

# Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

**L'agricoltura sociale come approccio innovativo  
nel campo della salute mentale**

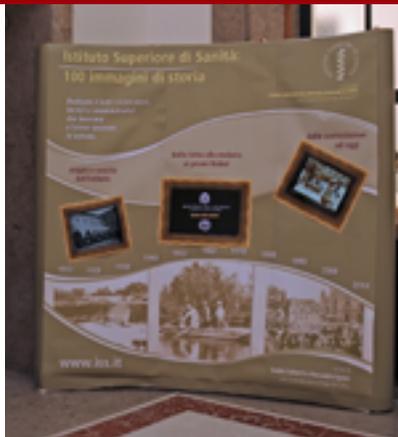
**Esposizione alla formaldeide nelle abitazioni.  
Aspetti sanitari e normativi**

**Convegno. Complessità emergente in medicina:  
la centralità della persona**

**Convegno. Pègaso 2012**

**Convegno. Storie e memorie dell'ISS**

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



**Inserito BEN**  
**Bollettino Epidemiologico Nazionale**

**Un esempio di invecchiamento attivo:  
i gruppi di cammino nelle ASL liguri**

**L'invecchiamento della popolazione:  
opportunità o sfida?**

www.iss.it

## SOMMARIO

### Gli articoli

L'agricoltura sociale come approccio innovativo nel campo della salute mentale .....	3
Esposizione alla formaldeide nelle abitazioni. Aspetti sanitari e normativi .....	6
Convegno. Complessità emergente in medicina: la centralità della persona nelle frontiere etiche e scientifiche. Un concorso di idee ...	11
Convegno. Pègaso 2012 vola lungo le strade della malattia .....	13
Passato e futuro. Riflessioni dal IV Convegno "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità" .....	15

### Le rubriche

News. Vaccino anti-HIV/AIDS: è in corso la nuova sperimentazione di Fase 1 della proteina Tat associata a Env .....	10
News. Venticinque anni di attività del Telefono Verde AIDS e IST dell'ISS: dal counselling telefonico all'intervento in Rete .....	10
Visto... si stampi .....	19

### Bollettino Epidemiologico Nazionale (Insero BEN)

Un esempio di invecchiamento attivo: i gruppi di cammino nelle ASL liguri .....	i
L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida? .....	iii



L'agricoltura sociale integra nell'agricoltura pratiche utilizzate nella terapia e riabilitazione di soggetti svantaggiati per favorirne l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale

pag. 3

L'ISS ha contribuito alla stesura del Decreto legislativo che aggiorna l'attuale normativa sulla presenza della formaldeide nei materiali da costruzione dei mobili

pag. 6



Il IV Convegno dedicato alla storia e alla memoria dell'ISS ha offerto spunti di riflessione e una lettura degli eventi che ne hanno segnato l'evoluzione nei suoi 78 anni di vita

pag. 15



## L'Istituto Superiore di Sanità

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

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

### 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](mailto:pubblicazioni@iss.it)

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

Registro Stampa Tribunale di Roma

© Istituto Superiore di Sanità 2012

Numero chiuso in redazione il 30 aprile 2012



Stampa: Tipografia Facciotti s.r.l. Roma

# L'AGRICOLTURA SOCIALE COME APPROCCIO INNOVATIVO NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE



Marta Borgi, Alessandra Berry e Francesca Cirulli  
Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, ISS

**RIASSUNTO** - L'Agricoltura Sociale (AS) si propone di integrare nell'agricoltura pratiche utilizzate nella terapia e nella riabilitazione di soggetti svantaggiati per favorirne l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale. Al fine di verificare lo stato dell'arte delle pratiche di AS in Italia, nel 2009 è nato un Tavolo interistituzionale per gli Interventi Terapeutici e Riabilitativi in Agricoltura (TITRA), cui ha partecipato anche l'Istituto Superiore di Sanità. Nel complesso, il Tavolo di lavoro ha evidenziato la necessità di avviare progetti scientifici in grado di saggiare l'efficacia delle diverse forme di terapie svolte in ambito rurale e che hanno come oggetto la salute mentale, allo scopo di accompagnare l'evoluzione di una pratica che potrebbe assicurare un ispessimento delle reti di protezione sociale, in conformità con il Piano Sanitario Nazionale.

**Parole chiave:** agricoltura sociale; salute umana; welfare; inclusione sociale

**SUMMARY** (*Social farming as an opportunity for sustainable rural development: potential applications in mental health*) - Social Farming (SF) concerns all activities that use agricultural resources to generate social services and promote social welfare (i.e. social inclusion, rehabilitation, employment, education, therapy) in rural areas. In order to verify the state of the art of Social Farming in Italy, an inter-institutional panel for therapeutic and rehabilitative interventions in agriculture (TITRA) was formed in 2009, attended by the Italian National Institute of Health's representatives. Perspectives of application and potentiality of Social Farming practices have been widely discussed. More in detail, a great emphasis has been placed on the choice of the most appropriate research tools available to evaluate the effectiveness of SF practices on mental health which could be transferred to current initiatives.

**Key words:** social farming; human health; welfare; social inclusion

francesca.cirulli@iss.it

L'agricoltura affianca alla tradizionale funzione produttiva la capacità di generare servizi orientati al mercato del lavoro. Inoltre, con sempre maggiore evidenza, questa attività si sta configurando come in grado di dare luogo a valori di assoluto rilievo e utilità dal punto di vista sociale. Ciò si sta traducendo nello sviluppo di molteplici esperienze, comunemente indicate con l'espressione di Agricoltura Sociale (AS), che si propongono di integrare nell'agricoltura pratiche utilizzate nella terapia e nella riabilitazione, mirando all'inserimento lavorativo e a stimolare l'indipendenza economica e l'inclusione sociale di soggetti svantaggiati. Le pratiche di AS coniugano la capacità di generare benefici per fasce vulnerabili della popolazione con la produzione di beni pubblici legati alla vita della comunità e del territorio, allo stesso tempo offrendo servizi educativi e culturali di supporto alle famiglie e alle istituzioni didattiche (1).

L'AS è un fenomeno emergente in tutta Europa con un notevole incremento numerico di aziende private che, alla tradizionale attività produttiva, stanno affiancando quella di riabilitazione e cura. Tale fenomeno si sta diffondendo anche sul nostro territorio nazionale. Numerose imprese agricole stanno dimostrando un sempre maggiore interesse per l'organizzazione di percorsi di accoglienza e di inclusione sociale e lavorativa, dando luogo a servizi innovativi che possono rispondere efficacemente alla crisi dei tradizionali sistemi di assistenza sociale, in particolare andando incontro alle necessità del settore sanitario di trovare nuovi approcci metodologici non medicalizzati (2, 3).

Dalla necessità di verificare lo stato dell'arte in merito alle pratiche di AS in Italia, è nato nel 2009 un Tavolo interistituzionale per gli Interventi Terapeutici e Riabilitativi in Agricoltura (TITRA). L'iniziativa, coordinata da Maria Carmela Macrì dell'Istituto ►



Nazionale di Economia Agraria (INEA), ha visto il coinvolgimento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF), del Ministero della Salute, del Ministero dello Sviluppo Economico, dell'Università della Tuscia e dell'Università di Pisa.

## I progetti

L'emergere di numerose iniziative definite "Agricoltura Sociale", da una parte ne accresce la rilevanza sociale, dall'altra alimenta una necessaria domanda di comprensione scientifica e di valutazione degli esiti. Il Progetto "Valutazione delle pratiche innovative di agricoltura sociale come opportunità di sviluppo rurale sostenibile e analisi delle implicazioni per le politiche" è scaturito proprio dall'esigenza, nata nell'ambito del TITRA, di promuovere attività di sperimentazioni in grado di valutare l'efficacia di interventi co-terapeutici sviluppati in ambito rurale sulla salute mentale e sulla qualità della vita di soggetti con disabilità, allo stesso tempo valutando le opportunità che tali esperienze potrebbero dare allo sviluppo rurale in termini di servizi socio-terapeutici innovativi.

Il Progetto è stato finanziato dal MiPAAF (2009-2011) e coordinato dall'INEA, in collaborazione con l'ISS. La partecipazione dell'ISS (Responsabile scientifico: Francesca Cirulli, Reparto di Neuroscienze comportamentali, Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze) ha apportato competenze specifiche nell'ambito dello studio di interventi innovativi per la gestione della disabilità, anche in relazione a interazioni

uomo-animale in ambito rurale. Infatti, oltre a garantire benefici derivanti dal cosiddetto *green exercise* (l'effetto sinergico di impegnarsi in un'attività fisica e nel contempo di essere a contatto con la natura), alcune di queste realtà agricole sono in grado di fornire al soggetto anche un contatto con il bestiame dell'azienda, che in alcuni casi si può configurare come una vera e propria "Attività Assistita con gli Animali", pratica sempre più utilizzata per favorire i contatti interpersonali attraverso meccanismi di facilitazione sociale (4, 5).

Il Progetto ha sviluppato un percorso articolato in cui si sono alternati momenti di analisi e momenti di incontro con le realtà operative (operatori agricoli e sociali direttamente impegnati in cooperativa/associazione/azienda e operatori delle strutture socio-sanitarie di riferimento). L'analisi di alcuni casi studio è apparsa come il punto di partenza per la valutazione dell'AS e ha permesso di individuare le peculiarità delle singole realtà, evidenziandone gli elementi che le caratterizzano come esperienze innovative di welfare.

Il fenomeno AS include realtà organizzative e forme d'intervento assai diverse tra loro, per quanto riguarda la loro diffusione, la tipologia di attività svolta, le finalità, la fonte di finanziamento e gli utenti a cui si rivolgono. Tale eterogeneità e, soprattutto, la mancanza di una legislazione condivisa può portare a una difficoltà nella distinzione dei ruoli dei diversi soggetti coinvolti nei progetti. È particolarmente sentita quindi l'esigenza di avere un quadro giuridico chiaro, in cui vengano formalizzati a livello generale e, nel particolare, a livello territoriale, le linee guida sull'AS (6).

Nella loro diversità, le esperienze prese in considerazione hanno mostrato tuttavia alcuni fattori comuni. La forma cooperativa appare come la forma giuridica più appropriata, soprattutto nella gestione dei rappor-





ti con i soggetti esterni che spesso sono pubblici. Tra le produzioni realizzate si predilige l'orticoltura, mentre la ristorazione e la vendita diretta dei prodotti appaiono fondamentali per promuovere relazioni sociali dei beneficiari con il mondo esterno all'azienda (oltre a rendere chiara la finalità commerciale e di consumo del lavoro realizzato) (7).

Tra le difficoltà emerse vi sono, oltre a una non chiara distinzione nei ruoli dei soggetti coinvolti, un non sempre sufficiente accompagnamento psicologico per gli utenti, la carenza di supporto da parte degli Enti locali e la mancata attivazione di determinati servizi (come, ad esempio, il trasporto dei soggetti presso la sede aziendale), difficoltà generalmente causate dalla mancanza di fondi pubblici, da cui i progetti di AS sono fortemente dipendenti (6).

Per superare tali difficoltà, il punto di partenza è da ricercare nel sistema di organizzazione dei servizi e soprattutto nel loro accreditamento, per consentire un pieno riconoscimento delle pratiche e delle aziende di AS su scala nazionale. I Paesi che hanno normato il fenomeno sono anche quelli dove si registra una più rapida diffusione delle iniziative (il Paese nel quale si riscontra un maggiore sviluppo è l'Olanda).

## Prospettive future

Nel complesso, a fronte di una grande potenzialità, il Progetto ha evidenziato la necessità di documentare l'efficacia delle diverse forme di terapie svolte in ambito rurale e che hanno come oggetto la salute mentale. A tal fine, il Reparto di Neuroscienze comportamentali dell'ISS si propone di avviare delle sperimentazioni che, utilizzando i metodi propri della ricerca scientifica,

ne possano attestare l'efficacia e, quindi, conquistarne il rispetto nella stessa comunità medica e scientifica a vantaggio di tutti. Va infatti ricordato che le terapie svolte in ambito rurale rappresentano elemento strategico nell'accompagnamento dell'evoluzione di una pratica che, oltre a valorizzare e mobilitare risorse ancora inespresse dell'agricoltura, potrebbe assicurare un ispessimento delle reti di protezione sociale, una diversificazione degli strumenti di intervento a supporto della popolazione e una più stretta integrazione tra attività di cura e azioni di inclusione sociale e lavorativa, in conformità con il Piano Sanitario Nazionale. ■

## Riferimenti bibliografici

1. Di Iacovo F. *Agricoltura sociale: quando le campagne coltivano valori*. Milano: Franco Angeli; 2008.
2. Di Iacovo F, O'Connor D. *Supporting policies for social farming in Europe: progressing multifunctionality in responsive rural areas*. Firenze: ARSIA, LCD; 2009.
3. Hassink J, van Dijk M (Ed.). *Farming for health: green care farming across Europe and the United States of America*. Dordrecht: Springer; 2006.
4. Cirulli F, Borgi M, Berry A, et al. Animal-assisted interventions as innovative tools for mental health. *Ann Ist Super Sanità* 2011;47(4):341-8.
5. Berget B, Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders. *Ann Ist Super Sanità* 2011;47(4):384-90.
6. Colombini A, Guidi F. Azienda agricola Biocolombini: economia solidale e marketing sociale. In: Cirulli F, Berry A, Borgi M, Francia N, Alleve E (Ed.). *L'agricoltura sociale come opportunità di sviluppo rurale sostenibile: prospettive di applicazione nel campo della salute mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (Rapporti ISTISAN 11/29).
7. Macrì MC. Analisi dei casi studio. In: Cirulli F, Berry A, Borgi M, Francia N, Alleve E (Ed.). *L'agricoltura sociale come opportunità di sviluppo rurale sostenibile: prospettive di applicazione nel campo della salute mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (Rapporti ISTISAN 11/29).

### Per approfondimenti consultare:

Cirulli F, Berry A, Borgi M, Francia N, Alleve E (Ed.). *L'agricoltura sociale come opportunità di sviluppo rurale sostenibile: prospettive di applicazione nel campo della salute mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (Rapporti ISTISAN 11/29).

Disponibile all'indirizzo web:

[www.iss.it/neco/pett/index.php?lang=1&tipo=5&anno=2012](http://www.iss.it/neco/pett/index.php?lang=1&tipo=5&anno=2012)

# ESPOSIZIONE ALLA FORMALDEIDE NELLE ABITAZIONI. ASPETTI SANITARI E NORMATIVI



Marco De Felice, Roberta Morlino e Giovanni Ziemacki  
Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

**RIASSUNTO** - La formaldeide è una delle sostanze organiche volatili presente nell'aria. Le fonti emissive principali per l'outdoor sono il traffico veicolare e le emissioni industriali e artigianali, mentre per l'indoor sono principalmente il mobilio in legno, le suppellettili in resine e il fumo di sigaretta. La formaldeide è prevalentemente presente nelle abitazioni rispetto all'outdoor. L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) la classifica come cancerogeno di classe 1. L'Istituto Superiore di Sanità ha apportato un contributo scientifico-tecnico contribuendo alla stesura del DLvo 10 ottobre 2008, che ha aggiornato la normativa che regola la presenza di formaldeide nei materiali da costruzione dei mobili. **Parole chiave:** formaldeide; IARC; Decreto 10 ottobre 2008

**SUMMARY** (*Exposure to formaldehyde in dwellings. Health and regulatory aspects*) - Formaldehyde is one of the volatile organic compounds found in air. The principal outdoor sources are automotive exhaust, industrial and handmade emissions, whilst indoor sources are wood and resin furniture and tobacco smoke. The concentration of formaldehyde is higher indoor than outdoor. The International Agency for Research on Cancer (IARC) classified formaldehyde as carcinogen of group 1. The Italian National Institute of Health has made a scientific and technical contribution to the drafting of the Legislation Decree of October 10, 2008, that updated the legislation by regulating the presence of formaldehyde in building materials and furniture.

**Key words:** formaldehyde; IARC; Legislative decree October 10 2008

marco.defelice@iss.it

La formaldeide (aldeide formica) fu scoperta nel 1867 dal chimico tedesco August Wilhelm von Hofmann; essa è una molecola molto semplice costituita da un atomo di carbonio, uno di ossigeno e due di idrogeno. Si presenta allo stato naturale come gas, avente un punto di ebollizione di  $-21\text{ }^{\circ}\text{C}$ , con odore pungente e irritante, e appartiene alla categoria delle sostanze organiche volatili.

La formaldeide è commercializzata generalmente in soluzione acquosa al 30-50% in peso ed è utilizzata come disinfettante (formalina) per conservare materiale biologico o alimentare (E-240). La maggior parte della formaldeide prodotta industrialmente è destinata alla produzione di resine termoindurenti polimeriche (fenoliche, melamminiche e ureiche), laminati plastici, adesivi e schiume isolanti, intermedio per la sintesi di vari derivati e agenti chelanti, solvente industriale, nel ciclo tessile come agente conciante (concia alle aldeidi delle pelli), fissante antipiega, fissante di materie coloranti, addensante per paste di stampa, indurente per pellicole fotografiche, conservante per il legno, colle e vernici, solvente per cosmetici e deodoranti.

Nelle abitazioni si ritrova prevalentemente nei mobili in legno truciolato e compensato, manufatti in MDF (*Medium-Density Fiberboard*), soprattutto quando sono nuovi. Anche l'abbigliamento e le tappezzerie, essendo la formaldeide utilizzata nelle stampe dei tessuti, possono essere fonti emissive (1-4). Inoltre, c'è da considerare il contributo come sottoprodotto di processi di combustione (fumo di sigaretta, incensi, profumanti per la casa, gas alimentare) (3-5).

## Aspetti sanitari

### Tossicologia

La pericolosità della formaldeide è legata prevalentemente alla sua volatilità; infatti, la via di penetrazione principale è quella respiratoria e, in conseguenza della sua elevata solubilità in acqua, riguarda soprattutto le prime vie aeree (naso, gola) con iperattività bronchiale e asma (6, 7).

L'effetto irritante è avvertibile già a concentrazioni molto basse. Gli effetti sugli occhi riguardano principalmente il loro arrossamento, ma si può arri-

vare a congiuntiviti e tumefazioni della palpebra (3). L'esposizione, specie se prolungata, può provocare effetti sul sistema nervoso centrale, con stanchezza, emicranie, nausea, sonnolenza, vertigini (3). Inoltre, può scatenare una reazione allergica, con relativo edema, infiammazione, lacrimazione e gola dolorante (7). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stilato, dopo numerosi studi epidemiologici, una serie di "soglie" di concentrazioni di formaldeide alle quali associare effetti sulla salute già a brevi esposizioni (Tabella 1).

## Esposizione

L'OMS, nel 1987, ha fissato un valore limite di qualità dell'aria di 0,1 mg/m<sup>3</sup>, ovvero la concentrazione oltre la quale si possono verificare fenomeni di irritazione (6). Inoltre, ha stabilito l'esposizione media di una giornata tipo, considerando la percentuale di tempo trascorso in casa, al lavoro e all'aria aperta, il volume d'aria respirato e calcolando i range di concentrazione e di esposizione (Tabella 2).

**Tabella 1** - Correlazione tra concentrazione di formaldeide ed effetti sulla salute umana. Fonte: OMS, 2000 (6)

Effetto	mg/m <sup>3</sup>
Percezione odore	0,03-1,2
Irritazione oculare	0,6-1,2
Irritazione gola e naso	0,1-3,1
Diminuzione percezione nasale (esposizione di 3-5 ore)	0,5-2,0
Infarto (esposizione più di 24 ore con moderata attività fisica)	2,4
Sensazione pungente occhi/naso	2,5-3,7
Tollerabilità alla lacrimazione	5-6,2
Forte lacrimazione per un'ora	12-25
Pericolo di morte, edema, infiammazione, polmoniti	37-60
Morte	60-125

## Cancerogenicità

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), considerando le informazioni provenienti da nuovi studi *in vivo* e *in vitro* e su evidenze epidemiologiche, ha portato la formaldeide in classe 1 (sostanza cancerogena per l'uomo) (7).

Il gruppo di studio della IARC ha stabilito, inoltre, che la formaldeide causa tumori naso-faringei nell'uomo e che vi è una limitata evidenza di associazione con il cancro della cavità nasale e paranasale e una forte, ma non sufficiente, evidenza per lo sviluppo di leucemia mieloide (7).

## Abitazioni

Il rilascio di formaldeide nelle abitazioni dai mobili e dalle varie suppellettili è dovuto principalmente alla sua presenza nei pannelli utilizzati per la fabbricazione del mobilio; infatti, in tutte le tipologie di pannelli (particellari, MDF, compensati, ecc.) sono utilizzate resine a base di formaldeide (8, 9), (Tabella 3).

Il calore e l'umidità possono aumentare il rilascio della formaldeide dai mobili, mentre una buona ventilazione, con un'umidità controllata (30%-50%), aumenta la salubrità dell'aria (3, 4). La ventilazione è molto importante come fattore di diluizione della concentrazione della formaldeide; è buona norma, ogni volta che si eseguono lavori e/o si acquista del mobilio nuovo, incrementare il ricambio d'aria.

Infine, talune piante da interno contribuiscono a diminuire la concentrazione della formaldeide, tra le quali, ad esempio, la felce di Boston e il ficus (3). ▶

**Tabella 2** - Range di esposizione alla formaldeide considerando i vari contributi degli ambienti frequentati. Fonte: OMS, 2000 (6)

Ambiente	Sorgente	Range di concentrazione (mg/m <sup>3</sup> )	Esposizione (mg/giorno)
Aria ambiente (10% tempo totale, 2 m <sup>3</sup> di aria respirata)	Aria	0,001-0,02	0,002-0,04
Abitazione (65% tempo totale, 10 m <sup>3</sup> di aria respirata)	Ambientale	0,03-0,06	0,3-0,6
	Mobili in legno	0,1	1,0
	Fumo passivo	0,05-0,35	0,5-3,5
Ambiente lavorativo (25% tempo totale, 8 m <sup>3</sup> di aria respirata)	Senza esposizione professionale	0,03-0,06	0,2-0,5
	Esposizione professionale	1,0	8,0
	Fumo passivo	0,05-0,35	0,4-2,8
Fumo attivo (20 sigarette/giorno)	Sigarette	60-130	0,9-2,0

**Tabella 3** - Sorgenti più comuni di formaldeide

<b>Prodotti in legno pressato</b>
Truciolato
Compensato
MDF
Materiali utilizzati per pensili, mobili, pavimenti e pareti
<b>Prodotti per consumatori</b>
Smalto e rinforzante per unghie
Carte da parati
Vernici
Rivestimenti
Isolanti
Conservante alimentare
Prodotti per parrucchieri
<b>Prodotti di resine melaminiche-ureiche</b>
Stoviglie
Posate
Tazze
Bicchieri
<b>Prodotti di fabbriche di stampaggio</b>
Vestiti
Biancheria
Tende
<b>Apparecchi da combustione</b>
Forno a legna
Apparecchi a gas
Stufe
<b>Tabacco</b>
Sigarette
Sigari

## Aspetti normativi

### Europa

In assenza di una normativa europea, inizialmente ci si basava su disposizioni del Deutsches Institut für Bautechnik (Istituto Tedesco per la Tecnica delle Costruzioni), che emanò una direttiva con la quale catalogava i pannelli in legno per uso edilizio. Nel 1994 la direttiva tedesca DIBt 100 recepisce quanto precedentemente pubblicato dalla *Gazzetta Ufficiale*

dell'Ufficio Federale per la Sanità (BGA) nel 1991 (10), classificando i valori di concentrazione delle emissioni in base al metodo EN utilizzato (Tabella 4).

Attualmente, la normativa europea prevede il controllo dell'emissione della formaldeide dai pannelli a base di legno con il metodo di riferimento EN 717-1 (metodo della camera di emissione) e su prove successive effettuate periodicamente con i metodi EN 120 (metodo di estrazione con perforatore, per pannelli grezzi di particelle, MDF o OSB) ed EN 717-2 (metodo dell'analisi del gas, per compensati, pannelli in legno massiccio, LVL, pannelli rivestiti).

La classificazione dei pannelli in legno e loro specifiche e requisiti generali (tra cui l'emissione di formaldeide), è regolata secondo le norme europee EN 312 (pannelli di particelle), EN 622-1 (pannelli di fibra di legno), EN 1084 (pannelli di legno compensato) e la UNI EN 13986 (pannelli a base di legno per l'utilizzo nelle costruzioni - caratteristiche, valutazione di conformità e marcatura), in cui si recepisce la classe di emissione E1 (Tabella 5).

Le norme UNI EN sono state nel tempo oggetto di modifiche, in modo da poter avere validità per tutti gli Stati Membri e convertite in norme ISO, in modo da avere un valore internazionale. Si hanno infatti le norme ISO 12460-1 (derivata dalla EN 717-1), 12460-2 (derivata dalla ASTM D 6007), 12460-3 (derivata dalla EN 717-2), 12460-4 (derivata dalla JANS 16) e 12460-5 (derivata dalla EN 120).

### Italia

Il recepimento nella normativa italiana inizia con il DPR n. 904 del 10 settembre 1982 "Attuazione della direttiva 76/769/CEE relativa alla immissione sul mercato ed all'uso di talune sostanze e preparati pericolosi".

**Tabella 4** - Classificazione E1 secondo la DIBt 100 tedesca del giugno 1994

Classificazione	EN 717-1	EN 120		EN 717-2	
	ppm	mg formaldeide/100 g prodotto		mg formaldeide/m <sup>2</sup> h	
		Valore medio	Valore singolo	Valore medio	Valore singolo
Pannelli di particelle grezzi	0,1	≤6,5	≤8,0		
Pannelli di fibre grezzi	0,1	≤7,0	≤8,0		
Pannelli rivestiti	0,1			≤2,5	≤3,5
Pannelli destinati al rivestimento	0,1		≤10		
Compensati e piallacci grezzi	0,1	Entro 3 giorni dalla produzione		≤5,0	≤6,0
		Dopo 28 giorni dalla produzione		≤2,5	≤3,5
Compensati rivestiti			≤6,5	≤2,5	≤3,5

Tabella 5 - Emissione di formaldeide. Classificazione dei pannelli secondo la normativa tecnica

Tipo di pannello	Norma	Classe	Metodo	Requisito	
				Valore	Unità di misura
Particelle (truciolato)	EN 312-1	1	EN 120	≤8,0	mg/100g
		2			
MDF (fibre a media densità)	EN 622-1	A	EN 120	≤9,0	mg/100g
		B		≤40,0	
Compensato	EN 1084	A	EN 712-2	≤3,5	mg/m <sup>2</sup> h
		B		≤8,0	
		C		≤8,0	

Successivamente, la Circolare n. 57 del Ministero della Sanità del 22 giugno 1983, “Usi della formaldeide: rischi connessi alle possibili modalità di impiego”, assume come limite massimo di esposizione negli ambienti di vita il valore di 0,1 ppm (0,124 mg/m<sup>3</sup>).

In seguito, il DM del 15 aprile 1994 recepisce la norma UNI EN 712-2, inserendo la formaldeide tra gli inquinanti di interesse prioritario.

Il successivo DLvo 351/99 inserisce la formaldeide negli inquinanti che sono disciplinati dalle direttive dell'Unione Europea, indicando gli “inquinanti da considerare nel quadro della valutazione e della gestione della qualità dell'aria ambiente”.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Ministero della Salute, ha apportato contributi tecnico-scientifici per la stesura di un DM. Il 6 giugno 2008 l'ISS ha rappresentato presso la Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, insieme a una rappresentanza del Ministero della Salute, la necessità dell'approvazione della normativa per “la definizione di un limite di emissione della formaldeide nei manufatti in legno”, utilizzati in ambienti di vita, al fine di tutelare la salute pubblica. Tale limite è stato fissato a 0,1 ppm con l'approvazione del DM 10 ottobre 2008 (11).

In Italia, dopo la pubblicazione del Decreto, è vietato quindi importare pannelli, semilavorati e prodotti finiti a base di legno con emissioni superiori alla certificazione E1 (art. 4). Il Ministero ha stabilito che si avvarrà della collaborazione dell'ISS per l'attività di vigilanza (art. 6) e comminerà sanzioni a chi immette sul mercato manufatti, semilavorati e prodotti finiti contenenti formaldeide in difformità alle previsioni del decreto approvato (art. 7). Il Ministero, nel 2009, ha prodotto una circolare esplicativa, indirizzata alle autorità competenti a livello regionale, per fornire chiarimenti riguardo i procedimenti di prova, tipo e frequenza dei controlli, le dichiarazioni di conformità e i ruoli di responsabilità della catena produttiva e commerciale. ■

### Riferimenti bibliografici

1. De Felice M, Morlino R, Fuselli S. Composti carbonilici: monitoraggio indoor ed outdoor in una zona urbana di Roma. *I quaderni di Ecomondo* 2007;511-4.
2. Fuselli S, De Felice M, Morlino R. Formaldeide nelle abitazioni. In: Santarsiero A, Fuselli S (Ed.). *Convegno nazionale. Inquinamento indoor residenziale-abitazione e qualità dell'aria. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 9 ottobre 2009. Riassunti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (ISTISAN Congressi 09/C7).
3. Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale - ISPRA. *Ambienti confinati. Inquinamento indoor in casa* ([www.indoor.apat.gov.it/site/it-IT/AMBIENTI\\_CONFINATI/Casa/](http://www.indoor.apat.gov.it/site/it-IT/AMBIENTI_CONFINATI/Casa/)).
4. California Environmental Protection Agency. Air Resource Board. Formaldehyde in the home. *Indoor Air Quality Guideline* 2004;1:1-16.
5. Steven S, Hang H, Jian ZY. Concentrations of formaldehyde and other carbonyls in environments affected by incense burning. *J Environ Monit* 2002;4(5):728-33.
6. WHO Regional Office for Europe. *Air quality guidelines for Europe*. Copenhagen; 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).
7. The International Agency for Research on Cancer (IARC). Formaldehyde, 2-Butoxyethanol and 1-tert-Butoxypropan-2-ol. IARC Monographs on The Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. 2006:88.
8. European Concerted Action. Indoor air quality & its impact on man. Report No. 10. Effects of indoor air pollution on human health. EUR 14086.
9. Bulian F. Il problema formaldeide nel settore legno-arredo. *CATAS* ([www.catas.info/sito/upload/Legno\\_e\\_formaldeide.pdf](http://www.catas.info/sito/upload/Legno_e_formaldeide.pdf)).
10. Germania. Procedimenti di prova per i materiali in legno. *Gesetzblatt von dem Bundesgesundheitsamt, BGA (Gazzetta Ufficiale dell'Ufficio Federale per la Sanità)*, ottobre 1991, n. 10.
11. Italia. Decreto legislativo 10 ottobre 2008. Disposizioni atte a regolamentare l'emissione di aldeide formica da pannelli a base di legno e manufatti con essi realizzati in ambienti di vita e soggiorno. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 288, 10 dicembre 2008.

NEWS

## Vaccino anti-HIV/AIDS: è in corso la nuova sperimentazione di Fase 1 della proteina Tat associata ad Env

**S**ono in corso gli arruolamenti nella sperimentazione clinica di fase I del vaccino preventivo contro l'HIV/AIDS (studio ISS P-002), sponsorizzato dal Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità. Questo studio è basato sull'associazione della proteina Tat, che è già in fase avanzata di sperimentazione in studi clinici terapeutici di Fase II in Italia e Sud Africa, e la proteina Env, fornita da Novartis nell'ambito di una collaborazione nel progetto europeo AVIP.

La sperimentazione verrà condotta su 50 soggetti sani adulti con l'obiettivo di valutare la sicurezza e l'immunogenicità del nuovo candidato vaccinale.

L'arruolamento dei volontari è in corso esclusivamente presso la Divisione di Malattie Infettive del Policlinico di Modena, la Divisione di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, e la Dermatologia Infettiva dell'IFO - San Gallicano di Roma.

Per ulteriori approfondimenti sul vaccino è possibile consultare anche i siti:

[www.iss.it/aids](http://www.iss.it/aids) e [www.hiv1tat-vaccines.info](http://www.hiv1tat-vaccines.info)



Il Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità ha avviato la prima fase di sperimentazione clinica di un vaccino preventivo dell'infezione da HIV/AIDS

- Sei una persona con comportamenti a rischio per infezioni a trasmissione sessuale?
- Sei il partner sieronegativo di una persona con HIV?
- Sei un familiare o un amico di una persona con HIV?

Sei interessato a far parte di uno studio contro l'HIV/AIDS?

**Se sì, sarebbe importante  
la tua partecipazione!**

Per saperne di più puoi chiamare in anonimato:

**Policlinico di Modena, Dr. Franceschini, Tel 059-4225800**  
Lunedì - venerdì, 10.00 - 13.00 e 14.00 - 16.00

**Ospedale di Monza, Dr. Ferro, Tel 039-2319111**  
Lunedì - venerdì, 9.00 - 17.00

**IFO-S. Gallicano di Roma, Dr. Palamara, Tel 06-5286288**  
Lunedì - venerdì, 13.00 - 18.00

oppure:

Il Telefono Verde AIDS e IST dell'ISS 800.861.061

dal lunedì al venerdì, dalle ore 13.00 alle ore 18.00

La telefonata non rappresenta un impegno all'arruolamento

<http://www.iss.it/aids>

NEWS



## Venticinque anni di attività del Telefono Verde AIDS e IST dell'Istituto Superiore di Sanità: dal counselling telefonico all'intervento in Rete

*Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 20 giugno 2012*

**L'**Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione (UO RCF) del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate dell'Istituto Superiore di Sanità, all'interno della quale si colloca il Telefono Verde AIDS e IST - **800.861.061**, in occasione dei 25 anni di attività del Servizio organizzerà un evento che vedrà la partecipazione di esperti nazionali sul tema dell'HIV/AIDS/IST Counselling Telefonico. La giornata rappresenterà un'occasione di riflessione e di confronto sul ruolo svolto negli anni dal Telefono Verde AIDS nelle strategie di prevenzione dell'infezione da HIV. Verrà, inoltre, fornita una panoramica dell'attività svolta da altre AIDS Helpline presenti sul territorio italiano e si focalizzerà l'attenzione sulla rilevanza strategica del contributo dato dai diversi Servizi Telefonici al Network Re.Te.AIDS (coordinato dall'UO RCF), costituitosi nell'ambito di due Progetti "Creazione e Coordinamento di una Rete tra Servizi Telefonici italiani governativi e non, impegnati nella prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS" e "Ampliamento e Consolidamento della Rete Italiana dei Servizi di Counselling Telefonico per la messa a punto di interventi di prevenzione dell'infezione da HIV", entrambi promossi e finanziati dal Ministero della Salute, sotto la responsabilità scientifica dell'UO RCF.

Per ulteriori delucidazioni in merito contattare l'UO RCF: tel. **064990 2168**, e-mail **tvaidss@iss.it**

## UN ESEMPIO DI INVECCHIAMENTO ATTIVO: I GRUPPI DI CAMMINO NELLE ASL LIGURI

Claudio Culotta, Patricia Fortini e Davide Bozzolo  
Struttura Semplice di Epidemiologia, ASL 3 Genovese

**SUMMARY** (*Walking groups in Liguria Region: an example of active and healthy ageing*) - Since 2008 in Liguria, an Italian region with aging index of 235, among different initiatives for healthy and active ageing, 63 walking groups of elderly were promoted by local health authorities. Participants mean satisfaction rate was 10.2 (scale 0-12). Investing in stakeholders networking seems to be a promising way towards sustainability.

**Key words:** aged; physical activity; prevention and control

claudio.culotta@asl3.liguria.it

In Italia, come in molti Paesi occidentali, gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un evidente fenomeno demografico: l'invecchiamento della popolazione.

L'incremento della popolazione anziana è rilevante in Liguria e particolarmente a Genova. I dati che emergono dal "Profilo di salute 2011" della ASL 3 Genovese evidenziano che la popolazione residente ha un'età media di 48 anni, notevolmente più elevata della media italiana, pari a 43 anni, con un indice di vecchiaia di 235, il più elevato in Italia (la media nazionale è pari a 144). La popolazione ligure ha una buona aspettativa di vita (79 anni per gli uomini, 84 per le donne), in linea con la media nazionale, ma l'aspettativa di vita in buona salute risulta essere pari a 56,88 anni nei maschi e a 51,67 anni nelle femmine (1).

L'invecchiamento della popolazione è inevitabilmente associato a una crescente prevalenza di malattie cronico-degenerative, come le patologie cardiovascolari, il diabete, alcune forme tumorali (colon, mammella, endometrio), la diminuzione delle capacità cognitive e lo stato di depressione.

La sedentarietà costituisce un fattore di rischio rilevante per molte di queste malattie o disturbi (2, 3), ma si corre anche ad altri importanti problemi dell'anziano, quali l'osteoporosi, le cadute e le conseguenti fratture che pos-

sono determinare complicanze, potenzialmente gravi, sia sul piano fisico sia della qualità di vita.

L'esercizio fisico moderato e regolare è in grado di ritardare o ridurre l'insorgenza delle principali malattie croniche. Inoltre, il movimento riduce i fattori di rischio legati alle cadute e alle fratture, aumentando la forza muscolare e migliorando l'equilibrio, diminuisce il livello di ansia e depressione e il conseguente utilizzo di psicofarmaci, favorisce la socializzazione e aumenta il senso di sicurezza e di autostima. Per tutti questi motivi l'attività fisica ha un effetto positivo sulla qualità di vita dell'anziano (4-9).

In Liguria sono state programmate e implementate numerose iniziative volte a migliorare la salute e il benessere degli anziani, sia nell'ambito degli ultimi Piani Regionali per la Prevenzione (PRP), che di una più vasta collaborazione socio-sanitaria, promossa dall'Assessorato regionale alle Politiche sociali, in collaborazione con associazioni e fondazioni non a scopo di lucro. In questo contesto è stata approvata e finanziata una legge sull'invecchiamento attivo ed è stato finanziato un progetto denominato "Età libera e invecchiamento attivo".

Tra le iniziative sopra accennate, alcune si propongono di promuovere l'attività fisica negli anziani, attraverso la ginnastica dolce, l'attività fisica adattata e i gruppi di cammino.

Il presente lavoro si propone di fornire alcune informazioni su metodi, strumenti e risultati dell'esperienza ligure relativa ai gruppi di cammino.

Per gruppo di cammino si intende un gruppo organizzato di persone che si ritrova due volte alla settimana per camminare lungo un percorso urbano o extra urbano, inizialmente con la guida di un esperto del movimento e successivamente di un *walking leader* interno al gruppo e appositamente formato.

Il progetto è attivo dal 2008 ed è stato inserito nel PRP 2005-09 e nel successivo 2010-12. Dal 2009 si avvale di un finanziamento specifico del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute inerente l'area "Sostegno alle regioni per l'implementazione del PNP e di Guadagnare Salute".

### Metodi

Il target è costituito da adulti ultraquarantenni e anziani. L'obiettivo generale è quello di promuovere il cammino nella vita di tutti i giorni e migliorare la qualità di vita dei partecipanti. L'attivazione del progetto ha richiesto la creazione di una rete di collaborazione con portatori d'interesse come associazioni, comuni, municipi, operatori sanitari e sociali e l'attivazione di specifici accordi con il corso di laurea in Scienze motorie dell'Università di Genova e con ►

l'Unione italiana sport per tutti. Tale rete ha fatto *advocacy* sull'iniziativa dei gruppi di cammino e sul loro potenziale ruolo nell'ambito delle politiche locali inerenti la mobilità e i trasporti, anche in sinergia con altri progetti rivolti a target differenti ma aventi analoghe finalità generali, come ad esempio il progetto "Pedibus - percorsi sicuri casa-scuola" (10).

La sostenibilità nel tempo dell'iniziativa appare fondamentale, in particolare il ruolo del *walking leader* che garantisce la continuità del gruppo anche nel momento in cui si esauriscono le risorse finanziarie specificamente finalizzate a retribuire l'insegnante esperto in scienze motorie. Pertanto, nelle ASL liguri sono state implementate una serie di iniziative a sostegno della figura del *walking leader*, quali la predisposizione di un manuale appositamente dedicato e l'organizzazione di incontri periodici di formazione e aggiornamento, sia presso i singoli gruppi sia in forma collettiva presso le sedi delle ASL.

In alcuni casi sono stati creati dei gruppi di cammino con particolari caratteristiche, al fine di facilitare la partecipazione od ottenere migliori risultati nell'ambito dell'integrazione sociale. Ad esempio, in un caso il gruppo si è svolto in un orario tardo pomeridiano per facilitare la partecipazione di persone che lavoravano; in un altro caso il gruppo è nato come multietnico, per favorire la partecipazione di persone appartenenti a diverse culture.

### Risultati

Dal 2008 a oggi sono stati attivati 63 gruppi in Liguria: 41 nella ASL 3 Genovese, 6 nella ASL 5 Spezzina, 4 nella ASL 4 Chiavarese, 9 nella ASL 2 Savonese e 3 nella ASL 1 Imperiese. Attualmente sono ancora attivi 41 gruppi: 28 con *walking leader*, 13 con istruttore. Complessivamente il *walking leader* è stato attivato in 32 gruppi.

Dal 2010 sono stati sistematicamente raccolti alcuni indicatori di processo ed esito quali: distribuzione per età e sesso dei partecipanti, percentuale media di partecipazione, indice di gradimento e di modifica dello stile di vita, percentuali di gruppi con *walking leader* sul totale di quelli attivati.

Tali indicatori sono al momento disponibili per 22 gruppi. In questi, l'età media dei partecipanti è risultata es-

sere pari a 65 anni, con rilevante prevalenza delle donne (85%). Il numero medio di partecipanti per gruppo è stato pari a 12. Il gradimento dell'iniziativa in media è stato alto (10,12 su una scala da 0 a 12). Apprezzabile la modifica dello stile di vita (alla domanda: "A parte il cammino praticato nel gruppo, ha aumentato il cammino nella sua vita di tutti i giorni?", hanno risposto: 0 = per niente, 1 = poco, 2 = molto, 3 = moltissimo; la media dei punteggi rilevati è risultata pari a 1,52).

### Conclusioni

Per il successo dell'iniziativa è parsa essenziale la collaborazione interdisciplinare e intersettoriale, in particolare tramite il coinvolgimento dei portatori di interesse, ma la rete di collaborazioni dovrà essere mantenuta e ulteriormente rafforzata in futuro. Al momento attuale i due terzi dei gruppi costituiti risultano ancora attivi e, fra questi, due su tre vengono condotti da un *walking leader* la cui presenza, oltre a favorire la sostenibilità nel tempo del progetto, costituisce un indicatore della partecipazione attiva del target e quindi di un reale cambiamento nello stile di vita. Nella nostra esperienza, l'entusiasmo e la dedizione dei *walking leader* - spesso rappresentati da persone anziane che a titolo di volontariato sostengono questa iniziativa - sono stati in grado di motivare molte persone, consentendo non solo di mantenere ma anche di accrescere la numerosità e la coesione dei gruppi. In accordo con le esperienze di altre regioni, nel prossimo futuro si sperimenteranno dei gruppi rivolti a specifici target, come le donne in menopausa o quelle che hanno avuto recentemente un bambino. Un'altra novità che si intende introdurre a breve, sempre in collaborazione con altre regioni, è il rafforzamento della rete di collaborazione fra tutti i portatori di interesse attraverso protocolli di intesa formali con alcuni comuni, intenzionati ad adottare la Carta di Toronto (11), attraverso la quale "le organizzazioni e gli individui interessati a promuovere l'attività fisica possono sensibilizzare e unire i decisori a livello nazionale, regionale e locale nel raggiungere un obiettivo condiviso. Queste organizzazioni comprendono i settori della sanità, dei trasporti,

dell'ambiente, dello sport e del tempo libero, dell'istruzione e della formazione, della pianificazione urbanistica, oltre all'amministrazione pubblica, alla società civile e al settore privato". ■

### Riferimenti bibliografici

1. ISTAT, Health for all - Italia ([www.istat.it/it/archivio/14562](http://www.istat.it/it/archivio/14562)).
2. World Health Organization, Global recommendations on physical activity for health - 2010 ([www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf)).
3. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health: a report of the surgeon general ([www.cdc.gov/nccdphp/sgr/index.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/index.htm)).
4. Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age Ageing* 2001;30(S4):3-7.
5. Ganz DA, Higashi T, Rubenstein LZ. Monitoring falls in cohort studies of community-dwelling older people: effect of the recall interval. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(12):2190-4.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Assessment and prevention of falls in older people (Clinical guidelines CG21) ([www.nice.org.uk/CG021](http://www.nice.org.uk/CG021)).
7. Programma nazionale per le linee guida. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (Documento 13/2007) ([www.snlg-iss.it/lgn\\_cadute\\_da\\_incidente\\_domestico\\_negli\\_anziani](http://www.snlg-iss.it/lgn_cadute_da_incidente_domestico_negli_anziani)).
8. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* 1994;121(6):442-51.
9. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, et al. *Interventions for preventing falls in elderly people (Review)*. Hoboken (NY): John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
10. World Health Organization. Collaboration between the health and transport sectors in promoting physical activity. Examples from European countries ([www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2007/collaboration-between-the-health-and-transport-sectors-in-promoting-physical-activity-examples-from-european-countries](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2007/collaboration-between-the-health-and-transport-sectors-in-promoting-physical-activity-examples-from-european-countries)).
11. Carta di Toronto per l'attività fisica: una chiamata globale all'azione ([www.reteccittasane.it/news/carta-di-toronto](http://www.reteccittasane.it/news/carta-di-toronto)).

## L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE: OPPORTUNITÀ O SFIDA?

Lucia Galluzzo, Claudia Gandin, Silvia Ghirini ed Emanuele Scafato

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

**SUMMARY** (*Population ageing: opportunity or challenge?*) - The increase in longevity is a tangible achievement of our times. On the other hand, it represents one of the greatest challenges for the immediate future. Only a systematic, urgent and adequate commitment, at socioeconomic, health and research level, will be able to turn this threat into an opportunity.

**Key words:** aging; population; public health

lucia.galluzzo@iss.it

Il progressivo invecchiamento della popolazione è ormai noto a tutti, esperti e non. Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del 21° secolo è il fatto di assistere a una ridistribuzione demografica senza precedenti, in cui entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato (1, 2).

Parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si è verificata una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronicodegenerative. Nei Paesi più ricchi, il maggior carico di malattia (GBD, global burden of disease), misurato in anni di vita aggiustati per disabilità (DALY, disability-adjusted life years), è attribuibile alle patologie cardio e cerebrovascolari e ai disturbi neuropsichiatrici, tra cui la depressione, la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza (3). Tanto nei Paesi in via di sviluppo che in quelli a più alto reddito, si prevede che il numero di soggetti con disabilità, derivante principalmente dalle malattie non trasmissibili, aumenterà proporzionalmente alla crescita della popolazione, con una più alta percentuale proprio nelle classi di età più avanzata.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita e il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto *longevity*

*shock*, recentemente sottolineato dal Fondo Monetario Internazionale (4). È inoltre evidente che la doppia transizione, epidemiologica e demografica, incrementerà inevitabilmente l'incidenza di numerose patologie neurodegenerative che si caratterizzano per il deficit cognitivo *age associated*, prima tra tutte la malattia di Alzheimer, come ha evidenziato il Progetto IPREA (Italian Project on the Epidemiology of Alzheimer's disease) (5). L'attuale evoluzione richiede, quindi, una ridefinizione delle misure e delle risorse destinate alle fasce di popolazione anziana, in cui più alto è il rischio di malattia e di perdita di autosufficienza.

Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di ultra65enni ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con un'attesa di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) (6).

Se da un lato l'aumento della longevità rappresenta indubbiamente una grande conquista, in quanto testimonia il crescente miglioramento delle condizioni di vita e i progressi della medicina, dall'altro potrebbe trasformarsi in una minaccia per l'immediato futuro, nel caso in cui non fosse controbilanciato da una rinnovata capacità di programmazione di opportuni, sistematici e urgenti interventi di politica sanitaria che investano la ricerca, l'assistenza e il benessere degli anziani, tenendo in considerazione l'evoluzione del concetto stesso di invecchiamento.

### Evoluzione del concetto di invecchiamento

Nell'accezione corrente, l'invecchiamento è un processo multifattoriale caratterizzato da una progressiva perdita delle capacità funzionali e da una crescente comorbidità, proporzionali all'avanzamento dell'età e che investono l'intero arco della vita.

Lo stato di salute dell'anziano non è più identificato unicamente con la ridotta presenza di malattia, ma con il man-

tenimento del benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di polipatologie. Per questo motivo, uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per misurare il benessere e lo stato di salute della popolazione è l'aspettativa di vita libera da disabilità (DFLE, disability free life expectancy), un indicatore composito che combina informazioni su mortalità e disabilità, estendendo il concetto di aspettativa di vita al di là del semplice numero di anni vissuti, quantificando quanti di questi siano realmente vissuti senza limitazioni nelle attività quotidiane (ADL, activities of daily living e IADL, instrumental activities of daily living).

L'originalità del nuovo orientamento risiede nell'aver individuato come obiettivi fondamentali il mantenimento dell'autosufficienza e della qualità della vita dell'anziano. Oltre al trattamento specialistico e riabilitativo della malattia, compito che comunque rimane essenziale, l'obiettivo che ci si deve prefiggere è quello di attuare interventi di prevenzione in grado di minimizzare i principali fattori di rischio e promuovere adeguati stili di vita in ogni età, favorendo parallelamente l'accesso ai servizi e l'integrazione del soggetto nel proprio contesto sociale.

Tale orientamento è stato recepito dall'Unione Europea, che ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha dedicato la Giornata Mondiale della Salute 2012 a "Invecchiamento e salute: la buona salute aggiunge vita agli anni" (2).

### Prospettive a livello sociosanitario e assistenziale

Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni am- ▶

bientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.

Una delle possibili risposte a questa esigenza è rappresentata dalla rete integrata dei servizi sociosanitari che vede l'interazione di diverse figure professionali (medico, assistente sociale, infermiere professionale, fisioterapista, ecc.), al fine di inquadrare l'anziano nella sua unitarietà, individuando precocemente l'anziano "fragile" (a rischio di perdere l'autosufficienza), di delineare un programma di intervento personalizzato e verificarne periodicamente l'efficacia, adattandolo all'evolversi della situazione.

Attraverso la valutazione multidimensionale è possibile analizzare il grado di salute fisica e psichica, il livello di disabilità e handicap, la situazione familiare, socioambientale ed economica, e il rischio di perdita dell'autosufficienza. Per delineare un programma di intervento, che sia non solo adatto al soggetto ma anche realizzabile, l'attività di valutazione deve conoscere in dettaglio quali sono le strutture (reparto geriatrico, residenza sanitaria assistenziale, day hospital, casa di riposo, ecc.) e i servizi (assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, centri diurni, servizi sociali, volontariato, ecc.) disponibili sul territorio.

La figura che gestisce le indicazioni maturate attraverso la valutazione multidimensionale e che organizza e collega gli interventi relativi alla sfera sanitaria, sociale, individuale e familiare è il cosiddetto *case manager*. Tale ruolo può essere ricoperto dal soggetto stesso, se in discrete condizioni psico-fisiche, o in alternativa da un suo familiare, da un assistente sociale, da un volontario, o dal medico curante.

In conclusione, la rete integrata dei servizi dovrebbe essere lo strumento per coordinare gli interventi destinati agli anziani, al fine di migliorarne l'impatto benefico e indirizzare, secondo criteri etici, logici ed economici, l'allocazione delle scarse risorse disponibili per prolungare il mantenimento di una vita attiva, sia dal punto di vista fisico che intellettuale e sociale. Purtroppo, stando ai risultati del progetto "ULISSE - Osservatorio per la qualità dell'assistenza dell'anziano fragile" questo obiettivo in Italia è ancora lontano (7): i servizi sanitari per l'anziano, sia domiciliari, che per acuti o di lungodegenza, sono genericamente insufficienti e soffrono di una consistente eterogeneità e frammentazione; gli individui che vi accedono hanno un'età media superiore agli 80 anni, un'alta prevalenza di

multimorbilità e un elevato consumo di farmaci. Sono, inoltre, caratterizzati da alti livelli di disabilità e ben il 70% degli istituzionalizzati soffre di deterioramento cognitivo, di cui il 40% di grado severo.

### Prospettive nell'ambito della ricerca scientifica

La ricerca sull'invecchiamento spesso non è vista come ambito a sé stante, ma come somma delle singole attività di ricerca dedicate alle specifiche patologie e alterazioni che si manifestano nell'anziano. In questo modo, si tende a sottovalutare l'acquisizione di una visione d'insieme dei meccanismi e dei processi che portano dalla vulnerabilità all'instaurarsi, spesso concomitante, di particolari condizioni patologiche legate all'età.

È necessario potenziare e finanziare la ricerca sull'invecchiamento come entità indipendente e complessa, riconoscendo l'enorme ritorno che gli investimenti in tal senso potrebbero assicurare all'intera società, attraverso l'individuazione dei fattori, non solo sanitari, ma anche di carattere assistenziale, sociale, economico e ambientale, che favoriscono l'invecchiamento attivo e in buona salute. Tali risultati vanno poi tradotti in percorsi di *best practices*, così come sottolineato nella Road Map for European Ageing Research (8) presentata al Parlamento Europeo lo scorso ottobre e alla cui stesura hanno contribuito centinaia di esperti, tra cui quelli dell'Istituto Superiore di Sanità.

Un evidente ostacolo alla ricerca scientifica in generale è rappresentato dall'attuale crisi economica e dalla conseguente riduzione dei finanziamenti a essa destinati. In ambito epidemiologico, risulta praticamente impossibile progettare e intraprendere studi *ex novo* di ampio respiro su vaste coorti, gli unici in grado di fornire un quadro completo dell'evolversi dello stato di salute e di malattia, individuando i fattori correlati alle modificazioni osservate. È quindi fondamentale massimizzare il potenziale rappresentato dalle banche dati e da quelle biologiche esistenti, derivanti da coorti storiche di anziani, investire risorse nella loro integrazione, anche con approcci a basso costo, quali il *record linkage*, e nell'attivazione di ulteriori analisi longitudinali che consentano di fornire indicazioni utili per la programmazione sanitaria e la prevenzione, come dimostrato da alcuni recenti risultati ottenuti proseguendo le analisi dei dati derivanti dalla coorte dell'Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA) (9, 10). ■

### Riferimenti bibliografici

1. Kinsella K, He W. *An aging world: 2008*. US Census Bureau. *International Population Reports* (P95/09-1). US Gov Printing Office; 2009.
2. World Health Organization. World Health Day 2012 - Ageing and health - Toolkit for event organizers. WHO; 2012 ([http://whqlib.doc.who.int/hq/2012/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.1\\_eng.pdf](http://whqlib.doc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.1_eng.pdf)).
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL (Ed.). *Global burden of disease and risk factors*. Washington (DC): World Bank; 2006.
4. International Monetary Fund. Global financial stability report: the quest for lasting stability - 2012 ([www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/2012/01/index.htm](http://www.imf.org/External/Pubs/FT/GFSR/2012/01/index.htm)).
5. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al. Prevalence of aging-associated cognitive decline in an Italian elderly population: results from cross-sectional phase of Italian PProject on the Epidemiology of Alzheimer's disease (IPREA). *Ageing Clin Exp Res* 2010;22(5-6):440-9.
6. United Nations. World population ageing 1950-2050 ([www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050)).
7. Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al. Health care for older people in Italy: the ULISSE Project (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano - A computerized network on health care services for older people). *J Nutr Health Aging* 2010;14(3):238-42.
8. Futurage. A road map for European ageing research. October 2011 ([www.futurage.group.shef.ac.uk/road-map.html](http://www.futurage.group.shef.ac.uk/road-map.html)).
9. Solfrizzi V, Scafato E, Frisardi V, et al. Frailty syndrome and all-cause mortality in demented patients: the Italian longitudinal study on aging. *Age (Dordr)* 2012;34(2):507-17.
10. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, et al. Changes in severity of depressive symptoms and mortality: the Italian longitudinal study on aging. *Psychol Med* 2012;1-11 (in press).

#### Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Arianna Dittami  
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

#### Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso  
 e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)

---

## Convegno

# COMPLESSITÀ EMERGENTE IN MEDICINA: LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA NELLE FRONTIERE ETICHE E SCIENTIFICHE. UN CONCORSO DI IDEE

*Istituto Superiore di Sanità*  
**Roma, 14 dicembre 2011**

Patrizia Popoli  
*Dipartimento del Farmaco, ISS*

---

**RIASSUNTO** - Il 14 dicembre 2011, presso l'Istituto Superiore di Sanità, si è svolto il Convegno "Complessità emergente in medicina: la centralità della persona nelle frontiere etiche e scientifiche. Un concorso di idee". Il Convegno, che ha rappresentato un'occasione di dibattito e di confronto sulla complessità e sul cambiamento dell'attuale idea di medicina e di cura, ha suscitato un notevole interesse tra i partecipanti.

**Parole chiave:** medicina; persona; complessità

**SUMMARY** (*Emerging complexity in medicine: the central role of the person in the new ethical/scientific frontiers*) - On December 14, 2011 the Italian National Institute of Health hosted the workshop "Emerging complexity in medicine: the central role of the person in the new ethical/scientific frontiers". The workshop, which represented a forum for discussing the complexity and the evolution of the concept of medicine and cure, roused a great interest among the participants.

**Key words:** medicine; person; complexity

patrizia.popoli@iss.it

---

**I**l secondo appuntamento sulla complessità emergente in medicina, che giunge a meno di due anni dal precedente convegno internazionale ("Emerging complexity in medicine: how to translate new scientific advancements into better patient care") riprende il tema dell'evoluzione del concetto di medicina concentrandosi, questa volta, sulla centralità della persona malata.

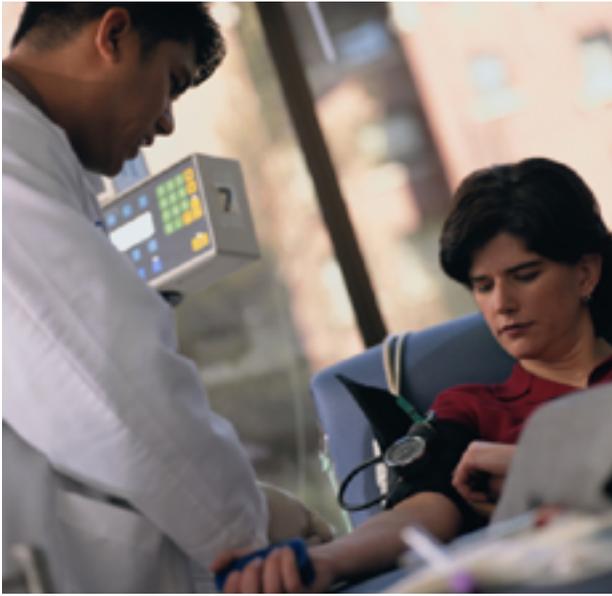
Come ben si evince dalla dicitura "un concorso di idee", il Convegno è stato concepito come un'occasione di dibattito e di confronto sulla complessità, e sul cambiamento, dell'attuale idea di medicina. Il taglio stesso del Convegno (pochi interventi concentrati in una sola mattinata, con ampio spazio concesso alla discussione generale) testimonia la volontà di iniziare a porre il problema (gettando, come è stato detto, "un primo sasso nello stagno"), senza avere la pretesa di sviscerare esaurientemente un tema così delicato e complesso.

L'idea di base del Convegno è che l'approccio centrato sulla malattia (nel quale l'attenzione viene posta sulla patologia, o addirittura sul singolo sintomo o su una specifica parte del corpo del paziente), dovrebbe essere sostituito dall'approccio centrato sulla persona (nel quale vengono perseguiti non solo l'assenza di sintomi, ma più generalmente il benessere e la salute dell'individuo in quanto tale). L'esigenza di questo importante ripensamento nasce essenzialmente dall'osservazione che, a dispetto dei numerosi progressi scientifici e dell'acquisizione di sempre maggiori conoscenze, l'attuale idea di medicina non è più soddisfacente.

La prima sessione - La medicina centrata sulla persona\* come nuova frontiera: implicazioni scientifiche, etiche, metodologiche e filosofiche - è stata introdotta da Enrico Garaci, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nell'intervento di apertura egli ►

---

(\*) La definizione "medicina centrata sulla persona" è una denominazione protetta, coperta dallo ISBN n. 88-8147-245-7 (2001) e dai copyright dell'Università Ambrosiana, il cui utilizzo nell'ambito del Convegno è stato autorizzato da Giuseppe R. Brera, Direttore della Scuola Medica di Milano e della Person-centered Medicine International Academy.



ha introdotto l'obiettivo principale del Convegno, testimoniando quanto le istituzioni siano sensibili al tema della complessità e del cambiamento e quanto l'ISS sappia distinguere tra scienza e scientismo (inteso quale accoglimento del metodo scientifico-matematico come unica via di accesso alla verità).

La lettura magistrale è stata affidata a Ivan Cavicchi, docente di logica, filosofia della scienza e filosofia della medicina presso l'Università Tor Vergata di Roma, e autore di numerosi libri sulla filosofia della (e "per la") medicina. Nel suo intervento, egli ha sottolineato come la società, l'economia, la cultura e il clima scientifico in cui viviamo oggi siano molto diversi rispetto a quelli che hanno prodotto, più di un secolo fa, l'attuale medicina scientifica. Proprio perché immersa nel cambiamento, quindi, la medicina oggi tradisce vistosamente anacronismi e contraddizioni. La razionalità scientifica della medicina, tuttavia, non è in difficoltà solo per il radicale cambiamento culturale della concezione di malattia e di malato, ma anche per la pressante richiesta di riduzione di sprechi e rischi nel campo delle pratiche mediche e per la forte domanda, da parte del cittadino, di condivisione delle decisioni mediche che lo riguardano. La nostra società sollecita la medicina a misurarsi non solo con i sintomi delle malattie, ma anche con i mondi delle persone malate. La domanda è di una nuova cultura della cura. È quindi ormai indispensabile una forte, ma ben ponderata, azione di ripensamento della razionalità medica.

Alla lettura magistrale hanno fatto seguito interventi di taglio eterogeneo, nel tentativo di presentare il problema non solo nei suoi aspetti teorici, ma valutandone anche le implicazioni filosofiche ed etiche e l'applicabilità nella pratica medica.

Don Victor Tambone, Direttore dell'Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico presso il Campus Biomedico di Roma, ha proposto degli interessanti spunti in materia di filosofia della medicina, ponendo, tra l'altro, l'accento sull'importanza di un uso "consapevole" dell'approccio riduzionistico alla cura (riduzionismo è il movimento scientifico che considera gli organismi biologici come insiemi di meccanismi fisico-chimici e che afferma che la biologia si può spiegare unicamente con le leggi della fisica e della chimica).

Carlo Petrini, responsabile dell'Unità di Bioetica dell'ISS, ha richiamato alcuni aspetti di etica e di deontologia relativi alla medicina centrata sulla persona, mentre l'intervento di Claudio Cricelli, Presidente della Società Italiana di Medicina Generale, ha rivelato una forte (e in parte inaspettata) sensibilità del medico di base nei confronti di questo tema.

La seconda sessione - La centralità della persona nella ricerca e nella cura - ha ospitato autorevoli interventi nei settori delle malattie rare (Giuseppe Remuzzi, Istituto Mario Negri di Bergamo, Direttore del Centro di Ricerche cliniche per le malattie rare Aldo e Cele Daccò), delle terapie oncologiche (Federico Cappuzzo, Direttore Oncologia Medica dell'Ospedale di Livorno), delle malattie infettive croniche quali l'AIDS e l'epatite C (Stefano Vella, Direttore del Dipartimento del Farmaco dell'ISS).

L'ultimo intervento - I pazienti come risorsa per gestire la complessità - è stato affidato a Rosaria Iardino, Presidente del Network Persone Sieropositive, che ha rappresentato il punto di vista dei pazienti con la consueta efficacia.

Dalla discussione generale è emerso un grande livello di interesse nei confronti del tema del Convegno. Il fatto che sia stato proprio un ente "istituzionale" come l'ISS a promuovere il dibattito e la riflessione sul cambiamento del concetto di medicina ha suscitato particolare apprezzamento tra i partecipanti.

Il Convegno si è concluso con il proponimento di approfondire l'argomento in incontri futuri. ■

---

# Alla quarta edizione del Concorso artistico-letterario la Medaglia di Rappresentanza del Presidente Giorgio Napolitano

## PÈGASO 2012

### VOLA LUNGO LE STRADE DELLA MALATTIA

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 27 febbraio 2012

Francesca Scapinelli  
Centro Nazionale Malattie Rare, ISS

---

**RIASSUNTO** - Il 27 febbraio 2012 si è tenuta, all'Istituto Superiore di Sanità, la cerimonia di premiazione della quarta edizione del Concorso artistico-letterario "Il Volo di Pègaso", che quest'anno si è fregiato della Medaglia di Rappresentanza del Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano. Alle sezioni disegno, pittura, scultura, narrativa, poesia, fotografia e spot, si è aggiunta la musica, per raccontare le malattie rare attraverso parole, immagini e suoni.

**Parole chiave:** malattie rare; concorso; Pègaso

**SUMMARY** ("Pègaso 2012" flies through the streets of diseases) - On February 27, 2012 at the Italian National Institute of Health the fourth edition of the award ceremony of the literary and artistic competition "Il Volo di Pègaso" took place. It gained a representative medal of the President of the Italian Republic, Giorgio Napolitano. The competition included eight sections: drawing, painting, sculpture, fiction, poetry, photography, spot and music, in order to tell what rare diseases are through words, images and sound.

**Key words:** rare diseases; competition; Pègaso

francesca.scapinelli@iss.it

---

**U**n'edizione speciale, quella del Concorso artistico-letterario "Il Volo di Pègaso" del 2012. Il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha fatto giungere il suo apprezzamento per la manifestazione, ideata e organizzata dal Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), attraverso una Medaglia di Rappresentanza. A consegnare l'onorificenza al Direttore del CNMR, Domenica Taruscio, in occasione della premiazione del "Volo di Pègaso" del 27 febbraio scorso, è stato il Consigliere Capo Servizio della Presidenza della Repubblica e del Quirinale, Tito Lucrezio Rizzo.

*Il concorso rientra tra gli eventi che mirano a rendere l'opinione pubblica consapevole in tema di malattie rare - ha affermato Tito Lucrezio Rizzo - Percepire di non essere soli e contare su quello straordinario balsamo che è l'amore solidale è fondamentale per il malato e per la sua famiglia, così come la professionalità di medici e ricercatori. La sanità italiana - ha proseguito Rizzo - non merita generalizzazioni: ci sono medici e operatori, anche volontari, che con abnegazione compiono quei "miracoli quotidiani" che non fanno notizia, ma sono propri di una culla della civiltà, se la civiltà sta nella capacità di amare coloro che soffrono.*

*Questo prestigioso riconoscimento - ha commentato Domenica Taruscio - è dedicato a tutte le persone con malattia rara e alle loro famiglie, insieme ce la faremo. Ai malati e ai familiari sono andate anche le parole di Stefania Razeto del CNMR, tra gli organizzatori della manifestazione: Questo è il vostro concorso, un premio in cui ciò che conta è in primo luogo il cuore.*

*"Raccontare le malattie rare: parole e immagini": a questa sfida sono stati chiamati i partecipanti al Concorso nazionale, il cui tema quest'anno è stato "In cammino". "Il Volo di Pègaso" (aperto a tutti gli autori, italiani e stranieri, senza limiti di età) invitava infatti a narrare il percorso di chi si trova a vivere l'esperienza della malattia, in prima persona o anche solo attraverso l'immaginazione. Chi ha partecipato quest'anno - ha aggiunto il direttore del CNMR - ha voluto parlare di questo percorso, dei suoi ostacoli, ma anche e soprattutto delle mete raggiunte. E dell'importanza di averle raggiunte con gli altri.*

Otto le sezioni della quarta edizione (Narrativa, Poesia, Disegno, Pittura, Scultura, Fotografia, Musica e Spot), per ciascuna delle quali è stata premiata una terna di partecipanti. I giornalisti Emanuela Medi (*Radio 1 Rai*) e Guglielmo Pepe (*La Repubblica*) hanno letto ►



La consegna della Medaglia di Rappresentanza del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano al Concorso "Il Volo di Pègaso" (da sinistra: Stefania Razeto, Domenica Taruscio e Tito Lucrezio Rizzo)

alcuni stralci dei racconti e delle poesie vincitori, mentre i dipinti, le fotografie, le sculture e le altre opere in concorso sono state esposte negli spazi antistanti l'Aula Pocchiarri dell'ISS. Hanno partecipato opere singole ma anche collettive, che hanno coinvolto intere classi scolastiche e sono state selezionate dalla giuria composta da Andrea De Carlo, Cristina Masciola, Marco Michelli e Antonio Natale Rossi. Tutti gli elaborati sono stati raccolti nel volume *Il Volo di Pègaso. Raccontare le malattie rare: parole e immagini. "In cammino"*, disponibile online all'indirizzo: [www.iss.it/publ/noti/cont.php?id=2582&lang=1&tipo=4&anno=2012](http://www.iss.it/publ/noti/cont.php?id=2582&lang=1&tipo=4&anno=2012)

Particolarmente toccanti le testimonianze di Jeff Onorato e Palmira Giannini, che hanno riferito esperienze dolorose vissute in prima persona con enorme coraggio e senza mai perdere la volontà di non arrendersi a un destino di malattia.

*Vi sono persone che, di fronte alla malattia, cercano di rivoltare la propria vita come un calzino, a loro abbiamo cercato di dare voce con i recenti progetti di comunicazione* - ha raccontato Mirella Taranto, capo Ufficio Stampa dell'ISS e autrice, con Domenica Taruscio, del volume "Controvento" - *Le parole non curano, ma sostengono la cura e possono servire ad "addomesticare" il dolore. Credo che un'opera molto significativa per capire il senso di questa giornata sia il video Routes di Vera Puoti, nel quale alcune figure attraversano porte, salgono scale e hanno la meta nel cuore, sanno dove vanno: ecco chi sono i malati rari.*

Di "manifestazione con un grande significato etico" ha parlato Margherita Rimi, neuropsichiatra infantile, seconda classificata nella sezione Poesia con "Su due rotelle". *La vita ha un termine* - così Margherita Rimi - *e il compito dell'arte sta nel dare*

*un'eternità a questa finitezza. L'iniziativa dell'Istituto Superiore di Sanità costituisce un esempio di come la ricerca scientifica e mondo dell'arte possano intersecarsi e scambiarsi i valori, la disciplina, il rigore e la creatività.*

La giornata conclusiva del "Volo di Pègaso" è stata arricchita anche da brani del repertorio di musica classica, eseguiti da Anna Maria Gentile, Mauro Carpiceci, Paolo Leoncini e Fabiola Pereira.

Tra le tante opere esposte, ciascuna delle quali espressione di un profondo senso di partecipazione alle difficoltà della condizione di malato, si possono qui almeno ricordare il collage di Adriano Civitelli e Roberta Macali, che riporta le parole del celebre brano di Bob Dylan "Blowin' in the wind" (*How many roads must a man walk down before you can call him as man?*, "Quante strade deve percorrere un uomo prima di poter essere definito uomo?") e comunica l'idea della lunghezza del viaggio che ogni malato intraprende. Oppure, ancora, il dipinto di Ausilia Elce, "Difficili percorsi", rappresentazione di una linea tortuosa, costellata da anse lungo le quali camminano le famiglie; di particolare impatto, poi, il disegno della piccola Federica Gargano, intitolato "Mio nonno con la SLA". Tra le sculture, citiamo "Il grande scalatore" di Romualdo Lucà e "Il viaggio della speranza" di Daniela Favaretto: un'Italia fatta di cartoline, simbolo delle peregrinazioni che spesso i malati rari devono affrontare da un ospedale all'altro, da una regione all'altra. ■

#### I vincitori della quarta edizione del Concorso

##### Sezione Narrativa

Silvana Baldini, Giulia Rabissi, Sabrina Calzia

##### Sezione Poesia

Rodolfo Vettorello, Margherita Rimi, Francesco Pellegrino

##### Sezione Disegno

Matteo Bianchi, Sara Di Benedetto, Flavio Zangrilli

##### Sezione Pittura

Doriana Guadalaxara, Roberto Morreale, Stefania Malka Hepeisen, Chiara Natta, Silvia Rey

##### Sezione Scultura

Angela Infante, Sabrina Ferri, Alessandra Conversi, Daniela Favaretto, Maria Pia Sozio

##### Sezione Fotografia

Antonio Arnofi, Alessandro Pedreschi, Luca Sogus

##### Sezione Musica

Annalisa Proietti, Luca Bussoletti, Luigi Cerra

##### Sezione Spot

Davide Gargano, Erica Borgognoni, Daniele Calore, Alessia Gagliardini, Ludovica Penna, Giada Riccia, William Giovanni Angiuli, Sara Butera, Stefano Catalano, Emma Malacrida, Marzia Marcati

---

# PASSATO E FUTURO

## Riflessioni dal IV Convegno

### "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità"

*Istituto Superiore di Sanità*

**Roma, 28 marzo 2012**

Paola De Castro, Daniela Marsili e Sara Modigliani

*Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS*

---

**RIASSUNTO** - Il 28 marzo 2012 si è svolto il IV Convegno "Storie e memorie dell'Istituto Superiore di Sanità". Questa manifestazione, come i precedenti Convegni realizzati in tale ambito, favorisce il recupero di un prezioso passato e la promozione dell'immagine dell'Ente. Il Convegno ha offerto una storia inedita e ricchissima di spunti di riflessione, rafforzando la consapevolezza da parte di tutti coloro che lavorano o hanno lavorato nell'Istituto di essere protagonisti attivi nell'espletamento della sua *mission* e, più in generale, della storia della sanità pubblica italiana. In questo quarto Convegno è stata allestita una mostra di sculture di Giovanni Nicolini (1872-1956), di proprietà dell'Istituto, ed è stata presentata una selezione di foto "L'ISS: 100 immagini di storia".

**Parole chiave:** storia; memoria; interviste; enti di ricerca; storia orale

**SUMMARY** (*Past and future. Considerations from the fourth Meeting "Stories and memories of the Italian National Institute of Health"*) - The fourth Meeting "Stories and memories of the Istituto Superiore di Sanità" was held on March 28, 2012. This event, as the previous meetings organized in this framework, facilitates the recovery of a precious past and the promotion of the Institute's image. The meeting offered a poorly known history and ideas for a careful consideration of the past, by strengthening the awareness of those who work or worked at the Institute to participate and contribute to its mission and to the history of the public health in Italy. In this fourth Meeting an exhibition of sculptures by Giovanni Nicolini (1872-1956) owned by the Institute and a selection of photos "ISS: 100 images of history" were displayed.

**Key words:** history; memory; interviews; research institutions; oral history

paola.decastro@iss.it

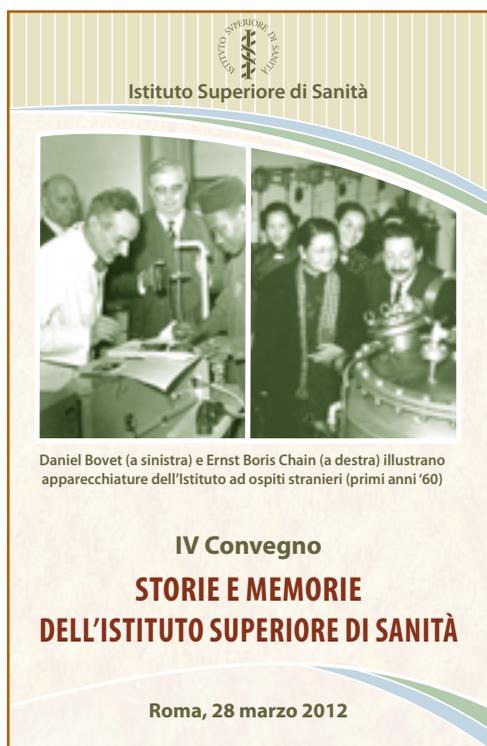
---

Il 28 marzo 2012 si è svolto il quarto della serie dei Convegni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dedicati alla memoria e alla storia dell'Istituto. In questa edizione si è registrato un ottimo risultato in termini di partecipazione (più di duecento persone, sia interne che esterne all'ISS), considerando anche il "carattere" più umano, o umanistico, che scientifico del Convegno. Questa serie di Convegni ha lo scopo di affermare l'importanza del "ricordo" nelle persone che hanno lavorato in Istituto e di sollecitare la comunità scientifica a porre cura e attenzione alle radici e alla memoria storica collettiva di questo Ente, per accogliere consapevolmente e partecipatamente la modernità, in un contesto che è sempre più nazionale e internazionale. È un filo rosso che lega l'Istituto di oggi al suo passato e al suo futuro: la ricerca per la salute di tutti, all'insegna dell'eccellenza nei diversi ambiti della sanità pubblica.

Con questa e con altre iniziative, che insieme compongono un progetto ormai consolidato di valorizzazione del patrimonio storico-scientifico dell'ISS, ripercorriamo momenti importanti della sua storia attraverso un racconto corale fatto di immagini, voci,

suoni, filmati e strumenti scientifici che hanno contribuito a realizzare, nel corso dei decenni, l'attività di ricerca, di controllo e di servizio a tutela della salute pubblica. L'obiettivo è quello di sensibilizzare chi opera nel campo della ricerca sull'importanza della valorizzazione del passato perché è su di esso che si costruisce il prezioso patrimonio storico e culturale del futuro.

In questa ottica, questo quarto Convegno ha voluto offrire spunti di riflessione e una chiave di lettura in più per effettuare una difficile ricostruzione degli eventi che hanno segnato l'evoluzione dell'Istituto, che "compie" quest'anno 78 anni. I diversi contributi presentati nel Convegno rappresentano uno sforzo e un impegno per portare alla luce storie inedite, evidenziando un forte senso di comunità che auspichiamo continui a sostenere l'evoluzione dell'Istituto. La Presidenza e la Direzione hanno espresso il loro interesse e fornito un concreto sostegno al consolidamento di quest'attività partecipando al Convegno e intervenendo rispettivamente con l'indirizzo di benvenuto e l'apertura e il coordinamento dei lavori. ►



Daniel Bovet (a sinistra) e Ernst Boris Chain (a destra) illustrano apparecchiature dell'Istituto ad ospiti stranieri (primi anni '60)

**IV Convegno**  
**STORIE E MEMORIE**  
**DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

Roma, 28 marzo 2012

Paola De Castro, Direttore del Settore Attività Editoriali (SAE) dell'ISS, ha presentato la visione complessiva dell'attività ispiratrice della serie dei Convegni e delle iniziative messe in atto per la valorizzazione del patrimonio storico-scientifico dell'ISS per la realizzazione delle quali è impegnato da diversi anni: pubblicazioni a carattere storico-scientifico, realizzazione di video storici, interviste a personale ricercatore e tecnico dell'ISS, mostre fotografiche e di strumentazione scientifica del passato, e quest'anno, anche di beni artistici. Insieme alla realizzazione delle attività e dei numerosi prodotti nonché dei Convegni storici, lo sviluppo di questo progetto sta favorendo sempre maggiori interscambi e collaborazioni del SAE con le diverse strutture dell'Istituto (Dipartimenti, Centri, Servizi, Amministrazione) e con altre istituzioni che ne condividono le finalità.

Molte delle attività realizzate fino a oggi sono raccolte in un nuovo volume della collana "I beni storico-scientifici", dal titolo "Storie e identità di un ente di ricerca. L'Istituto Superiore di Sanità attraverso racconti e testimonianze orali" a cura di Paola De Castro, Daniela Marsili e Sara Modigliani. Il volume, pubblicato dall'ISS a dicembre del 2011, è stato presentato al Convegno e commentato da Alessandro Portelli, professore della Facoltà di Scienze Umanistiche della Sapienza Università di Roma, e da

Carla Basili, ricercatrice del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Roma. Le loro diverse angolature di analisi hanno arricchito e ampliato il punto di vista e la capacità di interpretare la visione del lavoro (e soprattutto della dignità del lavoro), attraverso esempi non banali e storie di persone molto lontane fra loro ma accomunate da un forte rigore nello svolgere il proprio lavoro nel migliore modo possibile.

Alessandro Portelli ha sottolineato il valore della testimonianza orale quale fonte preziosa per comprendere una parte della storia spesso dimenticata e generalmente trascurata nei racconti ufficiali. Il libero fluire dei ricordi, registrati attraverso interviste a persone che a vari livelli hanno lavorato presso l'ISS, rappresenta una documentazione preziosa e unica da un punto di vista storico e sociologico che offre a sua volta infinite chiavi di lettura.

Carla Basili ha sottolineato il connubio sinergico tra ricerca e informazione scientifica nella società della conoscenza e, in particolare, il valore dei documenti non pubblicati che alimentano la scienza stessa senza che ve ne sia, tuttavia, piena coscienza. In questo contesto, per riflettere sul valore della memoria collettiva associata all'identità stessa dell'istituzione, Carla Basili ha presentato una significativa riflessione sulle parole ricorrenti nei quattro Convegni storici: oggetti, documenti e storie del passato, 2008; storie, esperienze, immagini e racconti, 2009; storie attraverso immagini, interviste e testimonianze, 2010; una storia inedita e ricchissima di spunti di riflessione, 2012.

Il Convegno è stata l'occasione per la prima presentazione pubblica del nuovo sito del Fondo Rari della Biblioteca dell'ISS, nello spirito di far emergere i ruoli e le attività meno conosciuti della nostra istituzione: "Il fascino delle pagine antiche: un ruolo inedito della Biblioteca dell'ISS", presentato da Rosalia Ferrara (Biblioteca, ISS). Il Fondo Rari è composto da 1.153 esemplari più tre manoscritti successivi all'introduzione della stampa: 104 edizioni del Cinquecento ("cinquecentine"), 162 del Seicento, 814 del Settecento e 73 dell'Ottocento, e 17 tavole anatomiche di Antonio Canova (1757-1822). Sono state presentate le splendide illustrazioni dei "Rari" e i nuovi servizi attivati dalla Biblioteca in questo settore.

Successivamente, Emilia Chiancone, Presidente dell'Accademia delle Scienze detta dei XL, ha contribuito al Convegno con la relazione "L'Istituto Superiore di Sanità attraverso l'Accademia delle

Scienze”, che ha posto in evidenza il rapporto che ha legato i due istituti nel secolo passato attraverso le figure di scienziati emeriti, quali Domenico Marotta (Direttore dell'ISS dal 1935 al 1961) e Giovanni Battista Marini Bettolo (Direttore dell'ISS dal 1968 al 1971). Entrambi hanno lavorato sia all'Istituto Superiore di Sanità che all'Accademia delle Scienze, contribuendo al loro reciproco sviluppo.

Nel Convegno è stato proiettato il più recente dei video storici prodotti dal SAE "Senza troppe messe in scena. Ricordando i premi Nobel Daniel Bovet ed Ernst Boris Chain". Il video, attraverso l'intervista a due Dirigenti di ricerca dell'ISS, racconta dei due Premi Nobel (rispettivamente nel 1945 e nel 1957), che hanno lavorato all'ISS tra la fine degli anni '40 e i primi anni '60. I protagonisti dell'intervista sono Amilcare Carpi De Resmini e Giorgio Bignami, Direttori del Laboratorio di Fisiopatologia di Organo o di Sistema, rispettivamente dal 1982 al 1989 e dal 1989 al 1998, in quegli anni giovani ricercatori e collaboratori dei due premi Nobel. Nel video essi propongono, anche sollecitati da Gianfranco Donelli, Direttore del Laboratorio di Ultrastrutture dal 1982 al 1996, storie inedite e tratti del carattere delle diverse personalità. Ci raccontano, come dice lo stesso Carpi, "senza troppe messe in scena", di come i due premi Nobel abbiano professionalmente convissuto, condividendo spazi e tempi di un istituto di ricerca alla cui evoluzione hanno fortemente contribuito. Un estratto di questo video storico, come dei precedenti della stessa serie, è accessibile dal sito dell'ISS nella sezione "I video storici" ([www.iss.it/publ/stor/index.php?lang=1&tipo=38&anno=](http://www.iss.it/publ/stor/index.php?lang=1&tipo=38&anno=)).

Nella seconda parte della mattinata è stato presentato il progetto "Restauro della sede dell'ISS nell'ambito della convenzione tra l'ISS e il CRITEVAT" (Carlo



Cecere della Facoltà di Ingegneria della Sapienza Università di Roma e Rodolfo Gaudio dell'Ufficio di Gestione Tecnica dell'ISS) e sono state illustrate le diverse fasi storico-architettoniche della sede dell'ISS "L'ISS dal progetto, alla costruzione, al restauro" (Edoardo Currà e Cesira Paolini della Facoltà di Ingegneria della Sapienza Università di Roma). Gli interventi, ricchi di immagini e corredati da descrizioni dettagliate, hanno consentito al pubblico di apprezzare particolari aspetti degli edifici e dei luoghi che percorriamo quotidianamente, spesso senza prestare attenzione a dettagli architettonici importanti.

Il Convegno ha offerto anche l'occasione per presentare alcune immagini storiche "in movimento", "L'ISS: 100 immagini di storia", e una mostra di sculture di Giovanni Nicolini (1872-1956) di proprietà dell'Istituto, recentemente catalogate nell'ambito di una collaborazione tra l'ISS e il Ministero per i Beni Culturali e Ambientali.

La bella giornata di primavera, in cui si è svolto il Convegno, ha permesso a tutti i partecipanti di visitare il giardino dell'Istituto dove si sono potuti riscoprire, in un clima di serena informalità, piacevoli spazi verdi, recentemente ristrutturati.

Per i buoni risultati raggiunti e il crescente coinvolgimento di persone e istituzioni, per ciò che molti hanno espresso in termini di condivisione dell'idea e della progettualità, vogliamo ringraziare tutti i colleghi dell'ISS e delle altre istituzioni, che hanno dato il proprio contributo e, in particolare, i colleghi del SAE per il loro impegno nella fase progettuale e organizzativa, la Presidenza per il sostegno alle iniziative di carattere storico-culturale e la Direzione Generale per aver contribuito anche finanziariamente all'organizzazione del Convegno. ■

## ISS: 100 immagini di storia

mostra a cura di Alessandro Spurio<sup>1</sup> e Sandra Salinetti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria, ISS

<sup>2</sup>Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS

In occasione del Convegno, è stata allestita una mostra con foto e filmati dall'Archivio fotografico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Una selezione di 100 immagini ripercorre circa un secolo della storia della sanità pubblica in Italia con i momenti salienti che hanno visto l'ISS come protagonista: dalle origini e nascita dell'Istituto, alla lotta alla malaria e presenza dei premi Nobel (Ernst Boris Chain, Daniel Bovet, Enrico Fermi e Rita Levi-Montalcini), alle agitazioni che portarono alla legge di riforma dell'ISS del 1973, fino ai più recenti impegni internazionali e non dell'Istituto. Rispetto alla mostra del 2010, questa edizione è stata arricchita da alcuni video storici (uno sulla fabbrica della penicillina in Istituto e altri che ritraggono Bovet e Chain nel loro lavoro di laboratorio). Tale articolazione è stata resa possibile ottimizzando lo spazio di un poster grazie all'allestimento di tre monitor con una riproduzione video-fotografica continua.



La mostra fotografica in anti Aula Magna (28 marzo 2012)

## I beni di interesse artistico dell'ISS: le sculture di Giovanni Nicolini

mostra a cura di Federica Napolitani<sup>1</sup>, Carla Faralli<sup>1</sup>, Laura Radiciotti<sup>1</sup>, Paolo Castellani<sup>2</sup> e Francesca Pasculli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servizio Informatico, Documentazione, Biblioteca ed Attività Editoriali, ISS

<sup>2</sup>Ministero per i Beni Culturali e Ambientali

La mostra nasce da un accordo di collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Ministero per i Beni Culturali e Ambientali, che prevede la ricognizione e lo studio dei beni di interesse storico-artistico



I bronzi di Giovanni Nicolini

dell'Istituto, ai fini dell'adeguamento alla normativa sul patrimonio culturale. L'acquisizione di tali oggetti è avvenuta essenzialmente durante la direzione di Domenico Marotta (1935-1961).

Si tratta di alcuni beni di carattere eterogeneo, non ancora pienamente documentati nella loro specificità: dipinti, stampe, sculture ed elementi d'arredo. L'unica serie unitaria di oggetti è costituita dai bronzi realizzati dallo scultore Giovanni Nicolini (1872-1956) e dal figlio Giovanni jr.

Tra le opere esposte, *Il lanciatore di peso*, *Il Satiro con grappolo d'uva*, *Busto di donna* e una serie di bronzi di piccole dimensioni rappresentanti animali. Le sculture esposte possono essere datate tra il 1900 e il 1940.

In Istituto sono presenti altre opere di Nicolini, tra cui il bassorilievo in bronzo *Rerum cognoscere causas* simboleggiante la scienza, eseguito per l'ISS nel 1950 e collocato nell'anti Aula Magna.

Il poster della mostra è disponibile all'indirizzo:

[www.iss.it/binary/publ/cont/2\\_Postor\\_Nicolini\\_pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/2_Postor_Nicolini_pdf)

## Visto... si stampi

a cura di Paola De Castro

Settore Attività Editoriali, ISS



Le pubblicazioni edite da questo Istituto sono tutte disponibili online.

Per essere direttamente informati, scrivete a: [pubblicazioni@iss.it](mailto:pubblicazioni@iss.it)

### Rapporti ISTISAN 11/41

#### L'accesso al test HIV: risultati di un progetto di ricerca del Ministero della Salute svolto dall'Istituto Superiore di Sanità e dalle Associazioni della Consulta di Lotta all'AIDS.

A cura di A. Colucci, A.M. Luzi, P. Gallo, S. D'Amato e M.G. Pompa. 2011, vi, 174 p.

Il presente Rapporto intende illustrare i diversi momenti del Progetto che, avvalendosi della partecipazione fattiva e integrata dei numerosi attori coinvolti - Associazioni della Consulta per la Lotta contro l'AIDS, Ministero della Salute, Centri diagnostico-clinici territoriali, Istituto Superiore di Sanità - ha fornito una panoramica della situazione relativamente alle modalità di accesso al test HIV esistenti nelle diverse regioni e province d'Italia. La realizzazione delle azioni progettuali ha, inoltre, consentito di elaborare e sperimentare in tre differenti aree urbane, Genova, Firenze e Palermo, strumenti, metodologie e percorsi utili a promuovere una concreta fruibilità del test HIV in tre diversi target (giovani, donne, migranti).

[anna.colucci@iss.it](mailto:anna.colucci@iss.it)



Area tematica  
Epidemiologia  
e sanità pubblica



Area tematica  
Epidemiologia  
e sanità pubblica

Il 15 ottobre 2009 si è svolto un convegno interdisciplinare sul fenomeno dell'obesità organizzato dal Reparto di Epidemiologia Clinica e Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dall'Associazione Calabrese di Epatologia (ACE), associazione di volontariato professionale, in collaborazione con la Fondazione BNC di Roma. Gli specialisti delle diverse discipline, hanno sottolineato la complessità del fenomeno obesità per il quale sono richiesti immediati interventi sull'insieme delle condizioni culturali, sociali ed economiche che concorrono a determinarlo.

### Rapporti ISTISAN 11/42

#### Approccio interdisciplinare al fenomeno dell'obesità: un disagio dell'Occidente.

A cura di A. Mele, A. Marzolini e C. Caserta. 2011, iv, 50 p.

[antonella.marzolini@iss.it](mailto:antonella.marzolini@iss.it)

### Rapporti ISTISAN 11/43

#### Convegno. Invecchiare oggi: una sfida per il domani. Risultati del Progetto Europeo CHANGE (Care of Health Advertising New Goals for Elderly people). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 3 dicembre 2010. Atti.

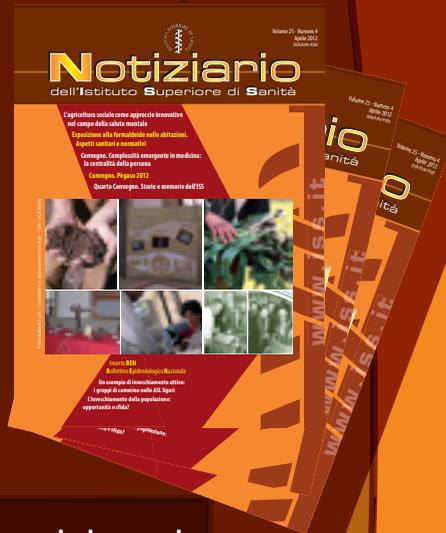
A cura di E. Longo, C. Cedri e M. Giustini. 2011, iv, 60 p.

Il 3 dicembre 2010 si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il Workshop: "Invecchiare oggi: una sfida per il domani" nel quale sono stati presentati i risultati del Progetto Europeo CHANGE di cui l'ISS è partner assieme ad Austria, Spagna, Polonia e Lituania. Al Workshop hanno partecipato, oltre ad esperti dell'ISS, docenti della Sapienza Università di Roma e dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata. La fotografia scattata dall'ISS mostra gli anziani come persone fuori forma che si muovono poco e non sono motivati a migliorare lo stile di vita. Il campione di anziani italiani, nel complesso, si è mostrato più "pigro" degli altri. Al di là della percentuale di soggetti sovrappeso, più elevata di tutti e dell'indice di massa corporea in media più elevato, gli italiani sembrano essere anche quelli meno interessati a tenere uno stile di vita più attivo e dinamico.

[eloise.longo@iss.it](mailto:eloise.longo@iss.it), [marco.giustini@iss.it](mailto:marco.giustini@iss.it)



Area tematica  
Ambiente  
e salute



### Nei prossimi numeri:

Genitorialità e infezione da HIV

Qualità dell'aria indoor

*Neisseria gonorrhoeae* antibiotico-resistente

**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*