

SOMMARIO

Gli articoli

Il Sistema di sorveglianza epidemiologica dell'interruzione volontaria di gravidanza.....	3
Le fibre nell'alimentazione umana	8
La sorveglianza dell'infezione da HIV: proposta per una scheda di raccolta dati più dettagliata	11

Le rubriche

Nello specchio della stampa. L'ISS festeggia i 100 anni di Rita Levi-Montalcini: dedicata un'Aula al Premio Nobel	16
Visto... si stampi	18

Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Gli studi qualitativi e il loro ruolo nel promuovere il progresso della salute pubblica	i
La gestione integrata del diabete nel nostro Paese (Progetto IGEA): studio qualitativo sull'accettabilità del nuovo modello assistenziale da parte degli operatori e dei cittadini	iii



Sono descritti i risultati del Sistema di sorveglianza ottenuti dalla data della sua istituzione e gli sviluppi positivi a esso associati

pag. 3

In studi recenti sono state individuate correlazioni tra assunzione di fibre alimentari e riduzione del rischio per malattie cronic-degenerative

pag. 8



Nell'ambito del Sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV è proposto l'utilizzo di una scheda di raccolta dati più dettagliata ed estesa

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

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 29 maggio 2009

Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA



Michele Grandolfo, Angela Spinelli, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Silvia Andreozzi e Mauro Bucciarelli
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - Dal 1981 è attivo in Italia il Sistema di sorveglianza epidemiologica dell'interruzione volontaria di gravidanza, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l'ISTAT e le Regioni. Le sue funzioni e obiettivi sono: monitorare l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati per la relazione annuale del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dare risposte a quesiti specifici e permettere un approfondimento delle problematiche, ponendo così le basi per la prevenzione del fenomeno e il buon funzionamento delle strutture coinvolte nell'intervento. Nel corso degli anni si è osservata la riduzione del ricorso complessivo all'aborto e la quasi scomparsa dell'aborto clandestino, con conseguente eliminazione della mortalità e morbosità materna a esso associata. Questo andamento è stato in gran parte determinato dalla maggiore circolazione dell'informazione e dall'impegno dei servizi, primi fra tutti i consultori familiari, che hanno aumentato le conoscenze, le consapevolezza e le competenze delle donne nell'ambito della salute riproduttiva.

Parole chiave: aborto, salute riproduttiva, sorveglianza

SUMMARY (*Epidemiological surveillance system on induced abortion*) - A surveillance system on induced abortion has started in Italy in 1980, coordinated by the National Institute of Health and the Ministry of Health, in collaboration with the Central Statistical Office and the Offices of the individual regions. The objectives are: to monitor the trends in induced abortion, to prepare an annual report for the Minister of Health, to respond to specific enquiries and to undertake investigations into the epidemiology of induced abortion, thus providing a rational base to optimize the use of resources and prepare preventive strategies. Over the years, there has been a steady reduction in induced abortions, and illegal abortion has disappeared to a great degree, eliminating its associated morbidity and mortality. These trends have been due in great part to the availability of information and the activities of the family health centers whose endeavors have improved the knowledge, the awareness and the abilities of women in the field of reproductive health.

Key words: abortion, reproductive health, surveillance

angela.spinelli@iss.it

La Legge 194, emanata il 22 maggio 1978 dal Parlamento italiano, è un'importante legge di sanità pubblica, finalizzata a prevenire il ricorso all'aborto, a eliminare quello clandestino e a regolare le procedure per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), considerata come *extrema ratio* e non come strumento per il controllo delle nascite. Il consultorio familiare viene indicato come servizio cardine per la promozione della salute riproduttiva.

La sorveglianza epidemiologica del fenomeno è stata indicata come una priorità dal legislatore, che ha imposto la notifica obbligatoria di ogni IVG e la presentazione al Parlamento, da parte del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di una relazione annuale sul fenomeno.

In particolare, questa sorveglianza doveva verificare se l'introduzione della legge favoriva o meno la riduzione dell'aborto clandestino e, contestualmente, la diminuzione del rischio di gravidanza indesiderata grazie alla maggiore diffusione dei metodi per la procreazione consapevole.

Il Sistema di sorveglianza

Dal 1980 è operativo un Sistema di sorveglianza attivo che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute (attualmente Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) da una parte, le Regioni e le Province autonome ►

dall'altra. Il monitoraggio avviene a partire dalla compilazione dei modelli D12 dell'ISTAT con informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio della certificazione e nell'intervento e sulle modalità dell'intervento.

I modelli D12, compilati per ciascun intervento nella struttura in cui è stato effettuato, sono poi inoltrati alla Regione di riferimento, che provvede ad analizzarli per rispondere a un questionario trimestrale e annuale, predisposto dall'ISS, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12. A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni e, quindi, insieme all'ISTAT, all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia. I dati così elaborati vengono analizzati e discussi, non trascurando il confronto internazionale. Viene quindi redatta, con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, la bozza della relazione che il Ministro presenta annualmente al Parlamento.

La relazione riporta i dati sintetici dell'anno precedente a quello della pubblicazione e quelli analitici relativi a due anni prima. Nella relazione possono trovare spazio i risultati di studi e indagini, condotti dall'ISS o da altri, utili per l'interpretazione del fenomeno.

La relazione viene quindi trasmessa alle Regioni, anche per un'ulteriore diffusione presso tutti i servizi direttamente o indirettamente coinvolti nel fenomeno. Sono raccomandate conferenze di servizio per discutere il quadro epidemiologico e formulare proposte operative, anche alla luce delle raccomandazioni nazionali.

Periodicamente, i referenti regionali del Sistema di sorveglianza e dei servizi impegnati nell'attività di promozione della procreazione consapevole vengono invitati a incontri nazionali per discutere delle implicazioni di sanità pubblica deducibili dall'analisi dei dati dell'evoluzione dell'IVG.

L'ISS garantisce alle Regioni consulenza per la programmazione, l'implementazione e la valutazione a livello locale di interventi atti alla prevenzione e al miglioramento della qualità.

Tutto questo insieme di attività costituisce il Sistema di sorveglianza (Figura 1).

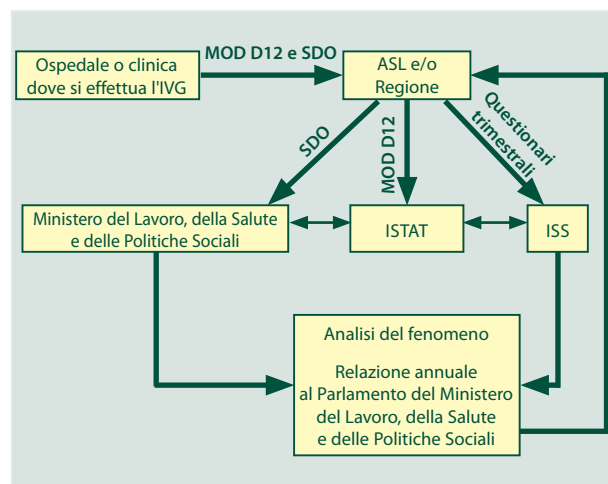


Figura 1 - Flusso del Sistema di sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza

Risultati

Dalla legalizzazione fino al 1982 l'andamento delle IVG ha mostrato una più o meno rapida e completa emersione dalla clandestinità, la cui entità prima della legalizzazione era stimata tra i 220.000 e i 500.000 aborti l'anno (1). Una conferma dell'esistenza di ciò e della sua diminuzione dopo l'emanazione della Legge 194 può essere dedotta dal dimezzamento delle notifiche di aborto spontaneo che, prima del 1978, celavano un ricovero per le complicanze dell'aborto volontario clandestino (1, 2). Nel 1983, verificata la stabilizzazione del fenomeno, è stato necessario quantificare l'aborto clandestino residuo: l'applicazione di tre diversi modelli matematici ha fornito stime sostanzialmente uguali (100.000 aborti), a conforto della loro plausibilità (3). Il 70% dei casi stimati sono risultati al Sud, dove la presenza e il funzionamento dei servizi, con l'eccezione della Puglia, non erano adeguati. L'applicazione di uno dei tre modelli negli anni successivi ha permesso di stimare l'entità dell'aborto clandestino, ridotto nel 2001 a 21.000 unità, di cui il 90% al Sud.

Nel 1982 il tasso di abortività (17,2 IVG per 1.000 donne comprese nella fascia d'età 15-49 anni) e il numero di IVG (234.801) hanno raggiunto i valori più elevati. Da allora si è avuto un decremento costante dell'abortività: nel 2006 sono state notificate 131.018 IVG (Tabella) e nel 2007, secondo i dati preliminari, 127.038, pari a un tasso di 9,1 per 1.000, con una riduzione rispetto al 1982 del 47,1% (4).

Dalla legalizzazione a oggi, considerando i livelli di abortività precedenti alla legalizzazione, si può stimare che sono stati evitati ben 3.300.000 aborti, di cui 1 milione clandestini.

Oggi il tasso di abortività italiano è tra i più bassi dei Paesi industrializzati (Figura 2), nonostante negli ultimi anni sia aumentato il contributo della popolazione femminile di cittadinanza straniera (Tabella, Figura 3), caratterizzata da un tasso di abortività almeno tre volte più alto di quello della popolazione con cittadinanza italiana (5). Complessivamente, in Italia nel 2006 il 31,6% di IVG ha riguardato donne straniere (4). Considerando solo le cittadine italiane nel 2006 si sono avute 90.587 IVG, con un tasso di abortività del 7,0 per 1.000, quindi una riduzione delle IVG, rispetto al 1982, del 61,4% e del tasso d'abortività del 59,3%.

L'ipotesi che la legalizzazione avrebbe favorito una maggiore diffusione dei metodi per la procreazione consapevole, determinando la riduzione del rischio di gravidanze indesiderate, è stata confermata anche dall'andamento della percentuale di aborti ripetuti, nettamente inferiore a quella attesa (6): nel 2006, contro un valore atteso pari al 44,6% la percentuale osservata di aborti ripetuti è stata del 27,1% (Figura 4).

Per quanto riguarda l'iter e le procedure, il ricorso ai consultori familiari per il rilascio del documento/certificazione è risultato carente, circa il 30% dei casi. Ciò a causa della loro ridotta presenza e della scarsa disponibilità dei tradizionali servizi sanitari di 1°, 2° e 3° livello di mettersi in rete con quelli consultoriali, specificatamente deputati all'attività di promozione della salute riproduttiva. ►

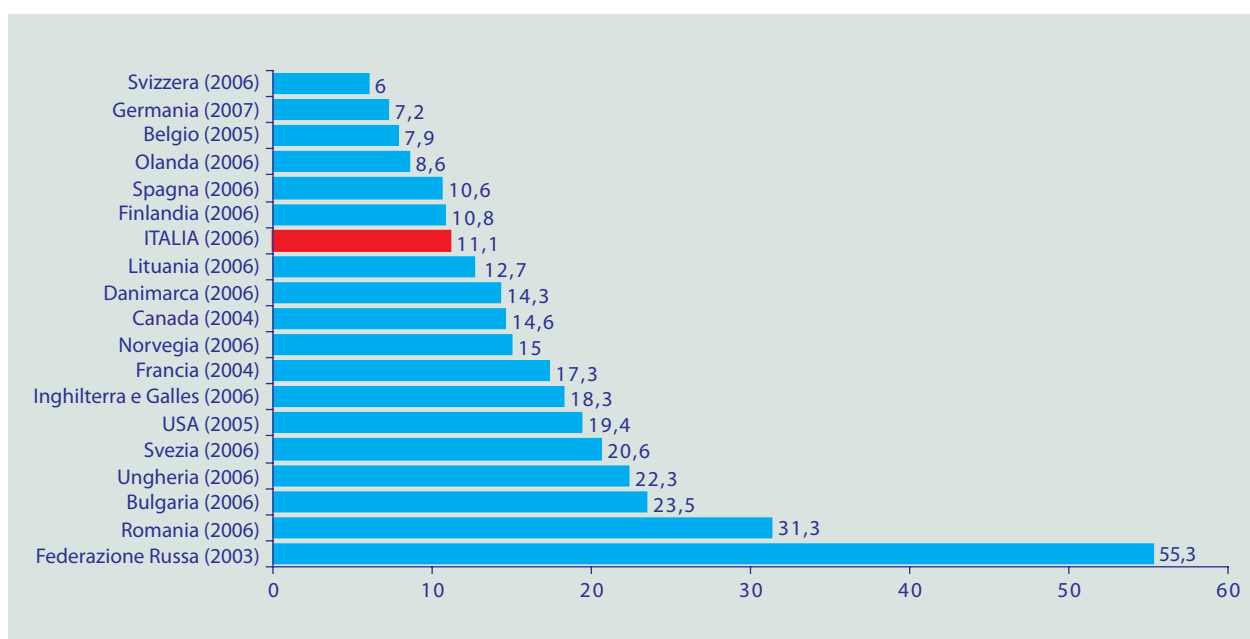


Figura 2 - Tassi di abortività per 1.000 donne nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 44 anni in vari Paesi (2003-2007)

Tabella - Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia (1982-2007)

Indicatori	1982	1983	1991	1995	2000	2006	2007 ^a	Variazione %
Numero di IVG	234.801	233.926	160.494	139.549	135.113	131.018	127.038	- 45,9
Tasso di abortività (per 1.000)	17,2	16,9	11,0	9,7	9,6	9,4	9,1	- 47,1
Numero di aborti clandestini (stima)	n.r. ^b	100.000	60.000	43.500	21.100	n.d. ^c	n.d. ^c	- 78,9
Numero di IVG cittadinanza straniera	n.r. ^b	n.r. ^b	n.r. ^b	8.967	21.201	39.436	n.d. ^c	+ 339,8

(a) Dati preliminari; (b) dato non rilevato; (c) dato non disponibile

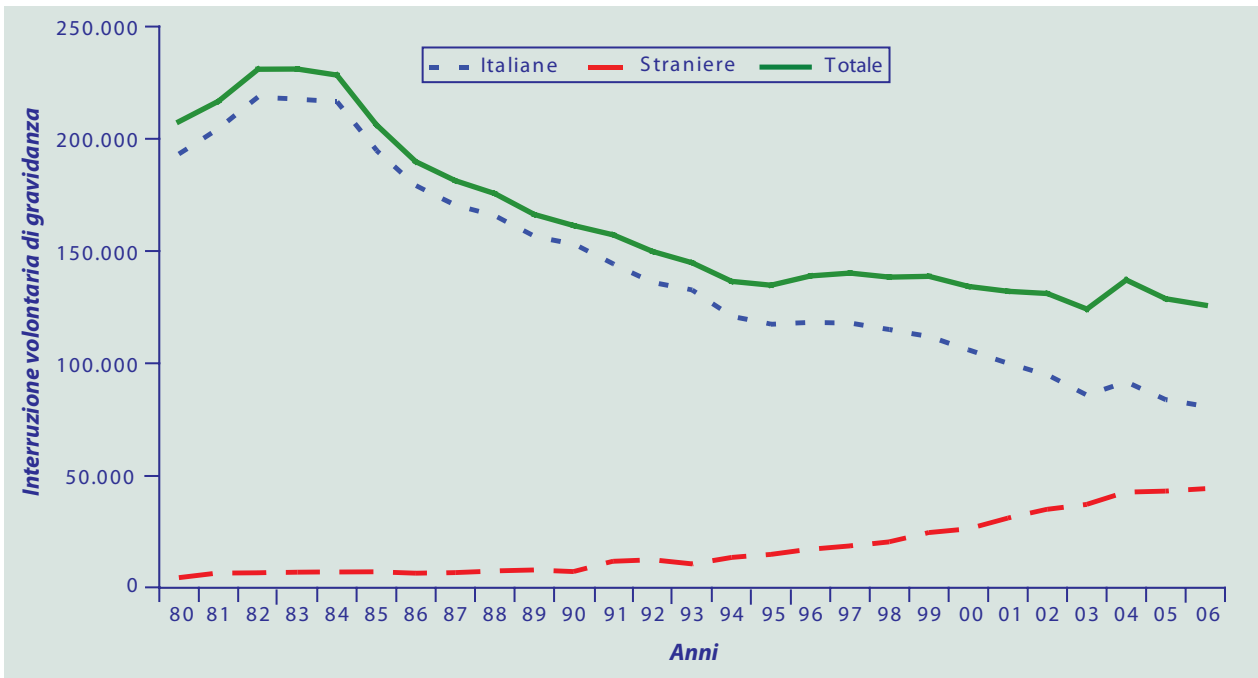


Figura 3 - Interruzione volontaria di gravidanza per Paese di nascita (1980-2006)

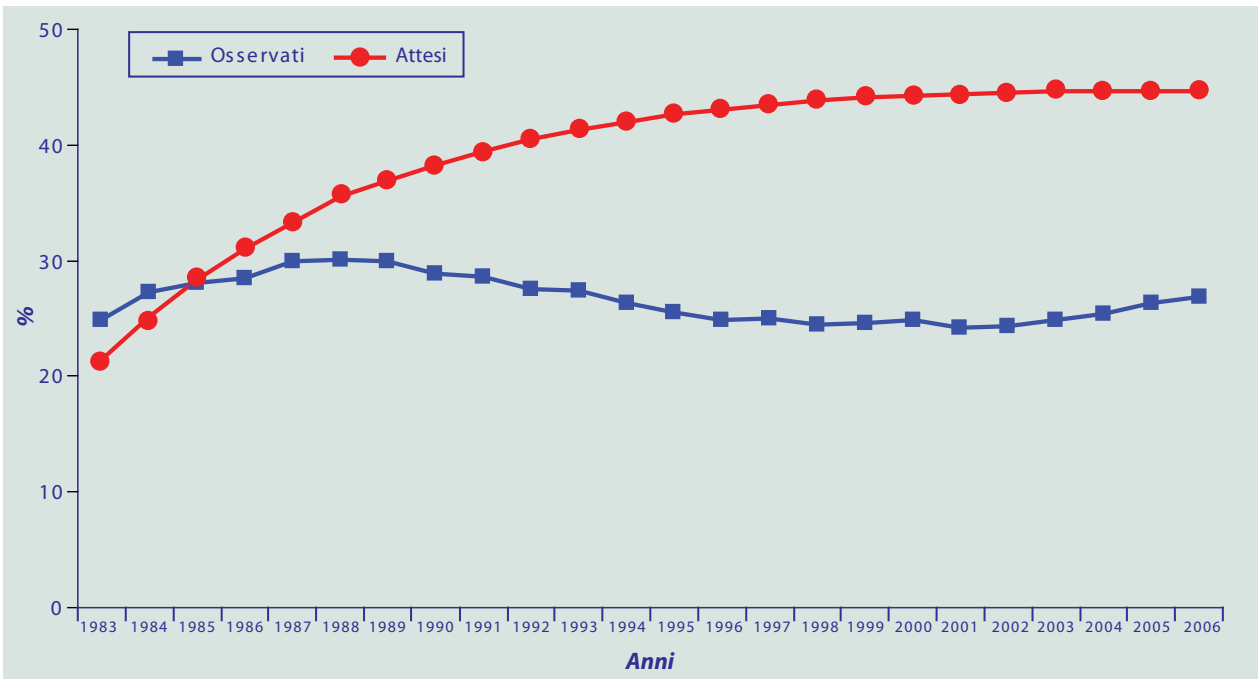


Figura 4 - Andamento (%) delle interruzioni volontarie di gravidanza di donne con precedente esperienza abortiva (1983-2006)

Per l'esecuzione dell'intervento è risultato dominante il ruolo degli istituti di cura pubblici.

L'impiego dell'anestesia generale (84,8% nel 2006) è molto elevato, soprattutto se si tiene conto che l'80% degli interventi viene effettuato entro la decima

settimana gestazionale. Sono evidenti i maggiori costi connessi con questa scelta, come pure il maggiore rischio per la salute della donna (7). La distribuzione delle IVG per tipo di intervento ha invece visto una positiva evoluzione con una riduzione del ricorso

al raschiamento (dal 24,5% del 1983 al 12,8% del 2006) e un corrispondente incremento dell'isterosuzione secondo il metodo Karman (dal 28,3% del 1983 al 62,6% del 2006).

Utilità

La Sorveglianza epidemiologica delle IVG ha reso possibile: seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati per la relazione annuale del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dare risposte a quesiti specifici, permettere un approfondimento delle problematiche, ponendo così le basi per possibili soluzioni.

Attraverso la sorveglianza è risultato evidente come alla legalizzazione abbiano fatto seguito la riduzione del ricorso complessivo all'aborto e la sostanziale scomparsa, o la riduzione ai minimi termini, dell'aborto clandestino con conseguente eliminazione della mortalità e morbosità materna a esso associata.

In Italia, come in altri Paesi, si è potuto inoltre osservare come la maggiore circolazione dell'informazione e il maggiore impegno dei servizi (*in primis* i consultori familiari per l'azione preventiva) hanno



Simonetta Tosi (1937-1984) fondatrice del Sistema di sorveglianza sull'interruzione volontaria di gravidanza

aumentato le conoscenze, le consapevolezza e le competenze delle donne, contrastando così il ricorso all'aborto.

Sul piano della sanità pubblica, la conoscenza dell'evoluzione del fenomeno ha costituito la base per condurre indagini e studi al fine di programmare interventi di promozione della procreazione consapevole, raccomandare procedure appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e in termini di maggiore efficienza.

Sulla base dei risultati della sorveglianza, degli studi e delle indagini di approfondimento è stata varata la Legge 34 del 1996, che indica il bacino di riferimento dei consultori familiari, pari a 20.000 abitanti, e le linee programmatiche di riqualificazione dei consultori familiari, presenti nel Progetto Obiettivo Materno Infantile varato nel 2000, la cui applicazione integrale determinerebbe un'ulteriore riduzione del ricorso all'IVG (8). ■

Riferimenti bibliografici

1. Figà Talamanca I, Grandolfo ME, Spinelli A. Epidemiology of legal abortion in Italy. *Int J Epidemiol* 1986;15:343-51.
2. Osborn JF, Cattaruzza MS, Spinelli A. Risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, marital status and education. *Am J Epidemiol* 2000;151:98-105.
3. Figà Talamanca I, Spinelli A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contraccezione, Fertilità, Sessualità* 1986;13:263-9.
4. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) (Dati definitivi anno 2006, dati preliminari anno 2007). Presentata dal Ministro della Salute (Turco). Camera dei Deputati. Atti Parlamentari XV_Legislatura_Doc._XXXVII_n.3_2008. Disponibile all'indirizzo: http://leg15.camera.it/_dati/leg15/lavori/documentiparlamentari/indiceesti/037/003/INTERO.pdf; http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_804_allegato.pdf
5. Spinelli A, Loghi M. Salute degli immigrati. Università del Sacro Cuore, Roma. *Osservasalute 2006*. p. 216.
6. De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1988;34:331-8.
7. Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, et al. Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol* 1990; 6:416-22.
8. Grandolfo ME, Spinelli A. Interruzione Volontaria di Gravidanza: epidemiologia. In: Di Renzo G (Ed.). *Ginecologia e Ostetricia*. Roma:Verduci Editore, 2006;1011-6.

LE FIBRE NELL'ALIMENTAZIONE UMANA



Marco Guidotti¹, Carla Fiorentini², Loredana Falzano² e Paolo Stacchini¹

¹Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ISS

²Dipartimento del Farmaco, ISS

RIASSUNTO - Le fibre, un'importante componente della dieta umana, sono significativamente presenti in alimenti di largo consumo nella dieta dei Paesi mediterranei quali cereali, legumi, ortaggi e frutta. Qualora assunte in eccesso possono influire negativamente sull'assorbimento di nutrienti e contribuire all'esposizione a contaminanti chimici ambientali. Alcune fibre alimentari sembrano svolgere un ruolo attivo nella competizione tra batteri commensali e patogeni, favorendo lo sviluppo dei primi e inibendo la crescita dei secondi nel colon. In studi recenti sono state individuate correlazioni tra assunzione di fibre alimentari e riduzione del rischio per malattie cronico-degenerative, quali tumori al colon-retto, diabete e malattie cardiovascolari.

Parole chiave: fibra alimentare, dieta, prebiotici

SUMMARY (*Fibers in human diet*) - Fibers, an important component of human diet, are present in dietary foods of large consumption in Mediterranean countries, such as cereals, legumes, green vegetables and fruit. If consumed in large quantities, fibers negatively influence the absorption of nutrients and could be a supplementary source of environmental chemical contaminants. Some fiber foods have an active role in the competition between commensal and pathogenic bacteria, favoring the development of the former and inhibiting the growth of the latter in the colon. Recent studies evidenced correlations between the introduction of fibers with foods and the reduction of risk of chronic-degenerative diseases, in particular colon-rectal tumors, diabetes and cardiovascular diseases.

Key words: dietary fiber, diet, prebiotics

marco.guidotti@iss.it; carla.fiorentini@iss.it

Le fibre alimentari esercitano effetti di tipo funzionale e metabolico e per questo motivo vengono considerate un importante componente della dieta umana. Sono significativamente presenti in alimenti di largo consumo nella dieta dei Paesi mediterranei, quali cereali, legumi, ortaggi e frutta. Inoltre, per le loro proprietà addensanti e gelificanti, alcune fibre sono ampiamente utilizzate sia come additivi nella preparazione e nella trasformazione degli alimenti, sia come coadiuvanti tecnologici. Oltre all'aumento del senso di sazietà e al miglioramento della funzionalità intestinale e dei disturbi a essa associati (stipsi, diverticolosi), l'introduzione di fibra con gli alimenti è stata messa in relazione alla riduzione del rischio di importanti malattie cronico-degenerative, in particolare i tumori al colon-retto, il diabete e le malattie cardiovascolari (1).

Genericamente, per fibre si intende una grande quantità di composti sintetizzati dalle piante, che vengono distinti, chimicamente, in composti insolubili (cellulose e lignina) in acqua ovvero solubili (pectine e oligosaccaridi). I composti solubili, presenti nei legumi e nella frutta, formano soluzioni viscosi, che rallentano i tempi di svuotamento intestinale e riducono l'assorbimento di glucidi e lipidi nonché favoriscono una diminuzione del colesterolo ematico. I composti insolubili attivano la motilità enterica e, alla presenza dei liquidi intestinali, si rigonfiano aumentando la massa fecale e favorendone l'evacuazione. Studi eseguiti su alcune fibre hanno mostrato effetti fisiologici specifici e, proprio a motivo di tali effetti, è stato introdotto il termine prebiotico per definire queste sostanze. La definizione di alimento prebiotico viene usata infatti per indicare un componente della dieta

che influenza in modo benefico l'ospite, stimolando selettivamente la crescita o l'attività - o entrambe - nel colon. Per poter rientrare nella definizione di prebiotico, un ingrediente alimentare deve possedere le seguenti caratteristiche (2):

1) non essere idrolizzato né assorbito nella parte alta del tratto gastrointestinale;

2) essere un substrato selettivo per uno o pochi potenziali batteri benefici presenti nel colon, che, quindi, vengono stimolati nella crescita e/o nell'attività metabolica;

3) essere in grado di alterare la microflora del colon a favore di una microflora più salutare per l'uomo;

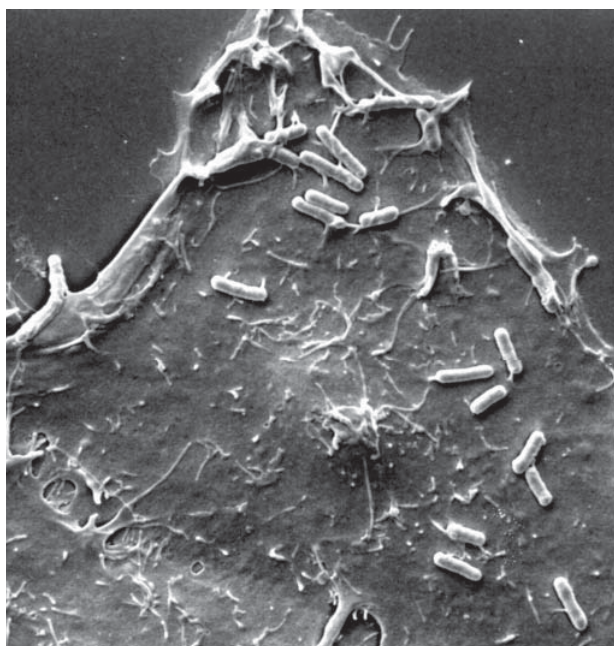
4) indurre nel lume intestinale, o a livello generale, effetti benefici per la salute dell'ospite.

Questi studi hanno evidenziato che alcuni componenti della fibra sono in grado di funzionare come substrato di crescita per i batteri intestinali umani (3). Nel tratto intestinale di tutti i mammiferi dimora, infatti, una complessa collezione di microrganismi, molti dei quali anaerobi, noti come microflora intestinale (4). Nel caso degli animali monogastrici, quali l'uomo, la microflora è localizzata nell'intestino crasso e, in particolare, nel colon, che contiene fino a 10^{12} batteri per ogni grammo di contenuto intestinale. La microflora dell'intestino umano influenza la salute e il benessere dell'uomo ed è opinione ormai condivisa che alcuni componenti della microflora possano avere effetti benefici sulla resistenza alle gastroenteriti, sulla tolleranza al lattosio, sull'immunità gastrointestinale e sull'assorbimento dei minerali, nonché sulla riduzione dei livelli di colesterolo ematico, esercitando un'azione antitumorale (5-7). È recente la scoperta che una sostanza prodotta dal batterio intestinale *Bacteroides fragilis* previene le infiammazioni e sembra possedere un'attività farmacologica (8).

Sull'argomento vi è ancora molto da studiare e l'obiettivo è soprattutto quello di intervenire selettivamente sulla flora gastrointestinale determinandone la composizione in modo da favorire le proprietà benefiche, anche con il ricorso a specifici supplementi nella dieta (9). La dieta, infatti, influenza lo stato di salute dell'intestino e può avere un ruolo significativo nella prevenzione del tumore del colon. Studi epidemiologici hanno evidenziato come una corretta alimentazione possa prevenire l'insorgenza di numerose malattie a eziogenesi multifattoriale. Tali studi

dimostrano che le persone che consumano alimenti ricchi di fibre (verdura e frutta) sono meno esposte a tali malattie, rispetto a quelle che prediligono una dieta ricca in proteine e grassi. Recentemente, sono stati descritti i meccanismi tramite i quali alcuni componenti alimentari, venendo a contatto con i villi intestinali, possono prevenire efficacemente processi di trasformazione cellulare nell'intestino (10). Queste interazioni devono ancora essere ben comprese e studiate a fondo per trarre delle conclusioni definitive. Inoltre, l'evidenza dimostra che alterazioni della flora batterica intestinale si traducono in un aumento del rischio di alcune malattie. In particolare, uno studio (11) ha dimostrato che una dieta di 15 g/giorno di estratti di inulina od oligofruzzosi induce un aumento della crescita dei bifidobatteri. Queste sostanze, non essendo digerite dagli enzimi dell'apparato gastroenterico, arrivano inalterate fino al colon; i batteri ivi residenti le scompongono in acidi grassi a corta catena determinando una diminuzione del pH intestinale. Tale abbassamento del ►





pH inibisce l'attività dei microorganismi "dannosi", quali *Clostridium*, *Shighella* e *Veillonella*, e favorisce la crescita di batteri "benefici", quali *Bifidobacteria*, *Eubacteria* e *Lactobacilli*.

Dal punto di vista regolatorio, le fibre alimentari sono prese in considerazione sotto tre punti di vista diversi, anche se tra loro interdipendenti: come costituenti di alimenti, come additivi nella preparazione e trasformazione di alimenti medesimi e come ingredienti base di integratori alimentari.

Nel caso di un costituente alimentare, si applicano le norme sulle etichettature nutrizionali, che prevedono la possibilità facoltativa di informare il consumatore sulla quantità di fibra percentualmente presente nell'alimento finito. Nel caso dell'utilizzo delle fibre come additivi alimentari (alginati, gomme, cellulosa, pectine, glucomannano e altre fibre sono sostanze che, per le loro proprietà gelificanti, emulsionanti, stabilizzanti e addensanti, sono sempre più usate dall'industria alimentare), il DM n. 209/96 individua i prodotti alimentari in cui gli additivi possono essere utilizzati e fissa i limiti di impiego. Le fibre negli integratori alimentari sono utilizzate in caso di carenza o aumentato fabbisogno, in conformità alle norme sugli alimenti destinati a un'alimentazione particolare.

Non possono essere trascurati eventuali pericoli di natura sanitaria legati alla presenza di sostanze indesiderabili (contaminanti ambientali), che sono

stati riscontrati anche a concentrazioni significative in alimenti ricchi in fibre e non sottoposti a processi di raffinazione. In particolare, per controllare l'esposizione a contaminanti chimici di origine ambientale, come microinquinanti organici e metalli pesanti, è stato adottato il Regolamento comunitario n. 1881/2006, che ne definisce i limiti massimi di presenza nei diversi alimenti, e sono stati definiti i requisiti di purezza delle fibre usate come additivi.

Le fibre alimentari, oltre a costituire un settore di particolare interesse nel campo della ricerca scientifica, sono, per la loro ricaduta sullo stato di salute, di grande interesse per i consumatori sempre più attenti a stili di vita e ad abitudini alimentari corrette. ■

Riferimenti bibliografici

1. De Vrese M, Schrezenmeir J. Probiotics, prebiotics and synbiotics. *Adv Biochem Eng Biotechnol* 2008;111:1-66.
2. Roberfroid MB. Functional foods: concepts and application to inulin and oligofructose. *Br J Nutr* 2002 1987;suppl. 2: S139-43.
3. Cummings JH, Macfarlane GT, Englyst HN. Prebiotic digestion and fermentation. *Am J Clin Nutr* 2001;73(2):415S-20S.
4. Hooper LV, Gordon JL. Commensal host-bacterial relationships in the gut. *Science* 2001;292:1115-8.
5. Delzenne NM. Oligosaccharides: state of the art. *Proc Nutr Soc* 2003;62:177-82.
6. Roberfroid MB. Fructo-oligosaccharide malabsorption: benefit for gastrointestinal functions. *Curr Opin Gastroenterol* 2000;16:173-7.
7. Teitelbaum JE, Walker WA. Nutritional impact of pre- and probiotics as protective gastrointestinal organisms. *Ann Rev Nutr* 2002;22:107-38.
8. Mazmanian SK, Round JL, Kasper DL. A microbial symbiosis factor prevents intestinal inflammatory disease. *Nature* 2008;453:620-5.
9. Collins MD, Gibson GR. Probiotics, prebiotics and synbiotics: approaches for modulating the microbial ecology of the gut. *Am J Clin Nutr* 1999;69:1052S-7S.
10. D'Errico I, Moschetta A. Nuclear receptors, intestinal architecture and colon cancer: an intriguing link. *Cell Mol Life Sci* 2008;65:1523-43.
11. Gibson GR, Beatty ER, Wang X, et al. Selective stimulation of bifidobacteria in the human colon by oligofructose and inulin. *Gastroenterology* 1995;108:975-82.



PROSPETTIVE IN SALUTE PUBBLICA

GLI STUDI QUALITATIVI E IL LORO RUOLO NEL PROMUOVERE IL PROGRESSO DELLA SALUTE PUBBLICA

Alberto Perra

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

Negli ultimi anni si è verificato un ricorso sempre più frequente all'indagine qualitativa finalizzata ad acquisire le conoscenze necessarie per l'azione in salute pubblica (1-2). Metodi di ricerca qualitativa, quali studio di documenti, osservazione passiva, osservazione partecipante, ma soprattutto intervista in profondità e focus group, sono diventati strumenti di lavoro ben standardizzati di molti operatori sanitari (3-4). Anche per la realizzazione degli studi sperimentali randomizzati e controllati (Randomised Controlled Trial-RCT o semplicemente trial) si fa sempre più ricorso ai metodi qualitativi, ad esempio per decidere quale sia l'*outcome* con la partecipazione dei potenziali beneficiari (5) o per misurarlo (6-7). Come spiegare questo progresso e questa maggiore sensibilità, soprattutto nel mondo degli operatori della salute pubblica, verso la ricerca qualitativa quando solo pochi decenni orsono tale ricerca veniva spesso definita per incertezza epistemologica "non-quantitativa"?

Da un punto di vista concettuale si può ipotizzare che il cambiamento sia cominciato già nel dopoguerra, quando l'OMS propose una nuova definizione di salute, intesa come "stato di completo di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", aprendo in tal modo a delle prospettive di "misura" della salute che tenessero conto di opinioni, percezioni, convinzioni e credenze delle singole persone, sempre associabili all'approccio tradizionalmente quantitativo di prevalenza o incidenza delle malattie.

La convinzione che l'approccio alla salute debba essere olistico è andato rafforzandosi negli ultimi decenni e con esso il ruolo affidato ai metodi qualitativi nell'identificazione dei problemi di salute ma anche nella valutazione degli interventi, in campo clinico individuale, nell'ambito della salute della collettività.

Oggi, la ricerca qualitativa riscuote sempre più interesse nella misura in cui si mostra capace di rispondere a domande alle quali i metodi quantitativi tradizionali rispondono male o affatto. Tali domande hanno in genere a che fare con il modo di vedere noi stessi nel rapporto con il mondo che ci circonda nei mille momenti della nostra vita; tale personale "modo di vedere" è in generale un forte determinante della nostra salute. Si spiega in tal modo l'obiettivo della ricerca qualitativa che si definisce come "lo sviluppo di concetti che ci aiutino a comprendere fenomeni in contesti naturali, assegnando la giusta enfasi ai significati, esperienze, punti di vista delle persone" (8). In certe situazioni, questa comprensione può diventare essenziale se si vogliono mettere in atto interventi di salute efficaci.

Su questa base concettuale in cui si ipotizza che la ricerca qualitativa, descrivendo il punto di vista delle persone, contribuisca alla comprensione dei fenomeni quantificati dalla ricerca "tradizionale" quantitativa, si sono venute creando diverse opportunità e modalità di integrazione fra i due approcci. Anche quando i risultati apparissero in conflitto,

analisi più accurate possono al contrario condurre a conclusioni più robuste dello studio (9). Schematicamente si possono identificare almeno tre modalità di integrazione fra gli studi quantitativi e qualitativi (8, 10). Una prima opzione è costituita dall'utilizzare i metodi qualitativi preliminarmente rispetto a quelli quantitativi con l'intento di orientarne e ottimizzarne l'uso. Un esempio recente è costituito dalla sperimentazione del sistema di sorveglianza nutrizionale dei bambini della scuola primaria "OKkio alla SALUTE", preceduto dalla realizzazione di uno studio qualitativo con focus group allo scopo di comprendere il grado di accettazione e le modalità di partecipazione desiderate da parte delle famiglie dei bambini. In altre situazioni, seconda modalità, l'uso dell'approccio quantitativo e qualitativo è contemporaneo e sinergico. È il caso sempre più frequente anche in Italia (come verrà documentato nei prossimi numeri del BEN, Nda) per la definizione dei profili di salute o di comunità e la successiva identificazione delle priorità di salute. Per selezionare tali priorità, a fianco di parametri tradizionalmente utilizzati nella ricerca quantitativa per definire l'importanza delle malattie, come prevalenza e incidenza, si utilizzano criteri qualitativi basati sulla percezione e sulle opinioni delle popolazioni interessate. Una terza modalità è rappresentata da situazioni dove la ricerca quantitativa non ha strumenti per spiegare meglio fenomeni complessi. Tale opportunità si presenta tipicamente quando sia ►

no in corso cambiamenti di strategia o di organizzazione dei servizi sanitari e a tal scopo sia necessario il punto di vista dei cittadini, professionisti sanitari e decisori. Un esempio significativo (cfr. p. iii, NdA) nel nostro Paese è costituito dal Progetto IGEA, mirante a promuovere la messa in funzione sul territorio nazionale di un modello di gestione integrata della malattia diabetica. Per indagarne l'accettabilità e mettere a punto le strategie di cambiamento, il Progetto ha realizzato focus group e interviste in profondità con persone con diabete e loro familiari, operatori sanitari a tutti i livelli e responsabili sanitari.

Tuttavia, viviamo in un'epoca in cui gli operatori sanitari si interrogano sempre più frequentemente sulla qualità dell'informazione su cui basano la propria azione, clinica o in salute pubblica o comunitaria; soprattutto nel campo della salute pubblica, a coloro che si apprestano a studiare degli interventi si presentano realtà complesse, non solo rispetto alla natura e al significato diverso che le persone anche nella stessa comunità possono assegnare a un particolare problema di salute, ma anche all'intervento stesso, la cui accettabilità, solo per citare un esempio, può essere estremamente variabile. Il successo di tali interventi quindi è legato alla capacità degli operatori nel reperire e nell'utilizzare la *evidence* di diversa provenienza: esperti, gruppi di interesse, utilizzatori, studi quantitativi come anche quelli qualitativi (11).

Nel campo della ricerca quantitativa, durante gli ultimi decenni, sono state messe a punto delle tecniche che permettono di valutare criticamente la qualità degli studi e della loro documentazione in letteratura, in maniera tale che ogni professionista possa facilmente sviluppare competenze per valutare criticamente la *evidence* a sua disposizione. In tale contesto, viene spontaneo porsi la domanda di quanto possa essere considerata *evidence* quella prodotta dagli studi qualitativi. Similmente a quanto è stato fatto per gli studi quantitativi, anche per gli articoli sulla ricerca qualitativa sono stati pubblicati diversi set di criteri e *checklist* per una loro valutazione critica (12-13). Pur senza entrare nel dettaglio, alcuni criteri ampiamente condivisi in letteratura dovrebbero essere considerati dai lettori nella valutazione critica degli articoli su studi qualitativi. Depongono a

favore della qualità degli studi qualitativi la chiarezza con cui sono formulati gli obiettivi dell'indagine e le ipotesi di ricerca, il quadro teorico concettuale di riferimento, la scelta adeguata dei metodi di indagine utilizzati in rapporto agli obiettivi, che devono essere espliciti, sistematici e riproducibili. La scelta del campione è un indicatore importante di qualità. Ciò che conta non è la sua rappresentatività, così come la conosciamo dall'epidemiologia, ma la probabilità che i gruppi di popolazione da coinvolgere offrano una percezione/opinione più completa possibile del fenomeno in studio. Sono da considerare attentamente anche i metodi utilizzati per l'analisi dei dati, come la tradizionale *long table analysis* ancora utilizzata per i focus group che producono una grande messe di dati non sempre facilmente analizzabile (14). Di particolare importanza è la triangolazione che consiste anche nella lettura dello stesso set di dati qualitativi effettuata indipendentemente da diverse persone anche con diverse professionalità o con diversi metodi di analisi.

In conclusione, la ricerca quantitativa classica quantifica eventi e fenomeni di interesse socio-sanitario, mentre quella qualitativa, studiando gli individui e il loro personale punto di vista, trova e documenta le ragioni di quegli eventi e fenomeni. Quando saputi usare sinergicamente, i due approcci costituiscono per gli operatori sanitari uno strumento utile non solo per migliorare la propria conoscenza dei problemi ma anche e soprattutto per ideare e progettare azioni con maggior probabilità di successo. Nonostante stia aumentando anche nel nostro Paese l'uso della ricerca qualitativa per la salute pubblica, l'interesse e l'offerta di formazione da parte delle istituzioni impegnate nella promozione della salute pubblica potrebbe aumentarne ulteriormente l'uso e ottimizzare i risultati dell'integrazione con la ricerca quantitativa. ■

Riferimenti bibliografici

1. Sandelowski M. Using qualitative research. *Qual Health Res* 2004;14(10):1366-86.
2. Huston P, Rowan M. Qualitative studies: their role in medical research. *Can Fam Physician* 1998;44:2453-8.
3. Sofaer S. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care* 2002;14(4):329-36.
4. Cohen D, Crabtree B. Qualitative research guidelines project. 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualres.org/>
5. Ziebland S, Featherstone K, Snowdon C, et al. Does it matter if clinicians recruiting for a trial don't understand what the trial is really about? Qualitative study of surgeons' experiences of participation in a pragmatic multi-centre RCT. *Trials* 2007;8:4.
6. Sturt J, Hearnshaw H, Farmer A, et al. The diabetes manual trial protocol. A cluster randomized controlled trial of a self-management intervention for type 2 diabetes. *BMC Fam Pract* 2006;7:45.
7. Woolhead GM, Donovan JL, Dieppe PA. Outcomes of total knee replacement: a qualitative study. *Rheumatology* 2005;44(8):1032-7.
8. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *BMJ* 1995;311:42-5.
9. Moffatt S, White M, Mackintosh J, et al. Using quantitative and qualitative data in health services research. What happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Serv Res* 2006;8:6:28.
10. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qual Health Res* 1998;8(3):362-76.
11. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(Suppl 1):6-20.
12. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Epidemiol Community Health* 2002;56(2):119-27.
13. Greenhalgh T, Taylor R. How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997;315:740-3.
14. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks (CA):Sage Publications; 3rd Ed. 2000.

PROGETTI NAZIONALI

LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE NEL NOSTRO PAESE (PROGETTO IGEA): STUDIO QUALITATIVO SULL'ACCETTABILITÀ DEL NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE DA PARTE DEGLI OPERATORI E DEI CITTADINI

Angela Giusti

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

In Italia, il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-08 prevede la realizzazione di progetti regionali finalizzati, nel caso del diabete, a prevenire le complicanze tramite l'adozione di programmi di gestione integrata della malattia (1). Attualmente esiste una grande eterogeneità nell'offerta dei servizi, documentata anche da indagini nazionali (2). Il nuovo modello che le regioni si accingono a implementare prevede la gestione condivisa della malattia da parte del medico di medicina generale, dello specialista, del gruppo multidisciplinare del centro di diabetologia e della persona con diabete (3). Questo richiede una revisione del paradigma assistenziale e di cura delle malattie croniche e il passaggio ad un modello di autonomia di gestione e di *empowerment*.

Come spesso accade, con il cambiamento si attivano una serie di interrogativi. Quanto è accettabile, dal punto di vista dei cittadini, questo nuovo modello assistenziale? La gestione integrata richiederà un cambiamento culturale anche da parte dei professionisti, chiamati a operare in modo multidisciplinare e integrato. Come viene percepita questa nuova modalità di lavoro? E ancora: gli utenti la considerano veramente un valore aggiunto rispetto all'assistenza attuale? E quali sono le informazioni ritenute importanti per la gestione della malattia nel momento del passaggio al nuovo modello assistenziale? Di fronte ad una situazione nuova e poco studiata i metodi qualitativi consentono di esplorare il fenomeno, restituendo il punto di vista delle persone che lo vivono e lo vivranno direttamente nel proprio quotidiano.

Nell'ambito del Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità nel corso del 2006-07, è stato realizzato uno studio per ottenere dati di tipo qualitativo sull'accettabilità del modello di gestione integrata della malattia, sui suoi punti di forza e di debo-

lezza e sui bisogni di informazione delle persone con diabete di tipo 2.

Per le sue caratteristiche esplorative combinate alla necessità di tradurre parte dei risultati in azioni concrete, lo studio si colloca nell'area in cui la fenomenologia si incontra con la ricerca-azione. Per la costruzione del disegno di ricerca e la descrizione dei risultati si è fatto riferimento alle linee di indirizzo disponibili in letteratura sull'uso della ricerca qualitativa nell'ambito della salute della popolazione (4-6). La Figura illustra le diverse fasi dell'indagine.

Lo strumento scelto per la raccolta dei dati è stato il focus group, prevedendo di usare l'intervista semi-strutturata in gruppo nel caso in cui si fossero presentate agli incontri meno di 4 persone. La scelta iniziale dei gruppi è stata fatta secondo criteri stabiliti dal gruppo di ricerca, includendo le fasce sociali principalmente interessate alla gestione integrata della patologia diabetica: le persone con diabete di tipo 2, i famigliari, gli operatori della rete dei servizi e le associazioni di pazienti. In fase di stesura del protocollo è stata anche costruita la griglia semi-strutturata delle domande, predisposta la guida del facilitatore e definite le modalità di trattamento dei dati. Sette focus group sono stati realizzati fra ottobre 2006 e gennaio 2007; un ulteriore focus di approfondimento è stato organizzato a dicembre 2007. I partecipanti sono stati in totale 82. La scelta dei partecipanti è avvenuta secondo un campionamento iterativo, di convenienza, su gruppi omogenei, al fine di descrivere la pluralità dei significati che i partecipanti attribuiscono alla propria esperienza. Il campionamento iterativo è un modo ricorsivo di procedere: la costruzione del campione non si esaurisce con la scelta dei primi gruppi di partecipanti, ma prosegue durante tutto il ciclo dell'indagine e può portare all'individuazione di nuovi gruppi sociali, anche quando ►



Figura - Fasi dell'indagine realizzata e momenti dell'iterazione

l'analisi dei dati sta volgendo al termine. Similmente, l'analisi dei dati non inizia a conclusione della raccolta dei dati come avviene invece nella ricerca quantitativa, ma avviene parallelamente alla raccolta dei dati, già durante i focus group e le interviste. Le iterazioni intervenute nel corso dell'indagine sono illustrate nella Figura. Un esempio di campionamento iterativo è rappresentato dall'iterazione A: i gruppi coinvolti nella prima fase dell'indagine vivevano in una zona ad alta urbanizzazione, dove l'assistenza alla malattia diabetica era gestita prevalentemente da Centri Diabetologici. Si è quindi deciso di procedere secondo il metodo del *confirming and disconfirming cases*, andando a cercare persone che, essendo già seguite in gestione integrata, potessero dare una lettura diversa della propria realtà assistenziale. Questo ha portato a selezionare, a indagine già avviata, un nuovo gruppo di partecipanti in una zona dove questo modello di assistenza è già attivo da diversi anni. Un ultimo gruppo è stato aggiunto durante l'analisi dei dati; l'accessibilità geografica è parso essere un elemento importante della qualità percepita dell'assistenza al diabete e questo ha portato a selezionare un ulteriore gruppo di partecipanti ad analisi quasi conclusa. Sono così state incluse nell'indagine persone con diabete e/o loro famigliari che vivevano in una zona isolata dai grandi centri urbani (Figura, iterazione B).

I focus group e le interviste sono stati condotti da ricercatrici con esperienza pluriennale che hanno basato la conduzione su una serie di domande di apertura predefinite. Va ricordato che la griglia delle domande e la guida per la conduzione sono strumenti usati per orientare la discussione verso gli obiettivi conoscitivi previsti dal protocollo dell'indagine, senza però limitare il potenziale di espressione dei partecipanti. Il ricercatore mantiene quindi un proprio margine decisionale sull'opportunità o meno di seguire lo svolgimento naturale della discussione, nel caso in cui questa porti su temi che non sono direttamente collegati agli scopi della ricerca. Questa flessibilità costituisce uno dei valori aggiunti della metodologia qualitativa che consente di cogliere induttivamente significati imprevisti che difficilmente emergerebbero con altri strumenti di rilevazione più strutturati. Tutte le registrazioni audio/video sono state trascritte mantenendo, laddove possibile, gli elementi rilevanti

della comunicazione paraverbale. La trascrizione è uno dei momenti critici della ricerca qualitativa e richiede una specifica allocazione di tempo o di risorse economiche; una buona trascrizione richiede infatti circa 4 ore di lavoro per ogni ora di registrazione. Per la codifica dei contenuti si è proceduto inizialmente in maniera deduttiva, ricavando dagli obiettivi della ricerca e dalla griglia delle domande alcune categorie descrittive. In questo modo l'analisi ha portato a distinguere due grandi ambiti di contenuto, il primo relativo all'accettabilità del modello di assistenza al diabete e il secondo relativo ai bisogni informativi. Obiettivi secondari, emersi induttivamente durante la realizzazione dell'indagine, sono stati la descrizione degli aspetti fondamentali delle relazioni tra il personale socio-sanitario e le persone con diabete e il progressivo delinearsi dei bisogni formativi degli attori coinvolti nella gestione integrata della malattia diabetica. L'analisi del contenuto e la codifica dei testi sono stati fatti usando il software NVivo v.7.0. Va però sottolineato che l'uso del software, pur semplificando la gestione dei dati, soprattutto nella fase di classificazione, non migliora la qualità dell'analisi né riduce il carico di lavoro necessario alla lettura e rilettura attenta, alla trascrizione e alla codifica del testo.

I risultati dello studio saranno presentati in un rapporto tecnico nell'ambito delle attività del Progetto IGEA (7). La rilevazione dei dati con strumenti qualitativi ha permesso di rispondere ai quesiti iniziali di ricerca fornendo al contempo nuovi spunti di riflessione. Sono stati individuati i nodi critici dell'assistenza alla malattia diabetica, ossia le caratteristiche che un sistema dovrebbe avere per rispondere ai bisogni delle persone e per essere quindi accettabile, soprattutto in un'ottica di comparazione tra l'esistente e l'atteso. Inoltre, è stato possibile evidenziare una serie di aspettative, ma anche di timori, sia da parte delle persone con diabete sia da parte dei professionisti. I bisogni informativi e formativi emersi sono stati analizzati e utilizzati operativamente nella progettazione del percorso formativo previsto dal Progetto IGEA per tutti gli operatori e le associazioni di pazienti coinvolti nell'implementazione del nuovo modello assistenziale (8). Allo stesso modo, la campagna informativa sul passaggio al nuovo modello assistenziale, attualmente in fase di elaborazione, si è avvalsa dei risultati dello studio.

In conclusione, la flessibilità degli strumenti ha permesso di esplorare ambiti poco noti ma percepiti come importanti dai partecipanti. I risultati hanno consentito di elaborare alcuni strumenti operativi e, in fase di programmazione delle attività, di prevedere alcune reazioni dell'utenza e dei professionisti, preparando in tal modo con tempestività le risposte più adeguate. ■

Riferimenti bibliografici

1. Maggini M. Il Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica). *Not Ist Super Sanità* - Insero BEN 2009;22(4):iii-iv.
2. Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, et al. *Risultati nazionali dello studio QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone nelle Regioni Italiane)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/10).
3. Progetto IGEA. *Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2008.
4. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320(7226): 50-2.
5. Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Ann Fam Med* 2008;6(4):331-9.
6. Cohen D, Crabtree BF. Qualitative research guidelines project. 2006. Disponibile all'indirizzo: www.qualres.org
7. Giusti A, Gawronski O, Maggini M. *La gestione integrata del diabete. Risultati di una indagine qualitativa sulla percezione e i bisogni informativi*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN in stampa).
8. Giusti A, Maggini M, Raschetti R. La gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Piano di formazione. In: Progetto IGEA. *La gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto. Obiettivi e organizzazione. Manuale di formazione per gli operatori sanitari*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2009. p. 107-19.

Comitato editoriale BEN

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

LA SORVEGLIANZA DELL'INFEZIONE DA HIV: PROPOSTA PER UNA SCHEDA DI RACCOLTA DATI PIÙ DETTAGLIATA



Laura Camoni¹, Stefania D'Amato², Chiara Pasqualini³,
Vincenza Regine¹, Maria Cristina Salfa¹, Mariangela Raimondo¹,
Maria Grazia Pompa² e Barbara Suligoj¹

¹Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, ISS

²Direzione Generale Prevenzione, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Roma

³SEREMI, ASL, Alessandria

RIASSUNTO - Nel marzo del 2008 è stato istituito il Sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV (DM del 31 marzo 2008, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008). L'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di raccogliere, gestire e analizzare le segnalazioni e di assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Nel DM viene proposta una breve scheda di raccolta dati, che sono quelli minimali e indispensabili. Le altre nazioni europee hanno invece schede di sorveglianza HIV estese e particolareggiate. Per permettere un'analisi più approfondita delle caratteristiche delle persone che si infettano con l'HIV e per uniformarsi ai dati raccolti dalle altre nazioni europee, viene proposta una scheda più estesa, che consente di descrivere in modo esaustivo l'andamento e le caratteristiche dell'infezione.

Parole chiave: HIV, AIDS, sorveglianza

SUMMARY (*Surveillance of HIV infection: the need for more detailed data*) - In March 2008, Italy's National Surveillance System of New Diagnoses of HIV Infection was activated. The System is coordinated by the Istituto Superiore di Sanità, which is responsible for data collection and analysis. However, the legislative decree that established the System includes a brief data collection form which only covers a minimum of data. For this reason, we have developed a more extensive data collection form, which would allow us not only to more thoroughly describe the characteristics of newly infected persons but also to perform comparisons with the more detailed data collected in other European countries.

Key words: HIV, AIDS, surveillance

barbara.suligoj@iss.it

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, con il DM del 31 marzo 2008 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008), ha istituito il Sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Fino a oggi, infatti, solo l'AIDS era sottoposto a notifica obbligatoria, mentre l'infezione da HIV (in fase pre-AIDS) non lo era.

Tutte le nazioni europee (tranne Italia e Spagna) hanno attivato già da vari anni dei Sistemi nazionali di sorveglianza dell'infezione da HIV, oltre alla

sorveglianza dell'AIDS. Pertanto, questo Decreto consente all'Italia di allinearsi agli altri Paesi europei, specificando gli obiettivi del sistema, la definizione di caso e le azioni da intraprendere. Nel Decreto viene anche sottolineata la necessità di favorire l'accesso al test HIV e la formazione continua degli operatori del settore.

Secondo tale Decreto, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha il compito di raccogliere, gestire e analizzare le segnalazioni e di assicurare un pronto ritorno delle informazioni al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, che avrà così un quadro aggiornato sull'evoluzione dell'infezione da HIV nel ►

nostro Paese per attuare, di conseguenza, gli interventi appropriati. Il Ministero sta predisponendo una piattaforma web per inserire i dati online e per garantire il flusso rapido e costante dei dati, nel rispetto della privacy.

Le schede di raccolta dati dei sistemi locali già attivi

Già da vari anni alcune regioni e province si sono organizzate in modo autonomo, raccogliendo informazioni sulle nuove diagnosi di infezione da HIV (1-3). Tutti questi sistemi locali adottano la stessa definizione di caso, segnalando cioè tutte le persone che risultano positive al test HIV per la prima volta; viceversa, si diversificano per quanto riguarda il flusso dei dati, le tipologie dei centri segnalatori e la scheda di raccolta dati (4).

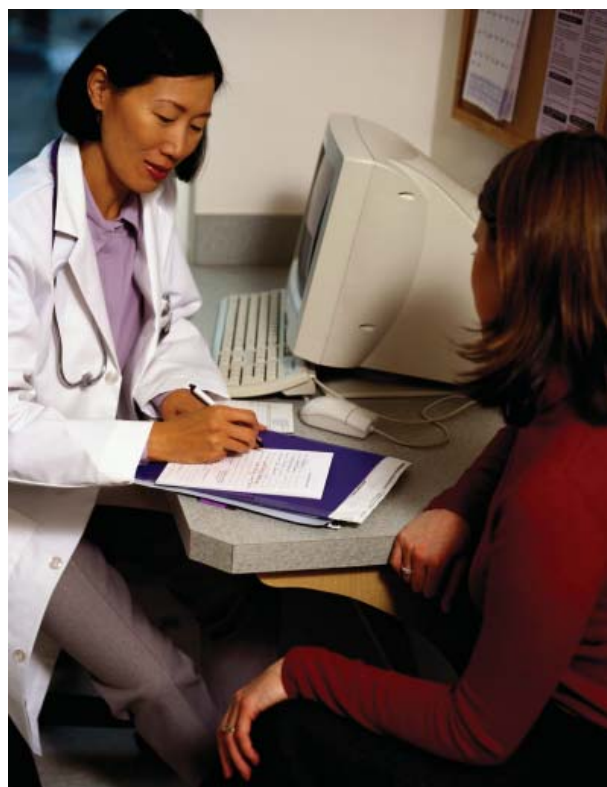
Nella scheda di raccolta dati alcune informazioni (genere, data di nascita, luogo di nascita, modalità di esposizione), sono comuni a tutti i sistemi di sorveglianza. Invece, altre informazioni (numero di test effettuati, data dell'ultimo test negativo, numero di linfociti CD4, carica virale e motivo di esecuzione del test), sono inserite solo nelle schede di alcune regioni/province.

Le schede delle nazioni europee

Fin dall'inizio dell'epidemia da HIV molti Paesi europei hanno attivato un Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (5), e ciascuno di essi ha messo a punto una propria scheda di sorveglianza.

Le informazioni contenute nelle schede di 20 Paesi europei* sono riportate sinteticamente nella Tabella. Osservando tali schede è possibile raggruppare le informazioni contenute in sei grandi aree:

1) *dati demografici, clinici, virologici, immunologici*: questi dati vengono raccolti da tutte le nazioni considerate e includono: genere, luogo e data di nascita, nazionalità, cittadinanza, residenza, domicilio, istruzione, professione, stato civile, stadio clinico, numero CD4, viremia plasmatica. In alcune nazioni vengono richieste delle



informazioni più dettagliate per i soggetti stranieri, per i quali viene segnalato il luogo di provenienza e da quanto tempo risiede nel Paese ospitante;

- 2) *modalità di acquisizione dell'infezione*: anche questa è un'informazione inclusa in tutte le schede europee e prevede una classificazione simile in tutte le nazioni: eterosessuale, omosessuale, bisessuale, tossicodipendente, trasmissione verticale, trasfuso, esposizione accidentale, altro;
- 3) *luogo e data presunti dell'infezione*: la maggior parte delle nazioni ha inserito nella scheda domande mirate a comprendere meglio l'eventuale contributo dei viaggi o del turismo sessuale nelle dinamiche dell'epidemia come, ad esempio: dove (nazione) pensa di essersi infettato, quando pensa di essersi infettato, se ha avuto contatti sessuali durante soggiorni all'estero;
- 4) *comportamenti*: in molte schede, oltre alla classificazione abituale secondo le diverse modalità di acquisizione dell'infezione (vedi punto 2: modalità di acquisizione dell'infezione) sono previste domande specifiche sul comportamento sessuale.

(*) Le schede di sorveglianza sono state gentilmente fornite dai rappresentanti delle singole nazioni

Tabella - Le schede della sorveglianza HIV in Europa: sintesi delle informazioni contenute nelle schede di alcune nazioni europee

	Belgio	Danimarca	Estonia	Francia	Germania	Grecia	Lettonia	Norvegia	Paesi Bassi	Polonia	Portogallo	Regno Unito	Repubblica Ceca	Slovacchia	Slovenia	Spagna	Scozia	Svezia	Svizzera	Ungheria
1) Dati demografici, clinici, virologici, immunologici	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Se straniero: luogo di provenienza, tempo di residenza nel Paese	■	■		■	■		■	■	■						■			■		
2) Modalità di acquisizione dell'infezione	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3) Luogo e data presunti dell'infezione	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■	■	■
4) Comportamenti																				
Orientamento sessuale del paziente	■	■	■				■								■		■		■	
Prostituta						■		■				■				■	■			
Cliente di prostituta		■				■		■				■							■	
Numero di partner sessuali																	■		■	
Caratteristiche dettagliate del partner	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■		■		■	■	■		■	■
Se trasmissione materna: modalità di acquisizione dell'infezione della madre										■	■		■		■					■
5) <i>Testing pattern</i>		■		■	■			■	■			■			■	■	■		■	
6) Motivi dettagliati di esecuzione del test	■			■		■	■	■		■	■					■	■			

Fanno parte di questa area domande sull'orientamento sessuale del paziente (ha avuto contatti sessuali con: altro sesso, entrambi i sessi, stesso sesso) e su altri aspetti del comportamento sessuale (si prostituisce, è cliente di prostituta/o quanti partner ha avuto negli ultimi anni). Inoltre, nella maggior parte delle nazioni vengono raccolte informazioni sulle caratteristiche dei partner, chiedendo se si tratta di: partner stabile, partner occasionale, prostituta, HIV positivo, tossicodipendente, straniero, proveniente da area endemica (indicare la nazione). Per i casi da trasmissione materna, in alcune nazioni viene richiesto di specificare la modalità di acquisizione dell'infezione da parte della madre;

5) *testing pattern*: quest'area intende descrivere l'attitudine del soggetto a effettuare il test HIV e fornir-

sce delle indicazioni sia sulla percezione del rischio sia sulla probabilità di identificare una nuova infezione. Tale probabilità è tanto più alta quanto maggiore è il numero di test HIV effettuati dal soggetto. Le domande più utilizzate sono: numero di test effettuati negli ultimi due anni, test mai eseguito nella vita, numero di test risultati negativi, data dell'ultimo test negativo, data del primo test positivo;

6) *motivi dettagliati di esecuzione del test*: vengono analizzati i motivi o le situazioni che hanno condotto all'effettuazione del test, quali: contatti con soggetto HIV positivo noto, contatti con soggetto HIV positivo non noto, contatto accidentale con sangue, test offerto in un servizio per le tossicodipendenze, test eseguito in gravidanza, test eseguito in carcere. ▶

La scheda italiana

Nel DM del 31 marzo 2008 viene proposta una scheda individuale (Figura) contenente le informazioni essenziali da raccogliere per monitorare l'andamento e le caratteristiche delle nuove diagnosi di infezione

da HIV in Italia, quali: anno di nascita, nazionalità, provincia di residenza, genere, data ultimo test HIV negativo, data primo test HIV positivo, modalità di trasmissione, prima conta CD4 e data, prima carica virale e data, stadio clinico, motivo di effettuazione del test.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA HIV
Scheda di rilevamento di caso

<p>Codice criptato del soggetto</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p>Anno nascita a a a a </p> <p>Provincia di residenza*</p> <p>Data dell'ultimo test HIV negativo: g g m m a a a a </p> <p>Modalità di trasmissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporti omo/bisessuali - Uso di droghe e.v. - Rapporti eterosessuali - Verticale <p>Prima conta CD4:.....</p> <p>Prima carica virale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risultato: <p>Data prima carica virale: g g m m a a a a </p> <p>Stadio clinico (classificazione CDC del 1993):</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">A1</td> <td style="width: 33%;">B1</td> <td style="width: 33%;">C1</td> </tr> <tr> <td>A2</td> <td>B2</td> <td>C2</td> </tr> <tr> <td>A3</td> <td>B3</td> <td>C3</td> </tr> </table> <p>Motivo di effettuazione del test:</p> <p>.....</p> <p>Data di compilazione: g g m m a a a a </p> <p>Data d'arrivo della scheda al Centro: g g m m a a a a </p> <p style="font-size: small;">* se più di 100.000 abitanti</p>											A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3	<p>Codice Centro di Riferimento regionale</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p>Nazionalità.....</p> <p>Sesso: M F</p> <p>Data del primo test HIV positivo: g g m m a a a a </p> <ul style="list-style-type: none"> - Rischio non determinato - Trasfusione - Altro (specificare)..... <p>Data prima conta CD4: g g m m a a a a </p> <ul style="list-style-type: none"> - Cut-off: 										
A1	B1	C1																												
A2	B2	C2																												
A3	B3	C3																												

Figura - Scheda di rilevamento di caso del Sistema di sorveglianza HIV (DM del 31 marzo 2008, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 175 del 28 luglio 2008)

Per semplicità sono stati inclusi solo dati minimali e indispensabili, che però non consentono di comprendere pienamente le caratteristiche delle persone che si infettano con l'HIV né di monitorare adeguatamente l'andamento dell'epidemia. Tuttavia, dal momento che l'attivazione e l'operatività della sorveglianza è demandata alle autorità regionali, le singole regioni possono arricchire la scheda proposta dal DM con altre informazioni, assicurando comunque il rispetto della privacy del paziente. A questo proposito si propone una scheda più estesa che consente anche di uniformarci alle schede ben più dettagliate degli altri Paesi europei.

Questa scheda più estesa include le seguenti informazioni aggiuntive:

- l'anno di arrivo in Italia per gli stranieri: questo dato, incrociato con l'epoca presunta di infezione (desumibile dall'indice di avidità anticorpale, dallo stadio clinico, dalla data di infezione), costituisce un elemento determinante per comprendere se il soggetto si è infettato nel suo Paese di origine oppure una volta entrato in Italia ed è cruciale per capire come si diffonde l'epidemia da HIV in questo gruppo di popolazione particolarmente vulnerabile;
- la data dell'ultimo test HIV negativo, la data del primo test positivo, il numero dei test eseguiti negli ultimi due anni con esito negativo: queste informazioni permettono di ricostruire l'attitudine al test (vedi punto 5: *testing pattern*) e di interpretare le incidenze osservate in diversi gruppi di popolazione in base alla frequenza di test eseguiti e, quindi, alla probabilità di individuare nuove diagnosi di infezione da HIV;
- l'accertamento dell'infezione come infezione recente: attraverso l'uso dell'indice di avidità anticorpale (6) è possibile stabilire se l'individuo abbia contratto l'infezione negli ultimi 6 mesi circa. A seconda del tipo di test usato e del relativo valore-soglia si può stimare la reale incidenza attuale di infezione da HIV a livello di popolazione;
- la presenza di un'infezione acuta: per avere indicazioni sulla proporzione di persone che effettuano un test HIV in fase iniziale di infezione, a causa della presenza di sintomi;
- l'elenco dettagliato delle motivazioni per l'esecuzione del test: conoscere il motivo che ha spinto a eseguire il test HIV può essere utile per identificare i contesti

che riescono a intercettare in modo più efficace le persone a rischio. Tra le opzioni di risposta, vengono raccomandate: a) test correlato a sintomi suggestivi di infezione da HIV; b) test correlato a controllo per rapporti sessuali con soggetto HIV non noto; c) test correlato a controllo per rapporti sessuali con soggetto HIV noto; d) test correlato a controllo per donazione di sangue/organo/tessuto/sperma; e) test correlato a controllo per contatto accidentale con sangue; f) test correlato a controllo ginecologico in gravidanza; g) test correlato a controllo per sospetta infezione a trasmissione sessuale; h) test offerto presso un Servizio per le tossicodipendenze; i) nessun fattore di rischio noto;

- una sezione aperta per inserire i commenti del medico.

Raccomandiamo fortemente l'applicazione di questa scheda più completa, che consente di raccogliere informazioni estremamente importanti sia a livello di sanità pubblica sia di programmazione sanitaria, con dei benefici immediati: rendere i dati italiani confrontabili con quelli raccolti dalle altre nazioni europee, permettere un'analisi più appropriata delle caratteristiche delle persone che si infettano con l'HIV, descrivere in modo più esaustivo l'andamento e la reale incidenza dell'infezione, e fornire informazioni sull'effettuazione del test HIV in alcuni contesti specifici. ■

Riferimenti bibliografici

1. Centro Operativo AIDS-COA. Aggiornamento dei casi di AIDS e delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia al 31 dicembre 2007. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2008; 21(5)Suppl. 1.
2. Suligo B, Pavoni N, Borghi V, et al. Epidemiologia dell'infezione da HIV in Italia. *Epid Prev* 2003;27(2):73-9.
3. Rezza G, Suligo B, Pezzotti P, et al. Epidemiological changes in AIDS and HIV infection in Italy. *Scand J Infect Dis* 2003;106:1-6.
4. Camoni L, Suligo B e il gruppo SORVHIV. Lo studio delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia attraverso i sistemi di sorveglianza regionali: caratteristiche operative e valutazione. *Ann Ist Super Sanità* 2005;41(4):515-21.
5. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control;2008.
6. Galli C, Bossi V, Regine V, et al. Accuracy of different thresholds for the anti-HIV avidity index. *Microb Med* 2008; 23:59-63.

Nello specchio della stampa

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

Ufficio Stampa, ISS



L'ISS festeggia i 100 anni di Rita Levi-Montalcini: dedicata un'Aula al Premio Nobel

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha dedicato a Rita Levi-Montalcini l'Aula dei Nobel per il suo centesimo compleanno. Alla cerimonia erano presenti il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Gianni Letta, e il Sottosegretario alla Salute, Ferruccio Fazio. Così Enrico Garaci, Presidente dell'ISS, ha spiegato le ragioni della dedica: "I fili di una lunga trama hanno legato la storia dell'Istituto alla Montalcini. L'Istituto fu il primo luogo ad accogliere Rita quando tornò in Italia, dopo essere stata a lungo in America e fu nei nostri laboratori che ricominciò a costruire la sua unità di ricerca italiana, dove conobbe alcuni dei collaboratori che ancora oggi le sono a fianco. Questo omaggio, dunque, nasce da ragioni storiche, ma anche da ciò che ha saputo essere Rita come persona, dall'aver mantenuto un filo conduttore tra ricerca e diritti civili, dall'aver lottato contro ogni forma di ingiustizia e di discriminazione. Un omaggio che riconosce anche la capacità di una scienziata di aver saputo dare il giusto valore alla ricerca e alla conoscenza, nell'aver sottolineato sempre che esse devono confrontarsi con l'etica e rispettare la dignità dell'uomo". Nel corso della cerimonia in omaggio al Premio Nobel, l'attore Paolo Triestino ha recitato brani tratti dal volume *CuriosaMente*, edito dall'ISS, una serie di ritratti inediti della scienziata intrecciati a brani tratti dal *Cantico di una Vita* scritto dalla stessa Montalcini. I ritratti nascono dal ricordo delle persone che la conobbero e lavorarono con lei e che, in occasione del suo centesimo compleanno, hanno deciso di festeggiarla

in questo modo. Il Premio Nobel, durante la cerimonia, con voce ferma e forte ha fatto un bilancio positivo di una vita che più volte ha definito "lunguissima": "Sono profondamente commossa di essere arrivata a cento anni dopo una vita vissuta con una gioia che, penso, ben pochi hanno avuto - ha detto la Montalcini. Tornare all'ISS a questa età - ha aggiunto - mi fa rivivere quello che ho vissuto con alcuni di quelli che sono oggi qui presenti e a ripercorrere molte tappe del mio percorso lunghissimo, ma senza sofferenza, senza dolore". A più di mezzo secolo dalla scoperta che le valse il Nobel, la proteina NGF (Nerve Growth Factor) ha ancora un ruolo vitale nella ricerca: "Oggi collaborando con giovani di eccezionale valore - ha continuato la Montalcini - abbiamo verificato che l'NGF è la ragione stessa della vita sulla terra. Studiando come si è formata questa molecola, abbiamo scoperto che non esiste prima dell'incontro dello spermatozoo con l'ovocita. Ma da quel momento in poi tutta la vita e gli organismi animali dipendono da lei. Non so se l'NGF è stato scoperto grazie alla fortuna - ha aggiunto la Montalcini - ma sicuramente per interesse e curiosità. Credo che siano proprio l'enorme intuito e la curiosità a caratterizzare gli italiani. Io sono stata negli USA - ha detto la scienziata - data la splendida generosità che permetteva a me e ad altri scienziati di lavorare in un periodo in cui non era possibile nel nostro Paese". L'omaggio al Premio Nobel si è concluso con la scoperta della targa nell'Aula dei Nobel che oggi porta il suo nome.

Il Messaggero

**La "festa" all'Istituto di Sanità
dove ha lavorato dal '62
appena è rientrata dagli Stati Uniti.
"I miei 100 anni senza paura".
Rita Montalcini: volevo fare il medico
in Africa, non la scienziata**

17 aprile 2009

Il Duce parla dalla finestra di palazzo Venezia. Le immagini di Mussolini filmate dall'Istituto Luce ballano sul grande schermo alle spalle di Rita Levi-Montalcini che, in piedi, si

rivolge ad una platea di ricercatori: «Non sono nata per fare la ricercatrice, volevo essere un medico e partire per l'Africa. Per curare i lebbrosi come Albert Schweitzer. Desideravo andare in mezzo a quella gente da sempre schiavizzata e sfruttata». Poi, sullo schermo, sfilava Torino degli anni Trenta, un passeggiatore doppio primi Novecento con due bambine a bordo (la piccola Rita con la gemella Paola), il profilo di una giovanissima ricercatrice in camice davanti ad un microscopio, ancora Roma e l'entrata degli alleati. Il Premio Nobel a Stoccolma nel 1986 rimanda la ricercatrice che ingoia l'emozione. Una vera festa in famiglia quella che l'Istituto Superiore di Sanità ha organizzato per il centesimo compleanno della Montalcini. Lì, in quei laboratori di viale Regina Elena, ha lavorato quando è tornata dagli Stati Uniti nel 1963. Quando decise di fare i bagagli e riappropriarsi della sua terra, l'Italia, da dove era dovuta fuggire per



le leggi razziali. È seduta in prima fila, sgrana gli occhi guardando il filmato, si commuove quando sono letti i ricordi dei suoi alunni. Un festa in casa, dunque, con il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Gianni Letta, il sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio, il Presidente dell'Istituto Enrico Garaci e un esercito di piccoli grandi scienziati che applaude. Fasciata da un tailleur lilla chiaro, capo candido, sale sul palco e resta in piedi davanti al microfono. Le sue parole arrivano dritte alla pancia, frecce che scuotono le emozioni. Anche in chi, in un microscopio, non ha mai guardato. Alza il tono, parla con tutta la voce che ha: «Sono arrivata a 100 anni dopo una vita vissuta con gioia. Il mio segreto è stato, forse, la totale disattenzione alla mia persona». Nella sala c'è silenzio, sullo schermo le immagini di cento anni di storia. Lei ha visto tutto. Di qua e di là dell'Oceano. «Non ho mai avuto paura, non ho mai temuto il male, ho sempre creduto nei valori. Questo - aggiungo - dico ai giovani. Persino durante le persecuzioni contro gli ebrei, persino quando sentivo dire che ero di una razza inferiore mi sono sentita forte. Grazie a queste dichiarazioni mi son ritirata nella mia stanza da letto e ho scoperto quello che poi mi avrebbe portato alla scoperta del fattore di crescita». Sembrava volesse dire poche parole. Una piccola pausa, prende fiato e poi ricomincia. Ancora ai giovani: «Siete fortunati a vivere in questo Paese. Per la bellezza del capitale umano che proviene dagli uomini e dalle donne. Perché la curiosità non è mai morta. Comunque non vi fate mai spaventare dal male. Perché il male non esiste». Prende ancora fiato, fa piccole pause. Poi ricomincia: «Non ho paura della morte, sono felice di poter lasciare un messaggio. Ho sempre voluto dedicare il mio lavoro ad aiutare gli altri. L'unico motivo per il quale sono vissuta e, se la testa come credo mi assiste, penso di esserci riuscita». Sorrisi in platea. La testa assiste assai bene questo Senatore a vita dal 2001, questo Nobel per la Medicina, questa piccola grande donna apparentemente fragile e trasparente che trattiene il fiato quando gli ex alunni la abbracciano, quando nel corridoio viene scoperta una targa in suo onore.

IL TEMPO

**Rita Levi-Montalcini: i miei primi 100 anni
Premio Nobel "Ho sempre vissuto
con autentica gioia e curiosità.
Nella vita bisogna credere nei valori"**

17 aprile 2009

Con la freschezza di un ruscello di montagna, in primavera, Rita Levi-Montalcini ha sorpreso tutti all'Istituto Superiore di Sanità durante i festeggiamenti organizzati, dal Presidente Enrico Garaci, per i suoi 100 anni di vita che lei si appresta a festeggiare il 22 aprile prossimo. Alla domanda se si sentiva emozionata per vedere intitolata al suo nome la Sala dei Nobel che ricorda anche gli altri grandi scienziati come Bovet e Chain che hanno lavorato all'Istituto, la nostra longeva ricercatrice (il primo Premio Nobel al mondo che raggiunge il fatidico traguardo del secolo) ha risposto «l'unica cosa che ancora mi emoziona è la vita e sono profondamente commossa di essere arrivata a questo punto, dopo un'esistenza vissuta con autentica gioia e continua curiosità. Posso dire che oggi le mie capacità mentali sono maggiori di quelle che avevo a 20 anni perché sono state arricchite da tante esperienze positive che mi hanno fatto constatare come non sono diminuite né la curiosità né il desiderio di essere vicino a chi soffre». Ma la sorpresa è stato il suo autentico testamento spirituale di altissimo valore etico «Il male assoluto del nostro tempo - ha affermato con forza - è di non credere nei valori. Non ha importanza che siano religiosi oppure laici. I giovani devono credere in qualcosa di positivo e la vita merita di essere vissuta solo se crediamo nei valori, perché questi rimangono anche dopo la nostra morte. Ai giovani - ha aggiunto - auguro la stessa fortuna che mi ha condotto a disinteressarmi della mia persona, ma di avere sempre una grande attenzione nei confronti di tutto ciò che mi circonda, a tutto quanto il mondo della scienza, senza trascurare i valori della società. E pensare - ha continuato - che non ero nata per fare lo scienziato, ma per andare in Africa ad aiutare chi ne ha bisogno. Da adolescente sognavo di emulare Albert Schweitzer a curare i lebbrosi. Adesso nell'ultima tappa della mia vita ho potuto finalmente aiutare le popolazioni sfruttate per secoli. Posso dire che l'unico ideale per cui ho lavorato è stato quello di aiutare gli altri e forse per questo la ricerca mi ha dato molto di più di quanto potessi sperare». Gianni Letta, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, che l'aveva ringraziata, al momento dell'arrivo all'Istituto, per le parole di stima che la Senatrice a vita ha avuto nei suoi confronti, era estasiato. Ma Rita Levi-Montalcini ha continuato concludendo «ai giovani posso dire: siate felici di essere nati in Italia per la bellezza del capitale umano maschile e femminile. A questo dobbiamo aggiungere le grandi capacità di lavoro intellettuale e soprattutto le straordinarie facoltà di intuito».

Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro
Settore Attività Editoriali, ISS



Presentiamo qui le più recenti pubblicazioni edita 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.

La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione dell'obesità e promozione di uno stile di vita fisicamente attivo.

A cura di A. De Santi, R. Guerra, F. Filipponi e A. Minutillo. 2009, vii, 90 p.

Destinato agli operatori della sanità e della scuola il volume, che fa seguito ai Rapporti ISTISAN 08/1 e 08/21, presenta contenuti e metodi per la prevenzione dell'obesità e la promozione dell'attività fisica e analizza linee guida per la promozione di interventi nutrizionali, proponendo obiettivi di apprendimento e attività pratiche per le scuole primarie e secondarie.

desanti@aspazio.it; francesca.filipponi@iss.it; adele.minutillo@iss.it

Rapporti ISTISAN

09/6

Area tematica
Formazione
e Informazione



Rapporti ISTISAN 09/7

Area tematica
Tecnologie e Salute



Misura delle caratteristiche di tessuto osseo in condizioni patologiche tramite analisi microtomografica: primi risultati.

R. Bedini, P. Ioppolo, R. Pecci, F. Marinozzi, F. Bini, E. Pepe, A. Marinozzi. 2009, 37 p.

Questo lavoro di acquisizione ed elaborazione di quattro campioni di tessuto osseo spugnoso, prelevati da teste femorali di pazienti viventi, in condizione fisiologica o patologica, è stato svolto *in primis* per verificare gli effetti di un'eventuale patologia sul tessuto osseo. Utilizzando la metodica microtomografica, si è voluto contribuire alla sua conoscenza e diffusione e si è voluto porre le basi per un impegnativo lavoro di ricerca che ha come scopo quello di valutare l'effetto della patologia sulle caratteristiche meccaniche di elementi primari del tessuto osseo spugnoso. Le trabecole formano un'architettura particolare orientata in modo da sopportare sollecitazioni meccaniche a cui è sottoposta durante l'intera vita dell'essere umano. A causa dell'insorgere di alcune malattie però, tale struttura subisce delle variazioni che contribuiscono a modificare le sue proprietà meccaniche. Dopo la scansione e acquisizione dei dati utilizzando la Skyscan 1072, si è passato ad elaborare i dati in modo da evidenziare le conseguenze delle patologie (riduzione massa ossea, differente mineralizzazione del tessuto presente, irregolarità della struttura trabecolare, ecc.).

rossella.bedini@iss.it

Educazione sanitaria sugli effetti della guerra: progetto pilota di comunicazione scientifica nelle scuole.

S. Francisci, A. Gigli, R. Pasetto, B. Seravalli. 2009, iii, 28 p.

L'effetto più immediatamente riconoscibile di una guerra è rappresentato dai morti e feriti che provoca; in aggiunta, essa compromette le condizioni minime di esistenza, favorisce la diffusione di malattie, ostacola gli interventi sanitari, rendendo le popolazioni civili le principali vittime del conflitto moderno. Da queste premesse è originato un progetto di comunicazione destinato alle scuole e finalizzato a sensibilizzare i giovani circa le conseguenze che una guerra può avere sulle condizioni sanitarie dei civili coinvolti. Sono stati individuati tre casi studio che descrivono, rispettivamente, una situazione di emergenza (Darfur), un conflitto cronicizzato (Palestina), un conflitto storico (Vietnam). Per ciascuno di essi è stato sviluppato un modulo didattico, basato su documentazione e strumenti di analisi scientifica per approfondire la tematica "guerra e salute". Il presente rapporto descrive la sperimentazione dei tre moduli in una classe di scuola secondaria superiore e fornisce suggerimenti per favorire la replicazione dell'esperienza.

silvia.francisci@iss.it; scuola-salute-guerra@irpps.cnr.it

Rapporti ISTISAN

09/8

Area tematica
Formazione
e Informazione



**ISTISAN
Congressi
09/C3**



Convegno Nazionale. Salute e Transculturalità. L'impegno scientifico e il contributo operativo del National Focal Point italiano. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 4 giugno 2009. Riassunti.

A cura di A. Colucci, P. Gallo, G. Rezza e A.M. Luzi. 2009, ix, 59 p.

Il National Focal Point italiano è un Network Nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che da undici anni vede il contributo di esperti di Istituzioni Pubbliche, Organizzazioni non Governative e Associazioni di Volontariato impegnati nella programmazione di interventi di promozione e tutela della salute della persona straniera, nonché di prevenzione delle malattie infettive, con particolare riferimento all'infezione da HIV. Nel tempo, la collaborazione integrata tra i diversi professionisti si è sviluppata in attività di ricerca, di informazione e di formazione. Il Convegno Nazionale finalizzato ad illustrare le attività svolte dalla Rete nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nelle popolazioni migranti, costituisce un appuntamento annuale con il mondo scientifico e con esperti del settore. L'evento rappresenta un momento importante per riflettere e confrontarsi sulla necessità di condividere strategie di intervento, che tengano conto dell'unicità della persona straniera, della complessità delle tematiche trattate e della necessità di attivare percorsi di salute in grado di raggiungere tutti gli individui presenti sul territorio nazionale.

anna.luzi@iss.it

III Workshop nazionale di virologia veterinaria. Facoltà di Medicina Veterinaria, Università degli Studi di Bari. Valenzano (Bari), 11-12 giugno 2009. Riassunti.

A cura di E. Falcone, S. Babsa, F.M. Ruggeri e C. Buonavoglia. 2009, v, 105 p.

Il Workshop, svolto in collaborazione con la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università di Bari e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e Basilicata, ha l'obiettivo di riunire veterinari, biologi e tecnici di laboratorio delle strutture del SSN (ISS, IZS, servizi veterinari di ASL e Regioni) e dell'Università, che operano nei campi della patogenesi, diagnostica, epidemiologia e profilassi delle infezioni virali degli animali, al fine di facilitare contatti e scambi di informazioni e metodologie tra gli operatori impegnati nel settore. Il Workshop intende fornire un aggiornamento sulle nuove conoscenze di base e lo sviluppo di tecniche innovative per l'identificazione e la caratterizzazione dei diversi agenti virali implicati nelle principali patologie animali, e analizzare le nuove acquisizioni in tema di eziopatogenesi ed epidemiologia di agenti patogeni virali classici, emergenti e riemergenti in campo veterinario.

dsrnavir@iss.it

**ISTISAN
Congressi
09/C4**



Supplemento al Notiziario di marzo 2009

disponibile online all'indirizzo: www.iss.it

Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2007 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2008

Volume 22, n. 3 (Supplemento 1). 2009, 27 p.

A cura di Barbara Suligoi, Stefano Boros, Laura Camoni e Debora Lepore

Nel marzo del 2008 è stato istituito il Sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV (DM n. 175, 28 luglio 2008). Tuttavia, già da vari anni alcune regioni avevano istituito un Sistema di sorveglianza locale. Nel periodo 1985-2007, sono state riportate nelle 12 regioni/province già attive, 40.676 nuove diagnosi di infezione da HIV. L'incidenza delle nuove diagnosi ha visto un picco di segnalazioni nel 1987 per poi diminuire fino al 1998 e stabilizzarsi successivamente. Nel 2007 sono state segnalate 1.679 nuove diagnosi, pari a un'incidenza di 6,0 per 100.000 residenti. Negli anni si osserva un aumento progressivo della proporzione di donne, un aumento dell'età mediana alla diagnosi, nonché un cambiamento delle modalità di trasmissione. Diminuisce la proporzione di tossicodipendenti ma aumentano i casi attribuibili a trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale). Sono anche riportati i dati dei nuovi casi di AIDS e un'Appendice con dati dettagliati sulle segnalazioni delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS.

coa@iss.it

Pubblicato il settimo numero di "Malattie rare e farmaci orfani".

Supplemento al Notiziario di aprile 2009

disponibile online all'indirizzo: www.iss.it

Volume 22, n. 4 (Supplemento 1). 2009.

Il Notiziario ospita nel Supplemento di aprile 2009 il settimo numero "Malattie rare e farmaci orfani", a cura del Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Rivolto a medici di medicina generale, pediatri, responsabili socio-sanitari regionali e nazionali, pazienti e associazioni di pazienti e, più in generale, a tutti gli operatori impegnati nel settore, affronta le diverse tematiche legate alle malattie rare e ai farmaci orfani e ne illustra le novità scientifiche.

Centro Nazionale Malattie Rare - Responsabile: *Domenica Taruscio*

taruscio@iss.it





Nei prossimi numeri:

Il Progetto europeo Ethicsweb

Convegno "Salute e campi elettromagnetici: stato delle conoscenze"

Convegno "Aspetti etici della ricerca biomedica e della sperimentazione clinica"

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