Volume 20 - Numero 6
Giugno 2007
ISSN 0394-9303

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

La malattia renale: emergenza sanitaria del prossimo futuro?

Indagine su organizzazione e ambiente di lavoro nel CNESPS, ISS

Sistema italiano e coreano a confronto per il controllo delle malattie infettive

Poste italiane S.p.A. – Spedizione in abbonamento postale 70% DC Lazio – Roma

Inserto **BEN**
Bollettino **E**pidemiologico **N**azionale

I patti dei Medici di Medicina Generale e l'attività della prevenzione nella Regione Veneto nel 2006

Indagine sul consumo di vino, alcolici e superalcolici in un gruppo di adolescenti piacentini

www.iss.it

SOMMARIO

Gli articoli

La malattia renale: emergenza sanitaria del prossimo futuro? 3

Indagine su organizzazione e ambiente di lavoro nel Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS 11

Sistema italiano e coreano a confronto per il controllo delle malattie infettive 16

Le rubriche

Visto... si stampi 7

News 10

Nello specchio della stampa. Una medicina a misura di donna 18

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserto BEN)

I patti dei Medici di Medicina Generale e l'attività di prevenzione nella Regione Veneto nel 2006 i

Indagine sul consumo di vino, alcolici e superalcolici in un gruppo di adolescenti piacentini iii

Si prevede che nei prossimi anni in Italia il numero dei malati di rene crescerà in modo esponenziale

pag. 3

Attraverso un questionario, è stata rilevata l'opinione del personale di un Centro Nazionale ISS sul grado di soddisfazione in merito all'organizzazione e all'ambiente di lavoro

pag. 11

Nel marzo 2007 si è tenuto un incontro presso l'ISS con una delegazione coreana composta da esperti nel controllo delle malattie infettive

pag. 16

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
- 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: Bruno Ballatore, Luigi Nicoletti
con la collaborazione di Giovanni Pietrantonio
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 2007

Numero chiuso in redazione il 21 giugno 2007
Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

LA MALATTIA RENALE: EMERGENZA SANITARIA DEL PROSSIMO FUTURO?

Simonetta Palleschi, Barbara Rossi, Loretta Diana e **Giancarlo Severini**
Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare, ISS

RIASSUNTO - Le statistiche a livello mondiale non lasciano dubbi: il numero di malati di reni è in costante aumento. La malattia renale cronica ha un'evoluzione lenta e silente e se non trattata in tempo conduce inevitabilmente al trapianto di rene o alla terapia emodialitica cronica. Il paziente in emodialisi cronica è esposto a un elevato rischio di morbilità e mortalità principalmente a causa dell'instaurarsi di patologie correlate, prima tra tutte quella cardiovascolare. Il ruolo di fattori non-tradizionali nella patogenesi della malattia cardiovascolare in uremia è oggetto di un crescente interesse nella comunità scientifica internazionale e anima un dibattito cui partecipa anche l'Istituto Superiore di Sanità.
Parole chiave: insufficienza renale cronica, malattie del sistema cardiovascolare, stress ossidativo

SUMMARY (*Kidney disease: a growing public health challenge*) - Statistics do not leave doubts: the number of people with kidney disease is increasing worldwide. The chronic kidney disease is characterized by a slow and silent progression unavoidably leading to kidney failure and renal replacement therapy in case of untimely diagnosis and management. Hemodialysed patients show morbility and mortality risks higher than general population mainly because of related pathologies, such as the cardiovascular disease. The role of non-traditional factors in the pathogenesis of uremia-related cardiovascular disease is gaining increasing interest among researchers and supports a debate to which the Istituto Superiore di Sanità is participating.
Key words: chronic renal insufficiency, cardiovascular diseases, oxidative stress

simonetta.palleschi@iss.it

L'8 marzo 2007 si è svolta la seconda Giornata Mondiale del Rene, sostenuta in Italia dalla Società Italiana di Nefrologia e dalla Fondazione Italiana del Rene. Nel corso di questa iniziativa specialisti nefrologi di tutta Italia hanno incontrato i cittadini fornendo informazioni sulle malattie renali e la loro prevenzione ed effettuando visite gratuite con controllo pressorio ed esame delle urine.

La Giornata Mondiale del Rene è stata istituita lo scorso anno su iniziativa della International Society of Nephrology e della International Federation of Kidney Foundations con lo scopo di richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica e delle strutture governative che si occupano della salute dei cittadini sul problema della malattia renale. Si prevede, infatti, che nei prossimi anni il numero dei malati di rene crescerà in modo esponenziale configurandosi come un serio problema sanitario, sia dal punto di vista sociale sia economico.

Alla base dello stimato aumento di frequenza di patologie renali è il concomitante aumento dell'incidenza di patologie in grado di causare il danno renale, prime tra tutte quelle cardiovascolari. L'epidemiologia e la clinica indicano infatti che lo sviluppo e la progressione della patologia renale e di quella cardiovascolare sono strettamente interconnessi e la comprensione dei meccanismi biologici che sottendono questo fenomeno è oggetto di interesse crescente nella comunità biomedica internazionale.

Dal 2004, nel Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è operativo il Reparto di Fisiopatologia delle Malattie Renali e Patologie ▶

Correlate la cui attività, svolta in stretta collaborazione con Centri di Nefrologia e Dialisi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è dedicata allo studio della malattia renale e, in particolare, all'identificazione di cause e meccanismi alla base delle malattie correlate all'insufficienza renale cronica.

L'insufficienza renale: dati e cause

L'insufficienza renale è una patologia caratterizzata da una riduzione totale o parziale della funzione renale. Il rene, attraverso un complesso sistema di filtrazione, escrezione e riassorbimento, svolge le fondamentali funzioni di depurare il sangue dai prodotti inutili o dannosi e di regolare gli equilibri idro-elettrolitico e acido-base. Il rene partecipa anche alla regolazione di altre importanti funzioni quali il tono vasale, l'ematopoiesi e il metabolismo osseo. Quando la funzione renale è alterata si configura l'insufficienza renale che può essere di tipo acuto (IRA) o cronico (IRC).

L'IRA è una patologia caratterizzata da una rapida riduzione della diuresi ed è prodotta da fattori transitori (ad esempio, shock emodinamico, intossicazione, calcoli) superati i quali la funzionalità renale può essere ripristinata.

L'IRC, invece, è un complesso quadro clinico in cui la funzione renale è progressivamente e irreversibilmente compromessa. Le cause più comuni di IRC sono glomerulonefriti, pielonefriti, rene policistico, malattie vascolari, diabete e ipertensione.

L'IRC è distinta in cinque stadi, classificati in base alla presenza di albuminuria quale indicatore di danno renale e alla velocità di filtrazione glomerulare (GFR, Glomerular Filtration Rate) quale parametro di funzione renale residua (Tabella).

Una volta raggiunto il quinto stadio, si rende obbligatorio intervenire con il trattamento sostitutivo della funzione renale (RRT, Renal Replacement Therapy) che consiste nel trapianto del rene o, nell'attesa o impossibilità della sostituzione d'organo, nel trattamento emodialitico cronico. Quest'ultimo consente al paziente uremico di sopravvivere ed è sicuramente efficace nel migliorare gli aspetti più gravi dell'uremia; tuttavia, con l'ingresso in dialisi la qualità della vita del singolo paziente, e spesso di riflesso anche quella dei familiari, subisce significative limitazioni. Se consideriamo, tra l'altro, che il trattamento emodialitico è in assoluto una delle prestazioni più costose dell'SSN (il costo di una seduta di dialisi oscilla fra € 157 e € 250 se eseguita in regime ambulatoriale, se in regime di ricovero il costo è ancora maggiore poiché impegna più personale per l'assistenza (1), risulta immediatamente evidente la rilevanza sia sociale sia economica di questo problema sanitario.

I dati epidemiologici su scala mondiale mostrano che le patologie renali sono in costante aumento. Nel 2004 negli USA erano circa 459.000 i pazienti in RRT, con un tasso di prevalenza di 1.542 pazienti per milione di popolazione (pmp), 43% più alto rispetto al 1994 (2). Nei Paesi europei la situazione è analoga, con un tasso di prevalenza in costante aumento sebbene ancora considerevolmente minore rispetto a quello degli Stati Uniti. Nel 2004 la prevalenza di pazienti in RRT andava dai 704 pmp dell'Olanda ai 1.197 pmp del Portogallo (3). I dati italiani sono in linea con quelli dei principali Paesi industrializzati europei. Sempre nel 2004, il Registro Italiano

Tabella - Stadi di IRC (Insufficienza Renale Cronica)

Stadio	Descrizione	GFR[a] (ml/min/1.73m²)
1	Danno renale[b] con GFR normale o aumentata	≥ 90
2	Danno renale[b] con lieve riduzione della GFR	60-89
3	Moderata riduzione della GRF	30-59
4	Grave riduzione della GFR	15-29
5	Uremia	< 15

(a) Velocità di filtrazione glomerulare
(b) Albuminuria persistente (almeno due riscontri indipendenti positivi)
Fonte: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, National Kidney Foundation, 2002

di Dialisi e Trapianto ha stimato che in Italia esistono circa 60.000 pazienti in RRT - dei quali il 25% sono trapiantati - e che il loro numero aumenta ogni anno di oltre il 4%, con un tasso di prevalenza che è passato da 791 pmp nel 1999 a 1.014 pmp nel 2004 (Figura) (4).

Questi numeri rappresentano però soltanto la punta di un iceberg, poiché le persone affette da malattia renale sono probabilmente molto più numerose e soprattutto una buona parte di esse non ne è consapevole. Nella maggior parte dei casi, infatti, il danno renale progredisce lentamente e in maniera silente poiché efficienti meccanismi di compenso mascherano di fatto il progredire della malattia. Come conseguenza, prima che si manifesti una sintomatologia evidente, l'insufficienza renale spesso raggiunge uno stadio molto avanzato, tale da compromettere irreversibilmente la funzione d'organo. È ormai ampiamente dimostrato che il ricorso tempestivo allo specialista nefrologo consente di rallentare il decorso della malattia e di ottenere una prognosi migliore ritardando l'ingresso in dialisi. È per questo che campagne mirate di informazione e prevenzione da un lato, e la promozione della ricerca di base e clinica in campo nefrologico dall'altro, possono sicuramente e concretamente contribuire a rallentare quella che è stata prevista e definita come un'epidemia di nefropatie croniche per gli anni a venire.

Le patologie correlate all'IRC: il ruolo dello stress ossidativo

Nonostante i consistenti miglioramenti degli ultimi anni dovuti soprattutto all'avanzamento biotecnologico, l'aspettativa di vita del paziente in emodialisi cronica è notevolmente ridotta rispetto a quella di coetanei non dializzati. La causa principale di questa condizione è l'instaurarsi di patologie correlate, in particolare di natura cardiovascolare: basti pensare che la popolazione di dializzati con età inferiore ai 30 anni presenta una mortalità cardiovascolare 10-20 volte superiore a quella della popolazione generale nella stessa fascia di età (1). La patologia cardiovascolare è, infatti, la prima causa di morte per questi pazienti e rende ragione di oltre il 50% della mortalità totale (4). I fattori di rischio tradizionali quali ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete, età, pur essendo un riscontro comune nel paziente uremico, non spiegano completamente l'elevata

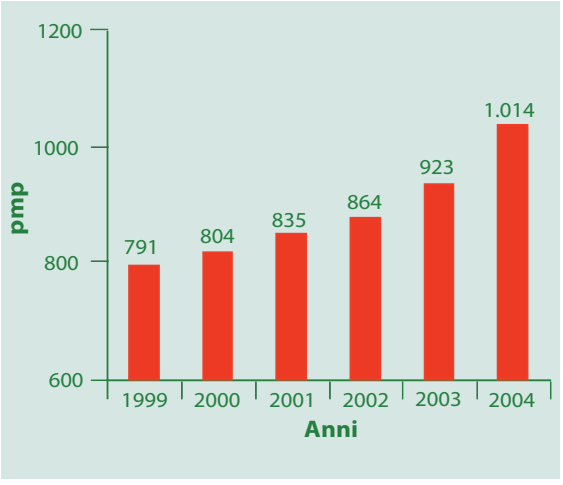


Figura - Tassi di prevalenza del trattamento sostitutivo della funzione renale in Italia. Dati al 31 dicembre di ogni anno. Fonte: Registro Italiano di Dialisi e Trapianto (http://www.sin-ridt.org/sin-ridt.org.htm)

incidenza di eventi cardiovascolari osservata in questa popolazione. Ipertensione, ipercolesterolemia e obesità, al contrario, appaiono essere associate a una maggiore sopravvivenza tra gli emodializzati, un fenomeno che ha portato a coniare il termine di epidemiologia "reverse" e che è stato attribuito alla sindrome di malnutrizione-infiammazione di cui questi pazienti soffrono (5); ne consegue che i fattori di rischio tradizionali utilizzati per il calcolo del rischio cardiovascolare nella popolazione generale non possono essere impiegati *tout-court* nei pazienti nefropatici in dialisi cronica, aspetto, quest'ultimo, che presenta anche importanti risvolti di politica sanitaria.

Fattori non-tradizionali, invece, quali la stessa uremia, l'iperomocisteinemia, le alterazioni del metabolismo osseo, l'infiammazione cronica e lo stress ossidativo si ritiene contribuiscano in maniera determinante allo sviluppo della patologia cardiovascolare correlata all'IRC.

Nonostante la condizione uremica di per sé renda di difficile interpretazione i livelli di alcuni comuni marcatori di stress ossidativo - come anche suggerito da un nostro recente studio (6) - è ormai riconosciuto che lo stato di IRC si accompagna inevitabilmente a quello di stress ossidativo. Tra le cause principali di questa condizione è stato proposto sia un aumento della produzione di specie ossidanti, dovuto alla stimolazione leucocitaria cronica e alla diminuita *clearence* di sostanze ad azione pro-ossidante diretta o indiretta (ad esempio, citochine, peptidi del complemento, ▶

intermedi del metabolismo), sia la diminuzione dei sistemi di difesa anti-ossidante dovuta all'inibizione enzimatica da tossine uremiche e alla perdita di composti antiossidanti idrofilici durante il trattamento emodialitico (primo tra tutti, la vitamina C). Si determinerebbe così uno sbilanciamento pro-ossidante che è solo in parte compensato dagli elevati livelli plasmatici di antiossidanti lipofilici, vitamina A ed E, rilevabili in questi pazienti.

La terapia emodialitica può essere di per sé causa di stress ossidativo: l'attivazione leucocitaria, infatti, può essere indotta dalla presenza di endotossine nei bagni di dialisi e dall'utilizzo di filtri con membrane scarsamente bio-compatibili, due eventualità ormai sempre meno frequenti grazie all'avanzamento tecnologico degli attuali sistemi di depurazione del sangue.

Nella popolazione generale lo stress ossidativo è considerato un potenziale mediatore di numerose patologie, in particolare di natura cardiovascolare e neurologica. Nell'IRC si ritiene che esso abbia un ruolo nello sviluppo e nella progressione delle malattie correlate quali disfunzione endoteliale, ipertensione, aterosclerosi, anemia, disordini neurologici e la stessa infiammazione (7).

È noto che lo stress ossidativo può causare infiammazione e che, a sua volta, l'infiammazione determina produzione di specie ossidanti: un ciclo che nel paziente uremico si autoalimenta favorendo uno stato di flogosi cronica e promuovendo lo sviluppo e la progressione della malattia. L'aumento delle specie ossidanti in circolo concorre alla disfunzione dell'endotelio vasale che è alla base del fenomeno ipertensivo e può accelerare lo sviluppo della placca aterosclerotica. In linea con quanto sopra, nei pazienti con IRC lo stato di flogosi è uno dei principali predittori di morte per malattia cardiovascolare. Secondo uno nostro studio appena concluso su 54 soggetti in emodialisi cronica, anche l'iperomocisteinemia osservata in questi pazienti è da ascrivere, almeno in parte, allo stato di stress ossidativo di cui soffrono; un risultato che, alla luce della dimostrata correlazione tra omocisteinemia e incidenza di patologie vascolari, rinforza ulteriormente l'ipotesi di un ruolo patogenetico dello stress ossidativo nello sviluppo della malattia cardiovascolare correlata all'IRC.

Conclusioni

La lotta alle malattie renali rappresenta un'importante, spesso non adeguatamente compresa, sfida scientifica, sociale ed economica. È pertanto auspicabile una più stretta e crescente sinergia che veda soggetti pubblici e privati, dai laboratori di ricerca ai centri di cura alle associazioni mediche di riferimento e di pazienti, in un impegno comune che, solo, può promuovere e sviluppare percorsi e prospettive per un'efficace prevenzione e un sensibile miglioramento dell'aspettativa e della qualità di vita delle persone affette da malattia renale cronica. ■

Riferimenti bibliografici

1. Di Giulio S. Epidemiologia in Italia e miglioramento dell'assistenza in dialisi. In: *Vivere in dialisi: dalla qualità dei servizi alla qualità della vita*. Seminario. Atti. Roma, 26 aprile 2004. Roma: Ministero della Salute; 2004. p. 27-46.
2. United States Renal Data System, Annual Data Report 2006. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD. Disponibile all'indirizzo: http://www.usrds.org
3. ERA-EDTA Registry, Annual Report 2004. European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association. Disponibile all'indirizzo: http://www.era-edta-reg.org/index.jsp
4. Registro Italiano di Dialisi e Trapianto, Report 2004. Società Italiana di Nefrologia. Disponibile all'indirizzo: http://www.sin-ridt.org/sin-ridt.org.htm
5. Kalantar-Zadeh K, Kilpatrick RD, McAllister CJ, *et al*. Reverse epidemiology of hypertension and cardiovascular death in the hemodialysis population: the 58th annual fall conference and scientific sessions. *Hypertension* 2005;45(4):811-7.
6. Palleschi S, De Angelis S, Diana L, *et al*. Reliability of oxidative stress biomarkers in hemodialysis patients: a comparative study. *Clin Chem Lab Med* (2007, in press).
7. Locatelli F, Canaud B, Eckardt KU, *et al*. Oxidative stress in end-stage renal disease: an emerging threat to patient outcome. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18(7):1272-80.

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro
Settore Attività Editoriali, ISS

Le pubblicazioni edite da questo Istituto sono disponibili online in full-text e su supporto cartaceo. Per essere direttamente informati, comunicate il vostro indirizzo e-mail a: pubblicazioni@iss.it.

Annali dell'Istituto Superiore di Sanità

Vol. 43, n. 1, 2007

Sezione I

Ethical and social implications of biometric identification technology

Edited by *Emilio Mordini and Carlo Petrini*

Preface
Emilio Mordini and Carlo Petrini

Ethical and social implications of biometric identification technology
Emilio Mordini and Carlo Petrini

Hey Buddy can you spare a DNA? New surveillance technologies and the growth of mandatory volunteerism in collecting personal information
Gary T. Marx

Freedom, security and justice: the thin end of the wedge for biometrics?
Juliet Lodge

Biometrics and international migration
Jillyanne Redpath

European securitization and biometric identification: the uses of genetic profiling
Paul Johnson and Robin Williams

Genetics, biometrics and the informatization of the body
Irma van der Ploeg

Body identification, biometrics and medicine: ethical and social considerations
Emilio Mordini and Corinna Ottolini1

Biometrics between opacity and transparency
Serge Gutwirth

Sezione II

Research and methodologies/ Ricerche e metodologie

Collaborative study for the calibration of HCV-RNA, HBV-DNA and HIV-RNA reference preparations against the relative international standards
Giulio Pisani, Francesco Marino, Karen Cristiano, Guillermo Mario Bisso, Claudio Mele, Francesca Luciani, Maria Wirz, Giuliano Gentili and the National Collaborative Study Group

Influence of family history of non insulin dependent diabetes mellitus on leptin concentration in cord blood of male offspring with high birth weight
Angela Maria Buongiorno, Stefania Morelli, Elisabetta Sagratella, Maurizio Sensi, Ettore Maroccia, Stefania Caiola and Mario Vasta

Investigation and control of an outbreak of multidrug-resistant Acinetobacter baumanii infection
Benedetta Longo, Annalisa Pantosti, Ida Luzzi, Paola Placanica, Stella Gallo Agapito Tarasi, Fiorella Di Sora, Monica Monaco, Anna Maria Dionisi, Italo Volpe, Francesco Montella, Antonio Cassone and Giovanni Rezza

Engineering aspects of stents design and their translation into clinical practice
Giuseppe Sangiorgi, Gloria Melzi, Pierfrancesco Agostoni, Clarissa Cola, Fabrizio Clementi, Paolo Romitelli, Renu Birmani and Antonio Colombo

A telemedicine instrument for home monitoring of patients with chronic respiratory diseases
Andrea Tura, Paolo Santini, Davide Longo and Luca Quareni

Smokable ("Ice"; "crystal meth") and non smokable amphetamine-type stimulants; clinical pharmacological and epidemiological issues, with special reference to the UK
Fabrizio Schifano, John M. Corkery and Giulio Cuffolo

Book reviews, Notes and Comments/Recensioni, Commenti e Segnalazioni
A cura di Federica Napolitani Cheyne

Who Publications/Pubblicazioni dell'OMS
A cura di Anna Maria Rossi

Annali dell'Istituto Superiore di Sanità

Vol. 43, n. 1, 2007

Sezione I

The role of haemorheology in clinical medicine

Edited by *Patrizia Caprari, Maria Cristina Martorana and Cesare Peschle*

Preface
Patrizia Caprari, Maria Cristina Martorana and Cesare Peschle

Endothelium and haemorheology
Tommaso Gori, Saverio Dragoni, Giuseppe Di Stolfo, Sandro Forconi

Flow dynamics and haemostasis
Mario Mazzucato, Andrea Santomaso, Paolo Canu, Zaverio M. Ruggeri, Luigi De Marco

Acute myocardial infarction in young adults: evaluation of the haemorheological pattern at the initial stage, after 3 and 12 months
Gregorio Caimi, Amelia Valenti, Rosalia Lo Presti

Clinical haemorheology and microcirculation
Lucia Mannini, Cinzia Fatini, Rossella Marcucci, Emanuele Cecchi, Rosanna Abbate and Gian Franco Genuini

The blood rheology in renal pathology
Bruno de Cindio, Domenico Gabriele, Gerardo Catapano, Paola Fata, Rene Hackel, Renzo Bonofiglio

Sickle cell anaemia: haemorheological aspects
Maria Cristina Martorana, Giorgio Mojoli, Paolo Cianciulli, Anna Tarzia, Emilio Mannella and Patrizia Caprari

Plasma exchange in acute and chronic hyperviscosity syndrome: a rheological approach and guidelines study
Marco Ballestri, Federica Ferrari, Riccardo Magistroni, Maria Mariano, Giovanni Battista Ceccherelli, Giorgio Milanti, Marisa De Palma, Alberto Albertazzi

Deformability and viability of irradiated red cells
Roberto Reverberi, Maurizio Govoni, Marina Verenini

A methodology to study the deformability of red blood cells flowing in microcapillaries *in vitro*
Giovanna Tomaiuolo, Valentina Preziosi, Marino Simeone, Stefano Guido, Rosanna Ciancia, Ciro Rinaldi, Vincenzo Martinelli, Bruno Rotoli

Sezione II

Book Reviews, Notes and Comments/Recensioni, Commenti e Segnalazioni
A cura di *Federica Napolitani Cheyne*

WHO Publications/Pubblicazioni dell'OMS
A cura di *Anna Maria Rossi*

Metodi analitici di riferimento per le acque destinate al consumo umano ai sensi del DL.vo 31/2001. Metodi microbiologici.

A cura di L. Bonadonna e M. Ottaviani. 2007, iv, 204 p.

Il volume raccoglie i metodi analitici di riferimento per la determinazione dei parametri microbiologici nelle acque destinate al consumo umano ai sensi del Decreto Legislativo 31/2001 (recepimento della Direttiva Europea 98/83/EC) e successive modifiche e integrazioni e secondo quanto previsto al punto 5.4 della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025. Il rapporto è affiancato da un'analoga pubblicazione relativa ai metodi chimici, prodotta all'interno della stessa serie. I metodi sono stati elaborati dalla Sottocommissione del Comitato permanente di Studio sulle Acque (ex art. 9 del DM 26 marzo 1991) del Ministero della Salute ed emanati dal Reparto Igiene delle Acque Interne del Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'Istituto Superiore di Sanità.

lucia.bonadonna@iss.it

Rapporti ISTISAN 07/5
Area tematica
Ambiente e salute

Programma nazionale di valutazione esterna della qualità del test NAT per la ricerca di HCV-RNA presso i Servizi Trasfusionali. Attività e risultati 2002-2005.

A. Candido, A. Barca, P. Chionne, S. Dettori, L. Milazzo, S. Taffon, E. Madonna, R. Tomasetto, G. Antonini, S. Di Biase, Hamisa Jane Hassan, Maria Rapicetta. 2007, 42 p.

Scopo del programma è quello di valutare la capacità dei Servizi Trasfusionali italiani nella corretta esecuzione dei test NAT (Nucleic acid Amplification Technology) per la ricerca di HCV-RNA, in condizioni routinarie. I dati riportati coprono il periodo dal 2002 al 2005. Ad ogni invio ciascun Servizio ha ricevuto un pannello costituito da 8 sieri umani, sia negativi che con differente titolo virale di HCV-RNA. Nel corso dei quattro anni del controllo la correttezza di identificazione dei campioni negativi si è mantenuta costante e a livelli piuttosto elevati. Per ciò che riguarda i campioni HCV-RNA positivi i valori di correttezza di classificazione sono migliorati nel corso dei diversi invii.

maria.rapicetta@iss.it

Rapporti ISTISAN 07/6
Area tematica
Epidemiologia e sanità pubblica

Studio *in vitro* sulla connessione di sistemi implantari dentali.

R. Bedini, P. Ioppolo, R. Pecci, F. Rizzo, F. Di Carlo, M. Quaranta. 2007, 26 p.

Rapporti ISTISAN 07/7
Area tematica
Tecnologie e salute

Grandi progressi sono stati compiuti negli ultimi dieci anni nel campo della ricerca e della evoluzione tecnologica in implantologia dentale permettendo alla terapia implantare di divenire oggi una soluzione terapeutica non solo per le edentulie totali o parziali ma anche per le monoedentulie. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di valutare in-vitro l'accoppiamento della parte inserita nell'osso (fixture), l'impianto vero e proprio, con la sovrastruttura (abutment) poiché durante l'utilizzo *in vivo*, cioè sotto carico e vibrazioni, tale connessione può essere soggetta ad allentamento e/o svitamento, poiché la maggior parte dei sistemi implantari sono realizzati con un tipo di connessione a vite. Sebbene non si possa predire esattamente il comportamento *in vivo* dell'impianto, è indubbio però che tale simulazione può costituire una valida indicazione ai fini dell'applicazione clinica.

rossella.bedini@iss.it

VI Workshop Nazionale Enter-net Italia. Sistema di sorveglianza delle infezioni enteriche. Le tossinfezioni alimentari: sorveglianza e controllo. Roma, 17-18 maggio 2007. Riassunti.

A cura di S. Bilei, A. Caprioli, S. Lana, I. Luzzi e A. Ricci. 2007, v, 86 p.

ISTISAN Congressi 07/C1

Enter-net è una rete europea per la sorveglianza delle infezioni enteriche che effettua il monitoraggio delle infezioni da Salmonella, *E. coli* O157 e *Campylobacter*. Finanziata dalla Commissione Europea, la rete ha i seguenti obiettivi: armonizzare i metodi di tipizzazione, mantenere database aggiornati, identificare e controllare gli episodi epidemici a carattere transnazionale, sorvegliare il fenomeno della antibiotico resistenza. L'Italia é rappresentata nel progetto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che coordina un sistema di sorveglianza nazionale (Enter-net Italia) costituito da laboratori del Servizio Sanitario Nazionale operanti nei settori umano, veterinario e ambientale. Gli obiettivi del Workshop sono: i) presentare le attività di Enter-net Italia; ii) analizzare e discutere i sistemi di allerta e le strategie di controllo delle tossinfezioni alimentari; iii) fornire un aggiornamento sulle nuove acquisizioni in tema di epidemiologia, eziopatogenesi e diagnostica di laboratorio delle infezioni trasmesse da alimenti.

ida.luzzi@iss.it; alfredo.caprioli@iss.it

L'integrazione di archivi elettronici per l'epidemiologia e la sanità pubblica: finalità e metodi. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 17-18 maggio 2007. Riassunti.

A cura di E. Appelgren e P. Luzi. 2007, x, 61 p.

ISTISAN Congressi 07/C2

Da anni la sanità pubblica ha iniziato ad avvalersi, per lo più per scopi amministrativi, di basi di dati computerizzati in cui vengono registrati insieme o su archivi separati gli eventi individuali di interesse epidemiologico, i dati individuali relativi ad esposizioni ad alcuni determinanti e l'esito delle osservazioni di lungo periodo. Tali basi di dati e la loro integrazione costituiscono un potente strumento da affiancare ai metodi classici degli studi epidemiologici. Il presente rapporto include i riassunti delle relazioni e poster del Convegno AIE di primavera 2007, organizzato congiuntamente con il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS.

eva.appelgren@iss.it; paola.luzi@iss.it

Microanalisi elementare e organica. Collezione di strumenti.

A cura di A. Farina e C. Bedetti. 2007, 121 p.

I beni storico-scientifici dell'ISS

Quaderno n. 2

Il laboratorio di Microanalisi elementare organica, realizzato presso l'ISS, nei primi anni quaranta, sotto la guida di Margherita Marzadro, ha eseguito per vari decenni delicate operazioni microanalitiche per definire o confermare la composizione "centesimale" di nuove molecole. Gran parte delle apparecchiature utilizzate per la microdeterminazione di elementi, quali carbonio, idrogeno, azoto, alogeni, sono state conservate con ogni cura, grazie alla passione e sensibilità di chi ha diretto il reparto per molti anni. La raccolta comprende oltre trecento oggetti, tra vetreria e apparecchiature di successive generazioni, in ottimo stato e ancora in grado di funzionare. L'inventario, corredato da informazioni sui micrometodi in analisi quantitativa organica, è presentato su questo secondo quaderno della collana "I beni storico-scientifici dell'Istituto Superiore di Sanità".

cecilia.bedetti@iss.it

NEWS

Nella prima parte del 2007, l'Istituto Superiore di Sanità è stato presente a tre importanti manifestazioni nazionali, contribuendo all'approfondimento e al confronto istituzionale su tematiche di sanità pubblica e di editoria scientifica.

SANIT

Roma
18-21 aprile
www.sanit.org

La IV° edizione di SANIT, mostra-convegno delle tecnologie, mezzi e servizi per la salute, si è svolta per la prima volta negli spazi della Nuova Fiera di Roma. La manifestazione si è confermata un fondamentale momento di confronto, verifica, aggiornamento e formazione per tutti gli operatori sanitari e per gli utenti, che hanno potuto scambiare idee, progetti e innovazioni.
L'Istituto è stato presente anche quest'anno con un proprio stand espositivo, vetrina delle attività svolte, dei servizi offerti, dei risultati ottenuti e dei progetti futuri.
Alcuni ricercatori dell'Istituto hanno partecipato, in veste di relatori, a numerosi convegni articolati in diversi ambiti: prevenzione delle malattie, diagnostica e trattamento, ricerca su droghe e dipendenze, qualità e sicurezza dei trapianti, gestione delle malattie croniche e dei processi riabilitativi, malattie rare, traguardi della ricerca sanitaria e ricadute future.

Stand dell'ISS al SANIT

FORUM P.A.

Roma
21-25 maggio
www.forumpa.it

Arrivata alla 18a edizione, la principale manifestazione fieristica e congressuale dedicata alla Pubblica Amministrazione e ai suoi processi innovativi ha ospitato - come è tradizione - uno stand dell'ISS. Nei cinque giorni della mostra un pubblico numeroso ha visitato lo stand e si è rinnovata l'occasione per far conoscere le attività istituzionali e i servizi a disposizione (tra cui le linee di Telefono verde) non solo ai visitatori specializzati ma anche al grande pubblico, sempre numeroso a questo appuntamento annuale.

FEST-Fiera Editoria Scientifica Trieste

Trieste
17-20 maggio
www.festrieste.it

Trieste ha ospitato la prima Fiera internazionale dell'editoria scientifica, un evento innovativo di incontro e confronto tra i cittadini, i centri che producono le nuove conoscenze e i responsabili della comunicazione scientifica. L'Istituto, insieme ad altri espositori, ha messo a disposizione del pubblico una selezione delle pubblicazioni da esso edite, a cura del Settore attività editoriali.

Nella sezione "Incontro con gli scienziati e gli autori" alcuni ricercatori dell'ISS hanno presentato contributi sulla produzione editoriale istituzionale e a un altro ricercatore è stato affidato l'incarico di coordinare e introdurre una conferenza del neurobiologo inglese Steven Rose.

Inserto BEN
Bollettino Epidemiologico Nazionale

STUDI DAL TERRITORIO

I PATTI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E L'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE NELLA REGIONE VENETO NEL 2006

Cristina Ghiotto[1], Renato Rubin[1], Giulio Rigoni[2], Antonio Ferro[3] e Mario Saugo[2]
[1]Cabina di Regia per il Governo dell'Accordo Collettivo Regionale con la Medicina Generale
[2]Servizio Epidemiologico Aziendale, ULSS 4, Thiene (Vicenza)
[3]Direzione Regionale per la Prevenzione, ULSS 4, Thiene (Vicenza)

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è un partner potenzialmente prezioso ma attualmente poco utilizzato per la realizzazione di interventi preventivi di provata efficacia (Evidence-Based Prevention, EBP) (1), recepiti all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2005-07 (2). In occasione della realizzazione dello Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) si è quindi voluto verificare quali attività di prevenzione e promozione per la salute sono attualmente messe in capo agli MMG all'interno della negoziazione dei Patti aziendali (strumenti di contrattazione dell'Accordo Collettivo Nazionale con la Medicina Generale) delle 21 ULSS del Veneto. Si è inoltre indagato l'atteggiamento fin qui assunto dai responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione del Veneto nei confronti del Patto aziendale con gli MMG.

Per acquisire queste informazioni è stata applicata un'analisi qualitativa ai Patti aziendali con gli MMG vigenti nell'esercizio 2006; tali documenti cartacei sono stati resi disponibili presso la Cabina di Regia per il governo dell'Accordo Collettivo Regionale con la Medicina Generale. Utilizzando una griglia comune, i Patti sono stati vagliati allo scopo di individuare le attività di prevenzione poste in carico agli MMG (con particolare riguardo alle azioni previste nel PNP 2005-07), nonché il relativo sistema di monitoraggio e di incentivazione.

A completamento, sono state effettuate delle interviste dirette, attraverso una telefonata preannunciata da una e-mail, e ripetuta in caso di non risposta, ai direttori dei Dipartimenti di Prevenzione attraverso un breve questionario semi-strutturato, per verificare il loro livello di coinvolgimento nella definizione e negoziazione del Patto.

Sono stati identificati e analizzati tutti e 21 i Patti aziendali con gli MMG vigenti nel 2006 nella regione Veneto. Undici (52%) direttori dei Dipartimenti di Prevenzione hanno risposto alla prima telefonata e cinque (24%) alla seconda, mentre cinque (24%) non hanno partecipato all'intervista.

La quasi totalità dei Patti esaminati (20 su 21) prevede in maniera esplicita un qualche riferimento al tema della prevenzione; tuttavia soltanto uno fa specifico riferimento all'EBP e al PNP. Le attività richieste agli MMG sono riconducibili a 4 ambiti principali:

1) Campagna vaccinale antinfluenzale - rappresenta l'ambito più frequente di coinvolgimento degli MMG (18 aziende su 21), che si articola in tre modelli distinti di gestione: delega completa all'MMG (retribuito per prestazione); conduzione integrata della campagna vaccinale (l'attività viene svolta presso le sedi distrettuali utilizzando il personale delle Aziende ed erogando un gettone di presenza all'MMG che partecipa alle varie sedute); gestione mista (vaccinazione degli ultra 65enni in Distretto da parte del personale delle Aziende, vaccinazione delle categorie a rischio da parte degli MMG). In 15 Aziende viene fissato come obiettivo una soglia di copertura riferita genericamente agli ultra 65enni (>70%), il cui raggiungimento è incentivato in maniera diversificata; una adeguata reportistica di monitoraggio è prevista in 4 Aziende. Solamente 6 Patti prevedono il coinvolgimento degli MMG nella vaccinazione antipneumococcica nell'anziano e nelle categorie a rischio.
2) Screening oncologici - sono 15/21 le Aziende che prevedono la partecipazione degli MMG alla realizzazione degli screening oncologici della mammella (10 ULSS), della cervice uterina (9 ULSS) e del colon (8 ULSS). Le attività degli MMG sono finalizzate in linea generale ad aumentare il tasso di adesione dell'utenza e contemplano la promozione dei programmi di screening, l'informazione, la sensibilizzazione dell'utenza ed in alcuni casi il controllo e la "pulizia" ▶

degli elenchi nominativi della popolazione eleggibile. L'obiettivo di partecipazione viene definito in maniera quantitativa (tasso di copertura) solo in 4 casi. Un Patto prevede l'esecuzione di uno screening con Prostate-Specific Antigen del cancro della prostata ed un altro lo screening del melanoma cutaneo.

3) Valutazione del rischio cardiovascolare - l'applicazione della carta (o punteggio) per il calcolo del rischio cardiovascolare è prevista in 4/21 Aziende ed è riferita nei pazienti in terapia antipertensiva (1 ULSS) o ipocolesterolemizzante (4 ULSS), con riferimento agli obiettivi di governo della spesa farmaceutica ed all'applicazione della nota 13 dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), relativa alla prescrizione delle statine.
4) Stili di vita corretti - trovano riferimento in 4/21 Patti e riguardano lo screening ed il couselling breve per il tabagismo (1 ULSS), la promozione dell'attività fisica (2 ULSS), la promozione di stili alimentari corretti (1 ULSS), la promozione di stili di vita sani (1 ULSS). Le attività richieste agli MMG riguardano genericamente la distribuzione di materiale informativo, mentre in un caso è delineato un preciso modello di intervento (couselling breve). Non è mai previsto un sistema di monitoraggio, mentre in due casi è prevista una specifica forma di incentivazione.

Sulla base del parere reso dai rispondenti all'intervista telefonica, i Dipartimenti di Prevenzione sentono di giocare un ruolo alquanto marginale nella definizione del Patto aziendale con la Medicina Generalista (5/16 Aziende) ed il coinvolgimento è esperito sostanzialmente nella definizione dei tassi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale. Soltanto in 1/21 Aziende c'è stata una partecipazione diretta alla fase di negoziazione, ma i Dipartimenti di Prevenzione auspicano largamente (9/16) una maggiore integrazione ed un maggiore coinvolgimento.

Un'ormai ampia letteratura sugli interventi di counselling breve (3-6) e sugli interventi di comunità (7) testimonia del possibile impatto di una collaborazione stretta tra MMG e servizi di prevenzione. Questa valenza preventiva ha anche in Italia una profonda radice storica nell'opera dei medici condotti, protagonisti delle più importanti campagne di vaccinazione nel nostro Paese in epoca pre-riforma.

I risultati di questo studio evidenziano tuttavia come le iniziative di prevenzione incentivate all'interno dei Patti non sempre si basano sui principi dell'EBP. Raramente, ad esempio, l'MMG è esplicitamente coinvolto nella promozione e nell'effettuazione della vaccinazione antipneumococcica tra gli anziani e le categorie a rischio, che pure è oggetto di una specifica campagna regionale, in associazione alla vaccinazione antinfluenzale. Viceversa, sono promossi con la partecipazione attiva degli MMG screening come quello per il cancro della prostata o per il melanoma - pratiche perlomeno dubbie sotto il profilo delle evidenze di prevenzione. Le attività di prevenzione cardiovascolare previste nei Patti aziendali denotano da un lato la specifica modalità con cui la valutazione del rischio cardiovascolare è giunta all'attenzione degli MMG italiani (attraverso una nota della Commissione Unica sul Farmaco per il governo della spesa farmaceutica anziché all'interno di Linee Guida Cardiologiche Nazionali per l'inquadramento dei pazienti), mentre i rari interventi di promozione di stili di vita corretti non vengono generalmente declinati in azioni e compiti precisi degli MMG, raccordati agli interventi promossi dal Dipartimento di Prevenzione aziendale.

Si pone pertanto la necessità di assegnare esplicitamente al Dipartimento di Prevenzione un ruolo aziendale attivo in fase di individuazione delle attività, degli obiettivi e degli indicatori dell'attività di prevenzione e di formalizzazione delle modalità incentivanti previste nei Patti con la Medicina Generale.

L'incentivazione prevista per gli MMG risulta per lo più definita a prestazione (ad esempio, effettuazione della vaccinazione antinfluenzale) ed è codificata in termini di notula cartacea (fee for service). Per confronto, si richiama come l'attuale contratto (8) dei medici generalisti inglesi preveda specifici punteggi graduabili anche per le attività preventive svolte sul singolo individuo e registrate dall'MMG nel proprio software ambulatoriale (ad esempio, copertura con vaccinazione antinfluenzale dei pazienti con diabete, cardiopatia ischemica, BPCO, asma; tenuta di una registrazione individuale sullo screening citologico; registrazione dello stato di fumatore e counselling antifumo).

Questo studio presenta alcuni limiti. Il materiale cartaceo sui Patti aziendali prodotto dai servizi amministrativi delle Aziende è redatto con il linguaggio della contrattualistica amministrativa. Obiettivi, target ed azioni degli interventi di sanità pubblica rispetto a cui gli MMG sono coinvolti e incentivati non sono sempre esplicitati chiaramente; questo rappresenta allo stesso tempo un limite ed un gap da colmare. Oltre a questo, l'intervista telefonica rivolta ai Dipartimenti di Prevenzione ha trovato alcuni limiti di partecipazione (76%).

Lo studio PASSI ha recentemente creato le condizioni utili per "leggere" il coinvolgimento in fatto di prevenzione degli MMG a livello aziendale e regionale. Il nostro studio ha rilevato che virtualmente tutti i Patti per la salute esprimono linee di indirizzo di carattere preventivo anche se solo raramente incentrati sui principi della EBP. In tal senso, la partecipazione degli MMG, partners a forte potenzialità nella prevenzione, non sempre risulta orientata verso interventi basati su prove di efficacia. Questo fatto si può parzialmente spiegare con la partecipazione marginale dei Dipartimenti di Prevenzione alla preparazione dei Patti. I Patti sono strumenti essenziali per rendere operativa ed efficace la prevenzione, attraverso il coinvolgimento degli MMG, e devono in futuro arrivare a concretizzare una più stretta integrazione tra i Servizi di Prevenzione e quelli di cura primaria sia a livello regionale che aziendale. I successivi incontri del Collegio dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione hanno tuttavia avviato di fatto un processo di discussione e apprendimento tra pari, che potrebbero concretizzare in breve termine una strategia comune per la preparazione di Patti aziendali in linea con l'approccio della EBP. ■

Ringraziamenti: si ringraziano per la collaborazione i coordinatori regionali (Silvia Milani, Mauro Ramigni) per il Veneto dello Studio PASSI e il Presidente del Collegio dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione (Massimo Valsecchi).

Riferimenti bibliografici

1. Evidence-Based Prevention in Italia (http://www.epicentro.iss.it/ebp/news.asp).
2. Piano Nazionale Prevenzione 2005-7 (http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/indice_prevenzione.asp).
3. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group trials register and the Cochrane Controlled Trials Register.
4. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, *et al*. Brief physician advice for alcohol problems in older adults. A randomized controlled community- based trial. *Journal of family practice* 1999;48(5):378-84.
5. Hillsdon M, Thorogood M. A systematic review of physical activity promotion strategies. *Br J Sports Med* 1996;30:84-9.
6. Tang JL, Armitage JM, Lancaster T, *et al*. Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in free living subjects. *BMJ* 1998;316:1213-20.
7. Guide to Community Preventive Services - versione italiana (http://www.epicentro.iss.it/1/ebp/pdf/capitolo3.pdf).
8. UK General Practitioners Contract Quality Indicators (http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/86/59/04078659.pdf).

INDAGINE SUL CONSUMO DI ALCOL, VINO, ALCOLICI E SUPERALCOLICI IN UN GRUPPO DI ADOLESCENTI PIACENTINI

Giorgio Calabrese, Filippo Rossi e Monica Maj

Istituto di Scienze degli Alimenti e della Nutrizione, Facoltà di Agraria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Piacenza

Secondo il Regional Office for Europe dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 1 morto su 4 nella fascia d'età 15-29 anni è dovuto all'alcol, per un totale di 63.000 morti in tutta la regione europea (1). Oltre agli effetti avversi sulla salute e il comportamento ben noti, l'alcol ha anche conseguenze sociali sulla vita di altre persone.

Sebbene l'OMS consideri l'Italia tra i Paesi con i profili di consumi alcolici meno rischiosi (1), pur tuttavia desta preoccupazione il cambiamento dei comportamenti tra gli adolescenti. Nel 2005, infatti, un'Indagine Multiscopo dell'ISTAT ha rilevato che la diffusione del consumo di alcol mostra un trend sostanzialmente stabile negli ultimi 8 anni, ma che ci sono stati incrementi significativi tra i giovani, in particolare tra le donne (2).

I dati ISTAT mostrano che il 20% dei ragazzi di 11-15 anni ha dichiarato di avere bevuto almeno una volta negli ultimi 12 mesi (22% tra i maschi e 17% tra le femmine). Tra i ragazzi di 16-17 anni i tassi sono molto più alti; il 50% ha consumato alcolici (59% dei ragazzi e 42% delle ragazze).

Di maggiore preoccupazione nel gruppo di età degli adolescenti è il fenomeno del *binge drinking* (6 o più bevute in una singola occasione): durante l'anno precedente, il 5% dei ragazzi di 11-18 anni ha riferito di aver avuto almeno un episodio di *binge drinking*. I tassi erano particolarmente alti tra gli adolescenti più grandi e di sesso maschile (3-5), raggiungendo il 21% tra i maschi di 18 anni. La maggior parte dei *binge drinking* sembra avvenire il sabato sera nelle discoteche e nei pub (4).

Scopo del presente studio è stato quello di indagare la frequenza del consumo di vino e bevande alcoliche in un gruppo di studenti di età compresa fra i 15 e 19 anni nella ASL di Piacenza con lo scopo di pianificare meglio interventi locali. Il campione comprendeva 219 studenti (107 maschi e 112 femmine) ed è stato reclutato tra gli studenti partecipanti ad un convegno svoltosi presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza. Tutti gli studenti hanno firmato il consenso e nel caso di minorenni la liberatoria è stata firmata dai genitori.

Per valutare il consumo di alcolici, superalcolici e vino è stato somministrato un questionario nel quale si chiedeva la frequenza del consumo di vino, alcolici e superalcolici, l'età in cui hanno incominciato a bere, il motivo, il luogo e il giorno di assunzione.

In totale, sul nostro campione di intervistati, il 76% ha dichiarato di consumare vino e il 77% alcolici e/o superalcolici. Dai risultati è emerso che i maschi e le femmine hanno un profilo di consumo alcolico diverso. Nella popolazione maschile studiata l'82% degli intervistati ha riportato di aver bevuto vino e il 79% alcolici e/o superalcolici in almeno una occasione nell'ultimo anno; tra le ragazze, i valori corrispondenti sono stati il 69% sia per il vino che per gli alcolici e superalcolici (Tabella). L'età media in cui i ragazzi hanno cominciato ad assumere vino è stata di 14,7 anni, mentre per gli alcolici e superalcolici di 16,2 anni. Tra le ragazze, l'età media di assunzione di vino è stata di 12,2 anni e di 14,5 anni per il consumo di alcolici e superalcolici.

La frequenza del consumo è diversa per i due tipi di bevanda alcolica, cioè vino e alcolici e/o superalcolici (Tabella); le differenze per sesso sono state osservate solo per il consumo del vino. Tra i ragazzi, il 30% ha dichiarato di bere vino ogni giorno, mentre il 38% solo nel fine settimana e il 24% solo in occasioni speciali; i valori corrispondenti per le ragazze sono stati il 15%, il 26%, e il 56%, rispettivamente. Per quanto riguarda alcolici e superalcolici, vengono maggiormente consumati per tutti e due i sessi durante i fine settimana (63% dei ragazzi e 58% delle ragazze).

Il luogo dove generalmente si consuma alcol differisce per tipo di bevanda alcolica, ma in questo caso i valori sono stati simili per ragazzi e ragazze. Di solito hanno dichiarato di bere vino in casa il 54% dei maschi e il 55% delle femmine. I posti più comuni di consumo per alcolici e superalcolici, inve- ▶

Tabella - Percentuali di giovani che consumano vino o alcolici ripartiti per luogo, frequenza e motivo di consumo

	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Bevono vino	88	82,2	78	69,6	166	75,8
Frequenza*						
ogni giorno	26	29,5	12	15,4	38	22,9
ogni 2 giorni	8	9,1	2	2,6	10	6,0
solo nel fine settimana	33	37,5	20	25,6	53	31,9
solo in occasioni speciali	21	23,9	44	56,4	65	39,2
Luogo di consumo						
mura domestiche	48	54,5	43	55,1	91	54,8
bar	14	15,9	10	12,8	24	14,5
discoteca	2	2,3	4	5,1	6	3,6
ristorante	24	27,3	21	26,9	45	27,1
Motivo						
mi piace	80	90,9	58	74,4	138	83,1
è tradizione	6	6,8	5	6,4	11	6,6
lo fanno tutti	1	1,1	5	6,4	6	3,6
altro	1	1,1	10	12,8	16	8,9
Bevono alcolici e superalcolici	85	79,4	78	69,6	163	74,4
Frequenza*						
ogni giorno	5	5,9	4	5,1	9	5,5
ogni 2 giorni	15	17,6	4	5,1	19	11,7
solo nel fine settimana	54	63,5	45	57,7	99	60,7
solo in occasioni speciali	11	12,9	25	32,1	36	22,1
Luogo di consumo						
mura domestiche	10	11,8	9	11,5	19	11,7
bar	59	69,4	50	64,1	109	66,9
discoteca	11	12,9	15	19,2	26	16,0
ristorante	5	5,9	4	5,1	9	5,5
Motivo						
mi piace	83	97,6	74	94,9	157	96,3
lo fanno tutti	2	2,4	2	2,6	4	2,5
è tradizione	0	0,0	0	0,0	0	0,0
altro	0	0	2	2,6	2	1,2

(*) Fra quelli che consumano questo tipo di alcol

ce, sono il bar (69% dei maschi e 64% delle femmine) e la discoteca (13% dei maschi e 19% delle femmine).

Le motivazioni del bere sono diverse per tipo di bevanda e sesso (Tabella). Tra i ragazzi, il 91% che beve vino lo assume perché gli piace; tra le ragazze, invece, solo il 74% delle consumatrici di vino lo fa per questo motivo. Perché piace è stato il motivo più importante per il consumo di alcolici e superalcolici, sia per i ragazzi (98%) che per le ragazze (95%).

Questo studio presenta diversi limiti. Il lavoro è stato svolto su un campione di discreta numerosità ma non è scontato che sia rappresentativo dell'intera popolazione studentesca piacentina; inoltre, essendo stato reclutato nelle scuole, non poteva comprendere quella fetta di giovani che avevano già abbandonato gli studi. Non sono state poste domande in modo specifico sul binge drinking, un fenomeno importante in questo gruppo di età, sebbene sulla base dei dati si possa dedurrre che molto probabilmente tale fenomeno si verifichi, vista l'alta percentuale di adolescenti che bevendo solo nel fine settimana e al bar o in discoteca, più facilmente può lasciarsi andare ad atteggiamenti compulsivi.

Ciò nonostante, questi dati dimostrano profili simili a quelli nazionali dell'Osservatorio permanente su giovani e alcol Doxa-World Drink Trends e dell'Indagine Multiscopo ISTAT (2-5). Si tratta di un quadro preoccupante per la precocità del consumo di alcol e perché l'assunzione di alcolici ed in particolare di superalcolici, avvenendo al di fuori dell'ambito familiare, è meno controllabile e può più facilmente sfociare in situazioni di alcolemia elevata che pongono rischi diretti e indiretti. Lo studio conferma come la stragrande maggioranza degli studenti consumi vino o bevande alcoliche, nel caso della popolazione maschile è la quasi totalità a consumare alcol. L'età media del primo contatto con l'alcol è bassa. È verosimile che il consumo di bevande ad alta gradazione alcolica, effettuato assieme ai propri coetanei, venga invece spinto all'eccesso da dinamiche di gruppo.

I risultati confermano l'importanza di programmi di educazione sanitaria rivolte agli studenti per accrescere la consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcolici.

Riferimeni bibliografici

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. Fact sheet EURO/10/05 (http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1005e.pdf).
2. ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005 (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf).
3. Sabbadini LL. Abuso di alcol e binge drinking in Italia dalle indagini Istat. Alcohol Prevention Day 2007, Roma 12 aprile 2007 (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Sabbadini.pdf).
4. Scafato E, Ghirini S, Russo R. Alcol: consumi e abusi, percezioni Alcol: consumi e abusi, percezioni e tendenze del bere in Italia. Alcohol Prevention Day, Roma 12 aprile 2007 (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/apd07-Scafato.pdf).
5. Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, *et al.* L'alcol e i giovani: un'analisi dei fattori determinanti dell'abuso. (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-alcol_giovani.pdf).

Comitato editoriale BEN

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

e-mail: ben@iss.it

INDAGINE SU ORGANIZZAZIONE E AMBIENTE DI LAVORO NEL CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA, SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE DELL'ISS

Gruppo Valorizzazione Risorse Umane del CNESPS, ISS*

RIASSUNTO - Questo lavoro riporta una sintesi dei risultati emersi da un'indagine, condotta nel marzo 2006, presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attraverso l'auto-compilazione, da parte di tutti i lavoratori del Centro, di un questionario anonimo specificamente creato per analizzare l'organizzazione e l'ambiente di lavoro. I dati raccolti sono stati sintetizzati mediante analisi delle corrispondenze multiple e *cluster analysis*, così da individuare quattro tipologie omogenee di lavoratori, a seconda del loro grado di soddisfazione/insoddisfazione riguardo all'organizzazione del lavoro.
Parole chiave: organizzazione del lavoro, qualità del lavoro, capitale umano

SUMMARY (*Survey on organization and working conditions at the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion of the Istituto Superiore di Sanità*) - This work provides a synthesis of the results of a survey carried out in March 2006 at the National Center for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (CNESPS) of the Italian National Institute of Health. All people employed at CNESPS were asked to self-compile, anonymously, a specifically designed questionnaire, investigating internal organization and working conditions. Collected data were processed through multiple correspondence analysis and cluster analysis, in order to single out four homogeneous groups of workers, according to their degree of satisfaction/dissatisfaction with CNESPS working organization.
Key words: work organization, quality of work, human capital
barbara.demei@iss.it

In molte istituzioni pubbliche si sta assistendo a un'evoluzione delle forme organizzative da strutture prevalentemente gerarchiche a strutture basate sulla comunicazione, in cui il "capitale umano" assume un'importanza fondamentale per il buon funzionamento dell'organizzazione, e il benessere del personale rappresenta un aspetto determinante per lo sviluppo e l'efficacia organizzativa. In questo processo di innovazione si colloca il programma "Cantieri", promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica nel 2004 (1), con l'obiettivo di creare le condizioni per incidere positivamente sul sistema sociale interno, sulle relazioni interpersonali e, in generale, sulla cultura organizzativa dell'ambiente di lavoro (2).

All'interno del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si è costituito nel maggio 2005 il "Gruppo Valorizzazione Risorse Umane" (GVRU) come risposta a un'esigenza espressa nell'ambito di un'assemblea del personale in cui era emersa la convinzione che una buona organizzazione del lavoro non possa essere garantita solo dal rispetto di regole e normative, pur riconosciute da tutti come essenziali per un equilibrio democratico tra diritti e doveri.

Il primo obiettivo che il GVRU si è posto è stato quello di rilevare, utilizzando un questionario *ad hoc*, l'opinione del personale rispetto alla ▶

(*) Componenti del **Gruppo Valorizzazione Risorse Umane**: Monica Bolli, Bruno Caffari, Maria Grazia Caporali, Barbara De Mei, Serena Donati, Lorenzo Fantozzi, Lucia Galluzzo, Alessia Ranghiasci, Nicola Vanacore, Monica Vichi (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS); Renata Solimini (Dipartimento del Farmaco, ISS)

situazione organizzativa e relazionale nel luogo di lavoro e definire il livello di soddisfazione dei bisogni individuali e di gruppo.

L'indagine

Il questionario, anonimo e autocompilato, consegnato a tutti i lavoratori del CNESPS nel marzo 2006, è suddiviso in quattro sezioni:

1. organizzazione del lavoro nel CNESPS e nei singoli Reparti;
2. ambiente di lavoro;
3. situazione lavorativa al momento della rilevazione;
4. informazioni di natura socio-demografica e relative al lavoro in ISS.

Attraverso un censimento di tutti i lavoratori del CNESPS si è ricostruita la "base di rilevazione", raccogliendo anche informazioni utili (qualifica, tipo di contratto, sesso, età in classi) per la successiva analisi delle risposte al questionario.

Per il personale a tempo indeterminato (TI) e a tempo determinato (TD) le informazioni sono state estratte dai ruoli di anzianità dell'ISS; mentre per il personale non in ruolo (contratti co.co.co., collaboratori esterni e ospiti) i dati forniti dalla Segreteria della Direzione del CNESPS sono stati integrati con le informazioni raccolte nei Reparti.

Da questo censimento risulta che delle 143 persone che lavorano al CNESPS (base di rilevazione dell'indagine) il 17% ha una qualifica di dirigente/primo ricercatore, il 41,5% di ricercatore e il 41,5% di tecnico/amministrativo (Tabella 1).

Nel complesso, il 58% del personale lavora con un contratto "atipico" (intendendo con esso tutte le forme contrattuali diverse dal contratto a TI); proporzione che sale al 67% se si escludono i dirigenti e i primi ricercatori. Questa proporzione di lavoratori "atipici" è estremamente elevata se comparata con il 35% riportata da una recente indagine nazionale (3) per il comparto università ed enti di ricerca nel suo insieme (Tabella 2).

Inoltre, il 62% del personale del CNESPS è costituito da ultraquarantenni, mentre gli under 30 rappresentano solo il 7% e sono per la quasi totalità donne (90%) con contratti co.co.co., collaborazioni esterne o ospitalità.

Tabella 1 - Composizione del personale del CNESPS per tipo di contratto e qualifica (valori assoluti e percentuali), marzo 2006

	Dirigenti/Primi ricercatori		Ricercatori		Tecnici/amministrativi		Non noto	Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Tempo indeterminato	22	92	13	22	25	43		60	42
Tempo determinato	1	4	14	24	15	26		30	21
Co.co.co.	-	-	22	38	16	28	1	39	27
Coll. esterno	1	4	1	2	1	2	2	5	3
Ospite	-	-	8	14	1	2		9	6
Totale	**24**	**100**	**58**	**100**	**58**	**100**	**3**	**143**	**100**

Tabella 2 - Proporzione di lavoratori "standard" e "atipici" nel pubblico impiego. Fonte: Isfol Plus, 2006

	% Standard*	% Atipici*	% Totale
Sanità, ASL	92,9	7,1	100
Pubblica amministrazione centrale: ministeri, istituzioni ed enti governativi	92,3	7,7	100
Enti locali, regioni, province, comuni	87,7	12,3	100
Istruzione	83,2	16,8	100
Università e ricerca	64,9	35,1	100

(*) Definizioni ISFOL: lavoro standard: lavoro a tempo indeterminato, imprenditore, attività in proprio-partita iva, socio di cooperativa, coadiuvante familiare; lavoro atipico: tutte le altre forme non comprese nel lavoro "standard"

Dei 143 lavoratori del CNESPS, 115 hanno restituito il questionario compilato (tasso di risposta 80%). Il livello di partecipazione più basso (46%) si è registrato tra i dirigenti/primi ricercatori, quello più alto (100%) tra i ricercatori con contratto co.co.co.

Risultati

Combinando le informazioni di fonte amministrativa con quanto dichiarato nei questionari (anzianità totale di servizio in ISS) è stato possibile ricostruire l'anzianità media di servizio del personale del CNESPS, secondo la qualifica e l'attuale forma contrattuale (Figura 1).

L'anzianità media di servizio più elevata si riscontra ovviamente tra i dirigenti/primi ricercatori (23,6 anni); segue il restante personale a TI (21,8 anni i tecnici/amministrativi e 12,9 anni i ricercatori) e quello a TD (15,6 anni i tecnici/amministrativi e 10,3 anni i ricercatori). Il personale con contratto co.co.co ha anzianità di servizio più basse (in media 6,3 anni i tecnici/amministrativi e 4,6 anni i ricercatori), anche se i più "anziani" arrivano a 16 anni di servizio in ISS.

C'è infine da osservare che il servizio prestato in passato con contratti "atipici" è quasi nullo tra i dirigenti/primi ricercatori e non arriva a 3 anni in media tra gli attuali dipendenti con contratto a TI.

L'analisi descrittiva delle risposte fornite ha permesso di evidenziare alcuni elementi di positività e alcuni aspetti di criticità. Escludendo i dirigenti e i primi ricercatori, oltre il 60% dei rispondenti valuta positivamente le condizioni di lavoro, va volentieri al lavoro, si sente utile, consiglierebbe a un amico, con i suoi stessi interessi e capacità, di venire a lavorare al CNESPS a parità di condizioni economiche e contrattuali, e dichiara di avere voglia di impegnare nuove energie e di ricavare soddisfazione dal proprio lavoro. ▶

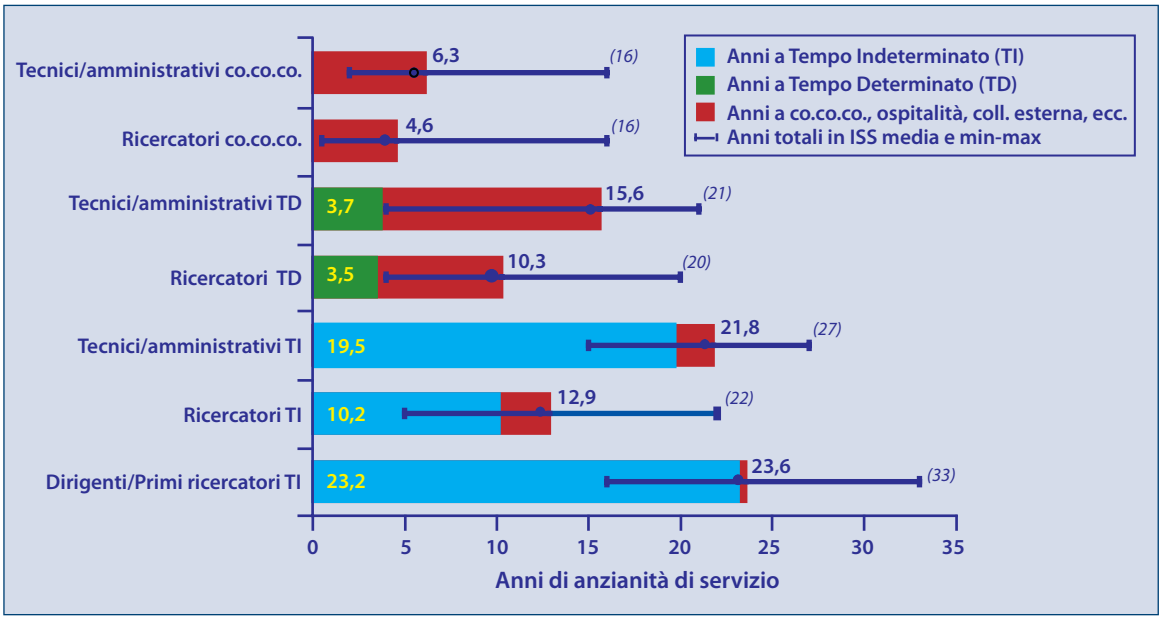


Figura 1 - Anzianità media di servizio in ISS del personale del CNESPS secondo la qualifica e il contratto di lavoro

Le aree di criticità per il personale tecnico/amministrativo e ricercatore riguardano nello specifico l'organizzazione del lavoro, la formazione professionale, il rapporto con i superiori, l'ambiente di lavoro, la stabilità del posto di lavoro e l'equità negli avanzamenti di carriera e nell'assegnazione di compiti/responsabilità.

Al fine di sintetizzare le risposte fornite al questionario si è ricorsi all'Analisi delle Corrispondenze Multiple (ACM) e alla Cluster Analysis (CA), utilizzando i primi due fattori risultanti dall'ACM che, nel nostro caso, "spiegano" il 90% della variabilità totale.

La CA ha consentito di individuare gruppi (cluster) di lavoratori il più possibile omogenei tra loro e il più possibile dissimili dagli appartenenti agli altri gruppi. Una buona partizione è stata ottenuta considerando quattro gruppi (rapporto tra varianza esterna ai gruppi e varianza totale: 0,81) corrispondenti a quattro tipologie di lavoratori (Figura 2).

1° Cluster : "Il migliore dei mondi possibili"

Questo gruppo è costituito dal 17% dei rispondenti ed esprime un forte grado di soddisfazione rispetto alla situazione lavorativa nel suo insieme, giudicando "molto o moltissimo" positivi tutti gli aspetti indagati. Il gruppo è composto per il 53% da lavoratori a TI (con un'anzianità media di servizio di 19 anni; IC 95%: 13,5-22,9) e per il restante 47% da lavoratori "atipici" giovani (anzianità di servizio media: 3,2 anni; IC 95%: 2,0-4,5). In particolare, sono sovrarappresentati i ricercatori con contratto a TI (25% *vs* 10%) e i dirigenti/primi ricercatori (25% *vs* 10%).

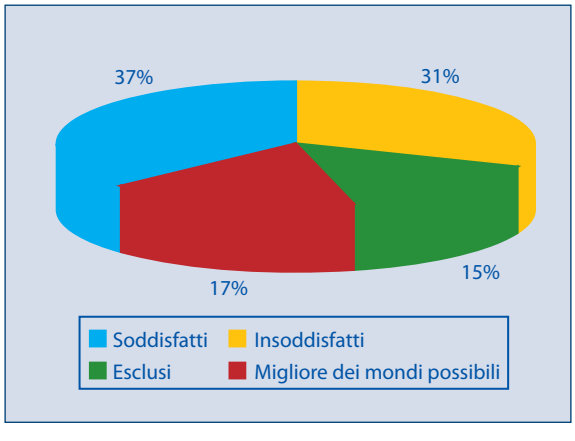
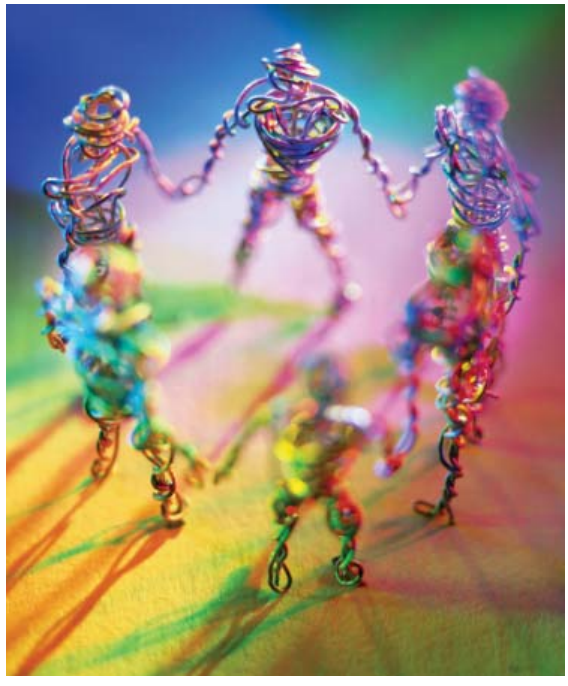


Figura 2 - Composizione percentuale dei cluster



I giudizi espressi sulla "attuale situazione lavorativa" sono significativamente migliori rispetto alla media generale.

Il voto medio dato alle "condizioni di lavoro" è pari a 7,9 *vs* 6,6 dell'insieme dei rispondenti ($p < 0,001$) e nessuno degli appartenenti a questo gruppo ha espresso un giudizio inferiore a 5.

2° Cluster: "I soddisfatti"

Questo gruppo è costituito dal 37% dei rispondenti ed esprime una sostanziale soddisfazione per l'organizzazione del lavoro anche se in toni meno entusiastici rispetto agli appartenenti al primo gruppo ("abbastanza" *vs* "molto/moltissimo"). "I soddisfatti" sono per il 37% lavoratori a TI (con una media di 18,2 anni di servizio; IC 95%: 13,8-22,6) e per il 63% lavoratori "atipici" (con una media di 7,2 anni di servizio; IC 95%: 4,8-9,6).

Anche questo gruppo esprime un voto complessivo sulle condizioni di lavoro migliore rispetto all'insieme dei rispondenti, 7,2 *vs* 6,6 complessivo ($p < 0,001$).

3° Cluster: "Gli insoddisfatti"

Il terzo gruppo è costituito dal 31% dei rispondenti ed esprime sostanziale insoddisfazione rispetto all'organizzazione del lavoro, specie per quanto riguarda la gestione del personale da parte dei superiori (coinvolgimento nell'attività di

reparto e nelle diverse fasi del progetto su cui lavora, possibilità di crescita professionale, chiarezza negli obiettivi del reparto).

Questo gruppo è costituito per il 72% da lavoratori "atipici" con un'anzianità media di servizio di 9,5 anni (IC 95%: 6,9-12,2) e per il restante 28% da lavoratori TI con un'anzianità media di 20,8 anni (IC 95%: 13,3-25,2). In particolare, sono significativamente sovrarappresentati i tecnici/ amministrativi a TD (22%) e in generale i lavoratori a TD (36%). Il giudizio generale sulle condizioni di lavoro riceve un punteggio pari a 6 *vs* 6,6 dell'insieme dei rispondenti (p = 0,01).

4° Cluster: "Gli esclusi"

Questo gruppo è costituito dal 15% dei rispondenti, che esprimono una situazione di forte disagio con risposte nettamente negative rispetto a tutti gli aspetti indagati. "Gli esclusi" sono per il 53% "atipici" con una media di 8,4 anni di servizio (IC 95%: 4,3-12,6) e per il restante 47% lavoratori a TI con una media di 22,3 anni di servizio (IC 95%: 18,0-26,5).

Il giudizio generale sulle condizioni di lavoro è pari a 4,4 *vs* 6,6 (p < 0,001). Tra tutti i rispondenti, questo gruppo assegna il voto più basso alle opportunità di stabilizzazione e/o carriera, 2,3 *vs* 4 (p = 0,01).

Conclusioni

L'indagine effettuata nel CNESPS induce alcune riflessioni di carattere generale:

a) Come impattano gli elementi di positività e quelli di criticità relativi alla situazione organizzativa e relazionale con lo svolgimento della *mission* del CNESPS, che prevede una stretta e continua collaborazione con le istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e si concretizza poi in una specifica attività scientifica e di servizio?

b) L'abnorme proporzione di lavoro precario come può influenzare e determinare poi la programmazione e le prospettive strategiche di un ente pubblico che ricopre incontestabilmente un ruolo nevralgico nell'ambito dell'organizzazione dell'SSN?

c) Quali strategie e provvedimenti si intendono attuare a breve termine al fine di modificare la situazione di disagio dei gruppi "Gli insoddisfatti" e "Gli esclusi", che non può essere spiegata unicamente dalla forma contrattuale del lavoro "atipico"?

Appare evidente che solo un'ampia e partecipata discussione su questi temi potrà contribuire a definire specifiche proposte operative per il miglioramento della qualità della vita del personale del CNESPS e la conseguente valorizzazione delle sue capacità e competenze.

La maggiore consapevolezza sull'importanza di temi come l'organizzazione e l'ambiente di lavoro raggiungerà anche l'obiettivo di stimolare un dibattito sulle finalità, i programmi e la gestione degli enti pubblici che svolgono attività di ricerca in Italia. ■

Riferimenti bibliografici

1. Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni, del 23 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.cantieripa.it/allegati/Dir_Beness_Org.pdf

2. Presidenza del Consiglio dei Minsitri - Dipartimento della Funzione Pubblica. *Cantieri: Amministrazioni alla ricerca del benessere organizzativo. Esperienze di analisi del clima organizzativo nelle amministrazioni pubbliche*. Roma: Edizioni Scientifiche Italiane; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.cantieripa.it/allegati/Benessere_organizzativo.pdf

3. Fondo Sociale Europeo-Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale - ISFOL. *PLUS Participation Labour Unemployment Survey. Indagine campionaria nazionale sulle caratteristiche e le aspettative degli individui sul lavoro*; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.welfare.gov.it/EuropaLavoro/Ucofpl/ProdottiEditoriali/CollaneEditoriali/ILibriDelFondoSocialeEuropeo/PlusPartecipationLabour+.htm

SISTEMA ITALIANO E COREANO A CONFRONTO PER IL CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Rita Maria Ferrelli, Gabriella Izzo e Ranieri Guerra
Ufficio Relazioni Esterne, ISS

SUMMARY (*Infectious Disease Control in Italy and Korea*) - Korea has experienced sporadic outbreaks of emerging and reemerging infectious diseases since the 1980s. The Korean government has been striving to build capacity to detect and respond to these threats. A meeting was held at the Italian National Institute of Health in March 2007, with the purpose of strengthening scientific collaboration in the field of infectious disease control.
Key words: Infectiuos Diseases; Infectious Disease Surveillance; Korea
rita.ferrelli@iss.it

A partire dagli anni '80 la Repubblica di Corea ha assistito alla diffusione di patologie infettive emergenti e riemergenti, che ha posto problemi di sanità pubblica tali da indurre il Governo del Paese, nella decade successiva, a rivedere la normativa e a riorganizzare le strutture sanitarie deputate al controllo e alla prevenzione delle malattie diffusive. Attenzione particolare è stata posta allo sviluppo delle risorse umane con programmi di formazione e indagini epidemiologiche di campo. Pur avendo conseguito successi, permangono criticità in relazione al sistema di sorveglianza delle malattie infettive, all'integrazione fra i vari sistemi di rilevazione e alla risposta locale a patologie emergenti, criticità che il Governo coreano intende affrontare informatizzando il sistema di notifica e sorveglianza e potenziando la formazione del personale e la collaborazione con il settore privato.

Nel 2004 il Governo coreano ha costituito i Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC), successivamente articolati in "Center & Team", per proteggere la salute pubblica e potenziare la ricerca per il controllo, diagnosi e trattamento delle malattie. Il KCDC mira a costruire collaborazioni scientifiche con agenzie governative e internazionali e con istituzioni pubbliche, accademiche e private, che operino nel campo della salute pubblica e nel controllo e prevenzione delle malattie (http://www.cdc.go.kr).

Con la finalità di presentare il sistema di controllo e prevenzione delle malattie infettive in Italia e per costruire un primo momento di confronto e collaborazione scientifica, l'Ufficio Relazioni Esterne dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha organizzato un incontro con una delegazione coreana, interessata a raccogliere informazioni sul nostro sistema di controllo e sorveglianza delle malattie infettive. La delegazione

Si è tenuto nel marzo 2007 un incontro con una delegazione dei Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC), centro di riferimento nazionale coreano per la tutela della salute pubblica

era composta da rappresentanti dei Dipartimenti per il controllo delle malattie infettive dei KCDC e delle principali Province del Paese. La riunione si è svolta presso l'Aula Zampieri dell'ISS il 2 marzo 2007 e ha visto la partecipazione di rappresentanti del: Ministero della Salute (Dipartimento Prevenzione e Comunicazione); Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana; Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio; Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS; Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS; Centro Nazionale AIDS, ISS; Ufficio Relazioni Esterne, ISS.

Nel corso della riunione si sono affrontati temi riguardanti:

- organizzazione e articolazione del sistema di controllo e notifica delle malattie infettive a livello nazionale, regionale e locale;
- zoonosi, sicurezza alimentare e sanità veterinaria: normativa comunitaria e sistemi di sorveglianza nazionali;
- reti europee di prevenzione e controllo delle zoonosi e delle malattie di origine alimentare (MedVetNet);
- ruolo dell'ISS nella prevenzione e controllo delle malattie infettive;
- reti di sorveglianza nazionale attivate dall'ISS (epatiti virali acute, malattie sessualmente trasmesse, sindrome emolitico-uremica);
- registrazione e sorveglianza delle attività vaccinali;
- sistema di sorveglianza su HIV e AIDS;
- sistema di sorveglianza speciale: meningiti, legionellosi, malattia di Creutzfeldt-Jakob, tossinfezioni alimentari;
- sviluppo del vaccino anti HIV/AIDS.

La giornata si è positivamente conclusa, costituendo un primo momento di incontro fra istituzioni scientifiche coinvolte nel controllo delle malattie trasmissibili a tutela della salute pubblica e dischiudendo possibilità di future collaborazioni in campo scientifico tra i due Paesi. ■

Incontro dei rappresentanti italiani con la delegazione coreana

Giornate di incontro e studio promosse dall'Ufficio Relazioni Esterne (URE)

La giornata italo-coreana si inserisce nel quadro delle attività condotte dall'URE dell'ISS, che in molteplici occasioni ha organizzato e realizzato incontri di studio con delegazioni ministeriali e di istituzioni di ricerca e salute pubblica, provenienti da Paesi extra-europei, quali Cina, Georgia, Sudafrica, Vietnam, Brasile, Marocco. Tra queste menzioniamo la visita della delegazione vietnamita dell'Health Strategy and Policy Institute di Hanoi, interessata all'organizzazione del sistema sanitario italiano e al controllo delle malattie infettive che si è svolta dal 16 al 20 ottobre 2006. Molteplici anche gli incontri con delegazioni del Ministero della Sanità e autorità sanitarie e scientifiche della Repubblica Popolare Cinese, in relazione al processo di riforma del sistema sanitario, alla formazione del personale dirigenziale dei servizi sanitari, all'organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza e alla medicina tradizionale cinese (vedi *Notiziario* 2007;20(2):18-9). Il 21 giugno 2007 una delegazione della Food and Drug Administration della Municipalità di Shanghai ha visitato l'ISS per analizzare le problematiche di controllo dei rischi relativi alla sicurezza alimentare umana e animale.

Nello specchio della stampa

a cura di Gerolmina Ciancio e Franca Romani
Ufficio Stampa, ISS

Una medicina a misura di donna

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato l'allarme: le donne sono sempre più svantaggiate rispetto agli uomini per tutto quello che riguarda la loro salute. Spesso, infatti, nel mondo occidentale la donna è *overcommitted*, ha cioè un carico di impegni maggiore di quello che è in grado di gestire, con la conseguenza di un aumento di ansia, stress e disturbi correlati. Le donne, in altre parole, sono le prime a occuparsi della salute della famiglia trascurando la propria.

Non certo a caso, i disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate una delle prime cause di morte per le donne: ne muoiono ogni anno in Italia 120.000. Senza dimenticare poi che le donne sono le più grandi consumatrici di farmaci: il 42%, secondo l'ISTAT, contro il 32,3% degli uomini. "Per troppo tempo, la medicina ha lavorato pensando esclusivamente al maschile - ha dichiarato Enrico Garaci, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità - i trial sono sempre stati condotti su popolazioni composte prevalentemente da uomini, gli argomenti, i metodi, le successive analisi sono state condotte utilizzando una prospettiva maschile e sottovalutando le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche proprie delle donne". Per questo e per discutere dunque della necessità di una medicina di genere che si prenda cura della donna a 360°, l'ISS ha dedicato di recente alla salute femminile una giornata di studio. Un convegno che ha trovato spazio su alcuni quotidiani nazionali, quali *Avvenire* e *Libero* del 29 maggio scorso, e durante il quale è stato presentato il "Progetto di Ricerca Cardiovascolare Donna", coordinato dall'ISS e finanziato dal Ministero della Salute, da Pfizer e Schering. Fra gli obiettivi da raggiungere quello di incrementare gli studi epidemiologici sulle differenze uomo-donna nell'incidenza e nella prevalenza di determinate patologie e sulle differenze di genere nelle risposte ai trattamenti medici e chirurgici.

Avvenire

Le donne si ammalano di più. Ma le cure le decidono gli uomini

29 maggio 2007

Le donne si ammalano, gli uomini dettano legge; o meglio, dosi e controindicazioni dei farmaci. È una delle anomalie che caratterizzano l'universo della salute e, in generale, il cammino verso un'effettiva parità tra i sessi: se n'è discusso ieri a Roma in un convegno sul tema organizzato dall'Istituto Superiore di Sanita. Ne è emerso, tra l'altro, che l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini: osteoporosi (+736%), tiroide (+500%), depressione e ansietà (+138%) e Alzheimer (+100%) sono solo alcune delle malattie che colpiscono il genere femminile più di quello maschile. Più bisognose di alcuni medicinali, le donne sembrano però sviluppare reazioni avverse più frequenti e più gravi rispetto agli uomini: uno dei motivi è che proprio questi ultimi sono meglio rappresentati in fase di sperimentazione dei nuovi farmaci, le cui dosi medie sono spesso calcolate sulla risposta dell'organismo maschile. Secondo un principio di assimilazione - o «di uguaglianza» - tra i sessi che, per una volta, si rivela solamente dannoso.

Libero

Lei si ammala più di lui perché sbagliano le cure

29 maggio 2007

Anche nell'ammalarsi donne e uomini sono diversi. Ma differenti sono le reazioni della società alla malattia, al punto che certe teorie non esatte ma assai diffuse hanno fatto sì che la salute delle donne sia divenuta più a rischio. Capita così che in pochi sappiano che l'infarto è la prima causa di morte per le italiane (124mila decessi l'anno contro i 64mila causati dal cancro). Non

si dice che le donne sono più facilmente contagiabili dal virus HIV (in alcuni Paesi del Sud del mondo il 40% di loro è colpito dall'AIDS). E ancora: non c'è nessun dibattito sul fatto che le donne hanno una probabilità molto più alta degli uomini di sviluppare effetti collaterali dopo l'assunzione di medicine. In tutti questi casi si tratta di varietà scientifiche che però solo negli ultimi anni i sistemi sanitari occidentali stanno cominciando a considerare. Di qui l'interesse suscitato dal convegno che ieri l'Istituto Superiore di Sanità, con la promozione del ministro Livia Turco, ha voluto dedicare al tema. Uno di questi, il più macroscopico, è che le ricerche mediche su come trattare le malattie sono ancora oggi impostate secondo un modello maschile. Qualche esempio? I farmaci moderni sono pensati e sperimentati per curare uomini di 70 chili e questo nonostante le donne ne siano le più grandi consumatrici. Basti pensare che in Italia il 42% di donne assume medicine contro il 32,3% degli uomini. Uno degli aspetti ancora inesplorati dalla medicina è che il cuore della donna risente più di quello dell'uomo del dolore, ad esempio per un lutto, come la morte di un figlio. L'infarto da forte stress emotivo è un'esclusività femminile, come anche la sindrome di Takotsubo, cioè la formazione e il restringimento del cuore a forma di anfora o di clessidra. A studiare questi fenomeni è Maria Grazia Modena, direttore della cattedra di Cardiologia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Nella "Clinica delle donne" sorta nel '96 a Modena, un'équipe di medici sta compilando infatti un registro sulle malattie cardiologiche femminili, da cui emerge che il maggior fattore di rischio cardiovascolare delle donne è proprio la mancata consapevolezza di essere a rischio come o più dell'uomo.
Considerato che gli effetti delle medicine sull'organismo femminile sono meno noti, bisogna sviluppare la ricerca di genere. È questo l'impegno assunto dal Ministro della Salute che ha annunciato proprio a conclusione del congresso di ieri un «grande programma interministeriale per la salute delle donne». «L'8,3% delle donne italiane - ha spiegato Livia Turco - denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini».

È stato recentemente pubblicato un opuscolo sulla gestione delle emergenze presso l'Istituto Superiore di Sanità.
L'opuscolo è disponibile online sul sito: www.iss.it, sezione pubblicazioni

Nei prossimi numeri:

Rischio alimentare in ambito domestico
Infezioni da streptococco di gruppo B in Italia
Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD)
ERA 2007 - Atlante della mortalità evitabile
Abuso dell'alcol tra i giovani
Sindrome di Prader-Willi

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