



# Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**Progetto e realizzazione del portale  
Alleanza Contro il Cancro**

**Stato civile e situazione di convivenza  
come predittori di mortalità negli anziani**

**Sostanze naturali sotto la lente  
dell'ISS: attualità e prospettive**

**Iniziative espositive e di comunicazione dell'ISS  
presso mostre/convegno**



**Inserto BEN**  
**Bollettino Epidemiologico Nazionale**

**PASSI d'Argento: la sperimentazione di un sistema  
di sorveglianza della salute delle persone con 65 o più anni**  
**Sintesi di un'esperienza e di una proposta metodologica  
per un profilo di salute della popolazione immigrata,  
Ancona 2009**

## SOMMARIO

### Gli articoli

Progettazione e realizzazione del portale Alleanza Contro il Cancro .....	3
Stato civile e situazione di convivenza come predittori di mortalità negli anziani .....	6
Sostanze naturali sotto la lente dell'Istituto Superiore di Sanità: attualità e prospettive .....	11
Iniziative espositive e di comunicazione dell'Istituto Superiore di Sanità presso mostre/convegno .....	16

### Le rubriche

Visto... si stampi .....	10
Nello specchio della stampa. Influenza A(H1N1)v: l'ISS in prima linea per fronteggiare la diffusione del virus .....	19

### Bollettino Epidemiologico Nazionale (Inserito BEN)

PASSI d'Argento: la sperimentazione di un sistema di sorveglianza della salute delle persone con 65 o più anni (over 65) .....	i
Sintesi di un'esperienza e di una proposta metodologica per un profilo di salute della popolazione immigrata, Ancona 2009 .....	iii



La realizzazione del portale web di Alleanza Contro il Cancro contribuisce al miglioramento della comunicazione nell'ambito delle patologie oncologiche

pag. 3

Lo studio ha evidenziato un significativo incremento della mortalità negli uomini non coniugati e in quelli che vivono soli, mentre la sopravvivenza delle donne non è influenzata né dallo stato civile né da quello di convivenza

pag. 6



Nel I Convegno organizzato dall'ISS sulle sostanze naturali, sono stati presentati risultati di studi, si è discusso di problematiche future e di possibili collaborazioni

pag. 11

## 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 Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Tecnologie e Salute

### Centri nazionali

- AIDS per la Patogenesi e Vaccini contro HIV/AIDS
- Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Malattie Rare
- Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici
- Sostanze Chimiche
- Organismo di Valutazione ed Accreditamento
- Sangue
- 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

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 2009

Numero chiuso in redazione il 24 luglio 2009

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

## PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEL PORTALE ALLEANZA CONTRO IL CANCRO



Paolo Roazzi, Simona Deodati, Carla Faralli, Stefano Guderzo, Eugenio Morassi e Marco Ferrari  
Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS

**RIASSUNTO** - Alleanza Contro il Cancro (ACC) è la rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) a indirizzo oncologico, istituita con apposito Decreto Ministeriale con cui è stato lanciato il "Programma straordinario oncologico a carattere nazionale per l'anno 2006". Nell'ambito di questo Programma è stato approvato il Progetto "Progettazione e realizzazione del portale ACC". Scopo della realizzazione del portale è quello di migliorare la comunicazione nell'ambito delle patologie oncologiche. Vengono descritti lo sviluppo del Progetto, che ha previsto quattro fasi, e una sintetica presentazione del portale pubblicato all'indirizzo [www.alleanzacontroilcancro.it](http://www.alleanzacontroilcancro.it)

**Parole chiave:** Alleanza Contro il Cancro, portale web, patologie oncologiche, comunicazione

**SUMMARY** (*Planning and realization of the web portal Alliance Against Cancer*) - Alliance Against Cancer (ACC) is the network of the oncologic Scientific Institutes for Research, Hospitalization and Health Care. It was created in 2006 with a Ministerial Decree that also launched national initiative called the "2006 Extraordinary Oncologic Programme". The Project "Planning and realization of the web portal Alliance Against Cancer" was approved under this Programme. The aim of this web portal is to improve the communication about the oncologic pathologies. The project was developed into four phases and the web portal is available at the web address [ww.alleanzacontroilcancro.it](http://www.alleanzacontroilcancro.it)

**Key words:** Alliance Against Cancer, web portal, oncologic pathologies, communication

[amicoweb@iss.it](mailto:amicoweb@iss.it)

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) coordina l'attività di Alleanza Contro il Cancro (ACC), la rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a indirizzo oncologico, istituita con apposito Decreto (1). L'ISS è infatti destinatario dei fondi assegnati tramite l'art. 3 del suddetto Decreto, con cui il Ministero della Salute ha lanciato il "Programma straordinario oncologico a carattere nazionale per l'anno 2006".

Sempre l'art. 3 identifica, nel contesto di ACC, quattro programmi che l'ISS si è impegnato

ad attuare. Nell'ambito del programma 1 è stato approvato il Progetto "Progettazione e realizzazione del portale Alleanza Contro il Cancro", il cui responsabile scientifico è Paolo Roazzi (Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali).

### Obiettivi e caratteristiche

Scopo principale del portale di ACC è quello di migliorare la comunicazione nell'ambito delle patologie oncologiche. È oggi considerato di primaria importanza promuovere un miglioramento ►

*L'Istituto Superiore di Sanità coordina l'attività di Alleanza Contro il Cancro, la rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a indirizzo oncologico*

*La realizzazione del portale web di Alleanza Contro il Cancro contribuisce al miglioramento della comunicazione nell'ambito delle patologie oncologiche. È quindi uno strumento utile non solo per la rete nazionale, ma anche per le collaborazioni internazionali*

della comunicazione tra ricercatori, medici oncologi, pazienti e cittadini in generale. L'Italia non dispone di canali comunicativi adeguati per rispondere alla domanda di un'informazione efficace e corretta in ambito oncologico, soprattutto per quanto riguarda le nuove terapie sperimentali. Se uno degli scopi principali del programma 1 è quello di mettere la comunicazione al servizio dei cittadini, va da sé che la realizzazione di un portale web sia considerata strategica per il raggiungimento degli obiettivi.

Il portale vuole rappresentare anche un importante strumento di servizio per tutta la rete nazionale e per le collaborazioni a livello internazionale.

Il Progetto prevede due unità operative: la prima relativa alla progettazione e allo sviluppo del database, ossatura del portale, la seconda impegnata nella realizzazione dell'infrastruttura del portale e nella soluzione dei problemi legati alla sicurezza informatica.

Lo sviluppo del Progetto ha previsto varie fasi che verranno di seguito descritte.

#### **Analisi dei requisiti informativi**

È stato identificato il fabbisogno informativo in rapporto agli obiettivi. A tale scopo sono stati analizzati i sistemi informativi esistenti e comparati con gli obiettivi del Progetto, al fine di creare un'applicazione tecnicamente in grado di soddisfare i bisogni informativi dell'utenza.

#### **Modello concettuale dei dati e del portale**

La standardizzazione nell'uso di modelli applicativi per la costruzione di portali non lascia molto

spazio all'originalità. Importante è il rispetto della normativa sull'accessibilità (2). Il modello dei dati, invece, rappresenta l'ossatura su cui il sistema informativo si basa e fornisce le informazioni. A tale scopo, il mercato offre diverse soluzioni architetture e la scelta è caduta su sistemi che abbiano caratteristiche di alta affidabilità e robustezza. La parte finale di questa fase ha visto la realizzazione del prototipo del database che proviene dalla costruzione del modello.

#### **Analisi delle soluzioni implementative**

La realizzazione del Progetto può essere effettuata con strumenti diversi e le soluzioni architetture sono numerose. Il rapporto costi/benefici e, soprattutto, gli aspetti di affidabilità e sicurezza sono stati i principali fattori considerati.

#### **Realizzazione del prototipo**

Dopo aver completato le fasi precedenti, si è proceduto all'implementazione applicativa, cioè alla scrittura del codice. In questa fase finale si è fatto ampio uso di prototipi e sono state organizzate diverse sessioni con il coinvolgimento degli utenti, in cui sono stati presentati i risultati dell'applicazione. In tal modo è stato possibile ricevere eventuali osservazioni operative volte a migliorare l'applicazione stessa.

#### **Fase di test del prototipo**

In questa fase è stato possibile effettuare cambiamenti e aggiustamenti del software applicativo, allo scopo di raggiungere un grado ottimale di soddisfacimento dell'utenza.

## Scelta dell'infrastruttura hardware

Per garantire l'alta affidabilità e la continuità operativa sono state utilizzate soluzioni tecnologiche di virtualizzazione, in particolare VMWARE e di *server blade* per la piattaforma hardware. Il portale, come precedentemente accennato, è stato realizzato tenendo in considerazione quanto previsto dalla vigente normativa in tema di accessibilità dei siti web (2). Il Progetto è quindi fruibile anche da quell'utenza che per disabilità di vario tipo necessita di tecnologie assistive, cioè software specifici, per navigare in rete, nonché da quegli utenti che non hanno un'alta alfabetizzazione informatica e/o utilizzano hardware e software ormai vecchi.

Tra le caratteristiche del portale è stata prevista la possibilità di mettere a disposizione dell'utenza, sia operatore sanitario che cittadino, documenti scaricabili direttamente e quindi fruibili velocemente.

Una volta predisposti processi e procedure che hanno portato alla costruzione del portale, si è passati all'implementazione dei contenuti. Un CMS (Content Management System) consente di pubblicare autonomamente i contenuti che vanno ad alimentare il portale. Si è provveduto quindi ad addestrare il personale incaricato dell'inserimento dei contenuti per la gestione dell'applicazione.

## Risultati raggiunti

Il portale ACC è stato pubblicato ([www.alleanzacontroilcancro.it](http://www.alleanzacontroilcancro.it)) ed è costituito, come previsto dal Progetto stesso, da una parte pubblica e da una privata.

La parte pubblica prevede, tra le altre sezioni, la presentazione dell'attività di ACC, la formazione in cui trovano spazio documenti relativi a basi scientifiche per la definizione di linee guida in ambito clinico per le diverse patologie oncologiche, le *faq* e il *podcast*, da cui è possibile scaricare file audio direttamente sul proprio supporto (computer, lettore musicale).

Alla parte privata del portale è possibile accedere con apposite credenziali. La sezione riservata rappresenta il principale punto di aggregazione di tutti gli associati ad ACC per lo scambio, la condivisione e la discussione di dati e risultati relativi agli specifici progetti di ricerca. Non solo, essa è anche il punto di accesso per usufruire di tutta la documentazione relativa all'attività "istituzionale" di ACC: statuto, regolamento, verbali delle riunioni.

I modelli ottenuti e la trasferibilità dei processi hanno consentito lo sviluppo di sottositi, anche questi gestiti autonomamente per quanto riguarda l'inserimento dei contenuti. Attualmente, ne sono stati pubblicati tre relativi alle reti nazionali e altri sono in fase di implementazione. In prospettiva si prevede lo sviluppo di siti specifici per ogni progetto di ricerca approvato. ■

## Riferimenti bibliografici

1. Italia. Decreto Ministero della Salute 21 luglio 2006. Programma straordinario oncologico a carattere nazionale per l'anno 2006. *Gazzetta Ufficiale* n. 183, 8 agosto 2006.
2. Italia. Legge n. 4, 9 gennaio 2004. Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici. *Gazzetta Ufficiale* n. 13, 17 gennaio 2004.

*Il portale di Alleanza Contro il Cancro risponde ai requisiti di usabilità e accessibilità previsti dalla vigente normativa*

---

## STATO CIVILE E SITUAZIONE DI CONVIVENZA COME PREDITTORI DI MORTALITÀ NEGLI ANZIANI



Lucia Galluzzo, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Gino Farchi,  
Sonia Martire, Pierfrancesco Barbarioli ed Emanuele Scafato  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

**RIASSUNTO** - Obiettivo dello studio è quello di valutare se e in che misura lo stato civile (coniugato vs non coniugato) e di convivenza (non vive solo vs vive solo) influiscano sulla sopravvivenza a 10 anni della coorte di anziani ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging). I risultati della regressione di Cox mostrano un significativo incremento della mortalità, rispettivamente del 25% e del 42%, negli uomini non coniugati e in quelli che vivono soli, mentre la sopravvivenza delle donne non appare influenzata né dallo stato civile, né da quello di convivenza. Tali risultati rimangono inalterati anche in seguito ad aggiustamento per numerosi potenziali fattori confondenti.

**Parole chiave:** stato civile, mortalità, anziani

**SUMMARY** (*Marital and cohabitation status as predictors of mortality in elderly men and women*) - The aim of the present study is to assess whether and to what degree marital (married vs non married) and cohabitation status (not living alone vs living alone) influence 10-year survival of the ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging) elderly cohort. The results from the multivariate Cox regression analysis show that there is a significantly increased mortality, 25% and 42% respectively, among non-married and living alone men, while women's survival seems to be influenced neither by marital nor by cohabitation status. Adjustment for several potential confounding factors does not alter these results.

**Key words:** marital status, mortality, elderly

lucia.galluzzo@iss.it

L'associazione positiva tra stato civile e sopravvivenza è stata dimostrata da numerosi studi che evidenziano maggiore longevità e migliori condizioni di salute nei coniugati rispetto ai non coniugati (1-3). Tale associazione viene di solito attribuita al meccanismo selettivo e/o all'effetto protettivo del matrimonio. Nel primo caso, individui in migliori condizioni psico-fisiche avrebbero una maggiore probabilità di contrarre matrimonio, nel secondo, il matrimonio fornirebbe il supporto sociale ed economico necessario a favorire migliori stili di vita e comportamenti più sani.

In questo panorama scientifico, basato principalmente su dati sociodemografici, si evidenzia una notevole carenza di informazioni relative ai Paesi dell'Europa mediterranea, e dell'Italia in particolare, e pochi sono gli studi epidemiologici che prendono in esame la convivenza in generale (con partner, amici, parenti, badanti, ecc.) (4). Inoltre, i risultati presenti

in letteratura sono abbastanza disomogenei rispetto alle differenze di genere e scarse sono le indagini su popolazioni anziane.

L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare la relazione tra stato coniugale (coniugati-conviventi *more uxorio* vs non coniugati-non conviventi), situazione di convivenza (non vive solo vs vive solo) e la mortalità a 10 anni rilevata nella coorte di ultrasessantacinquenni dello studio epidemiologico longitudinale ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging).

### Disegno dello studio

La coorte ILSA, costituita da un campione randomizzato e stratificato di 5.632 soggetti, di età compresa tra i 65 e gli 84 anni, selezionati dalle liste anagrafiche degli 8 centri italiani coinvolti, è stata esaminata nel corso di tre indagini in due fasi, iniziate rispettivamente

te nel 1992, 1995 e 2000, con l'obiettivo di studiare la prevalenza, l'incidenza, i fattori protettivi e di rischio delle più frequenti patologie e alterazioni funzionali età correlate (5-6).

I dati utilizzati nella presente analisi, più dettagliatamente descritta in un precedente articolo (7), sono relativi ai 5.376 soggetti eleggibili e si basano sulle informazioni raccolte nel corso della prima indagine e sulla mortalità osservata nei 10 anni di follow-up (1° marzo 1992-28 febbraio 2002).

Tramite il metodo delle *Life Tables* è stato stimato il rischio relativo di morte dei coniugati (compresi i conviventi *more uxorio*) rispetto ai non coniugati (vedovi, celibi, separati/divorziati) e dei soggetti che coabitavano con altri rispetto a coloro che vivevano soli. Con la successiva applicazione del modello di Cox dei rischi proporzionali, è stato analizzato l'eventuale ruolo confondente di numerose altre caratteristiche individuali relative a: fattori socio-demografici (età, scolarità, procreazione), biologici (pressione arteriosa, glicemia, colesterolo totale e HDL, Body Mass Index), stili di vita (fumo, alcol), disabilità nello svolgimento delle attività quotidiane, deterioramento cognitivo e depressione. I dati sono stati standardizzati per età rispetto alla popolazione italiana al 1° gennaio 1992 e tutte le analisi sono state condotte separatamente per uomini e donne.

## Risultati

Nei 10 anni di follow-up sono stati osservati un totale di 1.977 decessi, per un totale di 31.351 anni-persona (15.458,5 per le donne, 15.892,5 per gli uomini), con un follow-up medio pari a 5,8 anni. La probabilità di sopravvivenza cumulativa al termine del follow-up è risultata del 47% (54% per le donne e 41% per gli uomini).

L'informazione sullo stato civile è stata raccolta su 4.514 soggetti; risultavano sposati il 37,7% delle donne e il 78,8% degli uomini, non sposati il 62,3% delle donne e il 21,2% degli uomini. Per quanto riguarda la coabitazione, il dato era disponibile per un totale di 4.506 individui: il 73,1% delle donne viveva con altre persone e il 26,9% da sole, le corrispondenti percentuali relative agli uomini erano 91,7% e 8,3%.

Dal confronto della sopravvivenza cumulativa specifica per stato civile (Figura 1) e per stato di convivenza (Figura 2) riscontrata nei due sessi, sia gli uomini sposati sia quelli che vivono con altri mostrano una migliore

sopravvivenza dei non sposati o di coloro che vivono soli, mentre per le donne si riscontra una differenza nella sopravvivenza solo nel gruppo delle coniugate, che sembrano vivere più a lungo delle non sposate.

Applicando il modello di Cox dei rischi proporzionali e operando l'aggiustamento prima per età e poi per le numerose covariate prese in esame, l'età, come atteso, si è rivelato un potente fattore di confondimento. Come illustrato in Tabella, l'associazione tra stato civile e sopravvivenza, inizialmente osservata nelle donne, viene annullata dall'aggiustamento per età e non si riscontra alcuna differenza statisticamente significativa negli Hazard Risk (HR) delle non sposate né delle donne che vivono sole. Negli uomini, invece, viene riconfermata la differenza osservata con le *Life Tables* e l'associazione con lo stato di convivenza risulta più forte di quella con lo stato civile: la stima del rischio relativo di morte dei non sposati è maggiore del 25% rispetto agli sposati, chi vive solo ha un incremento del rischio di morte del 42% rispetto a chi vive con qualcuno.

Le numerose altre variabili introdotte nel modello non modificano la relazione osservata né negli uomini né nelle donne, sebbene alcune di esse si rivelino dei potenti predittori di mortalità (risultati non presentati in questo articolo).

## Considerazioni finali

I risultati suggeriscono che negli uomini anziani italiani il vivere soli è un forte predittore di mortalità, ancora più potente del non essere sposati. Al contrario, dopo l'aggiustamento per età, la sopravvivenza delle donne non sembra essere influenzata né dallo stato civile né dalla situazione di convivenza. Nessuna delle variabili prese in esame come probabili fattori confondenti (misure biologiche, abitudini di vita, istruzione, occupazione, procreazione, disabilità nelle attività quotidiane, depressione e deterioramento cognitivo) altera in modo significativo le relazioni osservate, tanto negli uomini quanto nelle donne, sebbene alcune delle covariate si rivelino dei forti predittori di mortalità.

Con i dati a disposizione, relativi a soggetti in età avanzata, non è possibile affermare se la maggiore sopravvivenza degli uomini sposati rispetto ai non sposati sia dovuta all'azione, nel passato, del meccanismo selettivo del matrimonio, con conseguente concentrazione di soggetti in migliori condizioni psico-fisiche nella classe degli sposati. Per quanto riguarda ►

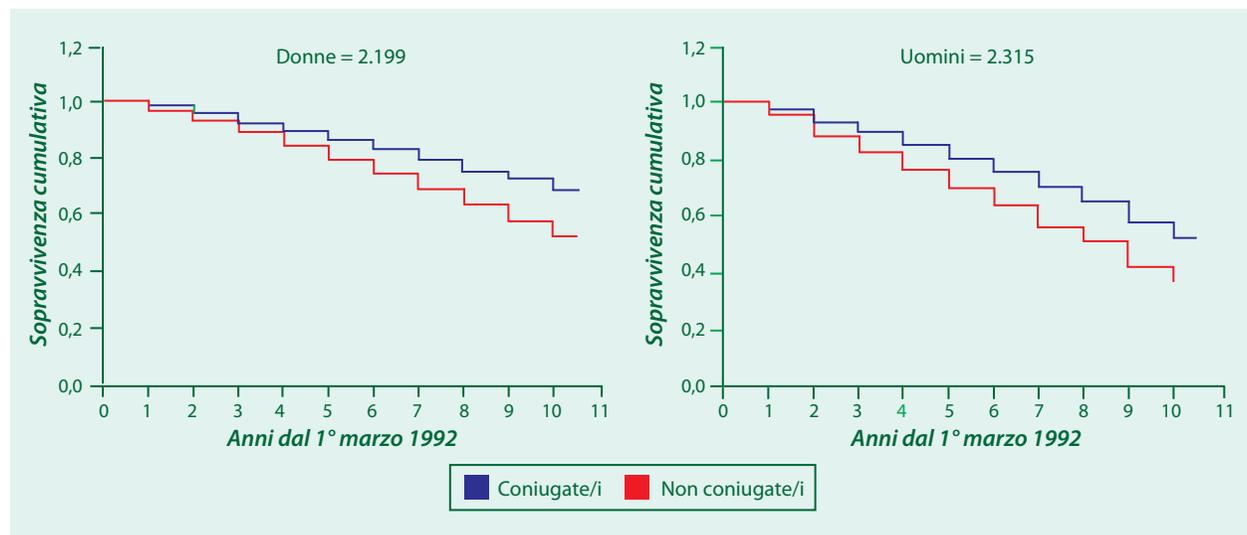


Figura 1 - Probabilità di sopravvivenza cumulativa per stato civile (standardizzata per età sulla popolazione italiana 1992)

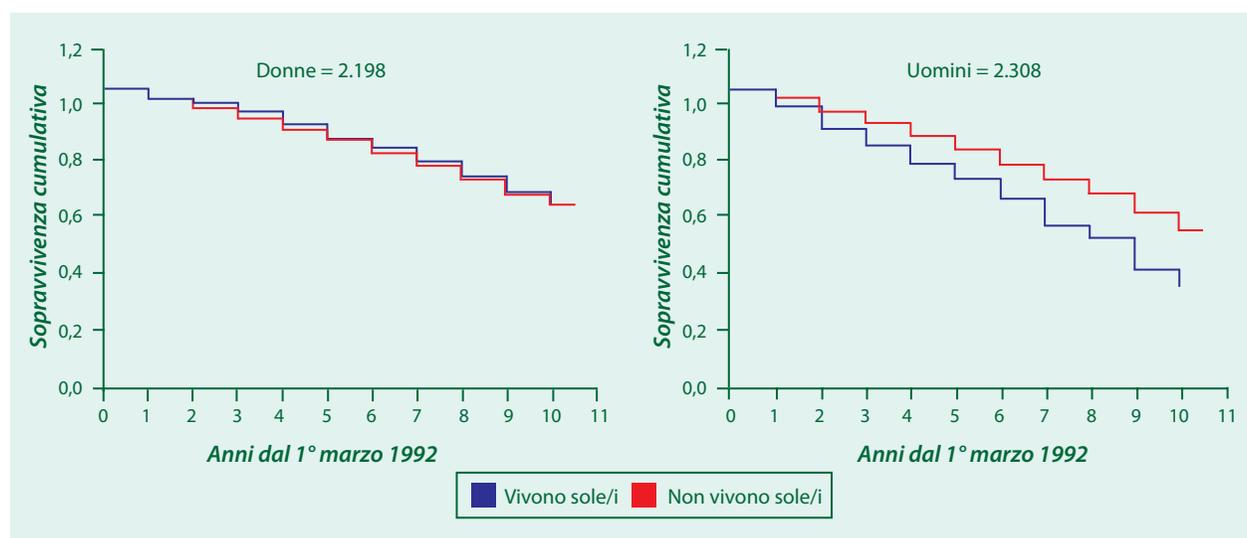


Figura 2 - Probabilità di sopravvivenza cumulativa per situazione di convivenza (standardizzata per età sulla popolazione italiana 1992)

**Tabella** - Effetto dello stato civile e di convivenza sulla mortalità a 10 anni della coorte ILSA, per genere (modello di regressione di Cox con aggiustamento per: età, scolarità, procreazione, pressione arteriosa, glicemia, colesterolo totale e HDL, Body Mass Index, fumo, alcol, disabilità nelle attività quotidiane, depressione e deficit cognitivo)

Stato	Donne		Uomini	
	Hazard Ratio	Intervallo di confidenza 95%	Hazard Ratio	Intervallo di confidenza 95%
Stato civile				
Coniugate/i	1,00		1,00	
Non coniugate/i	0,98	(0,76-1,25)	1,25	(1,03-1,52)
Situazione di convivenza				
Non vivono sole/i	1,00		1,00	
Vivono sole/i	1,05	(0,81-1,35)	1,42	(1,05-1,92)

il meccanismo protettivo del matrimonio, dall'analisi risulta che i soggetti sposati, di entrambi i sessi, hanno nel complesso migliori condizioni dei non sposati, con scarse differenze dal punto di vista biologico e differenze più marcate per stili di vita e depressione, ma queste differenze non influiscono significativamente sulla mortalità successiva delle categorie osservate.

Negli uomini del campione in esame, vivere con qualcuno è un predittore di mortalità ancora più potente dello stato coniugale. Ciò è in linea con risultati di studi precedenti, secondo i quali sono le reti sociali allargate e la coabitazione non-coniugale ad apportare i maggiori benefici alla sopravvivenza negli anziani (8). Inoltre, la convivenza si dimostra un indicatore del supporto sociale quotidiano ancora più affidabile dello stato coniugale (4), consigliando la sua inclusione in studi futuri condotti nei Paesi sviluppati, in quanto le convivenze al di fuori del matrimonio (con partner, amici, parenti, badanti, ecc.) stanno diventando sempre più frequenti anche nella popolazione anziana, ma a fatica vengono regolarizzate o dichiarate per paura delle conseguenze di natura economica.

Infine, il risultato più rimarchevole dello studio è rappresentato dal fatto che, contrariamente a quanto osservato negli uomini, il rischio di morte delle donne è indipendente sia dallo stato civile che dalla situazione di convivenza. Avendo escluso il possibile ruolo esplicativo dei numerosi fattori di salute analizzati, per questa discrepanza uomo-donna è stata ipotizzata una spiegazione in termini sociali. Dalla più recente letteratura sull'argomento, gli uomini beneficerebbero più delle donne dell'effetto protettivo del matrimonio (1, 4) a causa del ruolo tradizionale moglie-marito, in cui da un lato la moglie si prende cura del marito, bada alle sue necessità quotidiane e promuove stili di vita salutari, dall'altro subisce le limitazioni di questo ruolo. Inoltre, le donne avrebbero una rete sociale più strutturata (9), mentre gli uomini, specialmente dopo il pensionamento, tenderebbero ad "affidarsi" quasi esclusivamente al coniuge/convivente. Di conseguenza, soprattutto in età avanzata, gli uomini sarebbero più vulnerabili in caso di vedovanza, separazione o divorzio, come si evidenzia dal fatto che l'eccesso di mortalità dopo la perdita del coniuge sia più alta negli uomini (10) e che nelle donne tenda a decrescere con il passare del tempo. I livelli di depressione a 1 anno dal lutto sono più alti nelle vedove che nei vedovi, ma dopo 2-4

anni le vedove mostrano livelli sovrapponibili a quelli delle sposate, mentre i vedovi sono sensibilmente più depressi degli sposati (9).

In conclusione, la sopravvivenza degli uomini anziani risulterebbe associata con l'essere sposati, e ancor più con il non vivere soli, perché gli uomini, soprattutto in età avanzata, beneficerebbero più delle donne dell'effetto protettivo del matrimonio, eventualmente compensato dalla coabitazione. Parallelamente, la sopravvivenza delle donne non sarebbe influenzata né dallo stato coniugale, né dalla coabitazione perché le donne, a qualsiasi età, mostrano una rete sociale più strutturata, non affidandosi esclusivamente al marito o ai conviventi per il supporto sociale quotidiano e quindi in caso di vedovanza, separazione o divorzio, sarebbero in grado di reagire più velocemente e più positivamente degli uomini. ■

### Riferimenti bibliografici

1. Goldman N, Korenman S, Weinstein R. Marital status and health among the elderly. *Soc Sci Med* 1995;40(12):1717-30.
2. Ikeda A, Iso H, Toyoshima H, et al. Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study. *BMC Public Health* 2007;7(7):73.
3. Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, et al. Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study. *Ann Epidemiol* 2000;10(4):224-38.
4. Lund R, Due P, Modvig J, et al. Cohabitation and marital status as predictors of mortality - an eight year follow-up study. *Soc Sci Med* 2002;55(4):673-9.
5. Maggi S, Zucchetto M, Grigoletto F, et al. The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): design and methods. *Aging Clin Exp Res* 1994;6(6):464-73.
6. The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol* 1997;26(5):995-1002.
7. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, et al. Marital and cohabitation status as predictors of mortality: a ten-year follow-up of an Italian elderly cohort. *Soc Sci Med* 2008;67:1456-64.
8. Giles LC, Glonek GFV, Luszcz MA, et al. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(7):574-9.
9. Bowling A, Charlton J. Risk factors for mortality after bereavement: a logistic regression analysis. *J R Coll Gen Pract* 1987;37(305):551-4.
10. Williams K, Umberson D. Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. *J Health Soc Behav* 2004;45(1):81-98.

# Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS



Presentiamo qui le più recenti pubblicazioni edite 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](mailto:pubblicazioni@iss.it).

## Rapporti ISTISAN

09/13

Area tematica  
Epidemiologia  
e sanità pubblica



### Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni.

A cura di G. Gallo, R. Mel e M.C. Rota. 2009, v, 92 p.

La guida alle controindicazioni alla vaccinazione vuole essere uno strumento di consultazione per il personale sanitario che opera nel campo delle vaccinazioni ed ha lo scopo di fornire un supporto tecnico per una corretta valutazione di controindicazioni o di precauzioni alla somministrazione di un vaccino. Il presente documento è stato redatto sulla base delle indicazioni internazionali in tema di buona pratica vaccinale ed è un adattamento e un ampliamento della guida prodotta dai Centers for Disease Control and prevention (CDC), aggiorna la precedente edizione e prende in considerazione tutti i vaccini disponibili in Italia. Per praticità di consultazione la guida è strutturata in 2 parti: la prima parte prende in esame l'elenco delle controindicazioni, precauzioni e false controindicazioni, generali e per singolo vaccino, e la seconda parte, suddivisa in 4 sezioni (Reazioni temporaneamente associate ad una precedente dose, Allergie, Condizioni particolari, Terapie e trattamenti), prende in esame l'elenco delle controindicazioni per condizione.

[mariacristina.rota@iss.it](mailto:mariacristina.rota@iss.it); [ggallo@ulss.tv.it](mailto:ggallo@ulss.tv.it)

### Evoluzione di un progetto comunicativo istituzionale: il sito web dell'Istituto Superiore di Sanità.

C. Faralli, M. Ferrari, S. Guderzo, E. Morassi, P. Roazzi, S. Deodati. 2009, 29 p.

Il percorso intrapreso sulla strada dell'accessibilità del sito dell'Istituto Superiore di Sanità, raggiunta con la versione attualmente online, ha portato alla pubblicazione di quattro versioni del sito istituzionale negli ultimi 3 anni. Parallelamente a questo adeguamento tecnico, sono stati riorganizzati tutti i contenuti dell'homepage, analizzando i principali strumenti utilizzati per tale riorganizzazione. Nel presente rapporto viene inoltre descritto il processo operativo per la gestione dei contenuti degli oltre 80 siti che costituiscono il sito istituzionale, mentre un capitolo viene dedicato ad una breve descrizione di tali siti.

[eugenio.morassi@iss.it](mailto:eugenio.morassi@iss.it)

## Rapporti ISTISAN

09/14

Area tematica  
Formazione  
e informazione



## Rapporti ISTISAN

09/15

Area tematica  
Tecnologie  
e salute



### Tecnologie GSM, WiFi e DECT in ambiente ospedaliero: valutazione della compatibilità elettromagnetica con dispositivi medici di supporto vitale.

E. Mattei, G. Calcagnini, F. Censi, M. Triventi, R. Lo Sterzo, E. Marchetta, V. Marchese, M. Rubino, . Stella, G. D'Agostino, N. D'Agostino, P. Bartolini. 2009, ii, 62 p.

L'interferenza elettromagnetica (ElectroMagnetic Interference, EMI) verso dispositivi medici di supporto vitale è una problematica da tempo affrontata dalla comunità scientifica. Diversi studi condotti in passato hanno dimostrato che fenomeni di EMI possono insorgere quando dispositivi medici sono esposti a telefoni cellulari GSM (Global System for Mobile communications). Tali studi necessitano di continui aggiornamenti e revisioni per tenere in considerazione le nuove tecnologie che fanno uso di onde elettromagnetiche e gli sviluppi tecnologici di dispositivi medici, sia per quanto riguarda le sorgenti di interferenza che le potenziali vittime di tali interferenze. In questo lavoro è stato studiato il fenomeno di EMI su dispositivi medici di supporto vitale (pompe per infusione, defibrillatori, monitor, ventilatori polmonari, macchine per anestesia) indotto da telefoni GSM, terminali WiFi (Wireless Fidelity) e telefoni DECT (Digital Enhanced Cordless Telecommunications). Fenomeni di EMI sono stati osservati su 22 dei 44 dispositivi testati, e in 8 casi hanno provocato malfunzionamento del dispositivo. Le interferenze più significative hanno riguardato i telefoni cellulari GSM e, in misura sensibilmente minore, i terminali WiFi e DECT.

[eugenio.mattei@iss.it](mailto:eugenio.mattei@iss.it)



## SORVEGLIANZE NAZIONALI

### PASSI D'ARGENTO: LA SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA SALUTE DELLE PERSONE CON 65 O PIÙ ANNI (OVER 65)

Lilia Biscaglia<sup>1</sup>, Amedeo Baldi<sup>2</sup>, Giuliano Carrozzi<sup>3</sup>, Marco Cristofori<sup>4</sup>, Alberto Perra<sup>1</sup> e il gruppo PASSI d'Argento\*

<sup>1</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>2</sup>ASL 1 Massa e Carrara, Zona Lunigiana

<sup>3</sup>AUSL Modena

<sup>4</sup>Servizio di Epidemiologia, ASL 4, Terni

L'invecchiamento della popolazione rappresenta "un trionfo e una sfida" per la nostra società (1). Da un lato, il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente accentuato in Italia, è destinato ad accrescere la richiesta di interventi che gravano sul sistema sociale e sanitario. Dall'altro, le persone over 65 rappresentano una preziosa risorsa per la società spesso poco valorizzata. È in tale contesto che, nel 2007, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, tramite il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha incaricato la regione Umbria di definire un modello di indagine periodica, da promuovere a livello nazionale, sulla qualità della vita nelle persone over 65 che rappresentano circa il 25% della popolazione totale del Paese.

Obiettivo principale del Progetto PASSI d'Argento, le cui finalità e gli aspetti innovativi sono stati già descritti in precedenti articoli (2, 3), è quello di testare un sistema di sorveglianza che descriva nel tempo l'evoluzione della qualità della vita e dello stato di salute della popolazione over 65.

Le informazioni raccolte nel Progetto PASSI d'Argento permetteranno di produrre degli indicatori sulla popolazione

generale che, essendo sensibili al cambiamento nel tempo, rappresenteranno bene l'evoluzione dei fattori determinanti di salute e di autosufficienza, ma anche della penetrazione degli interventi realizzati dalle famiglie e dai servizi dell'area sociale e sanitaria. Ciò favorirà l'adozione o il miglioramento di misure tese a promuovere la qualità della vita degli over 65 e a ridurre i costi dell'assistenza.

Il Progetto, di durata biennale (2008-10), prevede di realizzare due successive indagini multiregionali. Nel marzo del 2009 ha avuto avvio la prima indagine multiregionale, che si è svolta contemporaneamente in 7 regioni italiane: Sicilia, Puglia, Umbria, Toscana, Emilia-Romagna, Liguria, Valle d'Aosta. Il Progetto, pur appoggiandosi su obiettivi e metodi della sorveglianza di popolazione oramai ben sperimentati nel nostro Paese (4, 5), ha diversi aspetti innovativi, come la necessaria integrazione, per la sua esecuzione e per la conseguente utilizzazione dei risultati, dei servizi socio-sanitari. Dalla necessità per i servizi di integrarsi nell'interpretazione dei risultati e nelle azioni da essi suggerite, deriva la necessità di descrivere la popolazione over 65 in rapporto ad alcune caratteristiche sociali e/o sanitarie che richiedono un di-

verso tipo di attenzione o di intervento da parte della società civile o dei servizi socio-sanitari.

Si è così sperimentata la descrizione della popolazione degli over 65 in 4 gruppi: a) in buone condizioni di salute; b) a rischio di fragilità; c) con segni di fragilità; d) con condizioni di disabilità misurata utilizzando l'indice di Katz (6).

In un'ottica di orientamento all'azione, ciascun gruppo (Tabella) identifica target di interventi specifici che, ad esempio, per le persone disabili includono prevalentemente azioni di prevenzione terziaria, per le persone con segni di fragilità interventi di contrasto efficace e di assistenza mentre per le persone con rischio di fragilità, in forza della modificabilità stessa di tali rischi, con interventi anche di prevenzione primaria che, andando ad agire su alcuni fattori di rischio quali, ad esempio, l'abitudine al fumo o l'isolamento sociale, possono contrastare l'insorgenza di uno stato di fragilità. Il gruppo di persone in buone condizioni di salute include quelli per i quali, come d'altronde per le persone con le stesse caratteristiche delle età più basse, sono richiesti in prima istanza interventi di protezione e promozione della salute da parte del sistema socio-sanitario, mentre alla società civile sono richie-

**Gruppo coordinatori regionali PASSI d'Argento:** Lara Bolognesi, Giuliano Carrozzi, Mauro Mirri (Regione Emilia-Romagna); Alessandra Battistella, Rosamaria Cecconi, Patricia Fortini, Marco Macchi, Daniela Mortello, M. Letizia Santolamazza (Regione Liguria); Maria Teresa Balducci, Pasqua Benedetti, Daniela Prota (Regione Puglia); Achille Cernigliaro, Rita Costanzo, Pietro Antonio Guzzo, Patrizia Miceli, Simonetta Rizzo (Regione Sicilia); Amedeo Baldi, Alessandro Pasqua, Francesco Profili, Matilde Razzanelli, Loredana Tavernelli (Regione Toscana); Carla Bietta, Vincenzo Casaccia, Marco Cristofori, Ubaldo Bicchielli, Carla Gambarini (Regione Umbria); Salvatore Bongiorno, Rosa Maria Cristaudo (Valle d'Aosta).

**Tabella** - Definizioni utilizzate per l'individuazione dei sottogruppi

**Disabilità**

È valutata la capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL), cioè muoversi da una stanza all'altra, lavarsi, farsi il bagno o la doccia, vestirsi, mangiare, essere continenti

**Segni di fragilità**

Sono valutate, escludendo le persone disabili, le seguenti condizioni:

- 1) percezione dello stato di salute "male o molto male" o 10 o più giorni in cattiva salute per motivi fisici/psicologici/ e 5 giorni con limitazioni negli ultimi 30 giorni;
- 2) perdita di appetito e peso (4,5 kg o 5% o più) nell'ultimo anno;
- 3) disabilità lieve (non autonomo in almeno 1 IADL - Instrumental ADL)

**Rischio di fragilità**

Sono valutate, escludendo le persone disabili e con rischio di fragilità, le seguenti condizioni:

- 1) problemi alla masticazione, alla vista o all'udito o memoria di caduta avvenuta nell'ultimo anno;
- 2) insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta o verdura;
- 3) sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale

**Buone condizioni di salute**

Personae che non rientrano nelle precedenti categorie

sti una visione e azioni di valorizzazione delle loro risorse potenziali per gli altri componenti la società (1).

In ciascuna regione è stato selezionato un campione random rappresentativo di persone con età ≥ 65 anni non istituzionalizzate. Il livello di rappresentatività del campione, estratto utilizzando la lista completa dell'anagrafe sanitaria dei residenti nelle ASL, era diverso in ogni regione: ASL in Liguria (ASL 3 Genovese); ASL e regionale in Umbria e Valle d'Aosta, esclusivamente regionale nelle altre regioni. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato già precedentemente testato (2). Il questionario, somministrato telefonicamente o faccia a faccia, è stato utilizzato da operatori appositamente formati dei servizi dell'area sociale e sanitaria. Ciascuna persona campionata inizialmente (titolare) poteva essere sostituita da una persona dello stesso sesso e classe di età (65-74 anni, ≥ 75 anni) nei seguenti casi: rifiuto a essere intervistato, ir reperibilità, impossibilità a sostenere l'intervista direttamente o grazie al supporto del *proxy* (una persona di fiducia indicata dal campionato) a causa delle condizioni di salute riferite o desunte dal test sulla memoria e l'orientamento temporale. Le aree indagate mediante il questionario sono state: stato di salute e qualità della vita percepita, isolamento sociale, depressione, cadute, autosufficienza, stili di vita, vaccinazione antiinfluenza-

le, ruolo delle attività socio-sanitarie di prevenzione e assistenza.

I risultati presentati in questo articolo si riferiscono al campione di 2.859 persone intervistate nelle seguenti regioni: Puglia, Umbria, Toscana, Liguria, Valle d'Aosta. Non sono presentati i dati relativi al campione delle regioni Sicilia ed Emilia-Romagna. L'analisi è stata condotta utilizzando il software Epi Info versione 3.5.1.

L'83% delle persone era stato intervistato per telefono vs il 17% intervistato con modalità faccia a faccia. Il 25% delle interviste è stato reso possibile grazie al *proxy*, che ha aiutato e sostenuto l'anziano durante l'intervista. Nel campione, le persone sostituite erano 569 (20%), di queste 109 erano state sostituite perché avevano rifiutato l'intervista (3,7%).

Nel campione il 41% delle persone risultava essere in buone condizioni di salute, il 30% era a rischio di fragilità, il 15,9% mostrava segni di fragilità, mentre il 13,1% era costituito da persone non autosufficienti in almeno 1 ADL (Activities of Daily Living).

In accordo con l'approccio della sorveglianza di popolazione, a fianco di alcune variabili che sono state studiate per classificare la popolazione degli over 65 nei 4 gruppi, altre variabili sono state studiate trasversalmente allo scopo di verificare se vi fosse una diversa frequenza all'interno dei diversi gruppi. È il caso, ad esempio, dell'anziano-

risorsa, definibile come la persona che offre supporto o aiuto all'interno della propria famiglia o della comunità svolgendo attività di volontariato. L'essere una risorsa per la famiglia o la comunità riguardava globalmente il 53,4% del campione. Nell'indagine è emerso che quasi 1 persona su 2 (46% del campione) costituiva una risorsa per la famiglia ovvero dichiarava di prendersi cura di familiari o nipoti di età inferiore ai 14 anni o di fornire sostegno ad altri anziani. L'8% delle persone costituiva una risorsa per la comunità in quanto era stato impegnato, nell'ultimo anno, in attività di volontariato. La quota di anziani-risorsa era statisticamente differente nei quattro sottogruppi individuati tra le persone in salute; quasi il 70% rappresentavano una risorsa mentre la percentuale di anziani-risorsa tra le persone a rischio di fragilità e con segni di fragilità era rispettivamente pari al 58,6% e al 36,9%. Tra le persone non autosufficienti gli anziani-risorsa erano il 16,3%.

In conclusione, l'indagine ha permesso di testare gli aspetti metodologici e procedurali di un sistema di sorveglianza sulla popolazione over 65, basato su indagini periodiche e sostenibile con le risorse dei servizi socio-sanitari.

In particolare, sembra che esistano ampi margini di manovra per interventi che, mirati e portati avanti congiuntamente ed efficacemente dagli operatori socio-sanitari, possono agire soprattutto sulla prevenzione dei fattori di rischio di fragilità, la maggior parte dei quali sono modificabili attraverso la promozione della salute e i cambiamenti di comportamento degli anziani, unitamente alla comunicazione e al miglioramento di servizi conosciuti e disponibili.

È emerso, infine, che gli anziani sono una risorsa, diffusi trasversalmente e poco valorizzati nel contesto studiato, salvo che nelle famiglie. Ai decisori e alla comunità grava la responsabilità di aprire loro degli spazi di valorizzazione, promuovendo e tutelando la salute delle persone over 65 che, ora più che mai, si confermano essere un'importante risorsa per la società. ■

**Riferimenti bibliografici**

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework; 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html)

2. Cristofori M, Binkin N, Perra A, *et al.* "PASSI d'Argento": primo studio pilota sul distretto di Orvieto. Un'indagine su salute e qualità di vita nella terza età. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2008;21(9):i-ii.
3. Perra A, Biscaglia L. È partito il progetto PASSI d'Argento: un occhio attento alla salute e al ruolo della terza età nella società italiana. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2009;22(3):iv.
4. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/30).
5. Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, *et al.* OKkio alla SALUTE: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann Ig* 2008;20:337-44.
6. Katz S, Downs TD, Cash HR, *et al.* Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.

## STUDI DAL TERRITORIO

### SINTESI DI UN'ESPERIENZA E DI UNA PROPOSTA METODOLOGICA PER UN PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA, ANCONA 2009

Cristina Mancini<sup>1,2</sup>, Maria Soledad Ferreiro<sup>2</sup>, Patrizia Carletti<sup>2</sup>, G. Valentina De Giacomi<sup>3</sup>, Adele Seniori Costantini<sup>4</sup>, Maria Luisa Calamita<sup>5</sup>, Adelina Brusco<sup>5</sup>, Daniela Gallieri<sup>5</sup>, Alessandra Burgio<sup>6</sup>, Luisa Mondo<sup>7</sup>, Raffaella Rusciani<sup>7</sup>, Camilla Sticchi<sup>8</sup>, Chiara Volpi<sup>8</sup>, Marco Biocca<sup>9</sup>, Nicola Caranci<sup>9</sup>, Silvia Candela<sup>10</sup>, Chiara Ventura<sup>11</sup>, Mauro Palazzi<sup>11</sup>, Patrizia Vitali<sup>11</sup>, Giovanni Baglio<sup>12</sup>, Laura Camilloni<sup>12</sup>, Silvia Casagrande<sup>12</sup>, Domenico Martinelli<sup>13</sup> e Concetta Ladalardo<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche, Ancona

<sup>2</sup>Regione Marche, Ancona

<sup>3</sup>Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionale, Roma

<sup>4</sup>Associazione Italiana Epidemiologia

<sup>5</sup>Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro, Roma

<sup>6</sup>Istituto Nazionale di Statistica, Roma

<sup>7</sup>Regione Piemonte, Torino

<sup>8</sup>Agenzia Regionale Sanitaria Liguria, Genova

<sup>9</sup>Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale Emilia-Romagna, Bologna

<sup>10</sup>Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia

<sup>11</sup>Azienda Unità Sanitaria Locale, Cesena

<sup>12</sup>Laziosanità, Agenzia Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma

<sup>13</sup>Osservatorio Epidemiologico, Regione Puglia, Bari

<sup>14</sup>Regione Puglia, Bari

**D**a Paese di emigrazione, negli ultimi 10-15 anni, l'Italia è diventata Paese di immigrazione, con flussi continui, diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e guerre. Al 1° gennaio 2008 la popolazione straniera residente nel nostro Paese era di circa 3,5 milioni, pari al 6% del totale dei residenti (fonte ISTAT); il 90% degli individui proviene da Paesi a forte pressione migratoria. Si tratta di una popolazione giovane, l'età media è di 30 anni, e di una presenza stabile, in quanto circa il 51% è presente da più di 5 anni; una persona su due è donna.

Il fenomeno, in aumento, evidenzia una stabilizzazione di comunità intergenerazionali sempre più segmentate e ricche di componenti umane peculiari, ansiose di trovare un loro posto a pieno titolo nella società italiana.

L'incontro di queste diverse culture e generazioni impone all'Italia, Paese ospite, di adottare politiche volte a favorire l'integrazione allo scopo di evitare che "quello che non si conosce" diventi fonte di conflitti, razzismo e xenofobia. Il fenomeno migratorio, in continua espansione, deve essere quindi governato. Governare non significa però solo dirigere, guidare, ma anche "avere cura" di:

- costruire una società pacifica in cui ciascuno sia rispettoso dell'altro;
- cogliere orizzonti culturali diversi, sicuramente arricchenti;
- prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.

Per queste ragioni si rende necessario attrezzare/formare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare

un'utenza, portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati.

Nel 2007 è stato avviato dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, con il coordinamento dell'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche, un Progetto dal titolo "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", il cui scopo è quello di tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata in Italia attraverso l'adozione di modelli socio-sanitari organizzativamente e culturalmente adeguati ai bisogni di questa fascia di popolazione, con particolare riguardo agli immigrati non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Uno degli obiettivi del Progetto è consistito nell'individuazione di una metodologia utile per la lettura e la ►

sorveglianza della salute di questa popolazione, in modo da coglierne i principali problemi, che necessitano di interventi prioritari, e descriverne le modalità di utilizzo dei servizi sanitari.

Il rationale dell'intervento si basa sui seguenti punti:

- a oggi la lettura dei bisogni di salute degli immigrati non è una funzione svolta sistematicamente dalle regioni, a cui le modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione attribuiscono la competenza in materia di tutela della salute e di programmazione sanitaria;
- esistono indagini e rilevazioni anche a valenza nazionale che, tuttavia, non sono sistematiche e sono difficilmente confrontabili in quanto utilizzano differenti definizioni di caso "immigrato" e non impiegano indicatori comuni per la misura e per il monitoraggio del fenomeno;
- non esiste un coordinamento istituzionale su questa questione.

Affinché le regioni siano in grado di individuare i problemi di salute prioritari a cui dare risposta occorre conoscere e sorvegliare i problemi di salute della popolazione immigrata e, per fare questo, è necessario definire una metodologia di analisi, condividere uno strumento di lettura comune, un linguaggio univoco, utile alla produzione di informazioni, confrontabili, tra realtà regionali fra loro e tra queste e il livello nazionale.

Allo scopo è stato istituito un gruppo di lavoro formato da esperti appartenenti a sei regioni (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia) e due AUSL (Reggio Emilia, Cesena) e a istituzioni nazionali (ISTAT, INAIL, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Associazione Italiana di Epidemiologia), che ha lavorato per costruire una metodologia di analisi per la descrizione della domanda di salute della popolazione immigrata e per l'offerta di servizi da parte dell'SSN, attraverso una definizione di caso a partire dai flussi informativi correnti, quindi già disponibili a livello di tutte le regioni.

Uno dei risultati principali è la definizione di caso, cioè di immigrato, definito come lo straniero, che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), siano questi appartenenti all'Unione Europea che non. La condizione di straniero (cittadinanza straniera) o di "nato all'estero" sono state considera-

te di per sé non sufficienti a definire lo stato di immigrato, in quanto il termine straniero indica che la cittadinanza è "non italiana", ma non definisce l'immigrato cioè la persona con cittadinanza in PFPM. I "nati all'estero" invece possono essere in percentuale anche rilevanti "cittadini italiani nati all'estero", essendo stata l'Italia, anche in epoche recenti, un Paese di emigranti.

La popolazione di confronto è stata individuata nelle persone con cittadinanza italiana e in quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

Gli immigrati, identificati attraverso tale definizione, che utilizza quindi il criterio della "cittadinanza", possono essere a loro volta regolari cioè avere "titolo" per risiedere in Italia o clandestini/irregolari, senza titolo per il soggiorno.

Di conseguenza, la popolazione è stata suddivisa in:

- immigrati regolari, persone con cittadinanza in PFPM, presenti in Italia con regolare permesso o titolo di soggiorno (PFPM regolari);
- immigrati clandestini/irregolari con cittadinanza in PFPM e con residenza all'estero (STP);
- italiani e stranieri provenienti da PSA.

Le fonti utili alla descrizione dei problemi di salute della popolazione immigrata, esattamente i flussi informativi correnti, sono state scelte considerando:

- la possibilità di identificare l'immigrato nella fonte stessa, sulla base del criterio della cittadinanza;
- l'effettiva disponibilità a livello di tutte le regioni. Per ciascuna fonte individuata, inoltre, si è proceduto a effettuare:
  - un'analisi delle criticità e dei limiti;
  - un'analisi delle potenzialità;
  - la valutazione della qualità mediante elaborazioni e confronti dei dati regionali;
  - la formulazione di raccomandazioni.

Allo scopo di descrivere in modo omogeneo e con un linguaggio comune i principali problemi di salute è stato costruito un set di 36 indicatori, semplici e fattibili, che indagano aspetti della salute della popolazione immigrata quali il ricorso al ricovero ospedaliero, la salute materno-infantile, gli infortuni sul lavoro, le malattie infettive, la mortalità. Per ciascun indicatore è stato definito il meta-indicatore: il significato, il metodo di calcolo, le fonti da utilizzare per il numeratore e il denominatore, la validità e i limiti.

Gli indicatori così individuati, sono stati sperimentati, in collaborazione con gli enti nazionali, dalle sei regioni e dalle due province partecipanti al Progetto e a livello nazionale.

Ai fini della comprensione del significato/senso di ciascun indicatore e della potenziale informazione in esso contenuta si è anche costruita una struttura (*framework*) del profilo di salute della popolazione immigrata, che potrebbe essere utile a ciascuna regione per conoscere e sorvegliare la salute di questo gruppo di popolazione.

I primi risultati, essendo quella immigrata una popolazione giovane, mostrano dei problemi di salute limitati. Tale popolazione utilizza i servizi sanitari per eventi fisiologici, quali il parto o per mancanza di interventi di prevenzione, quali l'aborto e gli infortuni sul lavoro.

Questo suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, con effetto positivo anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali.

Il risultato conseguito attraverso il lavoro svolto consente di affermare che oggi è disponibile uno strumento operativo che rende possibile costruire, in modo omogeneo e confrontabile nelle varie realtà, un profilo di salute degli immigrati presenti in Italia sia in termini di domanda sia di risposta che i sistemi sanitari regionali forniscono a questa domanda.

È auspicabile che ogni realtà regionale effettui istituzionalmente e in modo sistematico la lettura dei bisogni di salute degli immigrati, in modo da prendersi cura dello stato di salute di questa popolazione che, spesso in condizioni di marginalità sociale, è più a rischio di ammalarsi.

Infine, si tratta di ottimizzare l'efficacia dei servizi migliorando l'informazione sul loro funzionamento e attuando strategie di offerta attiva, pratiche con sicure ricadute positive non solo per la popolazione immigrata ma anche per i cittadini italiani, specie per i più vulnerabili. ■

#### Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,  
Marina Maggini, Alberto Perra,  
Stefania Salmaso  
e-mail: ben@iss.it

## SOSTANZE NATURALI SOTTO LALENTE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE



Andrea Geraci<sup>1</sup>, Francesca Mondello<sup>2</sup> e Annarita Stringaro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento del Farmaco, ISS

<sup>2</sup>Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

<sup>3</sup>Dipartimento di Tecnologie e Salute, ISS

**RIASSUNTO** - Negli ultimi tempi si assiste a una riscoperta del "naturale": le cause sono di tipo sociale, economico e scientifico. In campo scientifico si ricercano nuove soluzioni terapeutiche in un periodo di nuove emergenze infettive, di fenomeni di antibiotico-resistenza, di carenza di nuovi farmaci per le numerose malattie cronico-degenerative. La scelta del "naturale" si associa spesso alla richiesta di cure personalizzate, di un approccio di tipo olistico alla persona. Esistono problematiche legate a qualità, sicurezza ed efficacia dei prodotti presenti sul mercato. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha una lunga tradizione per ciò che riguarda questa tematica e, recentemente, nel 1° Convegno Nazionale organizzato dal gruppo Terapie Innovative e Sostanze Naturali (TISNa) dell'ISS, si è discusso della realtà italiana, delle problematiche future e delle possibili collaborazioni con le altre strutture scientifiche e istituzionali nazionali e internazionali.

**Parole chiave:** prodotti biologici, terapie complementari, meccanismi molecolari dell'attività farmacologica

**SUMMARY** (*Focus on natural products at the Italian National Institute of Health: update and perspectives*) - Recently, there is a rediscovery of the natural products for social, economic and scientific causes. In science we are looking for new therapeutic solutions in a time of new infectious emergencies, with the phenomenon of antibiotic resistance, the lack of new drugs for many chronic degenerative diseases. The choice of natural products is often associated with the request of personalized care, a holistic approach to the person. There are issues related to quality, safety and efficacy of products on the market. The Italian National Institute of Health (Istituto Superiore di Sanità, ISS) has a long tradition on this issue and recently, during the first national congress, organized by the ISS Study group "Innovative Therapies and Natural Products" (TISNa), the situation in Italy has been analyzed and possible future collaborations with other national and international scientific institutions have been evaluated.

**Key words:** biological products, complementary therapies, molecular mechanisms of pharmacological action

[andrea.geraci@iss.it](mailto:andrea.geraci@iss.it)

**L**e problematiche relative alla salute umana sono in continua evoluzione e di questo ci si rende conto guardando retrospettivamente le cure mediche degli ultimi cento anni. La scienza e la sua applicazione vivono un continuo divenire: quando si pensa di essere arrivati al culmine delle conoscenze, dopo poco tempo ci si trova a dover rivedere molte delle posizioni acquisite. Ci si rende conto che nel mondo, in parte in contrasto con il livello di benessere economico raggiunto dai Paesi industrializzati, vi sono centinaia di migliaia di

persone affette da malattie croniche e degenerative spesso invalidanti e, a tutt'oggi, prive di rimedi farmacologici efficaci per una cura definitiva. Inoltre, ci si trova a fronteggiare malattie infettive più o meno nuove (SARS, HIV, influenza aviaria e suina, malaria, infezioni opportunistiche, tubercolosi, solo per citarne alcune), di cui molte resistenti ai farmaci e che rappresentano alcuni tra i più importanti problemi sanitari nei Paesi in via di sviluppo. Quindi, all'alba del nuovo millennio, queste nuove emergenze infettive, i fenomeni dell'antibiotico-resistenza, ►

la carenza di farmaci (antimicrobici, antinfiammatori e antitumorali) e la loro elevata tossicità richiedono nuove capacità d'intervento, affinamento delle diagnosi e nuove soluzioni terapeutiche. Tutta questa serie di problematiche inducono a ricercare vie terapeutiche nuove e nello stesso tempo complementari agli attuali trattamenti.

### Confronto tra antico e moderno

In tale contesto si assiste a un generale crescente interesse per tutto ciò che riguarda "il naturale": sempre più i consumatori, i ricercatori, le istituzioni, i pazienti e le imprese commerciali focalizzano la loro attenzione su un tema così vasto e pieno di sfaccettature.

Da sempre vengono utilizzate sostanze che derivano dai regni vegetale, animale e minerale, e recentemente, tra i cosiddetti *novel food*, si adoperano anche i composti provenienti da alghe, funghi e derivati batterici.

Oltre a essere fonte di nutrimento, le sostanze naturali sono utilizzate e studiate come medicinali o usati come cosmetici sin dagli albori di molte civiltà: circa 3.000 anni fa l'*Imperatore Giallo* Huang Di elaborò il primo libro di medicina tradizionale cinese i cui principi di fitoterapia sono ancora oggi utilizzati. Gli antichi egizi parlano di oppio e aloe nel papiro di Ebers del 1500 a.C. e ancora prima, forse intorno al III° millennio a.C., risalgono gli insegnamenti dei saggi Rishi, che dai territori himalayani influenzarono un po' tutto l'Oriente gettando le basi della medicina ayurvedica.

Agli albori del III° millennio (dopo Cristo, questa volta), nell'era della farmacogenomica, lo sguardo è di nuovo rivolto alle sostanze di origine naturale. Sembrano due tendenze antitetiche, eppure presentano molti punti in comune. Genetica e sostanze naturali si abbinano in maniera complementare all'approccio globale, olistico, come si direbbe oggi usando un termine che va di moda. Alcuni concetti comuni alle due realtà sono la complessità e la personalizzazione delle cure.

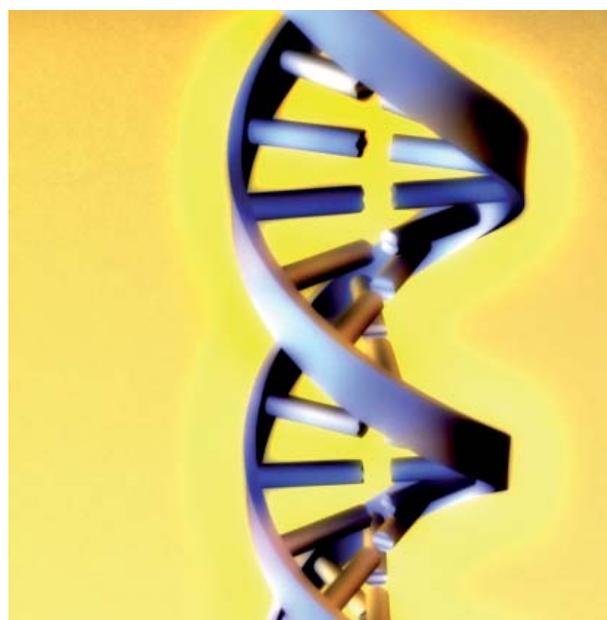
### Personalizzazione delle cure: da Ippocrate alla doppia elica

Di recente, il Sottosegretario al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Ferruccio Fazio, proprio presso l'Istituto Superiore di Sanità

(ISS), in occasione dei festeggiamenti dei cento anni di Rita Levi-Montalcini, sottolineava come il futuro della medicina passerà attraverso la personalizzazione delle terapie, la farmacogenomica, l'approfondimento delle conoscenze del nostro DNA e delle reti metaboliche complesse.

Le passate civiltà non conoscevano la doppia elica, ma attraverso la semplice attenta osservazione, hanno descritto tutta una serie di caratteristiche fisiche, fisiologiche e attitudini psicologiche della persona e del suo rapporto con l'ambiente. Nell'antica India si poneva l'attenzione ai tre costituenti corporei, i Dosha (Vata, Pitta e Kapha). Ippocrate li definiva costituzioni, mentre nell'antica Cina si parlava di sostanze fondamentali, di Yin e Yang, di meridiani, di energia vitale e quadri di disarmonie, concetti che esprimono, in forma a volte fantasiosa, la complessità umana e l'equilibrio tra salute e malattia (1).

Allora, come oggi, ci si riferisce semplicemente alla persona con una costituzione geneticamente determinata che interagisce con l'ambiente circostante. Verosimilmente, la sostanza di origine naturale, che sia un fitocomplesso, una vitamina, un minerale diluito e dinamizzato omeopaticamente, ha la caratteristica di modulare un sistema complesso come quello umano. Ovviamente, nei casi di malattie acute e gravi c'è bisogno del "proiettile" preciso e veloce come il farmaco di sintesi. Anche in questo caso, spesso si sono utilizzate molecole offerte dalla natura come la





digitale, il chinino, l'acido acetilsalicilico, molti antibiotici, la vincristina, il tassolo, l'artemisinina. Inoltre, dai vari sistemi terapeutici antichi o moderni sarebbe utile acquisire quelle conoscenze di tipo non strettamente medicamentoso, cioè quei consigli che incidono sullo stile e sulla qualità della vita. Il sovrappeso, il tabagismo, l'abuso di alcol o di sostanze stupefacenti, la sedentarietà, lo stress e le diete sbilanciate sono tutte cattive abitudini che contribuiscono alla perdita della salute.

## 1° Convegno Nazionale ISS

L'attuale interesse per la genetica e per le sostanze di origine naturale è stato ribadito da Antonio Cassone (Direttore del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate-MIPI, ISS) durante l'apertura dei lavori del 1° Convegno Nazionale "Sostanze naturali: dalla ricerca di base all'applicazione clinica", svoltosi in ISS dal 23 al 25 marzo 2009 ([www.iss.it/publ/cong/cont.php?id=2258&lang=1&tipo=6&anno=2009](http://www.iss.it/publ/cong/cont.php?id=2258&lang=1&tipo=6&anno=2009)). Le tre giornate sono state l'occasione per mettere in evidenza le varie attività svolte in Istituto in materia di sostanze naturali. I relatori, tra

i più prestigiosi del Paese, hanno presentato i risultati di numerosi studi, soprattutto nel campo della ricerca di base.

Le sessioni riguardavano la caratterizzazione chimica, l'attività antimicrobica, antitumorale, immunomodulante e antinfiammatoria. Nell'ultima giornata si è parlato di applicazioni cliniche, del profilo di sicurezza e degli aspetti valutativi delle sostanze naturali. Si è svolta inoltre una sessione poster con la premiazione, a fine Convegno, dei due migliori lavori.

La lettura magistrale di Marcello Nicoletti, Università "Sapienza" di Roma, ha introdotto i lavori suggerendo alla platea di "imparare dalle piante", dalla loro saggezza e generosità. Poi, man mano, i vari relatori ci hanno parlato di concetti nuovi e affascinanti: ►

**oli essenziali** metaboliti secondari  
**aplidinoni** **enzimi vegetali**  
**piante delle medicine tradizionali**  
**fingerprinting** **vitamina D** lattoferrina  
sostanze naturali ad azione analgesica  
antibatterica ed immunomodulante  
**curcumina** **resveratrolo**  
**aminossidasi da siero bovino** **aglio**  
**tea tree oil** voacamina *Uncaria tomentosa*  
**5,7 dimetossicumarina**  
**Salvia acetabulosa** succo d'uva e di pomodoro  
*Mirtus communis* **Istatine**  
*Geranium sanguineum*  
*Parietaria judaica* *Mentha suaveolens*  
climacostolo **complessità**  
**piante adattogene** **studi clinici**  
**problematiche farmacognostiche**  
fitoterapia tradizionale cinese e ayurvedica  
*Viscum album* *Monascus ruber*  
**acido folico** e **myo-inositolo**  
**microdosi di prodotti naturali** funghi epigei  
*Rhodiola rosea* **coenzima Q10**  
**reazioni avverse**  
**smart-drugs** **sicurezza in fitoterapia clinica**  
**integratori alimentari e componenti vegetali**  
**aspetti valutativi dei prodotti di origine vegetale**

## Il gruppo di studio Terapie Innovative e Sostanze Naturali (TISNa)

Il Convegno è nato dal coinvolgimento di un folto gruppo di ricercatori dell'ISS. Il 26 giugno 2008 la trasversalità del gruppo Terapie Innovative e Sostanze Naturali (TISNa) si era concretizzata nel Workshop "Sostanze naturali: attività farmacologica, meccanismo d'azione, aspetti applicativi e normativi", che ha costituito una sorta di censimento dei ricercatori ISS interessati, a vario titolo, alle sostanze naturali ([www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2251&lang=1&tipo=5&anno=2008](http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2251&lang=1&tipo=5&anno=2008)). Questa aggregazione è sorta spontaneamente, catalizzata dagli autori di questo articolo, con l'approvazione dei rispettivi Direttori dei Dipartimenti: MIPI (Antonio Cassone); Tecnologie e Salute-TES (Velio Macellari); Farmaco (Stefano Vella).

L'esistenza del gruppo TISNa ha contribuito allo scambio di conoscenze scientifiche tra i vari gruppi di lavoro già operanti in questo ambito in ISS. Questo fenomeno è stato ulteriormente favorito dal Convegno del 23-25 marzo 2009, nel corso del quale è stato possibile pianificare future collaborazioni e progetti di ricerca anche con strutture scientifiche e accademiche esterne all'ISS. Per chi fosse interessato, a breve saranno pubblicati sui *Rapporti ISTISAN* dell'ISS ([www.iss.it](http://www.iss.it)), in forma dettagliata, i contributi dei relatori.



Logo del Gruppo di studio Terapie Innovative e Sostanze Naturali (TISNa) dell'ISS



## Prospettive e problematiche

Dal Convegno sono emerse le notevoli potenzialità degli studi che vengono attuati nei diversi Dipartimenti ISS. Si riportano di seguito degli esempi. L'olio essenziale di *Melaleuca alternifolia* (*Tea Tree Oil*, TTO), secondo l'esperienza dei Dipartimenti MIPI e TES, è in grado di contrastare *in vitro* e *in vivo* le infezioni mucosali farmaco-resistenti causate da *Candida albicans* (2, 3). Inoltre, presso il MIPI è stata dimostrata l'attività *in vitro* anti-*Legionella* del TTO (4). Nei laboratori del Dipartimento TES è stata poi saggiata l'attività antitumorale di questo olio essenziale, in particolare sulle cellule tumorali resistenti ai trattamenti chemioterapici (5). Dalla collaborazione tra il Dipartimento del Farmaco e quello di TES è nato uno studio sull'attività della voacamina, un alcaloide isolato dalla pianta infestante brasiliana *Peschiera fuchsiaefolia*, che presenta anch'essa un'azione chemiosensibilizzante in cellule tumorali umane farmaco-resistenti, trattate in combinazione con la doxorubicina (6).

Il Convegno ha offerto vari spunti di riflessione e, soprattutto, ha dimostrato l'esigenza di ulteriori chiarimenti e approfondimenti. È bene mettere in evidenza un concetto fondamentale: "naturale" non deve essere sinonimo di "innocuo". Il prodotto naturale può essere utile, salutare, terapeutico, ma può



rappresentare anche una causa di rischio per la salute umana. Oltre alle ricerche in corso, che necessitano di risorse e collaborazioni a vari livelli, sono emerse le problematiche delle zone “grigie”: da un punto di vista della realtà di ogni giorno, le sostanze naturali possono essere di volta in volta inquadrare da molteplici punti di vista ed essere così soggette a normative e regolamentazioni che spesso si sovrappongono. Succede così che prodotti di origine vegetale, i più numerosi, rientrino in diverse aree di interesse i cui confini non sono netti.

Di fatto, una sostanza naturale può essere esaminata, e quindi regolamentata, come:

- alimento;
- farmaco;
- *herbal product* (nell’ambito della fitoterapia delle medicine tradizionali);
- integratore alimentare;
- dispositivo medico;
- rimedio omeopatico;
- cosmetico.

Ciascun’area pone tutta una serie di problematiche che si possono riassumere con tre parole chiave che dovrebbero essere sempre prese in considerazione: qualità, sicurezza, efficacia. Le istituzioni nazionali e internazionali quali l’Organizzazione

Mondiale della Sanità (OMS), il National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) del National Institutes of Health (NIH), la European Medicines Agency (EMA), la European Food Safety Authority (EFSA), il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), le Regioni, la Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), la Federazione Nazionale Ordini Farmacisti (FOFI), le Università, il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) cercano, attraverso le varie competenze, di emanare di volta in volta linee guida, normative, regolamenti, valutazioni, controlli e, soprattutto, la divulgazione delle informazioni scientifiche (7). Nasce così l’esigenza da parte dell’ISS di interagire con tutti questi organismi scientifici e istituzionali al fine di approfondire e regolamentare una tematica largamente multidisciplinare. ■

#### Riferimenti bibliografici

1. Geraci A. *Complessità in natura e salute umana*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (ISTISAN Congressi 09/C1).
2. Mondello F, De Bernardis F, Girolamo A, et al. *In vitro and in vivo activity of tea tree oil against azole-susceptible and -resistant human pathogenic yeasts*. *J Antimicrob Chemother* 2003;51:1223-9.
3. Colone M, Mastrangelo N, Toccaceli L, et al. *Studio del meccanismo di azione del Tea Tree Oil su ceppi di Candida spp*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2008 (Rapporti ISTISAN 08/41).
4. Mondello F, Girolamo A, Scaturro M, et al. *Determination of Legionella pneumophila susceptibility to Melaleuca alternifolia Cheel (tea tree) oil by an improved broth micro-dilution method under vapour controlled conditions*. *J Microbiol Methods* 2009;77:243-8.
5. Calcabrini A, Stringaro A, Toccaceli L, et al. *Terpinen-4-ol, the main component of Melaleuca Alternifolia (Tea tree) oil inhibits in vitro growth of human melanoma cells*. *J Invest Dermatol* 2004;122:349-60.
6. Meschini S, Marra M, Calcabrini A, et al. *Voacamine, a bisindolic alkaloid from Peschiera fuchsiaeifolia enhances the cytotoxic effect of doxorubicin on multidrug resistant tumor cells*. *Int J Oncol* 2003;23:1505-13.
7. World Health Organization. *Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all’indirizzo: <http://www.who.int/medicines/publications/traditional/guidelines2004/en/>

## INIZIATIVE ESPOSITIVE E DI COMUNICAZIONE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ PRESSO MOSTRE/CONVEGNO

Anna Maria Rossi  
Settore Attività Editoriali, SIDBAE, ISS

**D**a anni l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) partecipa con un proprio stand espositivo ad alcune delle maggiori mostre/convegno presenti sul territorio nazionale con lo scopo di promuovere e diffondere le proprie attività a tutela della salute pubblica, che ben si inseriscono nel più ampio disegno della Pubblica Amministrazione di apertura, partecipazione, messa in rete e condivisione delle conoscenze.

Nel primo semestre del 2009 l'ISS è stato presente al FORUM della Pubblica Amministrazione (11-14 maggio) e al SANIT - Forum Internazionale della Salute (23-26 giugno).

### “Gli esperti rispondono” presso il FORUM PA

Il FORUM PA ([portal.forumpa.it](http://portal.forumpa.it)) ha confermato anche quest'anno il suo ruolo di manifestazione che richiama migliaia di visitatori, costituendo un'occasione di incontro, approfondimento e diffusione delle più importanti iniziative di innovazione nel settore pubblico e privato. In considerazione di questa valenza e disponendo l'ISS di un proprio stand espositivo, il Settore Attività Editoriali dell'ISS, in collaborazione con la Presidenza e i Direttori dei Dipartimenti e Centri, ha organizzato un'interessante iniziativa denominata “Gli esperti rispondono”. Strutturata in una serie di incontri dei visitatori del FORUM con esperti dell'ISS nelle principali tematiche di sanità pubblica, ha avuto come obiettivo principale quello di porre le basi per condizioni favorevoli alle scelte per la salute di ogni cittadino.

Gli incontri si sono svolti presso lo stand ISS (Figura 1) secondo un calendario che prevedeva, per ogni giorno di manifestazione, la presenza di esperti su diversi argomenti di sanità pubblica. Il calendario è stato reso disponibile sul sito web di FORUM PA e presso lo stand stesso sono stati posizionati due pannelli illustrativi dell'iniziativa (Figura 2).

Gli esperti - ricercatori, spesso con incarico di direzione di Reparto o di Dipartimento e/o Centro nazionale ISS - hanno promosso e reso accessibili i risultati delle proprie ricerche, diffuso le pratiche per una buona salute parlando di corretti stili di vita e in generale di ciò che ogni individuo può e deve fare per una qualità di vita più sana e sicura, distribuito materiale e pubblicazioni afferenti all'ambito di competenza, in aggiunta a tutte le altre pubblicazioni (rapporti tecnici, opuscoli, *Notiziario*, *Annali*), a disposizione dei visitatori presso tutti gli stand che l'ISS organizza in questa e in altre mostre/convegno.

Nel corso della prima giornata, il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, ha visitato lo stand ISS, mostrando interesse



Figura 1 - Stand dell'Istituto Superiore di Sanità al Forum PA



Figura 2 - Il pannello presso lo stand dell'Istituto Superiore di Sanità sull'iniziativa "Gli esperti rispondono" al Forum PA 2009

per la produzione editoriale in esposizione e distribuzione. Ha rivolto la sua attenzione, in particolare, a una raccolta di riproduzioni di diciassette disegni anatomici del corpo umano, eseguiti da Antonio Canova, i cui originali sono di proprietà della Biblioteca dell'ISS (Figura 3).

Per particolari momenti degli incontri sono state effettuate riprese video ed è stato realizzato un interessante filmato, utile da proiettare in occasione di successive manifestazioni alle quali l'ISS parteciperà.

Si tratta della prima volta in cui un numero di esperti, competenti per tematiche attuali di sanità pubblica, ha affiancato lo staff presente allo stand dell'ISS, mettendo le proprie competenze e, soprattutto, la propria disponibilità al servizio dei

cittadini. L'esperienza è stata sicuramente positiva per il pubblico che ha voluto cogliere questa interessante opportunità per conoscere e approfondire le proprie conoscenze o anche solo chiarire i propri dubbi, ma è sicuramente stata molto utile anche agli stessi esperti, che hanno potuto toccare con mano quali siano i temi e gli aspetti di sanità pubblica di maggiore interesse per i cittadini. Non solo, spesso è stato riscontrato che le attività di ricerca dell'ISS non sono sufficientemente note al pubblico, inclusi servizi a esso direttamente orientati quali i numeri verde (AIDS, fumo, droga, doping, malattie rare, trapianti).

In conclusione, si è cercato di rendere interattivo uno spazio espositivo classico (lo stand) e ciò è avvenuto senza alcuna spesa aggiuntiva da parte dell'ISS.

Questi incontri non intendono sostituire l'esperienza convegnistica, che sempre affianca queste manifestazioni, denominate proprio "mostre/convegno". La loro immediatezza e personalizzazione rappresentano sicuramente una valida alternativa all'organizzazione di seminari o convegni, la maggiore facilità di organizzazione e un risparmio nel budget assegnato a tali eventi possono quindi ►



Figura 3 - Il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, visita lo stand dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) presso il Forum PA 2009 e incontra un esperto dell'ISS, Simona Giampaoli

motivare la scelta. Certamente quello che manca a tali incontri è il momento del confronto e del dibattito, che costituisce una parte essenziale del processo di comunicazione. Cionondimeno, l'auspicato ritorno in medicina al tradizionale rapporto "medico-paziente", oggi in crisi poiché trasformatosi da relazione interpersonale a relazione impersonale, e la diffusione nel mondo scientifico della "medicina narrativa", quale narrazione dell'esperienza personale di un malato per un migliore ascolto e comprensione delle sue domande di salute, hanno aperto la strada anche a nuove forme di comunicazione tra ricercatore in sanità pubblica e cittadino, come quella oggetto dell'iniziativa ISS.

### La partecipazione al SANIT

La seconda manifestazione, a cui l'ISS ha attivamente partecipato, è stato il SANIT - Forum Internazionale della Salute ([www.sanit.org](http://www.sanit.org)). Fortemente orientato ai temi della salute, anche quest'anno la manifestazione ha riscosso un grande successo di pubblico con molti partecipanti ai numerosi convegni - che in particolar modo carat-



**Figura 4** - Stand dell'Istituto Superiore di Sanità al SANIT 2009



**Figura 5** - Alcune pubblicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in esposizione e distribuzione presso lo stand dell'ISS al SANIT 2009

terizzano questa manifestazione - sui grandi temi della salute pubblica con riferimento a: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, stili di vita salutari, sport, terza età, sana sicura e corretta alimentazione, organizzazione dei servizi, corretto uso dei farmaci, medicina e territorio, traguardi della ricerca sanitaria e potenzialità future.

Alcuni esperti ISS, rappresentati ai massimi livelli, hanno tenuto interessanti seminari nell'ambito del programma scientifico coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, contribuendo a creare un importante percorso di formazione e di aggiornamento per gli operatori sanitari. Nel contempo, presso lo stand ISS (Figura 4) si è svolta un'intensa attività informativo-divulgativa con distribuzione di pubblicazioni, poster, proiezione di filmati e collegamento con il sito web da una postazione dedicata (Figura 5).

Il Presidente dell'ISS, Enrico Garaci, ha partecipato al Convegno di inaugurazione "La prevenzione universale" con un interessante intervento dal titolo "Dalla prevenzione di popolazione alla prevenzione individuale".

Anche nel corso di questa manifestazione l'ISS ha risposto in modo efficace alle necessità di comunicazione e di confronto esistenti sia all'interno del comparto sanitario che tra questo e il pubblico di utenti, creando anche nuove occasioni di collaborazione con altri enti e istituzioni nazionali. ■

## Nello specchio della stampa

a cura di Franca Romani, Cinzia Bisegna, Daniela De Vecchis e Gerolama Maria Ciancio

Ufficio Stampa, ISS



### Influenza A(H1N1)v: l'Istituto Superiore di Sanità in prima linea per fronteggiare la diffusione del virus

Da quando sono stati identificati i focolai originari della cosiddetta influenza suina (nuova influenza umana A(H1N1)v), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si è attivato per fornire supporto all'Unità di Crisi del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. In particolare, il Centro Nazionale Influenza (National Influenza Centre, NIC) ha attivato i 27 laboratori della rete Influnet al fine di

raccogliere e processare i campioni clinici prelevati dai casi sospetti di nuova influenza umana A(H1N1)v e arrivare a una conferma diagnostica. Secondo quanto concordato, una prima diagnosi viene eseguita dal laboratorio regionale, mentre l'ISS procede alla conferma diagnostica su un contro campione. Attualmente sono 224 i casi confermati in Italia. ■

#### LA STAMPA

##### Giovanni Rezza, infettivologo

23 maggio 2009

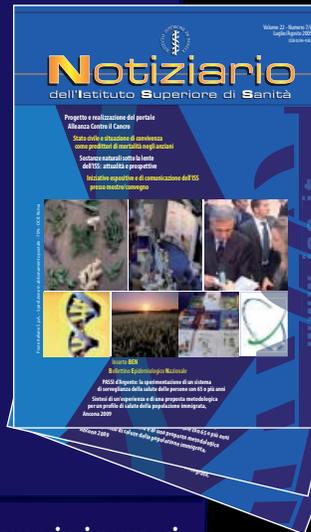
Nessun allarme, assicurano all'Istituto Superiore di Sanità, ma le scuole sono uno dei principali luoghi di trasmissione del nuovo virus, la febbre suina che sta dilagando dal Messico agli Stati Uniti fino in Europa. Lo spiega Gianni Rezza, del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto. Le scuole sono i luoghi più pericolosi, ma come siete arrivati alla decisione di chiudere due istituti romani? «Gli ospedali specializzati autorizzati hanno effettuato i test preliminari ieri mattina e li hanno mandati a noi dell'Istituto Superiore di Sanità. Dal momento in cui sono arrivati abbiamo effettuato la verifica con un kit. Sono necessarie tre ore per avere il risultato ma non si aspetta la nostra conferma: le misure necessarie vengono adottate già sulla base dell'esito in ospedale». In questo caso la decisione di chiudere due scuole. Perché? «Studiando quanto è accaduto in Messico e negli Stati Uniti si è capito che le scuole sono fra i principali luoghi di trasmissione del virus. E quindi nell'Unità di crisi dell'Istituto Superiore di Sanità si era deciso che se uno studente fosse stato affetto dal virus sarebbe stato sconsigliato dall'andare a scuola. In questo caso si è adottata una misura più drastica perché a tornare da New York con lo stesso gruppo erano in tanti e quindi cresceva la probabilità che vi fossero ragazzi con il virus. Chiudere le scuole era l'unico modo per fermare il propagarsi dell'epidemia e evitare il contagio di chi non era andato in gita». Il Ministro Gelmini assicura che tutte le scuole sono sotto controllo. Dobbiamo preoccuparci? «È il contrario, e mi meraviglio che la decisione di chiudere le scuole generi ansia invece di creare e produrre un'assoluta tranquillità. La chiusura vuol dire fermare il virus, un virus che, comunque, non è molto diverso da una normale influenza. In Italia ha colpito in modo blando, i ragazzi la superano brillantemente. Non c'è un vaccino ancora e questo può provocare qualche difficoltà in più in soggetti particolarmente deboli ma l'attenzione è alta, e non siamo assolutamente di fronte alla SARS, per cui non vedo alcun motivo di preoccuparsi». ■

#### Il Messaggero

##### Nuova influenza, l'OMS: è pandemia

12 giugno 2009

È al massimo livello l'allerta per la nuova influenza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha deciso di far scattare la fase 6. È pandemia. L'infezione, cioè, si è allargata in un tale numero di paesi da obbligare gli esperti ad alzare la guardia. È la prima del XXI secolo. Il virus (A H1N1), partito dal Messico dove in aprile sono stati resi noti i primi casi, ha contagiato quasi 30mila persone in 74 paesi e ha provocato 144 morti. «È contagioso - spiega Margaret Chan Direttrice generale dell'OMS - si diffonde facilmente da una persona all'altra e da un paese all'altro». E poi, la stessa OMS, tranquillizza: la severità del virus attualmente è «moderata». Tanto che l'Organizzazione non raccomanda neppure di limitare i viaggi e neppure di restringere i movimenti delle merci. Non si invitano i paesi neppure a fare super controlli dei viaggiatori in ingresso o in uscita. Attenzione massima, invece, nel seguire l'evoluzione della malattia caso per caso. Si tratta di «un atto dovuto» per Giovanni Rezza, capo Dipartimento Malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità. «La fase 5 - fa sapere Rezza - scatta quando sono colpiti almeno due paesi di uno stesso continente, mentre la fase 6 scatta quando a questo scenario si aggiunge un paese di un altro continente». Condizioni, queste, che erano presenti da tempo dal momento che l'infezione è diffusa in Messico, Stati Uniti, Canada, Australia ed Europa. «Sia molto, molto chiaro - sono le parole del Viceministro alla Salute Ferruccio Fazio - l'allerta non è legata ad una maggiore e accresciuta pericolosità del virus bensì alla sua sempre più ampia diffusione e potenziale trasmissibilità. Questo vuol dire che la priorità assoluta è la costruzione del vaccino. Il ceppo "madre" del virus della nuova influenza è arrivato nei laboratori delle aziende farmaceutiche. In autunno l'anti-influenzale mirato su questo virus dovrà essere pronto. Per quel periodo dovranno, insomma, essere sul mercato sia il vaccino antipandemico, sia quello contro l'influenza stagionale. Come assicura Rino Rappuoli, Direttore del Centro ricerche sui vaccini della NOVARTIS a Siena. ■



### Nei prossimi numeri:

La legionellosi in Italia. Rapporto 2008  
Telefono Verde Anti-Doping dell'ISS  
Sicurezza stradale e campagne di prevenzione

**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*