Rischi Alimentari
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sangue
- Sostanze Chimiche
- Trapianti

Servizi tecnico-scientifici

- Servizio Biologico e per la Gestione della Sperimentazione Animale
- Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: Enrico Garaci

Redattore capo: Paola De Castro

Redazione: Anna Maria Rossi, Giovanna Morini

Progetto grafico: Alessandro Spurio

Impaginazione e grafici: Giovanna Morini

Fotografia: Antonio Sesta, Luigi Nicoletti

Distribuzione: Patrizia Mochi, Sara Modigliani

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

Redazione del Notiziario

Settore Attività Editoriali

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma

Tel: +39-0649902260-2427

Fax +39-0649902253

e-mail: pubblicazioni@iss.it

Iscritto al n. 475/88 del 16 settembre 1988.

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2008

Numero chiuso in redazione il 30 aprile 2008

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

IMPLEMENTAZIONE DI UNA NUOVA PROGETTUALITÀ PER LA SORVEGLIANZA DELLE ESPOSIZIONI PERICOLOSE



Laura Settimi¹, Franca Davanzo², Ida Marcello³, Paolo Roazzi⁴ e Roberto Binetti⁵

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

²Centro Antiveleni, Ospedale Niguarda "Cà Granda", Milano

³Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

⁴Settore Informatico, SIDBAE, ISS

⁵Centro Nazionale delle Sostanze Chimiche, ISS

RIASSUNTO - L'Istituto Superiore di Sanità e il Centro Antiveleni di Milano, Servizio di riferimento nazionale, hanno avviato un progetto pilota per l'implementazione di un sistema di sorveglianza delle esposizioni pericolose ad agenti farmaceutici e non farmaceutici. In questo ambito sono in corso di revisione, classificazione e analisi circa 208.000 consulenze prestate nel periodo 2004-2007. Le analisi preliminari hanno permesso di caratterizzare le esposizioni pericolose a farmaci in Italia, hanno fornito indicazioni sulle esposizioni in sovradosaggio a paracetamolo e hanno permesso di identificare alcuni prodotti implicati nei ripetuti casi di intossicazione da metanolo di gravità elevata e mortale verificatisi recentemente in Sicilia.

Parole chiave: sorveglianza, esposizioni pericolose, Centri Antiveleni

SUMMARY (*Implementation of a new surveillance project on toxic exposures*) - The Italian National Institute of Health and the Poison Control Centre of Milan, which is active at the national level, started a pilot project aimed at implementing a surveillance system of toxic exposures to pharmaceutical and non-pharmaceutical agents. About 208,000 human exposures handled in 2004-2007 are being reviewed, categorized and analysed. Preliminary analyses provided a first characterization of toxic exposures to pharmaceuticals in Italy, documented paracetamol-associated overdoses, and allowed the identification of the products involved in a cluster of methanol-related poisonings recently occurred in Sicily.

Key words: surveillance, toxic exposures, Poison Control Centres

laura.settimi@iss.it

La presenza in ambienti di vita e di lavoro di numerosi agenti chimici potenzialmente tossici e nocivi per la salute umana rende necessaria l'attivazione e il mantenimento di sistemi di sorveglianza in grado di segnalare tempestivamente le condizioni di pericolo e di fornire informazioni essenziali a interventi di prevenzione mirati.

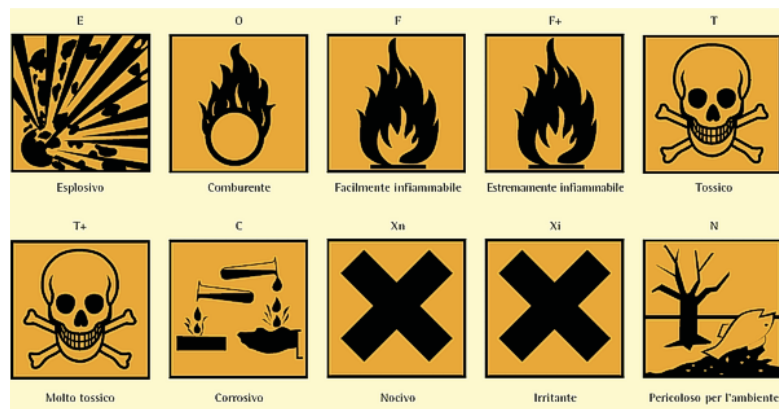
In particolare, risulta di fondamentale importanza la disponibilità di dati per valutazioni e verifiche sulla sicurezza dei prodotti in commercio, per l'identificazione di comportamenti e modalità di uso impropri, per il miglioramento delle conoscenze sugli effetti tossicologici sull'uomo di varie tipologie di agenti, informazioni tutte di supporto a interventi di regolamentazione, formazione e informazione.

Come evidenziato dall'esperienza condotta negli Stati Uniti a partire dai primi anni '80, un contributo

di particolare importanza per l'acquisizione di tali dati deriva dalla revisione sistematica e dall'analisi della casistica esaminata dai Centri Antiveleni (CAV) (1).

Questi servizi operano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale per una corretta diagnosi e gestione delle intossicazioni e sono consultati da figure sanitarie ospedaliere ed extraospedaliere, nonché da privati cittadini. Pertanto, la loro attività permette di caratterizzare il fenomeno delle esposizioni pericolose nelle sue due principali componenti (farmaci e agenti non farmaceutici), di seguirne l'andamento temporale, di fornire indicazioni su problematiche specifiche e di segnalare tempestivamente eventi anomali di varia origine verso cui orientare indagini di approfondimento (1).

In considerazione di questi aspetti, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha promosso e coordinato alcuni progetti in collaborazione con i CAV che operano sul territorio ▶



Simboli e indicazioni di pericolo delle sostanze e dei preparati pericolosi

nazionale. Un primo piano di lavoro è stato svolto conformemente a quanto indicato dalla Risoluzione CEE per il miglioramento della prevenzione e del trattamento delle intossicazioni acute nell'uomo (2). In tale ambito sono state integrate le analisi effettuate dai CAV sui dati rilevati nel periodo 1991-1998 e sono state fornite indicazioni sulla numerosità e sulle principali caratteristiche della casistica italiana (3). Recentemente, l'ISS ha coordinato due piani di sorveglianza basati sulla revisione e analisi della casistica dei CAV. Uno di questi, in corso di svolgimento, è dedicato alle intossicazioni acute da antiparassitari (4-6); l'altro, svolto nel 2006, ha considerato l'insieme delle esposizioni pericolose verificatesi in Piemonte durante le Olimpiadi Invernali del 2006 (7).

La sorveglianza delle intossicazioni acute da antiparassitari prende in esame esposizioni ad agenti di uso agricolo (fitosanitari) e di uso domestico e civile (biocidi). Il riferimento normativo per il primo gruppo di agenti è dato dal DLvo 194/1995 (8) e dal primo Accordo stipulato tra Stato, Regioni e Province per la sua attuazione (9), mentre per i biocidi si è fatto riferimento al DLvo 174/2000 (10). Annualmente il sistema di sorveglianza prende in esame circa 3.000 nuovi casi di esposizione, di cui circa il 40% viene classificato come intossicazione in riferimento a criteri standard ed è oggetto di analisi (4). I risultati ottenuti sono presentati in rapporti annuali e proposti come base informativa per impostare e valutare le ricadute delle attività di prevenzione sia in ambito agricolo (11, 12) sia domestico e civile.

La sorveglianza effettuata nel corso delle Olimpiadi Invernali del 2006 a Torino, nell'ambito di un accordo tra ISS e Ministero della Salute-Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), ha considerato circa 800 casi di esposizione accaduti in Piemonte nei mesi di febbraio

e marzo 2006 e segnalati dai CAV di riferimento per questa Regione (CAV di Milano, Pavia e Bergamo). Le analisi effettuate, sebbene riferite a un'area geografica e a un periodo limitato, hanno consentito di focalizzare l'attenzione su alcune problematiche sino a quel momento poco considerate, quali le esposizioni accidentali a monossido di carbonio e gli avvelenamenti da preparati di uso domestico.

Le osservazioni effettuate, inoltre, hanno permesso di verificare come un sistema di sorveglianza basato sui dati rilevati dai CAV sia in grado di segnalare tempestivamente fasi iniziali di eventi di sospetta origine dolosa o accidentale verso cui orientare indagini di approfondimento e interventi per il contenimento delle esposizioni (1, 7).

Queste esperienze hanno costituito una base di riferimento per la messa a punto di un sistema di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale. Per la realizzazione di questo progetto sono stati sviluppati strumenti che comprendono la definizione dei dati di interesse per la rilevazione (Tabella 1) e un proto-

Tabella 1 - Principali categorie delle variabili di interesse per la sorveglianza delle esposizioni pericolose e degli effetti clinici associati

- **Caratteristiche della consulenza e del richiedente**
 - Data
 - Ora
 - Tipologia di richiesta
 - Tipologia del richiedente
 - Provenienza geografica
- **Caratteristiche generali del paziente**
 - Genere
 - Età
 - Nazionalità
- **Caratteristiche dell'esposizione**
 - Luogo geografico di accadimento
 - Tempo trascorso tra l'esposizione e la chiamata
 - Agente
 - Circostanze
 - Via di esposizione
 - Frequenza di esposizione
 - Ambito
- **Manifestazioni cliniche**
 - Tempo trascorso tra l'esposizione e la manifestazione dei segni e sintomi
 - Segni e sintomi
- **Interventi terapeutici**
- **Esiti**

tipo di sistema accessibile in rete per la gestione delle informazioni (13). L'infrastruttura informatica resa disponibile dall'ISS a supporto del flusso dei dati viene schematizzata in Figura. Essa si avvale di una serie di server per l'acquisizione dei dati attraverso vari sistemi di trasmissione (ad esempio, FTP, HTTP, websences, SMTP), di server di supporto per il coordinamento e l'integrazione dei dati (ESB server), di un server per la loro consultazione Internet/Intranet ed elaborazione sia a livello centrale sia periferico (*database server*), di sistemi di sicurezza (*firewall*). Il sistema è pianificato in modo da segnalare in tempo reale eventuali discostamenti delle frequenze osservate su base giornaliera da quanto atteso.

Al fine di verificare l'applicabilità delle procedure e di offrire un modello di base informativo sulle esposizioni pericolose in Italia, l'ISS ha avviato una collaborazione con il CAV di Milano, Servizio di riferimento nazionale (Tabella 2), che già da tempo opera in condizioni compatibili con gli strumenti proposti.

Nel corso dei primi mesi di attività sono state attivate le procedure per la revisione e classificazione da parte dell'ISS dei dati rilevati dal CAV nel periodo 2004-2007, relativi a circa 208.000 consulenze. Una prima analisi descrittiva delle informazioni disponibili



è stata effettuata prendendo in esame le esposizioni pericolose a farmaci nel 2004 (14). I risultati ottenuti hanno consentito la caratterizzazione di questa tipologia di incidente, fornendo indicazioni sui soggetti coinvolti, le modalità di esposizione e gli agenti, sino al dettaglio dei singoli principi attivi (Tabelle 3, 4). Queste osservazioni rappresentano un riferimento a livello nazionale per seguire l'evoluzione nel tempo del fenomeno delle esposizioni pericolose a farmaci e per evidenziare eventuali problematiche emergenti.

Dall'analisi delle segnalazioni del CAV di Milano è emersa l'esigenza di indagare il fenomeno delle esposizioni accidentali a paracetamolo, un farmaco analge- ▶

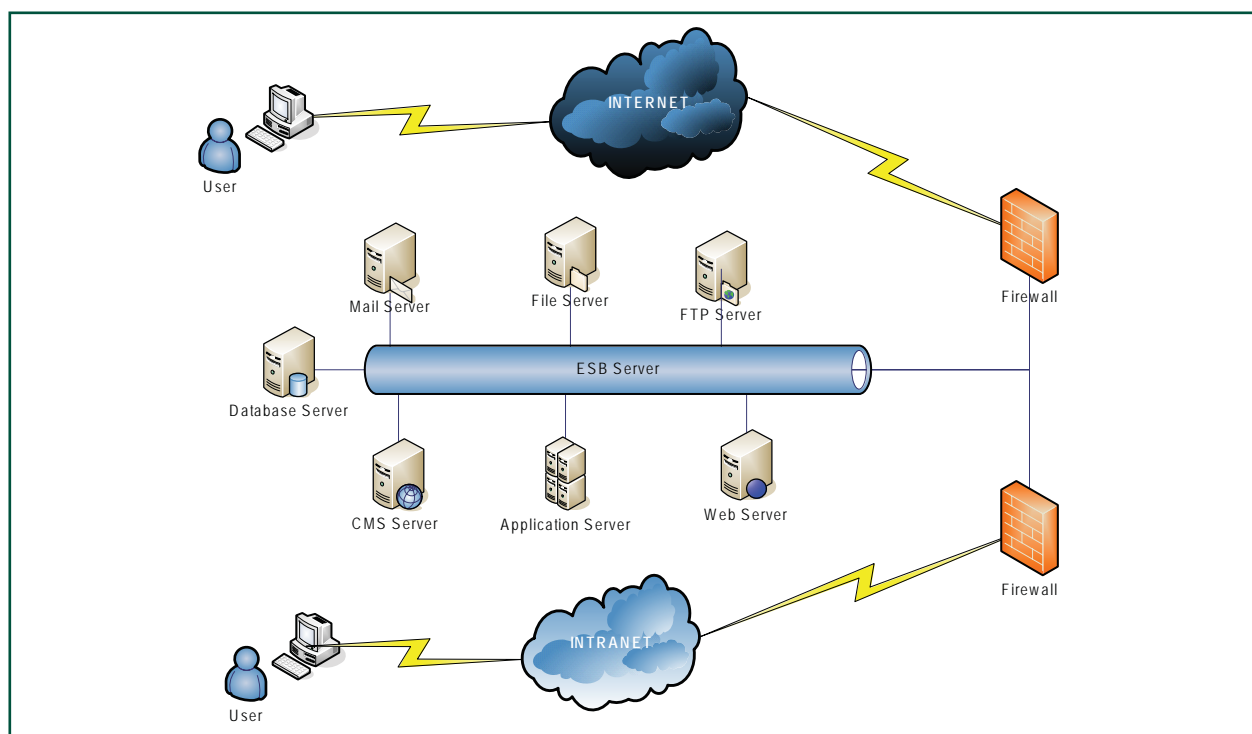


Figura - Infrastruttura informatica di supporto per la gestione dei dati dei CAV

Tabella 2 - Provenienza delle richieste di consulenza sottoposte al CAV di Milano

Regione di provenienza	Consulenze 2004		Consulenze 2005		Popolazione residente (censimento 2001)	Indice di penetranza (n. cons./pop. res.) x 10 ⁴	
	n.	%	n.	%		2004	2005
Lombardia	19.060	36,5	18.671	36,6	9.032.554	21,1	20,7
Veneto	5.269	10,1	5.157	10,1	4.527.694	11,6	11,4
Emilia-Romagna	4.046	7,7	4.255	8,3	3.983.346	10,2	10,7
Sicilia	3.622	6,9	3.972	7,8	4.968.991	7,3	8,0
Toscana	2.786	5,3	2.730	5,4	3.497.806	8,0	7,8
Piemonte	2.574	4,9	2.832	5,6	4.214.677	6,1	6,7
Campania	2.595	5,0	2.588	5,1	5.701.931	4,6	4,5
Puglia	2.441	4,7	2.542	5,0	4.020.707	6,1	6,3
Calabria	1.591	3,0	1.516	3,0	2.011.466	7,9	7,5
Marche	1.226	2,3	1.329	2,6	1.470.581	8,3	9,0
Sardegna	920	1,8	1.043	2,0	1.631.880	5,6	6,4
Umbria	785	1,5	805	1,6	825.826	9,5	9,7
Friuli-Venezia Giulia	757	1,5	809	1,6	1.183.764	6,4	6,8
Trentino-Alto Adige	670	1,3	682	1,3	940.016	7,1	7,3
Lazio	661	1,3	628	1,2	5.112.413	1,3	1,2
Abruzzo	462	0,9	475	0,9	1.262.392	3,7	3,8
Liguria	410	0,8	402	0,8	1.571.783	2,6	2,6
Basilicata	241	0,5	284	0,6	597.768	4,0	4,8
Molise	219	0,4	218	0,4	320.601	6,8	6,8
Valle d'Aosta	38	0,1	50	0,1	119.548	3,2	4,2
Esterio	52	0,1	45	0,1	-	-	-
Non rilevato	1.870	3,6	157	0,3	-	-	-
Totale	52.295	100,0	51.019	100,0	56.995.744	9,2	9,0

Tabella 3 - Circostanze dell'esposizione e classi di età dei casi di esposizione umana a farmaci presi in esame dal CAV di Milano nel 2004

Circostanze	n. casi	%	Classi di età (anni)							
			< 6		6-19		>19		Non noto	
			n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Accidentale	3.828	35,3	2.765	90,0	275	30,1	696	107	91	23,8
Accidentale generico	112	1,0	38	1,2	15	1,6	50	0,8	9	2,4
Travasato	51	0,5	29	0,9	2	0,2	18	0,3	2	0,5
Errore terapeutico										
per farmaco	419	3,9	236	7,7	53	5,8	113	1,7	17	4,5
per posologia	478	4,4	297	9,7	56	6,1	112	1,7	13	3,4
per scadenza	5	0,0	1	0,0	0	0,0	3	0,0	1	0,3
per via di somministrazione	43	0,4	16	0,5	0	0,0	23	0,4	4	1,0
Automedicazione incongrua	212	2,0	0	0,0	19	2,1	178	2,7	15	3,9
Incapacità	2.508	23,1	2.149	70,0	130	14,2	199	3,1	30	7,9
Intenzionale	5.710	52,6	0	0	515	56,3	5.058	77,9	135	35,3
Altro	310	2,9	49	1,6	43	4,7	194	3,0	26	6,8
Non noto	1010	9,3	256	8,3	82	9,0	542	8,4	130	34,0
Totale	10.858	100	3.071	100	915	100	6.490	100	382	100
% riga		28,3		8,4		59,8		3,5		100

Tabella 4 - Numero di esposizioni per categoria farmacologica e per classe di età dei casi presi in esame dal CAV di Milano nel 2004

Categorie farmacologiche	Esposizioni		Classi di età (anni)							
			<6		6-19		>19		Non nota	
			n.	% ^a	n.	% ^b	n.	% ^b	n.	% ^b
Psicolettici	5.228	48,1	351	11,4	273	29,8	4.478	69,0	126	33,0
Antidepressivi	2.160	19,9	153	5,0	126	13,8	1.824	28,1	57	14,9
Analgesici	1.707	15,7	460	15,0	225	24,6	944	14,5	78	20,4
Farmaci cardiovascolari	1.067	9,8	435	14,2	85	9,3	524	8,1	23	6,0
Anticonvulsivi	980	9,0	64	2,1	80	8,7	803	12,4	33	8,6
Antimicrobici	645	5,9	235	7,7	99	10,8	285	4,4	26	6,8
Preparati gastrointestinali	537	4,9	183	6,0	103	11,3	236	3,6	15	3,9
Miscellanea	503	4,6	184	6,0	26	2,8	266	4,1	27	7,1
Ormoni e ormoni antagonisti	456	4,2	192	6,3	43	4,7	205	3,2	16	4,2
Antistaminici	425	3,9	260	8,5	47	5,1	108	1,7	10	2,6
Stimolanti e droghe da strada	358	3,3	8	0,3	42	4,6	280	4,3	28	7,3
Minerali ed elettroliti	200	1,8	143	4,7	22	2,4	24	0,4	11	2,9
Antiasmatici	199	1,8	143	4,7	17	1,9	34	0,5	5	1,3
Preparati per tosse e raffreddore	193	1,8	131	4,3	16	1,7	42	0,6	1	0,3
Preparati rinologici	126	1,2	99	3,2	8	0,9	17	0,3	2	0,5
Anticoagulanti	111	1,0	33	1,1	6	0,7	69	1,1	3	0,8
Anticolinergici	97	0,9	2	0,1	6	0,7	86	1,3	3	0,8
Diuretici	79	0,7	32	1,0	11	1,2	35	0,5	1	0,3
Miorilassanti	77	0,7	16	0,5	13	1,4	45	0,7	3	0,8
Preparati per uso topico	62	0,6	23	0,7	3	0,3	34	0,5	1	0,3
Preparati oftalmologici	52	0,5	27	0,9	3	0,3	17	0,3	4	1,0
Vitamine	46	0,4	25	0,8	7	0,8	14	0,2	0	0,0
Preparati per la gola	20	0,2	4	0,1	2	0,2	13	0,2	5	1,3
Preparati otologici	19	0,2	13	0,4	3	0,3	2	0,0	2	0,5
Antineoplastici	17	0,2	9	0,3	1	0,1	6	0,1	1	0,3
Sieri, tossoidi e vaccini	9	0,1	3	0,1	3	0,3	3	0,0	0	0,0
Anestetici	8	0,1	0	0,0	0	0,0	5	0,1	3	0,8
Farmaci non noti	6	0,1	0	0,0	1	0,1	4	0,1	1	0,3

(a) Le percentuali sono state calcolate sul numero totale dei casi (n. 10.858); (b) le percentuali sono state calcolate per ogni classe di età sul relativo numero di casi (< 6, n. 3.071; 6-19, n. 915; >19, n. 6.490; non noto, n. 382)

sico-antipiretico di uso diffuso. I risultati preliminari di questa attività, basati sulla disamina di circa 200 casi rilevati nei primi due mesi del 2007, hanno indicato una frequenza particolarmente elevata di errori terapeutici da sovradosaggio in soggetti in età pediatrica (15, 16). Tale osservazione è risultata coerente con quanto riportato in letteratura e ha costituito un elemento conoscitivo di supporto per l'adozione di nuove modalità di confezionamento del farmaco al fine di agevolarne l'uso corretto.

La revisione e classificazione delle varie tipologie di agenti non farmacologici quali, ad esempio, agenti di uso domestico e industriale, inquinanti ambientali e alimentari, è attualmente in corso di svolgimento. La base dati disponibile è stata tuttavia usata per investigare il fenomeno di intossicazioni da metanolo di gravità elevata e mortale recentemente verificatisi in Sicilia e che hanno principalmente coinvolto cittadini dei Paesi

dell'Est europeo. Il confronto tra i casi rilevati dal CAV di Milano nel corso dell'ultimo triennio e un'attenta disamina delle modalità di esposizione riportate hanno permesso di orientare una serie di indagini a livello locale e hanno portato all'identificazione di tre diversi prodotti commercializzati in questa sola regione, con destinazione di uso ed etichettatura impropri, contenenti concentrazioni di metanolo pari a circa il 70% per due di essi e al 30% per l'altro (17, 18). I risultati ottenuti sono stati oggetto di tempestiva comunicazione al Ministero della Salute, all'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia e agli altri CAV operanti sul territorio.

Nei prossimi mesi proseguirà l'analisi dell'insieme delle esposizioni rilevate dal CAV di Milano nelle diverse annualità e si renderà disponibile una base di dati per approfondimenti a livello nazionale e regionale su tematiche specifiche quali: incidenti dome- ►



stici, intossicazioni in età pediatrica, farmacovigilanza, esposizioni ad agenti di abuso, intossicazioni alimentari, incidenti occupazionali e ambientali.

La collaborazione in atto permetterà di delineare un primo sistema di allerta basato sulla sorveglianza giornaliera dei seguenti indicatori: volume delle richieste di consulenza e loro distribuzione nell'arco della giornata, frequenza delle esposizioni ad agenti specifici e degli effetti clinici rilevati.

L'attuale esperienza potrà costituire una base di partenza per l'avvio di un sistema di sorveglianza cui potranno contribuire gli altri CAV attivi su tutto il territorio nazionale. ■

Riferimenti bibliografici

1. Watson AW, Litovitz TL, Bedson MG, et al. The Toxic Exposure Surveillance System (TESS): risk assessment and real-time toxicovigilance across United States poison centers. *Toxicol Appl Pharmacol* 2005;207(Suppl. 1):604-10.
2. Consiglio delle Comunità Europee. Risoluzione CEE 90/C329/03 del Consiglio dei Rappresentanti dei Governi degli Stati Membri, relativa al miglioramento della prevenzione e del trattamento delle intossicazioni acute nell'uomo. *Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee* C n. 329, 31 dicembre 1990.
3. Mucci N, Alessi M, Binetti R, et al. Profilo delle intossicazioni acute in Italia. Analisi dei dati registrati dai Centri Antiveleini. *Ann Ist Super Sanità* 2006;42(3):268-76.
4. Davanzo F, Settimi L, Faraoni L. et al. Intossicazioni acute da antiparassitari di uso agricolo in Italia: i casi esaminati dal Centro Antiveleini di Milano nel 2000-2001. *Epidemiol Prev* 2004;28(6):330-7.
5. Settimi L, Marcello I. *Intossicazioni acute da antiparassitari rilevate in Italia nel 2004*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 06/52).
6. Settimi L, Davanzo F, Marcello I. *Sistema nazionale di sorveglianza delle intossicazioni acute da antiparassitari: le osservazioni effettuate nel 2005*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 07/51).
7. Settimi L, Davanzo F, Carbone P, et al. Surveillance of toxic exposures: the pilot experience of the Poison Control Center of Milan, Pavia, and Bergamo. *Ann Ist Super Sanità* 2007;43(3):287-94.
8. Italia. Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 194. Attuazione della Direttiva 91/414/CEE in materia di immissione in commercio di prodotti fitosanitari. *Gazzetta Ufficiale* n. 122, 27 maggio 1995 - *Supplemento ordinario* n. 66.
9. Italia. Accordo tra Stato Regioni e Province Autonome dell'8 marzo 2003. Accordo tra i Ministri della salute, dell'ambiente e delle tutela del territorio, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'adozione di Piani nazionali triennali di sorveglianza sanitaria ed ambientale su eventuali effetti derivanti dall'utilizzazione di prodotti fitosanitari. *Gazzetta Ufficiale*, 27 maggio 2003.
10. Italia. Decreto Legislativo 25 febbraio 2000, n. 174. Attuazione della Direttiva 98/8/CE in materia di immissione sul mercato di biocidi. *Gazzetta Ufficiale* 28 giugno 2000 - *Supplemento ordinario* n. 149.
11. Davanzo F, Faraoni L, Miceli G, et al. Pesticide-related illnesses associated with the use of a plant growth regulator - Italy, 2001. *JAMA* 2001;286(22):2804-5.
12. Settimi L, Marcello I, Davanzo F, et al. Update: hydrogen cyanamide-related illnesses-Italy, 2002-2004. *CDC MMWR* 2005;54:405-8.
13. Roazzi P, Settimi L, Davanzo F, et al. *Messa a punto di un sistema informativo accessibile in rete per l'integrazione degli archivi informatici dei Centri Antiveleini operanti sul territorio nazionale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (ISTISAN Congressi 07/C2).
14. Davanzo F, Settimi L, Carbone P, et al. *Esposizioni a farmaci prese in esame dal Centro Antiveleini di Milano nel 2004*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 07/13).
15. Davanzo F, Settimi L, Sesana FM, et al. Esposizioni a paracetamolo esaminate dal Centro Antiveleini di Milano nei mesi di gennaio e febbraio 2007. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2007;20(5): i-iii.
16. Davanzo F, Settimi L, Sesana FM, et al. Esposizioni a paracetamolo nei bambini: i dati del Centro Antiveleini di Milano. *Bollettino di Informazione sui Farmaci (BIF)* 2007; 14(2):69-73.
17. Davanzo F, Settimi L, Marcello I, et al. Intossicazioni da metanolo prese in esame dal Centro Antiveleini di Milano (2005-07). *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2007;20(11): i-iii.
18. Addendum all'articolo "Intossicazioni da metanolo prese in esame dal Centro Antiveleini di Milano (2005-07)" pubblicato nel *Not Ist Super Sanità* 2007; 20(11): i-iii. *Not Ist Super Sanità* 2007;20(12): iv.

Nello specchio della stampa

a cura di Gerolmina Ciancio e Franca Romani

Ufficio Stampa, ISS

Alcol, ecco la fotografia dell'Istituto Superiore di Sanità

Anche quest'anno l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha organizzato, il 17 aprile 2008, insieme al Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute sull'Alcol, il workshop internazionale "Alcohol Prevention Day". Il Mese di Prevenzione Alcolologica e l'Alcohol Prevention Day si sono svolti sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e con il Patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Ministero della Salute. Il fenomeno alcol è talmente dilagante che l'Executive Board dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato e proposto all'Assemblea Mondiale della Sanità di Ginevra la realizzazione di una Strategia Mondiale coerente con le necessità di arginare i problemi e le patologie alcolcorrelate. Ogni anno negli Stati Membri dell'Unione Europea muoiono oltre 100.000 persone, soprattutto giovani, a causa

dell'uso e abuso di alcol. In Italia le stime più recenti dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS indicano in 28.000 le morti evitabili alcolcorrelate per le persone di età superiore ai 15 anni; a queste vanno aggiunte quelle derivanti da incidenti stradali alcolcorrelati che sono la prima causa di morte tra i giovani e i bambini anche al di sotto dei 15 anni. Nella giornata dedicata all'alcol sono stati presentati da Emanuele Scafato, responsabile dell'Osservatorio Nazionale Alcol, i risultati dell'indagine, che ha esaminato i consumi dei giovani in una serata tipica: in media il 35,7% dei giovani dichiara di consumare 1-2 bicchieri, il 27,8% da 3 a 5 bicchieri e il 20% circa beve oltre 6 bicchieri in un'unica occasione, ubriacandosi. Naturalmente sia per le personalità presenti all'incontro che per il tema trattato, l'evento ha avuto particolare risalto sulla stampa. Più di 30 testate giornalistiche hanno dato spazio ai risultati dell'Istituto, tra le maggiori si segnalano *Il Messaggero*, *Il Corriere della Sera* e il periodico online *Panorama.it*

Il Messaggero

È allarme alcol tra i giovanissimi, lo sbalzo cresce tra i 13 e 15 anni

18 aprile 2008

I ragazzi italiani bevono troppo e cominciano a farlo prestissimo. La denuncia è contenuta nel rapporto presentato oggi dall'Istituto Superiore di Sanità in occasione dell'Alcol Prevention Day: il 67% dei ragazzi tra i 13 e i 15 anni eccede nel bere, consumando frequentemente da due a quattro drink in una serata. Il consumo di bevande alcoliche diventa inoltre sempre più di moda tra le ragazze: «Il 25% dei ragazzi e il 31% delle ragazze assumono più di due drink a sera - ha spiegato Emanuele Scafato dell'ISS. Questi giovanissimi bevono soprattutto il sabato, ma anche negli altri giorni della settimana».

Ma cosa potrebbe convincere i ragazzi a non bere? Certamente non la paura dei controlli della polizia, le campagne pubblicitarie o il divieto di consumare alcol nei locali notturni. A fare realmente la differenza sarebbe invece l'assegnazione di un premio importante per chi rimane astemio, e la partecipazione a

un programma televisivo o un reality show. È stata infatti questa la risposta data dal 70% dei ragazzi alle interviste effettuate nell'ambito del progetto "Il Pilota", condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e presentato questa mattina. «Come ricercatori avevamo già immaginato motivazioni piuttosto inconsuete - ha spiegato Scafato -, ma i giovani, con le loro risposte, ci hanno stupito nelle risposte».

Alla domanda «Cosa potrebbe spingerti a non bere per tutta la serata?», il 74% ha infatti indicato un premio importante per chi rimane astemio, il 70% la partecipazione a un programma televisivo o a un reality show, il 58% la responsabilità di portare a casa gli amici, il 44% la pressione del partner e degli amici, il 31% il divieto di servire alcolici all'interno dei locali notturni, il 23% i controlli della polizia, il 18% niente e il 14% una campagna pubblicitaria.

«La cultura italiana della valutazione dei programmi di prevenzione è piuttosto scarsa - ha concluso Scafato - e poche sono le esperienze che si sono rivelate efficaci. Ci sono tante tipologie di piloti al volante che rischiano di andare incontro a un incidente a causa di un ubriaco in macchina. Ecco perché è necessario coordinare e ottimizzare i finanziamenti, armonizzando i modelli di intervento con quelli validi e dotati di efficacia».

CORRIERE DELLA SERA

Alcol sotto i 16 anni, i ragazzi superati dalle coetanee

18 aprile 2008

Al di sotto dei sedici anni, il numero delle ragazze che bevono alcolici supera quello dei coetanei maschi. Anche se la quantità di bicchieri consumati a testa in discoteca rimane inferiore. È quanto risulta da una indagine svolta dall'Istituto Superiore di Sanità. Ne parlano quasi tutti i principali quotidiani.

Sono stati intervistati circa 840.000 giovani frequentatori di locali notturni. Il 67% di loro consuma bevande alcoliche anche se la legge vieta di servirle a una clientela under 16. E non vede pericoli in questa abitudine, determinata da esigenze di socializzazione. In media i ragazzi buttano giù 4 bicchieri a serata, uno di meno le ragazze. Non incutono timore i controlli della polizia, né il rischio di un incidente. Deponga ogni speranza chi punta sulle campagne pubblicitarie. Non fanno presa, per il 18% del campione sono trascurabili. Un dato che trova conferma. Finora tutte le strategie di intervento con spot e cartellonistica hanno fallito.

Panorama

Adolescenti che alzano il gomito: da 2 a 4 drink a sera per gli under 16

18 aprile 2008

Non dovrebbero bere affatto. Eppure lo fanno durante tutta la settimana, e nel fine settimana addirittura esagerano. Il sabato sera i ragazzi italiani "alzano il gomito": il 67% non rinuncia ai drink nonostante abbia un'età compresa tra i 13 e i 15 anni. In media mandano giù quattro bicchieri: 1,5 di aperitivo alcolico, 1,5 di birra e uno di superalcolico. E se i maschi si lasciano andare al drink senza problemi, le ragazze li seguono a ruota. È infatti in aumento il consumo tra le giovani, che consumano 3 bicchieri in media, appena uno in meno dei coetanei di sesso maschile.

L'allarmante fotografia è stata scattata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), oggi a Roma in occasione dell'Alcohol Prevention Day. I ragazzi italiani vengono dunque ritratti come "cattivi", almeno sul fronte alcol. I giovani della Penisola - minorenni e maggiorenni, stavolta senza alcuna distinzione - in una serata tipo dimostrano di bere troppo. Il 35,7% consuma 1-2 bicchieri, il 27,8% da 3 a 5 e il 20% circa beve oltre 6 bicchieri in un'unica occasione, finendo per ubriacarsi. L'identikit del giovane italiano alle prese con i drink è stata tracciata in occasione del progetto "Il Pilota", realizzato nelle discoteche dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS. Dallo studio emerge che il picco dei consumatori a rischio si verifica nella fascia tra i 19 e i 24 anni, per poi diminuire oltre i 25 per entrambi i sessi. Ed è invece tra i 13 e i 24 anni che si registra il più alto numero di incidenti, fatali e non, legati all'abuso di alcolici.

E pare che nemmeno l'esempio dei grandi possa venire in aiuto ai giovanissimi. I numeri del progetto Iprea condotto dall'Istituto Superiore di Sanità la dicono lunga: sono più di 3 milioni quelli che, superati i 65 anni, risultano a rischio. Si tratta del 32,6% degli over 65, per il 52,8% uomini e per il 17,5% donne. Il gentil sesso, dunque, se la cava di gran lunga meglio, ma i maschi danno il cattivo

esempio e finiscono per influenzare le donne. La prova? La proporzione di quelle che superano le quantità di alcol raccomandate è dell'80% maggiore tra chi vive con un coniuge o un compagno. Le linee guida raccomandano agli anziani di non superare mai un drink al giorno, una volta spente le 65 candeline. Ma loro, spesso e volentieri, superano i limiti definiti. Al Nord più che al Sud. Tant'è che quelli a rischio sono molto più concentrati nel Settentrione, sia donne che uomini. Bevono di più, in pratica il doppio, gli uomini che dichiarano di sentirsi bene, in forma, rispetto a chi lamenta malanni. E i fumatori tendono ad alzare il gomito di gran lunga di più rispetto a chi non si è mai acceso una sigaretta. La proporzione di quelli a rischio è infatti maggiore del 93% tra gli amanti delle "bionde" e del 50% tra gli ex-fumatori. Sale inoltre del 46% la proporzione dei nonni a rischio tra chi fa i conti con i chili di troppo (+46%).





SORVEGLIANZE NAZIONALI

ABITUDINI DI CONSUMO ALCOLICO NELLE ASL PARTECIPANTI AL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI (2007)

Gruppo Tecnico PASSI 2007*

L'abuso di bevande alcoliche è uno dei più rilevanti fattori di rischio per la salute e rappresenta un'importante causa di mortalità e morbosità (circa il 4% del *burden of disease* mondiale) (1-2). L'abuso cronico di alcol è in grado di provocare una serie di danni a carico di vari apparati (nervoso, digerente, cardiovascolare) ed aumenta il rischio di vari tipi di tumore (3). Inoltre, le persone che abusano di alcol sono più spesso inclini ad ulteriori comportamenti ad alto rischio, per sé e per gli altri (guida spericolata di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) rispetto agli astemi (4).

Molti degli effetti dannosi possono essere prevenuti o ridotti dalla sospensione o riduzione del consumo eccessivo di bevande alcoliche. I conseguenti benefici possono essere sia immediati (ad esempio, nel caso degli incidenti del traffico, danni fetali, sindrome depressiva secondaria) sia a lungo termine (ad esempio, per la cirrosi epatica) (5).

In Italia il Piano Sanitario Nazionale 2006-08 prevede l'adozione di politiche e azioni che incidano sulla percezione culturale del bere e che incrementino la disponibilità di trattamenti efficaci per i soggetti con abitudini di consumo nocive e di interventi dissuasivi dei comportamenti collegati all'abuso alcolico. A questo proposito il medico di medicina generale può svolgere un importante ruolo nella prevenzione e nel trattamento dei problemi alcol-correlati (6).

Per programmare a livello locale adeguati interventi di sanità pubblica, è necessario disporre di informazioni pertinenti e tempestive, con un sufficiente livello di dettaglio.

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). L'obiettivo è stimare a livello di ASL e regioni la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione, compresi i consigli forniti dai medici. Il sistema di sorveglianza effettua un monitoraggio continuo, in grado di cogliere variazioni anche relativamente rapide dei fenomeni indagati.

Tra i temi esplorati vi sono le abitudini di consumo alcolico, con particolare attenzione al consumo a rischio, e la guida sotto l'effetto dell'alcol. Questo studio presenta i risultati del 2007, con un'enfasi sulle differenze regionali nei comportamenti, correlate al consumo alcolico, e sui consigli da parte dei medici e degli altri operatori sanitari.

Tutte le 21 regioni e province autonome hanno aderito al progetto PASSI e a partire dal mese di aprile 2007 è partita la rilevazione dei dati. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale

stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie delle ASL. Personale delle ASL effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi registrati via internet in un archivio unico nazionale. Tutte le informazioni raccolte si basano sulle dichiarazioni rilasciate degli intervistati. Alla fine del 2007 sono state caricate nel database nazionale oltre 21.000 interviste.

Una "unità di bevanda alcolica" è stata considerata equivalente a un bicchiere di vino, o una lattina di birra o un bicchierino di liquore. Persone con consumo alcolico a rischio sono definiti i forti bevitori (per gli uomini, più di 3 unità alcoliche al giorno; per le donne più di 2); i bevitori fuori pasto; i bevitori smodati/binge (chi beve 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione). È considerata persona che guida sotto l'effetto dell'alcol chi dichiara di aver bevuto almeno 2 unità di alcol nell'ora prima di mettersi alla guida.

Sono state poste a confronto Campania, Emilia-Romagna e Provincia Autonoma (PA) di Trento, scelte perché erano disponibili i loro dataset completi e perché sono rappresentative di aree geografiche diverse. I risultati regionali sono stati ottenuti aggregando, tramite pesatura, i dati delle ASL. L'analisi è stata effettuata con il software Epiinfo 3.3.2.

In Campania la percentuale degli intervistati che hanno dichiarato di aver consumato almeno un'unità di be- ▶

(*) Gruppo Tecnico PASSI 2007: Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Giada Minelli e Valentina Possenti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; Nicoletta Bertozzi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Cesena; Stefano Campostrini, Dipartimento di Statistica, Università Cà Foscari, Venezia; Giuliano Carrozzini, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; Angelo D'Argenzio, Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta 2, Caserta; Pirous Fateh-Moghadam, Servizio educazione alla salute, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento; Stefano Menna, Agenzia Zadigroma, Roma; Massimo O. Trinito, UO Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C, Roma

Tabella - Guida di auto o moto sotto l'effetto dell'alcol, nella popolazione generale, tra i consumatori di bevande alcoliche e tra i bevitori binge

	Campania % (IC 95%)	Emilia-Romagna % (IC 95%)	Provincia Autonoma di Trento % (IC 95%)
Popolazione generale (tutti gli intervistati)	3 (2-5)	10 (9-12)	9 (7-11)
Consumatori di almeno un'unità alcolica negli ultimi 30 giorni	7 (5-9)	15 (13-17)	13 (10-16)
Consumatori binge	30 (25-35)	41 (33-49)	30 (21-40)

vanda alcolica negli ultimi 30 giorni era più bassa (48%) rispetto all'Emilia-Romagna e alla PA di Trento (entrambe 69%). In tutte e tre le aree, il consumo di alcol è risultato più diffuso negli uomini rispetto alle donne.

In Campania i forti bevitori erano l'1%, mentre in Emilia-Romagna e in Trentino erano il 3%. Più alti i valori per i bevitori fuori pasto: Campania 4%, Emilia-Romagna 9% e PA di Trento 15%. Il *binge drinking* ha presentato un analogo andamento: 3% per la Campania, 7% per l'Emilia-Romagna e 12% per la PA di Trento.

Si sono notate importanti differenze, oltre che per area geografica, anche per età. Mentre in Campania la percentuale di *binge drinker* era uguale nelle diverse classi d'età (3%), in Emilia-Romagna era pari all'11% nelle persone di 18-34 anni, all'8% in quelle di 35-49 anni, al 3% nella classe 50-69 anni. Ancor più elevati i valori in Trentino (rispettivamente 24%, 7% e 7%).

In tutte e tre le aree, il consumo smodato era più elevato negli uomini; la differenza più cospicua è stata osservata in Trentino (uomini 21% - donne 2%). Inoltre, il *binge drinking* è risultato associato soprattutto al consumo fuori pasto e nel fine settimana.

Per quanto riguarda l'attenzione al problema da parte dei medici e degli operatori sanitari, la percentuale di persone che hanno riferito di essere state interrogate da un medico od operatore sanitario sulle proprie abitudini di consumo alcolico, nel corso degli ultimi 12 mesi, è risultata più elevata in Emilia-Romagna (43%) rispetto al Trentino (27%) e alla Campania (21%). La percentuale di bevitori che ha dichiarato di aver ricevuto il suggerimento di ridurre i propri consumi alcolici era pari al 12% in Campania, al 13% in Emilia-Romagna e al 12% in Trentino, mentre tra i forti bevitori, i valori corrispondenti per le tre aree erano rispettivamente pari al 13%, 29%, e 41%.

La percentuale di persone che hanno riferito di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è risultata diversa da regione a regione. Il fenomeno è stato analizzato nella popolazione generale, per avere un'indicazione della rilevanza complessiva del problema, ed anche nelle persone che hanno dichiarato di aver consumato alcol, sia in quelli che hanno bevuto almeno un'unità alcolica negli ultimi 30 giorni sia nei bevitori *binge*, per valutare la propensione ai comportamenti a rischio in queste sottopopolazioni.

In Campania dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni il 3% di tutti gli intervistati (compresi quelli che non hanno guidato): una proporzione significativamente inferiore a quella dell'Emilia-Romagna (10%) e del Trentino (9%). Percentuali più elevate si osservano nei consumatori di bevande alcoliche (almeno un'unità negli ultimi 30 giorni), e ancor di più nei *binge drinker*, come è evidenziato nella Tabella. Le differenze tra le tre aree non sono significative per i bevitori *binge*, mentre per i consumatori di almeno una bevanda alcolica la Campania presenta un valore significativamente inferiore rispetto alle altre due aree.

Dai confronti tra le tre diverse aree è stata confermata la già nota differenza, nei comportamenti riguardanti il consumo alcolico, tra Nord e Sud Italia (7).

Questa differenza era evidente per il consumo di almeno un'unità di bevanda alcolica, per il consumo alcolico a rischio, per il consumo smodato/*binge*, nonché per la guida sotto l'effetto dell'alcol.

In tutte e tre le aree, l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari era maggiore per le persone con consumi a rischio: i consigli di diminuire l'assunzione di alcol, infatti, erano più frequenti nei confronti dei *binge drinker* e dei forti bevitori. Tuttavia la grande maggioranza degli intervistati, anche delle categorie a rischio, ha riferito di non aver ricevuto consigli dal proprio medico o da altri operatori sanitari.

La guida di auto o moto sotto l'effetto dell'alcol è risultata un fenomeno frequente, in particolare nelle aree settentrionali e tra i bevitori binge. Diversamente da quanto ci si potrebbe aspettare, vista la notevole diffusione in Trentino dei consumi a rischio, la guida sotto l'effetto dell'alcol nella PA di Trento aveva una prevalenza, tra i bevitori binge, non significativamente diversa rispetto alle altre regioni. Questo fatto potrebbe essere messo in relazione con la messa in campo di iniziative locali efficaci per contrastare la guida in stato di ebbrezza. ■

Riferimenti bibliografici

1. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365: 519-30.
2. WHO. Public health problems caused by harmful use of alcohol, 58. WHO Assembly, 7 April 2005.
3. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Ministero delle Politiche Agricole e Forestali. Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003.
4. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministero.salute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005.pdf
5. Institute of Alcohol Studies in London - EU Public Health Programme - Report: Alcohol in Europe. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
6. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, et al. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati. *Alcolologia* 2002;14(2-3): 109-17.
7. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegralepdf

SORVEGLIANZE NAZIONALI

SORVEGLIANZA DELLE ESPOSIZIONI PERICOLOSE: LA CASISTICA RILEVATA DAL CENTRO ANTIVELENI DI MILANO NEL 2005

Franca Davanzo¹, Laura Settimi², Fabrizio Sesana¹, Pietro Maiozzi², Paolo Roazzi³, Elisabetta Urbani², Maurizio Bissoli¹,
Marcello Ferruzzi¹, Rossana Borghini¹, Tania Giarratana¹, Angelo Travaglia¹, Francesca Assisi¹, Paola Moro¹,
Paolo Severgnini¹, Ilaria Rebutti¹, Valeria Dimasi¹, Antonella Pirina¹ e Tiziana Della Puppa¹

¹Centro Antiveleni, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

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

³Settore informatico, Documentazione, Biblioteca e Attività Editoriali, Istituto Superiore di Sanità

La sorveglianza delle esposizioni prese in esame dai Centri Antiveleni (CAV), servizi che operano all'interno del Servizio Sanitario per una corretta diagnosi e terapia delle intossicazioni, può fornire contributi informativi di rilevante interesse in vari ambiti di sanità pubblica. Nello specifico, la sistematica rilevazione ed analisi dei dati relativi alla casistica gestita dai CAV risulta di particolare utilità per identificare tempestivamente condizioni di rischio non adeguatamente considerate, fornire un supporto ad attività di controllo sulla sicurezza dei prodotti in commercio, contribuire ad una migliore caratterizzazione della tossicità per l'uomo di agenti specifici, orientare attività di prevenzione e verificarne l'efficacia (1-3).

In considerazione di questi aspetti, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato un piano di lavoro per la messa a punto di una base di dati sulle esposizioni pericolose cui possano contribuire i diversi CAV attivi sul territorio e che possa essere utilizzata per attività di sorveglianza di interesse nazionale e regionale. In questo ambito, è stata avviata una prima collaborazione con il CAV di Milano, centro che gestisce circa il 60% delle consulenze richieste a livello nazionale (4), e che già opera in condizioni compatibili con le procedure proposte dall'ISS. Attualmente, il CAV di Milano ha reso disponibili le informazioni rilevate nel periodo 2004-07, riferite a circa 208.000 consulenze. L'acquisizione di questa casistica, oltre a permettere attività di verifica di un sistema informativo accessibile in rete e la messa a punto di procedure di controllo di qualità e classificazione delle variabili di interesse, ha reso disponibile una prima base di dati di rilevanza nazionale, comprensiva delle

diverse tipologie di esposizione prese in esame dai CAV. Le informazioni disponibili sono state oggetto di alcune analisi preliminari. In particolare, sono state utilizzate per: una prima caratterizzazione delle esposizioni pericolose a farmaci (5); l'avvio di un approfondimento sulle esposizioni pediatriche causate da sovradosaggio di antipiretici a base di paracetamolo (6); la conduzione di un'indagine sui casi di intossicazione mortale verificatisi in Sicilia tra cittadini dei Paesi dell'Est europeo e l'identificazione della fonte di esposizione (7); una prima segnalazione sulla diffusione di alchil nitriti come sostanze di abuso (8).

Contestualmente, sono state avviate analisi descrittive per singole annualità, al fine di fornire elementi conoscitivi sull'insieme delle diverse esposizioni, seguirne l'andamento temporale, definire valori di riferimento per la rilevazione in automatico di frequenze anomale riferibili sia al volume complessivo delle consulenze effettuate che a selezionati agenti e quadri sindromici. Nel presente contributo vengono descritte le principali caratteristiche dei casi gestiti dal CAV di Milano nel 2005.

Nel periodo considerato (1.1.2005-31.12.2005) il CAV di Milano ha ricevuto 51.945 richieste di consulenza. Di queste, 42.483 (82%) hanno riguardato casi di esposizione umana, 551 (1%) casi di esposizione animale, 8.904 (17%) richieste di informazione. Per sette casi non è stato possibile definire la tipologia di consulenza. Con riferimento ai casi di esposizione umana, oggetto delle analisi descrittive di seguito riportate, circa il 63% è stato gestito su richiesta di servizi ospedalieri e, in particolare, di servizi di pronto soccorso (44%) e di reparti di pediatria (16%), mentre il 30% è stato sottoposto all'attenzione del CAV da privati

cittadini. Circa il 70% dei casi di esposizione umana (28.428) sono pervenuti da regioni diverse dalla Lombardia. Le regioni con il numero più elevato di casi sono state: Veneto (n. 4.523), Emilia-Romagna (n. 3.635), Sicilia (n. 3.345). Il rapporto medio tra consulenze prestate a livello nazionale e popolazione residente (indice di penetranza) è stato pari a 7,5 per 10³ abitanti. I valori più elevati di questo indice sono stati rilevati per Lombardia (15,6 per 10³), Veneto (10,0 per 10³), Emilia-Romagna (9,1 per 10³) e Umbria (8,9 per 10³).

Gli incidenti considerati hanno comportato l'esposizione di una sola persona nel 98% dei casi (n. 41.682), due o più per il rimanente 2% (143 episodi che hanno dato luogo a 801 casi di esposizione umana). La maggior parte dei pazienti (88%) è risultata esposta ad una sola sostanza pericolosa ed il 7% a due o più, con un totale di 50.201 esposizioni riportate. Di queste, il 48% è stato riferito a farmaci ed il 52% ad agenti non farmaceutici. I pazienti sono risultati equamente distribuiti per genere, mentre circa il 46% ha presentato un'età inferiore ai 6 anni. Il motivo dell'esposizione è risultato accidentale per il 77% dei casi ed intenzionale per il 19%. Per circa il 2% è stata riportata una reazione avversa a farmaci, alimenti o altro. L'ambito di esposizione è risultato domestico per il 90% dei casi, lavorativo o luogo pubblico per circa il 3%, rispettivamente, scolastico per l'1%.

Come mostrato nella Tabella, per i soggetti con età inferiore ai 6 anni, le categorie di agenti più frequentemente riportate sono state: detergenti domestici (21%); corpi estranei (9%); cosmetici e prodotti per la cura della persona (8%); analgesici (7%). Anche tra i pazienti con età compresa tra 6 e 19 anni i ►

Tabella - Categorie di agenti più frequentemente rilevati dal Centro Antiveleini di Milano nel 2005

Categorie	≤ 5		6-19		Classi di età ≥ 20		non nota		Totale	
	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^b
Detergenti domestici	4.213	21,7	516	14,0	3.601	21,1	479	20,7	8.809	20,7
Psicolettici	425	2,2	351	9,5	4.793	28,0	154	6,7	5.723	13,5
Analgesici	1.274	6,6	394	10,7	1.308	7,7	67	2,9	3.043	7,2
Antiparassitari	907	4,7	160	4,3	1.661	9,7	217	9,4	2.945	6,9
Antidepressivi	139	0,7	134	3,6	2.049	12,0	64	2,8	2.386	5,6
Corpi estranei	1.744	9,0	249	6,8	107	0,6	88	3,8	2.188	5,2
Cosmetici/cura della persona	1.656	8,5	109	3,0	335	2,0	77	3,3	2.177	5,1
Cardiovascolari	621	3,2	119	3,2	748	4,4	41	1,8	1.529	3,6
Ormoni/antagonisti ormonali	938	4,8	112	3,0	280	1,6	32	1,4	1.362	3,2
Anticonvulsivanti	101	0,5	107	2,9	970	5,7	36	1,6	1.214	2,9
Antimicrobici	574	3,0	190	5,2	463	2,7	57	2,5	1.284	3,0
Funghi	70	0,4	101	2,7	810	4,7	142	6,1	1.123	2,6
Farmaci di uso topico	427	2,2	106	2,9	552	3,2	65	2,8	1.150	2,7
Sostanze chimiche	175	0,9	46	1,2	679	4,0	100	4,3	1.000	2,4
Alimenti	205	1,1	158	4,3	424	2,5	166	7,2	953	2,2
Piante	657	3,4	73	2,0	158	0,9	38	1,6	926	2,2
Gastrointestinali	374	1,9	128	3,5	329	1,9	30	1,3	861	2,0
Alcoli	34	0,2	92	2,5	704	4,1	30	1,3	860	2,0
Morsi/punture	115	0,6	139	3,8	503	2,9	76	3,3	833	2,0
Cancelleria/materiali per uso artistico	520	2,7	192	5,2	30	0,2	12	0,5	754	1,8
Idrocarburi	151	0,8	78	2,1	373	2,2	55	2,4	657	1,5
Antistaminici	396	2,0	78	2,1	168	1,0	12	0,5	654	1,5
Fumi/gas/vapori	77	0,4	67	1,8	404	2,4	90	3,9	638	1,5

(a) Percentuali calcolate sul numero totale di casi per classe di età (< 6 anni, n. 19.390; 6-19, n. 3.688; >=20, n. 17.095; non nota, n. 2.310)

(b) Percentuale calcolata sul numero totale di casi (n. 42.483)

detergenti domestici sono stati riportati come principale causa di esposizione (14%), seguiti da analgesici (11%), psicolettici (9%) e corpi estranei (7%). Per i soggetti in età adulta (≥20 anni) sono risultate più frequenti le esposizioni a psicolettici (28%), detergenti domestici (21%), antidepressivi (12%) e antiparassitari (10%).

Complessivamente, il 41% dei pazienti gestiti dal CAV di Milano ha presentato segni e sintomi riferibili all'esposizione, mentre per il 78% dei casi è stato prescritto almeno un intervento terapeutico. I decessi rilevati sono stati 10, di cui sette causati da esposizione volontaria e uno da esposizione accidentale.

Le principali caratteristiche della casistica presa in esame dal CAV di Milano risultano confrontabili con quanto osservato dai CAV USA nel corso dello stesso anno su circa 2,4 milioni di casi (2). Ulteriori approfondimenti dei dati qui presentati verranno tra breve resi disponibili al fine di fornire indicazioni su esposizioni ad agenti specifici e di contribuire alla caratterizzazione di fenomeni di particolare rilevanza sanitaria

quali, ad esempio, incidenti domestici, esposizioni pericolose in età pediatrica, esposizioni a farmaci e a sostanze di abuso, incidenti occupazionali ed ambientali, esposizioni di sospetta natura dolosa. ■

Riferimenti bibliografici

1. Wolkin AF, Patel M, Watson W, et al. Early detection of illness associated with poisonings of public health significance. *Ann Emerg Med* 2006;47(2): 170-6.
2. Lai MW, Klein-Schwartz W, Rodgers GC, et al. 2005 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Clin Toxicol* 2006;44: 803-932.
3. Watson AW, Litovitz TL, Bedson MG et al. The Toxic Exposure Surveillance System (TESS): risk assessment and real-time toxicovigilance across United States poison centers. *Toxicol Appl Pharmacol* 2005;207:S604-S10.
4. Mucci N, Alessi M, Binetti R, et al. Profilo delle intossicazioni acute in Italia. Analisi dei dati registrati dai Centri Antiveleini. *Ann Ist Super Sanità* 2006;42(3):268-76.

5. Davanzo F, Settimi L, Carbone P, et al. *Esposizioni a farmaci prese in esame dal Centro Antiveleini di Milano nel 2004*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 07/13).
6. Davanzo F, Settimi L, Sesana FM, et al. Esposizioni a paracetamolo nei bambini: i dati del Centro Antiveleini di Milano. *Bollettino di Informazione sui Farmaci* 2007;14(2):69-73.
7. Davanzo F, Settimi L, Marcello I, et al. Intossicazioni da metanolo prese in esame dal Centro Antiveleini di Milano (2005-07). *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2007; 20(11):i-iii.
8. Davanzo F, Settimi L, Marcello I, et al. Intossicazioni da alchil nitriti "Poppers": casistica rilevata dal Centro Antiveleini di Milano, 2004-07. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2008; 21(2): iii-iv.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: profea@iss.it

IL PROGETTO EUROPEO EPISOUTH E IL PROGETTO ITALIANO EPIMED

Una rete di epidemiologi per il controllo
delle malattie infettive nel Mediterraneo



Maria Grazia Dente, Flavia Riccardo, Massimo Fabiani, Alessia Ranghiasi, Gloria Nacca,
Francesca Romana Meduri e Silvia Declich per la Rete EpiSouth-EpiMed*
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - La Rete EpiSouth-EpiMed rappresenta una piattaforma di collaborazione epidemiologica per la sorveglianza delle malattie infettive attraverso lo scambio di informazioni e il rafforzamento delle capacità tecniche dei Paesi dell'Area del Mediterraneo. Attualmente sono coinvolti 24 Paesi con 58 focal point più 5 rappresentati di organizzazioni internazionali. Il progetto si articola in 8 pacchetti di lavoro guidati da 6 istituzioni di sanità pubblica: Istituto Superiore di Sanità (Italia), Azienda Ospedaliera di Padova (Italia), Istituto de Salud Carlos III (Spagna), Institut de Veille Sanitaire (Francia), National Center of Infectious and Parasitic Diseases (Bulgaria) ed Hellenic Centre for Disease Control & Prevention (Grecia). La rete usufruisce dei finanziamenti CE-DGSANCO e Ministero della Salute italiano.

Parole chiave: sorveglianza, rete epidemiologi, Mediterraneo

SUMMARY (*The European Project "EpiSouth" and the Italian Project "EpiMed": a Network of Epidemiologists for the control of infectious diseases in the Mediterranean Area*) - The EpiSouth-EpiMed Network represents a platform of collaboration among epidemiologists for the surveillance of infectious diseases, through information sharing and capacity building of the countries of the Mediterranean Area. Presently 24 countries are involved with 58 focal points, plus 5 representatives of international organisations. The project is articulated in 8 Work Packages (WP) led by 6 public health institutes: Istituto Superiore di Sanità (Italy), Azienda Ospedaliera di Padova (Italy), Istituto de Salud Carlos III (Spain), Institut de Veille Sanitaire (France), National Center of Infectious and Parasitic Diseases (Bulgaria) and Hellenic Centre for Disease Control & Prevention (Greece). The Network relays on funds from EC-DGSANCO and Italian Ministry of Health

Key words: surveillance, network of epidemiologists, Mediterranean area

silvia.declich@iss.it

Le malattie infettive non hanno confini geografici e, fatta eccezione per alcune malattie prevenibili da vaccino, la sorveglianza epidemiologica è oggi l'unico strumento disponibile per evitarne la diffusione. Lo scambio di informazioni tra Paesi, con l'identificazione precoce dei casi, è essenziale all'attivazione di una risposta di contenimento pronta e concertata.

I Paesi del Mediterraneo, pur non facendo parte di un'unica organizzazione economica e politica, hanno un ecosistema condiviso e simili problemi sanitari.

È per questo che, durante due incontri preliminari ad Atene e a Venezia nel 2004, esperti provenienti da istituzioni di sanità pubblica della Bulgaria, Grecia, Italia, Spagna e Francia hanno esplorato la possibilità di realizzare un progetto cooperativo tra i Paesi del ►

(* Rete EpiSouth-EpiMed comprende ad aprile 2008: Albania, Tirana (Institute of Public Health); Algeria, Alger (National Institute of Public Health); Bosnia and Herzegovina (Ministry of Civil Affairs Sarajevo, Ministry of Health and Social Welfare, Banja Luka, Republic of Srpska, and Public Health Institute, Mostar, Federation of B&H); Bulgaria, Sofia (National Center of Infectious and Parasitic Diseases-NCIPD); Croatia, Zagreb (Croatian National Institute of Public Health); Cyprus, Nicosia (Ministry of Health); Egypt, Cairo (Ministry of Health and Population); FYROM-Former Yugoslav Republic of Macedonia, Skopje (Institute for Health Protection and Clinic of Infectious Diseases); France, Saint Maurice Cedex (French Institute for Public Health Surveillance-InVS); Greece, Athens (Hellenic Center for Diseases Control and Prevention); Israel (Israel Center for Disease Control Tel Hashomer and Ministry of Health Jerusalem); Italy (Italian National Institute of Health, Rome and Padua Teaching Hospital Padua); Jordan, Amman (Ministry of Health); Kosovo UNSCR 1244 (National Institute of Public Health, Prishtina); Lebanon, Beirut (Ministry of Public Health); Malta, Msida (Ministry of Health, Elderly and Community Care); Montenegro, Podgorica (Institute of Public Health); Morocco, Rabat (Ministry of Health); Romania, Bucharest (Institute of Public Health); Serbia, Belgrade (Institute of Public Health of Serbia); Slovenia, Ljubljana (Institute for Public Health of the Republic of Slovenia); Spain, Madrid (Carlos III Health Institute); Syria, Damascus (Ministry of Health); Turkey, Ankara (Ministry of Health & Refik Saydam National Hygiene Center)

Mediterraneo e dei Balcani prendendo spunto anche dal progetto EpiNorth, realizzato nel Nord Europa e nella Regione russa. Il Progetto EpiSouth è stato quindi elaborato e presentato nel 2005, in occasione dell'Anno del Mediterraneo, dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in qualità di ente coordinatore, alla Commissione Europea-Directorate General for Health and Consumer Affairs (EC-SANCO C3). Il Progetto è iniziato ufficialmente il 1° ottobre 2006 e si dovrebbe concludere il 30 settembre 2009.

Il coinvolgimento di Paesi non appartenenti all'Unione Europea (non-UE) è stato sempre considerato essenziale per il successo di EpiSouth e, dopo l'approvazione del progetto da parte della DG-SANCO, lo sforzo è stato quello di creare i presupposti istituzionali e di trovare i finanziamenti adeguati per consentire anche ai Paesi non-UE (non finanziati quindi dal Progetto EpiSouth della DG-SANCO) di partecipare attivamente alle attività del Progetto.

Con questo intento sono stati organizzati il primo e il secondo Project Meeting a Roma nel marzo 2007 (1) e ad Atene nel dicembre 2007 (con il sostegno finanziario del servizio TAIEX della Commissione Europea e la collaborazione delle Direzioni Generali External Cooperation Programmes (EuropeAid), che hanno registrato il progressivo aumento dei Paesi non-UE partecipanti, ed Enlargement della Commissione Europea che hanno sostenuto la partecipazione di Paesi non-UE). Ai 9 Paesi dell'UE, coinvolti nell'elaborazione iniziale di EpiSouth, si sono aggiunti 15 Paesi dei Balcani, dell'Africa Settentrionale e del Medio Oriente, e diverse organizzazioni internazionali, sia europee (EU-DGSANCO, EU-ECDC), sia non (Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS), le quali hanno partecipato attivamente ai meeting. Questi incontri hanno permesso la condivisione degli obiettivi, della metodologia del Progetto e delle collaborazioni tra EpiSouth, i Paesi partecipanti e le organizzazioni internazionali.

Parallelamente, il Ministero della Salute italiano ha ritenuto prioritario promuovere, attraverso il progetto EpiMed, il sostegno alla Rete e lo sviluppo delle sue potenzialità principalmente attraverso due meccanismi:

- investire nel *capacity building*, fornendo risorse per la partecipazione alla Rete, alla formazione e agli incontri tecnici dei rappresentanti dei Paesi non-UE del Bacino del Mediterraneo e dei Paesi balcani membri della Rete;

- proporre modelli di intervento, fornendo supporto tecnico specialistico su specifiche tematiche di particolare importanza per assicurare all'iniziativa l'impatto desiderato:

- revisione consensuata della definizione di caso delle malattie considerate dall'iniziativa;
- pianificazione e consolidamento delle attività progettuali nel quadro delle nuove International Health Regulations (IHR) e sostegno ai Paesi coinvolti per l'applicazione delle stesse.

Obiettivi

L'obiettivo generale della Rete EpiSouth-EpiMed è quello di creare una piattaforma di collaborazione epidemiologica per migliorare la sorveglianza delle malattie trasmissibili, attraverso lo scambio di informazioni e il rafforzamento delle capacità tecniche dei Paesi dell'area del Mediterraneo e dei Balcani.

Il progetto si articola in 8 pacchetti di lavoro (*Work Packages-WP*):

1. **coordinamento del Progetto (WP1)**, il cui scopo principale è quello di fornire supporto tecnico e gestionale finalizzato a garantire un'alta qualità del Progetto, il raggiungimento degli obiettivi e il rispetto dei tempi prefissati;
2. **disseminazione del Progetto (WP2)**, con lo scopo di diffondere i risultati prodotti dal Progetto ai Paesi partecipanti e agli esperti del settore attraverso un sito web creato appositamente, la distribuzione estesa di un bollettino elettronico e la partecipazione conferenze e convegni scientifici specifici;
3. **valutazione del Progetto (WP3)**, con il compito di valutare il Progetto in termini di obiettivi, *milestones*, indicatori e qualità dei risultati raggiunti;
4. **network di istituti di salute pubblica (WP4)**, il cui scopo è facilitare il processo di coesione e interazione tra i Paesi partecipanti al Progetto;
5. **formazione nel campo dell'epidemiologia applicata (WP5)**, con l'obiettivo di rafforzare la capacità di risposta tempestiva al rischio di diffusione di malattie trasmissibili nei Paesi partecipanti al Network;
6. **epidemic intelligence transfrontaliera (WP6)**, concepita con lo scopo di attivare una piattaforma che permetta ai Paesi partecipanti al Progetto di accedere e scambiare informazioni sulla diffusione di focolai epidemici sia a livello internazionale sia regionale;

7. **malattie prevenibili da vaccini e popolazioni migranti (WP7)**, il cui scopo è valutare l'accesso ai servizi di immunizzazione delle popolazioni migranti, e scambiare informazioni relative a epidemie di malattie prevenibili da vaccino in questi gruppi;
8. **epidemiologia e controllo delle zoonosi transfrontaliere emergenti (WP8)**, finalizzata alla realizzazione di una piattaforma comune per funzionari di salute pubblica (medici e veterinari), all'elaborazione di una metodologia per la valutazione del rischio di epidemie, e allo scambio di informazioni tra professionisti operanti nel settore veterinario e sanitario.

Metodi

Gli 8 WP sono guidati e gestiti da istituzioni di sanità pubblica: l'ISS, Italia (WP1 e WP2); l'Azienda Ospedaliera di Padova, Italia (WP3 e WP4); l'Istituto de Salud Carlos III, Spagna (WP5); l'Istitut de Veille Sanitaire, Francia (WP6); il National Center of Infectious and Parasitic Diseases, Bulgaria (WP7); e l'Hellenic Centre for Disease Control & Prevention, Grecia (WP8).

Gli 8 WP interagiscono dinamicamente fra loro in funzione dei loro obiettivi specifici e collaborano sinergicamente al raggiungimento dell'obiettivo generale del Progetto (Figura 1).

Il Comitato di gestione, impegnato ad armonizzare e a evitare duplicazioni nelle attività del Progetto, è costituito dai 6 Paesi leader degli 8 WP e da rappresentanti, in qualità di osservatori, dell'European Communicable Diseases Center (ECDC), del Directorate General for Health and Consumer Affairs della Commissione Europea (EC-SANCO C3), dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS (WHO-

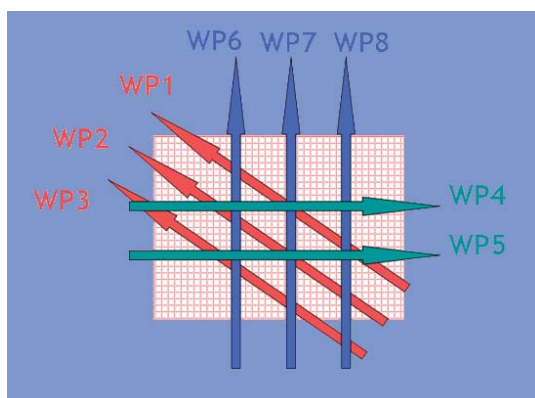


Figura 1 - Interazioni tra Work Packages

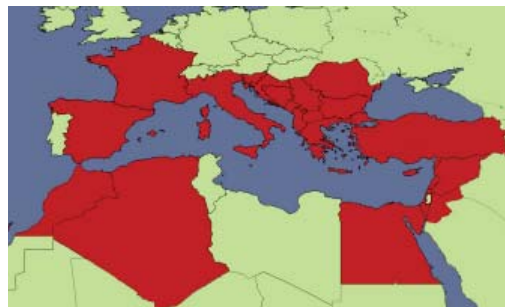


Figura 2 - Paesi della Rete EpiSouth-EpiMed

EURO), dell'Ufficio Regionale per il Mediterraneo Orientale dell'OMS (WHO-EMRO), e della sede centrale dell'OMS (WHO-HQ).

Al fine di favorire un'attiva partecipazione alle attività progettuali, è stato formato per ogni WP un gruppo di lavoro (Steering Team-ST) di 8-9 Paesi composto dal leader del relativo WP e da rappresentanti dei Paesi partecipanti che hanno deciso di collaborare allo sviluppo di quello specifico WP. Si è cercato di formare ogni ST garantendo la rappresentatività delle diverse aree geografiche coinvolte nel progetto (Europa, Balcani, Nord Africa e Medio Oriente).

Attualmente la Rete consta di 24 Paesi (9 dell'Europa, 7 dei Balcani, 3 del Nord Africa e 5 del Medio Oriente), che hanno nominato un totale di 58 focal point (28 di Paesi UE e 30 di non-UE), più 5 rappresentanti di organizzazioni internazionali (Figura 2).

Risultati

Sito EpiSouth e bollettino elettronico

Il sito web di EpiSouth (www.episouth.org) costituisce sia un risultato sia lo strumento principale attraverso il quale avviene la disseminazione a un pubblico internazionale di materiale, tecnico e di indirizzo strategico, prodotto direttamente o ritenuto di interesse per il Progetto.

Il sito è strutturato in due aree:

- un portale pubblico per la disseminazione delle informazioni raccolte e dei risultati prodotti dal Progetto a tutte le persone interessate;
- una zona ad accesso ristretto che costituisce uno strumento di comunicazione costante tra i partecipanti del Progetto.

I risultati e le informazioni presentate sul sito sono inoltre riassunte in un bollettino elettronico (2) inviato via e-mail a un gruppo selezionato di istituzioni nazionali e internazionali e a tutti coloro che abbiano effettuato la registrazione volontaria sul sito web. ▶

Il Network

La Rete EpiSouth-EpiMed è uno dei pochi progetti ad aver avviato un'effettiva collaborazione tra Paesi del Mediterraneo con lo scopo di acquisire una visione più ampia e precisa del contesto epidemiologico in questa Regione. Il Progetto permette inoltre l'identificazione di aree critiche nell'ambito della salute pubblica a cui indirizzare sforzi e fondi disponibili.

Il miglior modo di rispondere a potenziali epidemie rimane, infatti, la comunicazione tra Paesi e la disseminazione delle informazioni a coloro in grado di pianificare e fornire una risposta efficace. Per questo motivo la Rete di epidemiologi EpiSouth-EpiMed costituisce uno strumento prezioso perché consente uno scambio di informazioni tra Paesi dell'Europa, dei Balcani, dell'Africa e del Medio Oriente.

Una directory contenente i dati di tutte le istituzioni coinvolte nella Rete sarà disponibile sul sito web.

Inoltre, saranno elaborati e disseminati tre documenti strategici sui problemi prioritari nella Regione riguardo a *epidemic intelligence* transfrontaliera, malattie prevenibili da vaccino e popolazioni migranti, e zoonosi emergenti.

Formazione

Circa 100 persone appartenenti alla Rete parteciperanno ai tre moduli formativi organizzati a Madrid durante i tre anni di durata del Progetto. Inoltre, l'analisi dei risultati dell'indagine sui bisogni formativi dei Paesi partecipanti, i materiali didattici prodotti (3), e una lista di corsi e di programmi di formazione di interesse per i Paesi saranno resi disponibili sul sito web.

Epidemic intelligence transfrontaliera sul sito e bollettino dedicato

Il bollettino dell'*epidemic intelligence* riporterà i focolai epidemici al di fuori dell'area EpiSouth che potenzialmente potrebbero estendersi ai Paesi che ricadono in quest'area. Questo strumento complementa la regolare sorveglianza epidemiologica condotta a livello nazionale dai singoli Paesi e ha lo scopo di identificare precocemente le eventuali minacce alla salute pubblica delle popolazioni del Mediterraneo. I dati, raccolti da fonti pubbliche, sono verificati e analizzati prima di essere divulgati.

Allo stesso tempo, nell'area del sito ad accesso limitato, verranno condivisi, solo tra i Paesi partecipanti alla Rete, informazioni provenienti dai vari sistemi di sorveglianza nazionale, permettendo così il confronto e la condivisione delle allerte.

Malattie prevenibili da vaccini e popolazioni migranti

I risultati di un'indagine condotta tra i Paesi partecipanti alla Rete sui fattori e le criticità che influenzano e determinano l'accesso alle vaccinazioni delle popolazioni migranti, consentirà di identificare i principali problemi affrontati dai sistemi sanitari in questo ambito.

Sulla base di questi dati sarà elaborato un documento strategico con linee guida e raccomandazioni per migliorare l'accesso alle vaccinazioni delle popolazioni migranti.

Epidemiologia e controllo delle zoonosi transfrontaliere emergenti

Una directory per favorire la collaborazione tra funzionari di salute pubblica (medici e veterinari) dei Paesi della Rete EpiSouth-EpiMed, costituita dai recapiti di esperti per specifiche zoonosi emergenti, servirà a facilitare il controllo di zoonosi prioritarie a potenziale diffusione transfrontaliera.

Un documento strategico comprendente indicatori per la valutazione e monitoraggio epidemiologico di queste patologie nella Regione e un'analisi dei possibili modi di interazione e scambio di informazione tra medici e veterinari in caso di epidemia sarà redatto e disseminato.

Conclusioni

La Rete EpiSouth-EpiMed è un'iniziativa unica che coinvolge tutte le aree del Mediterraneo. Un'effettiva collaborazione servirà a fornire un quadro epidemiologico più chiaro di questa peculiare Regione e aiuterà a identificare particolari criticità e lacune in sanità pubblica. Inoltre, il sito web dedicato e gli altri strumenti predisposti per la comunicazione e lo scambio di informazioni consentiranno una risposta coordinata e puntuale alle minacce sanitarie e al controllo della diffusione delle malattie infettive. ■

Riferimenti bibliografici

1. Disponibile all'indirizzo: https://www.episouth.org/outputs/wp1/Report_1st_Episouth_Project_Meeting__28-30_March_07.pdf
2. Disponibile all'indirizzo: https://www.episouth.org/outputs/wp2/EpiSouth_Electronic_Bulletin_-_Issue_N%5B1%5D_0.pdf
3. Disponibile all'indirizzo: https://www.episouth.org/outputs/wp5/f_t_module/

ASSISTENZA E APPROCCIO OLISTICO ALLA PERSONA GRAVEMENTE MALATA

Resoconto del Convegno

"... ed io avrò cura di te. Aspetti multidisciplinari nell'assistenza al malato a prognosi severa"

Istituto Superiore di Sanità

Roma, 27 febbraio 2008



Andrea Geraci

Dipartimento del Farmaco, ISS

RIASSUNTO - Il Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità ha organizzato un convegno sulle problematiche clinico-assistenziali, sociali, psicologiche e spirituali del malato a prognosi severa. Sono stati trattati argomenti come le cure palliative e l'organizzazione degli hospice, gli aspetti psicologici e le storie vere di malati nonché il possibile utilizzo di terapie non convenzionali in situazioni anche gravi.

Parole chiave: cure palliative, hospice, terapie complementari

SUMMARY (*Care and holistic approach to the severely ill patients. Report of the Conference "... and I'll take care of you. Multidisciplinary aspects in the care of severely ill patient"*) - The Department of Therapeutic Research and Medicines Evaluation of the Italian National Institute of Health organized a meeting on clinical, social, psychological and spiritual issues of severely ill patients. The discussion addressed topics such as palliative care, management of hospice, psychological aspects, true stories of patients and the possible use of unconventional therapies in serious illnesses.

Key words: palliative care, hospices, complementary therapies

andrea.geraci@iss.it

Il 27 febbraio 2008 si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Convegno "...ed io avrò cura di te. Aspetti multidisciplinari nell'assistenza al malato a prognosi severa".

Durante la giornata sono stati affrontati alcuni aspetti dell'assistenza sanitaria al malato grave, le sue esigenze, quelle dei suoi familiari e amici, il vissuto in situazioni estreme come può essere una malattia terminale. Si è discusso di aspetti clinico-assistenziali, sociali, psicologici e spirituali di persone che sono gravemente malate ed è stata considerata l'importanza dell'approccio olistico, globale, al malato. In questa ottica, nel ribadire la centralità della persona malata, tutti sono tenuti a svolgere il proprio ruolo: potere politico, istituzioni centrali o regionali, le diverse figure professionali. È stata messa in evidenza l'importanza del lavoro svolto in sinergia per prendersi cura di chi si trova a vivere un momento particolare della propria vita, indipendentemente che lo viva in un ospedale, in un hospice o al proprio domicilio.

Le tante associazioni dei pazienti, le istituzioni come l'ISS, il Ministero della Salute, l'Agenzia Italiana

del Farmaco, le Regioni, l'intera classe degli operatori sanitari, sono oggi più che mai sensibili alla questione della qualità della vita e della centralità del malato.

La giornata si è sviluppata attraverso tre sessioni.

Prima sessione.

Aspetti istituzionali e clinico-assistenziali

Dopo il saluto e l'introduzione di Stefano Vella, Direttore del Dipartimento del Farmaco, Marco Spizzichino, Direzione della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, ha aperto i lavori parlando dell'impegno delle istituzioni. Sono state analizzate alcune Leggi, in particolare la n. 39 del 20 febbraio 1999, con la quale le regioni ricevono il finanziamento per l'assistenza palliativa oncologica terminale. Recentemente, con l'Accordo del 27 giugno 2007 della Conferenza Stato-Regioni è stata istituita l'assistenza palliativa anche in età pediatrica. Si è parlato poi di assistenza domiciliare e di protocolli specifici come quelli per il controllo del dolore e quelli per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla fami- ►

glia. Altri argomenti sono stati gli hospice, che oggi fanno parte dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria), la Commissione sulla terapia del dolore, le cure palliative e la dignità del fine vita (istituita il 4 dicembre 2006 dal Ministro della Salute Livia Turco), il Piano nazionale delle cure palliative e infine l'Osservatorio nazionale permanente per le cure palliative.

A seguire, il Presidente della Società Italiana di Cure Palliative, Giovanni Zaninetta, ha descritto la situazione delle cure palliative in Italia. Ha chiarito la definizione di cura palliativa che dà l'Organizzazione Mondiale della Sanità: "...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale". Ha descritto l'approccio olistico al malato e alla sua famiglia, le molteplicità di *setting* assistenziali (domicilio, ambulatorio, day-hospital, hospice), l'équipe multidisciplinare che ruota intorno al malato.

Nell'intervento successivo Adriana Turriziani, primario dell'Hospice Oncologico "Villa Speranza" di Roma, si è soffermata sul movimento dell'hospice e sull'organizzazione di queste strutture che stanno a metà tra l'ospedale e il domicilio del malato. Ha poi parlato del malato terminale, dell'evoluzione della malattia neoplastica, di come oggi si è passati dal concetto di curare un malato a quello di prendersi cura di una persona malata. Sono stati approfonditi altri concetti come la qualità della vita per il malato e la propria famiglia, la qualità assistenziale per l'équipe curante, la complementarità tra oncologia clinica e cure palliative.

Seconda sessione.

Aspetti psicologici ed esperienze di vita

Gli interventi della seconda sessione sono stati particolarmente interessanti perché è stata data voce ai pazienti, alle associazioni dei pazienti e a due figure che ricevono forse le comunicazioni più intime, più personali di chi soffre: psicologo e volontario. Livia Ileana Duce, responsabile del Servizio di Psicologia dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici, ha presentato la propria esperienza con la psicoterapia, l'ipnosi, il training autogeno nell'aiutare

i malati di AIDS o di cancro. Quale moglie di Nicola Dell'Edera, malato di cancro che non ha potuto partecipare, ha raccontato la vicenda del marito, che ha intrapreso un percorso terapeutico e interiore che lo ha portato a vincere la sua malattia.

Margherita Errico, che sostituiva Rosaria Iardino, del Network Italiano Persone Sieropositive, ha poi parlato delle strutture di accoglienza pubbliche e private, nonché di quegli strumenti come il sito Internet che, continuamente aggiornato, dà precise informazioni ai pazienti HIV-positivi e alle loro famiglie. Molto toccanti sono stati i racconti di Franco Mozzetti, volontario presso l'Hospice "Villa Speranza" di Roma che, attraverso le immagini di momenti di vita dei pazienti, ha descritto storie di persone, di rapporti umani che arricchiscono tutti, assistiti e assistenti.

Terza sessione.

La visione olistica della persona e le terapie non convenzionali

Andrea Geraci, Dipartimento del Farmaco dell'ISS, ha aperto la terza sessione facendo una veloce panoramica sulle principali terapie non convenzionali e indicando alcune di queste come valido aiuto anche per chi vive malattie molto gravi. Yoga, meditazione, massaggi, ad esempio, potrebbero integrare le cure già esistenti. È stato anche messo in evidenza come negli ultimi tempi sia andato crescendo l'interesse del mondo scientifico sugli aspetti spirituali del paziente. Un esempio: il perdonare, il riconciliarsi con se stessi e con gli altri, giova concretamente alla salute.

Attilio Trionfera della Società Italiana di Medicina Antroposofica ha quindi approfondito alcuni dei concetti indicati da Rudolf Steiner, che definiva l'antroposofia "una via della conoscenza che vuole riportare lo Spirituale che è nell'Uomo allo Spirituale che è nell'Universo".

Lorenzo Ostuni, figura poliedrica di ricercatore spirituale, ha fatto infine delle considerazioni sul concetto di terapia, risalendo all'antica Grecia dove questo termine aveva diversi significati, precisamente corteggiamento, servizio, cura e culto. Ha quindi concluso la giornata recitando alcuni suoi versi e chiedendo al pubblico di commentarli.

È prevista, tra breve, la pubblicazione degli atti del convegno nella serie *Rapporti ISTISAN*, consultabile online all'indirizzo: www.iss.it ■

IL COMITATO DI REDAZIONE DEGLI ANNALI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ SI RINNOVA

Lo scorso 15 aprile si è svolta la prima riunione del nuovo Comitato di redazione degli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, la nostra rivista trimestrale che pubblica - ormai soltanto in lingua inglese - articoli di ricerca nel settore della biomedicina, della ricerca traslazionale e, in più generale, nelle diverse aree delle scienze della salute.

Nel ringraziare i membri uscenti - Umberto Agrimi, Sergio Caroli, Eugenia Dogliotti, Filomena Mazzei, Edoardo Pozio - per il loro prezioso contributo dato in tanti anni di partecipazione alla gestione della rivista, diamo il benvenuto alla nuova squadra, che continuerà a essere diretta da Enrico Alleva (Redattore Capo) con la preziosa collaborazione di Federica Napolitani (Segretaria di

Redazione) e di tutto il gruppo afferente al Settore Attività Editoriali dell'Istituto Superiore di Sanità che ne cura la redazione, impaginazione e grafica (Federica Napolitani, Maria Cristina Barbaro, Cosimo Marino Curianò, Alessandra Fuglieni, Ilaria Palazzesi, Laura Radiciotti).

Ricordiamo che gli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* sono una rivista *peer reviewed* indicizzata dalle maggiori basi di dati del settore. Il sito della rivista (www.iss.it/anna) è stato recentemente riorganizzato, anche nella versione in lingua inglese. Tutti gli articoli pubblicati a partire dal 2001 sono disponibili online, anche direttamente da PubMed. Il sito degli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* contiene anche informazioni di interesse storico in quanto la rivista, precedentemente

denominata *Rendiconti dell'Istituto di Sanità Pubblica*, ha iniziato a pubblicare nel 1938, a soli quattro anni dalla fondazione dell'Istituto (1934), e rappresenta dunque anche un importante strumento per ricerche storico-documentarie.

Per contribuire agli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, consultate online le Istruzioni per gli Autori (www.iss.it/anna).



Il nuovo Comitato di redazione degli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* nominato dal Presidente dell'Istituto:

Enrico Alleva, Redattore Capo (Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze);
Pietro Comba (Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria);
Paola De Castro (Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali), già membro del Comitato di redazione;
Paola Fattibene (Dipartimento di Tecnologie e Salute);
Maria Ferrantini (Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze);
Alessandro Giuliani (Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria);
Teodora Macchia (Dipartimento del Farmaco);
Paolo Pasquali (Dipartimento di Sanità Alimentare ed Animale);
Giovanni Rezza (Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate);
Emanuele Scafato (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute);
Stefano Vella (Dipartimento del Farmaco), già membro del Comitato di redazione.

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS



Presentiamo qui le più recenti pubblicazioni editate da questo Istituto, disponibili online in full-text e su supporto cartaceo. Per essere direttamente informati, comunicate il vostro indirizzo e-mail a: pubblicazioni@iss.it.

Rapporti ISTISAN

08/2

Area tematica
Ambiente e salute



Studio su comportamenti e abitudini alimentari dei cittadini ferraresi (II fase). Valutazione dell'esposizione a contaminanti ambientali contenuti negli alimenti.

M.E. Soggiu, A. Bastone, C. Vollono, M. Masciocchi, G. Rago, Ci Sellitri, F. Galati. 2008, 49 p.

Nel presente rapporto sono discussi i risultati della seconda rilevazione stagionale (primavera-estate 2005) dell'indagine alimentare realizzata a Ferrara. I risultati relativi alla rilevazione effettuata nel periodo autunno-inverno 2004 sono stati presentati in un precedente rapporto (*Rapporti ISTISAN 07/3*). Vengono analizzate le informazioni rilevate su tipologia, quantità e frequenza dei cibi consumati da un campione rappresentativo della popolazione residente e vengono discusse le differenze, per età e sesso, dei pattern alimentari che caratterizzano i due periodi stagionali di rilevazione. I risultati ottenuti dall'intero studio consentono di sviluppare un modello stocastico per la stima dell'esposizione a contaminanti presenti negli alimenti. Una prima stima è stata effettuata sul gruppo delle diossine presenti negli alimenti di origine animale confermando l'elevata esposizione della popolazione a questi contaminanti.

soggiu@iss.it

Il consenso informato al trattamento dei soggetti affetti da demenza: aspetti etici, deontologici e giuridici.

A cura di C. Petrini. 2008, iii, 45 p.

Prendendo spunto da un trial clinico coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, viene discusso il problema del consenso informato nella sperimentazione e nella pratica clinica con soggetti affetti da demenza. Il primo capitolo affronta gli aspetti di etica che si pongono nella sperimentazione clinica con soggetti incapaci di esprimere il consenso. Nel secondo capitolo si descrivono alcuni metodi per valutare se i soggetti siano in grado di esprimere un valido consenso. Il terzo e quarto capitolo descrivono due strumenti per la gestione dei soggetti incapaci di esprimere il consenso: il primo è la "direttiva anticipata" e viene presentato e discusso insieme ad alcune considerazioni sul valore e sul significato del coinvolgimento dei familiari; il secondo è lo strumento giuridico dell'"amministratore di sostegno".

carlo.petrini@iss.it

Rapporti ISTISAN

08/3

Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Rapporti ISTISAN

08/4

Area tematica
Tecnologie e salute



Assicurazione di Qualità in Radioterapia: indagine conoscitiva sull'utilizzo della radioterapia conformazionale 3D nei Centri italiani (marzo 2003).

A cura del Gruppo di Studio Istituto Superiore di Sanità "Assicurazione di Qualità in Radioterapia". 2008, iii, 27 p.

Il gruppo di Studio ISS sull'Assicurazione di Qualità in Radioterapia ha elaborato un questionario per verificare lo stato di implementazione della radioterapia conformazionale 3D all'interno dei Centri italiani di radioterapia. Ai Centri di radioterapia è stato richiesto di fornire informazioni sullo stato di implementazione della suddetta tecnica all'interno del proprio Centro, attraverso la compilazione di un questionario formato da una sezione specifica sui requisiti tecnologici e una sezione sull'esistenza di procedure cliniche e fisico-dosimetriche relativamente a trattamenti conformazionali. Nel questionario è stata inclusa una domanda sull'esistenza di protocolli standardizzati per ognuna delle principali procedure del trattamento conformazionale 3D e sulla loro reale applicazione come uso clinico.

rosi@iss.it

Progetto e sviluppo di un set strumentale per la valutazione funzionale della mano.

D. Giansanti, S. Morelli, G. Maccioni, V. Macellari. 2008, 54 p.

Gravi neuropatie, artrosi, infiammazioni dei tendini, cattive abitudini lavorative, uso continuo di strumenti di lavoro, patologie degli anziani possono causare danni alla funzionalità della mano. Per effettuare una valutazione quantitativa della funzionalità della mano, è stato progettato e realizzato un set strumentale di misura. Il set strumentale è basato su due tipi di dispositivi che misurano la forza che ciascun dito della mano esercita, quando spingono contro dei tasti sensorizzati, durante degli esercizi di pressione di tasti. Un software opportunamente sviluppato provvede a restituire un biofeedback visivo della forza espressa. Il kit strumentale proposto è utile per investigare sulla funzionalità della mano e può essere usato anche per monitorare il recupero di detta funzionalità, durante un programma di riabilitazione.

daniele.giansanti@iss.it; sandra.morelli@iss.it

Rapporti ISTISAN

08/5

Area tematica
Tecnologie e salute



Rapporti ISTISAN

08/6

Area tematica
Ambiente e salute



Cianobatteri potenzialmente tossici: aspetti ecologici, metodologici e valutazione del rischio.

A cura di E. Funari, S. Scardala ed E. Testai. 2008, 92 p.

I cianobatteri sono un gruppo ubiquitario di procarioti in grado di fotosintetizzare, che possono raggiungere densità elevate e formare fioriture e schiume, soprattutto nelle acque superficiali interne eutrofiche. Molte specie di cianobatteri producono, come metaboliti secondari, alcune cianotossine, che rappresentano un potenziale rischio per la salute dell'uomo. L'uomo può essere esposto alle cianotossine attraverso la via orale, che è di gran lunga la più importante, a seguito dell'ingestione di acqua potabile, alimenti, alcuni supplementi alimentari o di acqua durante le attività di balneazione. L'esposizione ad elevati livelli di cianotossine nelle acque potabili e di balneazione è stata associata ad effetti acuti e a breve termine nell'uomo. L'esposizione cronica a bassi livelli di cianotossine rappresenta un motivo di preoccupazione per la salute umana, i cui possibili effetti rimangono un argomento critico da approfondire. Questo rapporto riassume le informazioni ecologiche, chimiche, tossicologiche, epidemiologiche disponibili su questa problematica, identifica gli scenari di esposizione a rischio e, ove possibile, fornisce valori di riferimento.

enzo.funari@iss.it

Caratterizzazione chimica e tossicologica delle emissioni da carburanti alternativi per il trasporto pubblico nelle aree urbane.

L. Turrio Baldassarri, L. Conti, R. Crebelli, B. De Berardis, M. Gambino, A.L. Iamici, S. Iannaccone, C.L. Battistelli. 2008, iii, 63 p.

Sono state caratterizzate, da un punto di vista chimico e tossicologico, le emissioni di motori destinati al trasporto pubblico urbano, alimentati con gasolio, gas naturale e biodiesel. Sono stati quantificati sia gli inquinanti regolamentati sia quelli non regolamentati, con particolare interesse ai composti con rilevanza tossicologica, come gli idrocarburi policiclici aromatici, i loro derivati nitrati, i composti carbonilici e gli aromatici volatili. È stata quindi valutata la mutagenicità degli estratti, sia del particolato sia della fase vapore, tramite il test di reversione in *Salmonella typhimurium*, utilizzando diversi ceppi batterici. È stata inoltre valutata, tramite microscopia elettronica, la differenza nella distribuzione delle dimensioni del particolato emesso con i diversi combustibili. Infine, è stato discusso l'impatto sulla qualità dell'aria urbana e i potenziali effetti sulla salute che derivano dall'uso del gas naturale per il trasporto pubblico.

luigi.turrio@iss.it

Rapporti ISTISAN

08/7

Area tematica
Ambiente e salute



Rapporti ISTISAN

08/8

Area tematica
Epidemiologia
e sanità pubblica



Censimento nazionale e regionale dell'attività di aferesi produttiva (2006).

L. Catalano, M. Belloni, C. Malantruccio, M. Mariano, N. Scarpato, G. Grazzini. 2008, 46 p.

L'aferesi produttiva è la donazione selettiva di elementi cellulari e/o plasma dallo stesso donatore effettuata mediante separatore cellulare. La Società Italiana di Emaferesi e Manipolazione cellulare (SIdEM) in collaborazione con il Centro Nazionale Sangue (CNS) ha realizzato una "fotografia" dell'aferesi produttiva in Italia nel 2006. La donazione in aferesi è stata praticata dal 79,4% delle strutture trasfusionali italiane utilizzando 1.351 separatori cellulari ed effettuando 424.434 procedure (78% plasmateresi, 3% piastrinoateresi, 19% aferesi multicomponente) pari al 15% delle donazioni totali. Le donazioni in aferesi sono state 7,2 per 1.000 abitanti e 314 per separatore cellulare. Inoltre i risultati del presente studio hanno messo in evidenza che l'attività di aferesi è concentrata particolarmente nel Nord Italia, in virtù di una più ampia diffusione dell'aferesi produttiva nelle strutture trasfusionali, di un incrementato numero delle donazioni in aferesi (in particolare, delle plasmateresi) e di una maggiore produttività dei separatori cellulari.

liviana.catalano@iss.it; carlo.malantruccio@alice.it



Nei prossimi numeri:

Alimenti addizionati con fitosteroli
Enter-net: sorveglianza infezioni da patogeni enterici 2006
ISS valutatore di accessibilità di siti web

Istituto Superiore di Sanità

Presidente: Enrico Garaci

Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Tel. +39-0649901 Fax +39-0649387118

a cura del Settore Attività Editoriali